



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE LUZERNA**

**LEI Nº 1275 de 21 de outubro de 2014.**

**“OFICIALIZA O ‘PROGRAMA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)/DIABETES MELLITUS (DM) – HIPERDIA’ NO MUNICÍPIO DE LUZERNA(SC) E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS”.**

**MOISÉS DIERSMANN**, Prefeito Municipal de Luzerna(SC),

Faço saber a todos os habitantes deste Município, que a Câmara de Vereadores aprovou e eu sanciono a seguinte,

**LEI:**

**Art.1º-** Fica oficializado no **MUNICÍPIO DE LUZERNA(SC)**, através da Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social o **PROGRAMA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)/DIABETES MELLITUS (DM) - HIPERDIA”.**

**Parágrafo Único - O PROGRAMA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) DIABETES MELLITUS (DM) - HIPERDIA”** visa reduzir a prevalência de casos de **Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e Diabetes Mellitus - DM - HIPERDIA** e suas complicações.

**Art.2º-** O Programa será desenvolvido por prazo indeterminado.

**Art.3º -** As despesas decorrentes da aplicação desta Lei correrão a conta de dotações orçamentárias consignadas nos respectivos orçamentos anuais, e suplementadas se necessário.

**Art.4º -**Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Luzerna(SC), 21 de outubro de 2014.

**MOISÉS DIERSMANN**  
**Prefeito Municipal**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE LUZERNA

## PROGRAMA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)/ DIABETES MELLITUS (DM) - HIPERDIA

### I - Justificativa

Mais de 20% da população acima dos 40 anos pode desenvolver a HAS e o DM. Assim em conjunto de ações e serviços no âmbito da Atenção Básica devem ser oferecidos a população em geral no sentido de prevenir a incidência, retardar o aparecimento de complicações e manter em decorrência destas doenças.

### II - Objetivo Geral

Reduzir a prevalência de casos de HAS e DM e suas complicações.

### III - Objetivos Específicos

- Realizar ações específicas que promovam a qualidade de vida a hipertensos e diabéticos;
- Identificar HAS e DM tão logo o diagnóstico seja feito.

### III - Metodologia

- Cadastramento individual de HAS e DM;
- Realizar atendimento individual, em grupo, na Unidade e ou no domicílio;
- Realização de entrevistas, exames e avaliações.

### IV - Detalhamento das Ações

- Prestar atendimento individual, em grupo e no domicílio;
- Realizar atividades coletivas na comunidade;
- Realizar anualmente o Encontro Municipal de HAS/DM;
- Monitorar o percentual de visita domiciliar realizada a esta clientela pelas Agentes Comunitárias de Saúde;
- Manter oferta de medicamento para conter estas enfermidades, verificar se condiz com a necessidade da população;
- Realizar concurso receita diet;
- Adoção protocolos de Enfermagem;
- Realizar cursos de culinária a pacientes diabéticos e ou familiares;
- Investir em novas tecnologias para o controle da HAS/DM;
- Buscar fornecer insumo para o diabético de forma organizada e de acordo com a necessidade (glicosímetro, fitas glicemia);
- Fazer busca ativa faltosos nos grupos, na consulta individual ou mesmo quando ausente na retirada de medicamentos na farmácia;
- Favorecer e auxiliar grupos de pesquisa nesta área.

### V - Recursos Humanos

- Equipe da Estratégia Saúde da Família;
- Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
- Secretaria Municipal de Saúde;
- Prefeitura Municipal;
- Profissionais contratados e ou através de parcerias.

### VI - Recursos Materiais



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE LUZERNA**

- Todos os insumos, materiais e objetos necessários ao desenvolvimento de todas as ações descritas neste programa, estas vão desde divulgações na mídia até mesmo aquisição de serviços não disponíveis na Atenção Básica, como viabilização de pesquisas, alimentação, premiação e ou outros;
- Materiais de Consumo;
- Insumo de Escritório;
- Equipamentos;
- Medicamentos;
- Infraestrutura básica;
- Aquisição de serviço para a capacitação da equipe;
- Material Educativo informativo.

**VII - Metas Quantitativas**

- Realizar o cadastro de 100% da clientela HAS/DM;
- Aumentar em 20% o número de participantes no Encontro Municipal de HAS/DM, até 500 participantes;
- Assegurar visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde em 95% da clientela de HAS/DM mensalmente;
- Monitorar 1x/ano, através de Consultas de Enfermagem aos HAS/ DM, 75% destes devem ser avaliados pela enfermeira.

**VIII - Avaliação**

PMA2 e SSA2;  
Ficha de VD do ACS;  
Relatório de Procedimento de Enfermagem;  
PSE.