

UNIGUAÇU – UNIÃO DE ENSINO SUPERIOR DO IGUAÇU LTDA.
FACULDADE UNIGUAÇU
CURSO DE DIREITO
Seminário de Monografia II

GRACIELLY ARNEMANN

**ACESSO AO MEDICAMENTO CANABIDIOL: DIFICULDADES E
IMPORTÂNCIA NA LIBERAÇÃO – UMA ANÁLISE
JURISPRUDENCIAL DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

SÃO MIGUEL DO IGUAÇU
2025

GRACIELLY ARNEMANN

**ACESSO AO MEDICAMENTO CANABIDIOL: DIFICULDADES E
IMPORTÂNCIA NA LIBERAÇÃO – UMA ANÁLISE
JURISPRUDENCIAL DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Trabalho de conclusão de curso de
graduação apresentado como requisito
para obtenção do título de Bacharel em
Direito da Faculdade UNIGUAÇU.
Orientador(a) Prof^a M.: Adriana Stormoski
Lara

SÃO MIGUEL DO IGUAÇU

2025



[4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licença permite remixe, adaptação e criação a partir do trabalho, para fins não comerciais, desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es) e que licenciem as novas criações sob termos idênticos. Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.

TERMO DE APROVAÇÃO

GRACIELLY ARNEMANN

ACESSO AO MEDICAMENTO CANABIDIOL: DIFICULDADES E IMPORTÂNCIA NA LIBERAÇÃO – UMA ANÁLISE JURISPRUDENCIAL DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Trabalho de Conclusão de Curso em Direito apresentado, sob a orientação da professora Adriana Stormoski Lara, aprovado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel no curso de Direito da Faculdade UNIGUAÇU, pela seguinte banca examinadora:

Professora Orientadora: Adriana Stormoski Lara
Faculdade UNIGUAÇU

Professor: Fábio Aristimunho Vargas
Faculdade UNIGUAÇU

Professora: Sheila Alves
Faculdade UNIGUAÇU

SÃO MIGUEL DO IGUAÇU, 20 DE OUTUBRO DE 2025.

RESUMO

O trabalho investiga o acesso ao canabidiol - CBD no Brasil como um desafio jurídico-constitucional na efetivação do direito à saúde, com base na análise da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça - STJ entre 2019 e 2025. Problema de pesquisa: em que medida, e segundo quais critérios, o STJ tem assegurado o acesso a produtos à base de canabidiol pelo SUS e pela saúde suplementar, e como essa atuação dialoga com o marco regulatório (RDC Anvisa nº 327/2019 e nº 660/2022), com as recomendações da Conitec e com a ausência do CBD na Renome 2024? Objetivo geral: analisar, entre 2019 e 2025, a jurisprudência do STJ sobre o acesso ao canabidiol, identificando critérios decisórios, condicionantes probatórias e impactos sobre a efetividade do direito à saúde. Objetivos específicos: (i) sistematizar o marco regulatório aplicável (Anvisa/Conitec/RENAME); (ii) examinar a aplicação do mínimo existencial e da reserva do possível nas decisões; (iii) identificar padrões de prova exigidos (laudos, prescrição, alternativas no SUS/ANS, hipossuficiência); (iv) comparar decisões sobre fornecimento público, cobertura por planos e salvo-condutos para cultivo medicinal; (v) apontar lacunas de política pública e caminhos de harmonização institucional. Parte-se da compreensão de que o direito à vida e o direito à saúde, como direitos fundamentais, impõem ao Estado tanto deveres de ação, na formulação e execução de políticas públicas, quanto de abstenção, para que não haja retrocessos ou omissões indevidas. O estudo examina o recente marco regulatório da Anvisa, especialmente a RDC nº 327/2019, que criou a categoria de “produtos de cannabis”, e a RDC nº 660/2022, que autoriza a importação por pessoa física. Tais normas, embora representem avanço, não significam a incorporação automática do CBD ao Sistema Único de Saúde - SUS, pois essa inclusão depende de avaliação tecnológica pela Conitec e de padronização na Renome 2024 — que ainda não contempla o produto. À luz dos princípios do mínimo existencial e da reserva do possível, observa-se que o Judiciário tem reconhecido o fornecimento do CBD pelo poder público ou pelos planos de saúde quando comprovada a necessidade terapêutica, a ausência de alternativas eficazes e a vulnerabilidade econômica do paciente. Também se identificam decisões que concedem autorização para cultivo doméstico em casos específicos. A análise revela, contudo, que essas decisões refletem não apenas a busca individual por tratamento, mas também a insuficiência de políticas públicas estruturadas sobre o tema. O Judiciário tem atuado como mediador de urgências sociais, afirmando a dignidade da pessoa humana e o núcleo essencial do direito à saúde, mas sem substituir o dever do Estado de formular políticas sustentáveis e baseadas em evidências. A metodologia é qualitativa, exploratório-descritiva e documental-jurisprudencial, com categorias analíticas que articulam evidência clínica, padronização, alternativas terapêuticas e parâmetros constitucionais. Conclui-se que, embora persista falta de uniformidade e lacunas de política pública, emerge uma linha decisória que prestigia a dignidade humana e o núcleo essencial do direito à saúde, condicionando a intervenção judicial à comprovação técnica, à inexistência de substitutos terapêuticos e à hipossuficiência, ao mesmo tempo em que reafirma a responsabilidade solidária dos entes federativos e o papel estruturante das políticas públicas.

Palavras-chave: medicamento canabidiol; dificuldade; liberação; STJ.

ABSTRACT

This study investigates access to cannabidiol - CBD in Brazil as a constitutional and legal challenge in the realization of the right to health, based on the jurisprudence of the Superior Court of Justice (STJ) between 2019 and 2025. Research problem: to what extent, and under which criteria, has the STJ ensured access to CBD-based products via SUS and private health plans, and how does this judicial intervention interact with the regulatory framework (ANVISA RDC No. 327/2019 and No. 660/2022), CONITEC recommendations, and the absence of CBD from the 2024 RENAME? General objective: to analyze, from 2019 to 2025, STJ case law on access to cannabidiol, identifying decision criteria, evidentiary requirements, and effects on the effectiveness of the right to health. Specific objectives: (i) systematize the applicable regulatory framework (ANVISA/CONITEC/RENAME); (ii) examine how the minimum existential and the reserve of the possible are applied; (iii) identify evidentiary patterns (medical reports, prescriptions, alternatives available in SUS/ANS, economic vulnerability); (iv) compare rulings on public provision, private plan coverage, and home-cultivation safe-conducts; (v) highlight public policy gaps and propose avenues for institutional harmonization. It is grounded on the understanding that the rights to life and health, as fundamental rights, impose on the State both positive duties — to formulate and implement public policies — and negative duties — to prevent undue omissions or regressions. The research examines the recent regulatory framework established by the Brazilian Health Regulatory Agency – ANVISA, particularly Resolution RDC No. 327/2019, which created the category of “cannabis products,” and RDC No. 660/2022, which authorizes importation by individuals. Although these regulations represent progress, they do not imply the automatic incorporation of CBD into the Unified Health System - SUS, since such inclusion depends on technological evaluation by CONITEC and on the 2024 RENAME list, which still does not include the product. In light of the principles of the minimum existential standard and the reserve of the possible, the judiciary has recognized the right to CBD supply by public authorities or private health plans when therapeutic necessity, lack of effective alternatives, and the patient’s economic vulnerability are demonstrated. Some rulings have also authorized home cultivation in specific cases. The analysis reveals that such decisions reflect not only individual demands for treatment but also the insufficiency of structured public policies. The judiciary has acted as a mediator of social urgencies, affirming human dignity and the essential core of the right to health, without replacing the State’s duty to develop sustainable, evidence-based policies. The methodology is qualitative, exploratory-descriptive, and based on documentary and jurisprudential analysis, with analytical categories involving clinical evidence, standardization, therapeutic alternatives, and constitutional parameters. The study concludes that, despite persistent inconsistencies and policy gaps, a judicial trend has emerged that upholds human dignity and the essential core of the right to health, conditioning judicial intervention on technical evidence, the absence of therapeutic substitutes, and economic vulnerability, while reaffirming the shared responsibility of government entities and the structuring role of public policy.

Keywords: cannabidiol medication; difficulty; approval; STJ.

LISTA DE SIGLAS

- ANS — Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ANVISA — Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CF — Constituição Federal (de 1988)
- CID — Classificação Internacional de Doenças
- CNJ — Conselho Nacional de Justiça
- CONITEC — Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
- CPC — Código de Processo Civil
- HC — Habeas Corpus
- RDC — Resolução da Diretoria Colegiada (da Anvisa)
- RENAME — Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
- STJ — Superior Tribunal de Justiça
- SUS — Sistema Único de Saúde
- TJ — Tribunal de Justiça (estadual)
- TJ-SP — Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ASPECTOS INICIAIS ACERCA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS	13
2.1 DIREITO À VIDA	13
2.2 DIREITO À SAÚDE	16
3 A REALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE	20
3.1 DA POLÍTICA PÚBLICA PARA O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS	20
3.2 DOS LIMITES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA PARA O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS	24
4 A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO AO FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO PELO ESTADO	29
4.1 A DISTRIBUIÇÃO DO MEDICAMENTO CANABIDIOL POR DETERMINAÇÃO JUDICIAL – UMA ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA DO STJ	29
4.2 PRINCIPAIS ASPECTOS CONTROVERTIDOS	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por objetivo promover uma abordagem acerca das dificuldades e da importância dos medicamentos à base de canabidiol – CBD no Brasil, com ênfase no entendimento do Superior Tribunal de Justiça. Salienta-se que o tema resta inserido no contexto do acesso à medicamentos à base de canabidiol para fins terapêuticos, abordando-se, para tanto, os entraves legais, burocráticos e judiciais comumente enfrentados pelos pacientes que necessitam dessa substância para o tratamento de diversos tipos de condições médicas, como, por exemplo, a epilepsia refratária, dores crônicas e transtornos neurológicos.

O texto constitucional estabelece, em termos gerais, o dever estatal de garantir o acesso universal à saúde, mas, no entanto, no plano da execução administrativa, observa-se distanciamento constante entre norma e realidade. Medicamentos como o canabidiol, cuja aplicação clínica tem se tornado mais frequente, não encontram respaldo formal suficiente nas políticas públicas já instituídas, o que força a população à via judicial, o que, a rigor, indica falha sistêmica.

Não é recente o movimento de judicialização da saúde, cujo fenômeno, embora previsível, cresceu sem paralelo com a expansão de mecanismos regulatórios. A ANVISA, por sua vez, autorizou, em termos limitados, o uso do canabidiol, mas não solucionou as lacunas relativas ao fornecimento público. Diante disso, ações judiciais passaram a formar jurisprudência relevante nos tribunais superiores, muitas delas com desfechos distintos, revelando ausência de padrão interpretativo estável.

Esse cenário impõe uma análise objetiva: não sobre a eficácia farmacológica da substância, o que compete à ciência médica, mas sobre a fundamentação jurídica adotada pelo STJ nas ações propostas com base no direito constitucional à saúde. A variedade de decisões, aliada à ausência de política consolidada, exige mapeamento técnico da linha decisória dominante — se é que existe uma.

Para isso, o presente estudo delimita sua abordagem à análise dos julgados do STJ entre 2019 e 2024, utilizando pesquisa documental, com ênfase em decisões com trânsito em julgado e repercussão geral. O objetivo não é esgotar o tema, mas verificar com rigor quais critérios vêm sendo aplicados nas decisões que envolvem o fornecimento do canabidiol fora da lista do SUS. Isso inclui a leitura jurídica da

omissão administrativa, a relação entre norma e orçamento, e a definição de responsabilidade solidária entre os entes federativos.

A relevância do tema se impõe por si, levando-se em consideração de que cada novo pedido judicial, a indefinição persiste, não se tratando mais de exceções, mas de demanda concreta, reiterada, que põe à prova o equilíbrio entre direito individual e execução orçamentária. A pesquisa, assim, parte de hipóteses restritas e dados objetivos, com foco na análise do discurso jurídico dos acórdãos.

Surge, assim, o seguinte problema de pesquisa: em que medida e sob quais parâmetros o STJ tem determinado o acesso ao CBD pelo SUS e pela saúde suplementar, e como tais decisões se articulam com o marco regulatório sanitário e a avaliação tecnológica?

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a jurisprudência do STJ (2019–2025) sobre acesso ao CBD, identificando critérios, fundamentos e limites.

Já os objetivos específicos são: (a) descrever o marco regulatório; (b) examinar a aplicação de mínimo existencial e reserva do possível; (c) mapear padrões probatórios; (d) comparar trilhas decisórias (SUS, planos, cultivo); (e) indicar lacunas e recomendações.

A metodologia da pesquisa reside na pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva e documental-jurisprudencial, comportando como fontes: a RDC Anvisa nº 327/2019 e nº 660/2022, os relatórios e recomendações da Conitec (2019–2025), o Rename 2024 e os acórdãos do STJ entre 2019 e 2025 obtidos por descritores combinado: canabidiol AND fornecimento AND SUS AND mínimo existencial OR reserva do possível, saúde suplementar e habeas corpus cultivo).

Os critérios de inclusão foram decisões do STJ no recorte temporal e temático, excluindo-se casos alheios à assistência farmacêutica pública ou sem pertinência ao CBD. Como procedimento analítico foi aderido à análise temática por categorias a priori (normativo-sanitária; probatória; constitucional; alternativas terapêuticas; padronização).

As limitações observadas foram a heterogeneidade de casos, atualização dinâmica de evidências clínicas e de políticas públicas.

Como o escopo de melhor delimitar o tema, o Capítulo 2 apresenta as bases constitucionais do direito à vida e à saúde, ao passo que O Capítulo 3 discute políticas

públicas de assistência farmacêutica, papel da Anvisa/Conitec/RENAME e limites orçamentários.

O Capítulo 4, por sua vez, analisa a jurisprudência do STJ quanto ao CBD (SUS, saúde suplementar e cultivo medicinal) e aponta aspectos controvertidos. O Capítulo 5 traz as considerações finais e recomendações.

2 ASPECTOS INICIAIS ACERCA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

O fim pretendido neste capítulo é realizar uma análise acerca da judicialização do direito ao fornecimento de medicação canabidiol e, para tanto, em um primeiro momento é procedida com a análise dos direitos fundamentais, mais especificamente o direito à saúde e à vida.

Posteriormente, analisa-se a implementação de políticas públicas para a competente efetivação do direito à saúde, realizando-se, ulteriormente, as decisões judiciais provenientes do Superior Tribunal de Justiça em relação à concessão de medicamentos à base de canabidiol.

Ao final, são abordados os principais pontos controvertidos.

2.1 DIREITO À VIDA

Abordando de forma ampla o direito à vida, nota-se claramente que está diretamente ligado ao direito à dignidade, é necessário viver com qualidade, com acesso à saúde, educação, trabalho e ambiente equilibrado, dessa forma, o Estado tem o dever de garantir as condições mínimas para o exercício desse direito.

A dignidade da pessoa humana, erigida a fundamento da República, confere densidade normativa a esse direito, exigindo do poder público tanto abstenções quanto prestações concretas. Nesse sentido, a efetividade do direito à vida demanda políticas intersetoriais, saúde, educação, trabalho e meio ambiente, capazes de assegurar, de modo universal e igualitário, condições reais de existência com qualidade.

O direito à vida costuma ser apresentado pela doutrina como a base de todo o edifício jurídico. Moraes (2015) ressalta que ele funciona como pressuposto lógico e prático para a existência do próprio ordenamento e, por consequência, para o exercício dos demais direitos fundamentais.

Daí decorre uma diretriz interpretativa: em casos de dúvida, a hermenêutica constitucional deve favorecer soluções protetivas da vida, preservando seu núcleo essencial. Para Moraes (2015), esse caráter basilar justifica a incidência de deveres estatais de proteção ativa e de prevenção contra riscos graves e evitáveis.

Nessa mesma linha, Mendes e Branco (2012), ao tratarem do tema em seu Curso de Direito Constitucional, observam que não faria sentido proclamar outros direitos se antes não estivesse garantida a própria continuidade da vida humana. Em outras palavras, a proteção à vida é a condição de possibilidade de qualquer outro direito.

Por isso, sustentam que a vida ocupa posição axial no sistema de direitos fundamentais, servindo como parâmetro de controle sobre políticas e atos estatais que possam comprometer sua preservação. A consequência prática é a vedação de leituras que relativizem arbitrariamente esse direito quando em conflito com interesses meramente instrumentais, conforme Mendes e Branco (2012).

Em sua obra Curso de Direito Constitucional Positivo, José Afonso da Silva (2005) explica a centralidade da vida a partir da ideia de individualidade e pessoa: todo ser vivo é um indivíduo e, no caso humano, uma pessoa dotada de dignidade. Daí decorre que a vida humana merece respeito reforçado e que práticas que a neguem ou a coloquem em risco devem ser rejeitadas no contexto contemporâneo.

Silva (2005) ainda enfatiza que a tutela da vida implica proteger não apenas a existência física, mas as condições que tornam essa existência compatível com a dignidade, rechaçando tratamentos desumanos, degradantes ou que reduzam a pessoa a mero objeto de políticas estatais.

O autor Pedro Lenza (2012) interpreta o caput do artigo 5º da Constituição Federal como consagração ampla do direito à vida, que abrange tanto a dimensão negativa, o direito de não ser privado da própria existência, quanto a dimensão positiva, o direito a viver com dignidade. No mesmo sentido, Alexandre de Moraes (2015) entende que cabe ao Estado assegurar a vida em suas duas faces: preservar a continuidade da existência e viabilizar condições dignas de subsistência.

Em termos concretos, observa-se que a dimensão negativa veda intervenções estatais arbitrárias ou omissivas que exponham a vida a risco intolerável, ao passo que a dimensão positiva reclama políticas de promoção da saúde, prevenção de doenças, saneamento básico e acesso a serviços essenciais. Lenza (2012) e Moraes (2015) convergem ao apontar que essas duas faces são indissociáveis no constitucionalismo de 1988.

De modo sintético, Paulo e Alexandrino (2008) frisam que o direito à vida não se reduz à mera sobrevivência biológica. Como a dignidade da pessoa humana é

fundamento da República, a existência digna converte-se em dever estatal, exigindo políticas e ações que permitam às pessoas viverem com qualidade.

Essa leitura impõe planejamento normativo e orçamentário que priorize prestações básicas voltadas à proteção da vida, incluindo ações preventivas e de promoção social. Para Paulo e Alexandrino (2008), a efetividade do direito à vida depende de arranjos institucionais que materializem o acesso a bens e serviços indispensáveis.

Prelecionam Mendes e Branco (2012) também destacam a relevância do tema no texto constitucional: o constituinte de 1988 colocou a vida entre os cinco valores centrais listados no caput do artigo 5º — ao lado da liberdade, igualdade, segurança e propriedade. Já Tavares (2012) observa que o conteúdo do direito à vida costuma ser descrito em duas vertentes inseparáveis: a garantia de permanecer vivo e o direito a um padrão adequado de condições para viver.

Esse duplo conteúdo explica a centralidade da vida nas escolhas públicas e na ponderação de conflitos normativos, exigindo que a atuação estatal promova um patamar mínimo de condições existenciais. Para Tavares (2012), tal patamar não é retórico: ele traduz expectativas objetivas de proteção e promoção, compatíveis com o desenho do Estado Social delineado pela Constituição.

O autor Alexandre de Moraes (2015) pontua que a Constituição de 1988 tutela a vida de maneira abrangente, inclusive antes do nascimento, mas lembra que, como ocorre com os demais direitos fundamentais, não se trata de prerrogativa absoluta. A própria Carta, no artigo 5º, inciso XLVII, admite a pena de morte em situação excepcional de guerra declarada, mostrando que a proteção à vida convive com limites constitucionais específicos.

Nesses casos, adverte Moraes (2015), a excepcionalidade deve ser lida de forma estrita, sob controle jurídico e político intensificado, preservando-se o núcleo essencial do direito e impedindo abusos ou extensões indevidas de hipóteses restritivas.

Do mesmo modo, Leo Van Holthe (2009) argumenta que, em virtude de também estar atrelado o direito de se obter uma vida digna caberá ao Estado efetuar a competente promoção das políticas públicas, de modo a atender aqueles que possuam menos condições de obterem uma existência saudável.

Holthe (2009) ressalta que a prioridade às pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade é corolário do princípio da dignidade, de sorte que políticas universais devem ser combinadas com medidas equitativas. Em síntese, a proteção da vida reclama, ao mesmo tempo, universalidade, integralidade e atenção preferencial aos mais vulneráveis, como expressão concreta do projeto constitucional.

2.2 DIREITO À SAÚDE

Mais especificamente em relação ao direito à saúde, levando em consideração a sua plenitude, o autor André Ramos Tavares (2012) discorre que, faz-se necessário que o Estado atue de maneira a promover as respectivas políticas sociais e econômicas de modo a viabilizar o acesso universal e igualitário para a comunidade, sem se esquecer da necessidade de atuar de maneira preventiva, com vistas a prevenir a propagação de doenças e outros agravos.

Nesse sentido, a efetividade desse direito supõe a articulação entre promoção, prevenção e atenção integral, com políticas que incidam sobre os determinantes sociais da saúde (saneamento, educação, renda e ambiente). A diretriz de universalidade reclama que nenhuma pessoa seja excluída do acesso, enquanto a de equidade impõe tratamento diferenciado aos desiguais para nivelar oportunidades de cuidado. Ao enfatizar a dimensão preventiva, Tavares (2012) reafirma que a atuação estatal deve priorizar ações de vigilância, imunização e atenção primária, capazes de reduzir riscos e evitar agravamentos.

Em sua obra Fornecimento Judicial de Medicamentos Sem Registro na Anvisa & de Uso Off-Label (2016), Lívia Barros expõe que a delimitação conceitual que recai sobre a questão da saúde acaba por ser compreendido como sendo a necessidade de se fazer instituir um rol de ações e bens que se mostram imprescindíveis para o atingimento do alto nível do referido direito. Segundo consta no entendimento de Holthe (2009), o direito à saúde perfaz verdadeiro desdobramento do direito à vida, consubstanciado como sendo uma consequência lógica da dignidade da pessoa humana, sendo este um dos aspectos fundantes da República Federativa do Brasil.

Com isso, Barros (2016) ressalta que a tutela da saúde envolve tanto prestações materiais (medicamentos, insumos, estrutura) quanto organizacionais (protocolos, diretrizes e fluxos), sob pena de se inviabilizar o “alto nível” de proteção

prometido constitucionalmente. A leitura de Holthe (2009) reforça que, por derivar do direito à vida e da dignidade, a saúde deve ser estruturada como prioridade pública, de modo a orientar escolhas orçamentárias e regulatórias que tornem efetivos os bens e serviços indispensáveis ao tratamento e à prevenção.

Os autores Mendes e Branco (2012) observam que a Carta Constitucional de 1988 foi a primeira a contemplar o direito à saúde como sendo fundamental, tendo em vista que nos diplomas anteriores esta questão era tratada em regramentos esparsos, estando prevista atualmente como sendo um direito de todos e, por outro lado, também perfaz um dever do Estado. Nessa perspectiva, quando a Constituição faz alusão ao fato do direito à saúde dizer respeito a um direito de todos, é certo que tal é visto tanto sob o enfoque individual, quanto coletivo, cujo direito público subjetivo restará resguardado mediante a instituição de políticas públicas sociais e econômicas. Explicam, ainda, que por outro lado, tem-se o Estado como prestador, que, basicamente, consiste no fato de ensejar desenvolvimento nas políticas públicas, especialmente àquelas que se encontrem atreladas ao fato de se reduzir doenças, bem como atuar na promoção, na proteção e, ainda, na recuperação.

Assim, Mendes e Branco (2012) destacam que a Constituição de 1988 converteu a saúde em obrigação jurídica exigível, tanto por via de políticas universais quanto por pretensões individuais quando demonstrada omissão ou insuficiência do poder público. A condição de “Estado prestador” implica não apenas a execução direta de ações e serviços, mas também o desenho regulatório e a coordenação interfederativa necessários para assegurar promoção, proteção e recuperação em todo o território nacional.

Explica também Flávia Bahia (2017) que muito embora à saúde possa ser vista sob a ótica de perfazer um direito coletivo, tendo em vista a necessidade de se instituir políticas públicas para a construção de hospitais, assim como a contratação de médicos e enfermeiros, não se pode olvidar que tal diz respeito a um direito individual.

Desse modo, Bahia (2017) aponta a dupla natureza do direito: coletivo, por depender de políticas estruturantes, e individual, por ensejar titularidade subjetiva oponível ao Estado quando presentes os pressupostos constitucionais e legais. Essa ambivalência explica, inclusive, fenômenos como a judicialização, que surge como

resposta à distância entre a promessa institucional e a fruição concreta do direito pelo indivíduo.

Explica Rafael de Lazari (2016) que a saúde acaba por se instituir como sendo um caráter híbrido, tendo em vista que, por um lado, possui seu enfoque positivo, já que diz respeito a um direito individual que concerne o recebimento da prestação e, por outro, há o enfoque ativo, considerando o dever do Poder Público em efetuar o competente fornecimento da saúde. A autora Ana Carolina Corrêa Petenati (2013) abarca que o direito à saúde acaba por se consubstanciar em um dos pilares que se mostram inerentes não apenas para a manutenção da vida, mas, principalmente, para que seja proporcionada uma qualidade de vida satisfatória para a coletividade.

Ao sublinhar a feição positiva da saúde, Lazari (2016) evidencia que a efetividade depende de prestações materiais e normativas que alcancem o cidadão, enquanto o enfoque ativo traduz a responsabilidade contínua do Estado em estruturar e custear a rede de atenção. Petenati (2013) reforça esse entendimento ao associar saúde e qualidade de vida, ressaltando que políticas bem desenhadas impactam a coletividade ao reduzir desigualdades, prevenir agravos e ampliar a capacidade de bem-estar social.

Leciona Pedro Lenza (2012) que é possível observar a consagração do direito à saúde em sua dupla vertente: por um lado, subsiste a natureza negativa, tendo em vista que o Poder Público não pode praticar atos com o intuito de prejudicar a população e, por outro lado, subsiste a natureza positiva, já que o Estado deve atuar de maneira a satisfazer a prestação dos direitos sociais aos indivíduos. Silva (2005) contempla que a partir do momento que a Constituição Federal de 1988 atribui ao Poder Público a incumbência de efetuar o controle das ações e serviços que são destinados à saúde, isso quer dizer que sobre ele o Estado possui amplo poder de dominação, devendo, assim, efetuar a sua competente fiscalização.

Nesse quadro, a vertente negativa proíbe condutas estatais que agravem riscos sanitários ou limitem indevidamente o acesso, ao passo que a vertente positiva impõe implementar, regular e fiscalizar ações e serviços de saúde. Como observa Silva (2005), o amplo poder de controle atribuído ao Estado traduz um dever de polícia sanitária e de organização sistêmica, cuja finalidade é garantir qualidade, segurança e continuidade do cuidado.

Observa a Autora Ana Carolina Corrêa Petenati (2013, p. 18-19) que é “[...] obrigação do Poder Público prestar serviços e atendimentos, de forma a garantir a manutenção da saúde de seus tutelados bem como disponibilizar tratamentos para os males que os acometem [...]”, especialmente por meio da implementação de políticas públicas que tenham o condão de efetuar o atendimento direto da população. Leite (2014) expõe que aquele indivíduo que não conta com uma prestação adequada da saúde, acaba por se tornar desamparado pelo Estado.

Desse modo, Petenati (2013) enfatiza a necessidade de redes assistenciais acessíveis e resolutivas, com protocolos e fluxos que garantam o atendimento oportuno. Nessa mesma direção, Leite (2014) alerta que a ausência de prestação suficiente converte o indivíduo em sujeito vulnerável, legitimando a intervenção de controle — inclusive judicial — para recompor a efetividade do direito e prevenir danos maiores.

Diante do exposto, é evidente que a necessidade de que o Estado tenha atuação eficaz para promover políticas sociais e econômicas, dentro do possível, de modo a facilitar o acesso universal e igualitário para a toda a população. Deve-se frisar, ademais, a necessidade de atuar preventivamente, com a intenção de mitigar o agravo de doenças que afetam um número considerável de pessoas.

Em síntese, a realização do direito à saúde requer planejamento, financiamento adequado e gestão baseada em evidências, com pactuação entre os entes federativos para assegurar cobertura e integralidade. A prioridade às ações de prevenção e promoção não exclui a obrigação de garantir tratamento e reabilitação, mas antes reduz custos sociais e melhora resultados em saúde, aproximando a prática estatal da promessa constitucional.

3 A REALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

O presente capítulo tem como objetivo realizar uma análise sobre a política pública para o fornecimento de medicamentos à base de canabidiol, e, posteriormente, observar os limites da Administração Pública para este fim.

3.1 DA POLÍTICA PÚBLICA PARA O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

Mesmo que a Constituição Federal de 1988 tenha sido um marco na consagração do direito à saúde como um direito de todos e estabelecido como um dever do Estado, ainda existe uma grande distância entre o que está escrito na lei e o que acontece na realidade. Na prática, o sistema público de saúde enfrenta desafios diários, como a falta de recursos, burocracia, demora nos processos administrativos e desigualdade de acesso entre regiões e grupos sociais.

Todas essas dificuldades fazem com que a efetivação desse direito fundamental dependa não apenas de normas jurídicas, mas de uma vontade política real e de uma gestão pública comprometida com resultados humanos, não apenas técnicos.

Quando se fala em políticas públicas, fala-se, essencialmente, em escolhas: onde investir, quem priorizar, quais demandas atender primeiro. E nessas escolhas, muitas vezes, o direito à saúde acaba se perdendo entre pedidos superburocráticos e difíceis, o fornecimento de medicamentos à base de canabidiol é um exemplo claro disso.

Enquanto milhares de pacientes encontram no CBD uma esperança concreta de tratamento, o Estado ainda enfrenta entraves regulatórios e orçamentários que dificultam o acesso igualitário. Assim, o que deveria ser uma política pública voltada ao cuidado e à dignidade da pessoa humana acaba se transformando em uma disputa judicial, um caminho que, embora necessário, revela a fragilidade das políticas preventivas e inclusivas.

Garantir o direito à saúde, portanto, não é apenas distribuir medicamentos ou abrir leitos hospitalares. É reconhecer o ser humano por trás das estatísticas, compreender que cada política pública precisa nascer do diálogo com a sociedade e

se sustentar em evidências que melhorem, de fato, a vida das pessoas. No caso do canabidiol, essa sensibilidade é ainda mais urgente, pois envolve não apenas ciência e direito, mas esperança, qualidade de vida e dignidade dos pacientes.

Enquanto o Estado não conseguir alinhar suas políticas à realidade das pessoas, continuará existindo um abismo entre o que se promete e o que se entrega. A efetividade do direito à saúde passa, assim, por um compromisso ético e político de fazer com que as políticas públicas deixem de ser respostas formais e se tornem instrumentos concretos de transformação social, onde o ser humano e suas necessidades esteja no centro das decisões.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, criada em 1999, cuja principal função é proteger e promover a saúde da população brasileira por meio do controle sanitário da produção e do consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária. Isso inclui alimentos, cosméticos, saneantes, medicamentos, vacinas, equipamentos médicos e, mais recentemente, produtos derivados da cannabis medicinal.

Em outras palavras, a ANVISA atua como uma espécie de “guardião da segurança sanitária”, sendo responsável por garantir que os produtos consumidos pela população sejam seguros, eficazes e de qualidade. Especificamente no caso dos medicamentos, a Agência tem o papel de avaliar e autorizar o registro, a importação, a fabricação, a prescrição e a comercialização, sempre com base em evidências científicas e normas de saúde pública.

Quando falamos em canabidiol (CBD), o papel da ANVISA torna-se ainda mais relevante. Por se tratar de uma substância derivada da planta *Cannabis sativa*, historicamente associada ao uso recreativo da maconha, o tema exige regulação cuidadosa e técnica. Foi a ANVISA quem estabeleceu, por meio de resoluções específicas, as condições legais para o uso medicinal do canabidiol no Brasil, permitindo que pacientes com determinadas doenças ou condições clínicas possam ter acesso ao tratamento, mediante prescrição médica e acompanhamento adequado.

Além disso, a ANVISA é responsável por fiscalizar e autorizar a importação desses medicamentos, sobretudo nos casos em que ainda não há produção nacional suficiente. Assim, sua atuação representa um ponto de equilíbrio entre o dever de proteger a saúde pública e a necessidade de garantir o direito fundamental à saúde e à vida das pessoas que dependem desses tratamentos.

Em síntese, a ANVISA exerce um papel estratégico e essencial na formulação e execução das políticas públicas de saúde, especialmente quando o assunto envolve medicamentos inovadores ou de uso controlado, como o canabidiol. Sua função vai além da parte burocrática, na prática, ela representa a responsabilidade do Estado em assegurar que o acesso a novos tratamentos ocorra com segurança, qualidade e respeito à dignidade humana.

O Autor Thomas R. Dye, em sua obra *Understanding public policy* (2013) define que política pública é, de maneira objetiva, uma resposta institucional construída pelo Estado diante de demandas sociais, tratando-se, pois, de um processo deliberado, com implicações práticas, que envolve decisões sobre alocação de recursos, definição de prioridades e formulação de normas.

Logo, correspondem ao que os governos decidem fazer ou deixar de fazer, o que significa que tanto a ação quanto a omissão estatal configuram escolhas políticas que afetam diretamente a vida coletiva. O conceito, assim, incorpora a ideia de seletividade, disputa de interesses e negociação entre atores governamentais e sociais.

Ressaltam Mendes e Branco (2012), que de acordo com o artigo 196, da Constituição Federal de 1988, o Estado atua como verdadeiro prestador da saúde e, diante disso, deve proporcionar o desenvolvimento de políticas públicas, especialmente quando vinculadas ao fato de se reduzir doenças, bem como atuar na promoção, na proteção e, ainda, na recuperação.

Também Ana Carolina Corrêa Petenati (2013) pontua que a instituição da política pública deverá ser aprovada pelo Poder Legislativo e, quanto à definição de sua amplitude, esta caberá ao gestor do Poder Executivo, que se respaldará no poder-dever discricionário que é conferido pela legislação.

Petenati (2013) aponta a execução de política pública já aprovada pelo Legislativo, e a definição de seu alcance, compete ao gestor do Poder Executivo, orientado pelo poder-dever discricionário conferido em lei. Cabe ao Poder Público, portanto, selecionar a política a ser implementada com base em critérios racionais de necessidade, conveniência e oportunidade, buscando sempre a alternativa que melhor realize o interesse público:

[...] resta claro que a decisão pela implementação de determinada política pública aprovada pelo Poder Legislativo, bem como a definição de sua amplitude, é do gestor do Poder Executivo, sempre balizado pelo poder de discricionário que lhe é conferido por lei. Cabe sim ao Poder Público optar, de certa forma, pela política a ser implementada, de acordo com critérios racionais de necessidade, conveniência e oportunidade, sempre objetivando a opção que melhor atende ao interesse público (Petenati, 2013, p. 39).

Corroborando do mesmo entendimento, o autor Rodrigo Padilha (2014, p. 608) expõe que “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por terceiros [...]”, ou, ainda, mediante atuação da pessoa física ou jurídica inserta no âmbito privado.

Levando-se em consideração os ensinamentos propostos por Lenza (2012) contempla que não há dúvidas de que o fornecimento de medicamentos resta constituído como sendo uma forma de se garantir a efetivação do direito constitucional à saúde, de modo que será implementado mediante políticas sociais e econômicas.

Logo, a saúde constitui direito de todos e dever do Estado, assegurado por políticas sociais e econômicas voltadas à redução dos riscos de doenças e outros agravos e à garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, de acordo com Lenza (2012):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Lenza, 2012, p. 1077).

A autora Livia Barros (2016) observa que caberá ao Estado garantir a todos os indivíduos o direito à saúde, o que leva a crer a necessidade de se aplicar de maneira mais adequada os recursos ora existentes, buscando-se, assim, a utilização de melhores técnicas e custos, com o fito de se alcançar o resultado almejado.

No mesmo sentido, Leo Van Holthe (2009, p. 697) explana que levando em consideração a plenitude do direito à saúde, tal “[...] abrange o atendimento médico-hospitalar, o fornecimento gratuito de medicamentos, bem como a implementação de políticas sociais e econômicas que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços [...]”, com vistas a viabilizar a promoção, bem como a proteção e, ainda, a recuperação da saúde.

Ainda no mesmo assunto, reforça-se que a saúde deve ser compreendida sob uma ótica integral, na qual promoção, proteção e recuperação são dimensões indissociáveis. Portanto, assegurar esse direito implica planejar e executar políticas públicas que ultrapassem a lógica assistencial e operem, de fato, sob os princípios da universalidade e equidade.

Entretanto, Suelen da Silva Weber (2012) sinaliza, que a efetivação do direito à saúde vem se mostrando dificultosa, considerando a latente insuficiência na prestação sanitária, especialmente em razão da ausência de vagas nos hospitais, bem como a falta de medicamentos que se mostram indispensáveis para a sociedade.

Em sua obra Teoria Hermenêutica da Responsabilidade Decisória, o autor Vinicius de Melo Lima (2016) também traz reflexão importante sobre o tema, no sentido de que não se mostra possível assegurar o direito à saúde para todos os indivíduos, considerando que as necessidades sociais superam os recursos orçamentários destinados à saúde.

Sendo assim, mostra-se adequado efetuar um estudo a respeito do tema, de modo que aqueles que se mostrem mais vulneráveis, seja em razão das condições socioeconômicas, seja em virtude de fatores pessoais, sejam atendidos de maneira preferencial.

Diante das considerações acima, e fazendo uma análise prática do assunto, tem-se evidente a necessidade de prestação de serviço de saúde e fornecimento de medicamentos cada vez mais usados nos tratamentos modernos, como é o caso do medicamento Canabidiol.

3.2 DOS LIMITES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA PARA O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

É importante salientar, desde logo, que conforme consta no artigo 31, da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, o orçamento que alude à seguridade social restará destinado ao Sistema Único de Saúde consoante a receita que tenha sido estimada, observando-se, ainda, os recursos que se mostram necessários para a realização das respectivas finalidades (Brasil, 1990).

O orçamento da seguridade social deve alocar ao SUS, conforme a receita estimada, os recursos necessários ao cumprimento de suas finalidades, com base em

proposta formulada pela direção nacional do Sistema, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, e em observância às metas e prioridades fixadas na Lei de Diretrizes Orçamentárias:

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (Brasil, 1990).

Insta ainda salientar o disposto no artigo 6.º, inciso VI, da Lei 8.080, de 1990 que estabelece: “Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): [...] a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (Brasil, 1990).

Sob esse enfoque, com o fito de regulamentar o conteúdo inserto no artigo 6.º, da Lei n. 8.080, de 1990 do Brasil, foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria 3.916, de 30 de outubro de 1998, efetuando a aprovação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. Abarca a “[...] listagem de medicamentos que contém os produtos medicamentosos regularmente utilizados no país e que devem ser fornecidos pelo sistema público, bem como ter sua produção incentivada” (Petenati, 2013, p. 34). Apenas medicamentos que estão no RENAME são fornecidos via SUS ou farmácia popular.

Diante disso, em que pese os medicamentos ocasionarem alto impacto sobre os gastos da saúde, mostra-se de suma importância que o Sistema Único de Saúde acabe por contemplar um processo com vistas a viabilizar a sua incorporação, de modo que a população possa ter maior acesso aos medicamentos, atendendo-se, assim, os principais problemas de saúde dos brasileiros (Brasil, 2013).

A regulação sanitária específica para produtos à base de *Cannabis sativa* no Brasil foi estruturada pela RDC Anvisa nº 327/2019, que instituiu a categoria de “produtos de cannabis” com Autorização Sanitária para fabricação, importação e comercialização, distinta do registro de medicamento tradicional. Em complemento, a RDC Anvisa nº 660/2022 viabiliza a importação por pessoa física, mediante prescrição médica e autorização prévia, como via excepcional de acesso individual quando inexitem alternativas terapêuticas adequadas no país. Essas rotas, todavia, não

equivalem à incorporação automática no SUS, que depende de avaliação tecnológica e decisão de política pública (ANVISA, 2019; ANVISA, 2022).

Sob a ótica do sistema público, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename 2024) não inclui o canabidiol entre os itens padronizados, o que evidencia a ausência de disponibilização universal pelo SUS. Em avaliações recentes, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) emitiu recomendações não favoráveis à incorporação ampla para epilepsias refratárias, em razão de incertezas sobre magnitude do benefício, qualidade das evidências e custo-efetividade, embora reconheça benefícios clínicos em subgrupos e mantenha monitoramento das evidências (Brasil, 2024; CONITEC, 2021–2024).

Nesse diapasão, importa ser mencionado, desde logo, o princípio da legalidade orçamentária, encontrando guarida no artigo 167, da Constituição Federal, na medida em que dispõem de maneira expressa diversas vedações no que pertine as despesas provenientes do Poder Público. Cita-se, como, por exemplo, o fato de iniciar programas que não tenham sido objeto de inclusão na lei orçamentária anual, além de efetuar a realização de despesas que excederam os créditos que a eles foram destinados, *in verbis*.

Nessa perspectiva, Sarmiento (2002) agrega que o princípio da legalidade orçamentária consiste, em apertada síntese, no fato de se aplicar o princípio da estrita legalidade, ora constante no artigo 5.º, inciso II, do diploma constitucional, no âmbito do direito financeiro.

Todavia, Petenati (2013) chama a atenção para o fato de que cabe aos entes públicos observarem o princípio da legalidade e, via de consequência, respeitarem a previsão orçamentária que resta organizada de maneira anual.

Entretanto, levando-se em consideração o aspecto que concerne à dignidade da pessoa humana, faz-se necessário que o Estado haja de maneira a tutelar o indivíduo, garantindo-se, assim, o essencial para que subsista o exercício de uma vida digna (Petenati, 2013).

A densificação doutrinária desses vetores indica que a reserva do possível não pode ser invocada de forma genérica para afastar prestações essenciais, impondo-se à Administração o ônus de demonstrar de modo específico a impossibilidade orçamentária e a observância de critérios de prioridade. Em contrapartida, o mínimo existencial protege o núcleo essencial do direito à saúde,

sobretudo quando há risco relevante à vida e à integridade, de modo que a conciliação entre escassez de recursos e atendimento de casos graves deve orientar decisões administrativas e judiciais (Brasil, 1988).

A autora Denise Vargas (2010) delimita que é assente que a implementação de políticas voltadas à concretização dos direitos sociais compete ao Poder Executivo, o qual está sujeito ao princípio da legalidade orçamentária, pois somente pode realizar dispêndios previstos na lei orçamentária. Nessa linha, configuraria afronta à separação dos poderes a imposição, pelo Judiciário, da concretização desses direitos a qualquer custo:

É certo que a competência para implementação de políticas de concretização dos direitos sociais é do Executivo, que é vinculado ao respeito à legalidade orçamentária, pois só pode gastar, a título de dispêndio público, o que estiver contido em lei orçamentária. Nesse sentido, seria afronta à separação dos poderes o Judiciário determinar a concretização desses direitos, a qualquer custo (Vargas, 2010, p. 375).

Por sua vez, Webber (2012) acresce que o problema emerge quando as decisões extrapolam o código funcional do sistema do Direito e a sua programação, como ocorre na concessão de fármacos ou tratamentos experimentais contra o Estado, ou quando se apoiam exclusivamente em fundamentos morais ou éticos, desconsiderando informações do Sistema de Saúde, o que evidencia falhas de comunicação entre as organizações dos sistemas.

O problema ocorre quando as decisões não se limitam ao código funcional do sistema do Direito e a sua programação, como ocorre quando é deferido um pedido de medicamentos ou tratamentos experimentais contra o Estado, ou quando o fundamento de decisão é moral ou ético ou não leva em consideração as informações constantes no Sistema da Saúde, demonstrando uma falha de comunicação entre as organizações dos Sistemas (Weber, 2012, p. 147).

Nessa perspectiva, o que deve se ter em mente é que nenhum magistrado poderá alavancar o mínimo existencial de maneira absoluta, de modo a condenar eficazmente o Estado ao fornecimento de medicamentos, tendo em vista a necessidade de se estabelecer limites (Sabino, 2016).

Nesse sentido, a reserva do possível acaba por se instituir como um forte argumento a ser utilizado pelo Poder Público, manifestando-se, assim, como verdadeira matéria de defesa (Lazari, 2016).

Assim sendo, verifica-se que a reserva do possível se manifesta como verdadeiro contraponto ao mínimo existencial, de modo que o Poder Público acaba se valendo deste aspecto principiológico como matéria de defesa, levando-se em consideração a impossibilidade do mínimo existencial ser utilizado de maneira absoluta na contextualização prática e processual.

4 A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO AO FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO PELO ESTADO

Este capítulo tem por objetivo observar a distribuição de medicamentos por determinação judicial, analisando-se, posteriormente, a jurisprudência do STJ quanto à distribuição do medicamento canabidiol. Por fim, tecem-se as considerações acerca dos principais aspectos controvertidos.

4.1 A DISTRIBUIÇÃO DO MEDICAMENTO CANABIDIOL POR DETERMINAÇÃO JUDICIAL – UMA ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA DO STJ

Inicialmente, oportuno mencionar que a pesquisa adotou abordagem qualitativa, exploratório-descritiva e desenho documental-jurisprudencial, visando compreender como os parâmetros do mínimo existencial e da reserva do possível vêm orientando decisões administrativas e judiciais sobre o acesso a produtos à base de canabidiol no âmbito do SUS. O recorte temático concentrou-se especificamente em “produtos de cannabis para fins medicinais” e em sua interface com o direito à saúde e a política de assistência farmacêutica.

O recorte institucional abrangeu os órgãos federais de regulação e avaliação tecnológica — Anvisa e Conitec — e o Ministério da Saúde (com ênfase na Rename), além das decisões judiciais dos tribunais que tratam do fornecimento público. O recorte temporal foi definido entre 2019 e 2025, justificando-se pela RDC Anvisa nº 327/2019, que inaugura a categoria regulatória de produtos de cannabis, pela RDC nº 660/2022, que disciplina a importação por pessoa física, e pela consolidação mais recente da Rename 2024, cujo período permite observar tanto a fase de implementação normativa quanto seus reflexos sobre a cobertura no SUS (Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, 2019; ANVISA, 2022; Brasil, 2024).

A coleta de dados documentais compreendeu: (i) leitura integral da RDC nº 327/2019 e dos atos correlatos; (ii) leitura integral da RDC nº 660/2022; (iii) identificação e leitura dos relatórios e recomendações da Conitec referentes a canabidiol; e (iv) verificação da padronização na Rename 2024. Em paralelo, realizou-se busca de jurisprudência em repositórios oficiais, a partir de descritores combinados como canabidiol AND fornecimento AND SUS AND (mínimo existencial OR reserva do

possível), selecionando decisões coerentes com o recorte temporal e temático e excluindo casos alheios à assistência farmacêutica pública. A análise seguiu leitura analítica por categorias a priori — (a) mínimo existencial; (b) reserva do possível; (c) evidência clínica e custo-efetividade; (d) padronização/RENAME; (e) alternativas terapêuticas, permitindo-se confrontar o conteúdo normativo (Anvisa/Conitec/RENAME) com a aplicação prática nas decisões.

Dentro deste enfoque, ao proceder com a análise acerca do entendimento jurisprudencial proveniente do Superior Tribunal de Justiça, comporta-se de forma inicial o Habeas Corpus 980649, em que atuou como relator o ministro Ribeiro Dantas, com publicação ocorrida em 7 de março de 2025 (Brasil, 2025).

Trata-se de habeas corpus preventivo impetrado em favor de Jefferson Gomes da Silva, visando à concessão de salvo-conduto para o plantio, cultivo, posse e uso de *Cannabis sativa* L., em quantidade suficiente para a produção de óleo medicinal necessário ao tratamento de diversas enfermidades psiquiátricas e inflamatórias (CID F41.1,¹ G47,² F32,³ F43.1,⁴ M65⁵) (Brasil, 2025).

O pedido foi inicialmente negado pelas instâncias inferiores, sob o argumento de que o paciente já detinha autorização da ANVISA para importar produtos à base de canabidiol, e não havia demonstrado tentativa administrativa ou judicial de acesso ao medicamento por meios legais e menos lesivos, como pelo SUS ou por ação cível (Brasil, 2025).

Contudo, o Superior Tribunal de Justiça - STJ, alinhado à jurisprudência consolidada da Terceira Seção, concedeu a ordem de ofício, reconhecendo que, diante da inércia administrativa quanto à regulamentação do cultivo medicinal da cannabis, o Judiciário não pode omitir-se quando comprovada a necessidade médica e a ausência de alternativa terapêutica eficaz (Brasil, 2025).

A decisão reconhece que a criminalização da conduta do paciente violaria o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito constitucional à saúde (art. 196 da CF). Com base em laudos médicos, receita especializada, autorização da ANVISA e relatório agrônomo, ficou demonstrada a urgência e especificidade do tratamento,

¹ Transtorno de ansiedade generalizada – TAG.

² Transtornos do sono.

³ Episódio depressivo.

⁴ Transtorno de estresse pós-traumático - TEPT.

⁵ Sinovite e tenossinovite.

bem como a atipicidade penal da conduta, por ausência de dolo e de lesividade à saúde pública (Brasil, 2025).

Ademais, a Corte reafirmou que a importação de sementes, apesar de eventualmente tipificada como contrabando, não contém princípio ativo psicoativo, e, para fins de uso medicinal devidamente justificado, deve ser também abrangida pelo salvo-conduto, em respeito ao princípio da insignificância (Brasil, 2025).

O STJ firmou a posição de que o cultivo doméstico de cannabis para fins medicinais, diante da omissão da União e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, não configura conduta típica nos termos dos arts. 28 e 33 da Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006 e, com isso, autorizou-se o cultivo de até 150 plantas-fêmeas em floração por ano, bem como a importação de até 180 sementes, exclusivamente para uso pessoal e terapêutico (Brasil, 2025).

A decisão determinou que nenhuma autoridade policial ou administrativa poderá restringir a liberdade do paciente ou apreender os materiais destinados ao tratamento de sua saúde, desde que respeitados os limites da prescrição médica e o fim terapêutico do cultivo (Brasil, 2025).

Aliado a isso, tem-se o Recurso Especial 2182344, do Superior Tribunal de Justiça, em que atuou como relator o ministro Rogério Schietti Cruz, com publicação ocorrida em 25 de fevereiro de 2025 (Brasil, 2025).

A decisão do Superior Tribunal de Justiça - STJ, proferida no REsp n.º 2.182.344/RJ, trata da possibilidade de afetação do recurso à sistemática dos repetitivos, nos termos do art. 1.036 do Código de Processo Civil - CPC, tendo em vista a controvérsia jurídica sobre a obrigação dos planos de saúde em custear medicamentos à base de canabidiol, de uso domiciliar (Brasil, 2025).

O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro - TJ/RJ indicou este recurso e o REsp 2.181.464/RJ como representativos da controvérsia, apontando a necessidade de pacificação da matéria no STJ, sendo que, após manifestação do Ministério Público Federal, que opinou contra a afetação por ausência de uniformidade no tratamento jurídico do tema, a Presidência da Comissão Gestora de Precedentes e Ações Coletivas deliberou sobre o potencial de repetitividade e impacto social da demanda (Brasil, 2025).

A controvérsia jurídica envolve dois eixos principais: canabidiol importado com autorização da ANVISA, porém ainda sem registro definitivo; e, uso do medicamento

em ambiente domiciliar, tema que suscita debates sobre o alcance da cobertura assistencial nos planos de saúde segundo a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998 (Brasil, 2025).

A decisão ressalta que, embora o STJ tenha fixado no Tema 990 que operadoras de saúde não estão obrigadas a fornecer medicamentos não registrados pela ANVISA, o tribunal tem feito *distinguishing* no caso específico do canabidiol, o que evidencia sua segurança e eficácia sanitária (Brasil, 2025).

Além disso, a jurisprudência recente tem reconhecido que, embora a Lei dos Planos de Saúde restrinja o fornecimento de medicamentos para uso domiciliar, exceções são admitidas quando se trata de: antineoplásicos orais; medicação assistida (*home care*); e, casos excepcionais com prescrição médica qualificada, conforme §13 do art. 10 da Lei n. 9.656/1998 (Brasil, 2025).

A relevância da discussão também se apoia em dados do Conselho Nacional de Justiça - CNJ e da Agência Nacional de Saúde - ANS, que demonstram crescimento exponencial das ações judiciais relativas à negativa de cobertura por operadoras, atingindo cerca de 300 mil novos casos em 2024. O STJ também registrou 16 acórdãos e 315 decisões monocráticas com tema semelhante, indicando forte repetitividade (Brasil, 2025).

Diante da amplitude do tema e da sua relevância para a coletividade — especialmente quanto à viabilidade financeira dos planos e à garantia do acesso à saúde —, o STJ deliberou por submeter o recurso à sistemática dos recursos repetitivos, o que deverá orientar julgamentos futuros sobre: a obrigatoriedade do custeio de medicamentos à base de canabidiol; a extensão dessa obrigação a medicamentos de uso domiciliar não listados no rol da ANS (Brasil, 2025).

Por fim, a decisão enfatiza que a afetação sob a sistemática do repetitivo reforça os objetivos do Código de Processo Civil, ao promover coerência, estabilidade e integridade jurisprudencial, além de contribuir para a redução da litigiosidade judicializada na saúde suplementar (Brasil, 2025).

4.2 PRINCIPAIS ASPECTOS CONTROVERTIDOS

O princípio do mínimo existencial é um dos pilares da efetivação dos direitos fundamentais, pois traduz o compromisso do Estado em assegurar condições mínimas de vida digna a todos os cidadãos. Conforme Bahia (2017), esse princípio ultrapassa a mera sobrevivência biológica, ele abrange também dimensões culturais e intelectuais da existência humana, entendendo que viver com dignidade implica não apenas “viver”, mas viver bem, com acesso a oportunidades e condições que permitam o pleno desenvolvimento pessoal.

Consoante entendimento propagado por Rissi (2017), o mínimo existencial diz respeito às condições básicas para que a pessoa possa viver com dignidade, consubstanciando-se, assim, em um conjunto de situações que se mostram basilares.

Segundo Lazari (2016, p. 98), “Numa conceituação simplória – e de reducionismo apriorístico proposital –, pelo “mínimo” entende-se o conjunto de condições elementares ao homem, como forma de assegurar sua dignidade, sem que a faixa limítrofe do estado pessoal [...]” que alude à subsistência do indivíduo acabe por ser desrespeitada.

Consoante entendimento abarcado por Sarlet (2008), a garantia do mínimo existencial se mostra tão importante, que prescinde até mesmo de haver qualquer previsão expressa no arcabouço constitucional como forma de viabilizar o seu reconhecimento, eis que, conseqüentemente, acaba por decorrer do próprio direito à vida, bem como da dignidade da pessoa humana.

Isso porque, conforme agrega Piovesan (2005), a dignidade da pessoa humana acabou por se erigir tanto no âmbito nacional, quanto no âmbito internacional, como um princípio apto a unificar todo o ordenamento jurídico, de modo que passou assumir especial prioridade no que tange a efetivação.

Nesse passo, Piovesan (2005, p. 94-95) preceitua que “A dignidade humana simboliza, deste modo, um verdadeiro supreprincípio constitucional, a norma a orientar o constitucionalismo contemporâneo, nas esferas local e global, dotando-lhe especial racionalidade, unidade e sentido”.

Diante disso, é possível propagar que conforme Bahia (2017), o não atendimento do mínimo existencial tende a afrontar a própria dignidade do homem, tendo em vista à impossibilidade de se prover as garantias mínimas para a

manutenção da vida do indivíduo, não podendo ser confundido, aqui, com o mínimo vital, ou, ainda, de sobrevivência.

Mas, em contrapartida, subsiste no Direito Brasileiro um contraponto ao princípio do mínimo existencial, qual seja, a reserva do possível, que, basicamente, implementa que para a realização dos direitos individuais e coletivos se faz necessário que haja disponibilidade orçamentária por parte do Estado. Logo, não se mostra plausível exigir qualquer direito do Poder Público quando subsistir incapacidade econômico-financeira (Bahia, 2017).

Portanto, levando-se em consideração o instituto da reserva do possível, tem-se que para a satisfação de determinado direito por parte do Estado deverá subsistir recursos financeiros disponíveis, conforme Holthe (2009).

De acordo com Lazari (2016), a reserva do possível se encontra intimamente vinculada ao aspecto que concerne os custos provenientes da satisfação dos direitos, servindo como verdadeiro argumento limitativo para a instituição de direitos que se encontram inseridos na Carta Constitucional de 1988.

Entretanto, Fernandes (2011, p. 255) ressalta que “[...] apesar da reserva do possível, existe um grau mínimo de eficácia dos direitos sociais que deve ser observado, com base na tese do mínimo existencial, atrelada à dignidade da pessoa humana, tendo como norte o princípio da proporcionalidade”.

Sendo assim, é possível observar que a concretização dos direitos sociais exige disponibilidade financeira e, diante disso, Paulo e Alexandrino (2008) contemplam que a sua efetivação se encontra sujeita a cláusula intitulada como reserva do financeiramente possível, ou, conforme anteriormente pontuado, simplesmente reserva do possível.

Todavia, importante mencionar que conforme preceitua Holthe (2009), a limitação da efetivação dos direitos sociais em razão da teoria da reserva do possível não resta absoluto quando entra em cena a dignidade da pessoa humana, bem como o direito à vida do indivíduo.

Nesse passo, Sarlet (2004) agrega que a dignidade da pessoa humana, bem como o direito à vida, acaba por se tornarem parâmetros para o reconhecimento do mínimo existencial, de tal modo que os direitos sociais acabam se tornando direito subjetivo da pessoa e, via de consequência, a reserva do possível resta afastada da situação concreta.

Assim sendo, tem-se que de acordo com o entendimento de Leite (2014), o princípio da reserva do possível não se mostra apenas um obstáculo para a realização dos direitos sociais, mas atua principalmente como um meio de limitar os direitos da liberdade, considerando que a satisfação dos direitos fundamentais enseja gastos orçamentários, o que leva a crer a necessidade de o Estado dispor de recursos suficientes para tanto.

Nesse diapasão, Sarlet (2008) conclui que a questão da reserva do possível acaba por contemplar uma tríplice dimensão, que, basicamente, abarca o seguinte: em um momento inicial, contempla-se a competente disponibilidade fática no que tange os recursos, de modo a viabilizar a efetivação dos direitos tidos como fundamentais; ainda, é possível alavancar a disponibilidade jurídica, tanto dos recursos materiais, quanto dos recursos humanos, especialmente em razão da distribuição de receitas e orçamentos, por exemplo; e, por fim, há a questão da proporcionalidade da prestação, mais precisamente no que pertine a sua exigibilidade.

De acordo com o entendimento propagado por Leite (2014), a reserva do possível também acaba por se tornar um aspecto limitativo na questão da realização do direito à saúde, levando-se em conta a necessidade de haver disponibilidade orçamentária para tanto, mas, todavia, isso não quer dizer que, desde logo, deverá subsistir a exclusão do aludido direito, tendo em vista existirem direitos que não podem ser objetos de afastamento pelo simples fato de não ter recursos financeiros suficientes.

Insta salientar, ademais, que consoante entendimento proposto por Petenati (2013), a movimentação que toca o Poder Judiciário, mais precisamente pelo cidadão, é legítima e, diante disso, perfeitamente cabível o seu exercício na hipótese em que se mostrar necessário para efetuar a correção de injustiças, promovendo-se, assim, o direito no caso concreto.

Entretanto, de acordo com o posicionamento alavancado por Petenati (2013), mais especificamente quando se trata de ações individuais, subsiste maior dificuldade quanto ao indivíduo acessar o Poder Judiciário, de modo que aqueles que possuem um contato mais latente com o órgão acabam sendo mais beneficiados, gerando, assim, uma desigualdade de condições entre os envolvidos.

Nessa perspectiva, a autora chama atenção para assimetrias informacionais e de capacidade postulatória que favorecem litigantes habituais, enquanto sujeitos

hipossuficientes tendem a permanecer à margem. Em consequência, a tutela judicial individual, embora necessária em muitos casos, pode reproduzir desigualdades quando não acompanhada de políticas estruturantes que ampliem o acesso. Petenati (2013) alerta, ainda, que a dependência exclusiva de demandas individuais tende a deslocar recursos e prioridades, reforçando um cenário de proteção fragmentada do direito à saúde.

Mais especificamente quando se trata da dificuldade do acesso físico Barcellos (2011) elenca que tal resta ocasionado a partir do momento em que o indivíduo deixa de procurar a proteção jurisdicional em razão da desinformação do direito, ou, ainda, levando-se em consideração o alto custo que a demanda irá proporcionar.

Segundo Barcellos (2011), obstáculos concretos — distância até fóruns, custos de deslocamento, necessidade de laudos e documentos, perda de jornada de trabalho — desestimulam a busca pela jurisdição. A desinformação sobre direitos e sobre os próprios caminhos processuais agrava esse quadro, de modo que, mesmo com eventual gratuidade, despesas incidentais e barreiras logísticas continuam a impedir o acesso efetivo. A autora destaca que tais fatores atingem com maior intensidade grupos vulneráveis, ampliando a desigualdade de oportunidades de tutela.

No que tange o acesso jurídico, Barcellos (2011), contempla que este particular irá recair quanto à forma de efetuar a interpretação das normas, de modo que deverá ser utilizada aquela que melhor se adequar ao caso concreto. Sob esse enfoque, pode ser salientado tanto o desconhecimento dos direitos, quanto o desconhecimento da justiça.

Para Barcellos (2011), o “acesso jurídico” envolve a capacidade de compreender direitos, procedimentos e critérios de decisão; sem isso, direitos permanecem meramente formais. A seleção do método interpretativo adequado ao caso exige racionalidade, coerência e transparência, sob pena de soluções casuísticas. A autora observa que, quando faltam informação e orientação, multiplicam-se decisões díspares e imprevisíveis, o que corrói a confiança social na justiça e desestimula a busca da tutela.

Ademais, de acordo com Petenati (2013), outra questão que gera manifesta discussão quanto às demandas que são submetidas ao crivo do Poder Judiciário diz respeito à ausência de conhecimento técnico dos magistrados para efetuar a

determinação ou utilização de determinado medicamento, ou, ainda, algum tratamento que demonstra maior especificidade.

Nesse cenário, Petenati (2013) sustenta que a decisão judicial deve apoiar-se em prova técnica idônea e diálogo institucional qualificado, evitando substituir, sem critérios, avaliações sanitárias e clínicas. A autora aponta que a carência de subsídios especializados conduz a ordens potencialmente inadequadas, com riscos clínicos e orçamentários, recomendando-se maior uso de perícia, audiências técnicas e diretrizes de atenção para compatibilizar urgência do caso concreto e políticas públicas.

Assim sendo, cumpre mencionar que conforme Petenati (2013, p. 15) “[...] é determinado ao Estado, a partir de obrigações solidárias entre os entes federativos, o dever de prover seus tutelados com prestações na área da saúde suficientes para garantir a existência digna dos cidadãos”.

A referência à solidariedade federativa indica que conflitos de competência não podem servir de pretexto para negar prestações essenciais; exige-se coordenação entre níveis de governo para assegurar continuidade e integralidade do cuidado. À luz de Petenati (2013), a cooperação administrativa, o alinhamento de protocolos e a repartição clara de encargos são condições para reduzir desigualdades de acesso, racionalizar recursos e dar efetividade ao direito à saúde com base na dignidade humana.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração o que foi exposto no decorrer deste estudo, a pesquisa confirma que o ponto de partida normativo, qual seja, o fato de que a centralidade do direito à vida e do direito à saúde não é meramente retórico, eis que opera como critério vinculante de decisão e como limite à inércia estatal. A Constituição de 1988, ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, impõe um programa de ações que vai da promoção e prevenção à assistência farmacêutica. A distância entre a promessa constitucional e a prática cotidiana, quando compromete o núcleo essencial desses direitos, abre espaço para tutela judicial, sobretudo quando estão presentes urgência, evidência clínica suficiente e impossibilidade de acesso por vias administrativas.

O exame das políticas públicas evidencia um descompasso entre a regulação sanitária e a incorporação no SUS, e a criação de uma via regulatória específica para produtos de cannabis e a autorização de importação por pessoa física ampliaram canais de acesso individual, mas não suprimiram a lacuna de padronização na Rename. A não inclusão do canabidiol na Renome 2024 significa que o acesso universal permanece excepcional e casuístico, transferindo ao cidadão, muitas vezes hipossuficiente, o ônus de litigar, o que reforça desigualdades e pressiona o Judiciário a suprir falhas de política pública.

Ainda, a análise jurisprudencial revela um padrão de deferimento condicionado, já que as cortes tendem a reconhecer o fornecimento do CBD ou autorizações correlatas quando demonstrados, cumulativamente, diagnóstico grave ou refratariedade terapêutica, prescrição fundamentada por especialista, inexistência de alternativas eficazes já disponíveis no SUS ou na saúde suplementar, e incapacidade econômica do paciente ou de sua família. Ao mesmo tempo, os tribunais reiteram que a mera preferência do paciente não basta e que a prova técnica, laudos, pareceres e relatórios, é determinante para o resultado.

O estudo demonstra, ademais, que a tensão entre o mínimo existencial e a reserva do possível permanece como eixo argumentativo central e, sendo assim, a reserva do possível não pode operar como cláusula de não-fazer generalizada; impõe-se ao ente público demonstrar, de modo específico, a inviabilidade orçamentária e a observância de critérios de priorização. Por outro lado, os magistrados têm evitado

transformar o mínimo existencial em passe livre para toda pretensão sanitária, exigindo nexos entre risco relevante à vida/à integridade e a medida pleiteada, sob pena de desequilíbrio de contas públicas e de violação à separação de poderes.

A pesquisa identificou que a judicialização do canabidiol assume múltiplas faces: (i) ações para fornecimento pelo SUS; (ii) demandas de cobertura na saúde suplementar, inclusive para uso domiciliar; e (iii) medidas penais com feição sanitária, como habeas corpus preventivo para cultivo medicinal. Embora distintos, esses trilhos compartilham o mesmo núcleo constitucional, proteção à saúde e à dignidade, refletindo na omissão ou insuficiência das vias administrativas, que, quando não respondem à altura, deslocam para o Judiciário a tarefa de garantir o acesso, caso a caso.

Quanto à saúde suplementar, o mapeamento mostra um movimento de harmonização entre o rol de cobertura e indicações clínicas específicas do CBD, e os julgados recentes vêm temperando teses restritivas (como vedação genérica a fármacos não registrados ou de uso domiciliar) com distinções em hipóteses de canabidiol, sobretudo quando há autorização sanitária, robustez mínima de evidências e imprescindibilidade terapêutica. Esse caminho aponta para maior segurança jurídica e redução de assimetrias entre usuários do SUS e beneficiários de planos.

Observou-se que decisões que deferem salvo-conduto para cultivo medicinal não significam “liberalização” irrestrita, mas resposta excepcional a contextos nos quais a via regulatória e a política pública não se mostram suficientes para garantir continuidade terapêutica. Nesses casos, os tribunais têm imposto limites quantitativos, finalidades estritas e condicionantes probatórias, para compatibilizar tutela da saúde com a política de drogas, afastando risco de desvio de finalidade e preservando a saúde pública.

A responsabilidade solidária entre entes federativos mantém-se como ferramenta prática para assegurar efetividade e, ao permitir que a obrigação recaia sobre União, Estado ou Município, conforme o arranjo administrativo e a prova dos autos, os tribunais evitam que conflitos federativos paralitem prestações essenciais. Na prática, a solidariedade funciona como antídoto e contribui para dar resposta tempestiva a situações clínicas graves.

Neste trabalho são reconhecidos os limites e riscos da judicialização, de modo que as decisões desvencilhadas do sistema de avaliação tecnológica, da

padronização e do orçamento podem gerar efeito-dominó indesejado, como insegurança para gestores, alocação ineficiente de recursos e iniquidades (quem litiga recebe antes de quem aguarda na fila). Por isso, recomenda-se reforçar os elos institucionais entre Judiciário, Conitec, Anvisa e gestores do SUS, com canais de perícia qualificada e atualização célere de diretrizes, minimizando a necessidade de ordens individuais e favorecendo soluções estruturais.

Por fim, conclui-se que a trajetória do canabidiol como tecnologia em saúde no Brasil ainda é de transição, subsistindo espaço para evolução da evidência clínica, para revisão econômico-orçamentária e para aprimoramento das normas de acesso. Enquanto a política pública não incorporar respostas mais estáveis, seja por incorporação total, parcial ou por linhas de cuidado bem definidas, a tutela judicial continuará a desempenhar papel corretivo e garantista, desde que pautada por critérios técnicos, proporcionalidade e deferência qualificada às instâncias administrativas.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 327, de 9 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre os procedimentos para concessão da Autorização Sanitária para fabricação, importação, comercialização, prescrição, dispensação, monitoramento e fiscalização de produtos de *Cannabis* para fins medicinais. Brasília: Anvisa, 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 660, de 30 de março de 2022**. Dispõe sobre os procedimentos para a importação, por pessoa física, de produto derivado de *Cannabis*, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para uso próprio. Brasília: Anvisa, 2022.

BAHIA, Flavia. **Direito Constitucional**. 3. ed. Recife: Armador, 2017.

BARCELLOS, Ana Paula. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BARROS, Lívia. **Fornecimento judicial de medicamentos sem registro na Anvisa & de uso off-label**. Curitiba: Juruá, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 05 set. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 05 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2024**. Brasília: MS, 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça - STJ. **Recurso Especial 2182344**. Disponível em:

https://scon.stj.jus.br/SCON/decisoes/toc.jsp?numDocsPagina=10&tipo_visualizacao=&filtroPorNota=&ref=&data=&p=false&b=DTXT&i=21&l=10&tp=T&operador=E&livre=JUDICIALIZACAO+CANABIDIOL. Acesso em: 12 jun. 2025.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Relatórios de recomendação sobre canabidiol para epilepsia refratária e outras indicações (2019–2024)**. Brasília: Ministério da Saúde.

DYE, Thomas R. **Understanding public policy**. 14. USA: Pearson Education, 2013.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. 38. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

HOLTHE, Leo Van. **Direito Constitucional**. 5. ed. Salvador: JusPodivm, 2009.

LAZARI, Rafael de. **Reserva do possível e mínimo existencial**. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2016.

LEITE, Carlos Alexandre Amorim. **Direito fundamental à saúde: efetividade, reserva do possível e mínimo existencial**. Curitiba: Juruá, 2014.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

LIMA, Vinicius de Melo. **Teoria Hermenêutica da Responsabilidade Decisória**. Curitiba: Juruá, 2016.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Medicamentos – Rename**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rename>>. Acesso em: 05 set. 2025.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 31. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

PADILHA, Rodrigo. **Direito Constitucional**. 4. ed. São Paulo: Método, 2014.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional Descomplicado**. 2. ed. São Paulo: Método, 2008.

PETENATI, Ana Carolina Corrêa. Saúde Pública no Brasil – Direito Fundamental Universal à Saúde e suas Tensões. **Dissertação de Mestrado em Direitos Fundamentais**. Curitiba: Faculdades Integradas do Brasil, 2013.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos, o princípio da dignidade humana e a constituição brasileira de 1988**. São Paulo: Revista dos tribunais, 2005.

RISSI, Rosmar. **Teoria do Mínimo Existencial**. Curitiba: Juruá, 2017.

SABINO, Marco Antonio da Costa. **Saúde & Judiciário**. Curitiba: Juruá, 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

SARLET, Ingo Wolfgang. Reserva do Possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Doutrina TRF4**. Edição 24, 2008.

SARMENTO Daniel. **A ponderação de interesses na Constituição Federal**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2002.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 25. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça - STJ. **Habeas Corpus 980649**. Disponível em:

https://scon.stj.jus.br/SCON/decisoões/toc.jsp?numDocsPagina=10&tipo_visualizacao=&filtroPorNota=&ref=&data=&p=false&b=DTXT&i=21&l=10&tp=T&operador=E&livre=JUDICIALIZACAO+CANABIDIOL. Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça - STJ. **Recurso Especial 2182344**. Disponível em:

https://scon.stj.jus.br/SCON/decisoões/toc.jsp?numDocsPagina=10&tipo_visualizacao=&filtroPorNota=&ref=&data=&p=false&b=DTXT&i=21&l=10&tp=T&operador=E&livre=JUDICIALIZACAO+CANABIDIOL. Acesso em: 12 jun. 2025.

TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

VARGAS, Denise. **Manual de Direito Constitucional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

WEBBER, Suelen da Silva. **Decisão, Risco e Saúde**. Curitiba: Juruá, 2012.