

INSTRUTIVO NOTIFICAÇÃO HANSENÍASE SISTEMA SENTINELA

Porto Alegre, 26 de agosto de 2025.

ACESSO AO SISTEMA

Link de acesso: **<https://sentinela.procempa.com.br>**

A Portaria Municipal com a lista de doenças e agravos de notificação compulsória no município de Porto Alegre, publicada em 2025, pode ser acessar no link a seguir: Portaria Municipal.

CADASTRO NO SISTEMA

Para notificar, solicitar o cadastro pelo email **sentinela@portoalegre.rs.gov.br**.

Enviar:

Nome completo;

CPF;

Email;

Formação ou cargo; e

Local de atuação.

DEFINIÇÃO DE CASO

O Ministério da Saúde do Brasil define um caso de hanseníase pela presença de pelo menos um ou mais dos seguintes critérios, conhecidos como sinais cardinais da hanseníase (Brasil, 2022, p. 25):

- 1) Lesão(ões) e/ou áreas(s) da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil;
- 2) Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
- 3) Presença do M. leprae, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele.

PERIODICIDADE DA NOTIFICAÇÃO

Semanal.

PÁGINA INICIAL

Diagnóstico: descrever o tipo de hanseníase ou selecionar o CID-10. Clicar Preencher Ficha.

Na hanseníase Neural Pura: Selecionar A309

NOTIFICAÇÕES DASHBOARDS

FIADAS RASCUNHOS **Q PESQUISAR** **+ NOVA NOTIFICAÇÃO**

Diagnóstico

Descrição ou código CID

CANCELAR PREENCHER FICHA

NOTIFICAÇÕES DASHBOARDS

ADAS RASCUNHOS **Q PESQUISAR** **+ NOVA NOTIFICAÇÃO**

Diagnóstico

Descrição ou código CID

A300 | Hanseníase [lepra] Indeterminada

A301 | Hanseníase [lepra] Tuberculóide

A302 | Hanseníase [lepra] Tuberculóide Borderline

A303 | Hanseníase [lepra] Dímorfa

989 A304 | Hanseníase [lepra] Lepromatosa Borderline

A305 | Hanseníase [lepra] Lepromatosa

DADOS GERAIS

Campo 6. Inserir nome ou código CNES

Campo 7. Escrever data do diagnóstico

1. Tipo de notificação

2. Agravado/doença | cid 10

3. Notificação **(obrigatório)**

2. Individual

Hanseníase | a30.9

26/08/2025



4. UF

5. Município da notificação |
IBGE

6. Unidade de saúde | código CNES
(obrigatório)

Nome ou código CNES

7. Diagnóstico **(obrigatório)**

__/__/__



Documento paciente: Inserir o CPF ou cartão SUS ou nome + mãe + data de nascimento

Clicar: Pesquisar ou Limpar

Pesquisar paciente

☒ CPF ou cartão SUS ☐ Nome, mãe e data de nascimento

Documento do paciente

CPF ou cartão SUS

X LIMPAR

Q PESQUISAR

Campo 12. Selecionar

12. Gestante **(obrigatório)**

selecione



Campo 14. Selecionar

14. Escolaridade **(obrigatório)**

selecione



Importante: Paciente menor de 15 anos, clicar, baixar, preencher e anexar a **Ficha complementar de Investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos**

Ficha complementar de investigação menor de 15 anos

É necessário preencher e anexar a **Ficha complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos**.

Limite de dois anexos, para selecionar outro arquivo, exclua um dos selecionados.

Anexo

 SELECIONAR ARQUIVOS



Arraste aqui seus arquivos ou selecione arquivos

Formatos aceitos: doc, pdf, png, jpeg e jpg. Tamanho máximo de arquivo: 50MB

DADOS DE RESIDÊNCIA

Campo 19. Selecionar

19. Distrito de saúde

selecione

Campo 26. Escrever (Qualificar este campo por meio do Geosaúde)

26. Ponto de referência

Campo 29. Selecionar

29. Zona

selecione

Escrever o **email** do paciente

E-mail

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

Campo 31. Inserir número do prontuário, caso seu serviço utilize

31. Número do prontuário

Campo 32. Escrever a ocupação

32. Ocupação

Descrição ou código CBO

DADOS CLÍNICOS

Campo 34. Selecionar **Forma clínica** (obrigatório)

- ☐ 1. Indeterminada ☐ 2. Tuberculoide ☐ 3. Dimorfa ☐ 4. Virchowiana ☐ 5. Não classificado ☐ 6. Neural pura

Importante: Caso escolha a opção **Neural pura**, clicar no(s) nervo(s) afetado(s).

Nervos afetados (obrigatório)

- ☐ 1. Nervo facial
☐ 2. Nervo auricular
☐ 3. Nervo radial
☐ 4. Nervo mediano
☐ 5. Nervo ulnar
☐ 6. Nervo fibular
☐ 7. Nervo sural
☐ 8. Nervo tibial

Pelo menos uma das opções deve estar marcada.

Campo 33. e Campo 36. Escrever o número

33. Número de lesões cutâneas (obrigatório)

36. Número de nervos afetados (obrigatório)

ATENDIMENTO

Campo 37. Avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico (obrigatório)

Clicar no 0. Grau zero, 1. Grau I ou 2. Grau II

☐ 0. Grau zero

Olhos

- Força muscular das pálpebras preservadas: Consegue ocluir com força e formação de pregas palpebrais simétricas e com grande resistência à abertura da pálpebra forçada pelo examinador.
- E Sensibilidade da córnea preservada.
- E Acuidade visual $\geq 0,1$ (a tabela de optotipos "E") de 3 metros ou Conta dedos a 6 metros.

Mãos

- Força muscular das mãos preservada.
- E Sensibilidade palmar preservada: sente o monofilamento 2g (violeta/roxa).

Pés

- Força muscular dos pés preservada.
- E Sensibilidade plantar preservada: sente o monofilamento 2g (violeta/roxa).

☐ 1. Grau I

Olhos

- Diminuição da força muscular das pálpebrassem deficiências visíveis: Apresenta resistência mínima à abertura forçada pelo examinador.
- E Sensibilidade da córnea preservada.
- E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: Resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ ausência do piscar.

Mãos

- Diminuição da força muscular da(s) mão(s) sem deficiências visíveis.
- E/OU Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (violeta/roxa).

Pés

- Diminuição da força muscular do(s) pé(s) sem deficiências visíveis.
- E/OU Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (violeta/roxa).

☐ 2. Grau II

Olhos

Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como:

- Lagoftalmo
- Ectrópio
- Triquíase
- Opacidade corneana central
- E/OU Acuidade visual < 0,1 (a tabela de optotipos "E") de 3 metros ou não conta dedos a 6 metros, excluídas outras causas.

Mãos

Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como:

- Garras
- Reabsorção óssea
- Atrofia muscular
- Mão caída
- Lesões tróficas
- Lesões traumáticas

Pés

Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como:

- Garras
- Reabsorção óssea
- Atrofia muscular
- Pé caído
- Lesões tróficas
- Lesões traumáticas

Importante: Clicar, baixar, preencher e anexar o **Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada e Classificação do Grau de Incapacidade Física em Hanseníase** para o 0. Grau zero, 1. Grau I ou 2. Grau II

Ficha complementar de investigação diagnóstica de hanseníase (obrigatório)

É necessário preencher e anexar a [Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada e Classificação do Grau de Incapacidade Física em Hanseníase](#).

Limite de dois anexos, para selecionar outro arquivo, exclua um dos selecionados.

Pelo menos um arquivo deve ser anexado.

Anexo (obrigatório)

 SELECIONAR ARQUIVOS



Arraste aqui seus arquivos ou selecione arquivos

Formatos aceitos: doc, pdf, png, jpeg e jpg. Tamanho máximo de arquivo: 50MB

Campo 38. Clicar o Modo de entrada (obrigatório)

- ☐ 1. Caso novo
- ☐ 2. Transferência do mesmo município (outra unidade)
- ☐ 3. Transferência de outro município (mesma UF)
- ☐ 4. Transferência de outro estado
- ☐ 5. Transferência de outro país
- ☐ 6. Recidiva
- ☐ 7. Outros reingressos
- ☐ 9. Ignorado

Importante: Caso escolha a opção **Caso Novo** e no Campo 37 a opção **2. Grau II**, Clicar, baixar, preencher e anexar o [Formulário de Investigação do Grau 2 de Incapacidade Física na Hanseníase](#)

Ficha complementar de investigação diagnóstica de hanseníase (obrigatória para todos os casos novos com Grau II)

É necessário preencher e anexar a [Formulário de Investigação do Grau 2 de Incapacidade Física na Hanseníase](#).

Limite de dois anexos, para selecionar outro arquivo, exclua um dos selecionados.

Pelo menos um arquivo deve ser anexado.

Anexo (obrigatório)

SELECIONAR ARQUIVOS



Arraste aqui seus arquivos ou selecione arquivos

Formatos aceitos: doc, pdf, png, jpeg e jpg. Tamanho máximo de arquivo: 50MB

Importante: Caso escolha a opção **Recidiva**, clicar, baixar, preencher e anexar a [Ficha de investigação de Suspeita de Recidiva](#)

Ficha complementar de recidiva

É necessário preencher e anexar a [Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva](#) e coletar amostra biológica em tubo plástico com tampa previamente preenchido com álcool 70% e sem espaço vazio. Cadastrar o paciente no SIRH e encaminhar amostra para o Lacen-RS.

Limite de dois anexos, para selecionar outro arquivo, exclua um dos selecionados.

Anexo

SELECIONAR ARQUIVOS



Arraste aqui seus arquivos ou selecione arquivos

Formatos aceitos: doc, pdf, png, jpeg e jpg. Tamanho máximo de arquivo: 50MB

Campo 39. Clicar o Modo de detecção do caso (obrigatório)

- ☐ 1. Encaminhamento
- ☐ 2. Demanda espontânea
- ☐ 3. Exame de coletividade
- ☐ 4. Exame de contatos
- ☐ 5. Outros modos
- ☐ 9. Ignorado

Campo 40. Clicar o resultado da Baciloscopia (**obrigatório**)

- ☐ 1. Positiva
- ☐ 2. Negativa
- ☐ 3. Não realizado
- ☐ 9. Ignorado

Campo 41. Escreva a data de Início do tratamento

 

Campo 42. Esquema terapêutico inicial (**obrigatório**)

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="radio"/> 1. PQT/PB/ 6 doses | <input checked="" type="radio"/> 2. PQT/MB/ 12 doses |
| <input type="radio"/> PQT-U Adulto | <input checked="" type="radio"/> PQT-U Adulto |
| <input type="radio"/> PQT-U Infantil | <input type="radio"/> PQT-U Infantil |

Na opção 3 selecionar o **Esquema Substituto**

3. Outros Esquemas Substitutos

Esquema terapêutico inicial (obrigatório)

Selecione	
43. Con	1. Dose mensal supervisionada: Clofazimina 300 mg + ofloxacino 400mg (ou minociclina 100mg) Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50mg + ofloxacino 400mg (ou minociclina 100mg) PB 6 meses
No	2. Dose mensal supervisionada: Clofazimina 300mg + ofloxacino 400mg (ou minociclina 100mg) Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50mg + ofloxacino 400mg (ou minociclina 100mg) MB 18 meses
Gr	3. Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600mg + clofazimina 300mg + ofloxacino 400mg (ou minociclina 100mg) Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50mg + ofloxacino 400mg (ou minociclina 100mg) PB 6 meses
	4. Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600mg + clofazimina 300mg + ofloxacino 400mg (ou minociclina 100mg) Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50mg + ofloxacino 400mg (ou minociclina 100mg) MB 18 meses

Campo 43. Contatos registrados. Escrever o nome do contato (mais completo possível), grau de parentesco e município de residência. Caso desconheça o grau de parentesco, selecione **Outro** e descreva as observações.

Nome do contato		
<input type="text"/>		
Grau de parentesco	Município Código IBGE	<input type="button" value="INCLUIR"/>
<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text" value="Município Código IBGE"/>	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES

O caso é autóctone do município de residência? Clicar na opção.

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Indeterminado

Episódio reacional. Clicar na opção.

- ☐ 1. Reação tipo 1 ☐ 2. Reação tipo 2 ☐ 3. Reação tipo 1 e 2 ☐ 4. Sem reação

Estigma relatado pelo paciente. Clicar nas opções

Discriminação: Tratamento injusto ou negativo praticado em relação a uma pessoa ou grupo pelo fato de pertencerem a círculos específicos, com características específicas (etnia, idade, gênero), ou por apresentarem determinada condição de saúde (ou doença).

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Preconceito: Consiste em atitudes hostis e aversivas voltadas contra pessoas que pertencem a um determinado grupo, por se presumir que elas tenham qualidades que devem ser censuradas.

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Exames de apoio diagnóstico. Clicar em uma ou mais opções

- ☐ Histopatologia
☐ Ultrassom
☐ Eletroneuromiografia
☐ qPCR

Importante: Ao clicar na opção, colocar a **data**, o **resultado e/ou laudo do exame** (**obrigatório**)

☒ qPCR

Data (**obrigatório**)

Resultado (**obrigatório**)

1500/1500 caracteres disponíveis

Limite de dois anexos, para selecionar outro arquivo, exclua um dos selecionados.

Anexo (**obrigatório**)

SELECIONAR ARQUIVOS

Doenças e agravos associados. Clicar em uma ou mais opções

- ☐ 1. HIV/Aids
- ☐ 2. Tuberculose
- ☐ 3. Hepatite B
- ☐ 4. Hepatite C
- ☐ 5. Estrongiloidíase
- ☐ 6. HTLV
- ☐ 7. Diabetes
- ☐ 8. Sífilis
- ☐ 9. Outra

Realizou cirurgia? Clicar em uma ou mais opções

Preventiva

☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Reabilitadora

☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Outros

☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Caso disponha de outras informações, descreva

Outras informações (resultados de exames laboratoriais e de imagem, etc.)

255/255 caracteres disponíveis

INVESTIGADOR

Procurar o **Nome** do investigador (cadastrado automaticamente a partir do CNES)

Município

Porto Alegre | 431490

Unidade de saúde

2264390 | Clínica da Família Modelo

Nome (obrigatório)

Nome ou CPF do profissional

FINALIZAR



SALVAR



EXCLUIR



NOTIFICAR

Escolher a opção **SALVAR**, caso você não disponha de todas as informações e/ou documentos obrigatórios anexados.

Escolher a opção **NOTIFICAR**, caso você disponha de todas as informações e os documentos obrigatórios anexados.

Escolher a opção **EXCLUIR**, para outras situações.

Link vídeo instrutivo:

https://www.canva.com/design/DAGwEdOvea8/A8CIT2b9af1jFAPEoB5m2w/view?utm_content=DAGwEdOvea8&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=recording_view

Referências

[BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília, Ministério da Saúde, 2022](#)