

FITOTERAPIA CONTEMPORÂNEA NO BRASIL: UM PARALELO COM A TEORIA DA AÇÃO ANTIDIALÓGICA DE PAULO FREIRE

CONTEMPORARY PHYTOTHERAPY IN BRAZIL: A PARALLEL WITH PAULO FREIRE'S THEORY OF ANTIDIALOGICAL ACTION

Ana Cimbleiris-Alkmim¹

Simone de Araújo Medina Mendonça²

Djenane Ramalho-de-Oliveira³

Resumo: Este artigo pretende discutir criticamente aspectos socioculturais que influenciam a prática da fitoterapia no Brasil contemporâneo, olhando-a a partir da teoria da ação antidialógica de Paulo Freire. Para isso, empregou-se a Autoetnografia Evocativa. Duas narrativas produzidas se entrecruzam com os quatro componentes da ação antidialógica – conquista, dividir para manter a opressão, manipulação e invasão cultural –, criando diálogo entre teoria e prática à medida que se desenha uma problematização com perspectiva decolonial. São desveladas razões para a baixa expressividade da fitoterapia no sistema oficial de saúde apesar do seu imenso potencial para o país. Conclui-se que é necessário que uma práxis crítica baseada na valorização da Medicina Tradicional Brasileira se capilarize no ensino, na pesquisa e nos serviços em saúde. Assim, denuncia-se uma situação-limite, que contém em si a semente do inédito-viável a ser construído: um projeto de saúde amplo, ecológico e socialmente mais justo.

Palavras-chave: Fitoterapia; Plantas Medicinais; Medicina Tradicional das Américas; Pesquisa Qualitativa.

Abstract: This article aims to critically discuss sociocultural aspects that influence the practice of phytotherapy in contemporary Brazil, employing Paulo Freire's theory of antidialogical action. The evocative autoethnography methodology was used. Two constructed narratives intertwine with the four components of the antidialogical action – conquest, divide and rule, manipulation and cultural invasion – creating a dialogue between theory and practice as a decolonial problem-posing perspective is outlined. The reasons for the diminished role of phytotherapy in the official healthcare system, despite its immense potential for the country, are unveiled. In conclusion, it is imperative for a critical praxis that values Brazilian Traditional Medicine to be widespread in teaching, research and healthcare services. A limit-situation is thus denounced, containing in itself the seed of the untested feasibility to be built: a broad, ecological and socially fairer health project.

Keywords: Phytotherapy; Medicinal Plants; Traditional Medicine of the Americas; Qualitative Research.

1 Introdução

“Fito” é um sufixo ou prefixo grego que indica uma relação com os vegetais. Fitoterapia se refere ao tratamento pelas plantas. O crescimento da fitoterapia é uma

¹ Doutoranda em Medicamentos e Assistência Farmacêutica e Mestre em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF - UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: anacimbleiris@gmail.com

² Doutora em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, UFMG. Professora e colaboradora do CEAF - UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: simoneamm@gmail.com

³ PhD in Social and Administrative Pharmacy, University of Minnesota (UM). Professora e coordenadora do CEAF - UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: djenane.oliveira@gmail.com

realidade mundial, contando com interesse crescente das populações. Os baixos índices de efeitos colaterais, a ampliação do leque terapêutico, a possibilidade de menor custo de produção em relação aos medicamentos sintéticos e o reconhecimento da medicina convencional fazem com que a inclusão da fitoterapia nos sistemas oficiais de saúde seja reiteradamente recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1978, 2002, 2013).

Desde o final do século XX, os avanços legislativos e regulatórios nesse campo foram notáveis, inclusive no Brasil (BRASIL, 2012a). Em 2006, a fitoterapia foi fortalecida pelas publicações sequenciais da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2016). Essa última tem o objetivo geral de “garantir à população brasileira o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (BRASIL, 2016, p. 24). Para operacionalizar esse objetivo, em 2008 foi publicado o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2016). Desde então, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) vem paulatinamente regulamentando a fitoterapia em suas diferentes dimensões (BRASIL, 2018).

O Brasil é detentor da maior diversidade biológica do mundo, incluindo inúmeras espécies medicinais, tendo potencial para estabelecimento de “um modelo de desenvolvimento próprio e autônomo na área de plantas medicinais” (BRASIL, 2016, p. 101). As políticas públicas em vigor mencionam a importância dos saberes e fazeres tradicionais e populares em plantas medicinais, valorizando os princípios ancestrais sobre os quais tais elementos se validam por meio da própria tradição (BRASIL, 2016). Afinal, seria muito difícil que um recurso terapêutico fosse repassado por centenas ou milhares de anos para as gerações seguintes se não tivesse bom custo-benefício.

Em todo o mundo, a prática antiga da fitoterapia vem se traduzindo em práticas contemporâneas, porém, frequentemente sem que seja apreendido seu “parentesco” com o que se fazia no passado, como se fossem “conhecimentos desligados” (FREIRE, 2005a, p. 19). Em sociedades em transição, são reveladas fortes contradições no choque entre valores emergentes – em busca de plenificação – e valores do ontem – em busca de preservação (FREIRE, 2005b). Isso caracteriza a fase de trânsito, propícia a opções conscientes, de “conhecimento transformado em ação”, desde que se capte criticamente os desafios em questão (FREIRE, 2005b, p. 54).

Por isso, faz-se necessária uma discussão crítica da realidade, considerando aspectos históricos e sociológicos. Entre os valores do ontem e do hoje, atualmente, cerca de 82% da população brasileira utiliza produtos à base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde (BRASIL, 2012a), fato que demonstra a expressividade nacional dessa prática. No entanto, apesar de todos os fatores regulatórios, ambientais e culturais apontando a favor da fitoterapia no Brasil, ela ainda não se integra plenamente às práticas de profissionais de saúde (MAIA *et al.*, 2016).

Alicerçando-se na tradicionalidade de uso, já existem alguns fitoterápicos produzidos industrial ou magistralmente a partir de plantas nativas, que podem ser encontrados em estabelecimentos comerciais e eventualmente também no SUS. Porém, ainda é rasa a sistematização sobre como os diferentes povos tradicionais brasileiros pensam a saúde e desenvolvem seus processos de diagnóstico e cuidado – que vão muito além de considerar apenas quais são os produtos utilizados com finalidade diagnóstica, preventiva e terapêutica. Trocando em miúdos, ainda não há um caminho claro para operacionalizar a oferta da Medicina Tradicional Brasileira em sua integralidade no sistema de saúde oficial, não existindo acesso a consultas nessa linha. Curiosamente, no SUS brasileiro há um modelo instituído para a oferta de consultas nas linhas da Medicina Tradicional da China e da Índia (Ayurvédica), também vastamente baseadas no uso das plantas medicinais (BRASIL, 2006b, 2017). Os referidos países dão exemplos de como práticas de saúde tradicionais, além de trazerem impactos individuais e locais, podem ser ativos relevantes no cenário global.

Paulo Freire, Patrono da Educação Brasileira (BRASIL, 2012b), é um importante teórico do pensamento crítico. Sua extensa obra, de caráter universal, vem há décadas impactando não apenas o Brasil, seu país de origem, mas todo o mundo, inclusive na área da saúde (MIRANDA; BARROSO, 2004). Por essa razão, seu pensamento foi escolhido para fomentar a discussão deste artigo.

Segundo Freire, “o diálogo é o encontro amoroso dos homens [e mulheres] que, mediatizados pelo mundo, o ‘pronunciam’, isto é, o transformam, e, transformando-o, o humanizam para a humanização de todos” (FREIRE, 2021, p. 51). Já o antidiálogo é a prática oposta ao diálogo, implicando em relação vertical. É desamoroso, acrítico, desesperançoso e arrogante. O antidiálogo está amplamente entranhado na formação histórico-cultural na América Latina (FREIRE, 2005b, 2020). Esse conceito é utilizado em diversas obras de Freire (1987, 2015, 2020, 2021). Destaca-se o livro “Pedagogia do Oprimido” (FREIRE, 1987), no qual o autor apresentou pela primeira vez a teoria da ação

antidialógica, descrevendo por meio desta os procedimentos praticados pelos opressores para manter sua posição de dominação.

Outro conceito relevante para esta discussão é o de situação-limite, também cunhado por Freire (1987), que diz respeito a uma situação desfavorável à qual os indivíduos aderem sem consciência de sua submissão por terem impressão de que se trata de fatalismo e, portanto, não se percebem com poder de mudança.

Este artigo tem como objetivo responder, a partir de uma perspectiva crítica, à seguinte pergunta: quais aspectos socioculturais influenciam a prática da fitoterapia no Brasil contemporâneo? Para tal, será construído um paralelo entre a situação atual da fitoterapia no contexto brasileiro e a teoria da ação antidialógica, partindo da experiência profissional e pessoal das pesquisadoras. Para além de se tratar de mero exercício intelectual, tal reflexão pretende denunciar uma situação-limite concreta e anunciar o inédito-viável a ser buscado, engendrando possibilidades para a ruptura com a atual situação de opressão e a concretização de uma nova realidade mais justa e saudável, que antes não era sequer considerada.

2 Metodologia

Esta pesquisa qualitativa se insere em uma epistemologia subjetivista, ou seja, desenvolve-se assumidamente a partir do ponto de vista das pesquisadoras, não partindo da premissa de que exista uma realidade objetiva e que possa ser investigada de modo neutro. Ademais, situa-se no paradigma crítico, que pressupõe que existe uma realidade a ser transformada a partir da pesquisa (DENZIN, 2017). Parte-se das premissas freirianas que postulam que o mundo não é, o mundo está sendo (FREIRE, 2019) e que o ser humano não apenas está *no* mundo, mas *com* o mundo (FREIRE, 2005b).

O pensamento complexo enuncia que “o todo está na parte, que está no todo” (MORIN, 2005, p. 75). Totalidade e parcialidades operam conjuntamente, de modo complementar e, ao mesmo tempo, contraditório, a partir de uma “inteligência dialética da realidade” (FREIRE, 2005a, p. 86-87). Assim, o indivíduo é uma parte do coletivo do qual participa, e o coletivo é uma parte do sujeito. Nessa perspectiva, foi empregada como metodologia a Autoetnografia.

A Autoetnografia se refere à escrita sobre experiências pessoais e suas relações com a cultura. É um gênero autobiográfico de escrita e pesquisa que revela múltiplos níveis de consciência, costurando relações entre questões sociais e culturais com

experiências próprias (ELLIS, 2004). Em muitas pesquisas autoetnográficas, o aspecto crítico toma um papel central (DENZIN, 2018; RAIMONDI *et al.*, 2020), afinal, por sua relação íntima com a vida cotidiana, essa metodologia é muito útil para refletir sobre e transformar a realidade. No campo da saúde, ela vem sendo cada vez mais reconhecida e empregada (CHANG, 2016; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2020).

Freire (2005b) reforça a importância de que se desenvolvam práticas de investigação vinculadas à vida, fazendo uso de palavras ricas em realidade que provoquem o desenvolvimento da criticidade da consciência, e a Autoetnografia cumpre tais quesitos. Neste trabalho, foi empregada a Autoetnografia Evocativa, que busca compatibilizar a pesquisa científica rigorosa com a “beleza da forma na expressão dos achados” (FREIRE, 2005a, p. 72), envolvendo escrita criativa e com riqueza de detalhes, visando evocar ressonância e mover a leitora e o leitor à ação (ELLIS, 2004; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2020).

A metodologia autoetnográfica permitiu explorar a experiência de uma das autoras, que está imersa no universo em estudo. Além de utilizar a fitoterapia rotineiramente, ela é também farmacêutica fitoterapeuta e professora de fitoterapia para profissionais de saúde e para a comunidade de modo geral. Ela observa aspectos contraditórios entre os benefícios clínicos que ela e seus pacientes obtêm com a fitoterapia e o frequente questionamento dessa prática ou desinteresse apresentado por parte dos profissionais de saúde. Já no ensino da fitoterapia, ela observa como os pré-conceitos do público delimitam suas possibilidades de aplicação dessa técnica.

O período de coleta dos dados autoetnográficos foi entre novembro de 2020 e fevereiro de 2022, totalizando a elaboração de 12 vinhetas. Essa produção foi lida múltiplas vezes e analisada pela autora principal, utilizando um caderno de campo como ferramenta de suporte e registro do processo de reflexividade. Durante tal processo, ocorreu o encontro com a teoria da ação antidialógica de Freire. Tal teoria conversava vividamente com as narrativas produzidas, promovendo um entrecruzamento entre a experiência vivenciada e a teoria social, corroborando com a seguinte declaração: “os homens [e mulheres] alcançam a razão dos obstáculos na medida em que sua ação é impedida. É atuando ou não podendo atuar que se lhes aclaram os obstáculos à ação, a qual não se dicotomiza da reflexão” (FREIRE, 2020, p. 21-22).

A autora principal procedeu então a uma organização dos tópicos que surgiram a partir do processo autoetnográfico, usando como lentes a teoria da ação antidialógica. As demais autoras – também farmacêuticas – fizeram uma revisão cuidadosa dessa

organização, até que se chegasse por consenso a um produto final. Considerando o limite de espaço próprio da comunicação por meio de artigo científico, as autoras selecionaram para o presente artigo duas dentre as vinhetas elaboradas.

A fim de preservar a legitimidade dos relatos, optou-se por não acomodar ou distorcer as histórias para ilustrar ponto a ponto a teoria da ação antidialógica, uma vez que as narrativas estavam produzidas antes do encontro com a teoria e não tinham a finalidade específica de ilustrá-la no momento no qual foram criadas. A proximidade crua e legítima entre a prática viva e a teoria encontrada foi a motivação para escrever este artigo, que explora a pertinência dessa teoria freiriana para uma avaliação da conjuntura do campo da fitoterapia no Brasil.

Considerando os pressupostos epistemológicos e ontológicos desta pesquisa, foram adotados os critérios de rigor propostos por Le Roux (2017). Nas narrativas autoetnográficas, nomes fictícios foram utilizados, preservando a identidade dos participantes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob registro CAAE-25780314.4.0000.5149.

3 Resultados e discussão

A teoria da ação antidialógica abarca quatro componentes, nomeados aqui *ipsis litteris* conforme a teoria original: 1) a conquista; 2) dividir para manter a opressão; 3) a manipulação; e 4) a invasão cultural (FREIRE, 1987). Cada um desses componentes será aplicado à situação atual da fitoterapia no país. Trechos autoetnográficos, em fonte diferenciada do corpo do texto, serão intercalados com a discussão teórica, de modo a criar um diálogo entre teoria e prática, buscando a práxis preconizada por Freire (1987).

3.1 A conquista

A **conquista** trata de como os opressores desenvolvem “uma série de recursos através dos quais propõem à ‘admiração’ das massas conquistadas e oprimidas um falso mundo. Um mundo de engodos que, alienando-as mais ainda, as mantenha passivas em face dele” (FREIRE, 1987, p. 136).

A base da conquista são os mitos difundidos pela propaganda bem organizada, veiculada pelos meios de comunicação, que vão sendo introjetados pelas massas populares oprimidas (FREIRE, 1987). A classe dominante apresenta sua linguagem, seus projetos e seus valores como se fossem linguagem, projetos e valores nacionais, “e não

aceita recusa” (FREIRE, 2005a, p. 156-157). O depósito desse conteúdo alienante nelas não é realmente comunicação, no sentido verdadeiro da palavra (FREIRE, 1987).

Para oprimir, é necessário ao invasor descaracterizar a cultura invadida e enchê-la de subprodutos da cultura invasora (FREIRE, 2021). No campo da saúde, a conquista opera convencendo populações dos milagres da tecnologia e da biomedicina, reforçando o mito da inferioridade ontológica de práticas populares e tradicionais (FREIRE, 1987).

Desde os primórdios da indústria farmacêutica no Brasil, no final do século XIX, campanhas apelativas dos produtos modernos vêm destacando que as práticas caseiras são atrasadas e duvidosas. Essas propagandas representam, assim, os “depósitos”, no sentido freiriano, dos mitos indispensáveis à manutenção do *status quo* implementado, carregando verdadeira força domesticadora (FREIRE, 2005b).

Grande parcela da população, assim como grande parte dos profissionais de saúde, possui a perigosa ilusão de que o desenvolvimento científico é neutro. Contudo, a organização dos serviços e a escolha das técnicas empregadas carregam em si uma visão política, seja ela declarada ou não (FREIRE, 2020, 2021). A aceitação de recursos terapêuticos não deve se basear apenas no fato de serem velhos ou novos (FREIRE, 2020).

As práticas denominadas “Integrativas e Complementares” em saúde, dentre elas a fitoterapia, lutam para coexistir com os interesses do poderoso complexo médico-industrial, representando resistência a forças ideológicas do capitalismo e da colonização. Inúmeras práticas tradicionais e populares de saúde, de povos das mais diversas origens, vêm sendo subalternizadas, ridicularizadas, invisibilizadas ou até mesmo suprimidas pelos opressores, partindo de uma atribuição de valor eurocentrada. A determinação da existência de um único tipo de saber autoritário, monocultural, implica na determinação automática de formas correspondentes de ignorância. O que não se encaixa nos parâmetros da monocultura vigente torna-se inexistente ou, ainda, representa obstáculo ao avanço do conhecimento tido como o único verdadeiro (NUNES; LOUVISON, 2020).

Assim, a biomedicina, que determina os padrões de evidência cabíveis, é apropriada historicamente como justificativa para projetos de opressão, que afetam amplamente a vida no contexto do processo de medicalização da sociedade. Desse modo, resgatar medicinas tradicionais ou integrativas é um ato decolonial em si. Trazê-las para o espaço acadêmico da produção de conhecimentos traz a possibilidade de de-silenciar vozes oprimidas, lutando contra o epistemicídio de práticas que não são de interesse do opressor e promovendo novas dinâmicas de ecologias de saberes (NUNES; LOUVISON, 2020). As ecologias de saberes se fundam na reconhecimento da pluralidade de conhecimentos

heterogêneos (sendo um deles a ciência moderna) e em interações sustentáveis e dinâmicas entre eles sem comprometer sua autonomia (SANTOS, 2007).

Saúde integral e fitoterapia: além da ponta do iceberg

Prólogo: a experiência de aquisição e uso de um medicamento fitoterápico industrializado

Moro em metrópole, e meu bairro conta com uma farmácia em cada esquina.

A rouquidão me incentiva a fazer uma breve caminhada à drogaria:

— Boa tarde! Tem xarope de guaco?

— Sim, senhora. Está aqui mesmo, neste corredor.

— É este mesmo que vou levar. Muito obrigada!

Vou até o caixa, onde acerto o valor no cartão. Ele me entrega a sacola plástica com o medicamento.

Chego em casa, abro o frasco, sirvo 5 mL conforme indicado no copinho dosador e tomo. Sinto imediatamente um pequeno alívio local.

Mantendo a posologia recomendada, no dia seguinte já me sinto bem melhor!

No esforço acadêmico de construir conhecimentos sobre as práticas de saúde dos povos nativos brasileiros, ou dos diversos imigrantes – voluntários ou forçados – que aqui se estabeleceram, é usual que seja adotado como ponto de referência o pensar europeu. A adoção dessa referência externa se aplica até mesmo à própria avaliação do pensar. Buscando segurança na erudição europeia, os critérios e perspectivas adotados carregam um julgamento colonizador, alienado e que impossibilita um engajamento legítimo com os reais potenciais, vocações e desafios nativos. O Brasil é assim percebido como país atrasado (FREIRE, 2005b). Não se trata de eliminar as contribuições estrangeiras, mas de buscar compreendê-las e integrá-las a partir de uma perspectiva local (FREIRE, 2020).

As práticas tradicionais e integrativas propõem a interpenetração entre comunidades e profissionais de saúde, entendendo que o saber do outro é importante e deve ser considerado, pois não existe uma única forma de construir saúde. O esforço de silenciar o que é popular e, portanto, próprio do oprimido, promove o adoecimento do contexto social, com desdobramentos que vão além do resultado individual de condutas terapêuticas. Rebaixar culturalmente os atores da medicina popular e tradicional leva à constituição de atos de conquista e dominação cultural.

A experiência imersiva na fitoterapia

Escapei da cidade grande, e agora moro em um sítio. Depois do almoço, faço a breve caminhada que leva até a casa da minha vizinha para entregar a muda que

preparei para ela. Dona Sílvia participou durante anos das atividades de educação em saúde da organização social na qual eu coordenava o programa público de fitoterapia do município, a Farmácia Viva.

Quando conheci D. Sílvia, não imaginei que seríamos amigas. Eu, nos meus trinta e tantos. Ela, nos seus sessenta e tantos. Eu, uma menina da cidade grande. Ela, criada na roça. Eu, com nível superior de educação. Ela, em processo de alfabetização no programa de ensino de jovens e adultos. Eu, não sei bem qual é minha religião. Ela, evangélica fervorosa. Eu, com renda de seis salários mínimos. Ela, com renda de um salário mínimo. Eu, branca. Ela, negra. O interesse comum que temos pelas plantas nos aproximou.

Da porteira, sinto a mistura de cheiros do fogão à lenha, do galinheiro e da cânfora plantada junto à cerca. Avisto Dona Sílvia dando comida para as galinhas.

— Opa! Boa tarde, Dona Sílvia! — chamo com um sorriso e um aceno da mão.

— ‘Tarde, Ana! — ela responde, sorrindo amplamente, e acena de volta.

Ela vem caminhando com suas galochas coloridas, calças de malha preta e camisa de propaganda política de anos anteriores. Os cabelos cuidadosamente presos com grampos. Abre a porteira para mim, e trocamos um abraço caloroso. Suas plantas estão maravilhosas. Begônias, beijinhos e muitas outras folhagens e flores, desafiando os materiais improvisados que ela usa para fazer seus vasos e canteiros. Estendo as mãos entregando a mudinha para ela.

— Consegui tirar a mudinha de estêvia que a senhora me pediu! Apesar de ser uma espécie brasileira, essa mudinha foi difícil de enraizar! Mas antes tarde do que nunca, não é mesmo?

Ela ri e pega a muda carinhosamente das minhas mãos.

— Vou plantar em um vaso grande para eu cuidar melhor até ela crescer — ela fala acariciando suavemente as folhinhas.

A consciência crítica é a representação das coisas e dos fatos como se dão na existência empírica, em suas correlações causais e circunstanciais. Tal consciência promove integração entre realidade e ação, vencendo a visão fatalista e a acomodação, nas quais não existe diálogo, mas apenas determinações que se superpõem autoritariamente às pessoas (FREIRE, 2005b). A acomodação exige uma dose mínima de criticidade, enquanto a integração exige um máximo de consciência (FREIRE, 2005b). Então, na medida em que se ganha consciência crítica sobre as práticas populares e tradicionais de saúde, como a fitoterapia, seu real valor é apreendido, levando a ações que integram tais práticas de modo inteligente e adequado ao fazer saúde da sociedade atual.

Na promoção da consciência crítica, o conhecimento e a consideração cuidadosa do vocabulário são indispensáveis (FREIRE, 2005b). Afinal, a linguagem está sempre em diálogo com a realidade, e “mudar a linguagem faz parte do processo de mudar o mundo” (FREIRE, 2005a, p. 68). Assim, à tradição freiriana, faz-se relevante refletir sobre o conceito de Fitoterapia adotado pelo Ministério da Saúde brasileiro. Em 2006, Fitoterapia era definida como a “terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda

que de origem vegetal” (BRASIL, 2016, p. 49). Já em 2008, esse conceito passou a ser “um método de tratamento caracterizado pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, *sob orientação de um profissional habilitado (reconhecido)*” (BRASIL, 2016, p. 148, grifo nosso). Por que restringir o uso do termo à orientação de um profissional habilitado? Reconhecido por quem? Como assim, de repente, as práticas tradicionais ou populares de uso das plantas medicinais não são mais consideradas fitoterapia?

Ela percebe que estou com olhar fixo direcionado para o fundo do quintal, observando uma planta trepadeira vigorosa que cobriu totalmente a cerca.

— *Viu meu guaco, menina? Eu plantei a muda que ganhei na Farmácia Viva há três anos. Olha como está bonito! Estou fazendo a secagem das folhas, igualzinho você ensinou no curso.*

Olho para os ramos e folhagem robustos e verde escuros. Mikania glomerata, segundo a identificação botânica realizada pelo Herbário. Eu me lembro do dia em que a botânica veio voluntariamente colher a exsicata para análise taxonômica. Pergunto-me se ela tem a dimensão de quantas pessoas foram beneficiadas pela identificação que ela realizou.

— *Dona Sílvia, esta planta que você pegou na Farmácia Viva foi originada de uma única mudinha um dia e virou milhares de mudas e frascos de remédio para tantas pessoas!*

— *Eu também já distribuí esta planta para muita gente, minha filha, e eles também seguiram passando para a frente! — ela relata olhando para a planta com orgulho. — Olha o caso aqui da minha vizinha. Ela também está colhendo e usando o guaco, e até me pediu para parar de cortar os ramos que passam pela cerca e vão parar no quintal dela!*

Rimos juntas, e ela continuou a explicar.

— *Olha pr’ocê ver: ela faz para o neto dela um xarope que resolveu a bronquite dele melhor do que os remédios que ele tomava desde bebê!*

— *Que ótima notícia, Dona Sílvia! Eu estou sem o guaco em casa no momento... Você poderia me dar um ramo? — pergunto animada.*

— *Vou pegar uma tesoura agora mesmo!*

Nós nos aproximamos do guaco. De perto, vejo com detalhes a beleza de seus ramos se enrolando na cerca. Observo o ambiente, sombreado por um imenso abacateiro. Vejo alguns ramos mais claros e com folhas menores na beirada da cerca, sob o sol forte do início da tarde.

— *Ele gosta é de sombra, não é, Dona Sílvia?*

— *Isso mesmo!*

— *Ao plantar, vou ficar atenta para escolher um local adequado! E precisa molhar muito?*

— *O guaco se vira aqui no fundo, não me pede nada! Você precisa molhar só nas primeiras semanas — disse ela, e eu concordei com a cabeça.*

Enquanto falamos, Dona Sílvia corta com destreza diversos ramos da planta.

— *Pronto, aqui está! — ela fala enquanto me entrega os ramos.*

— *Muito obrigada! Vou plantá-los agora mesmo!*

Abro os braços, ela vem ao meu encontro, e compartilhamos mais um abraço caprichado.

- *Bom dia para a senhora!*
— *Bom dia, menina! Depois volta mais, hein?*

3.2 Dividir para manter a opressão

O segundo componente da ação antidialógica é **dividir para manter a opressão**. Um de seus atributos, quase nunca percebido por profissionais ingênuos, mesmo que sérios, é a ênfase na percepção focalista dos problemas e não na percepção deles como dimensões de uma totalidade (FREIRE, 1987). Essa visão vai ao encontro daquela proposta pela teoria da complexidade, que afirma que a visão complexa é um ponto de partida para uma ação mais rica e menos mutiladora (MORIN, 2005). O reducionismo beneficia o modelo opressor. “Na medida em que as minorias, submetendo as maiorias a seu domínio, as oprimem, dividi-las e mantê-las divididas são condições indispensáveis à continuidade de seu poder” (FREIRE, 1987, p. 138). A unificação das massas populares ou de diferentes componentes de um processo em um todo representa, assim, uma ameaça à hegemonia dos grupos dominantes (FREIRE, 1987).

A temática da saúde é usualmente percebida por uma ótica fragmentada, destacada de suas interações com a sociedade, o meio ambiente e a economia. É uma realidade-chave que se desintegra quando passa por entre as “fendas que separam as disciplinas” (MORIN, 2005, p. 12), fenômeno delineado a seguir.

O homem é um ser evidentemente biológico. É ao mesmo tempo um ser evidentemente cultural, [...] que vive num universo de linguagem, de ideias e de consciência. Ora, [...] a realidade biológica e a realidade cultural, o paradigma de simplificação nos obriga a disjuntá-las. [...] Vamos, pois, estudar o homem biológico no departamento de biologia, como um ser anatômico, fisiológico, etc., e vamos estudar o homem cultural nos departamentos das ciências humanas e sociais. Vamos estudar o cérebro como órgão biológico e vamos estudar a mente, *the mind*, como função ou realidade psicológica. Esquecemos que um não existe sem a outra, ainda mais que um é a outra ao mesmo tempo, embora sejam tratados por termos e conceitos diferentes (MORIN, 2005, p. 59).

O mecanismo antidialógico do dividir para manter a opressão pode ser facilmente percebido no modelo biomédico, que frequentemente adota moldes reducionistas e lineares, limitando a doença e a saúde ao contorno biológico individual, separando o sujeito de seu contexto integral de vida (MINAYO, 1997). Segue-se perpetuando a ideologia de acordo com a qual a responsabilidade pelos fracassos “pertence aos fracassados enquanto indivíduos e não às estruturas ou à maneira como funcionam essas sociedades” (FREIRE, 2005a, p. 157-158). Porém, o contexto integral de vida é o primeiro determinante no estado de saúde, considerando alimentação, habitação, trabalho

e coesão social (ILLICH, 1975). Afinal, segundo a OMS (WHO, 1978), saúde não é conceituada como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades? Por que se segue pensando em saúde e organizando ações de saúde a partir das doenças?

A partir da visão reducionista, o uso do medicamento – natural ou convencional – para corrigir um problema, mas sem tematizar o que está em questão realmente, não passa de um “tapa-buracos”. Um exemplo é a prescrição de um ansiolítico para alguém que trabalha sob condições adversas, sem considerar a raiz do adoecimento. Essa forma de atuação coloca-se a serviço da máquina de produção capitalística ou, mais do que isso, faz parte de sua engrenagem. Nessa perspectiva, a promoção da saúde passa a ser um dispositivo biopolítico de controle a serviço do modelo econômico (LOPES, 2019).

Práticas de legítima promoção da saúde aparecem marginalmente, não sendo devidamente financiadas ou executadas pela gestão pública, que se desresponsabiliza. Até mesmo na Atenção Básica em Saúde, o foco está no adoecimento (LOPES, 2019). Por exemplo, não são ofertadas sistematicamente ações de educação nutricional, mas, por outro lado, existe financiamento para desenvolvimento de educação nutricional para grupos de pacientes diabéticos ou hipertensos. Para ser abarcado pelo sistema, primeiramente é necessário adoecer.

Chego em casa, imbuída da missão de plantar o guaco. Vou até a pilha de compostagem preparada no ano passado e encho até a metade um balde com essa terra vegetal, sentindo sua textura soltinha e gostosa. Misturo bastante desse adubo composto com um pouco de terra argilosa do quintal, esforçando-me para criar um solo balanceado. Mexer com a terra é uma atividade meditativa para mim. Vem a reflexão: a saúde que este guaco pode me trazer na fitoterapia seria maior do que a saúde promovida simplesmente por plantar e cuidar dele?

Coloco a terra adubada em cinco sacos plásticos reutilizados, nos quais já havia furado buraquinhos para drenagem. Já que Dona Sílvia me deu tantos ramos, aproveito e faço mais mudas para compartilhar! Preparo as estacas cuidadosamente, retirando as folhas para evitar desidratação, e coloco-as na terra, apertando suavemente até que as plantas estejam firmemente posicionadas. Deixo os saquinhos à meia sombra. Depois, descarto as sobras das plantas na pilha de compostagem deste ano, para fertilizar as plantas do ano que vem. Nada se perde, nada se cria, tudo se transforma.

Alcanço a mangueira, ligo a torneira e, assim que brota a água, rego as cinco mudas com abundância, sentindo o cheiro confortante da terra molhada. Ocorre-me que esse cheiro evoca nossa presença ao momento e há de ter potencial farmacológico para acalmar o estresse!

Resolvo aproveitar o ímpeto e molhar as outras plantas. Meus pensamentos fluem livres como a água. Enquanto molho os arbustos de lavanda, mirra e rosmaninho, eles me retribuem com seus perfumes. Concomitantemente ao farfalhar das folhas ao vento e ao som das gotas d'água sobre as plantas, o canto dos pássaros compõe a paisagem

sonora familiar e relaxante. Ouço o canarinho, o guaxo, o bem-te-vi. Este ambiente por si certamente minimiza a chance de que eu venha a adoecer.

Sigo regando o coentrão, o nirá e o alecrim; seus aromas evocam nutrição. É um prazer imenso me alimentar dessa biodiversidade. Uma gota de suor escorre em meu rosto quente, enquanto percebo como a jardinagem transformou minha saúde física e mental. Uma terapia ocupacional poderosa! Um tempo ativo, longe das telas, faz-me sentir tão aterrada e revigorada. Usar um fitoterápico e ter uma melhora pontual na saúde é só a ponta do iceberg comparado a tudo que as plantas podem oferecer!

O termo *One Health* tem sido usado para designar uma proposta de transição para uma visão de saúde única, buscando de forma integrada a promoção da saúde de ecossistemas e pessoas (CBD SECRETARIAT, 2020). Esse caminho torna imperativo que abordagens múltiplas sejam compatibilizadas por meio de um pensar e fazer saúde de abordagem mais ampla, ecológica, holística, alinhando-se aos objetivos de desenvolvimento sustentável propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Agenda 2030 no Brasil.

Encontros entre diferentes conhecimentos por meio de abordagens participativas e integrativas abrem caminho para ecologias de saberes apoiadas nos conhecimentos e práticas que emergem das experiências e lutas pela dignidade e pela vida contra as diferentes formas de opressão. Existe inegável interrelação entre a luta contra os agrotóxicos e em defesa da agroecologia, a luta pela saúde de povos do campo, da floresta e das águas, a luta de quilombolas e comunidades periféricas urbanas, as iniciativas de educação popular em saúde e as Práticas Integrativas e Complementares (PIC). O diálogo potencializa a “ação coletiva para a libertação” (NUNES; LOUVISON, 2020, p. 11).

Em relação ao ato de dividir para conquistar, pode-se fazer também uma reflexão sobre a organização institucional que se apresenta para as PIC em saúde nos diferentes órgãos regulatórios ou entidades profissionais envolvidas com a temática. Usualmente, tais práticas são minuciosamente divididas e categorizadas, de modo que a defesa da Medicina Tradicional das Américas, ou da homeopatia, ou da Medicina Tradicional Chinesa, por exemplo, seja percebida de modo separado, e com essa divisão acaba-se por promover reforço a uma medicina dominante. Quanto mais se pulverize a totalidade, tanto mais se intensifica a alienação. E, quanto mais alienação, mais fácil dividir e manter a divisão, intensificando o modo focalista de (re)existência das PIC e dificultando aos seus praticantes a percepção crítica da realidade, mantendo-os ilhados e desconectados de diversas práticas e lutas que estão em relação dialética com a sua.

3.3 A manipulação

O terceiro componente da ação antidialógica é a **manipulação**. Quando os dominados emergem do esmagamento total, fazem-se necessárias e entram em jogo as práticas de manipulação. Esta é uma resposta que o opressor tem de dar às novas condições concretas do processo histórico, para evitar ameaça ao seu domínio (FREIRE, 1987).

Desde o final do século XX, o modelo biomédico desenvolve esforços para acomodar demandas emergentes, na busca de se manter perante a crise de legitimação que lhe afeta, desencadeando, assim, novas atitudes dos profissionais de saúde no relacionamento com o sujeito atendido (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2018). Nesse contexto, vêm se expandindo práticas como cuidado centrado no paciente, letramento em saúde ou tomada de decisão compartilhada com o paciente. Tais iniciativas certamente são bem-vindas, mas, sem criticidade, não são suficientes para que a população protagonize a própria saúde.

Sem uma reflexão mais profunda e política sobre esses esforços, pode-se perder de vista os objetivos almejados, acabando por manipular o paciente para considerar as prescrições em saúde como as únicas opções válidas, sem deslocar em nada a distribuição de poder entre profissionais e não profissionais de saúde. Afinal, como pode o paciente atuar significativamente em seu processo de cuidado juntamente com a equipe de saúde sem ser realmente legitimado para tal, sem ter recebido formação básica no campo da saúde e nem mesmo possuir o universo vocabular “apropriado” ao ambiente clínico?

O conceito de injustiça epistêmica faz-se útil na reflexão sobre as dificuldades para um cuidado realmente centrado no paciente. Esse termo diz respeito a “um tipo de injustiça que ocorre quando excluímos a contribuição de uma ou mais pessoas à produção, disseminação e manutenção do conhecimento” (SANTOS, 2017, p. 143). A comunicação entre profissional de saúde e paciente é habitualmente carregada de injustiça epistêmica.

Muitas vezes, o paciente, quando se expressa, tem seu sofrimento negado ou minimizado, mesmo que não intencionalmente, pelo profissional de saúde. Forças históricas e estruturais acabam por determinar o nível de legitimidade das várias formas de conhecimento, dificultando o diálogo nos ambientes de saúde. No treinamento biomédico, o conhecimento formal é privilegiado, elevado ao status de padrão-ouro, enquanto as histórias dos pacientes são vistas como ilógicas ou indignas. Elas não são percebidas como “medicamente relevantes”, levando à negligência de aspectos experienciais, psicossociais ou fatores contextuais que são críticos para o paciente

(THOMAS *et al.*, 2020). Por isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde recebam “letramento” sobre a realidade do paciente e sua forma de viver o adoecimento, explorando sua vivência como “experientes” e não “pacientes” em relação à sua própria situação de adoecimento (ANDRADE; MALUF, 2017).

Molho o hibisco, que antes era apenas uma planta ornamental para mim. Aprendi há pouco tempo a comer suas flores e folhas em saladas, o que me economizou algumas viagens ao sacolão e alguns trocados. Molhando o gengibre, observo que as beldroegas e dentes-de-leão estão novamente brotando espontaneamente no meio dele. Em outro momento, eu achava que isso era mato, “ervas-daninhas”, e arrancava sem dó. Mas agora uso essas plantas na alimentação e na fitoterapia. Lembro-me do dizer popular: quando a gente não conhece, toda planta é mato. Mas quando passamos a conhecê-las, todo mato é planta. Como profissional de saúde, vejo tanta gente que se sente impotente perante seus problemas de saúde. Às vezes o recurso para autocuidado pode estar brotando pertinho.

Imersa em meus pensamentos, já molhei tudo! Fecho a torneira, satisfeita. Colho alguns ramos floridos de lavanda e da arnica-da-horta, com seu aroma de mel, e os ajeto em um vaso cheio d'água. Entro em casa e posiciono o vaso triunfante sobre a mesa de centro da sala, enquanto penso no ditado popular: “se quer as coisas benfeitas, faça pessoalmente”. A saúde está imbricada no cotidiano, é um processo contínuo e ativo. A saúde e a vida cotidiana estão entrelaçadas continuamente pelas escolhas que fazemos a cada dia. Atitudes simples podem fazer muita diferença.

Pela janela, olho para as mudas de guaco recém-plantadas e percebo que em breve poderei preparar meu próprio xarope. Não irei mais comprar na farmácia! Mas me ocorre que desde que moro aqui não tive mais infecções respiratórias.

Para ilustrar esse ponto da manipulação, pode-se pensar também em PIC que encontram algum espaço, mesmo que subjugado, junto à medicina dominante. Os seus praticantes podem se considerar já privilegiados por essa inclusão e deixarem de perceber o objetivo maior e comum de descolonização da medicina. Esses praticantes, em sua ingenuidade, podem ocupar espaços políticos, liderar comissões e associações, porém, mantendo-se no domínio das formas paternalistas e sua extensão assistencialista. Assim, mesmo que ocorram divergências acidentais entre eles e grupos oligárquicos feridos em seus interesses, dificilmente virão à tona diferenças profundas (FREIRE, 1987).

A manipulação funciona como anestésico, distraindo as massas populares quanto às causas verdadeiras de seus problemas, bem como quanto à sua solução concreta. Assim, a população ou até mesmo os trabalhadores de saúde atuantes em diferentes PIC seguem fracionados em grupos de indivíduos, muitas vezes com a intenção de receber mais para si (FREIRE, 1987).

Considerando, a título de exemplo, as práticas elencadas na PNPIC brasileira de 2006 – que incluem fitoterapia, homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura,

crenoterapia e Medicina Antroposófica – pode-se ressaltar que a fitoterapia encontra um cenário privilegiado de aceitação pelos profissionais de saúde de formação convencional. Contrariamente ao dizer popular, a fitoterapia conforme definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) é uma prática alopática, e não homeopática. Isso favorece sua inserção na mesma racionalidade terapêutica para a qual os profissionais já estão capacitados, sendo possível apenas a substituição do insumo terapêutico ao final de uma consulta (CIMBLERIS; SACRAMENTO, 2014).

Diferentemente das demais práticas presentes na PNPIC, feitos os devidos investimentos financeiros, a fitoterapia pode seguir os mesmos mecanismos de comprovação utilizados pela medicina convencional para os testes de medicamentos. Porém, esse caminho só pode ser percorrido a partir do interesse de quem detém capital. Assim, interesses de mercado seguem sobrepondo-se imoralmente aos interesses radicalmente humanos (FREIRE, 2019).

Enquanto não se rompe com essa lógica, segue-se com a falsa impressão de que a população já tem acesso à fitoterapia nos sistemas de saúde oficiais. Ainda, restringindo a fitoterapia à sua faceta enquadrada pelos mecanismos biomédicos, amplia-se a chance de que essa PIC seja percebida como já contemplada, desde que se mantenha subjugada ao crivo da evidência científica como caminho único de existência. Assim, não se percorre o raciocínio mais amplo sobre a posição que a fitoterapia poderia ocupar a favor da sociedade a partir da adoção de uma perspectiva decolonial e integral da saúde.

Ensinando fitoterapia para pajés

Pernoitei longe de casa, em um sono leve, manejando minhas expectativas para as aulas que ofereço nessa semana como docente do Curso de Licenciatura Indígena. Bem cedinho, tomo café da manhã na minúscula pousada com Violeta, a monitora responsável por me acompanhar. O motorista do táxi agendado chama na rua, e já seguimos rumo à aldeia Maxakali. Um misto de ânimo e curiosidade se misturam com o frio na barriga. O táxi abarrotado de coisas, porta-malas e bancos lotados com as compras que fizemos ontem no supermercado e também nossos materiais didáticos. Inclinando-se para segurar as pastas que quase caem com o sacolejo da precária estrada de terra, Violeta comenta:

— Você sabia que dentre todas as etnias que atendemos no curso, só nas aldeias Maxakali trazemos esse exagero de compras? Não podemos trazer os insumos de alimentação e limpeza contados. Porque, assim que chegamos, eles imediatamente dividem os itens para todos os moradores, e acabamos ficando com a operação do curso prejudicada nos últimos dias...

— Que interessante este modo de vida solidário! — respondo. — Eu acho que conhecer essa aldeia vai ser uma experiência que vai me tirar muito da minha zona de conforto...

— *Com certeza! As aulas aqui fluem de modo bem peculiar — diz Violeta. — Os estudantes regulares do curso convidam toda a comunidade para as aulas. Tudo que acontece na aldeia ganha um status coletivo. Para suas aulas, que são sobre plantas medicinais, nossos estudantes convidaram diversos pajés para participar!*

— *Nossa, Violeta, imagina isso, eu dar aula sobre plantas medicinais para pajés! Isso me intimida muito mais do que dar aula sobre plantas medicinais para qualquer público erudito! — Violeta demonstra concordância fazendo o movimento de “sim” com a cabeça. — Eu sempre penso na resistência do povo Maxakali, que aqui está, mais de 500 anos após a chegada dos colonizadores, provando que existem outras formas muito reais de viver e cuidar da saúde. Essa diferença cultural relativiza a ciência na qual fomos treinadas na universidade. Faz com que a gente se sinta pequena e um bocado ingênuas!*

— *Com certeza, Ana. Essa história é milenar, eu respeito muito! É impressionante como os Maxakali conseguiram manter sua língua, e isso acabou por preservar seu modo de vida, baseado em uma rica tradição oral e cantos sagrados. Mas apesar de tanta capacidade de resistência, também carregam uma imensa vulnerabilidade. Nessa aldeia, temos uma situação social complicada... A Funai [Fundação Nacional do Índio] alocou essa comunidade indígena aqui há poucos anos, de modo emergencial, devido a conflitos na região onde eles se encontravam anteriormente. Não é um território ideal, pois era uma fazenda de gado, muito impactada ambientalmente. Em tempos antigos, quando ocorriam conflitos de natureza grave dentro dessa etnia, os povoados se dividiam por afinidade e buscavam novos locais para se estabelecer. Porém, hoje em dia não se tem para onde ir, pois toda terra é de alguém. Assim, o povo precisa aguardar anos de burocracias para efetivar sua prática política.*

— *Eu posso imaginar as consequências de se obrigar grupos dissidentes ao convívio... — reflito. — E a gente não fica nem sabendo! Nada aparece nas notícias! Eu nasci em Minas Gerais e nunca fiquei sabendo que tínhamos tantos povos indígenas aqui! Fiquei sabendo só quando comecei a dar aulas no curso de magistério para professores indígenas. Quando conheci o povo Maxakali pela primeira vez, eu não tinha nem noção da cultura desse povo.*

Outro ponto sobre o qual pode-se refletir em relação ao componente da manipulação no contexto da ação antidialógica aplicada à fitoterapia é a regulamentação para atuação de diferentes profissionais na temática. Tais debates costumam engendrar horizontes corporativistas com mais frequência do que horizontes da saúde individual e coletiva. Freire reforça a perspectiva de que os interesses humanos precisam ser tomados como superiores aos de “puros grupos ou classes de gente” (FREIRE, 2019, p. 98).

Médicos e médicos veterinários, prescritores por excelência, atuam como prescritores de fitoterápicos desde que essas profissões existem, apesar da redução desse tipo de prescrição a partir do advento da indústria farmacêutica moderna. Outras profissões tiveram sua atuação bastante modificada ao longo do tempo. Desde 2008, com o *boom* global do interesse na fitoterapia e os incrementos nas políticas públicas e regulamentações nacionais, os conselhos profissionais da área da saúde têm publicado novas resoluções a respeito da prescrição de fitoterápicos frequentemente. É o caso dos conselhos federais de

Farmácia (CFF, 2008, 2013), Nutrição (CFN, 2007, 2021), Fisioterapia (COFFITO, 2000, 2010), Odontologia (CFO, 2008a, 2008b, 2012) e Biomedicina (CFBM, 2020). Os terapeutas podem igualmente recomendar a seus pacientes o uso de fitoterápicos (BRASIL, 2002). Os enfermeiros (BRASIL, 1986, 2006a; COFEN, 1997), psicólogos (SOBRAPA, 2007) e terapeutas ocupacionais (COFFITO, 2001) também podem atuar como prescritores de fitoterápicos em algumas condições específicas. Ademais, a atuação profissional em fitoterapia não se restringe à prescrição, podendo estender-se a ações de educação em saúde, práticas ocupacionais de cultivo e outras (BRASIL, 2012a).

Porém, apesar do incentivo dos órgãos oficiais e conselhos profissionais, somado ao grande interesse da população brasileira, os currículos dos profissionais da área de saúde continuam não contando com a inclusão proporcional dos conteúdos da fitoterapia (BARRETO, 2015). Seria isso o resultado da falta de um projeto ou de um projeto em si? Freire discute largamente em sua obra a questão da elaboração de programas educativos, reforçando que “o problema fundamental, de natureza política e tocado por tintas ideológicas, é saber quem escolhe os conteúdos, a favor de quem e que estará o seu ensino, contra quem, a favor de que, contra que” (FREIRE, 2005a, p. 110).

Até hoje, muitos profissionais de saúde – assim como os não profissionais – ainda carregam a crença de que o uso das plantas medicinais é uma prática menos científica do que o uso dos medicamentos convencionais. Porém, o fato de que passar pelo crivo científico é vinculado ao interesse econômico é escamoteado. Os profissionais de saúde sabem que a maioria dos medicamentos modernos têm origem em produtos naturais, e acreditar que as plantas medicinais não apresentam eficácia ou segurança é reflexo direto de um mecanismo de manipulação. Corroborando com esse fato o dado de que 75% dos medicamentos aprovados para comercialização entre 1981 e 2010 possuem sua origem em produtos naturais (NEWMAN; CRAGG, 2020).

3.4 A invasão cultural

Por fim, o quarto componente da ação antidialógica é a **invasão cultural**, que é a penetração que fazem os invasores no contexto cultural dos invadidos, desrespeitando suas potencialidades e “impondo a estes sua visão do mundo, enquanto lhes freiam a criatividade, ao inibirem sua expansão” (FREIRE, 1987, p. 149).

Diversos povos nativos brasileiros, assim como imigrantes de diversas origens e tradições que se estabeleceram no Brasil, foram convencidos de que a biomedicina é a

melhor opção existente e abriram mão de suas formas de fazer saúde. “Uma condição básica ao êxito da invasão cultural é o convencimento por parte dos invadidos de sua inferioridade intrínseca” (FREIRE, 1987, p. 150).

A ação antidialógica, enquanto modalidade de ação cultural de caráter dominador, nem sempre é exercida deliberadamente. Muitas vezes os seus perpetradores são igualmente seres dominados, como exemplificado em relação a lideranças que representam as PIC de modo descolado de uma consciência ampliada do processo no qual se inserem. Dirigentes sem consciência de sua própria dominação podem acabar atuando como puras metástases das elites dirigentes maiores. O mesmo acontece com professores em cursos superiores de saúde, os conteúdos que repassam e até mesmo o formato de suas práticas de ensino (FREIRE, 1987). As universidades, hospitais ou Unidades Básicas de Saúde existem no tempo e no espaço e não escapam às influências das condições da realidade (im)posta. Acabam funcionando, em grande medida, como agências formadoras de futuros “invasores” que perpetuam as estruturas dominadoras (FREIRE, 1987). Os estudantes de saúde educados nesse arcabouço apresentam a tendência de, quando se fazem profissionais, seguirem os mesmos padrões rígidos em que se (de)formaram.

A formação técnico-científica não precisa ser antagônica à formação humanista. Com conscientização, ciência e tecnologia podem estar a serviço da libertação, proporcionando que profissionais de saúde superem seu estado de dominados e assumam o papel de sujeitos da história (FREIRE, 1987, 2019). Esse passo fortalece a assunção da condição de sujeitos da história também à população a que os profissionais de saúde servem.

— *Como foi este seu primeiro contato com os Maxakali, Ana?*

— *Foi uma aventura! Quando cheguei para dar a primeira aula, eu nem sabia que eles falavam outra língua! Mas de cara entendi que a língua não seria a única barreira para a comunicação... Minha sensação era de que o mundo que esse povo habitava era um mundo diferente do meu. A aula era sobre alimentação, e travamos logo no primeiro conceito: nutriente. Os Maxakali não têm um conceito correlato para a nossa noção de nutriente. Na cultura deles, o crescimento das crianças e a manutenção da saúde tem muito mais a ver com a vida espiritual e o cumprimento de rituais recomendados a cada fase da vida e em cada situação.*

Violeta ri e comenta:

— *É cada história, a gente precisava escrever mais sobre isso! Como vocês faziam, então, para trabalhar os conteúdos curriculares sem desconsiderar a cultura das pessoas?*

— *A pedagogia do curso propunha o respeito e diálogo entre as diferentes cosmovisões, o que me permitia trabalhar as explicações do “homem branco” para a*

saúde, nossas teorias, que se fizeram possíveis em um dado paradigma, em uma dada cultura.

— Parece uma ótima abordagem! — diz Violeta.

— A teoria era excelente, mas nem sempre era claro como agir. Por exemplo, quando fomos trabalhar as doenças parasitárias, questão de grande impacto nas aldeias indígenas mineiras. No caso dos Maxakali, focamos na esquistossomose, por sua alta prevalência. Mas quando fui tentar ensinar sobre os parasitas e seus ciclos, descobri que os estudantes não acreditavam em vida microscópica. Eles me explicaram que isso era apenas uma crença do homem branco, assim como eles acreditavam nos seus espíritos. Suas explicações para a esquistossomose eram outras, por exemplo, que as crianças ficavam barrigudas para acompanhar a gravidez de suas mães. Mas se eles não acreditavam nas minhas teorias, como eu poderia colaborar para que eles aprendessem as nossas formas de prevenir a doença?

— Realmente a forma deles explicarem a vida tira o nosso chão! — constata Violeta, levantando as sobrancelhas. — Eu acompanhei uma aula de agroecologia aqui nessa aldeia mesmo, e chamou-me atenção o fato de que os Maxakali não tinham conceito para natureza. Eles simplesmente não distinguem a si mesmos da natureza!

Na relação entre equipe de saúde e população, seja no ambiente clínico ou em ações de educação em saúde, devem ser considerados os saberes de experiência feitos ou a compreensão de mundo que cada um possui, jamais subestimando-os. A prática biomédica, assim como a educação bancária, em seu autoritarismo, costuma se sentir no direito de saber o que as pessoas precisam sem necessitar nem mesmo falar com elas. Pensam que o que os “leigos” já sabem é irrelevante. Por isso, sua tarefa consiste em depositar conhecimentos ou prescrições àquelas consciências supostamente vazias (FREIRE, 2005a). Porém, “subestimar a sabedoria que resulta necessariamente da experiência sociocultural é, ao mesmo tempo, um erro científico e a expressão inequívoca da presença de uma ideologia elitista” (FREIRE, 2005a, p. 85).

No campo da fitoterapia, isso é muito claro. Afinal, para chegar a “descobertas”, na etnobotânica, os conhecedores de plantas medicinais de diferentes origens são o pilar das informações que alavancam o avanço científico. As pesquisas se iniciam a partir das pistas do saber tradicional. No caso do Brasil, essa bagagem faz parte da vida dos descendentes de povos originários indígenas e também de imigrantes de diversos países, que trazem na oralidade suas práticas de sobrevivência e saúde por meio das plantas.

O conhecimento científico sobre plantas medicinais oriundas dos diversos biomas brasileiros é incipiente, considerando todo o arsenal terapêutico ainda subaproveitado. A sabedoria popular carrega possibilidades de tratamentos e curas inéditas para diversos agravos à saúde. Frequentemente, esses saberes são apropriados de modo extrativista, com coleta predatória das plantas e dos conhecimentos, ficando as comunidades muitas vezes em condição pior do que estavam antes da chegada dos pesquisadores. O quinto

relatório Panorama da Biodiversidade Global (CBD SECRETARIAT, 2020), publicado pela Convenção das Nações Unidas sobre a Diversidade Biológica, descreve que a taxa de perda de biodiversidade atual não tem precedentes na história, inclusive no Brasil.

A pressão desenvolvimentista segue acontecendo não apenas sobre o meio ambiente, mas também sobre os povos tradicionais e seus remanescentes, ampliando a tendência de que o conhecimento agregado às plantas nativas siga encolhendo e acabe desaparecendo junto com as próprias espécies medicinais, em perdas irreparáveis. Destaca-se, ainda, que as comunidades que utilizam e zelam por essas espécies precisam ter direito a continuar vivendo e praticando seus saberes de seu próprio modo, e não apenas perante à outorga e ao valor conferido pelo capital ou pela pesquisa biomédica. Os opressores ainda não se atentaram ao fato de que a conservação da natureza pelos povos tradicionais não diz respeito apenas aos seus próprios interesses, mas sim ao interesse de toda a humanidade.

O motorista interrompe a conversa, anunciando:

— Chegamos!

Abro a porta do carro já em atitude etnográfica. O cheiro de fumaça me chama a perceber os remanescentes de uma fogueira. Observo as residências, feitas de madeiras rústicas. As casas não têm paredes, mas sim ripados de madeira. Parecem-se mais com cercas do que com paredes, de modo que a paisagem agrega a vida íntima das famílias e a vida coletiva.

Davi, um dos estudantes do curso, vem nos receber assim que avista o carro chegando. Ele usa uma bermuda e camisa do Flamengo. Sorrio me lembrando que ele me explicou que toda a aldeia torcia para esse time, pois as suas cores são as mesmas da sagrada cobra coral. Sua esposa Liz vem ao seu lado, em seu vestido tradicional Maxakali. Em todas as aulas da universidade, ela também sempre está com esse modelo de vestido, em cores e texturas diversificadas. Inicialmente, ela vinha à universidade para acompanhar seu marido. Depois acabou virando estudante do curso também, apesar de que mulheres Maxakali não costumam falar o português.

Crianças, todas completamente sem roupa, aglomeram-se rapidamente ao nosso redor, em grandes números. Eu estou com casaco grosso, mas sentindo ainda um friozinho, e me pergunto se as crianças não estão com frio. As crianças não falam nada do português, assim como a maioria das mulheres, mas trocamos sorrisos e acolhimentos com a linguagem corporal. Os Maxakali são um povo de risada fácil, e relaxo totalmente quando a brincadeira começa. Enquanto tiramos os mantimentos do táxi, vêm outros moradores da aldeia para ajudar. Como Violeta advertiu, percebo que eles já estão abrindo todas as embalagens e distribuindo os itens.

É fato que a ciência moderna vem confirmando cada vez mais a “exatidão de achados do saber popular” (FREIRE, 2005a, p. 135). Sendo assim, é politicamente importante que povos indígenas, camponeses, dentre outros, tomem conhecimento do fato que seus saberes estão sendo comprovados pelos mecanismos científicos. Essa

constatação atua sobre o mecanismo da invasão cultural, desencadeando nas pessoas “confiança em si mesmas tão indispensável à sua luta por um mundo melhor” (FREIRE, 2005a, p. 135). Quanto mais os oprimidos vejam os opressores como portadores de um poder insuperável, tanto menos acreditam em si mesmos. Os conhecimentos populares e científicos não precisam ser dicotomizados, e podem atuar como parceiros em construção dialógica (FREIRE, 2005a, 2021). Mas estabelecer respeito e parceria entre eles não é tarefa fácil, tratando-se de processo continuamente provisório (FREIRE, 2005a).

A multiculturalidade não se constitui na justaposição de culturas, muito menos no poder exacerbado de uma sobre as outras, mas na liberdade *conquistada*, no direito *assegurado* de mover-se cada cultura no respeito uma da outra, correndo risco livremente de ser diferente, sem medo de ser diferente, de ser cada uma “para si”, somente como se faz possível crescerem juntas e não na experiência da tensão permanente, provocada pelo todo-poderosismo de uma sobre as demais, proibidas de ser (FREIRE, 2005a, p. 156).

Como poderia se dar essa construção coletiva e democrática no campo da fitoterapia, no campo da saúde? Qual ensino e qual pesquisa almeja-se? Quais são as ações regulatórias necessárias? A adoção de um modelo multicultural implica em vontade política, mobilização e organização de cada grupo cultural com vistas a fins comuns, demandando uma nova ética fundada no respeito às diferenças (FREIRE, 2005a). Trata-se de uma possibilidade que propõe a aceitação de contradições convivendo harmonicamente, como proposto pela teoria da complexidade (MORIN, 2005).

— *Vamos iniciar hoje mesmo as aulas — declaro, animada, feliz por estar aqui.*

— *Vamos juntar o pessoal! — Davi responde, reforçando. — Os pajés estão animados!*

Chegou um outro estudante do curso, Miguel, a quem cumprimentei calorosamente. Pedi sua ajuda para traduzir o que eu falava para o resto do grupo.

— *Baí⁴! — faço questão de usar o simpático cumprimento, que aprendi com meus estudantes. — Alguns aqui ainda não me conhecem. Eu sou Ana.*

— *Baí! Muito bom estar de volta! — diz Violeta.*

— *Baí! — responde o grupo, mais ou menos em uníssono.*

Eu continuo a explicar:

— *Estou aqui para trocar conhecimentos sobre as plantas medicinais. Meus saberes, eu adquiri a partir dos livros, do conhecimento da ciência, e venho praticando também em mim e em minha família. Fico muito humilde frente a todo o conhecimento que vocês têm! Nesse assunto, vocês que são os maiores professores, especialmente os mais velhos e os pajés.*

Miguel faz a tradução. Um senhor idoso responde em Maxakali, e Miguel nos esclarece:

⁴ Termo da língua Maxakali usado para cumprimentos e despedidas, que também é empregado como uma expressão positiva, de aprovação.

— *O uso das plantas dos tikmû'ûm – Maxakali – já sabemos. Queremos saber qual é o entendimento dos ãyuhuk – brancos – para o funcionamento das plantas e dos remédios.*

Alegro-me por termos nivelado logo de início a intenção de troca intercultural. Miguel faz um breve resumo sobre algumas questões de saúde na aldeia, em português:

— *Contamos com uma equipe do SUS que de vez em quando nos visita. Na terra indígena anterior, também tínhamos acesso ao centro de saúde e ao hospital. Muitas recomendações dos médicos fazem mais mal do que bem ao nosso povo, e eles não tem interesse em entender a nossa forma de viver. Hoje em dia, temos muito mais problemas de saúde do que antigamente. Nossos partos eram feitos na aldeia, e as mulheres recuperavam a saúde e o vigor completamente com nossos cuidados. Agora, às vezes elas ficam tempos longos no hospital e nunca se recuperam totalmente. Mas lá, comem o que não deviam comer, se deitam em camas altas que prejudicam a recuperação... Da cidade veio também a bebida, que tem acabado com nosso povo! Não tem mata para tirar os alimentos mais, e precisamos das cestas básicas... Na escola, ensinamos para as crianças nossa cultura, e é importante entendermos mais sobre como os brancos pensam também, para podermos conversar. Quem dera eles fizessem o mesmo, tentassem entender os nossos modos!*

Eu e Violeta demonstramos com nossa linguagem corporal nosso entendimento dos problemas apresentados. Em seguida, ele começou a falar em Maxakali, mas foi tão rápido que cheguei à conclusão de que ele apenas resumiu o discurso para a comunidade local, que já conhecia bem esses problemas. E eu segui falando:

— *Realmente, nem todos os profissionais de saúde conseguem entender que vocês têm um modo próprio para se cuidar, e muitas vezes não têm o respeito que deveriam. Nós vamos conversar mais sobre isso durante a semana. Para essa manhã, se vocês concordarem, pensamos em fazer uma caminhada aqui na aldeia e falar sobre as plantas que encontramos.*

Após a tradução do meu convite, eles começaram a se organizar para a atividade. Ficaram principalmente homens, sendo alguns deles pajés, e poucas mulheres. Fizemos uma roda de apresentação, com direito a tradução simultânea, e já partimos para a caminhada.

Considerando os mecanismos da invasão cultural e a atuação de profissionais de saúde que prescrevem o que a população “leiga” deve fazer, pode-se traçar um paralelo com as repetidas menções ao termo **prescrição** na obra de Freire. Ele destaca que “um dos elementos básicos na mediação opressores-oprimidos é a prescrição”, sendo toda prescrição a imposição da opção de uma consciência a outra (FREIRE, 1987, p. 34).

Esta é a razão pela qual, submetidos a condições concretas de opressão em que se alienam, transformados em “seres para outro” do falso “ser para si” de quem dependem, os homens também já não se desenvolvem autenticamente. É que, assim roubados na sua decisão, que se encontra no ser dominador, seguem suas prescrições (FREIRE, 1987, p. 159).

Nesse sentido, o paciente acaba por aceitar e tomar como suas as práticas da biomedicina, desconsiderando outras formas de saber e fazer saúde. Imerso em mitos criados por forças sociais poderosas, acaba por se minimizar como objeto, ao invés de se afirmar como sujeito, mesmo que acredite ser livre (FREIRE, 2005b).

A capacidade de rejeitar prescrições envolve uma inserção do homem na sua problemática e a sua capacidade de optar, representando grande ameaça aos opressores (FREIRE, 2005b). Segundo Ilich (1975), a soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias dentro da concepção biomédica em verdade reduz o nível de saúde da sociedade como um todo, pois reduz a autonomia da população. A crença por parte das pessoas de que não podem enfrentar a doença sem uma medicina moderna causa prejuízo à sua saúde, reafirmando a impotência do indivíduo e da comunidade para o cuidado.

Referindo-se ao processo propiciado pela civilização industrial de ruptura das pessoas com sua própria cultura, Freire usa o termo “desenraizamento”, metáfora muito pertinente quando falamos da fitoterapia. Faz-se necessário resistir a essa lógica, discutindo corajosamente a problemática da qual se faz parte, em um ato de rebeldia, que se contrapõe à outra opção: a de “ser levado e arrastado à perdição de seu próprio ‘eu’, submetido às prescrições alheias” (FREIRE, 2005b, p. 98).

Eu e Violeta, com nossas calças jeans, bonés, protetores solares, botas, pochetes, garrafas d’água, máquinas fotográficas, caderninhos. As mulheres indígenas, com seus vestidos tradicionais. Os homens indígenas, de bermuda, alguns com e outros sem camisa. Os indígenas calçam chinelos ou estão de pés descalços. Um deles traz um facão, para coletar partes das plantas.

Durante a caminhada, os Maxakali mostram suas plantas e falam para que as utilizam. Os usos das plantas para saúde, artesanato, construção, religião, todos são tratados com o mesmo nível de importância e seriedade. Com sua cultura caçadora-coletora, a vida dessa comunidade é intimamente ligada ao uso dos recursos naturais. Eu também compartilho o conhecimento que tenho sobre as espécies encontradas. Um senhor Maxakali, após me mostrar como retirar a fibra da imbaúba para fazer bolsas e redes, começa a falar efusivamente na língua Maxakali. Um dos nossos estudantes foi fazendo a tradução.

— Nos mudamos há poucos anos para esta nova terra e acabamos perdendo acesso a muitas espécies importantíssimas para nossas necessidades, nossos rituais. Para algumas plantas, já estamos encontrando substituições. Porém, não conhecemos todas as espécies aqui da região. Esta área sofreu muito com pastagem extensiva, e as poucas áreas de mata disponíveis são jovens e ainda não estão bem desenvolvidas, como esta aqui onde estamos.

Ao ouvir essa realidade, fico constrangida, consciente da minha brancura. Minha família mista tem um pouco de tudo... Colonizadores, povos tradicionais, refugiados... Uma origem pouco rastreável, do brasileiro típico. Mas sinto que aos seus olhos, eu era apenas branca e representava uma única história, que era a da colonização.

Outro senhor completa a fala, em Maxakali, e nosso estudante prontamente nos explica:

— Além da perda das plantas, para nosso povo, ao trocar de lugar, perdemos a proteção e o contato com nossos ancestrais.

Incapaz de dimensionar essa perda, fico pensando no valor dos saberes de tradição oral, necessários para seu modo de vida, agora irrecuperáveis. Saberes que foram repassados por gerações há centenas ou milhares de anos e que agora não podem

mais ser praticados, condenados a desaparecer. Qual seria o valor dessas práticas para os governos? Como as políticas públicas não priorizavam esse patrimônio cultural? Tristeza e revolta se instalam em meu corpo. Engulo esses sentimentos para depois e seguimos a caminhada. A cada espécie encontrada nessa expedição é uma parada, uma troca bilingue, uma demonstração. Muitas das espécies conhecemos para a mesma finalidade, enquanto outras conhecemos para finalidades totalmente diferentes.

Chegamos em um curso d'água. Lavaram-se mãos, rostos, bebeu-se água. O pajé nos convida a formar uma roda e entoou um canto tradicional Maxakali. Na língua e na prática Maxakali, uma mesma palavra designa canto e espírito. Eu não sei quais palavras estão sendo ditas no sonoro canto, mas não preciso. A conexão com aquele veio d'água, com a natureza e com a humanidade não separada da natureza é simplesmente vivida neste momento.

Na caminhada de volta, sinto-me irmanada àquele grupo: compreendo, enfim, que somos um só povo.

Freire (2005a, p. 185) relata experiência “autoetnográfica” semelhante com povos nativos em Fiji, descrevendo sua comunhão com as diferentes expressões de vida que “não era apenas a de homens e de mulheres e de deuses e ancestrais”. Em suas palavras, o universo de tal comunhão “abrange as árvores, os bichos, os pássaros, a terra mesma, os rios, os mares. A vida em plenitude” (FREIRE, 2005a, p. 185). Com essa última aproximação entre as experiências e reflexões das autoras deste artigo e aquelas de Paulo Freire, fecha-se esta sessão de resultados e discussão.

4 Limitações

Esta pesquisa foi parte integrante de uma tese de doutorado, o que limitou a 24 meses o tempo disponível para as etapas de coleta, análise e interpretação de dados, assim como a escrita dos resultados. A possibilidade de continuidade do estudo por um período mais longo permitiria maior aprofundamento na produção de conhecimentos.

5 Considerações finais

Este artigo partiu de experiências de vida e trabalho reais para construir um paralelo entre a situação da fitoterapia no Brasil contemporâneo e a teoria da ação antidialógica, apontando aspectos socioculturais que influenciam tal prática e delineando uma problematização decolonial que contribui para uma análise crítica sobre a temática.

Algumas razões para a baixa expressividade da fitoterapia no sistema oficial de saúde brasileiro foram discutidas e conectadas a questões sociais mais amplas, considerando que a atual realidade é socialmente construída e não deve jamais ser

percebida como a única possibilidade. Assim, este artigo denuncia uma situação-limite, que contém em si a semente do inédito-viável a ser buscado.

Enquanto a problemática da fitoterapia for percebida apenas por um prisma técnico, seguir-se-á buscando mais avanços tecnológicos e regulatórios. Porém, a partir da discussão apresentada neste artigo, fica claro que incrementos técnicos, apesar de relevantes, não serão suficientes para superar a situação-limite vigente. Para o aproveitamento do pleno potencial da fitoterapia no Brasil, faz-se necessário o estabelecimento de uma práxis crítica que considere a complexidade da questão.

Essa práxis deve ser baseada na valorização da Medicina Tradicional Brasileira, incluindo seu registro sistemático e a adoção de modelos de repartição de benefícios realmente justos para as comunidades detentoras de tais saberes. Como ponto prioritário, tal justiça implica na possibilidade da permanência das pessoas nos territórios onde esses conhecimentos podem ser praticados, preservando seu acesso à biodiversidade. Afinal, essa é a fundação para a inclusão da Fitoterapia Brasileira no sistema oficial de saúde do país e que permitirá futuramente sua expansão para benefício também da comunidade internacional.

Faz-se indispensável o redesenho de currículos nos diferentes níveis de educação, especialmente de profissionais de saúde, para agregar mais e melhores conteúdos sobre os povos tradicionais nativos e seus saberes, em uma perspectiva decolonial. Divulgação sobre a temática nos distintos meios de comunicação é igualmente relevante.

Por seus benefícios, inclusive já reconhecidos pelo governo nacional, as PIC podem e devem ser fortalecidas. Trazer outros tipos de saberes para dentro das instituições de ensino, pesquisa e saúde é premente, sempre reforçando que são conhecimentos produzidos e validados em lógicas distintas da eurocentrada, mas nem por isso ontologicamente inferiores. Educação sobre injustiça epistêmica e sobre acolhimento adequado da experiência dos pacientes também se faz necessária, assim como a reorganização estrutural do sistema de saúde, a fim de que seja possível a transformação de prescrições impostas em relações dialógicas entre profissionais e pacientes.

Conhecimentos científicos e populares podem atuar como parceiros, e intercâmbios entre eles devem ser promovidos, incluindo-se aqui as diversas PIC, com vistas aos interesses maiores da saúde individual e coletiva, e não a interesses corporativistas. Para tal, ações de saúde precisam ser construídas e executadas em uma perspectiva integral ao invés de organizadas a partir da lógica centrada nas doenças. Não é plausível pensar na saúde da humanidade sem considerar a saúde dos ecossistemas.

Nesse redesenho, são necessários mais estudos nos campos de história, sociologia e política aplicadas à saúde e, mais especificamente, ao campo da fitoterapia.

Esperança-se – no sentido crítico de esperança afirmado por Freire ao longo de toda sua obra – que este artigo seja mais um passo no sentido do engendramento de possibilidades de ruptura com a atual situação de opressão e da construção de um projeto de saúde amplo, ecológico e socialmente mais justo.

Agradecimentos

À Capes, pela concessão de bolsa de estudo. À estimada colega Paula Morais, pelo compartilhamento de experiências, *in memoriam*.

Referências

ANDRADE, A. P. M. de; MALUF, S. W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-284, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jbgMrqrv4jHQKqdqH8LKF5c/?lang=pt>. Acesso em: 7 jun. 2023.

BARRETO, B. B. **Fitoterapia como conteúdo nos cursos de graduação da área da saúde: importância para a formação profissional**. 2015. 150 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18613/1/2015_BenilsonBelotiBarreto.pdf. Acesso em: 7 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, p. 9.273, 26 jun. 1986.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 397, de 9 de outubro de 2002**. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 9 out. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 29 mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 4 maio 2006b.

BRASIL. **Práticas Integrativas e Complementares: Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 31).

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.612, de 13 de abril de 2012**. Declara o educador Paulo Freire Patrono da Educação Brasileira. Diário Oficial da União: Brasília, DF, p. 1, 16 abr. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 28 mar. 2017.

BRASIL. **Consolidado de normas de registro e notificação de fitoterápicos**. Brasília, DF: GMESP; GGEMD; Anvisa, 2018.

CBD SECRETARIAT. **Global Biodiversity Outlook 5**. Montreal: Secretariat of the Convention on Biological Diversity, 2020.

CHANG, H. Autoethnography in Health Research: Growing Pains? **Qualitative Health Research**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 443-451, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732315627432>. Acesso em: 7 jun. 2023.

CIMBLERIS, A.; SACRAMENTO, H. T. Fitoterapia e Plantas Medicinais. In: MINAS GERAIS. **Caderno de práticas integrativas e complementares do SUS/MG: apoiadores, experiências e conceitos**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2014. p. 60-65.

CFBM. **Resolução nº 327, de 3 de setembro de 2020**. Dispõe sobre a atividade do Profissional Biomédico nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, seção 1, p. 243, 5 out. 2020.

COFEN. **Resolução nº 197, de 19 de março de 1997**. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 24 mar. 1997.

CFR. **Resolução nº 477, de 28 de maio de 2008**. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito das plantas medicinais e fitoterápicos e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2 jun. 2008.

CFR. **Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013**. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 set. 2013.

COFFITO. **Resolução nº 219, de 14 de dezembro de 2000**. Dispõe sobre o reconhecimento da Acupuntura como Especialidade do Fisioterapeuta. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 27 dez. 2000.

COFFITO. **Resolução nº 221, de 23 de maio de 2001**. Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, n. 108, seção 1, p. 46, 5 jun. 2001.

COFFITO. **Resolução nº 380, de 11 de novembro de 2010**. Regulamenta o uso pelo Fisioterapeuta das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, n. 216, seção 1, p. 120, 11 nov. 2010.

CFN. **Resolução nº 402, de 30 de julho de 2007**. Regulamenta a prescrição fitoterápica pelo nutricionista de plantas *in natura* frescas, ou como droga vegetal nas suas diferentes formas farmacêuticas, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, n. 150, seção 1, p. 121, 6 ago. 2007.

CFN. **Resolução nº 680, de 19 de janeiro de 2021**. Regulamenta a prática da fitoterapia pelo nutricionista e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, n. 13, seção 1, p. 78, 20 jan. 2021.

CFO. **Resolução nº 82, de 25 de setembro de 2008**. Reconhece e regulamenta o uso pelo cirurgião-dentista de práticas integrativas e complementares à saúde bucal. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1 out. 2008a.

CFO. **Decisão nº 45, de 8 de dezembro de 2008**. Baixa normas complementares para habilitação nas Práticas Integrativas e Complementares à Saúde Bucal regulamentada pela Resolução CFO-82/2008, de 1º de outubro de 2008. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 8 dez. 2008b.

CFO. **Resolução nº 114, de 10 de fevereiro de 2012**. Normatiza os cursos de especialização e de práticas integrativas e complementares à saúde bucal, à distância. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 15 fev. 2012.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. de. Cuidados em saúde: sociabilidades cuidadoras e subjetividades emancipadoras. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 30, e177179, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J4fY6BT65CQ93w65ghY7vSs/?lang=pt>. Acesso em: 7 jun. 2023.

DENZIN, N. K. Critical Qualitative Inquiry. **Qualitative Inquiry**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 8-16, 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077800416681864>. Acesso em: 7 jun. 2023.

DENZIN, N. K. **Performance Autoethnography: Critical Pedagogy and the Politics of Culture**. 2. ed. Londres; Nova York: Routledge, 2018.

ELLIS, C. **The Ethnographic I: a Methodological Novel about Autoethnography**. Walnut Creek: AltaMira Press, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 38. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005a.

FREIRE, P. **Educação Como Prática da Liberdade**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005b.

FREIRE, P. **À Sombra Desta Mangueira**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 68. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2019.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2020.

FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LE ROUX, C. S. Exploring rigour in autoethnographic research. **International Journal of Social Research Methodology**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 195-207, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13645579.2016.1140965>. Acesso em: 7 jun. 2023.

LOPES, A. M. P. Promoção da saúde no processo de democratização brasileiro: biopolíticas e constituição de sujeitos da saúde. **Fractal – Revista de Psicologia**, Niterói, v. 31, n. 3, p. 283-291, set./dez. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5509>. Acesso em: 7 jun. 2023.

MAIA, A. C. P.; PAIVA, P.C.B.; FERREIRA, E. da C.; PEREIRA, R.F.P. de L.; BELARMINO, N.A.L. da A.; NUNES; G.M.; ALVES, C.A.B.; LUCENA, R.F.P. A fitoterapia sob a ótica dos profissionais de saúde no Brasil nos últimos 10 anos. **Gaia Scientia**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 658-670, dez. 2016.

MINAYO, M. C. de S. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 31-39.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 631-635, jul./ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/SHXzNcpH8nxwKZ8GjQ5cc6c/?lang=pt>. Acesso em: 7 jun. 2023.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

NEWMAN, D. J.; CRAGG, G. M. Natural Products as Sources of New Drugs over the Nearly Four Decades from 01/1981 to 09/2019. **Journal of Natural Products**, [s. l.], v. 83, n. 3, p. 770-803, mar. 2020. Disponível em: <https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acs.jnatprod.9b01285>. Acesso em: 7 jun. 2023.

NUNES, J. A.; LOUVISON, M. Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8XdsBw8dwhVQfr7B4ccBvVH/?lang=pt>. Acesso em: 7 jun. 2023.

RAIMONDI, G. A.; MOREIRA, C; BRILHANTE, A.V.; BARROS, N.F. de. A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros método+lógicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QpHzDBkR6cLpWjttVfxm7LP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jun. 2023.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Overview and Prospect of Autoethnography in Pharmacy Education and Practice. **American Journal of Pharmaceutical Education**, [s. l.], v. 84, n. 1, p. 156-165, jan. 2020. Disponível em: <https://www.ajpe.org/content/84/1/7127>. Acesso em: 7 jun. 2023.

SANTOS, B. de S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 79, p. 71-94, nov. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/ytPjkXXYbTRxnJ7THFDbrgc/?lang=pt>. Acesso em: 7 jun. 2023.

SANTOS, B. R. G. Injustiças epistêmicas, Dominação e Virtudes. In: MÜLLER, F. de M.; ETCHEVERRY, K. M. (org.). **Ensaio sobre epistemologia do testemunho**. Porto Alegre: Fi, 2017. p. 143-172.

SOBRAPA. **Resolução nº 1, de 25 de abril de 2007**. Institui o Plano de Trabalho para execução da certificação da especialização em Acupuntura do profissional psicólogo pela Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura - SOBRAPA. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 25 abr. 2007.

THOMAS, A.; KUPER, A.; CHIN-YEE, B. PARK, M. What is “shared” in shared decision-making? Philosophical perspectives, epistemic justice, and implications for health professions education. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 409-418, abr. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.13370>. Acesso em: 7 jun. 2023.

WHO. **Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata, USSR: World Health Organization, 1978.

WHO. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra: World Health Organization, 2002.

WHO. **WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023**. Genebra: World Health Organization, 2013.

Recebido em: 30 de janeiro de 2023.

Aceito em: 14 de agosto de 2023.