



RELATO DE EXPERIÊNCIA / EXPERIENCE REPORT / RELATOS DE EXPERIENCIA

**State public health program: an experience report**

Programa estadual de saúde pública: relato de experiência  
Programa estadual de salud pública: relato de experiencia

Cristiano Batista Gonçalves<sup>1</sup>, Ariane Pires Veloso<sup>2</sup>, Eduardo dos Santos Sousa<sup>3</sup>, Larissa Nara Costa Freitas<sup>4</sup>

**ABSTRACT**

**Objective:** to report the experience of the “State of Maranhão Health Force Program”, its implementation and work process. **Method:** it is an experience report of health professionals from the State of Maranhão Health Force allocated in a city with the lowest Human Development Index in the State. **Results:** the program is forged by teams of interdisciplinary nature, lead by the work process in health care and institutional support to the municipal management to the reversal of health indicators such as infant and maternal morbidity and mortality, hospitalization rates due to complications of chronic disorders and control of endemic neglected diseases. Institutional support was based on the Paideia methodology, the reverse case search method and the implementation of Health Care Planning. **Conclusion:** the program has an innovative role in the strengthening of primary health care, proposing a model of comprehensive care for the individuals and promoting articulation among several actors involved in the work process and organization.

**Keywords:** Primary Health Care. Capacity Building. Unified Health System.

**RESUMO**

**Objetivo:** relatar a experiência da implantação e processo de trabalho no programa Força Estadual de Saúde do Maranhão. **Método:** relato de experiência dos profissionais integrantes da equipe da Força Estadual de Saúde do Maranhão em um dos municípios de menor índice de desenvolvimento humano do estado. **Resultados:** o programa é formado por equipes de caráter interdisciplinar, pautando o processo de trabalho na assistência à saúde e no apoio institucional à gestão municipal para reverter indicadores de saúde como morbimortalidade infantil e materna, taxas de internação por complicações de doenças crônicas e controle de endemias negligenciadas. O apoio institucional foi fundamentado na metodologia Paideia, método reverso da procura de casos e com implementação da Planificação da Atenção à Saúde. **Conclusão:** o programa possui papel inovador no fortalecimento da atenção primária em saúde, com modelo de cuidado integral ao indivíduo e promovendo articulação com diversos atores envolvidos na organização e processo de trabalho em saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Fortalecimento Institucional. Sistema Único de Saúde.

**RESUMEN**

**Objetivo:** relatar la experiencia de la implantación y proceso de trabajo en el programa Fuerza Estatal de Salud de Maranhão. **Método:** relato de experiencia de los profesionales integrantes del equipo de la Fuerza Estatal de Salud de Maranhão en uno de los municipios de menor índice de desarrollo humano del estado. **Resultados:** el programa está formado por equipos de carácter interdisciplinario, pautando el proceso de trabajo en la asistencia a la salud y en el apoyo institucional a la gestión municipal para revertir indicadores de salud como morbimortalidad infantil y materna, tasas de internación por complicaciones de enfermedades crónicas y control de enfermedades las endemias descuidadas. El apoyo institucional se basó en la metodología Paideia, el método de búsqueda inversa de casos y la implementación de Planificación de Atención a la Salud. **Conclusión:** el programa tiene un papel innovador en el fortalecimiento de la atención primaria en salud, con modelo de cuidado integral al individuo y promoviendo articulación con diversos actores involucrados en la organización y proceso de trabajo en salud.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud. Creación de Capacidad. Sistema Único de Salud.

<sup>1</sup> Enfermeiro assistencial no Hospital Universitário de Lagarto (EBSERH-UFS). Enfermeiro na FESMA (2016-2019). Pós-graduado em Enfermagem do Trabalho (UCAM). Lagarto (SE), Brasil. E-mail: [cristiano\\_batistaok@hotmail.com](mailto:cristiano_batistaok@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira assistencial no Hospital Universitário de Lagarto (EBSERH-UFS). Enfermeira na FESMA (2016-2018). Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho (UCAM). Lagarto (SE), Brasil. E-mail: [arianeveloso15@hotmail.com](mailto:arianeveloso15@hotmail.com)

<sup>3</sup> Médico residente em Neurologia no Hospital Santa Casa de Misericórdia. Médico na FESMA (2016-2019). São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [eduardo.sousa2@yahoo.com.br](mailto:eduardo.sousa2@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Médica residente em Radiologia e Diagnóstico por Imagem no Hospital São Domingos. São Luís (MA), Brasil. E-mail: [larisncf@gmail.com](mailto:larisncf@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

Os dados sobre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) revela o Maranhão ocupando as últimas colocações (27º em 1991, 26º em 2000 e 2010) e suas vinte cidades estão entre as 100 com piores IDHM do país<sup>(1)</sup>. O IDHM é constituído por três dimensões: renda, educação e longevidade; sendo assim o estado carece de estratégias atuantes nesses fatores que implicaria numa melhor qualidade de vida aos cidadãos.

A dimensão longevidade é fundamental para uma vida plena, desse modo deve-se evitar a morte prematura, e que seja garantido acesso à saúde de qualidade, para que possam atingir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental. No Maranhão muitos sequer sobrevivem aos primeiros cinco anos de vida, pois a taxa de mortalidade na infância em 2015 atinge 24,2 em cada mil nascidos vivos, enquanto a média nacional é 17 em cada mil nascidos vivos<sup>(2)</sup>.

O Maranhão carrega sobre si o peso de toda uma conjuntura socioeconômica e política que resulta em indicadores baixos nas mais diversas áreas, das quais a saúde apresenta dados alarmantes, haja visto que é proporcional a soma de todas as outras ausências, como saneamento básico, escolaridade, qualidade e acesso à serviços de saúde. E ainda falta Redes de Atenção à Saúde (RAS) eficazes a fim de gerar valor à população, que precisaria constituir organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, ofertando uma atenção contínua e integral, coordenada pela atenção primária em saúde (APS) e com responsabilidades sanitárias<sup>(3)</sup>.

Nesse contexto expressa a necessidade por políticas públicas, programas e projetos de curto, médio e longo prazos, capazes de assegurar condições básicas de vida dessa população<sup>(4)</sup>. Diante desta realidade, o governo estadual instituiu o Plano de Ações Mais IDH com foco inicial nos 30 municípios maranhenses com piores IDHM, que tem por objetivo promover a redução da extrema pobreza e das desigualdades sociais no meio urbano e rural, por meio de estratégia de desenvolvimento territorial sustentável. Foi instituído pelo decreto estadual nº 30612, de 02 de janeiro de 2015, sendo composto por diferentes programas e projetos<sup>(5)</sup>.

No eixo saúde e saneamento, foi instituído a Força Estadual de Saúde do Maranhão (FESMA), por meio decreto estadual nº 30.616 de 02 de janeiro de 2015, como programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e combate a situações de risco epidemiológico, com as seguintes prioridades: mortalidade infantil; mortalidade materna; diabetes mellitus; hipertensão arterial sistêmica; hanseníase; saúde das populações indígenas e grupos com maior vulnerabilidade<sup>(6)</sup>.

Um dos municípios de menor IDHM em que a FESMA foi implantada é São Francisco do Maranhão que possui população de 12.201 pessoas; com predominância de população rural de 66,21%; apresenta baixo IDHM de 0.528, ocupando a 5408ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros; taxa de mortalidade infantil em 2017, considerado médio, foi 20,4 óbitos por mil nascidos vivos<sup>(1,7)</sup>.

A realização desse estudo torna-se relevante por analisar o cenário do processo de trabalho e gestão em saúde de um município de menor IDHM, cuja realidade é semelhante em outros pontos do país, e como a inserção de um equipe interdisciplinar de iniciativa estadual dentre desse cenário pode contribuir na identificação, discussão e adoção de estratégias de enfrentamento a fim de provocar melhorias nos indicadores de morbimortalidade existentes.

O presente estudo tem por objetivo relatar a experiência da implantação e processo de trabalho no programa Força Estadual de Saúde do Maranhão (FESMA).

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a implantação e processo de trabalho da FESMA sob a ótica dos profissionais de saúde que executaram as atividades no município de São Francisco do Maranhão, entre março de 2016 e março de 2019. Para compor o quadro de profissionais foi realizado um processo seletivo público, constituído por prova objetiva e curso de formação, de caráter interdisciplinar: médico, enfermeiro, profissional de educação física, farmacêutico, nutricionista, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e fonoaudiólogo.

As atividades da FESMA iniciaram em abril de 2016 nos trinta municípios com os piores IDHM do estado e em cada uma delas foi alocado uma equipe composta por um médico, dois enfermeiros apoiados por uma equipe matricial multidisciplinar. A carga horária estabelecida foi de 40 horas semanais, sendo 20 horas destinados à assistência à saúde com enfoque na população que engloba as prioridades (mortalidade infantil; mortalidade materna; diabetes; hipertensão; hanseníase; saúde das populações indígenas e grupos com maior vulnerabilidade) e 20 horas ao apoio à gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(8)</sup>.

Os integrantes da FESMA são coordenados por profissionais da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. De formar a qualificar esses integrantes é constituído um calendário de educação permanente com encontros trimestrais para cursos de capacitação voltados às prioridades do programa. Os resultados das ações e serviços foram monitorados por meio de sistemas de informação, como e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação da Força Estadual de Saúde do Maranhão (SISFESMA), visitas dos coordenadores nos municípios e aplicação de instrumentos de avaliação do grau de satisfação do usuário, trabalhadores e gestão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A FESMA torna-se um programa inovador no estado do Maranhão e no Brasil, por constituir-se de equipes de caráter interdisciplinar atuando em municípios de menor IDHM, com objetivo de impactar positivamente nos indicadores de saúde como morbimortalidade infantil e materna, taxas de

internação por complicação de condições crônicas e controle de endemias negligenciadas. E para atingir essa meta, os profissionais desenvolveram o processo de trabalho pautado na assistência à saúde e apoio institucional à gestão municipal do SUS.

As atividades da equipe da FESMA em São Francisco do Maranhão foram iniciadas a partir do levantamento do diagnóstico situacional do território, buscando conhecer a população sob responsabilidade sanitária e dos indicadores de saúde relacionados ao foco do programa, a fim de construir estratégias para reduzir morbimortalidade infantil e materna, taxas de internação por complicações das doenças crônicas e controle das endemias negligenciadas.

No diagnóstico situacional foram identificadas barreiras na assistência à saúde da população, incluindo: atuação da Estratégia de Saúde da Família não coerentes com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), como não cumprimento da carga horária semanal e predominância dos atendimentos por demanda espontânea; subnotificação das doenças e agravos à saúde que implicava em relatórios dos dados inseridos nos sistemas de informação não condizentes com a realidade; usuários sem garantia de acesso a exames laboratoriais.

Nesse contexto, a equipe concluiu que as atividades de assistência a serem desenvolvidas pela FESMA precisavam estar direcionadas aos usuários das prioridades do programa estratificadas como alto risco, de forma a intervir precocemente para que os mesmos não evoluam para complicações ou óbito. Porém, no município não era padronizado a estratificação de risco dos pacientes. Dessa forma, era necessário avaliar todos os usuários do público-alvo, estratificar o risco, e realizar as condutas conforme o caso.

Nesse momento de busca ativa e avaliação dos usuários a partir das consultas médicas, de enfermagem e da equipe multiprofissional, o agente comunitário de saúde (ACS) tornou-se uma ferramenta fundamental no processo. Visto que o ACS conhecia as condições de saúde de todos os moradores de sua responsabilidade territorial, então os atendimentos domiciliares e na UBS eram direcionados aos usuários do público-alvo do programa. As condutas implementadas para cada caso foram baseadas em normativas já existentes, tais como Cadernos de Atenção Básica e demais protocolos do Ministério da Saúde.

As políticas públicas recomendam o apoio matricial no atendimento compartilhado e interdisciplinar entre os profissionais da ESF e NASF, valorizando os princípios da integralidade, humanização e promoção da saúde, de forma a ampliar o escopo de abrangência e resolutividade das ações na atenção primária em saúde e evitar encaminhamentos para outros níveis de atenção<sup>(9)</sup>. O atendimento da equipe multiprofissional da FESMA assegurava atenção especializada aos problemas de saúde por meio do Projeto Terapêutico Singular direcionado ao indivíduo, família ou coletividade.

Na elaboração desse instrumento de apoio matricial reuniam-se a equipe FESMA e da ESF do território adstrito a fim de garantir uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral

State public health program: an experience report do cuidado. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi implementado no município em fevereiro de 2017, a partir de então passou a ser incorporado nessas atividades. Dessa forma era promovido o incentivo para que essa metodologia de trabalho seja inerente ao cotidiano dessas equipes de saúde municipais.

As atividades de educação em saúde foram importantes ferramentas para capacitar a população a tornarem-se independentes no cuidado com sua própria saúde, utilizando temas de prioridades conforme necessidade local e o perfil epidemiológico municipal, tais como: hipertensão, diabetes, hanseníase, cuidados na gestação e ao recém-nascido, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, ansiedade e depressão. Essas atividades foram realizadas por meio de palestras, rodas de conversas e grupos operativos.

A FESMA também executa um papel como apoiador institucional da gestão municipal de saúde, fundamentado na metodologia Paideia (Método da Roda), e tem por objetivo auxiliar os gestores e as equipes de saúde a apontarem e lidarem com problemas e conflitos enfrentados no cotidiano, de forma a contribuir com a análise das práticas em saúde e possibilitar a construção de estratégias para converter as situações paralisantes em situações produtivas<sup>(8)</sup>.

No cotidiano do SUS observa-se uma racionalidade gerencial hegemônica alicerçada na concentração de poder e sem possibilidade de participação externa nas estratégias de gestão. Diante disso, perpetua a manutenção do modelo médico hegemônico, o subfinanciamento, a precarização do trabalho e as soluções que ignoram os determinantes estruturais das necessidades de saúde, implicando em entraves na reforma sanitária brasileira na atualidade<sup>(10)</sup>.

Diante desse cenário, surge a metodologia Paideia que busca favorecer a democratização da gestão nas organizações, propondo o Método da Roda, como maneira de operacionalizar a cogestão e de construir relações horizontais nos serviços de saúde, mediante a construção de relações comunicativas entre os distintos sujeitos envolvidos na organização e processos de trabalho em saúde<sup>(11)</sup>. Essa temática ganhou destaque e a partir de 2003 o Ministério da Saúde iniciou o processo de formulação e implantação do apoio institucional nas políticas públicas<sup>(12)</sup>.

Uma das ferramentas utilizadas pela FESMA no apoio institucional é o método reverso da procura de casos, realizando o percurso reverso do manejo da condição de saúde do paciente, do evento até o domicílio, de forma a promover discussão com a gestão municipal e as equipes de saúde locais envolvidas sobre quais as possibilidades de intervenção que foram perdidas no decorrer do manejo buscando o aperfeiçoamento da conduta. As investigações envolviam casos de óbitos infantis, maternos, internações por complicações da hipertensão e diabetes.

Em reuniões realizadas com a gestão municipal e as equipes de saúde, surgiu a necessidade de promover atividades de educação permanente com os profissionais da ESF como forma de produzir mudanças práticas no processo de trabalho. Com base em uma revisão integrativa que aponta uma

formação biologicista e tecnicista dos ACS, o qual não favorece um poder de resolutividade na busca ativa de pacientes<sup>(13)</sup>, foi implementado um curso de capacitação com problematização de estudos de casos com carga horária de 60 horas para todos os ACS. As temáticas abordadas foram: preenchimento das fichas do e-SUS; hipertensão arterial, diabetes e hanseníase; classificação de risco familiar, utilizando a escala de Coelho-Savassi; imunização; orientações nas doenças diarreicas e respiratórias na infância; orientações na saúde da mulher e gestação.

Após a realização desse curso observou-se o empoderamento do conhecimento e realização das visitas domiciliares com maior propriedade no fornecimento de orientações e identificação de casos suspeitos. Nesse ponto, contribuiu para diminuição da subnotificação das condições de saúde no município, como por exemplo o ACS passou a procurar nas visitas domiciliares casos de usuários com manchas suspeitas de hanseníase, que ao apresentar algum sinal eram referenciados à UBS para consulta e conduta do caso.

Com os profissionais de nível superior foram realizados cursos de atualização, utilizando metodologias de discussão, análise e reflexão da assistência à saúde, na área de atendimento pré-natal, puericultura, assistência ao paciente diabético, hipertenso e hanseniano. E depois a Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) implementaram a proposta da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) em quatro municípios de uma regional de saúde do estado, no qual São Francisco do Maranhão estava inclusa. A PAS tem objetivo de apoiar o corpo técnico-gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde na organização dos macroprocessos da atenção primária em saúde e atenção ambulatorial especializada.

A organização dos macroprocessos da APS está sendo desenvolvida por meio de: ciclos mensais de seis oficinas teóricas com todos os profissionais e gestores municipais da APS, fundamentados nos livros publicados pelo CONASS e Organização Pan-Americana da Saúde com foco na implantação das RAS; oficinas de tutoria, que desenvolve-se no apoio direto aos profissionais de uma UBS de referência para as demais na organização dos macroprocessos, ajudando-os na reflexão sobre a própria prática, identificando fragilidades e ações corretivas necessárias<sup>(14)</sup>.

Os profissionais da FESMA atuantes em São Francisco do Maranhão foram elegidos como facilitadores nas oficinas teóricas e tutores na UBS de referência para a PAS nesse município. As mudanças envolvem: atuação das equipes locais conforme a PNAB; estrutura física; agendamento das consultas por bloco de hora; atenção aos eventos agudos e de atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades; atenção preventiva e das demandas administrativas; e atenção domiciliar e autocuidado apoiado.

Dentre as ferramentas implementadas a partir das tutorias; como protocolo operacional padrão (curativos, higiene e limpeza, recepção, esterilização), planilhas de parametrização e programação de atividades, fluxos de atendimentos;

State public health program: an experience report destaca-se o agendamento das consultas por bloco de horas com impacto positivo prontamente perceptível pelos usuários. Antes era realizado agendamento diário reservado a um grupo de risco (hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças) da área adstrita de cada ACS, e por ordem de chegada, implicando na chegada desses usuários à UBS horas antes de iniciar o expediente para garantir sua vaga.

A partir da implantação do agendamento por bloco de horas, as consultas de enfermagem, médica e odontologia passaram a ser reservadas pelo próprio usuário no dia e horário que lhe for preferível do mês vigente, e com a orientação na recepção para chegada trinta minutos de antecedência. Essa ferramenta prioriza as necessidades do usuário e proporciona respeito a sua dignidade.

## CONCLUSÃO

A FESMA desempenha papel fundamental e inovador no fortalecimento da APS nos 30 municípios de piores IDHM do Maranhão, formado por equipes de caráter interdisciplinar, pautando o processo de trabalho na assistência à saúde e no apoio institucional à gestão municipal. Traz no seu escopo o princípio da integralidade, intersetorialidade, humanização dos serviços e criação de vínculo entre pacientes, comunidade, equipes de saúde e gestão municipal no intuito de promover mudanças nas práticas de saúde e reverter indicadores de saúde como morbimortalidade infantil e materna, taxas de internação por complicações de doenças crônicas e controle de endemias negligenciadas. A limitação da atuação da FESMA está na influência política na gestão municipal de saúde que impõe barreiras na concretização das estratégias que são elaboradas de maneira participativa por todos os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. 2018 [acesso em: 15 set. 2018]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>
2. França EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease study [Internet]. Rev Bras Epidemiol. 2017 [acesso em: 11 out. 2019]; 20 suppl:46-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>.
3. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015 [acesso em: 11 out. 2019]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
4. Sousa SMPS, Araújo MSS, Nascimento MTS, Carvalho MDS. Sobre o idhm do maranhão e de seus municípios [Internet]. São Luís: Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à

5. Governo do Estado do Maranhão. Decreto nº 30.612, de 02 de janeiro de 2015 [Internet]. São Luís: Diário Oficial do Estado do Maranhão. 2015 [acesso em: 25 set. 2018]. Disponível em: <http://www.diariooficial.ma.gov.br>

6. Governo do Estado do Maranhão. Decreto nº 30.616, de 02 de janeiro de 2015 [Internet]. São Luís: Diário Oficial do Estado do Maranhão. 2015 [acesso em: 25 set. 2018]. Disponível em: <http://www.diariooficial.ma.gov.br>

7. Ministério da Saúde (BR). Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [acesso em: 17 set. 2018]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>

8. Governo do Estado do Maranhão. Secretaria de Estado de Saúde. Força Estadual de Saúde do Maranhão: manual operacional. São Luís: Secretaria de Saúde do Maranhão, 2016.

9. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. Matrix support and actions on primary care: experience of professionals at ESF and Nasf [Internet]. Saúde debate. 2017 [acesso em: 11 out. 2019]; 41(114):694-706. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711402>.

10. Pereira Júnior N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão [Internet]. Interface (Botucatu). 2014 [acesso em: 11 out. 2019]; 18 Supl 1:895-908. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>.

11. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde [Internet]. Cien Saude Colet 1999 [acesso em: 11 out. 2019]; 4(2):393-403. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.

12. Oliveira MM, Campos GWS. Matrix support and institutional support: analyzing their construction [Internet]. Ciênc. saúde coletiva. 2015 [acesso em: 11 out. 2019]; 20(1):229-38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>

13. Pereira CEA, Silva MVS, Santana ME, Kobayashi DR. Atuação dos agentes comunitários de saúde na busca ativa do sintomático respiratório: revisão integrativa [Internet]. Rev Enferm UFPI. 2017 [acesso em: 11 out. 2019]; 6(1):71-5. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5776/pdf>

14. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Planificação da Atenção à Saúde - Oficina 1 Redes de Atenção à Saúde. São Luís: Secretaria de Saúde do Maranhão. 2018.

#### Como citar este artigo:

Gonçalves CB, Veloso AP, Freitas LNC. Programa estadual de saúde pública: relato de experiência. Rev. Enferm. UFPI [Internet]. 2020 [acesso em: dia mês abreviado ano];9:e9548. doi: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.9548>



**Sources of funding:** No

**Conflict of interest:** No

**Date of first submission:** 2019/11/24

**Accepted:** 2020/05/12

**Publishing:** 2020/07/16

#### Corresponding Address

Cristiano Batista Gonçalves.

Endereço: Av. Brasília, Santa Terezinha, CEP 49400-000. Telefone:(79) 3632-2000. Hospital Universitário de Lagarto/EBSERH (Lagarto - SE).

E-mail: [cristiano\\_batistaok@hotmail.com](mailto:cristiano_batistaok@hotmail.com)