

LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO
E GESTÃO EM SAÚDE

CÉSAR ROBERTO MATOS DOS SANTOS
GRACIVAGNER CALDAS PIMENTEL
RICARDA GORETTI DE SOUSA BRAGA

PLANO MUNICIPAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
EM BARREIRINHAS – MA

Barreirinhas

2009

**CÉSAR ROBERTO MATOS DOS SANTOS
GRACIVAGNER CALDAS PIMENTEL
RICARDA GORETTI DE SOUSA BRAGA**

**PLANO MUNICIPAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
EM BARREIRINHAS – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORO-Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Mestre Árina Santos Ribeiro.

Barreirinhas
2009

Santos, César Roberto Matos dos.

Plano Municipal de Controle da Tuberculose em Barreirinhas/MA. César Roberto Matos dos Santos, Ricarda, Goretti de Sousa Braga, Gracivagner Caldas Pimentel - São Luís, 2009.

20f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde) – Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2009.

1. Plano Municipal. 2. Tuberculose. 3. Controle. 4. Barreirinhas.
Título.

CDU 616-002.5

CÉSAR ROBERTO MATOS DOS SANTOS
GRACIVAGNER CALDAS PIMENTEL
RICARDA GORETTI DE SOUSA BRAGA

PLANO MUNICIPAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
EM BARREIRINHAS - MA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Àrina Santos Ribeiro (Orientadora)
Mestre em Saúde e Ambiente
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo - USP

RESUMO

O Plano Municipal de Controle da Tuberculose do Município de Barreirinhas foi elaborado baseado em dados de anos anteriores colhidos no Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde. O objetivo principal é de formular diretrizes para o bom desempenho do Programa Municipal de Controle da Tuberculose, sob a diretriz da Secretaria Municipal de Saúde através da Coordenação de Controle de Tuberculose. O método do estudo foi descritivo e retrospectivo e tem o objetivo de orientar a Política Pública de Saúde em relação à Tuberculose no município de Barreirinhas no ano de 2009. Terá como objetivos específicos a diminuição do abandono de tratamento para menos de 5%, índice de cura de 85% e a detecção de sintomáticos respiratórios em pelo menos 70% da meta preconizada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde, sendo que termo "Sintomático Respiratório" definido como paciente que tenha tosse produtiva ou não por mais de três semanas. Terá como uma das principais metas a descentralização do Programa Municipal de Controle da Tuberculose através das equipes locais de Saúde da Família, que são em número de 21, e que têm como responsabilidade a Atenção Primária à saúde a nível municipal. As equipes de Saúde da Família são também responsáveis pela Promoção da Saúde a nível local através de palestras educativas sobre sintomas principais da Tuberculose, modo de transmissão, diagnóstico e tratamento, contando com a participação da equipe de Educação em Saúde (IEC) da Secretaria Municipal de Saúde.

Palavras - chave: Plano Municipal. Tuberculose. Controle. Barreirinhas.

ABSTRACT

The Scheme Municipal of Control from Tuberculosis of the County of Barreirinhas foi in-depth based in data anterior reaped into the Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN) from Organization Worldwide of Health (OMS), and of the Ministry from Health objective principal is of formulate guidelines about to the good performance of the Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) , under the guideline from Secretariat Municipal of Health, via the Coordination of Control from Consumption. The method of I study was descrtivo and retrospective and the purpose of orient the Policy Public of Health in relation to on the Consumption into the county of Barreirinhas on the year of 2009. Will have I eat objectives specific the decrease of the I forsake from treatment about to less of 5%, index of cure of 85% & detection from the symptomatic respiratory em at least 70% from goal praise Prpgrama Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) , being what the term " symptomatic Respiratory " is defined I eat the patient what she presents cough produtiva or not for at least three weeks. Will have like a from the principal marks the uncentered of the PMCT via the staffs sites of health from Family,in number of 21, and that they have I eat responsibility the Attention Primary on the health the level site. The teams of Health from Family also responsible by Promotion from Health into the county from one side to the other lectures educativas on the subject of the symptoms principal , manner of transmission diagnosing and treatment , account with the participation from staff form Informação e Educação em Saúde(IEC) from Secretariat Municipal of Health.

Key – words: Municipal plan. Tuberculosis. Control. Barreirinhas.

LISTA DE SIGLAS

BK	-	Bacilo de Kock
IEC	-	Informação, Comunicação e Educação em Saúde
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PECT	-	Programa Estadual de Controle da Tuberculose
PMCT	-	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PNCT		Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	-	Programa Saúde da Família
TB	-	Tuberculose
TB MDR	-	Tuberculose Multidroga Resistente

SUMÁRIO

	p.
1	
INTRODUÇÃO	8
2	
DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO DE BARREIRINHAS	10
2.1	
Localização histórica	10
2.2	
Localização geográfica	11
3	
SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE	12
4	
OBJETIVOS	14
5	
METAS	14
6	
QUADRO DE METAS DO PMCT DO MUNICÍPIO DE BARREIRINHAS– 2009	15
7	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. No início do século XXI, ainda representa um grave problema de saúde pública, principalmente para países mais pobres e, com o aparecimento da AIDS, preocupa também as autoridades dos países ricos. A desigualdade da distribuição de renda acarreta a distribuição não uniforme da Tuberculose nas áreas socioeconômicas mais pobres, as taxas de adoecimento são muito altas, relacionando-se com a má alimentação e as péssimas condições habitacionais, o que facilita a disseminação do bacilo (MENEZES et al., 2006).

A transmissão da doença é feita por via aerógena, através da eliminação de aerossóis contaminados, o risco de infecção está intimamente ligado a densidade bacilar no ar respirado. O paciente que transmite a doença é aquele portador de uma lesão pulmonar que se comunica com o meio exterior, possibilitando através da tosse e do espirro, a poluição ambiental. São definidos como bacilíferos pacientes em cujo exame de escarro o bacilo pode ser encontrado. Quanto mais intenso é o contato com outras pessoas, maior a chance de contaminação (ROUQUAYAOL; ALMEIDA FILHO, 2003). Os referidos autores acrescentam ainda que, ao ser inalado, o bacilo permanece no interior dos macrófagos alveolares em inatividade por cerca de três dias, quando então começa a se multiplicar, dobrando a população bacilar a cada 18 horas. Com a distribuição destes macrófagos, ocorre disseminação linfo-hematogênica e atuação do processo imunológico de defesa. A imunização à tuberculose é dependente, além da resistência natural da resposta imune celular.

Após a infecção, 5% dos indivíduos apresentam formas evolutivas da Tuberculose, enquanto os 95% permanecem infectados, porém assintomáticos; com o passar dos anos e na dependência de queda imunológica, cerca de 5% destes últimos apresentarão reativação dos bacilos dormentes, evoluindo então, com tuberculose pós-primária de origem endógena ou, serem submetidos a novas cargas bacilares, adoecerão por reinfecção exógena (ROUQUAYAOL; ALMEIDA FILHO, 2003).

No Brasil, dados publicados pelo Ministério da Saúde confirmaram para 1996, 105.24 casos totais, dos quais 39.860 novos registros, o que levou o cálculo de uma taxa de prevalência igual a 6,77. Com base nesses dados, o Brasil quanto à prevalência, pode ser considerado como um país com alta endemicidade. A

Tuberculose tem preocupado as autoridades da área de saúde em todo o mundo. Em 1993 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a situação da Tuberculose como estado de urgência (RUFFINO NETO, 2002).

O referido autor acrescenta ainda que a Organização Mundial de Saúde assinala como principais causas para a gravidade da situação atual da tuberculose no mundo os seguintes fatos: “desigualdade social, advento da AIDS, envelhecimento da população, grandes movimentos migratórios”. Deve-se assinalar que em muitos locais as autoridades deixaram o problema de lado como se fosse assunto resolvido. Afinal, já se conhecia bastante a enfermidade, sua fisiopatologia, diagnóstico, esquemas terapêuticos e medicamentos disponíveis. Não se considerou que a existência de todo esse saber prévio ou recursos nada adiantam se eles não forem colocados ao alcance da população geral e, acima de tudo, que esta população necessita fazer uso efetivo dos recursos quando existem no local.

Sabe-se que 95% dos casos de Tuberculose ocorrem no terceiro mundo, no qual 98% resultam em óbitos. Em 1997 o Brasil ocupava o 10º lugar. Em publicação recente da OMS, o Brasil passou a ocupar o 14º lugar. Em 22 países concentram 80% dos casos estimados para o mundo³. Na região Nordeste o risco atribuível de se contrair Tuberculose era de 0,7% em 1987 e o coeficiente de pacientes bacilíferos nessa região era 37%, segundo mais elevado do país (RUFFINO NETO, 2002).

O coeficiente de incidência de Tuberculose bacilífera na região Nordeste em 1999 foi 26,6 por 100.000 habitantes, o que comprova uma redução acentuada. O Estado do Ceará tem um coeficiente de incidência de 31,4 por 100.000 habitantes, o mais elevado da região Nordeste, Em Barreirinhas, pelo seu aspecto turístico, se encontra em evidência onde anualmente, principalmente na alta temporada, nos meses de julho e dezembro recebe um grande contingente de pessoas que buscam as belezas naturais dos Lençóis Maranhenses (RUFFINO-NETTO, 2002). Este fato tem ocasionado um alto custo de vida para os nativos, empobrecendo ainda mais a população.

Desde o primeiro trimestre de 2005, o foco das ações tem sido a qualificação da atenção ao paciente. As equipes de saúde foram treinadas nas ações de controle, acompanhamento clínico. Em março de 2005 foi realizada a primeira Campanha Municipal do Dia Mundial de Combate à Tuberculose, para a mobilização da população sobre sinais e sintomas da doença, enfocando a avaliação de contatos e a busca de sintomáticos respiratórios, alertando o fato de que os casos poderão

estar dentro de casa e assim, buscando melhorar a descoberta dos mesmos (SINAN, 2008).

2 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO DE BARREIRINHAS

2.1 Localização histórica

É desconhecida a data de penetração do homem no território. Admite-se que tal acontecimento, ocorreu pelo rio Preguiças, em parte navegável, e por seus afluentes que permitiu o tráfego de pequenas embarcações. A fixação do homem na região foi determinada pela fertilidade das margens do citado rio e de seus afluentes, pelas pastagens e campos apropriados para criação de gado e pela abundância de peixes nos rios e lagos (BARREIRINHAS, 2009).

Há quem admita que a construção de uma ponte em 1849, sobre o rio Mucambo, como parte de uma estrada que vinha da Comarca de Campo Maior/PI a Brejo/MA e desta a Icatu-MA, contribuiu para o desbravamento. A comunidade mais antiga que se tem notícia é através de um vestuto 'cemitério' de Santo Antonio, onde provavelmente existiu um engenho de açúcar, movido a roda d'água, localizado a margem do riacho Achuí, nos moldes de senhores e escravos, remanescentes de portugueses (fins do Século XVII e início do Século XVIII) (BARREIRINHAS, 2009).

Barreirinhas é assim denominado, devido à existência de Dunas que ladeiam toda extensão da área do município, que também eram chamadas de barreiras e ladeiras. O nome de Barreirinhas foi oficializado em fins do Século XVIII, mais precisamente no dia 10 de outubro de 1835. Sua criação é datada de 1858, quando foi desmembrada do município de Tutóia através da Lei Provincial nº 841. O distrito de Barreirinhas foi criado através da Lei nº 951 de 14 de junho de 1871, e em 29 de março de 1938, oficializaram-se sua emancipação, através da Lei nº 45 (MARANHÃO, 2009).

2.2 Localização geográfica

O município de Barreirinhas está situado na Mesorregião do Oeste Maranhense e na Micro-região da Baixada Oriental Maranhense. Está limitado ao Norte, pelo município de Santo Amaro do Maranhão e Oceano Atlântico; a leste com Paulino Neves; ao sul com Santa Quitéria e Santana do Maranhão e a oeste, pelos municípios de Primeira Cruz e Humberto de Campos. Possui uma área de 2.645 km², Sua sede municipal localiza-se a 4 m de altitude e tem sua posição geográfica determinada pelo paralelo de 7°13'16" de atitude sul, em interseção com o meridiano de 44°33'2" de longitude oeste (CARVALHO, 2005).

Figura 1 – Localização do município de Barreirinhas - MA



2° 44' 49" S, 42° 49' 33" O

Fonte: WILKMEDIA, 2009.

O relevo é moderado em sedimentos recentes, correspondente a uma baixada litorânea constituída por linhas de praias e restingas, com dunas móveis e fixas, tabuleiros e planícies fluvio-marinhas. Essas causas são responsáveis pela formação de dunas que se deslocam constantemente e fazem parte da extensa área dos Lençóis Maranhenses que, para o interior, são formadas por sucessão. Em 1981, o Governo Federal, através da Lei nº 86.060 criou o Parque Nacional dos Lençóis Maranhenses, uma região de 155 mil hectares, com praias de extensão de

aproximadamente 80 km, abrangendo os municípios de Primeira Cruz, Santo Amaro do Maranhão e Barreirinhas, onde este possui 2/3 do Parque em seu município, aproximadamente 65% de toda área. Esse parque está localizado na costa do Maranhão, a leste da capital, possui dunas que parecem não ter fim, ocupam uma área do tamanho da cidade de São Paulo de beleza única, algumas lagoas chegam a ter 2 km de extensão e até 5 metros de profundidade (CARVALHO, 2005).

O município está habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde, de acordo com a NOAS/2001, além de ter certificação para desenvolver ações de epidemiologia e controle de doenças, ou seja, é responsável pela oferta dessas ações e recebe recursos para estas finalidades, diretamente do Fundo Nacional de Saúde. As ações de saúde no município estão sendo estruturadas levando-se em conta a análise atual da situação e do perfil epidemiológico da população (BRASIL, 2008).

3 SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa grave transmitida pelo ar que pode atingir todos os órgãos do corpo, em especial nos pulmões. O microorganismo causador da doença é o Bacilo de Koch, cientificamente chamado *Mycobacterium tuberculosis* (HOSPITAL SANTA LÚCIA, 2009). Mesmo tendo sido iniciada no Século XXI, a referida doença ainda representa um grave problema de saúde pública, principalmente para os países mais pobres e, com o aparecimento da AIDS, preocupa também as autoridades sanitárias de todos os países. Com a disseminação da AIDS pelo mundo, tornou-se a terceira doença oportunista mais freqüente em pacientes HIV positivos (MENEZES ET AL, 2006).

Convém lembrar que a maioria dos casos de contágio ocorre em pacientes do sexo masculino e em idade produtiva, prejudicando ainda mais as condições de vida das famílias carentes, grandes vítimas da tuberculose (BRASIL, 2008).

No que se refere à Epidemiologia da Tuberculose a OMS (2006) acrescenta que no mundo:

1/3 (cem milhões por ano) da população mundial esta infectada pelo bacilo da TB.
9,2 milhões de doentes a cada ano (25 mil casos por dia).
700 mil casos de HIV positivos/ano.
500 mil casos de MDR/ano (informações de 114 países de todos os continentes).
80% dos casos em 22 países.

E no Brasil, o Ministério da Saúde aponta que:

80 mil casos de TB notificados por ano
Estimativa de 94.000 casos por ano (OMS 2007)
5 mil mortes por ano
70% dos casos estão em 315 municípios dos 5.565 municípios existentes no Brasil (Municípios Prioritários).
7ª causa de gastos em saúde com internação no SUS.
1ª causa de morte em pacientes com AIDS
Brasil é o 16º país em números absolutos de TB
108º país em incidência no mundo de TB (BRASIL, 2008).

A Tuberculose no município de Barreirinhas

A cidade de Barreirinhas tem uma população de 47.728 habitantes. Foram avaliados 441 sintomáticos respiratórios no período de janeiro a dezembro de 2007, sendo 11 casos confirmados de Tuberculose Pulmonar Bacilífera.

Barreirinhas têm um programa de incentivo de adesão ao tratamento, onde cada paciente que queira iniciar o tratamento recebe de imediato uma cesta básica e o acompanhamento do Agente Cuidador, dando um incentivo de R\$ 30,00 por mês, para o Agente Comunitário, responsável por visitar o paciente 3 vezes por semana nos primeiros 2 meses e 2 vezes nos 4 meses restantes durante 6 meses. Se no final do tratamento o paciente concluir todas as doses, o agente recebe um incentivo de R\$ 100,00 por mês. Com essas estratégias houve avanços significativos, proporcionado índice zero de abandono, 90% de cura de BK+, 94,4% sintomáticos respiratórios, 99% foram realizados testes HIV, 85% baciloscopia dos contatos alcançando as metas programadas pelo Ministério de Saúde (CARVALHO, 2005).

Torna-se oportuno esclarecer que a Baciloscopia é um exame básico para estabelecer o diagnóstico da tuberculose por ser de execução rápida, fácil e de baixo custo, além de permitir a identificação das principais fontes de infecção: os pacientes bacilíferos (MENEZES et al., 2006).

Barreirinhas é um dos 22 municípios prioritários do Maranhão incluídos no Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT, não por conta do número de casos, mas devido ser um município de vocação turística, o que o expõe à introdução de formas resistentes de Tuberculose MDR.

Observa-se no Quadro 1 os indicadores de TB em Barreirinhas de acordo com o SINAN (2008):

Quadro 1 – Indicadores de TB em Barreirinhas – MA

INDICADOR	2006	2007	2008
Casos novos	21	10	17
Taxa de abandono	0	0	0
Índice de cura	85%	100%	100%
Nº de bacilíferos	26	11	20
Nº de SR	458 (100%)	441 (94,4%)	348 (82%)

Fonte: SINAN, 2008.

4 OBJETIVOS

- Formular ações que diminuam a incidência de tuberculose pulmonar ou extra pulmonar com a finalidade de reduzir a morbidade, mortalidade e disseminação da tuberculose;
- Aumentar a cobertura do PMCT, integrando as atividades de diagnóstico e tratamento em 70% das UBS da rede pública municipal;
 - Melhorar a rede de laboratórios;
 - Curar 85% dos casos novos descobertos;
 - Desenvolver ações políticas, junto a lideranças representativas da Sociedade Civil e autoridades dos poderes Executivo, Judiciário, Legislativo e Ministério Público;
 - Incentivar maior participação do Controle Social;
 - Estimular Educação em Saúde, com foco em TB, para a comunidade.

5 METAS

- Manter a detecção anual de pelos menos 70% dos casos estimados de TB;
- Tratar corretamente 100% dos casos de Tuberculose diagnosticados e curar 85% dos mesmos;
- Manter o abandono do tratamento e de percentuais considerados aceitáveis ($\leq 5\%$);
 - Expandir o tratamento supervisionado para 100% das unidades de saúde do PSF e pelo menos 80% dos bacilíferos até 2010;

- Manter registro atualizado dos casos diagnosticados e 100% do resultado de tratamento;
- Aumentar em 100% o número de sintomáticos respiratórios examinados;
- Ofertar teste anti-HIV para 100% dos casos com tuberculose pulmonar positiva em maiores de 15 anos.
- Criar a Liga Estudantil de Controle da Tuberculose, para envolvimento da rede escolar.
- Divulgar através dos meios de comunicação, palestras educativas e panfletos os sintomas principais, transmissão, tratamento e controle da TB.

6 QUADRO DE METAS DO PMCT DO MUNICÍPIO DE BARREIRINHAS - 2009

AÇÃO PROPOSTA	OBJETIVO DA AÇÃO PROPOSTA	PRIORIDADE	SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO A SER ALCANÇADA	RESPONSÁVEL	PRAZO
Capacitação das Equipes do PSF implementadas sobre o Programa Municipal de Tuberculose.	Proporcionar melhor acompanhamento ao cliente.	Alta	Falta capacitar 50% as Equipes de Saúde da Família implementadas.	Capacitação em 100% das equipes para melhor acompanhamento do cliente.	Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação do PECT-SES/MA	120 dias
Análise e avaliação do Sistema de Informação de Dados	Acompanhar o fluxo de informações e garantir a retroalimentação das informações.	Alta	A análise dos dados será realizada mensalmente.	Análise da fidelidade dos dados através do cruzamento de informações contidas nos Livros Preto, Branco e Verde.	Coordenação do PMCT. Vigilância Epidemiológica.	1 ano

AÇÃO PROPOSTA	OBJETIVO DA AÇÃO PROPOSTA	PRIORIDADE	SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO A SER ALCANÇADA	RESPONSÁVEL	PRAZO
Implantação do Teste Tuberculínico (PPD) e a Quimioprofilaxia no município.	Acompanhar os contatos e pessoas não vacinadas com a BCG.	Alta	Não realização do Exame no município.	Realização do Exame no município para melhor auxiliar no diagnóstico dos contactantes.	Secretaria Municipal de Saúde.	30 dias
Implementação do SILTB	Acompanhar e avaliar o fluxo de informações do Laboratório, garantindo a retroalimentação das informações.	Alta	A análise dos dados não é feita no município	Melhoraria do acompanhamento em nível laboratorial a partir da realização da análise dos dados no próprio município.	Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância Epidemiológica PMCT.	30 dias

AÇÃO PROPOSTA	OBJETIVO DA AÇÃO PROPOSTA	PRIORIDADE	SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO A SER ALCANÇADA	RESPONSÁVEL	PRAZO
Implementação em 100% das Equipes de Saúde da Família para realização do tratamento supervisionado.	Melhorar em 100% o tratamento supervisionado através da atuação das Equipes de Saúde da Família.	Alta	As Equipes de Saúde da Família realizam o tratamento supervisionado através do Agente Cuidador.	Motivação das ESF para realização do tratamento supervisionado.	Vigilância Epidemiológica. Coordenação do PMCT. Coordenação do Programa Saúde da Família	90 dias
Implementação da Educação em Saúde em TB	Informar a população sobre Tuberculose	Alta	Baixo nível de conhecimento da comunidade sobre TB.	Elevação do nível de conhecimento da população sobre TB.	Núcleo Municipal do IEC.	60 dias

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do Plano Municipal de Controle de Tuberculose do município de Barreirinhas foi de extrema relevância por entender-se que a Tuberculose ainda é uma endemia negligenciada, uma vez que afeta pessoas degradadas socialmente e sem voz influente nas decisões da comunidade. Sua execução será de grande utilidade para a comunidade de Barreirinhas visto que se propõe a melhorar a qualidade de vida da população, pois sendo um município turístico, considera-se muito importante que uma endemia como Tuberculose esteja sob controle. Assume caráter emergencial a implementação deste Plano, cujo objetivo maior consiste em diminuir a incidência da Tuberculose no município, bem como a morbidade e a mortalidade causadas pela endemia.

REFERÊNCIAS

BARREIRINHAS. Disponível em:

<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/maranhao/barreirinhas.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde-maio de 2006. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/municipios_gpsm_nob_noas_jun_2006_07_ago_2008_versao2.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2009.

_____. _____. Agência de Notícias da AIDS. **Ministério da Saúde lança ação de combate à Tuberculose**. Disponível em:

< <http://criasnoticias.wordpress.com/2008/page/26/>>. Acesso em: 21 jan. 2009.

CARVALHO, João Conrado de Amorim. **Desenvolvimento sustentável e turismo: o caso Lençóis Maranhenses**. 2005. 168f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (EBAPE), Curso de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, RJ, 2005.

HOSPITAL SANTA LÚCIA. **Tuberculose**. Disponível em:
<http://www.santalucia.com.br/pneumologia/tuberculose.htm>. Acesso em: 12 jan. 2009.

MARANHÃO. Prefeitura Municipal de Barreirinhas. **Barreirinhas**. Disponível em:
<http://www.ferias.tur.br/informacoes/2399/barreirinhas-ma.html>. Acesso em: 20 jan. 2009.

MENEZES, Everardo Albuquerque et al. Incidência de Tuberculose Pulmonar Bacilífera no município de Umirim - Ceará, no ano de 2001. **NewsLab**, 2006.

ROUQUAYAOL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728p.

RUFFINO NETTO, Antonio. Impacto da reforma no setor de saúde sobre serviços de Tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, n.7, p.7 – 18. 1999.

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 35, n.1, p. 51-58, jan./fev. 2002. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822002000100010&script=sci_arttext. Acesso em: 20 jan. 2009.

_____. CARON-RUFFINO, Márcia. Interação de fatores riscos em tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v.13, n.2, p.119-122, jun. 1979. Disponível em:
<<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

SINAN. Ministério da Saúde. **Tuberculose**. Disponível em:
<<http://www.saude.gov.br/sinanweb>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

SOUZA, G.R.M. Tuberculose. In: SCHECHTER, M.; MARANGONI, D.V. **Doenças infecciosas**: conduta diagnostica e terapeuta. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. cap. 7. p. 209.

WORLD HEALTH ORGANIZATION GLOBAL. **Tuberculose**. Central WHO report WH/TB/98, 1998. p.237.