

Cadê a nossa fitoterapia tradicional brasileira? Uma escrevivência autoetnográfica sobre saberes tradicionais, racismo e colonialidades

Where is our traditional Brazilian phytotherapy? An autoethnographic
escrevivência about on traditional knowledge, racism, and colonialities

Jéssica Aline Silva Soares

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Medicamentos em
Assistência pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas
Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil;
E-mail: jessicaalinefarm.fitoterapia@gmail.com; ORCID: 0000-0002-7311-
6122

Simone de Araújo Medina Mendonça

Professora adjunta vinculada ao Departamento de Farmácia Social da
Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais,
orientadora de mestrado e doutorado no Programa de Pós-Graduação em
Medicamentos em Assistência da mesma instituição, Belo Horizonte, MG,
Brasil;
E-mail: simoneamm@ufmg.br; ORCID: 0000-0001-5792-0682

Djenane Ramalho-de-Oliveira

Professora Titular do Departamento de Farmácia Social da Faculdade de
Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais; Fundadora e
coordenadora do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF-
UFMG); Orientadora no Programa de Pós-graduação em Medicamentos e
Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo
Horizonte, MG, Brasil;
E-mail: djenane.oliveira@gmail.com; ORCID: 0000-0002-5548-8184

Contribuição dos autores: JASS
contribuiu para o
delineamento do estudo, a
coleta e análise dos dados,
escrita e revisão final do
manuscrito. SAMM e DRO
contribuíram com a elaboração
do projeto de pesquisa,
revisão final do manuscrito e
apoio na construção do artigo.
Todas se responsabilizam pelo
conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os
autores declaram não possuir
conflito de interesses.

Fontes de financiamento:
Próprio.

Recebido em: 16/12/2024

Aprovado em: 16/07/2025

Editor responsável: Frederico
Viana Machado

Resumo: Nas últimas décadas, observam-se políticas públicas e ações que visam atender à demanda crescente da população brasileira por plantas medicinais. Contudo, o alcance dos objetivos dessas políticas e a efetivação do atendimento às necessidades, no que tange aos usos e práticas de plantas medicinais, ainda se mostram distantes. Este estudo qualitativo emprega a autoetnografia, utilizando o referencial teórico da *escrevivência* de Conceição Evaristo, e tem como objetivo compreender o processo de invisibilização da fitoterapia tradicional brasileira. A autora principal, uma mulher negra, farmacêutica e neta de raizeira, utiliza suas memórias e experiências para refletir sobre o silenciamento e a cooptação dos saberes sobre a biodiversidade brasileira. Os resultados são apresentados narrativamente e analisados sob a ótica da teoria decolonial e do pensamento feminista negro. As análises demonstram que as políticas públicas e práticas atuais em fitoterapia, embora busquem atender à demanda por plantas medicinais, perpetuam uma lógica hierárquica que subordina os saberes tradicionais e populares aos conhecimentos técnico-científicos ocidentais. São discutidas as manifestações das colonialidades do saber, de gênero, do ser e do poder, evidenciando como o racismo e a ciência ocidental operam na desqualificação e apropriação desses conhecimentos. Com este trabalho, propõe-se um caminho para a compreensão da negação, da falta de estruturação, da defesa da fitoterapia tradicional brasileira, e para a decolonização dos saberes em saúde.

Palavras-chave: Racismo; Colonialismo; Plantas medicinais; Pesquisa qualitativa.

Abstract: In recent decades, public policies and initiatives have emerged in Brazil to address the growing demand for medicinal plants. However, the full achievement of these policies' objectives and the effective fulfillment of needs regarding the uses and practices of medicinal plants remain distant. This qualitative study employs autoethnography, drawing upon Conceição Evaristo's theoretical framework of *escrevivência* (writing from lived experience), with the aim of understanding the process of invisibilization of traditional Brazilian phytotherapy. The lead author, a Black woman, pharmacist, and granddaughter of a traditional herbalist (*raizeira*), utilizes her memories and experiences to reflect on the silencing and co-optation of knowledge concerning Brazilian biodiversity. The findings are presented

narratively and analyzed through the lenses of decolonial theory and Black feminist thought. The analyses demonstrate that current public policies and practices in phytotherapy, while aiming to meet the demand for medicinal plants, perpetuate a hierarchical logic that subordinates traditional and popular knowledge to Western technical-scientific understandings. The manifestations of colonialities of knowledge, gender, being, and power are discussed, highlighting how racism and Western science operate in the disqualification and appropriation of this knowledge. This work proposes a path toward understanding the denial, lack of structuring, and defense of traditional Brazilian phytotherapy, and toward the decolonization of health knowledge.

Keywords: Racism; Colonialism; Medicinal herbs; Qualitative research.

INTRODUÇÃO

É possível pensar em outros modelos e formas de cuidado em saúde? Seria viável um diálogo e coexistência entre práticas ancestrais e ocidentais, em que a última não hierarquize ou suprima a primeira? Como podemos refletir, conceber e implementar práticas profissionais e políticas públicas, além de cuidados em saúde baseados na fitoterapia tradicional brasileira? Quais caminhos podemos trilhar para defender e promover uma fitoterapia que não reproduza práticas coloniais? As perguntas apresentadas emergem da dissertação "EJÉ MI JÍŞÉ: uma escrituragem afrodiáspórica decolonial e autoetnográfica de uma neta de raizera". Nessa pesquisa é realizada uma reflexão sobre o processo histórico e político de apagamento, inferiorização e dizimação das práticas e conhecimentos da fitoterapia tradicional brasileira, evidenciando a importância de resgatar e valorizar esses saberes ancestrais¹.

Mesmo com todos os processos, em certa medida, de apagamento, invisibilização e inferiorização, as práticas e usos envolvendo as plantas medicinais no Brasil resistem, se traduzindo em números e indicadores em saúde. Esta demanda social no Sistema Único de Saúde (SUS) impulsionou o desenvolvimento de políticas públicas, moldando e direcionando práticas profissionais e de mercado. Segundo dados do Ministério da Saúde², cerca de 82% da população brasileira faz uso de preparações à base de plantas medicinais.

A fitoterapia na saúde pública brasileira teve seu início na década de 1980 a partir de municípios que foram pioneiros em sua implementação. Essa iniciativa ocorreu tanto de forma autônoma quanto integrada ao Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da antiga Ceme (Central de Medicamentos), a primeira política nacional do Ministério da Saúde, vigente oficialmente de 1982 a 1997, com maior concentração de ações na década de 1980³.

Após a criação do SUS pela Constituição de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990)⁴, houve um crescimento no número de programas municipais de fitoterapia nos anos 1990. Esse aumento se intensificou a partir de 2006, com o lançamento da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) do Ministério da Saúde. A criação do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e de seu Comitê Nacional Gestor em 2008 impulsionou ainda mais essa tentativa de valorização⁵⁻⁸.

Desde então, plantas medicinais e fitoterápicos ganharam destaque na política nacional de saúde, resultando em mais investimentos e fortalecimento dos programas no SUS. Neste sentido, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem regulamentado a prática da fitoterapia em suas diversas dimensões de vigilância e garantia da qualidade de produtos à base de plantas⁹. No contexto do fortalecimento da fitoterapia popular, destaca-se a publicação da portaria 886/2010¹⁰, que versa sobre a implementação de Farmácias Vivas no SUS.

No âmbito da construção dessas políticas públicas, a fitoterapia é compreendida como uma modalidade terapêutica inserida nas Práticas Integrativas e Complementares (PICs). É definida como "a terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal"^{2:49}.

Apesar de todo este desenvolvimento, o cumprimento dos objetivos destas políticas públicas, e do atendimento das reais necessidades da população brasileira referentes aos usos e práticas envolvendo as plantas medicinais, está distante da prática. A efetivação de ações que possibilitem acesso

adequado, uso seguro e responsável de plantas medicinais e fitoterápicos enfrenta múltiplos desafios. Dentre eles, destacam-se a carência de profissionais de saúde habilitados para o manejo dessa terapêutica, a descontinuidade de programas, a predominância de ações verticalizadas, a insuficiência de recursos financeiros, a rigidez normativa e a ausência de regulamentação e normatização mais apropriadas e sensíveis às particularidades regionais e locais dos programas de fitoterapia⁵. No âmbito do aspecto cultural e como fenômeno social, há uma grande lacuna na compreensão das dimensões culturais, políticas e históricas da população brasileira com o uso de plantas medicinais e práticas de cuidados em saúde que envolvem a biodiversidade^{1,2,5}. Esta compreensão dos elementos é fundamental, além de estratégica, para o alcance dos objetivos das políticas anteriormente citadas.

Diante deste contexto, quero contar uma história que vem de uma vivência. História autobiográfica que se apresentará como resultado, norteando a discussão a partir dos questionamentos realizados no início desta seção. Nesta pesquisa autoetnográfica, que emprega o aporte teórico para escrita de si, isto é, a escrevivência segundo Conceição Evaristo, convido o leitor a adentrar e refletir comigo a partir da autoetnografia das minhas escrevivências, com o auxílio da teoria decolonial e pensamento feminista negro, a respeito do processo de invisibilização, apagamento e silenciamentos dos saberes tradicionais e populares envolvendo a biodiversidade brasileira.

METODOLOGIA

Este estudo qualitativo emprega a autoetnografia como metodologia, baseando-se na escrevivência de Conceição Evaristo (2020)¹¹. O objetivo principal é explorar as experiências pessoais da pesquisadora, analisando as intersecções entre sua identidade, vivências corporificadas e as estruturas sociais. A abordagem autoetnográfica, que combina autobiografia e etnografia, permite uma análise crítica das experiências culturais¹². Neste gênero de pesquisa e escrita, as vivências do pesquisador servem como dados primários para interpretar significados culturais e sociais. Além de uma metodologia, a autoetnografia conecta o individual ao coletivo, o pessoal ao cultural, possibilitando uma reflexão aprofundada sobre experiências compartilhadas^{12,13}.

O conceito de escrevivência, concebido pela escritora brasileira Conceição Evaristo, designa uma modalidade de escrita que se origina das experiências vividas, com particular enfoque nas de mulheres negras e suas comunidades. Esta forma de expressão, que amalgama "escrever" e "vivência", transcende a mera justaposição vocabular. A escrevivência tem angariado crescente proeminência nos âmbitos acadêmico e literário como uma prática que possibilita a produção de conhecimentos mais equitativos e justos. Ao possibilitar a pesquisadores e pesquisadoras negras a narração de suas próprias experiências, a escrevivência contribui para uma profunda alteração epistemológica, desafiando os paradigmas convencionais e propiciando a emergência de novas perspectivas de pensamento e de produção de conhecimento alicerçadas na vivência. Esta abordagem tem se revelado particularmente pertinente para a análise de temáticas como racismo, misoginia, interseccionalidade e desigualdades sociais, permitindo que pesquisadores negros e negras denunciem as violências perpetradas e proponham novas estratégias de resistência¹¹.

A autoetnografia, fundamentada na teoria da escrevivência de Conceição Evaristo, foi escolhida como metodologia por sua capacidade de amplificar a voz a sujeitos subalternizados. Assumindo minha identidade de mulher negra, rondoniense, neta de raizeira e farmacêutica que trabalha com plantas medicinais, optei por uma abordagem que superasse os paradigmas de pesquisa eurocêntricos e estadunidenses. O foco foi nas epistemologias negras e na produção intelectual de mulheres negras brasileiras. A escrevivência, ao narrar um corpo, uma condição e uma experiência negra no Brasil — conceito de Conceição Evaristo —, articula profundamente o pessoal e o político, contribuindo para a construção e efetivação da justiça social¹¹.

Esta pesquisa qualitativa adota uma epistemologia subjetivista, desenvolvendo-se a partir da subjetividade da primeira autora. Seu paradigma se fundamenta na premissa de que a investigação científica e a compreensão da realidade não são neutras. O estudo emerge de experiências vividas em um corpo subalternizado, alcançando sua particularidade no âmbito coletivo, sem pretensão de generalização. Contudo, possibilita a encruzilhada entre o eu e a cultura.

O período de coleta dos dados autoetnográficos estendeu-se de junho de 2021 a dezembro de 2023, utilizando-se o diário de campo como método e local de pesquisa para o registro das experiências e reminiscências das minhas vivências atravessadas pelo contexto das plantas medicinais. A partir desses registros, elaboraram-se 13 narrativas autobiográficas em textos autoetnográficos. Essa produção foi submetida a múltiplas leituras e análises pela primeira autora, resultando na construção e identificação de codificações temáticas, orientadas pela fundamentação da teoria decolonial e da epistemologia feminista negra.

Com base no arcabouço e nas lentes teóricas estabelecidas, o procedimento analítico foi conduzido por meio da análise temática – definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Seu objetivo primordial consiste em obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens"^{14,15}.

De acordo com Minayo^{14:74}, "a análise temática constitui uma ferramenta robusta para desvelar as camadas mais profundas do significado". Ao focar na identificação e interpretação dos 'núcleos de compreensão do texto', a metodologia possibilita ao pesquisador transcender a mera descrição ou contagem de ocorrências. Esta etapa está intrinsecamente vinculada a um embasamento teórico bem definido, desdobrando-se em três fases sequenciais: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos; inferência; e interpretação.

Através desse processo analítico, os 13 textos autoetnográficos foram lidos múltiplas vezes, sendo construídas e codificadas três categorias temáticas: 1) a trajetória e a subjetividade de pessoas negras no contexto acadêmico; 2) a situação da fitoterapia tradicional brasileira; e 3) as manifestações de colonialidade e racismo no contexto da fitoterapia. O processo de análise e discussão dos resultados foi conduzido colaborativamente por todas as autoras. Neste estudo, serão apresentados e discutidos os resultados referentes à segunda e terceira categorias.

A qualidade e a coerência desta pesquisa são garantidas pelos critérios propostos por Le Roux¹⁶, como a reflexividade, a autorreflexividade e a visibilidade da minha subjetividade. Ao descrever minhas experiências de forma detalhada e honesta, busquei garantir a autenticidade e a credibilidade dos resultados. Além desses critérios, salienta-se que o desenvolvimento deste estudo se alinha às características de uma pesquisa qualitativa em saúde com qualidade, conforme compartilhado por Gastaldo¹⁷: 1) construção de uma perspectiva êmica, ou seja, a análise foi elaborada a partir de um ponto de vista interno. A pesquisadora pertence e transita pelos territórios onde a fitoterapia popular e tradicional se faz presente; 2) elaboração de um conhecimento contextualizado. Nesta seção, foram apresentados os locais de onde partem as vivências analisadas; 3) utilização de uma metodologia emergente: uma escrevivência autoetnográfica.

Adicionalmente, este estudo demonstra congruência epistemológica a partir da lente analítica selecionada, ressonância com trabalhos e pesquisas anteriores na área, contribuindo para o avanço do campo dos estudos étnico-raciais e da fitoterapia brasileira. Além disso, é parte integrante do projeto “Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa no Sistema Único de Saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG no dia 28 de maio de 2014, sob registro CAAE-25780314.4.0000.5149.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trechos do diário de campo e notas autoetnográficas:

Rondônia, acho que o ano é 1999 ou 2000. Estamos na cidade de Ji-Paraná na casa perto do rio Madeira. É noite e vejo minha avó materna perto do fogão de lenha. Como ela é tão bonita e grande. A cor da sua pele negra brilhando. Olho para mim no presente e me reconheço imediatamente a partir de sua imagem. Lá está a Dona Maria Gualberto preparando um chá de capim santo. Com o seu olhar sério e atencioso, dizendo:

— Jéssica, é tomar o chá e ir dormir.

Me vejo ali pequena e toda agitada. Na lembrança, me recordo responder seriamente:

— Quero dormir não, Vó!

Ela responde prontamente rindo:

— Ah, vai dormir sim!

Hoje eu sei o porquê desse riso acompanhando como resposta. Ela sabia que o chá desta planta medicinal era seguro para uma criança e iria acalmar sua neta agitada de 5 anos. Naquele momento, ela estava exercendo o

seu duplo ofício: a raizeira e a avó. Vejo ela coando o chá. Ela sabia desde sempre: "Jéssica, chá de capim santo precisa coar!".



Minha avó sabia. Tinha o conhecimento que o infuso de capim santo tinha que ser coado para o consumo. Não consegui perguntar a tempo o porquê, como e com quem ela adquiriu esse saber. Não tivemos tanto tempo assim como eu queria. Maria Gualberto, minha avó, para os padrões de formação operantes da produção de conhecimento, não teve uma educação formal. Ela se encontra na estatística de brasileiros que não conseguiram ter acesso a alfabetização e ensino básico. Todos seus saberes construídos e partilhados não vieram de um contexto acadêmico e profissionalizado diplomado. Segundo a minha mãe, ela conseguia ler algumas palavras e frases, e assinava muito bem o seu nome.

A minha avó era bisneta de uma mulher negra que foi escravizada. Uma mulher nascida no interior da Bahia que, em busca de uma vida melhor, partiu de seu território de origem. Tenho poucas histórias, informações e partilhas da minha ascendência materna. Um esquecimento, uma ausência e inviabilização programática da matriz de poder colonial no Brasil. Esqueci e não sei de onde vem a minha história. Esquecemos que somos um país que foi construído por pessoas negras e indígenas. Essa parte da história foi e ainda se mantém omitida. Assim como esquecemos que temos uma potência de saberes e práticas de cuidado em saúde com a nossa biodiversidade. Que muitas Marias, como minha avó, tiveram seus ofícios e conhecimentos ignorados, silenciados ou cooptados. Esquecimentos programáticos pela matriz colonial de poder que são resultantes de opressões interseccionadas. Principalmente direcionados às mulheres negras e indígenas.

O conhecimento e os cuidados desenvolvidos por minha avó ainda não são reconhecidos e valorizados pelas instituições formais de saúde e no âmbito da produção do conhecimento. Não apenas por serem populares ou tradicionais; há outras dinâmicas envolvidas que se somam a este ponto. Para entender essa questão, é fundamental aplicar a ferramenta da interseccionalidade, crucial para dimensionar as vivências de mulheres negras^{18,19}. A filósofa argentina María Lugones²⁰ propõe uma teoria interseccional para abordar o sistema moderno/colonial – o qual integra a

estrutura epistêmica e cultural do colonialismo ao capitalismo – criticando a dissociação entre as categorizações de raça, classe, sexualidade e gênero. Sua teoria da “colonialidade de gênero” demonstra que a separação entre raça, classe, gênero e sexualidade como categorias distintas perpetua a invisibilidade de mulheres não brancas e de grupos sociais subalternizados.

Tal conceito é crucial para a compreensão de como o sistema colonial não apenas subjugou povos e territórios, mas também reconfigurou as relações de gênero, instituindo hierarquias e formas de dominação que persistem. O apagamento e a exclusão dos saberes das mulheres negras, sob a perspectiva analítica da colonialidade de gênero e da interseccionalidade, resultam da sobreposição do racismo e sexismo epistêmicos que marginalizam conhecimentos não ocidentais¹⁸⁻²⁰. Patricia Hill Collins²¹ argumenta que o conhecimento produzido por pessoas negras, em grande parte, é invalidado por estruturas de produção de conhecimento, como a universidade, por ser um saber que emana da experiência, da oralidade e se manifesta de forma corporificada, distanciando-se de uma dimensão abstrata da realidade e de um conhecimento universal.

Além do processo histórico de exclusão resultante da opressão racial, destaca-se a construção de papéis de gênero dentro desse sistema. Mulheres, especialmente mulheres negras, foram e ainda são exploradas no trabalho de cuidado, inserindo essa questão na complexa rede de relações de raça, gênero e classe na sociedade brasileira. Segundo Lélia Gonzalez²², a exploração do trabalho de cuidado de mulheres negras não é um fenômeno isolado. Pelo contrário, é uma herança direta do colonialismo e uma manifestação do racismo e sexismo estruturais que permeiam a cultura brasileira. Gonzalez evidencia como a mulher negra foi historicamente posicionada no papel de “mãe preta” e “empregada doméstica”, figuras que, embora idealizadas em certa medida, são marcadas pela subordinação, invisibilidade e exploração de sua força de trabalho. Esse trabalho transcende a esfera econômica, sendo também um trabalho afetivo e reprodutivo que sustenta a sociedade, mas que não é devidamente valorizado ou remunerado.

Essa discussão se conecta à trajetória de raizera da minha avó em sua comunidade, onde exercia seu ofício sem remuneração. Contudo, suas

práticas de cuidado representavam uma via de resistência, contribuindo para uma produção de saúde contracolonial e a circulação de saberes tradicionais sobre nossa biodiversidade.

Em um país que ressalta a sua rica flora, há registros seculares sobre uso de plantas medicinais e uma resistência destes saberes pela oralidade, por que não foi possível estruturar e compreender a nossa fitoterapia tradicional brasileira? Por que as práticas e saberes populares são folclorizadas e não validadas como verdadeiros conhecimentos? Por que o conhecimento da minha avó foi, e ainda é, referido como apenas uma prática cultural e popular? Estas são inquietações que partiram das minhas vivências e experiências como neta de raizeira e sendo uma profissional de saúde que trabalha com a fitoterapia.

Eu demorei anos para entender por que era necessário coar o infuso de capim santo. A resposta veio durante um trabalho na graduação sobre esta planta em que me deparei com a informação do porquê. As folhas de capim-limão (*Cymbopogon citratus*) apresentam microfilamentos que podem ser percebidos ao toque, assemelhando-se a pequenas agulhas. A infusão das folhas dessa planta medicinal deve ser filtrada, pois a ingestão contínua dos microfilamentos em suspensão pode ocasionar ulcerações na mucosa esofágica. Tal cuidado, observado por minha avó, visava promover um uso seguro. Dona Maria Gualberto é uma mestra de um saber orgânico, como Nego Bispo²³ pontua, mas ela também tinha potentes conhecimentos de muitas outras coisas: qual era o melhor tipo de terra para cada planta; melhor época para colher; qual reza era a mais forte para cada planta a depender da queixa de saúde; quando que as pessoas tinham que ir para o hospital na outra cidade porque era uma necessidade de saúde maior. Penso se um dia eu serei metade da cuidadora em saúde que minha avó foi. Mas, para a ciência ocidental, isso não é um verdadeiro conhecimento. Para os modelos atuais de cuidado e serviços de saúde, isto não é um cuidado em saúde.

O ofício da minha avó, e até mesmo o meu, por ser uma farmacêutica clínica que trabalha com plantas medicinais, são colocados em uma modalidade de “conhecimento” e prática que são o contrário dos critérios de objetividade e neutralidade da instituição que produz o “verdadeiro conhecimento”: a

ciência ocidental. Às vezes, é referenciado como uma forma de sabedoria popular, prática folclórica e crença cultural-religiosa. Distante daquilo que de fato é validado como conhecimento pela modernidade/colonialidade. Uma lógica operante e aprisionante que coloca outras epistemes em invisibilização e extermínio, e que traduz muito bem o que é a colonialidade^{24,25}.

A colonialidade se deriva do colonialismo e é a continuidade de pilares que estruturam novas formas de exploração, de hierarquia política e sociocultural, em países que foram colonizados, mesmo que o sistema colonial tenha dado lugar ao capitalismo e estes países tenham passado pelo processo histórico formal de independência. O colonialismo foi o sistema utilizado para exploração e dominação de pessoas, comunidades, saberes, riquezas, territórios e natureza dos países que foram colonizados. Conceituar o que foi o colonialismo, e compreender os seus reflexos na atualidade, é o começo de uma atitude decolonial, em que chegamos ao ponto de assimilar a relação entre a colonialidade e modernidade²⁶.

A ideia de modernidade é inseparável da colonialidade. O sistema mundo-moderno opera e se mantém porque existe a colonialidade, a qual estrutura o sistema capitalista e as formas de colonialidades: do poder, saber, gênero, ser e da natureza^{20,24,26-28}. A decolonialidade é resposta a modernidade/colonialidade. Como Catherine Walsh²⁸ aponta, a decolonialidade são os incômodos, as reações e os questionamentos que emergem por meio dos movimentos sociais. Assim como as atitudes de luta contra o sistema-mundo moderno capitalista, compreender a modernidade/colonialidade/decolonialidade, é analisar os meios e as estruturas que sustentam e operacionalizam, principalmente, a lógica racista, misógina e neoliberal^{27,29}.

A colonialidade do poder, conceito empreendido e difundido por Anibal Quijano²⁷, discutido e estudado por outros autores e pesquisadores, como Mignolo e Walsh^{26,28}, é a categoria analítica e pilar da colonialidade que se refere ao controle da estrutura política e econômica que operacionaliza e sustenta o sistema-mundo moderno capitalista. Na atualidade a partir das suas novas facetas de dominação, denomina-se neoliberalismo²⁸.

Para que este arcabouço de poder seja mantido existem outros pilares e formas de colonialidades que são exercidas pela colonialidades do saber, do ser e da natureza. Elas atuam no controle da objetividade, tempo, espaço, ontologia e epistemologia para dominação das subjetividades e territórios. A partir da colonialidade do saber e ser, emergiu a ideia de raça para justificar a desumanização, inferiorização, exploração e dominação dos grupos e corpos que foram colonizados^{24,26}.

A colonialidade do saber opera para a dominação e sustentação do eurocentrismo e atualmente incorporada, à hegemonia estadunidense, que configura o Norte Global. O eurocentrismo é um fenômeno que não permite a possibilidade de coexistência de outras formas de produção de conhecimentos, culturas e formas de sociedade que não sejam a partir do padrão ocidental branco. Lógica e estrutura que reprime as “outras” epistemes a partir de estratégias sofisticadas de negação, estereotipação, folclorização e dualismo. A colonialidade do saber se manifesta no controle da produção de conhecimento e cria a categoria “o outro”, sendo uma estrutura importante para moldar e controlar subjetividades^{24,30}.

A colonialidade do ser reflete o controle da matriz colonial de poder nas dimensões de tempo e espaço da experiência vivida em corpos que foram colonizados²⁶. Essa forma de colonialidade tem o objetivo final de classificar, atribuir ou negar a condição de humanidade, criando a categoria “Os Outros” a partir da categoria branquitude. Ocorre também o controle e categorização dos papéis de gênero e sexualidade³⁰.

A branquitude refere-se ao lugar estrutural formado por sujeitos brancos, que veem a si mesmos em uma posição de poder em relação a/o “outra/o”. É um espaço de poder em que a pessoa branca se coloca como universalidade. Espaço que se traduz em um lugar confortável ao que se pode atribuir ao outro aquilo que não se atribui a si mesmo: a raça³¹. A branquitude é um elemento da estrutura colonial que criou os processos articulados e presentes na construção da diferença vinculada a uma hierarquia, que são acompanhados pelo poder histórico, social, econômico e político, que resulta no racismo e na criação de raça. Como descrito por Grada Kilomba³⁰, o racismo é a supremacia branca.

A colonialidade da natureza não deve ser considerada apenas como parte da operacionalização da colonialidade do poder, mas como a modernidade/colonialidade se relaciona e explora a biodiversidade, criando a narrativa sociedade versus natureza, para justificar o progresso na modernidade^{24,28}.

Essas formas de colonialidades constituem um projeto civilizatório que tem por característica principal o fato das formas de controle criadas para a subjugação de povos e territórios que foram colonizados persistirem e serem recicladas. Já esse controle, por sua vez, dialoga com o padrão de poder colonial para manutenção de uma lógica centro-periferia no qual o sistema branco patriarcal cis-hétero capitalista, apresenta-se como o mundo que funciona pela dominação do ser, do saber, de gênero e da natureza^{20,24,26-28}.

Neste projeto em andamento na modernidade, a ciência ocidental é uma instituição importante para manutenção de sistemas de opressões, como o racismo e o patriarcado, e para a matriz colonial de poder. Por esta perspectiva, compartilho e reflito do porquê os saberes sobre as plantas medicinais que não derivam das instituições da ciência ocidental, são classificados como populares, crenças e folclore, sendo estigmatizadas, exterminadas e inválidas, ou que necessitam ser válidas pelo arcabouço da ciência ocidental do Norte global^{1,20,23,24,26-28}.

Existe um controle de poder, de extermínio e hierarquização fundamental, ainda mais no contexto brasileiro em que a produção de saberes e conhecimentos sobre plantas medicinais foi e é indígena e negra. Para a ciência ocidental, a lógica operante das colonialidades do saber, de gênero, poder e ser, precisam ocorrer para manutenção dos privilégios e estruturas dominantes. É uma disputa não apenas epistemológica, também política, territorial e ontológica, que vem a servir a modernidade/colonialidade^{1,20,23,24,26-28}.

A história da quina (*Cinchona officinalis*) ilustra um exemplo paradigmático no campo da farmacognosia e fitoterapia sobre as práticas colonialistas que são operacionalizadas e perpetuadas no campo da ciência ocidental. Frequentemente, a narrativa acadêmica descreve a "descoberta" do uso

terapêutico desta espécie como antimalárico por jesuítas, os quais teriam observado sua aplicação por populações indígenas da Cordilheira dos Andes e da Bacia Amazônica. Desta planta medicinal, derivaram-se dois fármacos ainda empregados clinicamente: a cloroquina e a hidroxicloroquina. Relata-se na literatura³²⁻³⁴ que, em 1638, uma condessa espanhola, durante viagem ao Peru, teria sido curada de quadro de malária mediante o uso da casca desta árvore.

Poucos anos após este evento, o conhecimento sobre seu uso medicinal já estava disseminado na Europa, tornando-se, aproximadamente dois séculos depois de sua apropriação, um item essencial nas farmácias inglesas³². O processo de apagamento do conhecimento original prossegue na denominação da molécula da quina, a quinina, que foi assim nomeada em homenagem à Condessa de Chinchón. A própria planta, da qual a quinina é extraída, recebeu o nome científico *Cinchona* em referência à sua terra natal, Chinchón, e à cura da condessa. Lineu, posteriormente, estabeleceu o nome científico *Cinchona officinalis*, reiterando a hegemonia do saber europeu, conforme diz Nego Bispo: "quem nomina, domina". Nos livros didáticos e na literatura científica não são mencionados quem eram esses povos indígenas. Assim como não se é registrado se esses povos ou comunidades receberam alguma partilha da riqueza produzida a partir desse saber³²⁻³⁴.

Um outro exemplo, no campo da fitoterapia brasileira, é a babosa (*Aloe vera*). Alguns livros e documentos citam que esta planta medicinal é originária do norte da África e Oriente Médio, e sua introdução e disseminação na América, como no Brasil, ocorreu pelas "missões", melhor dizendo invasões, espanholas e portuguesas. Ainda afirmam, a partir de algumas referências, que havia existência de vasos onde a babosa era cultivada em plena armada de Cristóvão Colombo, para curar possíveis enfermidades da sua tripulação. Brevemente é citado que "rapidamente ela foi incorporada como planta de cura pelas populações indígenas" a partir dos europeus, mas novamente não citam quais povos e etnias³⁵. A construção dessa informação traz a referência que foram os colonizadores responsáveis pela introdução dos saberes dos variados usos dessa espécie no território brasileiro. Mas me questiono, pensando nas minhas vivências: uma espécie sobre a qual muitos dos conhecimentos são oriundos de povos africanos, e que está presente em quase todo o território brasileiro teria a difusão tanto

da planta quanto dos saberes sobre os usos medicinais a partir de europeus? Levando em consideração o processo histórico de colonização e escravização dos povos africanos e construção de resistências com os povos originários a partir de quilombos, há uma história não contada em relação à babosa no âmbito da nossa fitoterapia tradicional brasileira.

Recontar as histórias e os saberes sobre a nossa biodiversidade é preciso. Seguir com as práticas das denominações dos modos e das falas é uma forma de contrariar o colonialismo, como dito por Nego Bispo²³. Nessa confluência, Conceição Evaristo nos ensina isso em “Macabéa: Flor de Mulungu”. No conto, a autora revisita a personagem Macabéa, de “A Hora da Estrela”, de Clarice Lispector, mas com uma perspectiva totalmente nova e potente³⁶. O título envolvendo o Mulungu (*Erythrina verna*), espécie nativa do Brasil, traz uma dimensão extremamente valiosa sobre os possíveis usos das cascas dessa planta medicinal como forma de resistência empregada por pessoas negras e indígenas. Em sua monografia, no elenco bibliográfico da Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao Sistema Único de Saúde (RENISUS), um dos nomes populares atribuídos a esta planta é “amansa senhor”³⁷. Conceição Evaristo emprega, nesta história, a metáfora “Flores de Mulungu” em virtude de esta espécie arbórea ser reconhecida por sua resistência e suas flores vibrantes que desabrocham mesmo em condições adversas. Essa imagem é empregada para simbolizar a força e a capacidade de resiliência de Macabéa e, por extensão, das mulheres negras³⁵. Adicionalmente, proponho uma interpretação suplementar a partir das escrituras de Evaristo: esse nome popular pode significar que, se for preciso, a gente coloca a casa grande para dormir.

Trechos do diário de campo e notas autoetnográficas:

Quem criou a narrativa “o natural não faz mal”? Quem se beneficia com essa antidialógica disfarçada de crença popular? Será que realmente é uma crença popular ou que o colonialismo e as colonialidades impuseram? Quem são as pessoas e as instituições que lucram hoje com os saberes e tecnologias ancestrais envolvendo a nossa biodiversidade? Cadê a nossa fitoterapia tradicional brasileira?

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos em suas diretrizes, propõe uma inclusão e validação dos saberes populares e tradicionais sobre plantas medicinais, mas dentro de uma hierarquia que se estabelece entre

sistemas de conhecimento tradicional, popular e técnico-científico⁸. A fitoterapia popular é caracterizada pelo Caderno de Atenção Básica Nº31, como um uso e tradição comunitária e familiar, em que os saberes e conhecimentos sobre as plantas medicinais são transmitidos pela oralidade, de geração para geração, sendo enquadrados como cuidados e formas de uso caseiros. Mesmo apontando a não total confiabilidade e segurança no uso de plantas medicinais dentro deste contexto, no documento, é pontuado que esta forma de “sabedoria popular”, é uma importante fonte estratégica de “pistas” sobre a efetividade e segurança de espécies vegetais².

No mesmo documento é caracterizado o que se enquadra como fitoterapia tradicional, em que as práticas e uso nesse contexto se dão por um período de décadas a milênios, necessitando o registro escrito e documentado desse uso/prática. Um outro fator importante para esta classificação é uso dessas plantas medicinais ocorrer dentro de um sistema médico, ou seja, em que está acoplado a uma racionalidade de cuidado tradicional. Há a citação que no contexto brasileiro, a fitoterapia tradicional existe e é pertencente a medicina tradicional indígena e afro-americana. Neste artigo descrevo como afro-brasileira, mas esta forma de uso da fitoterapia, ainda, é enquadrada como fonte, porém, mais consistente de pistas sobre efetividade e segurança de plantas medicinais, que inspiram e são base para os estudos científicos^{2,8}.

A fitoterapia científica ocidental é conceituada como:

O estudo integrado do emprego clínico de plantas medicinais e fitoterápicos para finalidades terapêuticas, diagnósticas ou profiláticas, com base em dados e evidências científicas, mesmo que se partindo inicialmente de conhecimentos populares e tradicionais^{2:53}.

A crítica aqui reside nos fatos que esta categorização de formas de uso e de produção de conhecimentos são hierarquizados, em que a forma mais válida, é a partir da fitoterapia científica ocidental. São aplicados o raciocínio, categorias e instrumentos que, sobretudo, refletem as colonialidades do poder e de saber, sendo o ponto de referência e forma para a análise de outras epistemes.

Uma questão adicional, no contexto da fitoterapia, refere-se à conceituação e classificação dos Produtos Tradicionais Fitoterápicos (PTFs). Conforme a

Resolução nº 26 de 2014 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)³⁸, os PTFs são definidos como "aqueles obtidos exclusivamente com o emprego de matérias-primas vegetais ativas, cuja segurança e eficácia são fundamentadas em dados de uso seguro e efetivo publicados na literatura técnico-científica". A referida normativa sanitária aponta a literatura técnico-científica que pode subsidiar a notificação ou o registro desses fitoterápicos industrializados, incluindo principalmente referências de monografias da comunidade europeia, da OMS e de obras científicas selecionadas, que em grande parte foram produzidas pelo Norte Global³⁸.

A análise e a crítica a seguir desenvolvidas não se dirigem à atuação da ANVISA na garantia e promoção da vigilância sanitária, e de produtos que sejam seguros e de qualidade. O ponto central, que dialoga com a reflexão sobre as denominações e os conceitos apresentados, reside no fato de que grande parte dos saberes e usos de plantas medicinais nativas do Brasil, inseridos no contexto da tradicionalidade, não se encontram registradas ou difundidas nesta literatura técnico-científica. Comunidades tradicionais e povos originários circulam seus saberes por meio da oralidade. Quando esses conhecimentos são estudados, capturados e apropriados por outros agentes, como pesquisadores e instituições de conhecimento, ocorre uma descaracterização pelo aparato da ciência ocidental e omissão dessas comunidades.

Atualmente, no contexto do arsenal terapêutico de produtos tradicionais fitoterápicos disponíveis no mercado e, inclusive, no SUS, predominam espécies que não pertencem à biodiversidade brasileira. Caso o objetivo seja desenvolver e disponibilizar à sociedade um PTF, questiona-se: qual prática tradicional de cuidado é disponibilizada pelas políticas e pelo Estado? A da tradicionalidade da lógica universal (europeia) ou a que corresponde aos usos no âmbito da fitoterapia tradicional brasileira?

Como pessoas e comunidades que trabalham com outras formas de registros, pela oralidade e compartilhamento desses saberes, irão documentar estes parâmetros que a ciência ocidental tanto institui? Ou melhor, por que estas pessoas e comunidades que detêm estes saberes precisam seguir somente essa lógica e classificação? Aqui problematizo o fato de que apenas os conhecimentos advindos da fitoterapia científica

ocidental são incorporados nas práticas profissionais e sistemas de saúde brasileiro. Assim como todo processo de invalidação e enquadramento desses saberes e práticas no uso popular e tradicional como apenas “pistas”, a lógica colonialista e as estruturas se mantêm. E pergunto: será possível a coexistência desses saberes nesta matriz colonial de poder?

A maneira como a Organização Mundial de Saúde conceitua medicina tradicional/alternativa (que, aliás, precisamos problematizar esta terminologia alternativa) em vários países do mundo, como a Bolívia, China e Índia, protege e demonstra a complexidade de cuidado em saúde baseado na tradição, ancestralidade, crenças, métodos e práticas que vão além dos modelos de saúde e de um conhecimento ocidental branco. As plantas medicinais são pilares para esses cuidados em saúde, o que levaram as práticas e raciocínios únicos que caracterizam a medicina tradicional boliviana, a fitoterapia tradicional chinesa e a indiana².

No que tange aos resultados e impactos das políticas públicas em fitoterapia, um estudo brasileiro relevante analisou a distribuição e as diversidades regionais dos programas de fitoterapia no SUS. Seus achados, assim como este trabalho, levantam questionamentos sobre a base epistemológica que sustenta o desenvolvimento dessas ações. O autor desse estudo observa que, embora a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos de 2006 tenha impulsionado um aumento significativo no número de programas municipais de fitoterapia no SUS, esse crescimento foi marcado por uma preferência por fitoterápicos industrializados, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, apontando uma iniquidade de acesso a essa política⁵.

O estudo indica que, a partir de 2006, as ações implementadas se tornaram mais verticalizadas. Nesse trabalho, discute-se e evidencia-se que esse processo tem gerado uma uniformização das ações, resultando em menor alinhamento com as pluralidades regionais e as práticas populares de cuidado em saúde de cada território. Essa construção de uma política nacional mais centralizada tem gerado resultados que se alinham mais à lógica de um cuidado em saúde biomédico, com uma maior oferta de produtos fitoterápicos industrializados e um número mais limitado de espécies vegetais, principalmente da biodiversidade brasileira⁵. Pelo

arcabouço teórico desta pesquisa autoetnográfica, interpreta-se que essas ações seguem uma lógica de universalização, hegemonização e exclusão dos saberes e práticas tradicionais e populares. Tais processos são resultantes de uma dinâmica e estrutura em que as colonialidades estão presentes.

Muitos podem achar que não existem construção e atuação da fitoterapia tradicional no contexto brasileiro. Mas me recordo da anciã Krenak e a medicina do rapé, assim como as leituras e partilhas de todos os povos indígenas que lutam pela vida e proteção das nossas florestas; eu lembro da minha avó com as rezas e suas garrafadas; das benzedeadas; dos mateiros e raizeiras do Cerrado da Articulação Pacari; das comunidades quilombolas; dos terreiros urbanos que mantêm os banhos de ervas e o uso dos chás que integram os cuidados do corpo físico, mente e espírito como os sistemas médicos da Ayurveda e Medicina Tradicional Chinesa além de fortalecerem e resistirem com diferentes cosmologias de bem-viver²³.

No Brasil, as universidades, historicamente, são as instituições validadas e responsáveis pela produção, reprodução, circulação e distribuição do conhecimento e dos valores científicos. Como aponta José Jorge de Carvalho²⁵, as universidades brasileiras seguem o formato das universidades europeias, reproduzindo práticas e formas de produção de conhecimento ocidental europeu branco. Patricia Hill Collins²¹ discute que a estrutura atual de validação e produção de conhecimento são controlados por homens brancos da elite do Norte Global, em que seus interesses guiam e articulam epistemologias, paradigmas e temas nas instituições acadêmicas. Qual corpo é autorizado a produzir conhecimento neste Brasil? Será que meu corpo é autorizado?

Trechos do diário de campo e notas autoetnográficas:

Mais uma mensagem, no privado, solicitando meus saberes e experiências no contexto de cuidado ao paciente que usa plantas medicinais. Mais uma entre tantas. Mas no sigilo. Quando vão publicar ou realizam algo oficial em que ocorrerão contrapartidas acadêmicas, não me convidam. Mas o meu conhecimento está lá, auxiliando ou sendo apropriado. Ao questionar uma colega branca sobre essa situação, recebi a seguinte devolutiva:

— Não existe racismo, Jéssica. Eu sou mais acionada e incluída nas publicações do grupo porque a minha prática é mais meticulosa – disse a colega branca que

dissemina, sobre a minha pessoa, o estereótipo da negra raivosa.
Por que me excluem? Por que o meu conhecimento não pode ser reconhecido e referenciado? Qual é o meu lugar, Sinhá?

As pessoas indígenas e negras que produzem, protegem e difundem os saberes dentro desta categorização de conhecimento popular e tradicional dos usos das plantas medicinais não estão autorizadas para produzirem este dito “conhecimento válido”. Mesmo quando inseridas em ambientes acadêmicos, como é o meu caso, essas pessoas são continuamente questionadas ou invalidadas. Pela lente analítica da teoria decolonial, isto ocorre pelas formas operantes das colonialidades do saber e poder. Porque, em sua maioria, são pessoas não brancas e que não pertencem a elite acadêmica brasileira^{24,25}.

Ressalto mais uma vez que a matriz colonial de poder que sustenta a colonialidade/modernidade cria e estrutura a ideia de raça como pilar fundamental para a lógica colonial de exploração que persiste. O racismo é um sistema de poder que traduz e mantém a supremacia branca, não é apenas como causa biológica pela hierarquização de corpos, mas também pelo aspecto discursivo que cria e mantém hierarquizações do conhecimento e de percepções ontológicas. Pela lente analítica desenvolvida neste trabalho, o racismo é um eixo central no processo de apropriação e extermínio dos saberes ancestrais e tradicionais^{21,24,30}.

A apropriação é um dos mecanismos aplicados para o processo de validação e captura dos saberes populares e tradicionais³⁹. Os estudos e pesquisas sobre uso de plantas medicinais, em sua grande maioria, são reproduzidos e aplicados dentro de uma perspectiva colonialista, criando um espaço de separação desses saberes em seus territórios e as universidades, em que a academia destitui a propriedade das pessoas e territórios que são detentores desses conhecimentos^{39,41}. Por que as pessoas e comunidades não estão dentro das universidades? Aliás, por que esses saberes só são reconhecidos como conhecimentos válidos a partir do maquinário científico ocidental?

Trechos do diário de campo e notas autoetnográficas:

“Uma farmacêutica que defuma e benze? Isso não é permitido. Cadê os estudos clínicos controlados e randomizados provando a eficácia disso?”

“Isto não é conhecimento!”
 “Isto não é cuidado em saúde!”
 “Que folclórico!”
 “Que exótico!”
 Ejé mi jíşé (em Iorubá quer dizer: deixem eu cumprir a minha missão)
 “Jéssica, você precisa escolher se você realmente está de fato ao lado da ‘ciência’” – disseram-me várias vezes.
 “Fia, me defuma por favor, preciso de proteção...”
 Por que os extratos aquosos não são interessantes para os estudos pré-clínicos e clínicos?
 “Que chá... Vamos transformar tudo em medicamento!”

O mecanismo de apropriação é uma importante ferramenta para a lógica de exploração e lucro do capital. Uma vez que esses saberes estão em posse pela ciência ocidental, as propriedades terapêuticas, a espécie vegetal em si e os produtos derivados desta planta medicinal, se tornam produtos de grande potencial de lucro. A apropriação e mercantilização dos conhecimentos, territórios, saberes e práticas dos povos e comunidades tradicionais é um fenômeno massivo de constante disputa por grandes corporações do capital, como a indústria farmacêutica. Há um processo de extrativismo epistêmico dos saberes ancestrais, que destitui a propriedade, inviabiliza e descaracteriza todo o contexto dessas pessoas e saberes. As colonialidades do ser, saber e poder a serviço do capital que se traduz na dita modernidade^{28,39}.

Um dos processos sofisticados de apropriação que se dá pela negociação entre estado, ciência e indústrias, é a transformação desses saberes principalmente ligados a natureza e biodiversidade a recursos genéticos e patentes. É um extermínio e exploração que incorpora a colonialidade da natureza, desarticulando e desmontando a nossa fitoterapia tradicional brasileira e as formas de cuidados em saúde ancestrais/tradicionais. Regulação e extrativismo epistêmico que ao final transforma as pessoas dessas comunidades em consumidores obrigatórios dos produtos, e aqui no caso as plantas medicinais em produtos farmacêuticos, que são oriundos dos saberes e espécies vegetais desses territórios e comunidades³⁹.

Esses processos colonialistas, como apropriação, exploração e extrativismo epistêmico, são evidenciados em um estudo que comparou os países com o maior número de patentes em biotecnologia e aqueles com as maiores biodiversidades. Entre os 10 países com o maior número de patentes, incluem-se: Estados Unidos, Japão, China, Coreia do Sul, Alemanha, França,

Reino Unido, Canadá, Suíça e Holanda. Os 10 países mais biodiversos são: Brasil, Colômbia, Indonésia, China, México, Peru, Austrália, Índia, Equador e Venezuela. A biopirataria consiste na apropriação indevida de recursos genéticos e conhecimentos tradicionais, tema amplamente debatido na 16ª Conferência das Partes da Convenção sobre Diversidade Biológica (COP16), em Cali, Colômbia. Países do Sul Global, especialmente aqueles que foram colonizados, são frequentemente alvo de corporações internacionais, majoritariamente do Norte Global, que patenteiam material genético originário desses biomas e, por meio do aparato da ciência ocidental, desenvolvem medicamentos e tecnologias que serão posteriormente comercializados para esses mesmos países⁴². Pela compreensão contracolonial de Nego Bispo, quando esses saberes e espécies vegetais que estão nos territórios que foram colonizados, eles detêm pouco ou nenhum valor. No entanto, quando apropriados pelos países colonizadores e pelas estruturas historicamente colonialistas, esses saberes orgânicos são transformados em sintéticos, adquirindo valor simbólico e econômico para fins de comercialização²³.

Esse processo de apagamento e não estruturação de uma construção e discussão de uma fitoterapia tradicional brasileira no Brasil, deve-se à sua estrutura fundante e originada com a colonização deste território: o racismo. Na literatura científica, vários trabalhos discutem e evidenciam a centralidade da perspectiva racial na construção de políticas públicas ou no contexto da assistência em saúde, gerando iniquidades e violências⁴³⁻⁴⁵.

Mônica Mende Gonçalves⁴⁵, em sua tese, evidencia, por meio de análises históricas, que a "política de saúde tem o racismo como um axioma", desenvolvendo o conceito de "políticas do negativo". Sob essa ótica, o racismo opera por meio de "ausências, lapsos e buracos". Uma contribuição central desta pesquisa reside no argumento de que o racismo na saúde opera sob uma "lógica dialética e negativa". O aspecto "negativo" alude a mecanismos que ativamente obscurecem, obliteram ou invisibilizam a operação do racismo, permitindo sua atuação mais eficaz e sutil nos arcabouços institucionais. Essa lógica engloba "contradições supostamente inconciliáveis", como a coexistência de "cuidado e exclusão" ou a nítida dicotomia entre as experiências "brancas e negras" dentro do mesmo sistema.

A discriminação racial contra indivíduos negros na saúde manifesta-se e adquire forma aparente nos hiatos – precisamente nas lacunas, ausências e omissões onde o cuidado, a assistência e o bem-estar *não* são produzidos. Isso implica que o racismo é frequentemente identificado no que está *ausente*, e não no que está abertamente presente, o que corrobora o conceito de "políticas do negativo" e a noção de que o racismo opera por meio de "ausências, lapsos e buracos". Infelizmente, o formato atual com que se aborda o tema e a exclusão da fitoterapia tradicional brasileira das políticas públicas de saúde refletem esse racismo estrutural e institucional.

A nossa fitoterapia tradicional brasileira existiu, e ainda resiste, assim como saberes e práticas ancestrais dos povos indígenas, afro-brasileiros e comunidades tradicionais, que poderiam ser nossa rota e alicerce para pensar um projeto de nação, de imaginários e cuidados em saúde genuinamente brasileiros. José Jorge de Carvalho propõe um caminho para descolonizar o Estado brasileiro, e sobretudo o conhecimento, a partir das universidades, uma vez que nesses espaços são formados brasileiros e brasileiras que atuarão em diferentes instituições na sociedade. Segundo esse autor, os currículos universitários são colonizados, em que o racismo, o genocídio e epistemicídio, além de do roubo de terras e práticas tradicionais, são reproduzidos e normalizados. Para uma reparação histórica, além de iniciar o processo de descolonização, ele propõe as cotas epistêmicas^{25,40}.

As cotas epistêmicas são um projeto vinculado e criado a partir do Encontro dos Saberes, que articula a presença e inclusão de mestras e mestres dos nossos povos tradicionais e ancestrais como professores das universidades, em posição de autoridade como docentes doutores. O letramento com diploma é uma das barreiras à violência epistêmica que são colocados pelas instituições de poder para impedir o acesso²⁵.

As cotas epistêmicas também vêm no sentido duplo de aumentar a discussão e fomentar o aumento de números de vagas cotistas para estudantes negros e indígenas. Ressalta-se a importância e a urgência de discutir o aumento e fomento às vagas de cotas para egressos nas pós-graduações brasileiras. A Lei Federal nº 12.711 de 2012, que implantou e generalizou as cotas para pessoas indígenas e negras em todas as universidades brasileiras, completou

10 anos com importantes avanços, mas ainda são necessárias estratégias para fomentar e possibilitar a entrada e permanência de pessoas negras e indígenas, ampliar estas ações para as pós-graduações, impedir a fraude e a usurpação por pessoas brancas⁴⁶.

Aqui tomo o exemplo e a lembrança resultante de um sistema que é racista e cis-hétero, sendo articulado a partir das colonialidades do poder e saber, o caso da ativista, professora e agora deputada federal eleita em 2022, Célia Xacriabá, a primeira mulher indígena da história da UFMG a defender sua tese de doutorado⁴⁷. Uma instituição que no seu repositório tem mais de 4000 trabalhos vinculados ao termo de busca da palavra indígena. Este fato nos leva novamente à questão que o outro/a, pela branquitude acadêmica, é objeto, e não sujeito³⁰.

A defesa da incorporação deve estar atenta a estes aspectos. Nesse sentido de reflexões e construções de possíveis caminhos de reparação e inclusão desses saberes, agentes sociais e comunidades nas instituições formais de ensino e saúde, como as universidades e políticas de saúde, ressalta-se a necessidade de cautela para que este processo não se configure como mais uma forma de colonização e reprodução de colonialidades de poder, saber, de gênero e do ser. Há ressalvas e tensionamentos que precisam ser abordados, assim como alterações profundas nas concepções e formulações atuais, a fim de que este diálogo e a construção de uma fitoterapia tradicional brasileira ocorram sob uma perspectiva decolonial.

A partir das minhas vivências, reflexões, fatos, experiências e conceitos analisados nesta pesquisa, defendo e proponho que um dos caminhos possíveis para conseguirmos preservar e construir nossa fitoterapia tradicional brasileira, é ativa atuação, inclusão e proteção das nossas mestras e mestres. Estes que são detentores, autores e sujeitos de propriedade dos saberes e conhecimentos da nossa biodiversidade, principalmente nos espaços instituições de regulação, produção e reprodução de conhecimento, como as universidades. Tal ação também precisa estar nas políticas que fomentem a participação ativa desses mestres nos espaços institucionais e de criação de políticas públicas do Estado brasileiro.

Há uma demanda e urgência para que iniciamos a decolonização dos currículos e as formas de pesquisas na fitoterapia, formando pesquisadores e professores por uma perspectiva antirracista e que sejam orientados por saberes não ocidentais, incluindo outras epistemes produzidas por pessoas negras, indígenas e por todos os povos tradicionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A colonialidade do saber desconsidera outras epistemologias, validando exclusivamente o conhecimento ocidental e excluindo a coexistência de outras formas de produção de conhecimento, culturas e modelos sociais que diverjam do padrão ocidental e da branquitude. O colonialismo e a modernidade/colonialidade suprimiram, e continuam a suprimir, as “outras” epistemologias que não são produzidas por indivíduos brancos, por meio de estratégias complexas de negação, estereotipagem, folclorização e dualismo. A ciência ocidental constitui uma instituição fundamental para a manutenção dos privilégios da branquitude e da matriz colonial de poder.

A partir destas minhas escrituras que foram autoetnografadas, questiono e problematizo a estrutura de produção de conhecimento e saberes no âmbito das plantas medicinais. Há uma relação direta do racismo no extermínio, desqualificação, invalidação e cooptação dos saberes tradicionais e ancestrais. Uma vez que o racismo é um eixo estruturante nas relações e instituições brasileiras, que sustentam as formas de colonialidades e modernidade, estando presente na invisibilização e destruição da nossa fitoterapia tradicional brasileira.

A ausência de reconhecimento da fitoterapia tradicional brasileira em políticas públicas e no meio acadêmico não é meramente uma lacuna, mas, sim, uma manifestação da lógica colonialista que impede a coexistência equitativa de diferentes sistemas de conhecimento. O questionamento sobre "cadê a nossa fitoterapia tradicional brasileira?" ressoa como um grito de resistência pela valorização de práticas e saberes que foram marginalizados em nome de um modelo universalizante imposto. A apropriação indevida e a mercantilização desses conhecimentos, transformando-os em produtos para lucro, são exemplos claros de como a colonialidade do ser, do saber e do poder operam a serviço do capital.

São urgentes as discussões, as mudanças nas instituições brasileiras e políticas públicas para a proteção e recuperação da nossa fitoterapia tradicional com o protagonismo dos nossos povos indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais, assim como a decolonização dos currículos e as formas de pesquisas na fitoterapia.

A defesa e a construção da nossa fitoterapia tradicional brasileira exigem uma postura antirracista e decolonial. Somente ao confrontar e dismantelar as estruturas de poder que historicamente marginalizaram esses saberes e práticas de cuidado com a nossa biodiversidade, será possível construir um projeto e uma política que reconheça e valorize a riqueza da diversidade epistêmica do Brasil. A urgência reside em fomentar pesquisas e formações que sejam guiadas por uma perspectiva que compreenda o racismo como um axioma nas políticas de saúde e na produção de conhecimento, pavimentando o caminho para uma fitoterapia que verdadeiramente represente a pluralidade do povo brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Soares JAS. *Ejé mi jíyé: uma escrevivência afrodiáspórica decolonial e autoetnográfica de uma neta de raizera* [dissertação]. Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2022.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. *Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica*. Brasília (DF); 2012. 256 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos*. Brasília (DF); 2006. 148 p.
4. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 1990 [citado em 30 jul. 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
5. Ribeiro LHL. Análise dos programas de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva territorial. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2019 [citado em 30 jul. 2025];24(5):1733–42. doi: 10.1590/1413-81232018245.15842017.
6. Brasil. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica [Internet]. Diário Oficial da União. 2004 [citado em 30 jul. 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
7. Brasil. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário

- Oficial da União. 2006 [citado em 30 jul. 2025]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília (DF); 2016. 190 p.
9. Brasil. Consolidado de normas de registro e notificação de fitoterápicos. Gerência de Medicamentos Específicos, Notificados, Fitoterápicos, Dinamizados e Gases Medicinais (GMESP) / Gerência-Geral de Medicamentos e Produtos Biológicos (GGMED) / Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2018.
10. Brasil. Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2010 [citado em 30 jul. 2025]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0886_20_04_2010.html
11. Evaristo CA. Escrivivência e seus subtextos. Em: Duarte CL, Nunes IR, organizadores. Escrivivência: a escrita de nós – reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte; 2020. p. 26–48.
12. Raimondi G. Corpos que (não) importam na prática médica: uma autoetnografia performática sobre o corpo gay na escola médica [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2019.
13. Ramalho-de-Oliveira D. Overview and prospect of autoethnography in pharmacy education and practice. *Am J Pharm Educ*. 2020;84(1):7127. doi:10.5688/ajpe7127.
14. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2015.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
16. Le Roux CS. Exploring rigour in autoethnographic research. *Int J Soc Res Methodol*. 2016;20(2):195–207. doi:10.1080/13645579.2016.1140965.
17. Gastaldo D. Congruência epistemológica como critério fundamental de rigor na pesquisa qualitativa em saúde. Em: Bosi MLM, Gastaldo D, organizadoras. Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teórico-metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2021.
18. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chic Leg Forum* [Internet]. 1989 [citado em 30 jul. 2025];1(8):139-67. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
19. Collins PH. Epistemologia feminista negra. Em: Costa BJ, Torres NM; Grosfoguel R, organizadores. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2019. p. 139-71.
20. Lugones M. Colonialidad y género. *Tabula Rasa* [Internet]. 2008 [citado em 30 jul. 2025];9:73-101. Disponível em: <https://www.revistatabularasa.org/numero09/colonialidad-y-genero/>
21. Collins PH. Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. São Paulo: Boitempo Editorial; 2019.

22. Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano. Em: Rios F, Lima M, organizadores. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar; 2020.
23. Bispo AS. A terra dá, a terra quer. São Paulo: Ubu Editora; 2023.
24. Grosfoguel R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. Soc Estado. 2016;31(1):25-49. doi:10.1590/S0102-69922016000100003.
25. Carvalho JG. Encontro de Saberes e descolonização: para uma refundação étnica, racial e epistêmica das universidades brasileiras. Em: Costa BJ, Torres NM, Grosfoguel R, organizadores. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. 2. ed. Belo Horizonte (MG): Autêntica Editora; 2019. p. 79-107.
26. Mignolo WD. Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. Rev Bras Cienc Soc. 2017;32(94):e329402. doi:10.17666/329402/2017.
27. Quijano A. Colonialidade do poder e classificação social. Em: Santos BS, Meneses MP, organizadores. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez; 2009. p.73-118.
28. Walsh C, Linera AG, Mignolo W. Interculturalidad, Descolonización del Estado y del Conocimiento. Buenos Aires: Ediciones Del Signo; 2006.
29. Maldonado-Torres N. La descolonización y el giro des-colonial. Tabula Rasa [Internet]. 2008 [citado em 30 jul. 2025];30(9):61–72. Disponível em: <https://www.revistatabularasa.org/numero09/la-descolonizacion-y-el-giro-des-colonial/>
30. Kilomba G. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. São Paulo: Cobogó; 2020.
31. Bento C. O pacto da branquitude. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
32. Oliveira ARM, Szczerbowski D. Quinina: 470 anos de história, controvérsias e desenvolvimento. Quim Nova [Internet]. 2009 [citado em 30 jul. 2025];32(7):1971–4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/qn/a/mWPDYJzGn9gMkz43JNRFTw/?lang=pt>.
33. Brunton L, Lazo J, Parker K. Goodman and Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics. 11. ed. New York: McGraw-Hill; 2006.
34. Ferro D, Pereira AMS. Fitoterapia: conhecimentos tradicionais e científicos. São Paulo: Bertolucci; 2018.
35. Aloe vera (L.) Burm.f. — Herbário – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro; 2020 [citado em 30 jul. 2025]. Disponível em: <https://www.unirio.br/ccbs/ibio/herbariohuni/aloe-vera-l-burm-f>
36. Evaristo C. Macabéa: flor de mulungu. Rio de Janeiro: Oficina Raquel; 2023.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Informações Sistematizadas da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS: *Erythrina mulungu* Mart. ex Benth., *Fabaceae* (Mulungu). Brasília (DF); 2023.
38. Anvisa. Resolução nº 26, de 13 de maio de 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. Brasília (DF); 2014.

39. Wedig JC. “Conhecimento não se vende”: a colonialidade e o embate de perspectivas sobre os conhecimentos tradicionais. *Civitas* [Internet]. 2021 [citado em 30 jul. 2025];21(2):334–43. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/civitas/article/view/36119>
40. Costa BJ, Torres NM, Grosfoguel R. Introdução: decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Em: Costa BJ, Torres NM, Grosfoguel R, organizadores. *Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico*. 2. ed. Belo Horizonte (MG): Autêntica Editora; 2019. p. 79-107.
41. Reis DS. A colonialidade do saber: perspectivas decoloniais para repensar a univers(al)idade. *Educ Soc* [Internet]. 2022 [citado em 30 jul. 2025];43:e240967. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/V4NXjqDTzVTkVLRXQyDfdyQ/?format=pdf>
42. Instituto Escolhas. Aula 1 | CDB: avanços e desafios na conservação da biodiversidade brasileira [Vídeo na Internet]. São Paulo: Instituto Escolhas; 2022 [citado em 14 jul. 2025]. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=KC7UvwHtWvo>
43. Barber S, Diez Roux AV, Cardoso L, et al. At the intersection of place, race, and health in Brazil: residential segregation and cardio-metabolic risk factors in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Soc Sci Med* [Internet]. 2018 [citado 30 jul. 2025];199:67-76. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28821371/>. doi:10.1016/j.socscimed.2017.05.047.
44. Oliveira FEG, Griep RH, Chor D, et al. Racial inequalities in multimorbidity: baseline of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC Public Health*. 2022 [citado 30 jul. 2025];22(1):1319. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35810284/>. doi:10.1186/s12889-022-13715-7.
45. Gonçalves MM. Raça, racismo e saúde: políticas do negativo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2023.
46. Braz MMA. Políticas afirmativas no Brasil: análise do percurso de dez anos da Lei 12.711/2012 (lei de cotas) [Internet]. *SciELO Preprints*. 2022 [citado em 30 jul. 2025]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4369/8328>
47. Costa L, Fideles S. Último episódio da série Mulheres Cientistas conta história da primeira indígena a ingressar em doutorado na UFMG [Internet]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais. 2019 [citado em 30 jul. 2025]. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/assessoria-de-imprensa/release/ultimo-episodio-da-serie-mulheres-cientistas-counta-historia-da-primeira-indigena-a-ingressar-em-doutorado-na-ufmg>