

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
GT-SINAN**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO**

**DICIONÁRIO DE DADOS - SINAN NET - Versão 4.0**

**AGRAVO: SÍFILIS CONGÊNITA**

Nome	Tipo	Categorias	Descrição	Características	DBF
<b>ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DA MÃE</b>					
<b>31. Idade da mãe</b>	NUMBER(3)		Idade da mãe, por ocasião da notificação do caso. Permite digitação.		ANT_IDADE
<b>32. Raça/cor da mãe</b>	VARCHAR2(1)	1 – Branca 2 – Preta 3 – Amarela 4 – Parda 5 – Indígena 9 – Ignorado	Considera-se na seleção das categorias a cor ou raça declarada pela mãe. 1- branca 2- preta 3- amarela ( pessoa que se declarou de raça amarela) 4- parda (pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) 5 - indígena (pessoa que se declarou indígena ou índia)	Aceita apenas os códigos listados. Preenchimento obrigatório.	ANT_RACA
<b>33. Ocupação / Ramo de Atividade Econômica</b>	VARCHAR2(6)		Tabela de ocupação padronizada pelo Sinan		ID_OCUPA_N
<b>34. Escolaridade da Mãe</b>	VARCHAR2(2)	0 - analfabeto 1 – 1ª a 4ª série incompleta do EF 2 – Até 4ª série completa do EF	Escolaridade da mãe no momento da notificação do caso	Aceita apenas os códigos listados. Preenchimento obrigatório.	ESCOLMAE

Nome	Tipo	Categorias	Descrição	Características	DBF
		3 – 5 a 8ª série incompleta do EF. 4 – Ensino fundamental completo. 5 – Ensino médio incompleto. 6 - Ensino médio completo. 7 – Educação superior incompleta. 8- Educação superior completa. 9- Ignorada. 10 – Não se aplica.			
<b>35. Realizou pré-natal na gestação</b>	VARCHAR2(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Informa se a mãe realizou pré-natal durante a gravidez do caso notificado.	Aceita apenas os códigos listados Preenchimento obrigatório	ANT_PRE_NA
<b>36. UF do Local da realização do Pré-Natal</b>	VARCHAR2(2)		Informa a UF do local de realização do pré-natal.	Tabela de UF padronizada pelo SINAN	<b>UF_PRE_NAT</b>
<b>37. Município do Local da realização do Pré-Natal</b>	VARCHAR2(6)		Informa o Município do local da realização do pré-natal.	Tabela de Município padronizada pelo SINAN	MUN_PRE_NA
<b>38. Unidade de saúde da realização do Pré-Natal</b>	VARCHAR2(7)		Nome da unidade de saúde onde foi realizado o pré-natal.		UNI_PRE_NA
<b>39. Diagnóstico de sífilis materna</b>	VARCHAR2(1)	1. Durante o pré-natal 2. No momento do parto/curetagem 3. Após o parto 4. Não realizado 9. Ignorado.	Diagnóstico de sífilis firmado laboratorialmente na rotina de pré-natal, durante o pré-natal ou no momento do parto ou após o parto ou não realizado ou ignorado.	Aceita apenas os códigos listados. Preenchimento obrigatório	ANTSIFIL_N
<b>DADOS LABORATORIAS DA MÃE</b>					
<b>40. Teste não</b>	VARCHAR2(1)	1 - Reagente	Resultado qualitativo do VDRL materno	Aceita apenas os códigos listados.	LAB_PARTO

Nome	Tipo	Categorias	Descrição	Características	DBF
treponêmico no parto/curetagem		2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado	recomendado na admissão de todas as gestantes para a realização do parto/curetagem.	Se o campo <b>Diagnóstico de sífilis materna</b> = 2, então campo <b>Teste não treponêmico no parto/curetagem</b> tem que ser diferente de 3 e 9. Preenchimento obrigatório	
41. Resultado teste não treponêmico no parto/curetagem - Título	NUMBER(4)		Resultado quantitativo do VDRL materno recomendado na admissão de todas as gestantes para a realização do parto/curetagem	Campo habilitado e obrigatório se "Teste não treponêmico no parto/curetagem" = 1	LAB_TITU_2
42. Data da coleta teste não treponêmico no parto/curetagem	DATE	Dd/mm/aaaa	Data da coleta do VDRL realizado no momento do parto/curetagem.	Campo habilitado e obrigatório se "Teste não treponêmico no parto/curetagem" = 1 Data não pode ser anterior a data do nascimento da criança (campo 9)	LAB_DT3
43. Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem	VARCHAR2(1)	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado	Resultado qualitativo do teste treponêmico realizado no parto	Aceita apenas os códigos listados. Preenchimento obrigatório	LAB_CONF
<b>TRATAMENTO DA MÃE</b>					
44. Esquema de tratamento materno	VARCHAR2(1)	1. Adequado 2. Inadequado 3. Não realizado 9. Ignorado	Esquema terapêutico adequado significa tratamento realizado de acordo com o esquema preconizado para a fase clínica da sífilis, iniciado a mais de 30 dias antes do parto e cujos títulos baixaram como esperado ou permaneceram com títulos baixos e o parceiro tratado concomitantemente a gestante.	Aceita apenas os códigos listados. Preenchimento obrigatório	TRA_ESQUEM
45. Data do início do	DATE		Data do início do tratamento para a sífilis da mãe do caso notificado.	Campo habilitado e obrigatório se Esquema de tratamento materno ≠	TRA_DT

Nome	Tipo	Categorias	Descrição	Características	DBF
tratamento				3 ou 9	
<b>46. Parceiro(s) tratado(s) concomitante à gestante</b>	VARCHAR2(1)	1. Sim 2. Não 9. Ignorado	Informa sobre tratamento para sífilis do(s) parceiro(s) da mãe do caso notificado.	Aceita apenas os códigos listados. Se esse campo = 2 ou 9 o item <b>Esquema de tratamento</b> não pode ser = 1 Preenchimento obrigatório	ANT_TRATAD
<b>ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DA CRIANÇA</b>					
<b>47. UF</b>	VARCHAR2(2)		UF de localização da ocorrência do nascimento, aborto ou óbito da criança.	Tabela de UF padronizada no Sinan	ANT_UF_CRI
<b>48. Município do Nascimento/Aborto/Natimorto</b>	VARCHAR2(6)	Tabela de códigos de municípios	Município de localização da ocorrência do nascimento, aborto ou óbito da criança.	Tabela de municípios padronizados no Sinan	ANT_MUNI_C
<b>49. Local de nascimento / Aborto/Natimorto (Maternidade / Hospital)</b>	NUMBER(8,0)		Código e nome da unidade de saúde onde foi realizado o parto da criança aborto ou óbito da criança.	Campo de preenchimento não obrigatório Tabela de estabelecimentos de saúde padronizada no Sinan	ANT_LOCAL_
<b>DADOS LABORATORIAIS DA CRIANÇA</b>					
<b>50. Teste não treponêmico – Sangue Periférico</b>	VARCHAR2(1)	1. Reagente 2. Não Reagente 3. Não Realizado 9. Ignorado	Resultado qualitativo do VDRL ou outro teste não treponêmico realizado em amostra de sangue periférico do caso notificado.	Aceita apenas os códigos listados. Preenchimento obrigatório	LABC_SANGU
<b>51. Título</b>	NUMBER(4)		Resultado quantitativo (título) do VDRL ou outro teste não treponêmico realizado em amostra de sangue periférico do caso notificado.	Campo obrigatório se campo <b>Teste não treponêmico – Sangue Periférico = 1</b> São necessários 4 caracteres para esse campo	LABC_TIT_1
<b>52. Data</b>	DATE	Dd/mm/aaaa	Data da coleta do teste não treponêmico – Sangue Periférico	Campo habilitado se campo <b>Teste não treponêmico – Sangue Periférico = 1 ou 2</b>	LABC_DT_1

Nome	Tipo	Categorias	Descrição	Características	DBF
<b>53. Teste treponêmico após 18 meses</b>	VARCHAR2(1)	1. Reagente 2. Não Reagente 3. Não Realizado 4 – Não se aplica 9. Ignorado	Resultado do teste treponêmico realizado na criança em amostra de sangue periférico.	<b>Campo obrigatório</b>  Aceita apenas os códigos listados.	LABC_IGG
<b>54. Data</b>	DATE	Dd/mm/aaaa		Campo habilitado se campo <b>Teste treponêmico após 18 meses = 1 ou 2</b>	LABC_DT
<b>55. Teste não treponêmico – Líquor</b>	VARCHAR2(1)	1. Reagente 2. Não Reagente 3. Não Realizado 9. Ignorado	Resultado qualitativo do teste não treponêmico realizado em amostra de líquido do caso notificado.	Aceita apenas os códigos listados. Preenchimento obrigatório.	LABC_LIQUO
<b>56. Título</b>	NUMBER(4)		Resultado quantitativo do teste treponêmico realizado em amostra de líquido do caso notificado.	Habilitado se campo <b>Teste não treponêmico – Líquor = 1</b>	LABC_TIT_2
<b>57. Data</b>	DATE	Dd/mm/aaaa	Data da coleta do Teste não treponêmico – Líquor	Habilitado campo <b>Teste não treponêmico – Líquor = 1 ou 2</b>	LABC_DT_2
<b>58. Titulação ascendente</b>	VARCHAR2(1)	1. Sim 2. Não 3. Não Realizado 9. Ignorado	Titulação ascendente – Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento ( VDRL com 1mes, 3, 6 ,12 e 18 meses).	Aceita apenas os códigos listados. Preenchimento obrigatório	LABC_TITUL
<b>59. Evidência de T. pallidum</b>	VARCHAR2(1)	1. Sim 2. Não 3. Não realizado 9. Ignorado	Evidência de <i>T. pallidum</i> em exame microscópico de material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas, cordão umbilical, ou necropsia, através de técnica de “campo escuro”, imunofluorescência direta ou outro método específico.	Aceita apenas os códigos listados. Preenchimento obrigatório	LABC_EVIDE

Nome	Tipo	Categorias	Descrição	Características	DBF
<b>60. Alteração líquórica</b>	VARCHAR2(1)	1. Sim 2. Não 3. não realizado 9. Ignorado	Alterações ao exame do líquido, caracterizadas por: celularidade maior que 10/campo e proteinorraquia maior que 100mg/ml, no recém-nato.	Aceita apenas os códigos listados. Preenchimento obrigatório	LABC_LIQ_1
<b>61. Diagnóstico radiológico da criança: Alteração no Exame dos Ossos Longos</b>	VARCHAR2(1)	1. Sim 2. Não 3. Não realizado 9. Ignorado	Diagnóstico de alterações ósseas observáveis ao Rx, tais como osteocondrite, osteoartrite, periostite (diafisite produtiva), rarefação óssea, tibia em "lâmina de sabre".	Aceita apenas os códigos listados. Preenchimento obrigatório	TRA_DIAG_T
<b>DADOS CLÍNICOS DA CRIANÇA</b>					
<b>62. Diagnóstico Clínico da Criança</b>	VARCHAR2(1)	1. Assintomático 2. Sintomático 3. Não se aplica 9. Ignorado	<b>Assintomático/ sintomático:</b> Criança que não apresenta ou apresenta, ao exame físico, qualquer manifestação clínica sugestiva de sífilis congênita. <b>Não se aplica</b> – assinalar em caso de aborto ou natimorto.	<b>Campo obrigatório</b>  Se o campo <b>for</b> preenchido com <b>categoria = 1, categoria = 3 ou com a categoria = 9</b> as variáveis do campo <b>63</b> – Presença de sinais e sintomas - Icterícia, Anemia, Esplenomegalia, Osteocondrite, Rinite, Mucosanguinolenta, Hepatomegalia, Lesões, Pseudoparalisia, outros - <b>deverão ser desabilitadas.</b> Se o campo <b>for</b> preenchido com <b>categoria = 2</b> , as variáveis do campo <b>63</b> devem ser habilitadas para preenchimento <b>obrigatório</b>	TRA_DIAG_C NOME DA VARIÁVEL NO SINAN-W: CLI_ASSINT Manter o nome do SINAN-W.

Nome	Tipo	Categorias	Descrição	Características	DBF
<b>63. Presença de sinais e sintomas Icterícia</b>	VARCHAR2(1)	1 Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado	Informar na casela o código da presença ou não ("1" ou "2" respectivamente) dos sinais e sintomas referidos. Se a informação for ignorada, assinalar "9", e Não se aplica – por ex. quando aborto ou natimorto. Sinais ou sintomas não listados podem ser anotados no espaço indicado. Presença de icterícia ao exame físico da criança.	Campo obrigatório Ver crítica da variável "Diagnóstico clínico da criança".	SIN_ICTE_C NOME DA VARIÁVEL NO SINAN-W: CLI_ICTERI Manter o nome do SINAN-W.
<b>63. Presença de sinais e sintomas Anemia</b>	VARCHAR2(1)	1 Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado	Informar na casela o código da presença ou não ("1" ou "2" respectivamente) dos sinais e sintomas referidos. Se a informação for ignorada, assinalar "9", e Não se aplica – por ex. quando aborto ou natimorto. Sinais ou sintomas não listados podem ser anotados no espaço indicado. Presença de anemia ao exame físico da criança.	Campo obrigatório Ver crítica da variável "Diagnóstico clínico da criança".	SIN_ANEM_C NOME DA VARIÁVEL NO SINAN-W: CLI_ANEMIA Manter o nome do SINAN-W.
<b>63. Presença de sinais e sintomas Esplenomegalia</b>	VARCHAR2(1)	1 Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado	Informar na casela o código da presença ou não ("1" ou "2" respectivamente) dos sinais e sintomas referidos. Se a informação for ignorada, assinalar "9", e Não se aplica – por ex. quando aborto ou natimorto. Sinais ou sintomas não listados podem ser anotados no espaço indicado. Presença de baço aumentado de tamanho ao exame físico da criança.	Campo obrigatório Ver crítica da variável "Diagnóstico clínico da criança".	SIN_ESPL_C NOME DA VARIÁVEL NO SINAN-W: CLI_ESPLEN Manter o nome do SINAN-W.
<b>63. Presença de sinais e sintomas Osteocondrite</b>	VARCHAR2(1)	1 Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado	Informar na casela o código da presença ou não ("1" ou "2" respectivamente) dos sinais e sintomas referidos. Se a informação for ignorada, assinalar "9", e Não se aplica – por ex. quando aborto ou natimorto. Sinais ou sintomas não listados podem ser anotados no espaço indicado. Presença de lesões osteoarticulares dolorosas à manipulação da criança.	Campo obrigatório Ver crítica da variável "Diagnóstico clínico da criança".	SIN_OSTE_C NOME DA VARIÁVEL NO SINAN-W: CLI_OSTEO Manter o nome do SINAN-W.

Nome	Tipo	Categorias	Descrição	Características	DBF
<b>63. Presença de sinais e sintomas</b>  <b>Rinite muco-sanguinolenta</b>	VARCHAR2(1)	1 Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado	Informar na casela o código da presença ou não ("1" ou "2" respectivamente) dos sinais e sintomas referidos. Se a informação for ignorada, assinalar "9", e Não se aplica – por ex. quando aborto ou natimorto. Sinais ou sintomas não listados podem ser anotados no espaço indicado. Presença de rinite muco-sanguinolenta observada ao exame físico da criança.	Campo obrigatório Ver crítica da variável "Diagnóstico clínico da criança".	SIN_RINI_C NOME DA VARIÁVEL NO SINAN-W: CLI_RINITE Manter o nome do SINAN-W.
<b>63. Presença de sinais e sintomas</b>  <b>Hepatomegalia</b>	VARCHAR2(1)	1 Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado	Informar na casela o código da presença ou não ("1" ou "2" respectivamente) dos sinais e sintomas referidos. Se a informação for ignorada, assinalar "9", e Não se aplica – por ex. quando aborto ou natimorto. Sinais ou sintomas não listados podem ser anotados no espaço indicado. Presença de fígado aumentado de tamanho ao exame físico da criança.	Campo obrigatório Ver crítica da variável "Diagnóstico clínico da criança".	SIN_HEPA_C NOME DA VARIÁVEL NO SINAN-W: HEPATO Manter o nome do SINAN-W.
<b>63. Presença de sinais e sintomas</b>  <b>Lesões cutâneas</b>	VARCHAR2(1)	1 Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado	Informar na casela o código da presença ou não ("1" ou "2" respectivamente) dos sinais e sintomas referidos. Se a informação for ignorada, assinalar "9", e Não se aplica – por ex. quando aborto ou natimorto. Sinais ou sintomas não listados podem ser anotados no espaço indicado. Presença de: lesões bolhosas e/ou descamativas; lesões papulares ou manchas generalizadas de pele, incluindo palma das mãos e planta dos pés; fissuras ao redor dos orifícios naturais da criança.	Campo obrigatório Ver crítica da variável "Diagnóstico clínico da criança".	SIN_LESA_C NOME DA VARIÁVEL NO SINAN-W: LESOES Manter o nome do SINAN-W.



Nome	Tipo	Categorias	Descrição	Características	DBF
<b>63. Presença de sinais e sintomas  Pseudopar alísia</b>	VARCHAR2(1)	1 Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado	Informar na casela o código da presença ou não ("1" ou "2" respectivamente) dos sinais e sintomas referidos. Se a informação for ignorada, assinalar "9", e Não se aplica – por ex. quando aborto ou natimorto. Sinais ou sintomas não listados podem ser anotados no espaço indicado. Presença de "paralisia" antálgica, observada principalmente à manipulação da criança, como nas trocas de fraldas.	Campo obrigatório Ver crítica da variável "Diagnóstico clínico da criança".	SIN_PSEU_C NOME DA VARIÁVEL NO SINAN-W: CLI_PSEUDO Manter o nome do SINAN-W.
<b>63. Presença de sinais e sintomas Outro</b>	VARCHAR2(1)	1 Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado	Presença de outros sintomas/sinais ao exame do paciente, não relacionados acima.	Campo obrigatório Ver crítica da variável "Diagnóstico clínico da criança".	SIN_OUTR_C NOME DA VARIÁVEL NO SINAN-W: CLI_OUTRO Manter o nome do SINAN-W.
<b>63. Presença de sinais e sintomas Outro Especificar</b>	VARCHAR2(20)	1 Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado		Campo habilitado se a variável "outro" =1	SIN_OUTR_E
<b>TRATAMENTO DA CRIANÇA</b>					

Nome	Tipo	Categorias	Descrição	Características	DBF
<b>64. Esquema de Tratamento</b>	VARCHAR2(1)	1. Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI Kg / dia / 10 dias 2. Penicilina G Procaína 50.000 UI Kg / dia / 10 dias 3. Penicilina G Benzatina 50.000 UI Kg / dia / dose única 4. Outro Esquema 5. Não Realizado 6. Não se aplica 9. Ignorado	Esquema terapêutico utilizado para o tratamento da sífilis congênita do caso notificado, ao nível hospitalar ou ambulatorial. A Penicilina Cristalina é administrada por via intravenosa, e as Penicilinas Procaína e Benzatina administradas por via intramuscular.	Aceita apenas os códigos listados Preenchimento obrigatório	TRA_ESQU_1
<b>64. Esquema de Tratamento – Outro Esquema</b>	VARCHAR2(30)		Especificação de outro esquema de tratamento utilizado para a criança, não listado acima.	Campo habilitado se a variável “Esquema de tratamento” =4	DS_ESQUEMA
<b>EVOLUÇÃO</b>					
<b>65. Evolução do caso</b>	VARCHAR2(1)	1. Vivo 2. Óbito por sífilis congênita 3. Óbito por outras causas 4. Aborto 5. Natimorto 9. Ignorado	Informar a evolução do caso de sífilis congênita: Considera-se óbito por sífilis congênita - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. Considera-se Aborto - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas. Considera-se Natimorto - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.	Aceita apenas os códigos listados Preenchimento obrigatório  Se o campo for preenchido com 4 ou 5 e data de nascimento for diferente de data de diagnóstico, aparecer o texto: “Quando a evolução do caso for aborto ou natimorto, a data de nascimento deve ser igual à data de diagnóstico” e aguardar alteração do campo	EVOLUCAO

Nome	Tipo	Categorias	Descrição	Características	DBF
<b>Diagnóstico Final Campo Interno</b>	VARCHAR2(1)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sífilis Congênita Recente</li> <li>2. Sífilis Congênita Tardia</li> <li>3. Aborto</li> <li>4. Natimorto</li> <li>5. Descartado</li> </ol>	<p>Diagnóstico definitivo do caso notificado, segundo o estadiamento do caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sífilis congênita recente: diagnóstico em criança &lt; de 2 anos de idade.</li> <li>• Sífilis congênita tardia: diagnóstico em criança &gt; de 2 anos de idade.</li> <li>• Natimorto com sífilis: perda fetal com mais de 22 semanas de gestação ou &gt;500g de peso;</li> <li>• Aborto por sífilis: perda fetal com &lt;22 semanas de gestação;</li> <li>• Descartado: investigação incompleta impossibilitando o diagnóstico final do caso</li> </ul>	<p>Esse campo será preenchido automaticamente, seguindo os critérios de definição de caso. Os parâmetros e as críticas para o preenchimento dessa variável estão disponíveis no Anexo 1 desse documento.</p> <p>Os casos que não estão de acordo com a definição serão gravados na categoria descartado e surgirá uma mensagem de alerta: "Este caso não preenche os critérios de definição de sífilis congênita, consultar definição de caso".</p>	EVO_DIAG_N
<b>66. Data do óbito</b>	DATE		Data do óbito da criança	Campo habilitado se campo Evolução do caso = 2 ou 3	DT_OBITO

### Anexo 1 – Parâmetros e críticas para o preenchimento da variável “Diagnóstico Final” (campo interno ao sistema).

#### 1 - SÍFILIS CONGÊNITA RECENTE:

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS MATERNA = 1 (Durante o pré-natal) **or** = 2 (No momento do parto/curetagem) **or** = 3 (Após o parto) **and** Esquema de tratamento da gestante/mãe<>1 and IDADE< 2anos

**OR**

TESTE NÃO TREPONÊMICO NO PARTO/CURETAGEM = 1 (Reagente) **and** Esquema de tratamento da gestante/mãe<>1 **and** IDADE< 2anos

**OR**

TESTE CONFIRMATÓRIO TREPONÊMICO NO PARTO /CURETAGEM = 1 (Reagente) **and** Esquema de tratamento da gestante/mãe<>1 **and** IDADE< 2anos

**OR**

TESTE NÃO TREPONÊMICO/SANGUE PERIFÉRICO = 1 (Reagente) **and** (diferença entre a “DATA de realização do Teste Não Treponêmico - sangue periférico” e a “DATA de nascimento”  $\geq$  06meses) **and** IDADE  $<$  2anos.

**OR**

TESTE TREPONÊMICO APÓS 18 MESES = 1 (Reagente) **and** (diferença entre a “DATA de realização do Teste Treponêmico após os 18 meses” e a “DATA de nascimento”  $\geq$  18meses) **and** IDADE  $<$  2anos.

**OR**

TESTE NÃO TREPONÊMICO – LÍQUOR = 1 (Reagente) **and** IDADE  $<$  2anos

**OR**

TITULAÇÃO ASCENDENTE = 1 (Reagente) **and** IDADE  $<$  2anos

**OR**

EVIDÊNCIA DE *T. pallidum* = 1 (Reagente) **and** IDADE  $<$  2anos

**OR**

ALTERAÇÃO LIQUÓRICA = 1 (Reagente) **and** TESTE NÃO TREPONÊMICO/SANGUE PERIFÉRICO = 1 (Reagente) **and** IDADE  $<$  2anos

**OR**

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DA CRIANÇA: ALTERAÇÃO NO EXAME DOS OSSOS LONGOS = 1 (Reagente) TESTE NÃO TREPONÊMICO/SANGUE PERIFÉRICO = 1 (Reagente) **and** IDADE  $<$  2anos

**OR**

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA CRIANÇA = 1 (Reagente) **and** TESTE NÃO TREPONÊMICO/SANGUE PERIFÉRICO = 1 (Reagente) **and** IDADE  $<$  2anos

## **2 - SÍFILIS CONGÊNITA TARDIA:**

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS MATERNA = 1 (Durante o pré-natal) **or** = 2 (No momento do parto/curetagem) **or** = 3 (Após o parto) **and** Esquema de tratamento da gestante/mãe  $<$  1 **and** IDADE  $\geq$  2anos

**OR**

TESTE NÃO TREPONÊMICO NO PARTO/CURETAGEM = 1 (Reagente) **and** Esquema de tratamento da gestante/mãe  $<$  1 **and** IDADE  $\geq$  2anos

**OR**

TESTE CONFIRMATÓRIO TREPONÊMICO NO PARTO /CURETAGEM = 1 (Reagente) **and** Esquema de tratamento da gestante/mãe  $<$  1 **and** IDADE  $\geq$  2anos

**OR**

TESTE NÃO TREPONÊMICO/SANGUE PERIFÉRICO = 1 (Reagente) **and** (diferença entre a “DATA de realização do Teste Não Treponêmico - sangue periférico” e a “DATA de nascimento”  $\geq$  06meses) **and** IDADE  $\geq$  2anos.

**OR**

TESTE TREPONÊMICO APÓS 18 MESES = 1 (Reagente) **and** (diferença entre a “DATA de realização do Teste Treponêmico após os 18 meses” e a “DATA de nascimento”  $\geq$  18meses) **and** IDADE  $\geq$  2anos.

**OR**

TESTE NÃO TREPONÊMICO – LÍQUOR = 1 (Reagente) **and** IDADE  $\geq$  2anos

**OR**

TITULAÇÃO ASCENDENTE = 1 (Reagente) **and** IDADE  $\geq$  2anos

**OR**

EVIDÊNCIA DE *T. pallidum* = 1 (Reagente) **and** IDADE >= 2anos

**OR**

ALTERAÇÃO LIQUÓRICA = 1 (Reagente) **and** TESTE NÃO TREPONÊMICO/SANGUE PERIFÉRICO = 1 (Reagente) **and** IDADE >= 2anos

**OR**

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DA CRIANÇA: ALTERAÇÃO NO EXAME DOS OSSOS LONGOS = 1 (Reagente) **and** TESTE NÃO TREPONÊMICO/SANGUE PERIFÉRICO = 1 (Reagente) **and** IDADE >= 2anos

**OR**

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA CRIANÇA = 1 (Reagente) **and** TESTE NÃO TREPONÊMICO/SANGUE PERIFÉRICO = 1 (Reagente) **and** IDADE >= 2anos

### **3 – ABORTO**

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS MATERNA = 1 (Durante o pré-natal) **or** = 2 (No momento do parto/curetagem) **or** = 3 (Após o parto) **and** Esquema de tratamento da gestante/mãe<>1 **and** EVOLUÇÃO DO CASO = 4 (Aborto)

**OR**

TESTE NÃO TREPONÊMICO NO PARTO/CURETAGEM = 1 (Reagente) **and** Esquema de tratamento da gestante/mãe<>1 **and** EVOLUÇÃO DO CASO = 4 (Aborto)

**OR**

TESTE CONFIRMATÓRIO TREPONÊMICO NO PARTO /CURETAGEM = 1 (Reagente) **and** Esquema de tratamento da gestante/mãe<>1 **and** EVOLUÇÃO DO CASO = 4 (Aborto)

### **4 – NATIMORTO**

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS MATERNA = 1 (Durante o pré-natal) **or** = 2 (No momento do parto/curetagem) **or** = 3 (Após o parto) **and** Esquema de tratamento da gestante/mãe<>1 **and** EVOLUÇÃO DO CASO = 5 (Natimorto)

**OR**

TESTE NÃO TREPONÊMICO NO PARTO/CURETAGEM = 1 (Reagente) **and** Esquema de tratamento da gestante/mãe<>1 **and** EVOLUÇÃO DO CASO = 5 (Natimorto)

**OR**

TESTE CONFIRMATÓRIO TREPONÊMICO NO PARTO /CURETAGEM = 1 (Reagente) **and** Esquema de tratamento da gestante/mãe<>1 **and** EVOLUÇÃO DO CASO = 5 (Natimorto)

### **5 - DESCARTADO**

Os registros que não estão de acordo com os critérios acima estabelecidos, deverão ser gravados na categoria descartado e uma janela de alerta deverá ser gerada com a seguinte mensagem: "Este caso não preenche os critérios de definição de sífilis congênita, consultar definição de caso".

