



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO  
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE  
CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM SAÚDE COLETIVA**

**MARIANA REIS DE SOUZA LIMA**

**MUTIRÃO AGROFLORESTAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: COMO PROPOSTAS  
INOVADORAS PODEM FORTALECER O SUS**

**BRASÍLIA**

**2020**

**MARIANA REIS DE SOUZA LIMA**

**MUTIRÃO AGROFLORESTAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: COMO PROPOSTAS  
INOVADORAS PODEM FORTALECER O SUS**

Produção técnico-científica aplicada como trabalho de  
conclusão de aperfeiçoamento em Saúde Coletiva da Fiocruz  
Brasília

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Oliveira Novais  
Co-orientador: Marcos Antonio Trajano Ferreira

**BRASÍLIA**

**2020**

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

L732m

Lima, Mariana Reis de Souza.

Mutirão agroflorestal em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal: como propostas inovadoras podem fortalecer o SUS / Mariana Reis de Souza Lima. – 2020.

31 f. ; il. color.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Oliveira Novais.

Co-orientador: Marcos Antonio Trajano Ferreira.

Trabalho de conclusão de curso (aperfeiçoamento) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Gerência Regional de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas de Saúde, Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Coletiva, 2019.

1.Sistema Único de Saúde – fortalecimento. 2.Agricultura Florestal. 3.Promoção da Saúde. 4.Saúde ambiental. I.Título.

CDU 613:631

#### **Bibliotecário responsável:**

Jônathas Rafael Camacho Teixeira dos Santos (CRB-1/2951)

Mariana Reis de Souza Lima

**MUTIRÃO AGROFLORESTAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO  
DISTRITO FEDERAL: COMO PROPOSTAS INOVADORAS PODEM  
FORTALECER O SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentada à Escola Fiocruz de Governo  
como requisito parcial para obtenção do  
Título de Aperfeiçoamento em Saúde  
Coletiva.

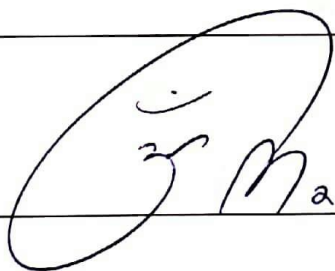
Aprovado em 19/12/2019.

BANCA EXAMINADORA



---

Tatiana Oliveira Novais



---

Marcos Antonio Trajano Ferreira



---

Missifany Silveira



---

Marcos de Barros Freire Júnior

“Mas também penso que, da mesma forma que partículas que há bilhões de anos estiveram nas estrelas e hoje estão em mim como fruto do processo evolutivo, daqui a milhões de anos partículas hoje minhas poderão ter retornado às estrelas, formando essa divina circularidade, fruto criador da renovação cósmica”.

(RIBEIRO, 2005)

## RESUMO

Este trabalho propõe o relato de uma experiência de criação e manejo de uma agrofloresta dentro do espaço da unidade básica de saúde UBS nº 01 do Lago Norte da Região de Saúde Central de Brasília do Distrito Federal. Tem como objetivo geral discutir o exemplo da prática de participação comunitária do sistema agroflorestal desta UBS através do referencial teórico de Saúde Coletiva. A metodologia deste trabalho é a de observação participante, dentro do campo da pesquisa qualitativa. É importante pois, considerando as possibilidades de interlocução entre este projeto e aspectos macro diretamente relacionado ao SUS, enseja reflexões sobre possibilidades de inovação de atuação em saúde em um contexto em que a análise aprofundada sobre relações mercantilistas na política brasileira e internacional pode desencorajar a ideologia de um sistema de saúde universal. Propõe-se então a discussão dentro de três áreas - promoção da saúde, saúde ambiental e complexo produtivo da saúde - que foram escolhidos a partir dos registros no diário de campo, passando pelos tópicos relação produção-consumo, participação comunitária, manejo de resíduos sólidos, ocupação sustentável do espaço e produção racional de fitoterápicos.

**Palavras-Chave:** Sistema Único de Saúde. Agricultura Florestal. Promoção da Saúde. Saúde Ambiental.

## ABSTRACT

This paper proposes the report of an experience of creation and management of an agroforestry system within the space of the basic health unit nº 01 of the Lago Norte neighborhood of the Central Health Region of Brasília of the Federal District. Its general objective is to discuss the example of the community participation practice of this agroforestry system through the theoretical framework of Collective Health. The methodology of this work is the participant observation, within the field of qualitative research. Considering the possibilities of dialogue between this project and macro aspects directly related to Universal Health System of Brazil, it is important to reflect on possibilities of innovation in health care in a context in which the in-depth analysis of mercantilist relations in Brazilian and international politics may discourage the ideology of a universal health system. It is then proposed to discuss within three areas - health promotion, environmental health and health production complex - which were chosen from the records of field diary, going through the topics production-consumption relationship, community participation, solid waste management, sustainable space occupation and rational production of herbal medicines.

**Keywords:** Universal Access to Health Care Services. Organic Agriculture. Health Promotion. Environmental Health.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Foto “Agrofloresta em meados de dezembro de 2018”.

Figura 2 – Foto “Agrofloresta em meados de janeiro de 2019”.

Figura 3 – Foto “Manejo de resíduos sólidos: reaproveitamento de madeiras de placas publicitárias”.

Figura 4 – Foto “Luvas do trabalho biomédico em mãos que reconhecem e incentivam o conhecimento tradicional”.



## LISTA DE SIGLAS

AGEFIS – Agência de Fiscalização do Distrito Federal

CSA – Comunidades que Sustentam a Agricultura

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

DF – Distrito Federal

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

NOVACAP – Companhia Urbanizadora da Nova Capital do Brasil

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio

PNCTIS - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

PNPMF - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

RA – Região Administrativa

RENISUS - Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UHC – sigla em inglês - *Universal Health Coverage*

UHS – sigla em inglês – *Universal Health System*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de Pesquisa.....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1</b>	<b>Promoção de Saúde.....</b>	<b>16</b>
<b>4.2</b>	<b>Saúde Ambiental.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3</b>	<b>Complexo Produtivo da Saúde.....</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho propõe o relato de uma experiência de criação e manejo de uma agrofloresta dentro do espaço de uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. É importante pois, considerando as possibilidades de interlocução entre este projeto e aspectos macro diretamente relacionado ao Sistema Único de Saúde (SUS), enseja reflexões sobre possibilidades de inovação de atuação em saúde em um contexto em que a análise aprofundada sobre relações mercantilistas na política brasileira e internacional pode desencorajar a ideologia de um sistema de saúde universal.

O termo “universal” tem sido empregado nas discussões quanto a sistemas universais de saúde (UHS - sigla em inglês - *Universal Health System*) e cobertura universal de saúde (UHC – sigla em inglês - *Universal Health Coverage*). Isto tem contribuído para um entendimento difuso do termo e uma confusão ao que se refere à garantia de direitos proposta por estes dois modelos.

A diferenciação central destes dois modelos está no próprio financiamento deles, que traz uma série de consequências práticas para o cidadão. O primeiro, UHS, é financiado com fundos públicos, através de impostos gerais e contribuições sociais em sistemas em que a contribuição é proporcional à renda, como mecanismo de defesa de equidade e acesso igualitário. Já a UHC preza pela combinação de fundos, sendo o Estado contratante de um provedor de serviço de saúde ao mesmo tempo em que o cidadão deve adquirir algum tipo de plano deste mesmo provedor ou associados para ter acesso aos serviços básicos.

Isto quer dizer que nos UHS, os serviços devem ser ofertados de acordo com necessidades populacionais, incluindo as diferentes necessidades por região e faixa etária, enquanto os UHC prezam por uma gama de serviços pré-definidos de acordo com o tipo de plano adquirido. Nesses termos, os UHS têm mais potencialidade de mudar problemas estruturais de desigualdades de acesso que os UHC.

Na América Latina, permanecem as disputas entre estas duas propostas para alcançar a universalidade em saúde, que envolvem diferentes concepções sobre direito à saúde e papel do Estado na proteção social. Países latino-americanos seguiram caminhos distintos de reformas na saúde, alguns com incorporação de princípios condizentes com a proposta de cobertura universal, sob formas variadas. O Brasil é o único país capitalista da região que adotou um modelo de sistema público universal desde 1988. Embora a implementação do SUS tenha sofrido constrangimentos e

contradições, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e a expansão de serviços públicos trouxeram avanços importantes (1).

A seção Saúde no capítulo da Seguridade Social da Constituição Federal de 1988 traz em seu primeiro artigo a garantia por políticas públicas e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da Saúde (2). No entanto, já são relatados os processos de cooptação do SUS por adeptos das práticas do neoliberalismo (3,4,5), processos tais que minaram justamente a universalidade e a igualdade, ao empobrecer o sistema com o pensamento de que este deveria ser para quem não tem condição de pagar serviços privados e também com a focalização das práticas da Seguridade Social voltadas ao combate da pobreza.

Paim nos conta que ao longo destes 30 anos de democracia, mesmo nos anos de governos considerados de esquerda, a mercantilização do SUS e da Saúde estiveram presentes, fomentada pela pressão de organismos internacionais, o que é fator determinante no fato de o orçamento da Seguridade Social, e logo o da Saúde, nunca ter sido cumprido conforme o previsto na Constituição Cidadã (5). A “questão social” passou a ser conduzida pelos “programas emergenciais” e de transferência, condicionada de renda, e o SUS passou a ser a representação da falta de escolha por aqueles que não têm condição financeira de aderir a um plano privado de saúde.

Ainda assim, até janeiro de 2019, mais de 75% da população brasileira utiliza-se exclusivamente dos serviços SUS na busca e manutenção da saúde (6), enquanto os outros 25% que têm plano de saúde privado beneficiam-se através dos programas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e, em menor porcentagem, de serviços de saúde propriamente dito. Mesmo cooptado por uma lógica liberal, o SUS é essencial no cuidado com a vida de cidadãos brasileiros e, através dele, o Brasil foi capaz de reduzir a taxa de mortalidade infantil e de mortalidade geral, além de reduzir desigualdades entre as macrorregiões do país (7).

Isto quer dizer que o SUS continua ativo e capaz de trazer resolutividade e, ao contrário do que se proclama nas mídias sociais por aqueles que se preocupam com a emergência de lideranças governamentais conservadoras, o SUS não vai acabar, em parte por ser uma fonte de lucro de organizações privadas (5). E, se por uma lógica perversa é garantida sua sobrevivência, como podemos fortalecer este sistema para que, aos poucos, outras lógicas de existência possam se consolidar? Como podemos garantir que o povo brasileiro continue se beneficiando do que funciona, incluindo em “povo brasileiro” também as populações não vulneráveis? Como podemos abrir

espaço para novos olhares quanto à função do SUS na sociedade atual? Como podemos trazer a universalidade em seu tom mais democrático?

Com estas questões, junto ao esforço de romper com a ideia de “sistema pobre para pobres” e valorizar a força criativa que este sistema carrega, volta-se a atenção para o potencial de inovação inerente ao “fazer saúde” e para o olhar ampliado dos determinantes sociais da saúde. Como aponta Gallo, tendo como base a determinação social da saúde, três áreas em especial passaram a desenvolver teórico-praticamente a relação entre meio ambiente, desenvolvimento sustentável e saúde: promoção da saúde, saúde ambiental e complexo produtivo da saúde (8). Este projeto de agrofloresta dialoga diretamente com estas três áreas.

Para se avançar na discussão, vale o resgate conceitual destes conceitos, a começar pelo o que é uma agrofloresta. Uma agrofloresta, ou sistema agroflorestal, é uma técnica de uso ou manejo da terra, em que se combinam espécies arbóreas (frutíferas e/ou madeireiras) com cultivos agrícolas e/ou criação de animais, de forma simultânea ou em sequência temporal. Os sistemas agroflorestais apresentam como principais vantagens a fácil recuperação da fertilidade dos solos, o fornecimento de adubos verdes, o controle de ervas daninhas e a dispensa de agrotóxicos.

O sistema agroflorestal com grande mistura de espécies (arbustos, árvores de pequeno e grande porte), apesar de alterado em relação à floresta original, funciona de forma parecida com a floresta natural, em termos de ciclos de nutrientes, regulamentação do ciclo hídrico e interação com a atmosfera. A produção agroflorestal é intrinsecamente conservacionista e gera um impacto positivo a partir dos "serviços ambientais" prestados, de acordo com as características funcionais do ecossistema.

Vale destacar que a lógica dos sistemas agroflorestais no uso do ambiente é em nome das necessidades sociais. Neste sentido, pode ser incluído como determinante da sustentabilidade ambiental quanto do processo saúde-doença, considerando a relação indissociável entre saúde e ambiente (9).

A promoção da saúde é definida como o processo que possibilita às pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes sociais da saúde e através disto melhorá-la. Portanto, a promoção da saúde representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas às mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública (8).

A saúde ambiental, por sua vez, olha o ambiente que influencia a saúde de forma contextualizado e inserido na complexa trama da determinação da saúde das populações. Todo o adoecimento e morte de um povo podem ser compreendidos pelo estilo de relações territoriais. Assim, a doença reflete as alterações geográficas, demográficas, produtivas e culturais que impactam a vida. Estas visões sistêmicas têm se refletido nos esforços para aliar as políticas de ambiente e as de saúde (8,10).

Por último, o Complexo Produtivo da Saúde aliou a visão de saúde coletiva com a de economia política. O desenvolvimento do potencial econômico e de inovação e a geração de consumo, emprego, lucro e distribuição de renda dele advindas deve considerar a garantia das necessidades sociais básicas, mais vinculadas à garantia do bem-estar social, articulado ao crescimento econômico sustentável com equidade e justiça social. Vale destacar a percepção rigorosa do conceito de inovação, incorporando a transformação social, política, econômica e institucional, associada à mudança da base produtiva e tecnológica. Ou seja, a inovação aponta que o desenvolvimento é caracterizado como um processo não linear que está associado a mudanças estruturais que *não decorrem da expansão da base produtiva e social preexistente* (8,11).

Com estes conceitos e problematizando o processo de implementação do Sistema Único de Saúde, propomos, a seguir, a discussão dos pontos em que a experiência da agrofloresta em uma unidade SUS desperta, mas antes, um breve delineamento do processo e do método.

## **2 OBJETIVOS**

O presente estudo tem por objetivos:

### **2.1 Objetivo Geral**

Discutir o exemplo da prática de participação comunitária do sistema agroflorestal da UBS nº 01 do Lago Norte da Região de Saúde Central de Brasília através do referencial teórico de Saúde Coletiva.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Analisar a experiência na perspectiva da promoção de saúde, saúde ambiental e complexo produtivo de saúde;
- Destacar a possibilidade de fazer e promover saúde considerando as dimensões biopolíticassociais.

### **3 METODOLOGIA**

A Metodologia deste trabalho é a de Observação Participante, dentro do campo da Pesquisa Qualitativa.

#### **3.1 Tipo de Pesquisa**

A Pesquisa Qualitativa tem seu sentido principal na experiência vivenciada pelo sujeito. É uma metodologia que convida a subjetividade ao mesmo tempo em que analisa dentro de um contexto e a questiona através da transparência da experiência. A observação participante é uma das técnicas muito utilizada nas pesquisas com componentes qualitativos e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação.

O processo da observação participante segue algumas etapas essenciais, que apoiam em sua configuração científica. A primeira é a inserção do pesquisador no contexto a ser pesquisado, considerando o grupo de sujeitos. O contato entre comunidade e pesquisador carrega uma tensão cotidiana inerente a este constante aproximar e distanciar natural do processo da pesquisa em campo, isto é, o de uma identificação com o grupo ao mesmo tempo em que há um distanciamento a fim de preservar certa objetividade.

A segunda etapa é a de coleta de dados, que traduz esse movimento de tentar ter uma visão sistêmica da situação vivenciada. Os dados devem ser registrados imediatamente no diário de campo, para não haver perda de informações relevantes. Também registros de imagens podem ser utilizados para apoiar neste processo. Já a terceira etapa é a de sistematização e análise dos dados. A análise dos dados deve informar ao pesquisador a situação real do grupo e sobre a percepção que este possui de seu estado (12).



#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O contato para participar do projeto de agrofloresta dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) ocorreu através do Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Coletiva da Fiocruz Brasília, do ano de 2018, que previa a exploração de práticas no âmbito do SUS no território. A discente já havia manifestado interesse em conhecer projetos criativos que unissem saúde e natureza. Uma das docentes do curso tinha o contato de um médico de família que estava propulsionando o projeto da agrofloresta na unidade em que trabalha e então esta ponte foi feita.

Em outubro de 2018 foi a primeira visita à Unidade, que é a UBS nº 01 do Lago Norte da Região de Saúde Central de Brasília, DF, e de outubro até o final da participação da discente no projeto, em fevereiro de 2019, foram oito visitas ao território, em semanas e dias diferentes. Optou-se pelo método da observação participante como forma de inserção no território e pelo diário de campo como forma de registro do processo.

Figura 1. Agrofloresta em meados de dezembro de 2018.



Fonte: Autora, 2019.

Figura 2. Agrofloresta em meados de janeiro de 2019.



Fonte: Autora, 2019.

Propõe-se então a discussão dentro das três áreas trazidas anteriormente - promoção da saúde, saúde ambiental e complexo produtivo da saúde - e que foram escolhidos a partir dos registros no diário de campo. Estes serão apresentados em tópicos a seguir.

#### **4.1. Promoção da Saúde**

No panorama da promoção de saúde como processo que possibilita às pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes sociais da saúde e através disto melhorá-la, soma-se o conceito de autonomia, entendida como “condição que se constrói na relação com o outro, na qual sujeitos individuais e/ou coletivos desenvolvem uma maior capacidade de compreender e agir criticamente, transformando a si mesmos e o seu contexto social em um sentido emancipatório, promovendo a capacidade do indivíduo de tomar decisões sobre a saúde, as relações sociais e sobre sua vida em três dimensões: Clínica, Sanitária e Ético-moral” (8).

O manejo desta agrofloresta é feito através de “mutirões agroflorestais” – atividade combinada para que as pessoas possam no mesmo espaço físico e temporal trabalhar de forma cooperativa para realizar as tarefas necessárias ao cuidado com a agrofloresta. Os mutirões são formas antigas e tradicionais de trabalho e organização em que as pessoas se unem para realizar uma atividade coletivamente. Dentro da perspectiva agroflorestral, os mutirões são espaços férteis para a construção coletiva do conhecimento de forma participativa, através de trocas de experiências entre os participantes para a execução de atividades práticas de planejamento, implantação, avaliação e manejo de agroflorestras. O aprendizado adquirido nos mutirões transcende a técnica da Agrofloresta, pois deflagra um processo de formação e transformação integral do ser humano, contribuindo para as mudanças de paradigma e de atitudes (13).

A participação de todos, de forma equivalente, gera um sentimento de pertencimento do grupo e responsabilidade partilhada. O método pedagógico apropriado à Agrofloresta é “aprender fazendo”: vivenciar experiências, compartilhar aprendizados, observar, abrir canais de percepção, participar do ambiente e se integrar à rede de fluxos e relações vivas naturais (13).

Nesse sentido, a metodologia do mutirão está de acordo com o conceito de autonomia exposto acima, e é encontro como lugar de nutrir a cultura de paz. O

encontro entre as pessoas através de uma prática que necessita de colaboração e participação comunitária e que tem fundamento contra hegemônico pode ser um caminho de empoderamento de indivíduos e autonomia social e coletiva, facilitando a crítica sobre produção, consumo e relação com a natureza. A participação dos usuários desta UBS e a da comunidade moradora da região de saúde carrega em si o intrínseco compartilhamento do conhecimento sobre a possibilidade de formas de produção ecológicas de produtos agrícolas e a reflexão sobre o que e como se escolhe consumir.

Sabe-se que o Brasil o setor primário da economia é marcado pela hegemonia do agronegócio no acesso a recursos naturais, cuja base de produção caracteriza-se pela expansão das monoculturas e culturas transgênicas e uso intensivo de agrotóxicos. É o segundo maior produtor de transgênicos e maior consumidor global de agrotóxicos (14). Já o DF é o maior consumidor de produtos orgânicos do Brasil, e isto muito se relaciona ao seu alto poder aquisitivo.

Como resultado da experiência da observação participante, foi percebido que a maioria das pessoas que frequentavam os mutirões fazem parte da parcela da população de maior renda, sendo aposentados moradores da região, estudantes de nível superior, produtores locais do movimento Comunidades que Sustentam a Agricultura (CSA). A única pessoa que frequentava o mutirão que tinha menor renda era um servidor terceirizado da UBS, que inclusive tinha papel fundamental no mutirão no plantio das plantas e continuação dos cuidados. Vale destacar que esta UBS se localiza em uma das zonas mais nobres e de maior poder aquisitivo do DF, o Lago Norte<sup>1</sup>, que é limítrofe a outra considerada baixa renda, o Varjão<sup>2</sup>. Esta UBS é frequentada por pessoas de ambas as zonas.

Nesse sentido, é interessante destacar a tensão ambiental e de poder aquisitivo existente no território da UBS. Através do movimento identificado na atividade agroflorestal, é arriscado, mas não ingênuo, supor que a maioria da população que frequenta os serviços biomédicos da UBS para tratamento faz parte das classes sociais

---

<sup>1</sup> A ocupação do Lago Norte ocorreu entre 1960 e 1965, a partir do projeto urbanístico elaborado pela NOVACAP. A PDAD 2018 aponta que a população urbana da RA Lago Norte era de 33.103 pessoas, sendo 51,8% do sexo feminino. A idade média era de 39,7 anos. A renda domiciliar estimada na região do Lago Norte foi de R\$ 15.203,4, que resulta em um valor médio por pessoa de R\$ 6.394 (15).

<sup>2</sup> A primeira ocupação da Vila Varjão ocorreu em meados da década de 1960, com caráter rural, em área pública. Na década de 1970, foi sucessivamente dividida entre parentes e amigos, resultando em um aglomerado desordenado junto ao Ribeirão do Torto, voltadas para a agricultura de subsistência. Em 1984 foi realizado o primeiro estudo para fixação do Varjão pelo Grupo Executivo para Assentamento de Favelas e Invasões – GEPAFI. A PDAD 2018 aponta que a população urbana da RA Varjão era de 8.802 pessoas, sendo 51% do sexo feminino. A idade média era de 27,9 anos. Já a renda domiciliar estimada foi de R\$ 2.262,9, que resulta em um valor médio por pessoa de R\$ 834,2 (15).

de menor poder aquisitivo e que nas práticas de prevenção (vacinas) e nas práticas integrativas e alternativas, como o mutirão, há maior participação de pessoas com alto poder aquisitivo.

Apesar de ser estratégico para a sobrevivência e inovação do SUS que ele seja palco de atividades que dialoguem também com a população de maior renda, há que cuidar para que esta tensão não se torne barreiras de acesso, mesmo que invisíveis, que dificultem o favorecimento de autonomia para aqueles historicamente empobrecidos neste território. Há que cuidar para que um sistema único permaneça único e não sofra uma segregação similar ao que ocorre com os espaços públicos no Distrito Federal, de marginalização e gentrificação (16).

Por outro lado, a prática com pressuposto participativo e de troca de experiência, para além do fortalecimento da autonomia, fortalece vínculos e integra o movimento de convidar as pessoas a se relacionarem, uma vez que a atualidade é marcada pelo isolamento social, com taxas correlatas de aumento de casos de suicídio.

Também o fato de que uma prática que necessita ser participativa dentro do SUS, e que traz como foco a relação ser humano-natureza, pode ser convidativa para pessoas que a princípio não são usuárias diretas do SUS, mas que se interessam pelos temas correlatos à ecologia. Isto agrega mais pessoas entendendo que promover saúde não é apenas facilitar acesso a consultas e medicamentos, e que o SUS é mais do que fornecimento de serviços biomédicos.

Além disso, há o esvaziamento de canais de participação da sociedade quanto a estes temas, distanciando as políticas implementadas das prioridades que emergem do tecido social. Como já citado, esta agrofloresta é acompanhada e manejada por membros produtores das Comunidades que Sustentam a Agricultura<sup>3</sup>. No Distrito Federal, o movimento das CSA ganha força, sendo a região com o maior número de CSA do Brasil; o encontro, através dos mutirões agroflorestais nesta UBS, entre os produtores das CSA e as pessoas usuárias do SUS traz a ciência de opções de consumo mais saudáveis. À medida que mais pessoas vão aderindo aos CSA, cujo foco é a aproximação entre o produtor e o comprador, sem intermédio de mercados, mais há a concentração econômica para aumento financeiramente acessível desta oferta, criando uma força social contra hegemônica ao modelo do agronegócio.

---

<sup>3</sup> A CSA é uma tecnologia social que deriva do conceito de trimemoração social de Rudolf Steiner para financiamento coletivo em que um organismo agrícola oferta gêneros alimentícios de forma regular e sistemática, com rastreabilidade e em contrapartida uma comunidade de coagricultores aporta recurso financeiro antecipado o que sustenta o ciclo produtivo desde antes do plantio (17).

Esta conscientização é essencial no atual cenário de retrocesso, em que o Brasil se vê diante da liberação de agrotóxicos proibidos em tantos outros países (inclusive países importadores de produtos agrícolas brasileiros) e do afrouxamento de leis de proteção ambiental.

#### **4.2. Saúde Ambiental**

A Constituição Brasileira, ao incluir a ideia de que saúde e meio ambiente constituem direitos do povo brasileiro, faz com que as políticas de meio ambiente sejam focadas na atenuação das disparidades regionais em termos de salubridade ambiental, para que todos os indivíduos estejam sujeitos a semelhantes fatores ambientais.

A Saúde Ambiental atual baseia-se no reconhecimento da existência e das necessidades de todos os seres humanos e no encontro de soluções dentro dos princípios de equidade e de universalidade. Um ambiente propício à vida é essencial para que o ser humano desenvolva todas suas capacidades. Dados os perigos ao ambiente hoje e, em consequência, o perigo à própria existência, o acesso a um ambiente saudável deve ser concebido como um direito que impõe sobre cada um a obrigação a ser respeitado.

A justiça ambiental é entendida como um conjunto de princípios e práticas que asseguram que nenhum grupo social suporte uma parcela desproporcional das consequências ambientais negativas de operações econômicas, decisões de políticas e programas, ou a ausência delas, assegurando o acesso justo e equitativo aos recursos ambientais do país.

O conceito de (des)igualdade ambiental vem sendo inserido na fundamentação dos estudos e pesquisas sobre Saúde e Justiça ambientais. A desigualdade ambiental é a exposição de indivíduos e grupos sociais a riscos ambientais diferenciados. Os indivíduos não são iguais do ponto de vista do acesso a bens ambientais coletivos, tais como ar puro, áreas verdes, locais salubres para moradia, embora muitos desses bens sejam públicos (18).

Na mesma direção, a classificação dos riscos ambientais é dividida em três níveis de análise. A primeira refere-se aos riscos ambientais no nível domiciliar, envolvendo temas como urbanização e assentamentos vulneráveis, déficit

habitacional e precário acesso à água e saneamento. Engloba direitos sociais básicos e resulta em efeitos simples e diretos sobre a saúde (ex: infecções intestinais e respiratórias agudas).

A segunda se relaciona aos riscos ambientais no nível local e inclui atividades de produção e transporte; poluição química do ar por indústrias, veículos e queimadas; contaminação dos solos, águas e alimentos por atividades de produção industrial e agrícola. Resulta em efeitos mediados por intensas transformações socioambientais, combinando diretos e de curto prazo (das doenças respiratórias aos acidentes de trânsito e de trabalho resultantes dos modelos de transporte urbano), como indiretos de médio e longo prazos (câncer e doenças cardiovasculares resultantes da poluição). A terceira abrange riscos ambientais nos níveis regional e global, como mudanças climáticas, combinando efeitos (curto, médio e longo prazos) modulados por transformações socioambientais intensivas e extensivas, envolvendo maior complexidade. No nível macro e estrutural, esta categoria se relaciona aos processos de industrialização e urbanização, assim como às profundas e rápidas mudanças no uso e ocupação do solo como a expansão da fronteira agrícola, desmatamento, queimadas e desastres ambientais, resultando em multiplicidade de danos, doenças e agravos.

Os grupos sociais em que persistem os piores indicadores de cobertura e acesso aos direitos sociais (educação, alimentação, trabalho, saúde, moradia, saneamento, segurança, transporte e mobilidade urbana) costumam ser os mais expostos aos riscos ambientais onde vivem e trabalham. Destituídos da integralidade e universalidade de seus direitos, estes grupos acabam por vivenciar de modo mais intenso a sobreposição das três categorias de riscos ambientais (19), com pouco ou mesmo sem acesso a bens ambientais.

Há que se desmistificar a relação que se faz entre pobreza e degradação ambiental, mostrando que é a riqueza e não a pobreza que causa o esgotamento dos recursos naturais. No entanto, a riqueza mitiga os efeitos da degradação, exportando-a para outros locais. Já os pobres dependem mais dos recursos locais porque não têm poder de compra para participar do comércio internacional, nem para habitar em condições de menor risco à sua saúde por conta de contaminação e degradação ambientais.

Oriunda dessa riqueza produto e produtora de capital, uma das grandes questões no que diz respeito a ambientes saudáveis é a relação excessiva produção e consumo, sem políticas de controle adequado de resíduos, o que gera acúmulo de lixo.

O descarte de materiais e produtos, a carência da coleta seletiva, o precário tratamento do lixo e a incapacidade de despejá-lo em locais seguros afeta com maior magnitude os pobres, que vivem em áreas negligenciadas com maiores riscos ambientais a nível domiciliar, local e com menos recursos de driblarem a situação quando o risco global se torna realidade.

Considerando a Justiça e Saúde ambientais, houve neste projeto a preocupação de reutilizar e/ou compostar um tipo de material que no contexto do DF contribui muitíssimo para a produção do lixo urbano: as madeiras para apoiar as faixas publicitárias. Houve um contato com a AGEFIS, órgão responsável por recolher estas faixas, para que tais madeiras fossem doadas com fins de reaproveitamento. A maior parte delas se tornou matéria orgânica: foram alocadas junto aos corredores de passagem entre os canteiros e com tempo decompõe-se e se tornam nutrientes para o solo. Outra parte foi aproveitada para criar uma estrutura de cercados.

Figura 3. Manejo de resíduos sólidos: reaproveitamento de madeiras de placas publicitárias.



Fonte: Autora, 2019.

Neste contexto, os sistemas agroflorestais são um ensaio (ou mesmo um vislumbre) para um caminho de fortalecimento da igualdade ambiental. É esclarecido que esta experiência isolada não tem capacidade de impactos grandiosos no contexto regional do DF, mas é parte integrante de um movimento de mudança de paradigma e resistência ao padrão de produção opressora.

Outro ponto valioso a ser considerado no que diz respeito ao ambiente e seus fatores de saúde e riscos é o padrão de ocupação de espaços no contexto do DF e de forma geral, nas pequenas e grandes cidades do Brasil. A urbanização tem sido um fator determinante para a mudança do perfil epidemiológico e da situação de Saúde, especialmente nas grandes cidades, em que as condições de vida vêm se deteriorando.

As cidades vêm crescendo vertiginosamente sem o devido acompanhamento de infraestrutura básica, que para além de riscos ambientais desiguais, afeta o sentimento de pertencimento desses territórios de vivência para a população. O sentido de pertencer nos territórios em que vivem pode contribuir para tomada de consciência e participação nas decisões (20).

No DF, é visível a crescente ocupação irregular de áreas verdes, inclusive áreas de nascentes de rios, por condomínios de moradia em que o concreto toma conta. Junto com estes condomínios, o aumento do número de carros e a preocupação em criar estacionamentos. É visível que a cada ano que passa o DF sofre mais com chuvas intensas, oriundas do desequilíbrio ecológico do cerrado, que foi substituído por fazendas de agronegócio e campos de milho e soja, e as vias das cidades, inclusive do Plano Piloto e bairros nobres, alagam pela incapacidade de drenagem do solo oriundo do aumento do concreto.

No microespaço desta UBS a preocupação com esta questão estava visível: em conversas informais com a pessoa idealizadora do projeto houve a expressa preocupação de ocupar a área com agrofloresta antes que ela se tornasse um estacionamento ou mesmo um terreno desocupado com risco de acumular materiais descartados de forma imprópria, como pneus, plásticos de embalagem, etc. A agrofloresta vêm dessa preocupação de ocupar os espaços de forma sustentável e que beneficie uma coletividade, seja pela participação dessas pessoas e o fortalecimento do vínculo com o território, seja pela potencialidade de recuperação e proteção natural de solos, regulação de chuvas, produtos medicinais e melhora da qualidade do ar no entorno da agrofloresta.

### **4.3 Complexo Produtivo da Saúde**

Em 1991, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçou a importante contribuição da medicina tradicional na prestação de assistência social, especialmente às populações que têm pouco acesso aos sistemas de saúde, e solicitou aos estados-membros que intensificassem a cooperação entre praticantes da medicina tradicional e da assistência sanitária moderna, principalmente no tocante ao emprego de remédios tradicionais de eficácia científica demonstrada, a fim de reduzir os gastos com medicamentos. Sugeriu, também, que todos esses remédios fossem aproveitados



plenamente e que os produtos naturais, em particular os derivados de plantas, poderiam conduzir ao descobrimento de novas substâncias terapêuticas (21).

No Brasil, treze anos depois deste pronunciamento da OMS, ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, que aprovaram integralmente a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS). Esta política é pioneira ao descrever a interseção do sistema de ciência e tecnologia com o sistema de saúde, espaço em que ocorre a inovação.

Em vários trechos a PNCTIS refere-se especificamente a medicamentos de origem vegetal, à importância de uma participação maior do setor produtivo nacional, à necessidade de maiores investimentos em pesquisa e desenvolvimento, à formação de recursos humanos, a necessidade de apoio ao trabalho em redes, à consideração do conhecimento tradicional e da biodiversidade. É a primeira vez que uma política nacional associa inovação, medicamentos e biodiversidade.

Figura 4. Luvas do trabalho biomédico em mãos que reconhecem e incentivam o conhecimento tradicional.



Fonte: Autora, 2019.

Dois anos depois da PNCTIS, em 2006, é publicada a a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Esta tem o objetivo geral de garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade e o desenvolvimento da cadeia produtiva, isto é, o encadeamento de processos desde a extração da matéria prima até o descarte de seus resíduos de forma sustentável e segura.

Tem por foco a ampliação de opções terapêuticas aos usuários de forma segura e eficaz, a consideração do conhecimento tradicional sobre as plantas, a construção do marco regulatório para produção e distribuição e o uso de plantas medicinais e de

fitoterápicos a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países.

Em 2009, foi publicada a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS) com respaldo da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. A criação da RENISUS estabeleceu uma lista com espécies vegetais considerando as que já são utilizadas nos serviços de saúde estaduais e municipais, o conhecimento tradicional e popular e os estudos químicos e farmacológicos disponíveis sobre as mesmas.

No DF, são duas Farmácia Viva da Secretaria de Saúde. Houve o aumento da produção dos fitoterápicos, que são medicamentos extraídos de plantas medicinais. De 1º de janeiro a 13 de dezembro de 2016, foram fabricadas 25.037 unidades, enquanto em todo o ano de 2015 foram 22.252, o que representa o crescimento de 11,12% (3.055 unidades). Na lista da Farmácia Viva estão chás, xaropes, tinturas, pomadas e gel, que são fabricados a partir de sete plantas: o Alecrim Pimenta, Babosa, Erva Baleeira, Confrei, Boldo, Guaco e Funcho (22).

Apesar de o objetivo último deste projeto agroflorestal dentro de UBS ser uma prática voltada para participação comunitária e promoção de saúde através do envolvimento das pessoas com o local que habitam ou frequentam, o fato de o mote do projeto ser um sistema agroflorestal produtor de plantas medicinais não deve passar despercebido, uma vez que há uma trajetória deste mesmo conteúdo quanto a políticas públicas.

É sabido que muitas Farmácias Vivas atuam na lógica da monocultura de plantas medicinais, que em termos de benefício ambiental e sustentabilidade a longo prazo, deixam a desejar. Sendo assim, este projeto abre espaço para discussão sobre formas de produção alternativas e eficazes de manter o Complexo Produtivo da Saúde em acordo com a inovação, que não decorre da expansão produtiva pré-existente, que muito se relaciona com as diretriz da PNPMF de “Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos”; “Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros” e “Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético”.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho traz luz às possibilidades de discussão de iniciativas criativas e inovadoras dentro do SUS em seu aspecto micro, que é o espaço de uma UBS utilizado por uma pequena quantidade de pessoas servidores e/ou usuários. Discuti a experiência de um sistema agroflorestal e como ela dialoga com os conceitos de Promoção de Saúde, Saúde Ambiental e Complexo Produtivo da Saúde e os desafios atuais que perpassam o modelo de desenvolvimento da sociedade atual em sentido amplo e os temas que afetam diretamente os determinantes sociais da saúde, assim como o próprio SUS.

É possível concluir, sob a perspectiva do que foi exposto, que tal experiência tem potencial de transformar as formas de os usuários se relacionarem com o SUS, de contribuir para um caminho de promoção de saúde sob o véu da autonomia, de trazer benefícios ambientais, inclusive para aqueles que não participam diretamente do manejo do sistema agroflorestal, e contribuir para fortalecer o sentimento de pertença entre o território e as pessoas que o constroem, e também de esclarecer pontos e propor alternativas para a produção farmacêutica de fitoterápicos sob um viés de inovação. No entanto, tal experiência tem eco em maior escala e em sentido de modificação de lógicas já operantes do SUS apenas como integrante de um movimento em maior escala de resistência e reflexão em torno de que SUS queremos.

Pensando a disputa entre cobertura universal e sistema universal, tal experiência de criatividade e inovação tem mais sentido dentro da proposta de universalidade de um sistema universal, em que os processos de participação comunitária e lógica sociobiológica são essenciais na promoção da saúde e tentativa de mudança de *status quo*. Em um contexto de cobertura universal, muito voltada para serviços, tal proposta pouco teria eco ou estaria descolada da discussão de saúde, restringindo-se às áreas ecológicas.

Vale ressaltar, para fins de conclusão, que o SUS é o fim para o qual milhares de trabalhadores trocam suas energias laborais e que o trabalho, na sociedade ocidental atual, é estruturante e também resultado de subjetividades de indivíduos que se encontram no ambiente laboral. Nesse sentido, deve garantir espaços de criação criativa e tem amplo papel na manutenção da saúde mental de seus servidores, sendo mais efetivo se permitir, reconhecer e valorizar propostas e ideias inovadoras de quem com ele se relaciona diariamente.

Daí a importância de um SUS que permite e incentiva processos criativos de trabalhos, favorece a integração do papel biomédico do trabalhador com atividades de interesse, inclui conhecimentos variados dentro de um marco ético e seguro. Através da vivência de um cotidiano com propostas de participação e engajamento por parte de profissionais que buscam dar sentido a sua atividade laboral é possível a criação de novos significados tanto em relação a promover saúde (para a população e para os servidores) quanto para o SUS em si.

A relevância deste artigo é justamente registrar uma atitude inovadora que nasceu de relações no microespaço do SUS, uma UBS - e no entanto a mais operativa - , a fim de favorecer o panorama da resistência criativa de um sistema que foi cooptado por lógicas liberais e opressivas -inclusive para seus próprios servidores - mas que ainda conserva seu potencial de atendimento direto de mais de 70% da população brasileira que são dependentes exclusivos do SUS e que presta serviços essenciais a toda população em sua integralidade. É dizer que este trabalho propõe dar luz a uma semente despregada de fruto das ideias da Reforma Sanitária Brasileira.

Por estar circunscrito no contexto de um Curso de Especialização em Saúde Coletiva da Escola Fiocruz de Governo, uma das limitações do trabalho foi o tempo possível de acompanhamento do projeto, que merece mais tempo de observação dos processos dos mutirões e da oficialização e reconhecimento por parte da SES/DF. Também pouco foi possível aprofundar em relação às PNCTIS e PNPMF, e aprofundar na discussão de Farmácias Vivas por ser um projeto inicial e com outro objetivo principal, apesar de que futuramente é indicado este enfoque quando também oficializado, se alcançar este *status* no panorama macro da SES/DF.

Recomenda-se mais estudos exploratórios sobre as ações criativas e inovadoras no contexto do DF e do Brasil, além de uma análise sobre como estes processos são registrados e integrados. Há muitos registros de experiências exitosas, mas que acontecem de forma ilhada e nuclear, sem um apoio de integração e expansão para outros locais.

## REFERENCIAS

1. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar A de CA, Da Rosa MC, Martins GB, Santos IS, et al. Universal health system and universal health coverage: Assumptions and strategies. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(6):1763–76.
2. Brasil. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 TÍTULO VIII Da Ordem Social. 1988;1–3.
3. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad Saude Publica*. 2018;34(7):e00067218.
4. Dos Santos NR. 30 years of SUS: The beginning, the pathway and the target. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(6):1729–36.
5. Paim JS. Thirty years of the unified health system (SUS). *Cienc e Saude Coletiva*.
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar [homepage na internet]. Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2009-2019) [acesso em 23 mar 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>
7. De Souza MDFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Changes in health and disease in Brazil and its states in the 30 years since the unified healthcare system (SUS) was created. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(6):1737–50. 2018;23(6):1723–8.
8. Gallo E, Setti AFF. Abordagens ecossistêmica e comunicativa na implantação de agendas territorializadas de desenvolvimento sustentável e promoção da saúde. *Cienc e Saude Coletiva*. 2012;17(6):1433–46.
9. Centro de Inteligência em Florestas [homepage na internet]. Sistemas Agroflorestais [acesso em 30 de março de 2019]. Disponível em: <http://www.ciflorestas.com.br/texto.php?p=sistemas>
10. Beatriz M, Carvalho M De, Bilibio MA, Lavinski L, Mertens F. Saúde Ambiental: uma Análise dos Resultados das Conferências Nacionais de Meio Ambiente, Saúde e Saúde Ambiental. *Sustentabilidade em Debate*. 2010;1(1):93–110.
11. Gadelha CAG, Temporão JG. Development, innovation and health: The theoretical and political perspective of the health economic-industrial complex. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(6):1891–902.
12. Teixeira Queiroz D, Vall J, Maria Alves Souza Â, Francenely Cunha Vieira N. Observação Participante Na Pesquisa Qualitativa: Conceitos E Aplicações Na Área Da Saúde Participant Observation in Qualitative Research: Concepts and Applications in Health. 2007;15(2):276–83.

13. Amador D. Educação agroflorestal e a perspectiva pedagógica dos mutirões agroflorestais. Cad Agroecol [Internet]. 2018;13. Available from: <http://cadernos.aba-agroecologia.org.br/index.php/cadernos/article/view/1568/981>
14. Grupo de Trabalho da Sociedade Civil. Relatório Luz Da Agenda 2030. 2018;84. Available from: [https://brasilnaagenda2030.files.wordpress.com/2018/07/relatorio-sicc81ntese\\_final\\_download.pdf](https://brasilnaagenda2030.files.wordpress.com/2018/07/relatorio-sicc81ntese_final_download.pdf)
15. Companhia de Planejamento do Distrito Federal [homepage na internet]. PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios [acesso em 25 nov 2019]. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/pdad/>
16. A cidade é uma só? [Filme]. Direção: Adirley Queiroz. Brasília: 2013.
17. Nery D, Neto F. REDD – Revista Espaço de Diálogo e Desconexão, Araraquara, v.8, n.1 e 2. 2014. 2014; Available from: <http://cadernos.aba-agroecologia.org.br/index.php/cadernos/article/view/1568/981>
18. Andrade CS. Saúde, Meio ambiente e território: Uma discussão necessária na formação em saúde. Cienc e Saude Coletiva. 2014;19(10):4113–22.
19. De Freitas CM, Rocha V, E Silva EL, Alpino TDMA, Da Silva MA, Mazoto ML. Environmental health risk reduction in Brazil: Conquests, limits and obstacles. Cienc e Saude Coletiva. 2018;23(6):1981–96.
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Enfoques ecossistêmicos em saúde: perspectivas para sua adoção no Brasil e países da América Latina [Internet]. 2009. 44 p. Available from: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=158&Itemid=828](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=158&Itemid=828)
21. Rodrigues R. ANEXO Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos. 2006. 1–60.
22. Agência Brasília [homepage na internet]. Farmácia Viva produziu 25 mil fitoterápicos em 2016 [acesso em 30 mar 2019]. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2016/12/27/farmacia-viva-produziu-25-mil-fitoterapicos-em-2016/>