



**Nota técnica nº001 DIVE/SUV/SES/2018 (atualizada em maio de 2024)**

*Assunto: Atualização das recomendações sobre definição de caso, diagnóstico, tratamento e profilaxia da coqueluche disponíveis no Guia de Vigilância em Saúde (6ª edição/2024).*

A coqueluche (tosse comprida) é uma doença infecciosa aguda, de transmissão respiratória, causada pelo bacilo gram negativo *Bordetella pertussis* que compromete o **trato respiratório, sendo caracterizada por tosse do tipo paroxística**. A doença ocorre de forma endêmica, mas pode se apresentar na forma de surtos com a possibilidade de complicações e mortes; é doença de notificação e investigação obrigatória.

Segundo informe do Ministério da Saúde, a exemplo de outros países, houve um aumento súbito no número de casos de coqueluche no Brasil a partir de 2011. Em 2014, registrou-se o pico de casos, com incidência de 4,2 casos/100.000 hab. e desde 2015 vem sendo observada a diminuição no número de casos. No Brasil, no período de 2019 a 2022, foram confirmados 2.210 casos de coqueluche.

Em Santa Catarina, a incidência entre os anos de 2019 e 2023 a incidência variou de 0,03 a 0,45 casos/100.000 habitantes

A faixa etária mais acometida no período são os menores de 1 ano e, dentre estes, os menores de 6 meses, que possuem maior risco de evoluírem para óbito. No ano de 2011 foi registrada a maior taxa de letalidade (8,3%) e os últimos registros de óbito no estado são de 2014.

Em 2014, considerando a situação epidemiológica da coqueluche e a necessidade de proteger contra a doença o binômio mãe-filho, a vacina dTpa contra difteria, tétano e *pertussis* acelular foi incorporada ao Calendário Nacional de vacinação para gestantes e profissionais de saúde (médico anestesista, ginecologista, neonatologista, obstetra, pediatra, enfermeiro e técnico de enfermagem) que atendam recém-nascidos nas maternidades e UTIs neonatais, reforçando as estratégias de controle vigentes<sup>(5)</sup>.



A Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE), por meio da Gerência de Doenças Infecciosas Agudas e Imunização (GEDIM), baseada nas recomendações disponíveis no Guia de Vigilância em Saúde (6ª edição/2024), orienta a adoção das seguintes ações visando a vigilância, diagnóstico, tratamento e profilaxia da coqueluche:

### **1. Definição de caso suspeito de coqueluche (1):**

**1.1 Indivíduo com menos de 6 meses de idade:** todo indivíduo, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo há 10 dias ou mais, associada a **um ou mais** dos seguintes sintomas:

- tosse paroxística - tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (cinco a dez) em uma única expiração;
- guincho inspiratório - resultante da inalação forçosa do ar contra a glote estreitada;
- vômitos pós-tosse;
- cianose;
- apneia;
- engasgo.

**1.2 Indivíduo com idade igual ou superior a 6 meses:** todo indivíduo que, independentemente do estado vacinal, apresente tosse de qualquer tipo há 14 dias ou mais associada a **um ou mais** dos seguintes sintomas:

- tosse paroxística - tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (cinco a dez) em uma única expiração;
- guincho inspiratório;
- vômito pós-tosse.

Além disso, acrescenta-se a condição de caso suspeito todo indivíduo que apresente tosse, em qualquer período, com história de contato próximo com caso confirmado de coqueluche pelo critério laboratorial.



## 2. Conduta frente a casos suspeitos:

- Notificar imediatamente todo caso suspeito de coqueluche;
- Realizar coleta de material de nasofaringe para isolamento da bactéria *B. pertussis* (cultura e PCR em tempo real) padrão ouro.

**Não se dispõe, até o momento, de testes sorológicos adequados e padronizados. Os novos métodos em investigação apresentam limitações na interpretação.**

### **Atenção! Não devem ser coletadas amostras nas seguintes situações:**

- Uso prévio de antibióticos por um período maior que 3 dias;
- Paciente com mais de 4 semanas de início dos sintomas (após o período catarral); o Utilização de swab de algodão (material inadequado).

- Identificar entre os contatos os indivíduos com tosse e coletar uma (1) amostra para cultura de *Bordetella pertussis*;
- Caso não sejam encontrados comunicantes com tosse, coletar somente uma (1) amostra de um possível portador, ex: pais, cuidadores, avós, irmãos etc;
- Instituir o tratamento dos casos suspeitos;
- Desencadear o bloqueio vacinal que deve ser realizado de forma seletiva para as crianças de 2 meses a 6 anos completos, com vacina Tetravalente (DTP+Hib) ou Pentavalente (DTP+Hib+HB) ou DTP;
- Instituir quimioprofilaxia para os comunicantes.

## 3. Investigação de comunicantes:

A investigação de comunicantes deve ser feita na residência, creche, escola e outros locais que possibilitaram o contato íntimo com o caso.

Devem ser identificados os comunicantes com tosse há pelo menos uma semana e



verificada sua situação vacinal, considerando doses registradas na caderneta de vacinação. Se necessário, deve ser atualizado o esquema vacinal dos indivíduos menores de 7 anos com a vacina pentavalente ou DTP.

#### **4. Controle de comunicantes e quimioprofilaxia:**

- **Comunicante:** é qualquer pessoa exposta a contato próximo e prolongado no período de até 21 dias antes do início dos sintomas da coqueluche e até 3 semanas após o início da fase paroxística;
- **Contatos íntimos:** são os membros da família ou pessoas que vivem na mesma casa ou que frequentam habitualmente o local de moradia do caso. São também comunicantes aqueles que passam a noite no mesmo quarto, como pessoas institucionalizadas e trabalhadores que dormem no mesmo espaço físico. Outros tipos de exposições podem definir novos comunicantes, como no caso de situações em que há proximidade entre as pessoas ( $\pm 1$  metro) na maior parte do tempo e rotineiramente (escola, trabalho ou outras circunstâncias que atendam a este critério). Algumas situações podem requerer julgamento específico para a indicação de quimioprofilaxia, especialmente se há grupos vulneráveis envolvidos.

#### **A quimioprofilaxia é indicada para comunicantes:**

- Com idade inferior a 1 ano, independentemente da situação vacinal. Os recém-nascidos devem ser avaliados pelo médico;
- Com idade entre 1 a 7 anos não vacinados, com situação vacinal desconhecida ou que tenham tomado menos de 4 doses da vacina DTP, pentavalente ou tetravalente;
- Maiores de 7 anos que tiveram contato íntimo e prolongado com um caso suspeito de coqueluche, se: tiveram contato com o caso índice no período de 21 dias que precederam o início dos sintomas do caso até 3 semanas após o início da fase paroxística; ou que tiveram contato com um comunicante vulnerável no mesmo domicílio;
- Que trabalham em serviço de saúde ou com crianças.



**Os grupos de comunicantes mais vulneráveis ao adoecimento por coqueluche são:**

- Recém-nascidos que tenham contato com sintomáticos respiratórios;
- Crianças com menos de um ano, com menos de três doses de vacina pentavalente, tetravalente ou DTP;
- Crianças menores de dez anos, não imunizadas ou com imunização incompleta (com menos de três doses de vacina Penta, Tetravalente ou DTP);
- Mulheres no último trimestre de gestação;
- Indivíduos com comprometimento imunológico;
- Indivíduos com doenças crônicas graves;

**Situações especiais:**

- Mulheres no último mês de gestação ou puérperas que tiveram contato com caso suspeito ou confirmado e apresentarem tosse por cinco dias ou mais, independentemente da situação epidemiológica, devem realizar o tratamento para coqueluche. Além do tratamento das gestantes e puérperas, a criança RN também deverá ser tratada;
- Se a gestante recebeu a vacina dTpa e cumpriu o prazo de produção de anticorpos (mínimo de 2 semanas), então, não há indicação da quimioprofilaxia inicialmente, mas deverá ser observada no período de transmissibilidade da doença (21 dias). Se, nesse período, apresentar tosse, deixar de classificá-la como comunicante e passa a ser caso suspeito, com indicação de tratamento/antibioticoterapia.

**Importante:** O portador de coqueluche é todo indivíduo que não apresentou sinais ou sintomas sugestivos, mas que obteve isolamento de *B. pertussis* pela cultura ou identificação por PCR em tempo real. A quimioprofilaxia é também indicada a esse portador, pois a presença do agente etiológico no organismo humano favorece a disseminação da doença a outros indivíduos vulneráveis.



## 5. Tratamento e quimioprofilaxia:

O uso preferencial da **azitromicina** e de **claritromicina** para tratamento e quimioprofilaxia da coqueluche é recomendado pelos guias de vigilância do Center for Diseases Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos, e da agência inglesa Health Public Protection (2011).

Tendo em vista as evidências científicas dos benefícios e a disponibilidade dessas drogas, o Ministério da Saúde preconiza o uso da azitromicina como droga de primeira escolha no tratamento e na quimioprofilaxia da coqueluche e, como segunda opção, a claritromicina. Nos casos de contraindicação ao uso destes macrolídeos, recomenda-se o sulfametoxazol associado ao trimetoprim.

A eritromicina pode ser usada, porém é contraindicada para crianças com menos de 1 mês de idade e nas situações de intolerância ou dificuldade de adesão. Os antibióticos indicados e suas respectivas posologias são os mesmos, tanto para tratamento como para a quimioprofilaxia.

A imunoglobulina humana não tem valor terapêutico comprovado.

**OBSERVAÇÃO:** o tratamento deve ser sempre iniciado na suspeição do caso, mesmo antes do resultado dos exames.

Os esquemas terapêuticos e quimioprofiláticos da coqueluche estão apresentados no Quadro 1:

## 6. Diagnóstico diferencial:

Deve ser feito com as infecções respiratórias agudas, como traqueobronquites, bronqueolites, adenovirose, laringites, etc. Outros agentes podem causar a síndrome



coqueluchóide, dificultando o diagnóstico diferencial, entre os quais a *Bordetella pertussis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae* e adenovírus (1,2,3 e 4).

## **7. Critérios para confirmação de casos:**

• **Laboratorial:** Todo indivíduo que atenda a definição de caso suspeito de coqueluche com isolamento da *Bordetella pertussis* ou identificação por PCR em tempo real. A cultura positiva de material de nasofaringe/isolamento de *B. pertussis* é considerado “padrão ouro” para diagnóstico. **Não se dispõe, até o momento, de testes sorológicos adequados e padronizados. Os novos métodos em investigação apresentam limitações na interpretação;**

• **Clínico-epidemiológico:** caso suspeito que teve contato com caso confirmado por coqueluche pelo critério laboratorial, desde o início do período catarral até três semanas após o início do período paroxístico (período de transmissibilidade).

• **Clínico:**

**Indivíduo com menos de 6 meses de idade:** Todo indivíduo, independente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo há 10 dias ou mais, associada a **dois ou mais** dos seguintes sintomas:

- tosse paroxística - tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (cinco a dez) em uma única expiração;
- guincho inspiratório - resultante da inalação forçosa do ar contra a glote estreitada;
- vômitos pós-tosse;
- cianose;
- apneia;
- engasgo.

**Indivíduo com idade igual ou superior a 6 meses:** Todo indivíduo, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo há 14 dias ou mais associada a **dois ou mais** dos seguintes sintomas:



- tosse paroxística - tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (cinco a dez) em uma única expiração;
- guincho inspiratório;
- vômito pós-tosse.

Salienta-se que, ao confirmar ou descartar o caso de coqueluche pelo critério clínico, deve-se analisar, concomitantemente, a sintomatologia, a idade, a situação vacinal, o período da tosse associado ao de transmissibilidade (21 dias), o resultado do hemograma e demais informações porventura disponíveis. Estas variáveis não são excludentes entre si.

O hemograma é um exame complementar indicativo, mas não determinante na confirmação ou descarte dos casos suspeitos de coqueluche, pois a situação vacinal pode influenciar no seu resultado.

**Atenção:** Todo caso suspeito cujo hemograma apresenta leucocitose (acima de 20.000 leucócitos /mm<sup>3</sup>) e linfocitose absoluta (acima de 10.000 linfócitos/mm<sup>3</sup>) pode ser indicativo de caso confirmado pelo critério clínico, desde que sejam obedecidas as seguintes condições: resultado de cultura negativa, ou não realizada, inexistência de vínculo epidemiológico e não confirmado diagnóstico de outra etiologia

## **8. Medidas de prevenção e controle:**

- **Identificação do possível local de transmissão:** verificar se no local de residência, na creche, na escola ou no trabalho há indícios de outros casos suspeitos. Quando não se identificar casos nestes locais, interrogar sobre deslocamentos e permanência em outras áreas, mediante entrevista com o paciente, familiar ou responsável;
- **Busca ativa de casos:** Após a identificação do possível local de transmissão, iniciar, imediatamente, busca ativa de outros casos, casa a casa, na creche, escola, local de trabalho e em unidades de saúde. Manter a área sob vigilância durante 42 dias.



## 9. Medidas gerais:

### 9.1 Pacientes não hospitalizados:

- Afastamento de atividades habituais (creche, escola, trabalho) por, pelo menos, cinco dias após o início de tratamento com antibióticos;
- Não aguardar os resultados dos exames para o desencadeamento das medidas de controle e outras atividades da investigação.

### 9.2 Pacientes hospitalizados:

- Recomenda-se o isolamento respiratório de gotículas em quarto privativo e com porta fechada, lavagem das mãos e uso de máscara. O transporte do paciente deve ser limitado.
- A limpeza e desinfecção de objetos deve ser realizada com hipoclorito de sódio a 1%, metais devem ser desinfetados com álcool etílico a 70%.

## 10. Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde : volume 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:  
<https://dive.sc.gov.br/phocadownload/geral/Guia-d-vigilncia-em-sade-vol-1.pdf>
2. Guia rápido de manejo epidemiológico das doenças imunopreveníveis/SESA Paraná -2015
3. Nota técnica Coqueluche. SMS / Porto Alegre, abril 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Nota informativa Nº 08, de 2014 DEVIT/SVS/MS
5. Informe técnico para implantação da vacina adsorvida dTpa /MS 2014



**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde**  
**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

Florianópolis, 08 de fevereiro de 2018.

**Gerência de Doenças Infecciosas Agudas e Imunização**  
**GEDIM/DIVE/SUV/SES/SC**

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**  
**DIVE/SUV/SES/SC**