

**CENTRO UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO EUFRÁSIO DE  
TOLEDO DE PRESIDENTE PRUDENTE**

**CURSO DE DIREITO**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E CANNABIS:  
ASPECTOS LEGAIS DO SEU USO MEDICINAL**

Antero Thomaz Nunes Herbella

Presidente Prudente/SP  
2023

**CENTRO UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO EUFRÁSIO DE  
TOLEDO DE PRESIDENTE PRUDENTE**

CURSO DE DIREITO

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E CANNABIS:  
ASPECTOS LEGAIS DO SEU USO MEDICINAL**

Antero Thomaz Nunes Herbella

Monografia apresentada como requisito parcial de Conclusão de Curso para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação do Prof. Guilherme Prado Bohac de Haro.

Presidente Prudente/SP  
2023

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E CANNABIS  
ASPECTOS LEGAIS DO SEU USO MEDICINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado  
como requisito parcial para obtenção do  
Grau de Bacharel em Direito.

**Banca Examinadora**

---

Prof. Guilherme Prado Bohac de Haro  
(Orientador)

---

Prof. Matheus da Silva Sanchez

---

Rafaela Ribeiro Rocha

Presidente Prudente/SP, 29 de novembro de 2023

Cannabis é uma fronteira. A medicina nunca mais será a mesma.

Luiz Paulo Neto Sarmiento.

Dedico este trabalho ao meu Avô.

## **AGRADECIMENTOS**

Saudosamente agradeço, ao meu avô que foi paciente de cannabis medicinal e quem fez despertar o interesse pela pesquisa sobre Cannabis medicinal. Assim como minha Mãe e minha Madrinha que ultrapassaram a barreira do preconceito e viabilizaram o acesso ao tratamento para ele.

Em especial, agradeço imensamente ao meu Pai e a minha Mãe que são os melhores que alguém poderia ter. Em momento algum deixaram de acreditar ou de incentivar o meu sucesso. Que meus pais sejam imortais, porque não consigo imaginar uma vida onde eles não existam!

Responsáveis também por me dar de presente um melhor amigo, meu irmão, “ter um irmão é sentir que viemos ao mundo para afastar, um do outro, o mal da solidão. É quando a cumplicidade se torna mais importante que o sangue”.

## RESUMO

Este trabalho foi realizado através de uma análise ampla, meticulosa e crítica da bibliografia existente sobre o tema abordado. Elaborado como requisito parcial para conclusão do curso de direito e obtenção do grau de bacharel perante ao “Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo”, tem como objetivo analisar o contexto histórico do uso medicinal da cannabis e compreender os motivos que levaram a proibição. Ressalta ainda a importante descoberta do sistema endocanabinoide e como é interação desse sistema com os compostos a base de cannabis. Ainda, traz breve análise sobre as portarias regulamentadoras da ANVISA, e aproveita para analisar como se posiciona o poder judiciário quando o assunto é cannabis medicinal.

**Palavras-chave:** Cannabis medicinal. Judicialização. Canabidiol. Proibicionismo. Cânhamo.

## **ABSTRACT**

This work was carried out through a comprehensive, meticulous, and critical analysis of the existing literature on the topic addressed. Prepared as a partial requirement for completing the law course and obtaining a bachelor's degree from the “Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo”, aims to analyze the historical context of the medicinal use of cannabis and understand the reasons that led to prohibition. It also highlights the important discovery of the endocannabinoid system and how this system interacts with cannabis-based compounds. Furthermore, it provides a brief analysis of ANVISA's regulatory ordinances, and takes the opportunity to analyze how the judiciary positions itself when it comes to medicinal cannabis.

**Keywords:** Medicinal cannabis. Judicialization. Cannabidiol. Prohibitionism. Hemp.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 CONTEXTO HISTÓRICO DA INTERVENÇÃO JUDICIÁRIA NA SAÚDE. ....</b>	<b>11</b>
2.1 Rede Privada de Saúde .....	12
2.2 Rede Pública de Saúde.....	13
2.3 Legislação Específica do Sistema Único de Saúde .....	14
2.4 Agência Nacional de Saúde .....	16
2.5 Aspecto Geral da Intervenção Sistema Judiciário em Decisões Não Pertinentes a Ele. ....	18
<b>3 DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>20</b>
3.1 Cannabis Medicinal .....	22
3.1.1 Proibicionismo no Brasil .....	32
3.1.3 Anvisa/portarias .....	41
3.1.4 Sistema endocanabinoide .....	42
3.1.5 Processo para obtenção dos medicamentos a base de cannabis.....	47
3.1.6 Posicionamento do poder judiciário sobre os medicamentos a base de cannabis.....	48
<b>4 A IMPORTÂNCIA DAS ASSOCIAÇÕES PARA A OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS A BASE DE CANABIDIOL .....</b>	<b>51</b>
<b>5 ASPECTOS NEGATIVOS DO USO MEDICINAL E RECREATIVO DA CANNABIS. .....</b>	<b>53</b>
<b>6 LEGISLAÇÃO EQUIPARADA .....</b>	<b>54</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No cenário contemporâneo, a interseção entre a saúde pública e o Poder Judiciário tem sido marcada por um fenômeno complexo e desafiador conhecido como judicialização da saúde. Esse termo refere-se ao processo pelo qual os indivíduos buscam assistência médica, tratamentos ou medicamentos por meio do sistema judicial, quando se sentem desamparados pelo sistema de saúde convencional.

Uma das áreas em que essa questão tem se destacado é o acesso à cannabis medicinal, uma substância que, nos últimos anos, tem ganhado destaque devido às suas propriedades terapêuticas.

Em um primeiro momento, o presente trabalho buscou compreender o conceito de judicialização da saúde como forma introdutória ao acesso à cannabis medicinal. Tal substância, tem sido utilizada ao redor do mundo para tratar uma variedade de condições médicas, incluindo dores crônicas, epilepsia, efeitos colaterais da quimioterapia e transtornos neurológicos.

No entanto, as leis que regem o uso da medicina canabinoide variam amplamente de país para país e, em muitos lugares, seu uso ainda é altamente restrito ou proibido.

Nesse contexto proibicionista, o termo “judicializar” entra em jogo, quando pacientes e seus familiares recorrem aos tribunais para garantir o acesso à cannabis medicinal. Esses casos levantam questões éticas, legais e médicas complexas, confrontando sistemas de saúde e legisladores com dilemas difíceis sobre como equilibrar a necessidade de acesso ao tratamento com uma Lei e uma sociedade que ainda caracteriza a substância como “droga”.

Este trabalho buscou explorar os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em meio à judicialização da saúde, com um foco especial na questão da cannabis medicinal.

Foram analisadas as diversas perspectivas envolvidas, desde os primeiros relatos de uso medicinal de cannabis, até a chegada da planta no território brasileiro, bem como a forma que era prescrita e utilizada.

Ademais, foi estudada a primeira proibição, assim como as normas regulamentadoras mais recentes, compreendendo os direitos dos pacientes até as preocupações legais e médicas, examinando como essa dinâmica impacta não apenas os indivíduos envolvidos, mas também o sistema de saúde como um todo.

Este trabalho foi realizado através de uma análise ampla, meticulosa e crítica da bibliografia existente sobre o tema abordado.

## **2 CONTEXTO HISTÓRICO DA INTERVENÇÃO JUDICIÁRIA NA SAÚDE**

O termo judicialização da saúde começou a ser objeto de discussão a partir de meados de 1980, mas seu início pode ser identificado um pouco antes disso. Os primórdios da judicialização da saúde no Brasil decorrem de um período onde a Ditadura Militar estava em decadência, fato que contribuiu para que começassem a surgir novas alternativas ao que o governo deixava de oferecer.

No ano de 1966 surgiu o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que tinha como missão unificar todos os órgãos previdenciários até então existentes, e que por consequência, traria melhorias ao sistema de saúde brasileiro. A responsabilidade presumida sobre a atuação no setor “primário” ficou a cargo do Município e os casos complexos ficavam a cargo dos Governos Estaduais e Federais.

Em meados dos anos 70, no auge do “milagre econômico”, apenas 1% da receita da União era destinado a saúde pública, não obstante o setor entraria em colapso mais uma vez na história do Brasil.

O que hoje é entendido como judicialização da saúde tem seu prefácio pontuado em meados de 1970 na luta contra a ditadura militar com o surgimento do “Movimento de Reforma Sanitária” que visava melhorias no setor.

Durante o período da Ditadura Militar os investimentos eram voltados para a segurança e o desenvolvimento do país, com isso, mais uma vez o setor da Saúde ficou à deriva, o surgimento das epidemias de dengue, malária e meningite fizeram com que a mortalidade infantil crescesse, causando colapso na saúde pública.

Somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 os alicerces dos artigos tratantes “Da Saúde” concretizaram políticas sociais e econômicas que buscavam a igualdade e a universalidade no acesso as condições básicas de saúde.

Em termos de Lei, os artigos responsáveis por tal garantia estão compreendidos no art.196 e seguintes da CF/88.

Elencado ao art.199 a permissão da prestação dos serviços de saúde pelo sistema privado, deixando de forma explícita de que esta modalidade é então um serviço complementar ao ser comparado com o disposto no artigo seguinte (art. 200),

que regula o Sistema Único de Saúde (SUS) nas suas diversas atribuições, que estão compreendidas entre os incisos I à VII do mesmo artigo:

- I - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

As obrigações e permissões ficaram descritas e o Sistema Único de saúde passou a ter um “aliado”. Podemos concluir que o baixo investimento público em saúde provocou uma grande procura ao judiciário em busca de alternativas para o tratamento de enfermidades, novos medicamentos e terapêutica. Inclui-se a cannabis medicinal neste contexto.

## **2.1 Rede Privada de Saúde**

A rede privada começou a ser difundida durante o período da ditadura militar, que pouco deu atenção ao setor. É importante destacar que existiam órgãos públicos, como o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social -1967), porém a demanda da população já era maior em relação a oferta do serviço prestado, não obstante, o setor privado ganha certa relevância na manutenção da segurança e da ordem pública no que se implica os termos de saúde.

Foi somente no ano de 1998, com a Lei nº 9.656 que por sua vez definiu em termos de matéria o funcionamento do sistema de saúde suplementar. A internação sem limite de dias, cirurgias cardíacas e transplante de rins e córneas são exemplos de obrigações de comercialização que a lei trouxe. No ano de 1999 houve a criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), órgão que ficou responsável por regulamentar os planos de saúde.

A rede privada ou o sistema suplementar, serve como importante pilar de sustentação à rede pública de saúde, acontece que quando o órgão principal sofre

em larga escala, com a demanda, o setor que o suplementa, por consequência, também sofre.

Houve uma melhora significativa no setor da saúde com a chegada dos planos privados, mas os problemas nunca deixaram de existir conforme afirma, em entrevista extraída do “Especial de Saúde 2” ao Instituto de Defesa do Consumidor no ano de 2006, a advogada Daniela Trettl:

Os problemas continuam os mesmos. Continuam as questões que já existiam na década de 80, que eram negativas de cobertura, limitação de exames e de outros tipos de procedimentos e, na verdade, esses foram os problemas que levaram à criação da ANS, que é a agência que regula o setor dos planos de saúde, e esses problemas continuam. (Informação verbal)

Curiosamente, esses ainda são os mesmos problemas enfrentados pela rede privada nos dias atuais. Com a chegada do Covid -19 foi possível observar que não importava se tinha acesso ao plano de saúde ou somente o acesso ao SUS, a nova demanda acabou expondo também os problemas antigos.

## **2.2 Rede Pública de Saúde**

Como outrora dito, a saúde passou a ser direito do cidadão brasileiro, o fundamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS), está elencado no artigo 198, capítulo VIII da Ordem Social, seção II, da Constituição Federal, abrangendo obrigações Estatais dispostas entre a descentralização, dando esfera única para cada governo, até a participação efetiva do SUS dentro da comunidade.

A criação do Sistema Único de Saúde tinha como finalidade a “extinção” dos problemas sanitários que assolavam a população, diante disso, medidas socioeconômicas e financeiras foram adotadas e não obstante hoje o SUS carrega na sua história diversas conquistas, entre elas, foi responsável por colocar o Brasil em evidência mundial ao torna-lo o primeiro país em desenvolvimento que conseguiu dar acesso universal e gratuito para o tratamento de HIV/aids.

Hoje no Brasil, 94% das pessoas portadoras do vírus da aids já não são mais transmissoras do vírus. A tecnologia usada a décadas pelo SUS para identificar os portadores do vírus HIV foi tema atual em jornais de todo o mundo com a chegada da pandemia do Covid-19, os famosos testes PCR. O Sistema Único de Saúde brasileiro foi pioneiro em usar a técnica de biologia molecular para encontrar os portadores do vírus do HIV.

Outro ponto que merece destaque é o fato de o Sistema Único de Saúde ter erradicado doenças através de campanhas de vacinação, que viraram slogans e até personagens em certos casos, como o famoso “zé gotinha”, simpático para crianças que são o grupo de risco para a poliomielite, doença prevenida pela vacinação.

O instituto da saúde pública brasileira, apesar de ter seus momentos de glória sempre passou por dificuldades considerando que desde o momento de sua criação o sistema já sofria com a demanda exigida e nunca conseguiu suprir toda a necessidade da população. Com o sistema em colapso e uma crise a caminho o setor privado assume o protagonismo, comercializando o acesso a saúde para os mais ricos, e abrindo precedente para colocar o sistema judiciário em pauta.

### **2.3 Legislação Específica do Sistema Único de Saúde**

O Sistema Único de Saúde é uma instituição de direito público, descentralizada da União, estados e Municípios, com autonomia administrativa e financeira, instituídos por lei. Num primeiro momento as leis que regulamentavam o SUS estavam presentes na CF/88 com o artigo 6º caput, onde em quesitos de norma, regulamenta a saúde como direito de todos. Os artigos 196 a 200 definem regras de funcionamento, uso e distribuição do sistema.

Com o exponencial crescente acesso a rede pública de saúde e a ainda raso fundamento legal sobre normas regulamentadoras do SUS, observou-se a necessidade de novas leis que fossem capazes de resolver as incongruências. Foram com as Leis 8080/90 e 8142/90 que o sistema normativo brasileiro complementou a base legal de funcionamento do SUS.

A Lei nº 8080/90 dispõe condições para funcionamento, promoção, proteção e recuperação a saúde e a organização dos serviços correspondentes. Incluem-se também no texto da lei regimento acerca de execuções de ação de vigilância sanitária, epidemiológica, da saúde do trabalhador e da assistência terapêutica.

Da Disposição preliminar da Lei:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. (Lei 8.080/90, art.1º.)

Já se tratando das disposições gerais:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Com isso ficam decretados as normas regulamentadoras acerca do funcionamento regular e eficaz do SUS, por conseguinte, nos outros cinquenta e três artigos seguintes da Lei 8080/90 as normas regulamentam acerca de competência, conforme art.16; ou em conformidade com o artigo 19, que dispõe norma sobre o acesso garantido da população indígena no SUS, são esses alguns exemplos da legislação.

Apesar de eficaz, a Lei nº 8080/90 não supre todas as necessidades legislativas, em dezembro do mesmo ano aprovou-se a Lei nº 8.142. Seu texto traz resoluções sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências.

Em outros termos, a lei busca segurança à transparência administrativa do sistema, traz consigo por exemplo os “Conselhos de Saúde” que foram instituídos nas três esferas governamentais (Município, Estado e União), em via de informação, para os municípios: Conselhos Municipais de Saúde; para os Estados: Conselhos Estaduais de Saúde; e para a União: Conselho Nacional de Saúde.

Via de regra o bom funcionamento do sistema de saúde depende da atuação dos Conselhos, observa-se um município que possui uma demanda na esfera da saúde, e o Conselho Municipal deve exigir esse recurso ao ente superior. Em demonstração, o STJ, de maneira precedente:

ADMINISTRATIVO. SAÚDE. CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA. LIMITAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO AO

INTERESSE LOCAL. GARANTIA DA PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE EM INTERESSES QUE NÃO SEJAM LOCAIS. ACÓRDÃO QUE ASSEGURA A PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL QUANDO HOVER INTERESSE LOCAL NA ASSISTÊNCIA DIRETA À POPULAÇÃO. I - Na origem, ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal em face da União e do Município de Porto Alegre, com vistas a assegurar a participação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre nos processos de decisão, implementação e prestação de contas dos serviços de saúde no município requerido. II - Em sentença, o Juízo da 5ª Vara Federal de Porto Alegre/RS julgou parcialmente procedente o pedido (fls. 1372-1394): "(a) em relação à União, para o fim de assegurar a participação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, nas ações e serviço de saúde no âmbito do PROADI que digam respeito ao percentual de até 30% pactuado com o gestor local, a se dar mediante apresentação final do projeto em Plenária do referido Conselho, cujo parecer deverá ser anexado como um dos requisitos da documentação pertinente encaminhada ao Ministério da Saúde, nos moldes do acordo entabulado no evento 100 e ratificado pelas partes nos eventos 104 e 175. (...)" (STJ - Resp.: 1832993 RS 2019/0247690-2, Relator: Ministro FRANCISCO FALCÃO, Data de Julgamento: 10/12/2019, T2 - SEGUNDA TURMA, Data de Publicação: DJe 13/12/2019)

Em Recurso Especial o STJ dá a sua decisão e firma a ideia de necessidade de atuação/intervenção quando o Município ou o Estado, cada qual com a sua demanda, exige recursos que não possui. O “mais fraco” pede ajuda ao “mais forte”, como já discutia Trasímaco no Livro A República de Platão. Em diálogo com Platão, Trasímaco coloca que “[...] justiça não é outra coisa senão a conveniência do mais forte” (República, 338c).

As diretrizes que regulamentam o SUS passam por modificações, alterações e são criadas até os dias de hoje, a medida que novas necessidades são encontradas. Pode-se observar que as modificações ocorrem em diferentes aspectos, sejam elas sobre tratamentos, consultas ou medicamentos. Em janeiro de 2023, Tarcísio de Freitas, Governador do Estado de São Paulo, editou Lei que permitia a distribuição de medicamentos a base de cannabis pelo SUS, essa modificação na distribuição dos fármacos a base de cannabis mostra que o SUS está atento as demandas atuais.

Apesar de todas as diretrizes regulamentadoras, do grande número de pesquisas científicas e do crescente número de profissionais interessados na terapia canabinoide, ainda vemos que o preconceito e a falta de informação acarreta em um grande número de ações judiciais que buscam o acesso ao medicamento a base de cannabis.

## **2.4 Agência Nacional De Saúde**



A rede privada de saúde é regulamentada pela Agência Nacional de Saúde. Segundo Paulo Rebello (Diretor-Presidente da ANS), “Hoje em nível nacional, atua na normatização, regulação, no controle e na fiscalização do setor de planos de assistência de saúde no Brasil, então a agência atua na defesa do interesse público regulando diretamente as operadoras de plano de saúde e as administradoras de benefício, bem como as suas relações com os prestadores e os consumidores que são os contratantes e os usuários de plano de saúde” em “bate papo no 44º episódio (março,2023). do “IESSCast” (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar).

A ANS surge então com a proposta de ser o ente responsável por regularizar e efetivar acordos/contratos, bem como medidas de segurança administrativas, promovendo um setor eficiente e competitivo. Não obstante, se torna principal via de comunicação entre de usuários com os planos de saúde/seguro de vida, sendo o caminho para reclamações e necessidades.

Com base na pesquisa realizada pelo “Índice Geral de Reclamações” do site oficial do Governo no ano de 2022 calculou-se uma média de 49.671.472,4 usuários de planos de saúde no País.

Esses cálculos também nos permitem ter acesso a qualidade de serviço prestada, a pesquisa calcula um número médio de reclamações versus número médio de usuários por Estado, fazendo um comparativo e classificando os vinte e seis Estados da União, mais o Distrito Federal, conforme observa-se:

**FIGURA 1 – Média de reclamações x média de beneficiários por Estado.**

UF	Média de reclamações[*]	Média de beneficiários	IGR	Ranking UF
	0,0	48.809,0	0,0	
RR	139,0	31.001,0	448,4	1
AP	91,0	60.017,0	151,6	2
BA	1.742,0	1.699.305,0	102,5	3
SE	305,0	329.265,0	92,6	4
RO	140,0	153.694,0	91,1	5
RJ	4.805,0	5.494.183,0	87,5	6
PE	1.209,0	1.393.116,0	86,8	7
DF	763,0	934.811,0	81,6	8
AC	33,0	43.054,0	76,6	9
TO	90,0	121.290,0	74,2	10
SP	13.340,0	18.220.548,0	73,2	11
MA	331,0	498.638,0	66,4	12
PB	292,0	446.725,0	65,4	13
GO	808,0	1.346.294,0	60,0	14
RN	362,0	606.096,0	59,7	15
CE	749,0	1.334.626,0	56,1	16
PI	217,0	390.802,0	55,5	17
AL	200,0	384.820,0	52,0	18
PA	409,0	850.521,0	48,1	19
ES	586,0	1.263.588,0	46,4	20
AM	234,0	596.670,0	39,2	21
SC	616,0	1.644.918,0	37,4	22
MG	2.108,0	5.713.022,0	36,9	23
MT	232,0	653.152,0	35,5	24
MS	195,0	649.730,0	30,0	25
PR	904,0	3.063.777,0	29,5	26
RS	477,0	2.600.688,0	18,3	27

Fonte: Agência Nacional da Saúde, 2022.

Com isso fica evidenciado a força normativa da lei 8.142/90 e como ela afetou a relação entre saúde e o Poder Judiciário. A relação entre o usuário e setor privado enfrenta um momento conturbado, onde o serviço prestado pelas operadoras não corresponde a necessidade e expectativa dos usuários e a intermediação da ANS se mostra menos célere do que deveria.

## 2.5 Aspecto Geral da Intervenção Sistema Judiciário em Decisões Não Pertinentes a Ele

Em aspecto geral a palavra judicialização é o fenômeno jurídico que compreende a intervenção do sistema judiciário em matéria que, em via de regra, não deveria expressar opinião. O ponto a ser discutido é a legitimidade na expansão dos limites de atuação do judiciário sobre as esferas da atuação política.

Conforme diz a Juíza de Direito do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, Oriana Piske de Azevedo Magalhães Pinto, em Legitimação Democrática do Poder Judiciário, 2007. “O termo legitimidade está relacionado com a matéria adequada do comportamento judicial aos princípios que a soberania nacional considera como fundamentais.”. Portanto, é fundamental que o judiciário

esteja em sintonia com as necessidades e expectativas da população, garantindo assim a sua legitimidade e contribuindo para a consolidação do Estado de Direito.

Discute-se a legitimidade da atuação do poder judiciário em esferas de cunho político/legislativo por exemplo. Compreende-se que quando o poder judiciário manda cumprir tutela antecipada de urgência, tornando o pedido da inicial válido, desde que, evidenciada necessidade, o sistema não leva em consideração o que essa decisão acarreta no balanço geral de gastos com saúde daquela “determinada região”.

Pode-se utilizar de exemplo o caso da pequena Valentina, moradora do município de Presidente Prudente/SP. Que nasceu com uma doença rara (Atrofia muscular espinal infantil tipo I [Werdnig-Hoffman] - CID-G12.0) e o medicamento que possibilitava a melhora definitiva, ultrapassava os R\$10 milhões. Do ponto de vista lógico o primeiro questionamento é o valor kafkiano do remédio. Que segundo o laboratório que o produz, se dá pelo fato de que ele é capaz de fazer uma cópia saudável do gene, possibilitando assim a produção da proteína responsável por manter o bom funcionamento dos músculos do corpo.

É necessário mencionar que o medicamento tem seu valor tipificado em US\$ 2,125 milhões, na época que a menor teve sua decisão aceita a cotação do dólar ficou na casa dos R\$ 5,20.

A cidade de Presidente Prudente conta hoje com uma população média de duzentos mil habitantes e possui um orçamento anual de aproximadamente R\$ 950 milhões, destes, aproximadamente dezoito por cento são gastos na saúde pública. Entende-se que a ação do judiciário em obrigar a União a custear o medicamento representou um gasto de aproximadamente dez por cento do valor total estimado para o setor da cidade de Presidente Prudente. Sem levar em consideração o lado humano, terá sido este o melhor gasto da União na saúde pública do Município? De fato, se esse montante tivesse sido aplicado em atenção primária de saúde, dezenas de vidas poderiam ter sido salvas.

Porém, como negar o tratamento para um paciente sabendo que ele existe, e que pode alcançar um prognóstico favorável, mesmo comprometendo uma boa parte do orçamento da saúde do Município, este é o grande dilema enfrentado pela justiça. O diagnóstico da doença da Valentina foi dado quando ela tinha apenas cinco meses (expectativa de vida para crianças acometidas pela AME é de aproximadamente dois anos.), o assunto comoveu os moradores do Município, que apoiaram campanhas de arrecadação para custear o remédio. Por determinação da

Justiça Federal a União custeou a aplicação do Zolgensma.

O caso de Valentina levou o Ministério da Saúde a incorporar o medicamento na cartela de medicamentos providos pelo Sistema Único de Saúde. Ainda, em tom de vitória, afirma o Ministro da Saúde, Marcelo Queiroga “Esta é uma luta de muitos pais e de todos nós. A AME é uma doença muito rara, degenerativa, que afeta o neurônio motor, responsável por gestos voluntários vitais para o corpo humano, como respirar, engolir e se mover”. No mesmo sentido, a cannabis como forma de medicamento também só foi incluída no rol de remédios permitidos pelo Brasil através da intervenção judiciária.

### **3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

O início dos processos individuais/coletivos começaram a surgir no Brasil em meados dos anos 90, com a popularização do vírus da aids. Os portadores do vírus, começaram a buscar tratamentos e medicamentos através do judiciário, com base na previsão de assistência sanitária estatal gratuita pelo SUS.

Decisões judiciais pertinentes à saúde se popularizaram, abrindo precedente para o conceito de recorrer a justiça quando o órgão de saúde não cumpria com a obrigação positivada em lei. Decisões favoráveis abrem caminho para que diversas ONG's também adentrassem com pedidos no setor judiciário a fim de obter tratamentos e medicamentos, para diversas necessidades, com base nos mesmos princípios.

O número de civis que buscam o setor judiciário para solucionar problemas relacionados a saúde cresce a todo instante. Em pesquisa realizada pelo CNJ (Conselho Nacional de Justiça) entre o período de 2008 a 2017 o número de intervenções judiciais na área da saúde aumentou cerca de 130%. Número esse alarmante, comparado a outras necessidades.

No Brasil, é fácil identificar o que leva o consumidor final a recorrer judicialmente para obter as suas necessidades, demandas relativas ao acesso a medicamentos (dos quais 90% não estão padronizados no SUS), orçamento insuficiente que não permite manter um padrão mínimo de qualidade, desigualdade entre profissionais, são problemas comumente enfrentados pela saúde pública.

O descumprimento de obrigações por parte dos planos de saúde, cláusulas abusivas, exclusão de coberturas, combinações de técnicas e

conhecimentos visando a satisfação das mais variadas necessidades de saúde expressas pela população em uma rapidez muito maior do que é capaz de ser normatizado pela legislação vigente são problemas comumente enfrentados pela rede privada de acesso a saúde.

E também o fato de que processos envolvendo causas sanitárias costumam ter boa receptividade por alguns tribunais. É importante salientarmos que a judicialização consome cada vez mais verbas do SUS e das empresas de saúde suplementar, é importante frisar que o magistrado tende a desconsiderar este impacto financeiro, pois no entendimento jurídico o impacto financeiro não é razão suficiente para negar um pedido de tratamento que se encontra assegurado pela Constituição Federal.

Claro que existem casos como o Estado do Rio Grande do Sul que é o Estado com os maiores índices de pedidos judiciais relacionados a área da saúde. O Estado conta com cerca de 1,9 mil processos novos todos os meses, segundo o Desembargador do Tribunal de Justiça Rogério Legal, essa crescente descontrolada se dá “através de organizações que constituem uma máfia da saúde pública. Criando demandas artificiais de medicamentos por meio de ações judiciais para que determinadas pessoas repassem esses medicamentos para uma rede de distribuição de produtos fármacos no mercado negro”, resume.

A problemática envolvendo o Estado do Rio Grande do Sul é discutido dentro do CNJ a algum tempo, em maio de 2015, o Conselho Nacional de Justiça publicou em seu site uma notícia com a seguinte manchete: Rio Grande do Sul se articula para frear a judicialização da saúde. Ou seja, a atuação do sistema judiciário no Estado já era tão recorrente que já se via a necessidade de criar medidas protetivas.

Em breve análise, comparando três Estados da União, Rio do Sul, Pernambuco e Rio de Janeiro. No ano de 2014 o foram gastos cerca de R\$ 235 milhões em cerca de 17 mil decisões judiciais relativas à saúde, esses 17 mil processos garantem que 61 mil pessoas continuem a receber tratamento continuado e/ou medicamentos da secretária de saúde no Estado do Rio Grande do Sul.

Já a estimativa do Estado de Pernambuco é que foram gastos cerca de R\$ 218 milhões, em cerca de 6 mil decisões judiciais, porém o valor estimado compreende que foram gastos durante o período de 2014 a 2018. Por sua vez, o Estado do Rio de Janeiro teve um gasto equivalente a R\$ 71 milhões, que possibilitaram o atendimento de cerca de 39 mil pessoas somente em 2014. Para a

análise, estabeleceu-se apenas a quantidade aproximada da população de cada Estado (cerca de 10 milhões).

O problema atual em relação ao acesso à Saúde, não é o de justificá-lo como um direito de todos, mas de protegê-lo com qualidade a todos que o buscam, pois o período de pandemia expôs a falta de recursos sanitários que coexistem entre todos os países, não somente o Estado brasileiro sofreu, países considerados desenvolvidos como Itália, Espanha e Alemanha passaram por dificuldades.

(Schwartz, JUNIOR. 2012) dita que o fenômeno da judicialização é de praxe visto em estados que pregam a democracia e por isso faz-se necessário o estudo sobre efeitos deste fenômeno também na área de saúde pública, demonstrando analisar a relação da judicialização com o constitucionalismo moderno, que deve cada estado democrático observar.

### **3.1 Cannabis Medicinal**

A Cannabis sativa é uma planta mundialmente conhecida pelo uso recreativo e pelos efeitos terapêuticos que possui. No Brasil, é conhecida como maconha e na maioria das vezes é considerada droga. Maconha é um termo coloquial, utilizado de maneira genérica para todas as plantas do gênero “cannabis”, inclusive para as suas flores secas e trituradas, comumente utilizadas para alcançar os efeitos de euforia e relaxamento que o Tetrahydrocannabinol proporciona.

Por sua vez, Cannabis é o nome científico da planta, que é conhecida por suas propriedades psicoativas e medicinais. Ela contém compostos químicos chamados canabinoides, sendo o tetrahydrocannabinol (THC) o principal responsável pelos efeitos psicoativos. Além do THC, a cannabis também contém canabidiol (CBD) e outros canabinoides que têm potencial para uma variedade de usos medicinais.

Há alguns anos a “maconha medicinal” ganhou certo destaque no panorama da medicina alternativa, a planta que estava barrada a tempos pelo preconceito étnico e pelo interesse mercantil da época da proibição, tem sido uma alternativa bem aceita pela comunidade médica. O uso medicinal da cannabis é relacionado e confundido com o seu uso recreativo, e apesar de sem comprovação científica, existem linhas de pesquisas que acreditam que o fim recreativo pode ser terapêutico em alguns casos. É importante destacar que o uso de maconha recreativa, apesar de raras as exceções de “terapia”, não é permitido em território brasileiro, mas

é impossível falar de cannabis medicinal sem mencionar que são derivados da “maconha”.

O canabidiol é extraído da “Cannabis Sativa” e possui propriedades terapêuticas comprovadas cientificamente. Além dele, as fibras da planta contribuíram para o desenvolvimento da humanidade durante longos anos, as primeiras evidências de uso são datadas em 8.000 A/C, onde as fibras de cânhamo foram utilizadas para fins têxteis, na região da Mesopotâmia.

Um pouco mais ao Oriente, em 5.000 A/C os chineses também utilizavam a fibra como tecido e cerca de mil ano depois, as sementes foram consideradas um dos cinco grãos sagrados. Entre 2.000 e 1.000 A/C o cânhamo foi descrito como “fonte da felicidade” ou “planta libertadora” pelos “ATHAVEDAS” (texto religioso hindu). É curioso o fato de que a Bíblia também teve sua versão feita de papel extraído do cânhamo.

Os primeiros indícios de uso medicinal estão relacionados com o Imperador Chinês Shen Neng em 2.727 a.C para o tratamento de dores nas articulações. A medicina da planta está no primeiro livro de farmacologia da humanidade, juntamente com mais de duas mil plantas medicinais, sendo seu uso indicado para dores e inflamações. É importante destacar que no Oriente Médio, os primeiros relatos de uso medicinal da cannabis para o tratamento de epilepsia foram datados em 1464 pelo médico Ibn al-Badri da faculdade medica de Calcutá. Em 1798 os Soldados de Napoleão, no Egito, conheceram o uso medicinal do “hash” para tratar os sintomas de tosse e icterícia.

A chegada da planta de Cannabis no Brasil ocorreu junto com a chegada dos Portugueses em 1500, é importante destacar que nessa época as fibras da planta eram utilizadas na composição das cordas e velas e até mesmo servia de vestuário para a tripulação. Estima-se que as embarcações portuguesas carregavam cerca de 800kg de cânhamo (fibra extraída da Cannabis):

A planta teria sido introduzida em nosso país, a partir de 1549, pelos negros escravos, como alude Pedro Corrêa, e as sementes de cânhamo eram trazidas em bonecas de pano, amarradas nas pontas das tangas” (Pedro Rosado).

[...] desde a antiguidade, gregos e os romanos usaram velas e cordas de cânhamo nos navios. No século XV, cultivado nas regiões de Bordéus e da Bretanha, na França, em Portugal e na África, o cânhamo era destinado à confecção de cordas, cabos, velas e material de vedação dos barcos, que inundavam com frequência em longas navegações. (BARROS e PERES, 2011, p. 03).

A cannabis é parte da história do Brasil, sem ela, os Portugueses não teriam chegado ao território brasileiro, a planta foi trazida em forma de fibras pela coroa portuguesa, e em forma de fumo/sementes pelos escravos. Não só os escravos se interessavam pela planta, em meados do séc. XVIII a produção do cânhamo, passou a ser interesse da Coroa portuguesa, que incentivava o plantio bem como o comércio das fibras e tecidos, observa-se em carta escrita pelo Vice- Rei ao Capitão General e governador da Capitania de São Paulo “[...] recomendado o plantio de cânhamo por ser interesse da Metrópole [...] remetia ao porto de Santos [...] ‘dezesseis sacas com 39 alqueires’ de sementes de maconha...” (FONSECA, 1980”).

Segundo o escritor Edson Carneiro, em “O Quilombo dos Palmares”:

[...] havia consumo de maconha no Quilombo dos Palmares e que nos momentos de tristeza, de banzo e de saudade da África os negros tinham sempre a mão a liamba, de cuja inflorescência retiravam a maconha, que pitavam por um canudo de taquara, atravessando uma cabaça de água onde o fumo esfriava (O quilombo dos Palmares, 1958. Carneiro, Edson.)

O consumo da cannabis não era exclusivo dos subordinados da Coroa, em “Escândalos de Carlota Joaquina”, Assis Cintra detalha que pouco antes da morte da rainha, ela teria pedido a seu criado, o preto Felisbino:

Traga-me aquele pacotinho de fibras de diamba do Amazonas, com que despedi para o inferno tantos inimigos. Feito pelo crioulo o chá ao qual foi adicionado arsênico, Carlota Joaquina, ao sentir ao sentir os primeiros efeitos do veneno, sem dor nenhuma, tirou a guitarra e cantou.

Hemman cita em sua obra, uma carta do Governador do Maranhão e Grão Para, enviada a José Teles da Silva à Coroa Portuguesa:

[...] nessa ocasião remetia uma planta, que era semelhante à malva, de que as nações do Norte e principalmente os burgueses se serviam para cordagens, a qual mandado preparar achou-se muito útil o quem melhor em Portugal poderia se verificar pelas mostras que mandava... Dizia também que, no caso de ser útil à fabrica de cordoaria, se fizesse interesse e fosse de bom uso, poderia carregar um navio da sobredita planta.

Conforme a historiadora Luisa Saad, ao final do século XVIII a Coroa portuguesa instalou a Real Feitoria do Linho Cânhamo no Rio Grande do Sul com o objetivo de explorar comercialmente os derivados da maconha. Naquele período, a



planta era muito utilizada na produção de cordas para as navegações oceânicas, além de ter outras aplicações medicinais e gastronômicas, com a extração de óleos das suas sementes (SAAD, 2013).

Com o passar do tempo, seu uso foi difundido em duas vertentes, os brancos e ricos que utilizavam a cannabis medicinal em forma de óleo e chás e os escravos que consumiam a “diamba” ou “pito de pango” para compor seus ritos e celebrações. Em 1830 o Brasil edita a primeira Lei que proibia a substância no mundo e assim ficou proibido o “pito de pango”:

É proibida a venda e o uso do pito do pango, bem como a conservação dele em casas públicas. Os contraventores serão multados, a saber: o vendedor em 20\$000, e os escravos e mais pessoas, que dele usarem, em três dias de cadeia. (Mott in Henman e Pessoa Jr., 1986).

Os estudos de medicina legal da época não só criminalizavam o corpo preto, mas criminalizava também os costumes e a cultura e os hábitos. Vejamos: “Dentre esses males que acompanharam a raça subjugada, e como um castigo pela usurpação do que mais precioso tem o homem a sua liberdade nos ficou o vício pernicioso e degenerativo de fumar as sumidades floridas da planta aqui denominada fumo de angola, maconha e diamba, e ainda por corrupção, liamba ou riamba”. (DÓRIA, 1986, p.21). O ano de 1830 ainda ficou marcado pela morte de Carlota Joaquina, que se beneficiou da medicina canabinoide ao longo dos anos e utilizando de seus efeitos relaxantes para amenizar o momento de sua morte.

Em Paris, no ano de 1840, foi fundado o “Club des Hashischins”, formado por um grupo de cidadãos parisienses que consumiam o “haxixe” em forma de chá, misturado com café, cravinho, noz moscada, pistache, suco de laranja, manteiga e cantharides, formava um líquido espesso de cor verde, para ter uma conversa criativa. No Brasil, a comercialização de cannabis, ainda era, de certa forma, pretendida em farmácias para os que possuíam condições sociais favoráveis. Até meados de 1905 eram veiculadas “propagandas” e o produto das cigarrilhas Grimault, os Cigarros Índios, *cannabis Indica*, conforme imagem:

**FIGURA 2 – Cigarros Índios**



Fonte: A história da maconha no Brasil, 2006.

Conforme mencionado na própria propaganda, o produto acima comercializado era uma variação da planta *Cannabis Sativa*, uma espécie conhecida como *Cannabis Indica*, sua indicação era para “asthma, catarrhos e insomnia”. Destaca-se também que as indicações do uso dos “cigarros Índios” estão relacionadas com doenças respiratórias e a forma de consumo era a inalável.

O uso das cigarrilhas para tratamento de doenças respiratórias à época não possuía estudos concretos, hoje, entende-se que o sistema endocanabinoide afeta também os neurônios colinérgicos (neurotransmissor principal – Acetilcolina ACH), responsáveis pelas contrações cardíacas, relaxamento ou contração das vias respiratórias e dos vasos sanguíneos, trazendo sentido a prescrição da planta fumada.

Tratando-se do conceito de cannabis enquanto fármaco-botânico, no Brasil, três nomes possuem referência, Joaquim Monteiro Caminhoá, Pedro Luiz Napoleão Chernoviz e Carl Friedrich von Martius, que em 1853 escreveu um parágrafo inteiro apenas falando sobre a cannabis e suas propriedades, na sua obra de maior destaque “*Flora Brasiliensis*”. Caminhoá se aprofundou na pesquisa medicinal, mas alerta que em grandes quantidades a planta poderia se tornar perigosa, levando aquele que consumia a “agressividade e incorrer em assassinatos”. (CAMINHOÁ, 1881).

Pedro Chernoviz segue a mesma linha de Caminhoá, dando importância as propriedades medicinais, mas alertando sobre o consumo excessivo, que nunca foi comprovado de fato, entende-se que o momento era propício para ser favorável ao uso da planta enquanto remédio e colocar um teor pejorativo no consumo “recreativo” e religioso, uma vez que era costume dos escravos e conseqüentemente criminalizado aos olhos da sociedade.

Em 1865 Richard Francis Burton, considerado o maior viajante de todos os tempos, em visita ao Brasil, especificamente em Minas Gerais, descreve: “os negros de minas gerais se deliciam também com o pango, aqui chamado de ariri, é a bem conhecida “bang” cannabis sativa, com a qual tomei contato na Índia e na costa lesto-oeste da África, eles são capazes de pagar prontamente mil réis por um punhado desse veneno” (Burton,1865). É curioso que apesar da proibição referente ao uso do “pito de pango” o primeiro País a criminalizar a substância foi os Estados Unidos da América no ano de 1906, em seguida a África do Sul em 1911 e a Jamaica em 1913.

Mais adiante, na década de 30 a repressão ao uso da maconha ganhou força após um delegado brasileiro, Dr. Pernambuco, dar seu parecer sobre o consumo de cannabis na II Conferência Internacional do ópio, realizada em Genebra, em 1924, no seu parecer indica que a maconha é mais perigosa e danosa do que o Ópio. Dez anos após a conferência, a participação do Dr. Pernambuco foi confirmada por (LUCENA, 1934):

[...] já dispomos de legislação penal referente aos contraventores, consumidores ou contrabandistas de tóxico. Aludimos à Lei 4.296 de 06 de Julho de 1921 que menciona o “haschich”. (haxixe como é conhecido nos dias atuais – extração realizada a partir de processos químicos ou não).

O consumo de cannabis também acontecia no ambiente religioso, em território brasileiro, foi registrado pelo médico e político José Rodrigues da Costa Dória, no ano de 1915, relacionou o uso da cannabis ao candomblé:

Nos candomblés – festas religiosas dos africanos, ou dos pretos crioulos deles descendentes, e que lhes herdaram os costumes e a fé –, é empregada para produzir alucinações e excitar os movimentos nas danças selvagens dessas reuniões barulhentas.

O uso da planta de cannabis no ambiente religioso é completamente relacionada com as religiões de matriz africana. Hoje, no Brasil, a única religião que faz o uso da Cannabis enquanto instrumento de conexão com o “espiritual” é a religião Rastafari, originária da Jamaica em meados de 1930. Ras Geraldinho é o líder da Primeira Igreja Niubingui Etíope Coptica de São, fundada em 2006. E chegou a ser preso em 2012, enquadrado como traficante apenas por exercer sua liberdade de culto religioso. Esse caso se tornou emblemático, pois a maconha é uma planta sagrada para os rastafáris e seu uso faz parte do ritual religioso de comunhão

(MACRAE, 2021). A figura de representação máxima para o Rastafari é o Imperador da Etiópia Haile Sailassié, suas raízes indicavam que ele era o herdeiro direto do Rei bíblico Salomão e da Rainha Sabá. Rastafari que em tradução livre significa “Príncipe da Paz”.

De fato, a participação do Dr. Pernambuco na conferência do ópio contribuiu para o panorama proibicionista da época. Quase 20 anos após, em 1946, foi criada a Comissão Internacional das Nações Unidas sobre Drogas Narcóticas, três convenções representaram o marco legal internacional, foram elas a Convenção única sobre Entorpecentes (1961), Convenção sobre substâncias Psicotrópicas (1971) e a Convenção contra o tráfico ilícito de Entorpecentes e substâncias Psicotrópicas (1988). No Brasil os marcos legais foram ratificados através de Decretos de nº 54.216 de 27/08/1964, nº 79.388 de 14/03/1977, nº 154 de 26/06/1991.

Em quesitos técnicos a repressão à comercialização e ao uso de substâncias ilícitas e entorpecentes se intensificou após entrar em vigência a Lei 11.343/06 – Lei das Drogas que traz consigo a Portaria SVS/MS nº344/98 da ANVISA que inclui a cannabis sativa como “droga”.

No seu 1º artigo, a Lei institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dando liberdade para repressão e definindo crimes. Adiante, no artigo 2º o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos que possam ser extraídos ou produzidas drogas ficam expressamente proibidas, com ressalva a hipótese de autorização legal ou regulamentar para o uso, incluindo o disposto na Convenção de Viena (1971) referente ao uso ritualístico – religioso.

No entanto, a proibição acaba se tornando relativista, no parágrafo único do mesmo artigo, a Lei coloca que União poderá autorizar o disposto no caput, se esse for feito exclusivamente para uso medicinal ou fim científico, com local e prazo determinados, mediante fiscalização e com todos os critérios respeitados. Nos tempos atuais o acesso a cannabis medicinal, em território nacional, existe de forma pouco controlada para a parcela da população que possui um determinado poder aquisitivo e bem controlada na rede pública de saúde.

Falando do acesso apenas de maconha (recreativa) a história se repete, enquanto alguns conseguem judicialmente o direito de importar a planta in natura para consumo, a maior parte da população sofre com a violência e opressão que o tráfico e a guerra as drogas proporcionam, em 2011 houve um debate no Supremo Tribunal Federal sobre a regulamentação do uso da Cannabis, após um interno do sistema

penitenciário ser pego com 3,0 gramas de maconha dentro da sua cela e no momento da prisão em flagrante foi enquadrado como traficante. O ministro do Supremo Tribunal Federal, Luís Roberto Barroso saiu em defesa do acusado e entendeu que a situação não podia ser entendida como tráfico. Observa-se que recentemente (2023) o Ministro do Supremo Tribunal Federal Alexandre de Moraes em voto referente ao RE 635659 diz que “os jovens, em especial os negros (pretos e pardos), analfabetos, são considerados traficantes com quantidades bem menores de drogas (maconha ou cocaína) do que os maiores de 30 anos, brancos e portadores de curso superior...”

Em 2014 o Brasil permitiu o primeiro tratamento com canabidiol para pessoas que portam a Síndrome de Dravet, doença que tem como característica trazer crises de epilepsia e perda das atividades cognitivas e motoras para os acometidos. No mesmo ano, uma criança, residente do Município de Presidente Prudente teve acesso ao medicamento a base de cannabis, concedido judicialmente, para o tratamento de epilepsia. Em reportagem ao portal G1 de notícias da Globo, o Pai de Júlia contou que: "Ela pode passear, sair de casa, brincar com os primos e com a irmãzinha dela. Isso deixou a gente muito feliz". Neste caso é importante destacar a atuação do poder judiciário que possibilitou o acesso e obrigou o Estado a custear o tratamento da menor, com imposição de multa diária caso o Estado venha a faltar com a obrigação.

A medicina canabinoide que antes estava esquecida nas cortinas do proibicionismo, voltou a ter relevância e ser tema de debate em congressos, convenções e discussões não só de temáticas referentes a saúde, mas também em espaços como o direito e a psicologia. Sidarta Ribeiro, neurocientista brasileiro é um defensor assíduo do uso medicinal da cannabis, em trecho extraído da Aula e Pesquisa e extensão em cannabis medicinal PEXCANNABIS UFPB, coloca que:

A maconha está para as plantas, como o cachorro está para os animais, é uma invenção humana para servir a necessidades humanas. A maconha não estava na natureza cheia de propriedades medicinais e de repente o ser humano, descobriu, não. É uma planta que foi cultivada, selecionada por milhares de anos por gerações e gerações de pessoas que levou uma variedade muito grande de maconhas. Então tem um cachorro que serve para proteger sua casa, tem um que serve pra usar de travesseiro, tem um que serve levar bebida alcóolica pro cara que a avalanche derrubou, a maconha também , tem uma maconha contra a dor, tem uma maconha para dormir, tem outra pra acordar, tem uma pra estudar, tem uma pra entrar em transe místico, e isso o ocidente continua fingindo que isso não existe, mas isso existe a milhares de anos, a maconha não é um acidente, ela foi uma construção humana. (Informação verbal)

De 2015 até o presente momento, a ANVISA publicou notas técnicas, portarias e regulamentações sobre cannabis medicinal. Em Janeiro de 2015 a Agência tomou a decisão mais importante, que foi retirar o canabidiol da lista de substâncias proibidas no país, com essa mudança de classificação, os fins terapêuticos da cannabis foram oficialmente reconhecidos, o diretor Ivo Bucaresky disse “é um momento histórico” no momento do seu voto. Antes dessa mudança o acesso ao canabidiol era feito em caráter excepcional, cerca de 330 pessoas podiam usar a cannabis enquanto remédio até janeiro de 2015.

Após 8 anos que o canabidiol foi retirado do rol de substâncias ilícitas pela ANVISA, o então governador do Estado de São Paulo, Tarcísio de Freitas sancionou uma lei que permite o acesso e a distribuição de produtos a base de cannabis através do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. No rol taxativo, estão inclusas doenças como epilepsia, síndrome de Dravet e o Parkinson, essa lei traz inovação na possibilidade não só de tratamento, mas consequentemente ao estudo da medicina canabinoide, que como vista anteriormente, pode ser considerada milenar.

Quando a busca pelo medicamento é feita através do sistema privado o acesso é rápido e muitas vezes a consulta inicial possui cobertura pelo plano de saúde. A busca por tratamentos com cannabis medicinal cresce exponencialmente, em 2022 o mercado legalizado da medicina canabinoide já movimentava cerca de incríveis cento e trinta milhões de reais, estima-se que em 2023 a procura pelos medicamentos a base de maconha tenham crescido cerca de 93% (ANVISA).

Os critérios para o uso e a importação dos produtos a base de maconha medicinal por pessoa física são regulamentados pela RDC nº 660 que define um passo a passo para o acesso, do momento da prescrição até o momento de chegada do medicamento na residência.

É importante destacar que hoje, o acesso legal de todo e qualquer produto a base de maconha deve ser controlado pela ANVISA e consequentemente respeitar o que dispõe a portaria. Por exemplo, observa-se que no art.3º da RDC nº 660, a ANVISA permite a importação mediante prescrição de profissional legalmente habilitado para o tratamento com medicina canabinóide, já no art. 5º começam as regulações sobre a forma de cadastro para o paciente, que atualmente é a parte mais respeitada do tratado. Outro ponto curioso a ser ressaltado é que no art.14º, ela coloca

que qualquer irregularidade encontrada tem a penalidade de suspensão da receita/prescrição.

O mercado legalizado de cannabis medicinal cresce exponencialmente, mas, contudo, o tema ainda é delicado dentro das esferas político/religiosa, no senado brasileiro, a “bancada da bala” por exemplo se posiciona contrária a qualquer discussão nesse sentido. De fato, quando se trata de maconha, o próprio nome carrega seu contexto histórico de criminalização, mas é de suma importância salientar que a substância em questão é o CBD, que não tem característica psicoativa, apesar de extraída da mesma planta em que se extrai o Tetrahydrocannabinol ou popularmente conhecido como THC, a substância que altera as percepções do indivíduo.

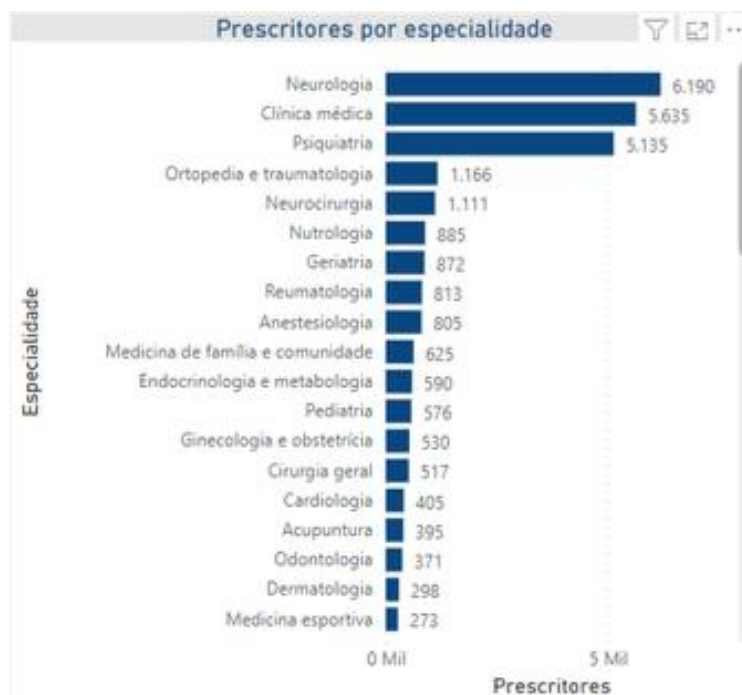
Sidarta Ribeiro Ribeiro em aula para a Pesquisa e extensão em cannabis medicinal PEXCANNABIS UFPB:

[...] na psiquiatria existe uma vertente que diz “Cannabis in natura é mal, mas as substâncias ativas isoladas são boas e devem ser adotadas” nada contra as substâncias psicoativas isoladas para uso medicinal, pelo contrário, sou totalmente a favor, mas, elas quando puras podem ser muito perigosas, THC puro é sim psicotizante, CBD puro pode sim levar a depressão grave, porque será que a planta tem os dois misturados? Porque a milhares de anos atrás nossos ancestrais misturaram as plantas, a mistura de THC e CBD é tamponada para cada planta. Para mim dizer que cannabis *in natura* é perigoso e que o principio ativo é “bacana” e acabou de isolar e descobrir, é a mesma coisa que falar parto natural é perigoso e que cesariana é bom.

Na contramão dos países vizinhos (Uruguai, Chile, Argentina) o Brasil ainda tem um caminho sinuoso para conseguir liberar o uso da planta ainda que para estudos, com isso a base científica nacional não consegue desenvolver pesquisas sobre as propriedades medicinais da planta, mas curiosamente a legislação permite a importação da matéria prima para a extração do remédio trazendo questionamentos acerca do incentivo ao comércio interno, a cannabis é uma planta e o Brasil é um país com um potencial agrícola enorme, regulamentando o plantio, o Brasil facilmente se tornaria potência no mercado da maconha.

Em seguida, o gráfico aponta a crescente de médicos prescritores de cannabis medicinal, por especialidade:

### **FIGURA 3 – Prescritores Por especialidade**



Fonte: Audiência pública – Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa, 2023.

Como é possível visualizar na imagem acima, é possível analisar que mesmo com a falta de regulamentação e sem o devido incentivo ao uso medicinal da cannabis, muitos profissionais da saúde estão deixando o preconceito de lado e aderindo ao uso dos medicamentos extraídos da planta e organicamente desmistificando para a população que seu uso não é restrito ao recreativo e que sim, a cannabis possui propriedades medicinais e terapêuticas.

### 3.1.1 Proibicionismo no Brasil

Em breve análise sobre os aspectos e propriedades da planta de cannabis, popularmente conhecida como maconha, Sidarta Ribeiro em Roda de Conversa promovida pela Universidade Federal da Paraíba: “A milhares de anos o ser humano está lutando para transformar o lobo em cachorro, o gato selvagem em gato, pra transformar os búfalos em boi, para transformar o trigo selvagem em trigo comestível em trigo comestível, para transformar a ancestral da cannabis em cannabis que tem centenas de uso, no fundo o que fazemos ao tornar a maconha proibida é desrespeitar o trabalho de milhares de gerações de pessoas que construíram isso para uso humano”

O uso da planta da cannabis esteve em relatos em quase todas as partes do mundo para as suas mais diversas finalidades, seja o uso medicinal, recreativo ou terapêutico, chegando até a ser comparado com “erva sagrada” devido as suas



capacidades de cura. O termo “maconha” pode ser derivado da palavra de origem africana “ma’kaña” que significava “erva sagrada”.

O proibicionismo no Brasil é pioneiro, a Lei do Pito do Pango, foi a primeira disposição legal que proibia o consumo e a venda da substância no mundo, com caráter de segregação dos costumes africanos, no contexto proibicionista a origem do nome “maconha” pode ser compreendida como um anagrama da palavra “cânhamo” e acredita-se que era uma forma de tentar burlar a proibição. É interessante destacar à época os estudos de Medicina Legal voltados para a criminologia atendiam a escola positivista criminológica, que costumava qualificar os indivíduos criminosos por suas características físicas, desse modo, estavam condicionados a agir criminosamente devido as suas predisposições biológicas. As ideias do criminoso nato podem ser observadas na obra “O Homem Delinquente - 1876” escrito por Cesare Lombroso. Silva, descreve a visão do criminoso a partir da ideia imposta por Lombroso:

Lombroso concluiu que, se uma pessoa apresenta várias características físicas, como assimetria do crânio, escape da testa, orelhas aladas, protrusão óssea, crânio menor, arco superciliar significativo, protrusão maxilar Rosto largo, órgãos sexuais anormais, cabelos ricos, corpo alto, braços muito longos, mãos grandes, insensibilidade, alívio da dor, mania (prioridade ao uso da mão esquerda), membros comprometidos (não acostumados a usar a mão) e vulnerabilidade são a capacidade dos indivíduos de se recuperar rapidamente de traumas físicos. Para mulheres com potencial criminoso, isso é atribuído a características relacionadas à masculinidade, como cordas vocais grossas, excesso de pelos no corpo e verrugas. Além disso, em relação às características psicológicas dos criminosos nascidos, haverá dormência moral, impulsividade, vaidade, preguiça, cinismo, imprevisibilidade, tendências a tatuar e ingenuidade (SILVA, 2010).

No mesmo sentido, as lições de Santos:

Lombroso também acredita que criminosos são incentivos hereditários, que são transmitidos de geração em geração de maneira genética e, portanto, acreditam na existência de “genes criminosos”. Maurício Mota destacou que, segundo Lombroso, o comportamento inútil do crime será um retorno evolutivo, uma série de “estigma” provará o comportamento rude do agressor (o produto do retorno, não a evolução das espécies). Segundo ele, os criminosos sofreram uma série de degradação, estigma comportamental, psicológico e social (SANTOS, 2014).

Em 1930 o proibicionismo ganha força no Brasil, reflexo das falas do Dr. Pernambuco na II Conferencia do Ópio em Genebra (1924). Três anos após, em 1933, foram registradas as primeiras prisões em consequência do comércio clandestino de

maconha, com o passar dos anos a repressão ao uso e ao comércio se intensificaram e 5 anos após as primeiras prisões, o Governo Federal edita o Decreto Lei nº 891 de 25/11/1938, que proibia o plantio, a colheita, a cultura e a exploração por particulares de maconha.

A Lei do pito de pango foi diretamente influenciada pelo texto do Rodrigues Dória, do ano de 1915, que já colocava o termo “maconha” em tom pejorativo. No texto “os fumadores de Maconha: efeitos e males do vício”, diz:

Dentre êsses males que acompanharam a raça subjugada, e como um castigo pela usurpação do que mais precioso tem o homem a sua liberdade nos ficou o vício pernicioso e degenerativo de fumar as sumidades floridas da planta aqui denominada fumo d'Angola , maconha e diamba , e ainda, por corrupção, liamba , ou riamba [...] A raça prêta, selvagem e ignorante, resistente, mas intemperante, se em determinadas circunstâncias prestou grandes serviços aos brancos, seus irmãos mais adiantados em civilização, [...] inoculou também o mal nos que a afastaram da terra querida, lhe roubaram a liberdade preciosa, e lhe sugaram a seiva reconstrutiva.

Apesar de severa e longa, a proibição da maconha no Brasil e no mundo não possui uma única vertente, a história traz evidências de que o racismo, a má manipulação da medicina canabinoide e a indústria do petrolífera e derivados, como sendo os pilares da proibição. A criminalização da planta está intimamente relacionada com a cor da pele de quem fazia o uso, muitas vezes ritualístico, da “diamba”, “fumo d'angola”, seu uso era praticamente restrito aos terreiros de candomblé.

No mesmo sentido, nos Estados Unidos entende-se que a cultura de consumir cannabis é acompanhada da chegada dos mexicanos que atravessaram o Rio Grande, em busca de trabalho no país vizinho. O estopim do consumo de maconha nos Estados Unidos está intimamente relacionado com a Lei Seca (1920), as pequenas vendas que sobreviviam da renda do álcool passaram a vender pequenas porções da erva. Com a queda da bolsa de 1929 a crise se instalou nos Estados unidos, com o desemprego em alta, surgiu também o boato de que a planta daria “super poderes” aos mexicanos que a consumiam, travando assim uma batalha “injusta” na busca por emprego. Nessa época a maconha passou a ser mais comum entre músicos de Jazz e Blues, que afirmavam ter mais criatividade após consumir. No mesmo sentido, os imigrantes árabes e indianos consumiam a erva em território europeu, e por ser costume de imigrante, também criminalizado aos olhos da sociedade.

Além do racismo recorrente acerca do consumo pessoal da cannabis,

uma grande petrolífera (em atividade até os dias de hoje) foi uma das grandes responsáveis por “orquestrar a destruição da indústria do cânhamo”, afirma o escritor Jack Herer, em seu livro *The Emperor Wears No Clothes*. Isso se deu pelo fato de que a fibra da planta de cannabis, o cânhamo, era concorrente direto dos produtos feitos a base de petróleo, além de ser concorrente direto, hoje já se entende que o cânhamo é mais resistente, mais barato e uma fonte renovável, diferentemente dos derivados de petróleo, segundo Wálter Maierovitch, especialista em tráfico de entorpecentes e ex-secretário nacional antidrogas, “A maconha foi proibida por interesses econômicos, especialmente para abrir o mercado das fibras naturais para o náilon”.

O ano de 1830 marca a história da cannabis no Brasil, o País editou a primeira lei que proibia a substância “no mundo”, no momento, o caráter da proibição era diretamente relacionado com o grupo social que fazia o consumo e pouquíssimo relacionada com a substância em si. O cânhamo não ficou fora dessa proibição, apesar de ser uma variação com menos de 1% de THC (Tetrahydrocannabinol), quantidade que não é capaz de proporcionar efeitos psicotrópicos (JOHNSON, 2019). Conforme exposto anteriormente, a evidência da afirmação anterior é comprovada com a comercialização dos “cigarros Índios” (cannabis Indica) que aconteceu até meados de 1905 como fármaco nas drogarias brasileiras, ou seja, os brancos conseguiam comprar a substância na farmácia enquanto os pretos eram criminalizados por consumir.

A proibição também se dá ao fato da posição confusa da medicina sobre a cannabis, ante ao exposto, devido ao preconceito com a “diamba”, os estudos sobre as propriedades medicinais nunca conseguiram se desenvolver. A criminalização do uso da maconha atrasou os estudos sobre a interação dos compostos canabinoides no corpo humano. Dois dos grandes escritores de botânica Brasileira que falaram sobre maconha, colocam que a planta possui propriedades medicinais, mas aproveitam para de fato colocar o usuário em posição de criminoso, em seu livro, *Caminhoá* descreve que os usuários frequentes da planta, podiam desenvolver “agressividade e incorrer em assassinatos”. Vejamos que apesar de comprovadas as propriedades de cura, os escritores brasileiros não perderam a oportunidade de esbanjar preconceito com a planta e conseqüentemente o corpo do escravo, bem como os seus costumes.

O ano de 1932 a maconha foi de fato mencionada em texto normativo, em janeiro do referente ano, e passou a ser equiparada a outras substâncias

psicoativas, observa-se:

Art. 1º São consideradas substâncias tóxicas de natureza analgésica ou entorpecente, para os efeitos deste decreto e mais leis aplicáveis, as seguintes substâncias e seus sais, congêneres, compostos e derivados, inclusive especialidades farmacêuticas correlatas:

I - O ópio bruto e medicinal.

II - A morfina.

III - A diacetilmorfina ou heroína.

IV - A benzoilmorfina.

V - A dilandide.

VI - A dicodide.

VII - A eucodal.

VIII - As folhas de coca.

IX - A cocaína bruta.

X - A cocaína.

XI - A ecgonina.

XII - A "canabis indica"

Mais adiante, no ano de 1938, a Lei de Fiscalização de Entorpecentes entra em vigor e a maconha passa a ser estritamente proibida, conforme legislação:

São proibidos no território nacional o plantio, a cultura, a colheita e a exploração, por particulares, do cânhamo *Cannabis sativa* e sua variedade *indica* (*Moraceae*) (*Cânhamo da Índia*, *Maconha*, *Meconha*, *Diamba*, *Liamba* e outras denominações vulgares) e demais plantas de que se possam extrair as substâncias entorpecentes mencionadas.

O ano de 1940 marca um novo código Penal e com ele trouxe pena para o crime de tráfico, A proibição se estende por décadas no Brasil, bem como em quase todo o mundo, em 1961 a Convenção Única de Entorpecentes da ONU considerou a maconha como uma “droga extremamente perigosa e prejudicial a saúde”, compara os efeitos da maconha com os efeitos da heroína. Em 1964 houve alteração no código Penal, o artigo 281 sofreu alteração:

Art. 281. Plantar, importar ou exportar, vender ou expor à venda, fornecer, ainda que a título gratuito, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar ou, de qualquer maneira, entregar a consumo, substância entorpecente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa de dois a dez mil cruzeiros.

§ 1º Se o agente é farmacêutico, médico ou dentista: Pena - reclusão de dois a oito anos e multa de três a doze mil cruzeiros.

§ 2º Incorre em detenção, de seis meses a dois anos, e multa de quinhentos a cinco mil cruzeiros, o médico ou dentista que prescreve substâncias entorpecentes fora dos casos indicados pela terapêutica ou em dose evidentemente maior do que a necessária, ou com infração de preceito legal regulamentar.

§ 3º As penas do parágrafo anterior são aplicados àquele que:

- I - Instiga ou induz alguém a usar entorpecente;
  - II - Utilizar local, de que tem a propriedade, posse, administração ou vigilância, ou consente que outrem dêle se utilize, ainda que a título gratuito, para uso ou guarda ilegal de entorpecente;
  - III - Contribui de qualquer forma para incentivar ou difundir o uso de substância entorpecente.
- § 4º As penas aumentam de um terço, se a substância entorpecente é vendida, aplicada, fornecida ou prescrita a menor de dezoito anos.

O artigo 281 foi válido por cerca de doze anos, a Lei. 6.368/76 entra em vigor e revoga artigo. 281. A mudança na Lei pode ser observada na música de Bezerra da Silva, que aproveita a oportunidade para alertar sobre os perigos de se consumir a maconha num contexto proibicionista:

É que o 281 foi afastado, o 16 e o 12 no lugar ficou, e uma muvuca de espertos demais, deu mole e o bicho pegou, quando os home da lei grampeia, coro come a toda hora, é por isso que eu vou apertar, mas não vou acender agora.

Estrofe que pode passar despercebida, mas dita claramente a ideia do contexto proibicionista, o autor descreve que só pode acender o cigarro de maconha depois que “os homens da Lei” saírem dali. O contexto da nova Lei procura distinguir usuário e traficante de forma não qualificada pela Lei sobre quem é um e quem é o outro, trazendo precedente para deixar a mão das autoridades interpretar o que configura cada situação, é importante destacar que essa Lei vigorou, em partes, até 2002, quando o então presidente do Brasil Fernando Henrique Cardoso sancionou a Lei nº 10.409/2002 que sofreu tantos vetos que a Lei passou a não ter sentido. De fato, só há qualquer distinção entre usuário e traficante após 2006, sucessor de Fernando Henrique foi o Lula, que apesar de não ter se posicionado sobre o tema, sancionou a Lei 11.343 (Lei de Drogas), extinguiu a punibilidade do usuário bem como daquele que plantar pequena quantidade da planta para uso próprio.

Apesar da Lei distinguir usuário e traficante, os responsáveis pela aplicação da Lei, não a fazem de maneira correta, o próprio texto normativo abre precedente para isso, a Lei não especifica quantidade mínima para configurar crime de tráfico, a decisão é tomada pelo Policial que faz a abordagem do sujeito, entende – se que o conceito de “racismo estrutural” é evidenciado nessas situações. Basta analisar o perfil da população carcerária brasileira, os encarcerados são jovens de classe baixa, desempregados, geralmente moradores de periferias, as prisões por tráfico caracterizam 25% da população carcerária, ainda cerca de 59% dessas prisões

decorrentes do ocorrem com pessoas portando menos de 100 gramas de maconha.

O contexto da proibição do consumo de cannabis no Brasil também pode ser observado através de manifestações culturais, a década de 70 ficou marcada pelo contexto pós-guerra, o movimento hippie que pregava a “paz e amor” ganhou adeptos por todo o mundo. É importante lembrar que no Brasil, a ditadura militar determinava o que poderia ou não ser veiculado como propaganda e pautas como a cannabis eram tratadas de forma condenatória, no entanto, no ano de 1971 Erasmo Carlos lança a música “Maria Joana” que apesar de parecer falar de um grande amor, estava falando de maconha, “Maria Joana” é o abasileiramento do termo hispânico “Marijuana” que significa maconha:

Eu quero Maria Joana  
Eu quero Maria Joana  
Eu sei (eu sei)  
Que na vida tudo passa (tudo passa)  
O amor (o amor)  
Vem como nuvem de fumaça (fumaça, fumaça)[...].

Mais adiante, na década de 90, surge no Brasil a banda Planet Hemp (em tradução livre, planeta maconha), liderada por Marcelo D2, que discutia o tema legalização da maconha em suas músicas. Da maneira mais explícita possível em 1995 o Planet Hemp lançava o álbum “usuário”, composto por 17 faixas que trazem à tona a discussão sobre a maconha, a faixa que abre o álbum intitulada como “não compre, plante” é carregada de ativismo, traz a ideia de que é uma planta e por isso não deveria ser comercializada pelo crime organizado e sim que cada um tivesse seu direito de poder plantar na sua casa. Mais adiante o álbum pede como todas as letras a legalização do consumo de maconha no Brasil, a faixa intitulada como “legalize já”, diz:

Legalize já, legalize já  
Porque uma erva natural não pode te prejudicar  
Eu disse legalize já, legalize já  
Porque uma erva natural não pode te prejudicar  
Legalize já, legalize já  
Porque uma erva natural não pode te prejudicar  
Legalize já, legalize já  
Porque uma erva natural não pode te prejudicar  
São dez mil anos de uso sem sequer uma morte  
Se me chamar de otário, eu falo se suporte!

A música ainda traz à tona o contexto histórico do uso de cannabis,

reafirma a ideia de que é uma substância segura e que em quase dez mil anos de uso da substância, não existem qualquer comprovação científica indicando óbito por consumo, ou até mesmo abuso da substância. A cannabis deve ser usado preferencialmente por suas propriedades terapêuticas, ainda que consumida de forma recreativa não oferta qualquer risco de vida ao usuário. De acordo com pesquisa publicada na revista Scientific Reports a maconha é 144 vezes menos mortal quando equiparada ao álcool.

De fato, a proibição não é eficaz, de acordo com a ONU, cerca de 158 milhões de pessoas, ou cerca de 4% da população mundial consomem a cannabis ou seus derivados regularmente, no ano de 2015 o “portal Fiocruz”, entrevistou cerca de dezessete mil brasileiros de 12 a 65 anos, com o “objetivo de estimar e avaliar os parâmetros epidemiológicos do uso de drogas no país” e pôde constatar que cerca de 8% dos brasileiros já consumiram maconha pelo menos uma vez na vida, evidenciando que o proibicionismo nunca chegou perto de conseguir controlar o consumo, a compra ou a venda de qualquer substância entorpecente ou não.

Em estimativa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), são gastos cerca de R\$ 50 bilhões todos os anos na guerra contra as drogas somente em território brasileiro, mas os números acerca do consumo são completamente divergentes relacionados com os valores gastos, atualmente o Brasil é o 2º país que mais consome drogas em todo o mundo, perdendo a primeira posição apenas para os Estados Unidos.

De acordo com a Organização das Nações unidas, o tráfico de entorpecentes movimentava cerca de 500 bilhões de dólares anuais, demonstrando que a repressão e a guerra as drogas são um enorme gasto de dinheiro público à toa. As drogas estão inseridas na sociedade desde sempre, e em todos os lugares o único lado que sai vitorioso na guerra contra as drogas, são as próprias drogas que por sua vez se vendem quase que sozinhas, Foucault analisa o problema das drogas e diz: “As drogas já fazem parte de nossa cultura. [...] Da mesma forma que não podemos dizer que somos 'contra' a música, não podemos dizer que somos 'contra' as drogas” (FOUCAULT, 2004:265).

Em países em que o consumo de maconha é regulamentado, é possível observar que há um aumento no consumo da substância, mas isso não significa que o há abuso, pelo contrário, nos Estados Unidos é possível identificar que os usuários de tabaco vêm diminuindo na medida que o número de usuários de maconha cresce,

a cannabis possui menor potencial ofensivo perante ao consumo de tabaco. Os números apontam que houve um aumento de cerca de 10% de usuários de cannabis, isso não demonstra que as pessoas passaram a realizar suas atividades sob os efeitos da planta, mas a composição química dos canabinoides faz com que elas fiquem no organismo por mais tempo, dificultando o resultado concreto do estudo.

O fato de ser proibido em território nacional não impede e nem nunca impediu qualquer interessado de consumir a planta, de fato, o tráfico só visa lucrar, é para isso que ele existe, não faz distinção se o comprador é uma criança, ou doente mental e não avisa sobre os riscos de consumi-la. Compreende-se que a cannabis, quando não regulamentada, passa a ser objeto do tráfico e isso faz com que ela seja misturada, prensada, mau armazenada tornando a substância imprópria para o consumo, ou seja, a própria falta de regulamentação é mais prejudicial para a saúde do usuário do que a própria substância in natura.

A Lei Antidrogas é a responsável por essa proibição, mas desde 2014 quando a Comissão de Direitos Humanos, por meio de audiência pública interativa, voltou a discutir o tema “regulamentação da maconha” pode-se observar mobilização jurídica e ideológica que promove a flexibilização das medidas regulatórias sobre cannabis medicinal e recreativa, não à toa os medicamentos à base de cannabis já existem para importação, ainda que não da forma ideal, desde 2014.

No ano de 2015, foi proposto o Projeto de Lei nº 399/15, à ser analisado pela Câmara dos Deputados, o PL trata de matérias sobre cultivo, medicamento e até sobre o cânhamo como forma de commodity, ainda é válido o destaque que a própria Lei Antidrogas de 2006, no artigo 2º prevê a finalidade medicinal, ou seja, a legislação já permite que o acesso seja concedido desde 2006.

Barrada pelo preconceito por no mínimo 9 anos, a cannabis só ganha relevância no cenário político em 2019, com a RDC 262 que buscava facilitar a importação de medicamentos à base de cannabis por meio do Sistema Único de Saúde, a partir daí foi possível o deferimento automático do licenciamento de importação no Sistema de Comércio Exterior por exemplo.

A Cannabis, para ser consumida de forma medicinal possui certa regulamentação, mas a mesma substância, que pode ter sua função recreativa ainda sofre com o preconceito, é necessário compreender que quando consumida de forma recreativa também pode possuir propriedades terapêuticas e de fato exercer função social, em Barcelona por exemplo, os usuários podem se dirigir aos “clubes canábicos”



e consumir a erva, da mesma maneira que um brasileiro comum exerce sua função social indo ao bar consumir cerveja com os seus amigos.

Por isso é importante que quando a Lei sobre a Cannabis for editada, estejam descritas regras sobre idade mínima para comprar e conseqüentemente consumir, regras de tributação, controle de qualidade, fiscalização na venda e no uso em ambientes públicos e também sobre o auto – cultivo. A ideia de auto cultivo é interessante pois a cannabis é uma planta, cresce na terra igual qualquer outra do reino *Plantae* e isso possibilita que cada pessoa interessada em a consumir, medicinal ou recreativamente, possam cultivar a cepa mais interessante de acordo com a necessidade.

### **3.1.3 Anvisa/portarias**

A ANVISA por definição, conforme descrito no “institucional” da Agência Nacional da Saúde:

Tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. (ANVISA – Institucional, 2021).

Apesar do contexto proibicionista que permeia até os dias de hoje, a ANVISA se mostra favorável quando o tema é cannabis medicinal, chegando a liberar a importação das flores in natura de CBD para consumo medicinal, medida que acabou sendo revogada por pressão popular.

A primeira portaria da ANVISA sobre cannabis é a portaria “SVS 344/1998”, classifica a planta de cannabis na lista E, e a substância psicoativa THC na lista “F2” como substâncias proscritas.

Já no ano de 2014 a “Resolução 2.113/2014” trouxe revolução para os parâmetros brasileiros, a ANVISA permite o uso compassivo de Extratos de CBD, indicado para o tratamento de epilepsia em jovens e crianças. O ano seguinte, tem um marco regulatório, RDC nº 17/2015, que permite a importação de produtos medicinais derivados de cannabis, porém, a quantidade de THC ainda deve ser muito inferior a quantidade de CBD presente no medicamento e deve ser produzido e distribuído por estabelecimentos regularizados pelas autoridades competentes para

tal.

Mais adiante, a RDC nº 66/2016 altera alguns procedimentos de importação, mas também traz revolução ao permitir que os produtos também contenham a substância psicoativa THC. A RDC nº 128 do mesmo ano, inclui 6 novos produtos na lista de produtos liberados para comércio e consumo, a maioria deles em formato de óleo (full spectrum) – óleo composto da planta inteira, com todos os compostos, THC, CBD, terpenos e flavonoides) com isso evidência as propriedades terapêuticas da cannabis, possibilitando tratamento para boa parcela da população.

Ainda, no mesmo ano, a RDC nº 130/2016 aumenta a quantidade máxima de THC e CBD permitidas nos medicamentos, passaram a ser permitidos remédios que continham até 30 mg/ML de cada substância. A nº RDC 156/2017 classifica a cannabis como planta medicinal, trazendo modificações na lista de Denominações Comuns Brasileiras.

O ano de 2019 é um dos mais reveladores, é marcado por duas consultas públicas realizadas pela ANVISA, nº654/10 e nº655/19 respectivamente, visando saber o entendimento da população acerca do cultivo e do registro de medicamentos à base de cannabis, no mesmo ano, a liberação de importação dos produtos com até 30 mg/ml de THC e CBD passou a ser permitida, ainda no ano de 2019, a ANVISA cogita pela primeira vez regulamentar o plantio de maconha medicinal, no entanto, o processo foi arquivado em dezembro do mesmo ano. Ainda restou tempo para discutir acerca dos critérios de importação para cannabis medicinal, por particular.

Ainda no ano de 2019, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC 327, de 09 de dezembro de 2019) teve sua discussão pautada no binômio “benefício x risco”, nessa resolução são estabelecidos os procedimentos para a Autorização Sanitária sobre fabricação, importação e a comercialização de produtos derivados de cannabis. É importante destacar que a RDC 327 não permite a comercialização de produtos derivados da cannabis em farmácias ou drogarias, bem como não permite a comercialização de cosméticos, fumígenos, produtos para saúde e alimentos.

Mas, apesar de não atender a todas as expectativas a RDC 327 possibilitou a regularização de 26 novos produtos à base de cannabis no portal da ANVISA, atualmente, está em processo de revisão, uma etapa conhecida por (AIR) Análise de Impacto Regulatório.

#### **3.1.4 Sistema endocanabinoide**

O Sistema endocanabinoide é um importante aliado na regulação e equilíbrio de uma série de processos fisiológicos do corpo humano, é uma espécie de sistema intermediário, atuando como ponte entre células de variados tipos, atua também como agente regulador de diversas reações fisiológicas, atua no balanço energético da homeostase e seus receptores agonistas endógenos se expressam no sistema nervoso central e periférico, ele é ativado sob demanda e é desativado rapidamente.

O sistema endocanabinoide foi descoberto em 1964 por Raphael Mechoulam, o sistema está espalhado por todo o organismo, no sistema nervoso, sistema imunológico, nos tecidos conjuntivos (tecido sanguíneo, tecido ósseo, tecido cartilaginoso...), sendo sua atuação dentro do organismo distintas umas das outras, porém, com o mesmo propósito, a homeostase, que é “a constância do meio interno” (CLAUDE BERNARD, SÉC XIX). O sistema endocanabinoide é responsável por regular processos ligados a fisiologia, como o apetite, dores, inflamações, equilíbrio de energia, qualidade do sono, resposta a estresse entre outras necessidades, é compreendido como um conjunto de receptores e enzimas que trabalham como sinalizadores entre nossas células e os processos do corpo. Esses receptores do sistema endocanabinoide foram divididos em duas espécies, o CB1, predominantemente encontrado no sistema nervoso e nos tecidos conjuntivos, cérebro, pulmão, pâncreas, os receptores CB1 interagem com outros neurônios presentes no sistema nervoso central, vide exemplo os gabaérgicos, no qual se produz o GABA, geralmente esses neurotransmissores são armazenados em vesículas dentro dos neurônios e a medida que os impulsos elétricos chegam nos neurônios pré-sinápticos, esse neurônio libera essas vesículas que retem os neurotransmissores sejam liberados na fenda sináptica, após, os receptores vão se ligar com seus respectivos no pós sináptico, fazendo com o que o impulso elétrico que saiu do pré - sináptico passe para o neurônio pós sináptico promovendo a propagação dele por todo o sistema central.

Já os receptores CB2 estão presentes com maior frequência no sistema imunológico e na composição de sua estrutura, na pele, nos ossos e também no pâncreas. São encontrados nas micróglia, e sua ativação geralmente é anti-inflamatória. Quando estimulados, permitem que uma série de mecanismos fisiológicos ocorram, compreende-se que a atuação do sistema endocanabinoide está

relacionado intimamente com a regulação de apetite e até mesmo a modulação entre alimentos sólidos e líquidos, nesse sentido, são os neurotransmissores retrógrados endógenos que se ligam a proteínas e aos receptores canabinoides, o termo retrógrado está relacionado a forma de interação entre transmissores e neurônios, como se o processo conhecido como “sinapse” ocorresse de trás pra frente:

**FIGURA 4:** Sistema Endocanabinoide CB1 e CB2



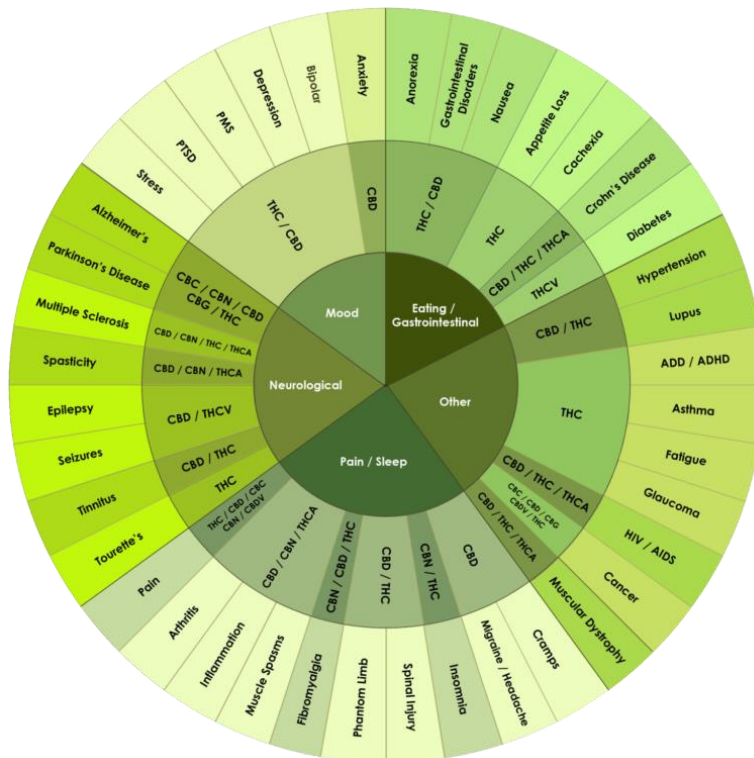
Fonte: O que é o sistema endocanabinoide e qual o seu papel, 2022.

Com a descoberta do sistema endocanabinoide foi possível elucidar o funcionamento dos canabinoides na cura das enfermidades, diferente do que ocorre com o uso dos medicamentos químicos, que agem atenuando ou mascarando os sintomas, os canabinoides agem reequilibrando o sistema endocanabinoide e a cura vem de dentro para fora, quase uma simbiose entre a cannabis e o ser humano.

Raphael Mechoulam ainda foi responsável por isolar o primeiro canabinoide, o Tetrahydrocannabinol, de maneira bem informal manipulou a substância em um bolo e deu para alguns colegas e familiares comerem, concluiu então que aquele bolo que continha THC era equivalente ao consumo da planta inteira. A substância foi manipulada em um bolo pois Raphael identificou que os canabinoides tem propriedades lipossolúveis (gordura), o mesmo motivo pelo qual o medicamento é a base de óleo.

Na figura abaixo um modelo explicativo da atuação de cada canabinoide para cada disfunção metabólica que pode ser tratada com compostos a base de cannabis:

**FIGURA 5:** Interação Sistema Endocanabinoide x Fitocanabinoides



Fonte: Canabinoides, o que são, tipos e indicações, TegraPharma, 2022.

É possível observar que em muitos casos, a interação conjunta dos canabinoides THC e CBD é benéfica para o ser humano. Essa interação é conhecida como efeito Entourage que representa o fenômeno da sinergia molecular, como exemplo, imagine que estamos analisando um extrato vegetal, que possui uma combinação complexa de moléculas. Ao fracionamos esse grupo em partes isoladas, o efeito de cada molécula isoladamente terá um efeito totalmente diferente do efeito obtido com seu extrato. A este fato se atribui o nome de efeito Entourage. Nos extratos vegetais, as plantas produzem uma combinação incrivelmente complexa de compostos, grande parte com atividade biológica também nos humanos e animais.

Conforme anteriormente exposto, as necessidades fisiológicas dos portadores do vírus da aids serviram de pontapé inicial para que o sistema judiciário passasse a discutir tratamento para os soropositivos, ainda, na época, o que era pretendido pelos portadores do vírus eram apenas condições básicas e uma vida digna. O uso do cannabis medicinal em pacientes soropositivos começou a ser discutido, entende-se que tanto o canabidiol (CBD) e o Tetrahydrocanabidiol (THC)

podem devolver qualidade de vida para os infectados. Um estudo publicado pelo “Department of Microbiology and Immunology, Virginia Commonwealth University, School of Medicine”(2015) demonstrou que quando expostas ao THC, as células do sistema imunológico são capazes de inibir a adesão da proteína reguladora (Tat), de origem viral, mantendo a membrana estabilizada. Os efeitos da cannabis podem inibir sintomas como náuseas, falta de apetite, redução nas dores, redução na ansiedade e até mesmo melhorar a qualidade de sono do indivíduo. O sistema endocanabinoide tem poder imunomodulador, dentre eles, impacta direto no crescimento e na sobrevivência e ativação de células imunes e na migração de células inflamatórias, os indivíduos portadores de HIV que fazem o uso de cannabis possuem uma carga viral mais baixa do que os que não consomem a planta, sendo assim, a cannabis pode ser uma forte aliada no tratamento paliativo da doença, podendo trazer melhora significativa nas dores e na qualidade de vida dos portadores do vírus.

A cannabis interage com o corpo humano de diversas formas, a forma mais conhecida está relacionada com o consumo de cigarros ou cachimbos em forma de fumo, e os sintomas mais conhecidos são a sonolência e a vermelhidão ocular. O ato de “fumar” é a maneira menos recomendada de se utilizar a cannabis, porém o uso de cannabis via inalação também é considerada medicinal em alguns casos específicos. O uso medicinal da planta acontece comprovadamente desde dois mil anos antes de Cristo, apesar de anos e anos de uso, a forma que a cannabis interage “biologicamente” com o corpo humano só foi descoberta recentemente. Os canabinoides são considerados compostos químicos capazes de ativar os receptores endocanabinoide, os mais conhecidos são o Tetrahydrocannabinol e o canabidiol que são fitocannabinoides (compostos encontrados nas plantas do gênero cannabis).

O sistema endocanabinoide está presente em uma ampla gama de seres vivos, inclusive em formas de vida que não possuem sistema nervoso central desenvolvido, como os cnidários, platelmintos, entre outros. Não obstante, já existem comprovações que os efeitos benéficos do uso do canabidiol podem ser observados quando utilizados em pets, o Brasil já possui alguns médicos-veterinários prescritores de cannabis para animais de pequeno porte, as indicações podem ser equivalentes as indicações do uso humano (epilepsia, câncer, inflamações, artrose, dores crônicas e também em fase terminal), por não possuir legislação específica sobre o uso do medicamento em pets no Brasil o mercado também deixa de lucrar, em matéria veiculada pela revista Veja em 21/07/2022, “ O mercado de cannabis para pets poderia

movimentar R\$ 1,45 bilhão no Brasil.”

### **3.1.5 Processo para obtenção dos medicamentos a base de cannabis**

O acesso a medicamentos a base de cannabis no Brasil ainda não é para todos, é necessário atender uma série de requisitos e de etapas. Pode-se definir cerca de 4 etapas para conseguir o remédio.

A primeira etapa é se consultar com um médico prescritor de cannabis medicinal, nesta consulta, o médico deverá avaliar a condição do paciente. Que se assim entender, deverá receitar o medicamento, nessa receita deveram estar inclusos, o SID da doença, a posologia e o número de CRM do médico responsável.

A segunda etapa consiste em preencher um documento, nesse momento o paciente deverá possuir um laudo médico contendo todo o histórico seu histórico de tratamentos e medicamentos outrora utilizados, assim como a gravidade da doença e a relação que o paciente tem com essa doença, ainda deve mencionar como é a interação da cannabis na cura dessa patologia.

Na terceira etapa é necessário efetuar um registro no Portal da ANVISA para a “importação de produtos a base de cannabis”. A partir da terceira etapa ocorre divergência a depender da maneira que se pretende conseguir o medicamento, se o medicamento indicado já estiver no rol de remédios a base de cannabis registrado na ANVISA e o paciente tiver condições de arcar com os custos da consulta, e de importação do medicamento que variam de R\$ 500 a R\$ 1000, o acesso é simples, basta preencher o cadastro e em seguida entrar em contato com a empresa revendedora, muitas vezes indicada pela própria equipe médica da primeira consulta. Se o acesso for pretendido por aqueles que não possuem condições de arcar com os custos, o caminho a ser trilhado é a judicialização do acesso do canabidiol no SUS, e necessidade de judicializar medicamentos a base de cannabis é, de certa forma, depender da celeridade da justiça para se manter vivo.

Enquanto de um lado, apenas com uma receita em mãos e cerca de dois meses (período de importação) o medicamento está nas mãos do consumidor final(paciente) o lado que já possui menos condições, ainda precisa cumprir mais requisitos para conseguir aces

Consoante aos fatos, entende-se que se houvesse regulamentação consolidada sobre o uso medicinal da cannabis, no mínimo teria equidade para

conseguir o medicamento. Ainda é possível estabelecer um panorama da falta de regulamentação do auto cultivo, não faz sentido pagar os custos da importação de um remédio que pode ser plantado no quintal de casa.

### **3.1.6 Posicionamento do poder judiciário sobre os medicamentos a base de cannabis**

A primeira intervenção estatal positiva sobre o uso de maconha medicinal para uso pessoal ocorreu em 1976 nos Estados Unidos da América, o paciente, Bob Randall, diagnosticado com glaucoma, foi preso por portar maconha, mas foi absolvido pela justiça ao provar que havia uma recomendação médica para o seu uso. Em 1978 Bob entrou na justiça contra o Governo e ganhou a autorização judicial para ter acesso ao tratamento com cannabis medicinal pelo resto da sua vida, medida que se estendeu para mais onze pessoas no ano de 1991.

No Brasil a cannabis ganhou forte evidência nos últimos dez anos e a necessidade de revisar a legislação sobre o seu uso e consumo é constante, o Brasil ainda está inserido no contexto proibicionista e negacionista sobre a maconha, no entanto, conforme visto, a Anvisa e o Supremo Tribunal Federal têm se posicionado favorável ao incentivo e a comercialização de produtos a base de cannabis, não obstante hoje a cannabis medicinal já é de certa forma legalizada. No STF discute-se a Lei de Drogas, a maconha principalmente, e já conta com 5 votos favoráveis para regulamentar quantidade para consumo pessoal, bem como a quantidade de plantas que um indivíduo pode ter na sua propriedade particular para não ser enquadrado como traficante, não é o ideal, mas começa a abrir as portas para o auto cultivo da cannabis, permitindo a extração do medicamento em casa.

A votação no Supremo, que está prestes a descriminalizar o uso pessoal da planta gera dois tipos de reações, conforme esperado. Parte da população compreende que o estigma da maconha está ultrapassado e que de fato ela só tende a contribuir para o desenvolvimento, social e mental da sociedade e da medicina, inclusive da forma que ela é compreendida hoje. E parte da população que ainda acha que a maconha é coisa do “Diabo” ou de “bandido”.

O Brasil está passando pelo processo de entender que a cannabis pode se tornar uma grande aliada da medicina, todos os dias chegam dezenas de solicitações no portal da Anvisa, estima-se que houve uma crescente de aproximadamente 90% nos pedidos de importação de medicamentos a base de



cannabis. No ano de 2015, o primeiro ano desde a liberação, cerca de 800 pedidos chegaram até a ANVISA, hoje esse número está na casa das 113 mil solicitações, os medicamentos são encontrados geralmente em formato de óleo ou pasta e na sua composição a quantidade de THC deve ser inferior a 0,3%.

Até o início do segundo semestre do recorrente ano a importação das flores in natura aconteciam em alguns casos, o uso das flores in natura também é medicinal, as flores, hora liberadas, continham maior concentração de CBD do que de THC e tinha uso estritamente medicinal, como a liberação é pouco controlada pela via particular, observei durante a elaboração do trabalho uma crescente na exposição das propriedades medicinais das flores in natura, com propagandas sem o menor sentido, muitas vezes incentivando o uso descontrolado da substância, por sua vez, a Anvisa optou por recuar na decisão e proibiu a importação da substância in natura. A falta de regulamentação expressa sobre o que pode e o que não pode, cria precedência para uso sem prescrição e muitas vezes esse processo pode prejudicar ainda mais a vida de quem depende da planta para sobreviver. Neste caso a Anvisa ainda tomou o cuidado de proibir apenas as novas importações, aquelas que já haviam sido pretendidas, continuaram seu processo.

O Superior Tribunal de Justiça também se posiciona favoravelmente as demandas sobre cannabis medicinal, em Junho de 2022 (vide nota de rodapé), concedeu salvo conduto para que três pessoas pudessem cultivar a Cannabis Sativa, com a finalidade de extrair óleo medicinal para uso próprio, um dos pacientes usa o medicamento como forma de amenizar as sequelas do câncer e os outros dois sofrem de insônia. O vice-presidente do Superior Tribunal de Justiça (STJ), Og Fernandes, recentemente sustentou que a jurisprudência sobre cannabis medicinal está consolidada.

No segundo semestre de 2023, o Ministro do Superior Tribunal de Justiça, Rogério Schietti Cruz proferiu voto e registrou pontos importantes para a descriminalização do uso medicinal, salientou que apesar da Anvisa proibir algumas substâncias provenientes da cannabis, nunca condenou ou negou as propriedades medicinais da planta, citou a importância do plantio para a confecção do próprio medicamento:

Enquanto o STF caminha a passos largos para reconhecer a inconstitucionalidade do crime de portal maconha para consumo pessoal recreativo, é de se indagar: é razoável que compactuemos com a

responsabilização penal do paciente por pretender o cultivo da cannabis sativa com finalidade exclusivamente medicinal e amparada em prescrição médica?

E exemplifica que o uso medicinal é milenar e que a cannabis é tendência mundial:

Constata-se, portanto, que a descriminalização do uso medicinal da maconha, e até mesmo recreativo, consiste em verdadeira tendência mundial, seguido pelos EUA, país marcado por haver inaugurado o que se passou a conhecer por 'War on drugs', guerra às drogas, no governo do presidente Nixon. Dos 50 Estados que integram a federação, 23 já autorizam o uso recreativo da maconha. 14 autorizam apenas o uso medicinal, e 7 legalizaram o uso do óleo de canabidiol. Somente 6 ainda criminalizam completamente a maconha.

Essas falas levaram o também Ministro do STJ, Reynaldo Soares, a mudar seu pensamento, que anteriormente criminalizava o cultivo para o consumo medicinal e disse: "O direito à saúde não é direito de alguns. Não é direito daqueles que têm poder econômico para importar. O direito à saúde é de todos.". Outros ministros também votaram e se mostraram favoráveis a cannabis medicinal, com isso é evidente que a perspectiva para o futuro da cannabis tende a ser boa.

A necessidade de descriminalizar a cannabis no Brasil já não pode ser mais ser colocada em segundo plano, a qualidade de vida dos indivíduos pode melhorar, outro ponto importante a ser destacado é que o posicionamento sobre a regulamentação da cannabis deve ser amplo, a mesma substância não pode ser tratada como medicamento e do outro lado da rua ser tratada como droga, a cannabis, ainda que usada de forma recreativa, é comprovadamente menos viciante e menos danosa ao organismo quando comparada ao álcool ou a nicotina por exemplo.

Ainda no Segundo semestre de 2023 a Ministra Do Supremo Tribunal Federal, Rosa Weber proferiu voto referente ao Re. 635659 e acompanhou o voto de seu companheiro de mesa, Alexandre de Moraes, indicando que o indivíduo que for pego com até 60 gramas da substância deveria ser tido como usuário, vale o destaque que Alexandre ainda colocou que em caso de busca domiciliar, o usuário poderá ter em sua propriedade até 6 pés de cannabis, que ainda deverá ser considerado usuário.

Em seguida, um quadro informativo com o número total de autorizações que a ANVISA deu nos últimos anos:

**FIGURA 6:** Tabela do número total de autorizações por mês x ano.

Número total de AUTORIZAÇÕES										
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Janeiro	81	48	87	219	347	848	1737	4332	7623	
Fevereiro	81	60	126	248	468	1134	2157	4865	8141	
Março	101	71	158	270	515	1353	2917	5938	11923	
Abril	81	52	132	307	567	960	2859	5190		
Maio	78	73	181	297	702	1106	2958	6627		
Junho	59	82	218	270	741	1468	3134	6847		
Julho	82	59	190	283	879	1556	3408	7566		
Agosto	74	91	196	337	907	1744	3847	8829		
Setembro	44	90	201	321	849	1808	3986	8170		
Outubro	55	68	226	333	867	2001	3965	7704		
Novembro	41	87	204	318	941	1871	4692	6969		
Dezembro	73	91	182	314	739	1932	4505	7221		
<b>Total Geral</b>	<b>850</b>	<b>872</b>	<b>2101</b>	<b>3517</b>	<b>8522</b>	<b>17781</b>	<b>40165</b>	<b>80258</b>	<b>27687</b>	<b>181.753</b>

Fonte: Audiência pública – Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa, 2023.

Com os números exemplificados é possível perceber um movimento positivo quando a pretensão são medicamentos à base de cannabis.

#### **4 A IMPORTÂNCIA DAS ASSOCIAÇÕES PARA A OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS A BASE DE CANABIDIOL**

As associações canábicas surgiram em meados de 2010 diante da inércia do Estado sobre cannabis medicinal, entende-se que as associações possuem papel fundamental democratização e universalização do acesso à cannabis medicinal e na redescoberta da medicina canabinoide, exercendo papel ativista e trazendo amparo para quem precisa do medicamento a base de cannabis. Seja o acesso pretendido via Sistema único de saúde, seja pela via particular, as associações visam a garantia do bem estar, bem como apoiar e acolher pacientes e famílias que buscam o tratamento de diversas patologias com a cannabis medicinal, além do bem estar do indivíduo, as associações tem um papel muito importante também em casos cujo o necessitado não possui condições de arcar com os custos do Habeas corpus ou do medicamento.

No ano de 2012 foi fundada a Associação Cultural Canábica de São Paulo, que visava o uso recreativo também, já em 2014 foi fundada a AMA+ME que é a primeira associação canábica que de fato visava apoiar apenas o uso medicinal. Dentre as funções exercidas pelas associações de cannabis. O cultivo pessoal e coletivo (associativo) da cannabis pode ser entendido como pontapé inicial para a flexibilização da proibição. O cultivo hoje só pode ser liberado se o paciente impetrar um habeas corpus perante ao Estado.

O ponto alto de toda associação canábica é garantir o acesso amplo e

irrestrito ao medicamento, e isso só será possível quando esta associação puder cultivar, extrair e distribuir o óleo com os componentes adequados a cada associado.

O habeas corpus hoje é conhecido juridicamente como “remédio constitucional” e por isso ele é a melhor maneira de garantir a liberdade para obtenção do medicamento, no entanto é necessária a comprovação de que todos os tratamentos viáveis já tenham sido tentados, ao menos uma vez pelo paciente, ainda, o uso da cannabis enquanto medicamento deve ser comprovadamente a maneira mais eficaz de tratamento para a patologia apresentada. Algumas associações brasileiras, cinco aproximadamente já possuem autorização para cultivar cannabis estritamente para fins medicinais. O Brasil conta com cerca de dois mil habeas corpus em prol do direito de cultivar cannabis.

O ativismo das associações também “luta por facilitar o acesso ao óleo; promover o acolhimento do paciente e familiares; apoiar à pesquisa; promover a formação, pela promoção de cursos e eventos; e oferecer informação e comunicação para todos aqueles interessados sobre a cannabis”, o viés informativo das associações possibilita por exemplo que novas famílias abram os olhos para o tratamento com cannabis medicinal, muitas vezes, devido as décadas de proibição e de propaganda negativa sobre a cannabis, as pessoas desconhecem as propriedades de cura que a planta e seus componentes possuem. Outro ponto importante das associações é a promoção de debates e incentivo as discussões democráticas sobre a cannabis, ainda, com isso, consegue promover a arte e a cultura da cannabis, bem como compreender o aspecto social que a cannabis está incluída, desmistificando a ideia de que “maconha é ruim”.

As associações são mantidas e financiadas por seus próprios associados, afinal, a ideia da associação é criar uma rede de ajuda e de acolhimento para os pacientes de cannabis medicinal, para isso, cada associação tem seu próprio estatuto e regulamentações que devem ser seguidas rigorosamente, no Brasil, apesar de amparados pela Constituição Federal e pela própria Lei de Drogas, bem como as certidões da Anvisa, as associações infelizmente ainda sofrem repressão por conta do desconhecimento e do preconceito em relação a cannabis. Vale o destaque que nas associações o uso é estritamente medicinal, mas não inibe a possibilidade de ser promover debates e fomentar pesquisa do uso recreativo.

## 5 ASPECTOS NEGATIVOS DO USO MEDICINAL E RECREATIVO DA CANNABIS

A cannabis é utilizada a mais de sete mil anos, a planta foi sendo modificada ao longo do tempo para melhor atender as necessidades dos humanos e de fato a interação foi comprovada com a descoberta do sistema endocanabinoide, como todo medicamento, existe o grupo classificado como risco, onde a interação com os componentes canabinoides não alcançam o resultado esperado. Como a cannabis sofreu um longo período de proibição, os estudos e os avanços tecnológicos acerca da planta não se desenvolveram da melhor maneira. Entende-se que o primeiro grupo de pessoas classificadas como “de risco” são as gestantes e lactantes, onde o consumo de cannabis medicinal ou recreativa para esse grupo específico é arriscado, a base de estudos acerca de mães usuárias de cannabis não é concreta, é possível observar que geralmente as gestantes e lactantes que consomem maconha durante a gravidez acabam consumindo outras drogas como o álcool, tabaco e a cocaína, ainda para dificultar um resultado preciso, muitas vezes as mulheres inseridas no contexto de consumo abusivo de álcool e drogas acabam sofrendo violência física e mental, inviabilizando uma gravidez tranquila. Apesar de gestantes estarem inclusas no grupo de risco para consumo de cannabis, a atuação do sistema endocanabinoide é importantíssimo no período gestacional, durante a implantação uterina por exemplo, os níveis de anandamida são baixos no local da implantação e a região adjacente possui níveis altos, o SEC tem a finalidade de manter uma comunicação sincronizada entre o embrião e o endométrio.

O segundo grupo classificados como “de risco” são os jovens que quando consomem a planta ainda no período de desenvolvimento cerebral podem desenvolver síndrome amotivacional, neste caso, o uso não é recomendado pois pessoa jovem (até 25 anos) não possui formação cerebral completa, o uso regular e excessivo de cannabis pode interferir nos neurotransmissores glutamatérgicos, responsáveis pela capacidade de aprendizado, memória e cognitiva motora devido a quantidade de estímulos além da necessária. Discute-se a ideia do proibicionismo que se mostra ineficaz a vista de que muitos jovens acabam consumindo mesmo com a proibição.

Os psicóticos também se enquadram no grupo de pessoas que não devem consumir a maconha, mas isso também não pode ser entendido como motivo para proibir a planta, os estudos apontam que o uso precoce e abusivo está associado

ao aumento da incidência de psicose, em analogia podemos citar a intolerância a lactose, que compromete a saúde de um grupo considerável de indivíduos, mas não se cogitou em nenhum momento a proibição do consumo de leite, no caso da cannabis para saber se um indivíduo está dentro do grupo de risco dos psicóticos é possível que sejam realizados testes genéticos e caso algum polimorfismo ou disfunção seja identificada a pessoa não deve consumir. É curioso destacar que apesar dos grupos de risco para consumir a cannabis, não existem mais do que duas mortes registradas causada pelo uso ou abuso da substância, as mortes causadas pela maconha estão relacionadas com o proibicionismo que gera o mercado ilegal, fomentando guerra entre traficantes e facções rivais. O problema do tráfico não vai deixar de existir se a cannabis for legalizada, o tráfico é alimentado por diversas outras drogas como a cocaína e o crack, que também são expressamente proibidas, e mesmo assim continuam a ser vendidas em plena luz do dia.

## **6 LEGISLAÇÃO EQUIPARADA**

A cannabis já possui regulamentação em países mais desenvolvidos social e politicamente, no continente Europeu podemos observar uma flexibilização nos direitos do usuário, a “Ley Corcuera” de 1992 pretendia restringir o uso de drogas, mas acabou deixando uma lacuna legal, permitindo o consumo em lugares privados e o cultivo em associações sem fins lucrativos, esses clubes tem o direito de plantar e distribuir a cannabis para seus membros, não se trata de comércio ou tráfico de drogas. Já na Holanda, mais especificamente em Amsterdã as proibições sobre cannabis são mais brandas desde a década de 70, quando a substância passou a ser descriminalizada, os conhecidos “coffe shops” são permitidos a comercializar até cinco gramas para consumo próprio e no local, no entanto, a realidade é que por não possuir regulamentação específica, muitas vezes o mercado paralelo é responsável por abastecer os estoques dos estabelecimentos, o produto consegue alcançar um padrão de qualidade, mas ainda não é o ideal. A Alemanha discute a legalização parcial da maconha e do haxixe, são analisados os limites de 25 gramas por usuário e até três plantas por residência, além da possibilidade de comércio exclusivo para membros associados dos “clubes sociais de cannabis”.

Na América do Norte, no Canadá, discute-se a flexibilização da cannabis desde o ano de 1999, mas somente em 2016 o Governo implementou o “Regulamento

de acesso à cannabis para fins médicos”, que libera o auto cultivo com a finalidade medicinal. Já nos Estados Unidos, o consumo recreativo de cannabis é permitido em vinte e três estados da federação, inclusive na capital Washington, D.C. que foi pioneira, juntamente com o Estado do Colorado ainda no ano de 2012. Hoje, os Estados Unidos contam com vinte e três estados onde a cannabis é completamente legalizada, outros quatorze Estados liberam apenas o consumo da cannabis medicinal, enquanto outros sete legalizaram apenas a cannabis medicinal em forma de óleo, outros seis Estados ainda não possuem pautas sobre a descriminalização da cannabis. As quantidades e as liberações são independentes e diversas entre os Estados, Em Nova York por exemplo, ficou estipulado que os adultos (maiores de 21 anos) podem possuir até 85 gramas de maconha para uso recreativo, já no Oregon, essa quantidade é compreendida em cerca de 30 gramas por pessoa.

Na América do Sul, o Uruguai possui regulamentação sobre cannabis há cerca de dez anos, mas só passou a ser completamente regularizada a partir de 2017, quando o Instituto de Regulação e Controle da Cannabis (IRCCA) passou a credenciar farmácias aptas a vender a maconha produzida por empresas licenciadas no país. Estima-se que desde de 2017, foram compradas cerca de dez toneladas de maconha, de maneira regular, por pessoa maior de idade. Marco Algorta Fundador e primeiro presidente da Câmara de Empresas de Cannabis Medicinal do Uruguai, descreve que:

O consumo de cannabis entre adolescentes e jovens no Uruguai cresceu menos que a média regional, com países que não legalizaram. Por exemplo, o Brasil. A cannabis continua sendo a droga preferida de quem foi adolescente durante o proibicionismo, e não é a de quem foi adolescente durante a legalização.

Em pesquisa, o Observatório Uruguaio de Drogas comprovou que não houve aumento nos níveis de consumo de maconha no grupo de pessoas entre 13 à 17 anos desde a aprovação da Lei, ainda a mesma pesquisa pôde concluir que a “idade média” dos consumidores aumentou de 18,3 anos para 20,1 anos. Com isso, aniquila o argumento de que a descriminalização ou até mesmo a legalização do consumo de cannabis não oferta maiores riscos a sociedade.

## CONCLUSÃO

No decorrer deste estudo, foram explorados os aspectos legais, regulatórios, históricos e científicos da cannabis. Através de uma análise minuciosa e investigação meticulosa, foi possível identificar e examinar as propriedades de cura que a cannabis e seus componentes podem oferecer, se manipulados e prescritos da maneira correta.

Estas conclusões não apenas ampliam nosso entendimento sobre a medicina canabinoide, mas também destacam a importância contínua de explorar e questionar os aspectos legais e as regulamentações proibicionistas sem fundamento científico sobre este domínio.

Além disso, ressalta e incentiva a necessidade de estudar a interação da medicina canabinoide com a patologia e buscar meios para que não sejam necessárias tantas intervenções judiciais para que esta alternativa terapêutica seja acessível para uma grande parte da população.

À medida que considera as implicações dessas descobertas, é evidente que há espaço para futuras pesquisas e desenvolvimentos neste campo, os quais podem contribuir significativamente para descriminalizar e incentivar o uso dos medicamentos a base de cannabis, bem como a própria cannabis in natura para o uso medicinal ou recreativo.

A legislação não é suficiente pois dificulta o acesso amplo e irrestrito ao uso da cannabis medicinal, tanto para a população que necessita do tratamento, quanto para a comunidade científica que é prejudicada em suas pesquisas, a regulamentação falha nesse sentido.

Em última análise, este trabalho não apenas oferece uma visão dos aspectos regulatórios da medicina canabinoide, mas busca compreender os benefícios que ela pode prover e questionar a necessidade da interferência judicial para se alcançar esta demanda. Sem dúvidas é ponto de partida para novas pesquisas.

Nesse sentido, o grande número de solicitações de cannabis medicinal e pesquisas científicas, faz com que haja mudança na legislação, nos dias atuais é possível observar melhora na regulamentação do uso de medicamento a base de cannabis, no entanto, essa “universalização do uso do cannabis medicinal” é uma afirmativa irreal, apenas tem acesso o indivíduo que possui condições financeiras, ou por quem busca as associações, é necessário que o SUS tome medida eficaz para



que o acesso aos medicamentos à base de cannabis do art. 196.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. **Após 40 anos do primeiro caso, epidemia de HIV/aids ainda mata brasileiros.** Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/835074-apos-40-anos-do-primeiro-caso-epidemia-de-hiv-aids-ainda-mata-brasileiros/#:~:text=Das%20que%20estão%20em%20tratamento,habitantes%20em%20decorrência%20da%20doença>. Acesso em: 10 jun. 2023.

Agência Nacional De Vigilância Sanitária – **INSTITUCIONAL**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/institucional#:~:text=Tem%20por%20finalidade%20institucional%20promover,como%20o%20controle%20de%20portos%20C>

BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática.** Suffragium - Revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará, Fortaleza, v. 5, n. 8, p. 11-22, jan./dez. 2009.

BITTAR, Paula. **Conheça mais sobre a história dos planos de saúde no Brasil.** Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/programas/275168-especial-saude-2-conheca-mais-sobre-a-historia-dos-planos-de-saude-no-brasil-05-55/>. Acesso em: 05 mai. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006.** Brasília, DF: 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm). Acesso em: 01 jun. 2020.

BRASIL. **Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Lei de Drogas. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei no 5295, de 2019.** Dispõe sobre a cannabis medicinal e o cânhamo industrial e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 2019. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/matéria/139057>. Acesso em: 09 jul. 2023.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça. REsp: 1832993 RS 2019/0247690-2,** Relator: Ministro Francisco Falcão, Data de Julgamento: 10/12/2019, 2ª Turma, Data de Publicação: DJe 13/12/2019. Jusbrasil. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/859944741>. Acesso em: 30 mai. 2023.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. **I Levantamento Domiciliar Sobre O Uso De Drogas Psicotrópicas No Brasil** – 2001. São Paulo: CEBRID, 2002.

Carlini EA, Rodrigues E, Galduróz JCF. **Cannabis sativa L. E substâncias canabinóides em medicina.** São Paulo: CEBRID, 2005.

CARLINI, Angélica. **Judicialização da Saúde Pública e Privada.** São Paulo: Livraria do Advogado, 2014.

CARNEIRO, Edison. **O quilombo dos Palmares**. 1958. Disponível em: <http://bdor.sibi.ufrj.br/handle/doc/75>. Acesso em: 05 mai. 2023.

CINTRA, Assis. **Os escândalos de Carlota Joaquina**. 1934.

**Comparative Risk Assessment Of Alcohol, Tobacco, Cannabis And Other Illicit Drugs Using The Margin Of Exposure Approach**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4311234/>. Acesso em: 08 ago. 2023.

CONTE, Juliana. **Como funciona a ANS?** Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/videos/como-funciona-a-ans/>. Acesso em: 05 mai. 2023.

Especial Saúde 2 - Conheça mais sobre a história dos planos de saúde no Brasil – Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/programas/275168-especial-saude-2-conheca-mais-sobre-a-historia-dos-planos-de-saude-no-brasil-05-55/>. Acesso em: 23 mar. 2023.

FUJITA, Luiz. **O SUS por Drauzio Varella**. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/videos/series-e-documentarios/o-sistema-03-o-sus-por-drauzio-varella/>. Acesso em: 10 mar. 2023.

HOLANDA, Leticia. **Judicialização da saúde: a busca por medicamentos não incorporados pelo SUS**. Brasília, 2014.

IGNACIO, Julia. **Judicialização da saúde no Brasil: o que é?** Disponível em: <https://www.politize.com.br/judicializacao-da-saude-no-brasil/#:~:text=O%20que%20o%20aumento%20da%20judicialização%20da%20saúde%20mostra&text=Essa%20prática%20começou%20a%20partir,atender%20o%20que%20era%20prometido>. Acesso em: 05 abr. 2023.

Lucena, J. **Os fumadores de maconha em Pernambuco. Arq Assist Psicopatas**, 4: 55-96, 1934.

MACHADO, Daniel Dias. **A Teoria de Cesare Lombroso e sua Influência na Sociedade**. 2021. Disponível em: <https://jefvj.emnuvens.com.br/jefvj/article/view/681>. Acesso em: 5 out. 2023.

**Maconha faz bem? Devemos legalizar?** - Prof. Dr. Sidarta Ribeiro - Legalização e descriminalização Disponível em: <https://www.ufpb.br/pexcannabis/contents/videos/maconha-faz-bem-devemos-legalizar-prof-dr-sidarta-ribeiro-legalizacao-e-descriminalizacao>. Acesso em: 05 abr. 2023.

**Maconha, Coletânea de Trabalhos Brasileiros. 2º Ed.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maconha\\_coletania\\_trabalhos\\_brasileiros\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maconha_coletania_trabalhos_brasileiros_2ed.pdf). Acesso em: 10 mar. 2023.

MARQUES, Luiz Carlos Lages Sarmiento Albuquerque. **O caso da primeira igreja Niubingui etíope Coptic de São do Brasil: um estudo sobre a criminalização de**

**uma liderança religiosa.** Monografia (Bacharelado em Direito), Brasília: Universidade de Brasília, 2015.

MOTT, Luiz. **A maconha na história do Brasil.** In: HENMAN, Anthony; PESSOA JUNIOR, Osvaldo (org.). Diamba Sarabamba. São Paulo: Ground, 1986. p. 50-86,100-110.

**O Que É O Sistema Endocanabinoide E Qual O Seu Papel.** Disponível em: <https://www.dorcronica.blog.br/o-sistema-endocanabinoide/>

**REGULAMENTO DA ESCOLA NORMAL – 1911. PERNAMBUCO** (pdf)  
RIBEIRO, Sidarta. **A necessária Lucidez sobre as Drogas.** Disponível em: <https://outraspalavras.net/movimentoserebeldias/sidarta-a-necessaria-lucidez-sobre-as-drogas/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

SAAD, L. **A danação da “erva maravilhosa”.** In: “Fumo de negro”: a criminalização da maconha no pós-abolição [online]. Salvador: EDUFBA, 2019, pp. 69-110. Drogas: clínica e cultura collection. ISBN: 978-65-5630-297-3. LETRA DIFERENTE