



## A regulamentação do canabidiol no Brasil: como nasce a expertise leiga

*Cannabidiol regulation in Brazil: how lay expertise is born*

Monique Oliveira \*

### RESUMO

Esse artigo mostra como o processo de regulamentação do canabidiol no Brasil possibilitou o desenvolvimento de uma expertise leiga com influência em instituições e políticas públicas. O canabidiol é um dos compostos presentes na *cannabis* com potencial anticonvulsivo. O texto aponta similaridades desse ativismo com o da Aids nos 1990 a partir da análise de Steven Epstein. Credibilidade, capacidade de mobilização, domínio sobre a linguagem da ciência e autonomia estão entre os fatores que formam esse leigo diferenciado. O texto questiona, no entanto, se esse leigo é representativo de outros e se ele contribui para uma ciência mais democrática.

**Palavras-chave:** Ciência Cidadã; Expertise Leiga; Maconha – Uso Terapêutico; Canabidiol – Uso Terapêutico; Regulamentação do Canabidiol.

### ABSTRACT

This article shows how cannabidiol regulation in Brazil enabled the development of lay expertise with influence in public institutions and policies. Cannabidiol is a compound identified in cannabis, with anticonvulsant potential. The text points out similarities of this experience with that of Aids activists in the 1990's based on Steven Epstein's analysis. Credibility, mobilization, mastery over the language of science and autonomy are among the factors that produce this distinguished layman. This work inquires, however, if this layman is representative of others and if he contributes to a more democratic science.

**Keywords:** Citizen Science; Lay Expertise; Marijuana – Therapeutic Use; Cannabidiol – TherapeuticUse; Canabidiol Regulation.

### INTRODUÇÃO

Em março de 2014, a brasileira Anny Fischer pede na Justiça brasileira o direito de uso do canabidiol (CBD), um dos derivados da maconha. A família já importava o composto de forma clandestina para o tratamento da síndrome CDKL5, um tipo de epilepsia rara, grave e resistente a tratamento (OLIVEIRA, 2014). O pouco que se sabe sobre a doença está relacionado à sua sintomatologia: intensas convulsões nos primeiros dias de vida que comprometem por completo o desenvolvimento. Há dificuldades de digestão, fala, locomoção, problemas respiratórios e a maioria dos pacientes recebe diagnóstico de autismo. Pouco se sabe sobre a doença. Pesquisas indicam ser associada à mutação relacionada ao cromossomo X e que ela afeta

---

\* Mestra em Divulgação Científica e Cultural pela Unicamp (Universidade Estadual de Campinas), doutoranda em Saúde Pública pela USP (Universidade de São Paulo). Endereço: Departamento de Práticas – Faculdade de Saúde Pública /USP. Avenida Dr. Arnaldo, 925 – Sumaré, CEP 01255-001, São Paulo, SP. E-mail: monique.oliveira@usp.br.

especialmente garotas, como Anny, embora haja registros de meninos com a doença. Não há cura ou medicamentos específicos para seu tratamento. Um conjunto de terapias paliativas são utilizadas: medicações antiepiléticas, dieta cetogênica (rica em gordura, proteína e pobre em carboidratos), neurocirurgia e esteroides. Todas as terapias têm o objetivo principal de amenizar a ocorrência das convulsões – fonte da maior parte das disfunções – e contribuir para uma melhor qualidade de vida (INTERNATIONAL FOUNDATION FOR CDKL5 RESEARCH, [201-])

A família Fischer foi uma das pioneiras do uso do CBD no Brasil e tudo começou com um grupo de apoio sobre a disfunção, no Facebook, com pessoas de vários países.<sup>1</sup> Uma família americana postou na rede resultados benéficos que estavam obtendo com o canabidiol para o tratamento das convulsões. Uma amiga avisou a família Fischer, que começou a testar a substância. O composto era pedido pelos Correios. Nesse início, tudo era feito sem orientação médica e as dosagens eram debatidas entre as famílias a partir dos resultados obtidos (FISCHER, K. 2016). Pela experiência de Fischer, e pela divulgação do caso na imprensa, outras famílias passaram a utilizar o composto.<sup>2</sup> Como um derivado da maconha, o canabidiol era ilegal. A partir da experiência com os pais, no entanto, uma intensa demanda para o uso da substância se pôs em curso. Após muita mobilização de diversos setores e das famílias, em janeiro de 2015 a substância foi regulamentada (ANVISA, 2015).

Por meio da teoria ator-rede (TAR), mapeei os atores que fizeram parte desse processo de regulamentação. Entrevistei a família Fischer, pesquisadores, jornalistas e ativistas, entre outros participantes.<sup>3</sup> A TAR pressupõe que sejam vistas as diversas associações entre personagens atuantes em uma dada controvérsia (sejam eles elementos humanos ou não humanos). O pesquisador não parte de uma premissa ou discussão *a priori*: o objetivo é olhar para o transitório e para os movimentos feitos pelas associações (LATOURE, 2005). Venturini (2010) define controvérsia como o momento em que atores com posições divergentes percebem que vão ter de dialogar. Também é aqui que posições aparentemente sólidas estremecem e as diversas correntes que embasaram uma determinada lei, regulamentação e instituição vêm à tona e são colocadas em xeque. Com a ilegalidade do canabidiol e a demanda da família, tratava-se desse momento.

Neste artigo especificamente, discorrerei sobre a associação dos elementos humanos (família) e não humanos (canabidiol) para demonstrar como neste caso identifica-se o surgimento de um leigo diferenciado, dotado de uma linguagem, de um saber e de um posicionamento que ajudaram a impulsionar a regulamentação do canabidiol no Brasil. Além da TAR, a metodologia também se inspira no trabalho de Annemarie Mol (2002), em particular sua etnografia sobre aterosclerose em *The body multiple*. Mol (2002) chama o seu método de “virada praxiográfica”, voltada para as práticas. O seu objetivo não era interrogar como conhecemos o mundo, mas de mostrar os diversos

---

<sup>1</sup> CDKL5 Parents Support Group. Disponível em: <<https://www.facebook.com/groups/CDKL5/?fref=ts>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

<sup>2</sup> A história de Anny Fischer foi divulgada na televisão (REDE GLOBO, 2014) e em jornais de grande circulação no país, como a *Folha de S. Paulo* (OLIVEIRA, 2014).

<sup>3</sup> As entrevistas foram feitas para a minha pesquisa de mestrado, defendida na Unicamp em agosto de 2016. Ao todo, 24 entrevistas foram realizadas. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000974185&opt=3>>.

modos de ser que habitam o mundo. Não é o problema da verdade que está em jogo, mas os diversos processos, as diversas maneiras de ser. O olhar, assim, é menos voltado a conectar esse momento com as grandes discussões, e mais a mostrar como as práticas podem abrir caminhos para diferentes problemáticas.

## O LEIGO DIFERENCIADO

No caso estudado, o uso do canabidiol foi feito por portadores da síndrome CDKL5, e, pela gravidade da doença, boa parte das famílias já estavam acostumadas a usar muitos medicamentos e a fazer um acompanhamento minucioso de seus efeitos e consequências. No uso do canabidiol, esse cuidado foi redobrado: juntava-se a gravidade da doença, o pouco conhecimento disponível e o uso de um composto ilegal sem estudos clínicos randomizados e duplos-cegos.<sup>4</sup> Essa tripla experiência com o desconhecido possibilitou o surgimento de famílias cientistas. Muitas passaram a ter um calendário em que registravam a ocorrência de convulsões e, a partir desse registro, controlavam a dosagem do canabidiol e de outros medicamentos. Elas também se muniram de todas as ferramentas possíveis, numa experiência de exercício científico que não desqualificava nenhum recurso ou metodologia: informavam seus médicos, buscavam estudos na internet, trocavam informações entre si, acompanhavam seus filhos com registros em métodos. Com tudo isso, também passaram a formar uma opinião sobre o campo científico e sobre a ciência. Os relatos desses indivíduos também registram a percepção de um poder sobre a própria saúde, um protagonismo sobre o destino (OLIVEIRA, 2016).

Em primeiro lugar, a pesquisa científica está no fato de que pessoas estão usando. Essa é a pesquisa. Quando você usa, e vê os resultados que saem. Essa é a documentação de que está funcionando. Eu acho que a ciência está interessada nisso, mas eu vou esperar a ciência dar o “sinal verde”? Não. Eu vou em frente e vou experimentar (HOWARD, 2016).<sup>5</sup>

Uma coisa que percebi é que quando você vai fazer uma transição de medicamento ou diminuir, desmamar, como a gente fala, tem aquela fase de adaptação e pode aumentar um pouco a quantidade de crises. Então, eu penso “vou segurar mais um pouco” – e aí estabiliza. Foi em janeiro [2016] que eu diminuí a dose dos medicamentos porque passei a usar o óleo de *cannabis* e as crises não aumentaram. Quero ir aos poucos e diminuir mais. A gente já passou por tantos medos com ela, quase que a gente perdeu ela tantas vezes... que a gente tem muita cautela mesmo (CARVALHO, 2016).

---

<sup>4</sup> Essas famílias tinham por inspiração um documentário exibido na CNN, contando a história de Charlotte Figi, portadora da Síndrome de Dravet, uma forma rara de epilepsia que tem similaridades com a CDKL5. A família de Charlotte começou a fazer uso do canabidiol com resultados positivos para o controle de convulsões (GUPTA, 2013). Poucas evidências científicas haviam sido produzidas para o canabidiol na epilepsia até então. Uma delas foi um estudo brasileiro dos anos 1980, feito na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), coordenado pelo professor Eliseu Carlini. Foi o primeiro estudo que mostrou evidência do efeito anticonvulsivante do canabidiol (CUNHA et al., 1980).

<sup>5</sup> “And I think the scientific research is in the fact that people is using it in the first place. That is the research. When you use, and you see the results from it. That is the documentation that it is working. I think science is interested in it, but will I wait for science to give the ‘go ahead’? No. I will go ahead and try it.”

Eu liguei para o meu médico, o Eduardo Faveret, e falei sobre o que tinha descoberto sobre a maconha e ele falou: eu sei, talvez eu fizesse a mesma coisa. Em outras palavras, ele falou algo como: “vamos aprender juntos, vamos mandar isso pra teste, enfim”. Ele foi parceiro no primeiro momento para ouvir e aprender junto. Mas, assim, muito parceiro (BRITO, 2016).

## RECLASSIFICAÇÃO DO CBD NA ANVISA E REDE CLANDESTINA DE DISTRIBUIÇÃO

Enquanto esse conhecimento das famílias estava sendo produzido, a medicina não conseguia acompanhar os casos porque o canabidiol permanecia ilegal. Alguns médicos se arriscavam, como vimos no relato de Brito (2016) acima, mas outros negavam atendimento. Em abril de 2014, o pedido de Anny Fischer na Justiça foi concedido. Ela se tornou a primeira brasileira a utilizar maconha medicinal de forma legal no país (OLIVEIRA, 2014). Um dos entraves, no entanto, é que nesse momento o composto continuava a ser ilegal para a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), órgão que controla substâncias consideradas psicotrópicas no País.

O controle da Anvisa sobre substâncias proscritas vem de uma portaria baixada pelo Ministério da Saúde em 1998, que estabeleceu as diretrizes para o regulamento técnico de substâncias de controle especial. No artigo 62, determina que as plantas na lista “E” (que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas) e as substâncias da lista “F” (substâncias de uso proscrito no Brasil) não poderão ser objeto de prescrição e de manipulação de medicamentos alopáticos e homeopáticos (BRASIL, 1998). Por isso, a maconha e derivados, incluso o canabidiol, constavam nas duas listas, até janeiro de 2015 (ANVISA, 2015).

Quando famílias começaram a utilizar o composto e a história de Anny Fischer saiu em documentário e tomou conta da imprensa, a Anvisa passou a considerar a reclassificação do canabidiol.<sup>6</sup> A maconha continuaria na lista de substâncias proibidas, mas esse composto poderia ser desvinculado da droga e ir para a lista de compostos controlados. Há dois critérios fundamentais na agência para que uma substância deixe de ser proibida: o fato de não causar dependência e a existência de efeito terapêutico (CPCON/ANVISA, 2014). No Brasil, a USP de Ribeirão Preto faz estudos com o composto há 40 anos. Em meio à polêmica, a instituição enviou carta aberta à agência, pedindo e apoiando a reclassificação do canabidiol. A USP mostrava evidência terapêutica do composto, e dizia que ele poderia ser purificado (e, portanto, separado da erva). O texto sustentava que o CBD era seguro e não tinha efeito psicoativo, nem alucinógeno. O canabidiol também funcionava como um antagonista do tetraidrocanabinol, o THC. O CBD, assim, não só não era alucinógeno nem causava dependência, como amenizava os efeitos do THC, que é o responsável pelos efeitos típicos associados à planta (ZUARDI et al., 2014).

---

<sup>6</sup> O documentário *Ilegal*, que conta a história da família Fischer, foi lançado em março de 2014. (MASCARENHAS, 2014). Se pegarmos o período de março de 2014 até janeiro de 2015, que corresponde ao intervalo entre a divulgação da história de Anny na imprensa até a reclassificação do canabidiol pela Anvisa, contabilizamos 8.590 resultados no Google para a palavra “canabidiol”. Antes disso, no ano de 2013, a rede de buscas registrava 3.250 ocorrências (busca realizada em julho de 2016).

A reclassificação do canabidiol pela Anvisa entrou em pauta numa reunião da Diretoria Colegiada do dia 29 de maio de 2014. Mas era ano de eleições, e, mesmo com muita pressão, a reclassificação não foi aprovada. A expectativa de todos os presentes, inclusive da USP e dos pacientes, era grande. Relatos diziam que houvera pressão do planalto para que o composto não fosse reclassificado. Uma reportagem publicada então pela revista *Istoé* aponta que Dirceu Barbano, diretor da agência no período, teria cedido à pressão da Presidência da República. Segundo a reportagem, o diretor, antes líder da defesa do uso da substância, passou a considerá-la inócua, “como se tivesse feito uma descoberta recente” (BRANDALISE, 2014). O relato de dirigentes da Anvisa era de que a agência precisava informar melhor que tipo de decisão estava sendo tomada pela agência porque havia muita distorção sendo feita. Parlamentares da oposição faziam discursos no sentido de que a Anvisa legalizaria a maconha, quando, na verdade, a agência estudava a reclassificação de um dos compostos da erva. Ele não seria legalizado, mas controlado – e com uso terapêutico restrito para o caso de doenças graves. Isso teria adiado a reclassificação (CHIORO, 2016).

Esse impasse estimulou a articulação de pacientes, que pediram reuniões na Anvisa e acionaram a imprensa e cientistas. A família Fischer chegou a ligar para senadores, solicitando reuniões para que falassem sobre o caso. Foram atendidos por muitos deles e, alguns, antes contrários à reclassificação, mudaram o discurso sobre o processo (FISCHER, N., 2016). A agência recebeu pacientes em diversas reuniões; eles opinaram sobre muitos aspectos, e levaram cientistas até a Anvisa. O canabidiol, então, foi reclassificado em janeiro de 2015, passadas as eleições. O composto, no entanto, deveria ser importado – com um custo de até R\$ 10 mil reais mensais. Também era necessário um laudo médico para a importação, mas muitos profissionais tinham medo de prescrever a substância e sofrer retaliação do Conselho Federal de Medicina (FIGUEIREDO, 2016; NEMER, 2016).<sup>7</sup>

Depois da reclassificação, um grupo de cultivadores de maconha decidiu formar uma rede de distribuição de extrato de *cannabis* rico em canabidiol para quem não tinha como bancar os custos do tratamento. Situada no Rio de Janeiro, essa rede clandestina distribui o óleo pelo Brasil inteiro pelos Correios. Todo o processo é feito gratuitamente. Eles contaram com a consultoria de médicos e especialistas, fizeram um banco genético com as principais cepas e amostras da planta e chegaram a um método de extração que envolve o menor uso possível de insumos sintéticos e processos industriais (apenas gelo seco e cozimento) (MARTINS, 2016).<sup>8</sup>

Nossa turma já era cultivadora. A gente usava para relaxar, para estar junto. Vendo o caso das mães na imprensa e o custo, tivemos essa ideia. Na época, a gente via que um tubinho de canabidiol custava 500 dólares, 600 dólares. E a gente começou a pensar que a planta era grande, de graça. Era injusto. Esses pais estavam comprando suco de brócolis a preço de ouro. Pensamos: vamos selecionar aí umas plantas, pegar uma aí rica em CBD, todo mundo já tem experiência em cultivo... e foi assim. Assumimos o

---

<sup>7</sup> A Anvisa e o Conselho Federal de Medicina viviam um impasse na época. A receita médica era um pré-requisito para a importação do canabidiol, mas o conselho não autorizava a prescrição porque o composto era proibido. Por isso, o CFM chegou a fazer uma regulamentação da prescrição, que foi considerada restritiva por muitos pacientes e até por conselhos regionais. Todo esse impasse faz com que ainda hoje poucos especialistas prescrevam o composto (OLIVEIRA, 2016).

<sup>8</sup> A grafia da referência está em itálico para sinalizar que o nome foi trocado, a pedido do entrevistado.

compromisso de dar para as pessoas que precisavam. A gente sabia que dar o óleo para uma tia moribunda com câncer era diferente de dar para crianças. Começamos a pesquisar. Procuramos médicos e passamos a nos inserir nas melhores práticas (MARTINS, 2016).

Famílias que utilizaram o óleo doado por cultivadores relataram resultados benéficos com o composto clandestino. Eles também se sentem aliviados com o fato de serem informados sobre o método de extração e muitos passaram a cultivar em casa (CARVALHO, 2016). A rede, como é chamado o grupo, também quer, aos poucos, parar de ser fornecedora. A ideia é dar instrumentos para que as próprias famílias possam realizar o autocultivo – na tentativa de reduzir sanções penais e pressionar por uma regulamentação do autocultivo medicinal (MARTINS, 2016).

O grupo e algumas famílias que demandam o autocultivo tentam dialogar com instituições, mas ainda não conseguiram encontrar espaço para serem ouvidos. Cidinha (2016), uma das mães que fazem uso do óleo fornecido pela rede, esteve em uma das reuniões da Anvisa e chegou a mencionar a demanda pelo autocultivo. No seu relato em entrevista, ela diz: “Nossa, nem quiseram saber” (CARVALHO, 2016). A rede, no entanto, tenta estar preparada para uma eventual regulamentação do autocultivo e busca diálogos com outras entidades – como a Fiocruz, para um eventual apoio e consórcio científico.

Estou tentando falar com a Fiocruz para que se pense uma política nacional, sabe? A gente tem que plantar aqui e a Fiocruz tem que assumir isso como pesquisa. A Fiocruz tem condições de fazer isso. Não faz sentido a gente pagar um milhão de reais para 10 pacientes no ano. Olha o que a gente está perdendo... com um R\$ 1 milhão, a gente consegue tratar 4 mil pacientes e não 10 (BRITO, 2016). Estamos mantendo um banco de genética para quando a coisa for legalizada, porque aí já temos um conhecimento brasileiro, para a gente não ficar dependendo de fora. Estamos tentando contatos com universidades e centros de pesquisa. O tema é muito apaixonante e causa muita revolta. As pessoas esclarecidas ficam sensibilizadas. A gente tem muito respaldo do corpo acadêmico. Mas ainda é tudo muito burocrático hoje em dia. Você não pode chegar na universidade e falar: estou fazendo um projeto de maconha medicinal. Ainda há muito preconceito e há perseguição do Conselho Federal de Medicina e da Associação Brasileira de Psiquiatria, que diz que quem fuma maconha vai virar esquizofrênico (MARTINS, 2016).

## O CANABIDIOL EM MEIO AO PROIBICIONISMO

O particular ativismo das mães diante da Anvisa, a demanda por autocultivo, a pressão política sofrida pela agência, e o *status* de proibição do canabidiol são elementos que dialogam com controvérsias anteriores: como as regulamentações que levaram à proibição de substâncias psicoativas no início do século XX. Em 1921, o Brasil proibiu o comércio de toda substância entorpecente. Em 1932, o Decreto 20.931<sup>9</sup> passava a criminalizar também o usuário e estabeleceu a toxicomania como doença sujeita à internação compulsória (KARAM, 2009). Também há relações da

---

<sup>9</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/D20931.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20931.htm)>.

proibição com o protestantismo norte-americano do final do século XIX e sua moral. Centrado inicialmente na cruzada contra o álcool, que culminou na Lei Seca em 1919, esse grupo se aliou a interesses de controle social do Estado e impulsionou a criação de um aparato burocrático específico (Federal Bureau of Narcotics – FBN). Só que, mesmo após a legalização do álcool, essa burocracia continuou a estender seu poder repressivo a outras substâncias, como a cocaína e a maconha (FIORE et al., 2008). Se, nos Estados Unidos, a proibição carregava um fundo da moral protestante e também se conectava a uma preocupação das elites com a desordem urbana (FIORE, 2012); no Brasil, também havia um caráter escravocrata e racista da criminalização do uso, e a maconha era estigmatizada por elites locais (KARAM, 2009; BURGIERMAN, 2011; FIORE, 2012).

A proibição é, assim, recente e demandou uma articulação de aparelhos do Estado para a repressão ao consumo, gerando um conjunto de ações proibicionistas (FIORE, 2012). O discurso proibicionista tem como pressuposto a ideia de que o consumo de substâncias psicoativas é danoso e prejudicial e, por isso, o Estado deve criminalizar sua circulação e consumo. O proibicionismo também entrincheirou a produção científica, que deveria ficar “do lado certo” da batalha; ou seja, da luta contra as drogas. A ascensão da proibição se dá também por uma necessidade da indústria médico-farmacêutica de monopolizar a produção das drogas (FIORE, 2012).

Nesse contexto, a demanda pela importação do canabidiol não fazia frente ao proibicionismo inicialmente, na medida em que limitava o consumo do composto ao uso medicinal, restrito a doenças raras e de difícil controle. Também só a importação do canabidiol foi regulamentada, e não o uso via *cannabis*. A regulamentação do canabidiol foi possível, assim, porque esse grupo de famílias não dialogou inicialmente com os pressupostos da proibição, e consolidou-se como um grupo que deveria ser uma exceção ao proibicionismo. No entanto, a própria demanda pelo autocultivo, como alternativa de baixo custo ao canabidiol industrializado, estremece a fronteira do proibicionismo – mesmo que o cultivo fique restrito ao uso medicinal. Também, se a proibição foi calcada no monopólio da indústria pela produção de drogas medicinais, a demanda de famílias por esse autocultivo coloca tal poder em xeque. A atuação dessas famílias, mesmo em se estabelecendo como uma exceção, contribui para a perda de força do argumento do “efeito danoso da droga”, base das políticas proibicionistas.

## **LAY EXPERTISE: O ATIVISMO DA MACONHA E DA AIDS**

A regulamentação do canabidiol ocorreu pela pressão de pacientes, que encontraram maneiras de utilizar precedentes para conseguir exceções às regras e à burocracia das instituições de saúde – e o fizeram muitas vezes pelos mecanismos internos dessas próprias instituições. Na medicina, uma dessas estruturas é a prática conhecida como “Medicina baseada em evidências (MBE)”. Nela, para que determinado medicamento ou terapia chegue a um paciente, são feitas análises sistemáticas da literatura médica. Essa prática postula que devemos dar atenção especial ao desenho das pesquisas, e que provas científicas rigorosas devem nortear as tomadas de decisão (ATALLAH; CASTRO, 1998).

No processo de regulamentação do canabidiol, instituições encontraram mecanismos para não seguir a medicina baseada em evidências. A Anvisa mobilizou toda a sua área técnica para pesquisar sobre a substância, reuniu-se com especialistas e pacientes, num processo que é feito mais comumente quando empresas solicitam o registro de um medicamento. Por meio disso, aprovou, em regime especial, um

composto que não havia passado por todos os testes clínicos. Também o Conselho Federal de Medicina autorizou que médicos prescrevessem o canabidiol por meio do uso compassivo. A prática permite o uso de substâncias sem total comprovação científica quando pacientes não possuem alternativa terapêutica satisfatória. De acordo com a definição do CFM:

Uso compassivo: disponibilização de medicamento novo promissor para uso pessoal de paciente não participante de programa de acesso expandido ou de pesquisa clínica, ainda sem registro na Anvisa, que esteja em processo de desenvolvimento clínico, destinado a pacientes portadores de doenças debilitantes graves e/ou que ameacem a vida, sem alternativa satisfatória com produto registrado no país (CFM, 2014).

O próprio documento cita que o uso compassivo é uma conquista dos pacientes. Na consulta que a Anvisa faz ao Conselho Federal de Medicina sobre o uso compassivo, o conselho cita um predecessor importante: o surgimento, a partir da epidemia da aids nos anos 1980, de uma nova demanda por medicamentos ainda em testes. No início dessa epidemia, a aids era desconhecida, de alta letalidade e isso impulsionou demandas sobre drogas ainda não aprovadas por meio do acesso expandido (uso de droga ainda não aprovada, mas com processo de liberação encaminhado), extensão do uso (quando participantes de uma pesquisa continuam a ter acesso após término do estudo clínico) e uso compassivo (acesso a composto não aprovado para um indivíduo específico, em risco de morte) (ANVISA; CFM, 2012).

Foi também durante o início da epidemia de aids que leigos se mostraram uma peça-chave no jogo científico (EPSTEIN, 1995). Em artigo sobre a *lay expertise*, Epstein descreve como ativistas se capacitaram para serem fontes com credibilidade no processo de produção do conhecimento, a ponto de conseguirem mudar as regras do jogo e até a própria definição do que vale como credibilidade. Credibilidade é um sistema de poder, dependência, legitimação, confiança e persuasão. É a espinha dorsal da prática científica. Só que, quando o público olha para a ciência e não encontra respostas, essa credibilidade é abalada. Abre-se espaço para o dissenso (EPSTEIN, 1995). Assim, ativistas insistiram que os testes clínicos para a aids eram, ao mesmo tempo, lugares de tratamento e de produção de conhecimento que não poderiam estar dissociados (EPSTEIN, 1995). Na análise de Epstein (1995), o movimento de ativistas ligados à aids nos Estados Unidos foi pioneiro em conquistar uma conversão de “vítimas de uma doença” para ativistas-experts.

O grupo que lutava pelo acesso a terapias contra o HIV formou organizações que ocupavam uma zona cinzenta da legalidade. Eles compravam no mercado negro e distribuíam medicamentos ainda sem aprovação. A ira dos ativistas estava particularmente direcionada ao FDA (Food And Drug Administration), órgão que regulamenta medicamentos nos Estados Unidos, ao qual atribuíam uma posição paternalista, que roubava dos pacientes o direito de assumir os riscos do tratamento experimental.

Epstein cita trecho de um texto de John James (um ex-programador que se tornara editor do *Aids Treatment News*), de 1986, que encontra paralelo com os defensores do autocultivo no canabidiol:

Com informação e análises independentes, podemos fazer pressão específica para conseguir que tratamentos experimentais sejam geridos de forma adequada. Até agora, houve pouca pressão porque temos confiado em especialistas para interpretar para nós

o que está acontecendo. Eles nos dizem o que não vai chacoalhar o *status quo*. As empresas que querem seus lucros, os burocratas que querem seu território garantido e os médicos que querem evitar gerar qualquer discordância, todos eles estiveram à mesa. As pessoas com aids que querem viver devem estar lá também (JAMES, 1986 apud EPSTEIN, 1995).<sup>10</sup>

James fala de ser ouvido, de ter representatividade, de ter autonomia para lutar pela própria vida. No contexto da controvérsia do canabidiol, Ricardo Nemer (2016) também reflete sobre essa mesma autonomia:

Chega gente desesperada aqui, comprando até maconha na boca pra fazer remédio. É esse tipo de pessoa que chega. Essa pessoa nos preocupa. E a gente informa que aquilo não tem regulação sanitária, que tem mofo, agrotóxico, uma série de coisas. Então, a gente pede pra essa pessoa buscar informação e exercer o direito dela, porque já que o Estado não exerce, não facilita, não dá dignidade pra essa pessoa. Que ela faça sua autodefesa. Porque se a lei permite até matar em nome da sua autodefesa, por que não pode permitir plantar? (NEMER, 2016).

James e Nemer têm em comum uma necessidade de lutar pela vida, porque a ciência e as instituições estão lhes negando a vida duas vezes: pela impossibilidade de acesso ao tratamento e pelo controle de lutar e decidir por ele. Para ativistas do canabidiol e da aids, não há como esperar que uma vida individual se curve ao tempo da ciência em nome da regulação sanitária ou das boas práticas da medicina.

Ainda, a pressão das famílias pelo canabidiol compartilha com o ativismo da aids a letalidade das doenças às quais essas demandas se aplicam. Também ambas as lutas buscaram credibilidade. Os ativistas se informaram, aliaram-se a cientistas, buscaram maneiras de exercer as melhores práticas, inclusive no autocultivo. A produção de credibilidade é fator-chave para que um leigo se torne um leigo experto. Enquanto a credibilidade permite essa mobilidade para o leigo, o contexto de alta letalidade e gravidade de uma doença – em que a ciência não consegue fornecer soluções satisfatórias para os pacientes – impulsiona a produção de novas respostas e, com isso, o desenvolvimento de diversas formas de *expertise* (EPSTEIN).

Com o desenvolvimento da *expertise*, por sua vez, leigos conseguem falar a linguagem das instituições e do jogo científico. O domínio dessa linguagem e mecanismos é fundamental para a permeabilidade das instituições a alguns representantes. Epstein (1995) cita como, por meio do domínio dessa linguagem, ativistas da aids conseguiram cadeiras permanentes em instâncias do FDA (Food And Drug Administration) e do NIH (National Institute of Health). No caso brasileiro, as famílias conseguiram reuniões em diversas instituições, e a família Fischer é acionada por cientistas, outras instituições e famílias para obterem acesso à Anvisa e ao Ministério da Saúde.

Outro fator que contribui para a organização desses movimentos de leigos cientistas são valores de autonomia e de identidade. Epstein (1995) pontua que a noção de

---

<sup>10</sup> “With independent information and analysis, we can bring specific pressure to bear to get experimental treatments handled properly. So far, there has been little pressure because we have relied on experts to interpret for us what is going on. They tell us what will not rock the boat. The companies who want their profits, the bureaucrats who want their turf, and the doctors who want to avoid making waves have all been at the table. The persons with aids who want their lives must be there, too.”

identidade e autonomia de um grupo serve como um fator mobilizador. Indivíduos se tornam capazes de investir emocionalmente e assumem riscos pessoais quando formam essa identidade, quando possuem autonomia. Também, por meio dessa identidade e autonomia compartilhadas, o grupo se torna capaz de pensar em estratégias comuns e metodologias. Eles se organizam.

No exercício da *expertise* leiga na aids, a autonomia e a identidade de grupo tinham sua força no movimento *gay*. Durante os anos 1960 e 1970, ativistas contestaram normas sociais, construíram diversas organizações e instituições e estabeleceram diversas subculturas em centros urbanos (EPSTEIN, 1995). Do mesmo modo, no ativismo do canabidiol no Brasil, pacientes compartilhavam entre si um fator identitário incontestável: a instituição da família.

A família tem uma força. Ela indica o cuidado e o zelo pela vida. Bourdieu (1998) aponta que a família faz parte de um conjunto de termos que pressupõem consensos éticos. A família também é historicamente concebida como necessária à ordem social, como a célula da sociedade, a partir dos quais os seus valores se desenvolvem, e os indivíduos aptos para o convívio são formados. Na sociedade, assim, a concepção da família é estimulada (DIAS, 1994).

De fato, a força das famílias conseguiu o que 30 anos de ativismo canábico não conseguira: um debate nacional sobre a maconha medicinal.<sup>11</sup> Quando entrevistados, os representantes de instituições como o Senad (Secretaria Nacional Antidrogas) nunca sequer mencionaram que alguma mãe pudesse ser presa, nem deram qualquer indicativo disso (MAXIMIANO, 2016). Os médicos que receitaram não foram submetidos a processos éticos; pelo contrário, dialogaram com seus conselhos de classe regionais (ARANHA, 2016).

Uma maneira da *expertise* leiga se estabelecer também é a busca de leigos por se tornarem representativos ou, pelo menos, se apresentarem como tal, aponta Epstein. O fato de ativistas da aids conseguirem se apresentar em instituições como representativos de um movimento, como a voz organizada de pacientes com HIV, fez com que eles fossem ouvidos. Igualmente, a família Fischer, por ter tido exposição na mídia e por pleitear o uso legal, passou a ser representativa de um movimento. Esse ponto é controverso, tanto aqui, como no ativismo da aids, porque é difícil mapear o quanto esses ativistas são de fato representantes de um grupo diverso (EPSTEIN, 1995).

No ativismo do canabidiol, essa cisão de representatividade é registrada no momento posterior à reclassificação do composto, quando grupos passam a defender o autocultivo e outros permanecem atrelados às demandas pela importação. Um lado pleiteia o autocultivo como forma de resolver questões com o custo do composto; e outro inicia ações judiciais no Sistema Único de Saúde para quem não tinha condições de comprá-lo.

No canabidiol, também, há intersecções e pontos de contato e de distanciamento com o ativismo sobre a legalização da maconha que não foram totalmente resolvidos (OLIVEIRA, 2016). Enquanto ativistas tentam mostrar que o uso tido como recreativo pode ser medicinal porque é tão calmante quanto ansiolíticos, por exemplo

---

<sup>11</sup> Registros apontam que o ativismo organizado da *cannabis* no Brasil começou nos anos 1980, ligado à redemocratização e ao movimento estudantil. Discutia-se a violência policial em uma série de hábitos da vida cotidiana, entre eles, o uso da maconha. Um debate foi realizado na Faculdade de Direito da USP, em São Paulo, em 1986. Um manifesto, assinado por artistas como Arrigo Barnabé e acadêmicos como Florestan Fernandes, pediu a descriminalização do uso da erva (SANTOS, 2014).

(CARVALHO, 2016); outros distanciam o uso recreativo do medicinal pelos malefícios que podem causar à saúde (FISCHER, N., 2016).

Deixa ver se eu consigo te explicar. Por exemplo, a pessoa que quer curtir somente o uso recreativo, ela quer fumar o cigarro e começa a tentar justificar o seu uso dizendo que fumar é terapêutico porque provoca relaxamento. Eu acho que a estratégia não é bacana. Por que eu acho que a estratégia não é bacana? Primeiro, porque a pessoa perde a credibilidade. Eu acho que a pessoa precisa ter clareza daquilo que ela quer. Quando ela tenta pegar uma outra coisa para justificar algo que não é totalmente justificável, isso não é bacana. Por exemplo, é a mesma coisa que alguém falar que tomar um copo de whisky no final do dia é terapêutico. Às vezes não é. O cara é alcoólatra. Todo dia ele toma um litro de whisky e não pode dizer que está tomando isso porque é terapêutico, porque relaxa e vai dormir bem. Então, assim, eu acho complicado. “Ah, vamos liberar o álcool, vamos incentivar inclusive tomar o álcool porque tomar álcool é terapêutico”. Não é. Tomar álcool faz mal para a saúde. Não estou dizendo que fumar maconha faz mal para a saúde. Só estou fazendo uma correlação (FISCHER, N., 2016).

Você pode fumar para sair da depressão e também pode ir para a farmácia. Existe a situação, por exemplo, que alguém quer relaxar porque está muito cansado. Tem a pessoa que vai lá e fuma e tem a pessoa que vai comprar o remédio na farmácia. Se a pessoa quer esquecer um pouco da vida ou é insone ou outras coisas ou quer ter mais criatividade, ela vai lá na farmácia e compra tudo. E aí quem fuma faz uso recreativo e quem vai à farmácia faz uso medicinal? Há pessoas que falam “eu uso o recreativo, porque eu gosto de me sentir bem”. Pô, se sentir bem é o quê? Não é a mesma coisa de um médico passar uma prescrição que você vai usar Rivotril ou Lexotan pra você se sentir melhor. E aí, qual a diferença? É como eu te falei, é muito rotulado. Eu acho que cada um tem o direito de viver como quer, não estou fazendo mal a ninguém, não estou lesando ninguém. Eu estou falando isso, mas eu não fumo não, tá? (CARVALHO, 2016).

Ambas os depoimentos citados acima são de ativistas pelo uso do canabidiol para epilepsia refratária. No entanto, Norberto Fischer usa o composto importado, e Cícinha Carvalho usa o óleo de canabidiol clandestino doado pela rede. Ainda que eles consigam ter similaridades na identidade, já que ambos possuem filhos com epilepsia refratária e constituem uma família, diferem no ativismo. Mesmo com tais diferenças, porém, esses ativistas demonstraram às instituições que conseguem mobilizar grupos de pais “raivosos” contra políticas públicas que interfiram no uso do composto – para ambos. Quando a Anvisa passou a limitar a importação do canabidiol para grupos que seguiam a regulamentação do Conselho Federal de Medicina, por exemplo, ambos os grupos de ativistas (os que defendem o canabidiol importado ou o autocultivo) solicitaram reunião na agência e compareceram lá em peso, reivindicando uma mudança (OLIVEIRA, 2016). Aquela limitação deixaria vários pacientes de fora, já que o CFM restringiria a idade para o uso, os especialistas que poderiam prescrever o composto, e também as doenças para as quais ele poderia ser prescrito. E esse é um outro fator importante apontado por Epstein (1995) para a construção da *expertise* leiga e de movimentos representativos diante das instituições: a capacidade de mobilização.

As pessoas começaram a ligar para a gente para avisar que a Anvisa estava negando, dando parecer contrário. Eu me lembro do caso do Raimundo, que tem Parkinson. Ele estava tentando importar de forma legal. Ele já conseguia importar de forma ilegal, mas queria comprar oficialmente o canabidiol. Eu cheguei na reunião da Anvisa e pedi até para falar primeiro. Eu fui com os dois pés no peito do Jarbas,<sup>12</sup> já fui atacando e falando assim “que se a Anvisa negasse para algum paciente e o paciente viesse a falecer e depois o pessoal provasse que faleceu por falta de tratamento, que ele pessoalmente ia responder”, para você ver o nível da conversa (FISCHER, N., 2016).

Esses grupos também possuem outras características em comum. Recusam o papel de vítimas, buscando para si uma posição de protagonismo dentro do processo; em alguma medida, desconfiam da ciência como sendo a única fonte de verdade, buscando relações mais igualitárias entre médicos e paciente e demandando influência sobre as decisões do que será prioritário em instituições e pesquisas. De forma geral, esses grupos desafiam a hierarquia entre *experts* e leigos e insistem no direito daqueles que são objeto do conhecimento biomédico (EPSTEIN, 1995).

A partir do trabalho de Thomas Kuhn, podemos refletir que o exercício da *expertise* leiga também encontra brecha no próprio exercício da ciência. Kuhn nos mostra que um consenso em torno de diretrizes metodológicas nem sempre é suficiente para ditar, por si só, uma única conclusão substantiva para muitas das questões científicas – mesmo que essa seja *a priori* a nossa expectativa. O exercício da ciência, Kuhn afirma, tem por base o pressuposto de que os cientistas sabem como funciona o mundo. A ciência pode suprimir questionamentos revolucionários se eles subvertem o entendimento do mundo e seus compromissos básicos. No entanto, se esses compromissos, apesar de resguardados pelo tempo e pela tradição, guardam em si algum elemento de arbitrariedade, eles tendem com o tempo a ser suprimidos pelos novos entendimentos e questionamentos. O momento em que isso ocorre de forma mais estrutural e radical é nomeado por ele de revolução científica. “As revoluções científicas são os complementos desintegradores da tradição à qual a atividade da ciência normal está ligada” (KUHN, 2007).

Leigos *experts*, assim, ao se formarem, encontram espaço na própria ciência porque ela, por sua natureza, tem alguma permeabilidade a indagações sobre a sua atividade e sobre os seus achados anteriores. Esse diálogo não é fácil – e as controvérsias e polêmicas em torno do canabidiol e da aids estão longe de cessar. Também há um grupo específico de leigos que se formam. Esses leigos *experts* têm um caráter mobilizador, dominam a ciência e sua linguagem e são representativos ou se apresentam como tal. Mas é dúvida se eles representam a totalidade de pessoas que estão fora do fazer científico. Não dá para supor, assim, que é somente o exercício da ciência leiga que deixa a ciência mais democrática e permeável a demandas sociais.

De qualquer modo, porém, a *expertise* leiga pode contribuir para mudanças que beneficiam aqueles afetados pelo saber científico, mas que estão fora do processo decisório sobre métodos e objetos. No caso do canabidiol, há uma ação que inicialmente parecia não questionar o proibicionismo – e foi essa mobilização como exceção que levou à regulamentação do canabidiol. Mas, à medida que reivindicaram um debate sobre como deveria ser o tratamento e foram ouvidos por instituições,

---

<sup>12</sup> Jarbas Barbosa, diretor-presidente da Anvisa com mandato entre 20/07/2015 a 19/07/2018. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/jarbas-barbosa-da-silva-junior>>.

acabaram por abrir outras controvérsias – como aquela que questiona se a indústria médico-farmacológica deve monopolizar a produção do composto. Com isso, a expertise leiga se descola dos leigos e não necessariamente representa a todos. Mas, ao conseguirem espaço institucional, eles acabam por deslocar o poder e influenciam o surgimento de novas problemáticas e agendas.

Artigo recebido em 27/01/2017 e aprovado em 10/05/2017.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Diretoria Colegiada. Resolução – RDC número 3. *Diário Oficial da União*, 28 jan. 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=53&data=28/01/2015>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

ANVISA; CFM. Processo-consulta CFM nº 10.090/11– Parecer CFM nº 31/12, 8 out. 2012.

ARANHA, Mauro. [Presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo]. Entrevista concedida a Monique Oliveira. 11 maio 2016.

ATALLAH, Álvaro Nagib; CASTRO, Aldemar Araujo. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. *Diagn Tratamento*, v. 3, n. 2, p. 50-58, 1998.

BRANDALISE, Camila. Anvisa cede à pressão política. *Istoé Independente*. Disponível em: <[http://istoe.com.br/365937\\_ANVISA+CEDE+A+PRESSAO+POLITICA/](http://istoe.com.br/365937_ANVISA+CEDE+A+PRESSAO+POLITICA/)>. Acesso em: 16 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998 . 5 dez. 1998. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prto344\\_12\\_05\\_1998\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prto344_12_05_1998_rep.html)> Acesso em: 12 jul. 2016.

BRITO, Margarete. [Ativista e mãe de Sofia, portadora da síndrome CDKL5]. Entrevista concedida a Monique Oliveira. 25 maio 2016.

BURGIERMAN, Denis Russo. *O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com drogas*. São Paulo: Leya, 2011.

CARVALHO, Cidinha. [Ativista e mãe de Clarian, portadora da Síndrome de Dravet]. Entrevista concedida a Monique Oliveira. 5 maio 2016.

CFM [Conselho Federal de Medicina]. *Resolução CFM nº 2.113/2014*. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/download/702/686>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

CHIORO, Arthur. [Ministro da Saúde do Brasil entre 2014 e 2015]. Entrevista concedida a Monique Oliveira. 10 jun. 2016.

CPCON/ANVISA. *Nota técnica 019*. Brasília, 5 maio 2014.

CUNHA, J. M. et al. Chronic administration of cannabidiol to healthy volunteers and epileptic patients. *Pharmacology*, PMID: 7413719, v. 21, n. 3, p. 175-185, 1980.

DIAS, Isabel. Família e discurso político: algumas pistas de análise. *Sociologia*, v. 4, p. 97-171, 1994.

- EPSTEIN, S. The construction of lay expertise: AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials. *Science, Technology & Human Values*, v. 20, n. 4, p. 408-437, 1 out. 1995.
- FIGUEIREDO, Emílio. [Consultor jurídico e coordenador do site Growroom e advogado de cultivadores e usuários]. Entrevista concedida a Monique Oliveira. 31 maio 2016.
- IORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos Cebrap*, n. 92, p. 9-21, mar. 2012.
- IORE, Maurício et al. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba, 2008.
- FISCHER, Katiele Bortoli. [Mãe de Anny Fischer, portadora da síndrome CDKL5]. Entrevista concedida a Monique Oliveira. 1 abr. 2016.
- FISCHER, Norberto. [Pai de Anny Fischer, portadora da síndrome CDKL5]. Entrevista concedida a Monique Oliveira. 10 maio 2016.
- GUPTA, Sanjay. *Weed: a CNN special report by dr. Sanjay Gupta*. Disponível em: <<https://vimeo.com/105921747>>. Acesso em: 2 out. 2015.
- HOWARD, Penny. [Mãe de Harper, portadora da síndrome CDKL5]. Entrevista concedida a Monique Oliveira. 6 jun. 2016.
- INTERNATIONAL FOUNDATION FOR CDKL5 RESEARCH. *CDKL5 Disorder: an introductory guide*. [201-]. Disponível em: <[http://www.cdkl5.com/UserFiles/files/CDKL5\\_Introductory-Guide.pdf](http://www.cdkl5.com/UserFiles/files/CDKL5_Introductory-Guide.pdf)>. Acesso em: 24 out. 2015.
- KARAM, Maria Lucia. *Proibições, riscos, danos e enganos: as drogas tornadas ilícitas*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. (Escritos sobre a Liberdade, 3).
- KUHN, S. Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- LATOUR, Bruno. *Reassembling the social*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2005.
- MARTINS, José. [Ativista da cannabis, engenheiro, cultivador e um dos fundadores da rede]. Entrevista concedida a Monique Oliveira, 6 jun. 2016.
- MASCARENHAS, Anna. *Essa campanha vai mudar sua opinião sobre maconha medicinal*. Disponível em: <[http://www.vice.com/pt\\_br/read/essa-campanha-vai-mudar-sua-opinio-sobre-maconha-medicinal](http://www.vice.com/pt_br/read/essa-campanha-vai-mudar-sua-opinio-sobre-maconha-medicinal)>. Acesso em: 30 set. 2016.
- MAXIMIANO, Vitore. [Defensor público e secretário nacional de Política sobre Drogas de 4/2013 a 10/2015]. Entrevista concedida a Monique Oliveira. 4 maio 2016.
- MOL, Annemarie. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham, NC: Duke University Press, 2002.
- NEMER, Ricardo. [Advogado e consultor jurídico da ABRAcannabis –Associação Brasileira para a Cannabis]. Entrevista concedida a Monique Oliveira. 2 jun. 2016.
- OLIVEIRA, Monique. Justiça autoriza importação de remédio derivado de maconha para criança com epilepsia. *Folha de S.Paulo*, 3 abr. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/04/1435521-justica-autoriza-importacao-de-remedio-derivado-de-maconha-para-crianca-com-epilepsia.shtml>>. Acesso em: 19 jul. 2016.
- \_\_\_\_\_. *O medicamento proibido: como um derivado da maconha foi regulamentado no Brasil*. Campinas, 2016. Dissertação (Mestrado em Divulgação Científica e Cultural)

– Laboratório de Estudos Avançado em Jornalismo, Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

REDE GLOBO. Fantástico. *Pais lutam na Justiça por liberação de remédio derivado da maconha*. Disponível em: <<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/03/pais-lutam-na-justica-por-liberacao-de-remedio-derivado-da-maconha.html>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

SANTOS, Victor. *A legalização da “Marcha da Maconha” em São Paulo*. Disponível em: <<http://vaidape.com.br/?p=3291>>. Acesso em: 30 set. 2016.

VENTURINI, T. Building on faults: how to represent controversies with digital methods. *Public Understanding of Science*, v. 21, n. 7, p. 796-812, 1 out. 2012.

ZUARDI, Antonio Waldo et al. Carta aberta à diretoria da Anvisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. 16 jul. 2014