

NOTA INFORMATIVA Nº 13/2026 - DVE/ CEVS/SES/RS

COQUELUCHE ATUALIZAÇÕES DO CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

Atualizada em: 02/05/2026

Agente etiológico: A Coqueluche é uma doença infecciosa aguda de elevada transmissibilidade. Causada por um cocobacilo (bactéria) gram-negativo, *Bordetella pertussis*.

Período de incubação: Em média de 5 a 10 dias, podendo variar de 4 a 21 dias, e, raramente, até 42 dias.

Transmissibilidade: A Coqueluche é transmitida por gotículas de secreção da orofaringe eliminadas durante a fala, tosse e espirro. O período de transmissão se estende do quinto dia após a exposição do doente até a terceira semana do início das crises paroxísticas (acessos de tosse típicos da doença). Os pacientes não hospitalizados devem ser afastados de suas atividades habituais (creche, escola, trabalho) por pelo menos cinco dias após o início de tratamento com antimicrobiano. Pelo mesmo período devem ser mantidas as precauções para gotículas e de contato nos pacientes hospitalizados, na indisponibilidade de isolamento no serviço, deve ser utilizada máscara cirúrgica pelo paciente.

Manifestações clínicas: A Coqueluche tem sua evolução clínica dividida em três fases:

- ✓ **Catarral:** duração de 1-2 semanas de febre pouco intensa, mal-estar, coriza e tosse seca;
- ✓ **Paroxística:** pode durar de 2-6 semanas. Paroxismos de tosse seca caracterizados por crise súbita, incontrolável, rápida e curta, com cerca de cinco a dez tossidas em uma única expiração; afebril/febre baixa, cianose, apneia e vômitos; inspiração profunda com glote estreitada levando ao guincho;
- ✓ **Convalescença:** essa fase persiste por 2 a 6 semanas podendo se prolongar por até três meses. Caracteriza-se por episódios de tosse comum.

Em indivíduos que não possuem esquema vacinal completo ou vacinados há mais de cinco anos, a Coqueluche pode não se apresentar sob a forma clássica, podendo manifestar-se sob formas atípicas com tosse persistente, porém, sem paroxismos, guincho característico ou vômito pós-tosse.

Os lactentes jovens (principalmente os menores de 6 meses) constituem o grupo de indivíduos em maior risco de apresentar formas graves, e evolução a óbito. Nessas crianças a manifestação clínica é de

paroxismos clássicos, podendo estar associados a cianose, sudorese e vômitos. Também podem estar presentes episódios de apneia, parada respiratória, convulsões e desidratação (secundária a episódios de vômitos). Esses bebês demandam hospitalização, isolamento, vigilância permanente e procedimentos especializados.

Complicações: Dentre as complicações da Coqueluche estão pneumonias por Bordetella pertussis e por outras etiologias, atelectasias, bronquiectasia, enfisema, pneumotórax, encefalopatia aguda, convulsões, hemorragia subdural, surdez, otite média, epistaxe, conjuntivite, desidratação e desnutrição.

Imunidade: A Coqueluche é uma doença imunoprevenível e a vacinação é o principal meio de prevenção. A imunização está prevista no calendário vacinal infantil: 03 doses da vacina pentavalente (DTP+ Hib + hepatite B) aos 02, 04, 06 meses e dois reforços com a vacina DTP aos 15 meses e 4 anos de idade. Desde 2014, a vacina dTpa está indicada para gestantes a partir da 20ª semana, independentemente do histórico vacinal ou do fato de ter sido vacinada em gestações anteriores. A vacinação nesse período tem o propósito de conferir imunização passiva ao recém-nascido, por meio da transferência transplacentária de anticorpos maternos, garantindo proteção até os primeiros dois meses de vida, quando se inicia o esquema vacinal da criança. A vacina dTpa também está indicada para profissionais e estagiários da área da saúde e parteiras tradicionais. No caso de estagiários apenas para os que atuam nas maternidades e unidades de internação neonatal.

Nos últimos anos, em nosso estado, as coberturas vacinais relativas à Vacina Pentavalente e primeiro reforço da Vacina DTP têm se mantido abaixo da meta preconizada de 95%, dessa forma aproveitamos a oportunidade para reforçar a importância da ação de orientação, atualização e revisão da situação vacinal dos usuários assistidos pelos profissionais de saúde.

Tabela 01: Cobertura vacinal para Vacina Pentavalente, DTP e dTpa. RS. 2023/2024/2025.

VACINA	2023	2024	2025*
PENTA	88,57%	93,39%	90,43%
DTP - 1ºref	80,08%	88,96%	85,30%
dTPA	82,05%	95,22%	93,24%

Fonte: LocalizaSUS 2025: dados parciais

Diagnóstico Laboratorial: Realizado a partir do isolamento da *Bordetella pertussis* pela técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real de material colhido de nasofaringe, em todas as faixas etárias. A coleta de amostra deve ser realizada antes da antibioticoterapia ou, no máximo, até três dias após seu início. Na impossibilidade da coleta do caso suspeito, pode ser realizada coleta de comunicante próximo (01 ou 02 comunicantes) que não esteja em vigência de uso de antibiótico, mesmo que assintomático (cuidador principal, parceiro, familiares). Para tanto é utilizado swab extra fino (dracon, alginatado, rayon), acondicionado em um tubo para transporte esteril (Falcon). Transporte da amostra se dá em temperatura ambiente (caixa térmica sem gelo), em até 03 dias. Importante realizar a identificação do paciente e correto cadastro da amostra no GAL. Alertamos que não se dispõe, até o momento, de testes sorológicos padronizados para confirmação laboratorial.

Para auxiliar na confirmação ou no descarte dos casos suspeitos, podem ser realizados exames:

- ✓ Leucograma: presença de leucocitose no final da fase paroxística com o total de leucócitos em geral, superior a 20 mil leucócitos/mm³. No período paroxístico, o número de leucócitos pode se elevar para 30 mil ou 40 mil/mm³, associado a uma linfocitose de 60% a 80%.
- ✓ Raio X de tórax: recomendado em menores de 4 anos de idade. É característica a imagem de coração borrado ou franjado, quando as bordas da imagem cardíaca não são nítidas em decorrência dos infiltrados pulmonares.

Diagnóstico Diferencial: Deve ser feito com as infecções respiratórias agudas, como traqueobronquites, bronquiolites, adenovirose, laringites. **Lembramos da evolução clínica marcadamente mais arrastada na Coqueluche.**

Tratamento: Realizado com antibióticos da classe dos macrolídeos (azitromicina, claritromicina e eritromicina). Nos casos de contraindicação, recomenda-se o sulfametoxazol associado ao trimetoprima.

Vigilância Epidemiológica: Reforça-se o caráter de notificação compulsória e imediata (até 24 horas) quando da suspeita de Coqueluche (Portaria GM/MS nº 10.175, de 23 de janeiro de 2026). A notificação deve ser realizada à vigilância municipal via eletrônica/ telefônica. Em especial, lembramos que frente a um caso suspeito e ou confirmado de Coqueluche há necessidade de medidas de controle como busca ativa de contatos próximos, avaliação para quimioprofilaxia e vacinação seletiva na comunidade, como por exemplo

em escolas, ações que estão dentro do escopo de atuação da vigilância em saúde e só podem ser desencadeadas a partir da notificação.

Definição de caso suspeito:

Pacientes menores de 06 meses de idade: Independentemente do estado vacinal, indivíduo que apresente tosse de qualquer tipo, há **10 dias** ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sintomas:

- ✓ Tosse paroxística
- ✓ Guincho inspiratório
- ✓ Vômitos pós-tosse
- ✓ Cianose
- ✓ Apneia
- ✓ Engasgo

Pacientes com 06 meses de idade ou mais: independentemente do estado vacinal, indivíduo que apresente tosse de qualquer tipo, há **14 dias** ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sintomas:

- ✓ Tosse paroxística
- ✓ Guincho inspiratório
- ✓ Vômitos pós-tosse

Ainda, todo indivíduo que apresente tosse, em qualquer período, com história de contato próximo com caso confirmado de Coqueluche pelo critério laboratorial.

Em situações excepcionais, em que exista forte suspeita clínica de um caso de Coqueluche pelo médico assistente, deve-se proceder à coleta de swab de nasofaringe e ao tratamento adequado mesmo quando não se atendam todos os critérios descritos na definição de caso.

Critérios de confirmação:

- ✓ **Laboratorial:** caso que atenda a definição de caso suspeito de Coqueluche e que tenha identificação por PCR da *Bordetella pertussis*.
- ✓ **Clínico-epidemiológico:** caso que atenda à definição de caso suspeito e com história de contato com caso confirmado de Coqueluche pelo critério laboratorial entre o início do período catarral e até três semanas após o início do período paroxístico da doença.

- ✓ **Clínico:** ao confirmar ou descartar o caso de Coqueluche pelo critério clínico deve ser analisado, de forma simultânea, a sintomatologia, a idade, situação vacinal e o período da tosse associado ao de transmissibilidade (21 dias).

Definição de surto: Dois ou mais casos, sendo um confirmado pelo critério laboratorial e o outro por um dos três critérios, que ocorram dentro de um intervalo máximo de 42 dias entre o início dos sintomas do caso-índice e no mesmo espaço (no mesmo ambiente de convívio). O surto deve ser notificado na Ficha de Investigação de Surto no SINAN NET, com preenchimento da planilha para acompanhamento de surto.

Medidas de prevenção e controle frente à casos suspeitos e ou confirmados:

Profilaxia: Avaliação dos contatos próximos deve ocorrer no período de até 21 dias após a exposição, com esquema quimioprofilático igual ao recomendado para tratamento de casos suspeitos e ou confirmados de Coqueluche. Grupos elegíveis para quimioprofilaxia:

- ✓ Pessoas que tiveram contato próximo com caso suspeito ou confirmado e que sejam vulneráveis (gestantes, imunocomprometidos, menores de 01 ano e portadores de múltiplas comorbidades).
- ✓ Contatos domiciliares que residem ou convivem no mesmo ambiente de um vulnerável.
- ✓ Pessoas com elevado potencial de transmitir a Coqueluche para vulneráveis.

Vacinação: Deve ser **seletiva** seguindo as indicações do Calendário Básico de Vacinação do Programa Nacional de Imunização – PNI.

Cenário Epidemiológico:

A morbimortalidade por Coqueluche, no Brasil, era elevada no início dos anos 80, com notificação superior a 40 mil casos anuais e coeficiente de incidência superior a 30/100.000 habitantes. Este número caiu a partir de 1983, mantendo, tendência decrescente até o final dos anos oitenta. Em 1990, foram notificados 15.329 casos, resultando em um coeficiente de incidência de 10,6/100.000 habitantes.

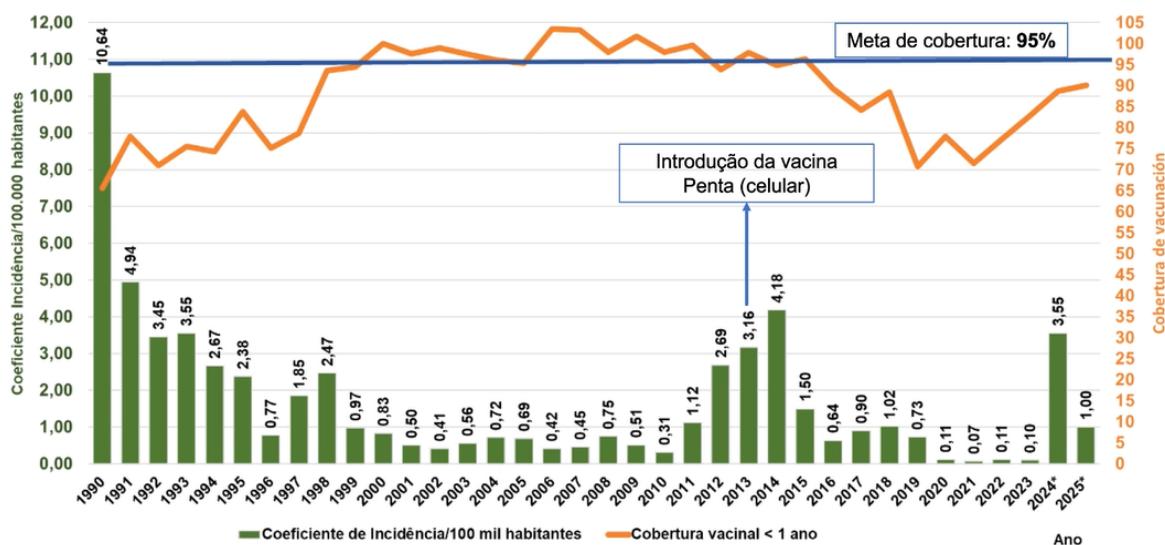
O aumento da cobertura vacinal, principalmente a partir de 1998, provocou uma significativa mudança no perfil epidemiológico da doença no país, observou-se um declínio abrupto do número de casos, passamos a ter uma incidência 0,9/100.000 habitantes em 2000 e 0,11/100.000 habitantes em 2020.

Mas vale ressaltar que a Coqueluche é endêmica, com surtos epidêmicos a cada 3 a 5 anos, devido ao acúmulo de indivíduos suscetíveis, o que determina aumento do coeficiente de incidência de tempos em tempos.

Assim sendo a Coqueluche ressurgiu nas Américas. Em 2023, 4.139 casos foram notificados. Este número disparou para 43.751 em 2024. Nos primeiros sete meses de 2025, nove países notificaram mais de 18.595 casos e 128 mortes. O recrudescimento está ligado à queda nas taxas de vacinação e ressalta a necessidade de uma vigilância fortalecida e padronizada

Em 2024, o Brasil, enfrentou um expressivo aumento de casos de Coqueluche, registrando mais de 7.500 casos confirmados, atingindo o maior número de notificações da doença em uma década. Esse aumento pode ser explicado pela natureza cíclica da doença, à retomada das interações sociais pós-pandemia e à diminuição das coberturas vacinais (entre 2016 e 2021). Nosso país registrou, em 2025, 2.746 casos confirmados de Coqueluche e cinco óbitos pela doença, 03 destes em menores de um ano de idade.

Gráfico 01: Cobertura vacinal (DPT/Penta) para menores de 01 ano e coeficiente de incidência, por 100.000 habitantes, por Coqueluche. Brasil, 1990-2025*.



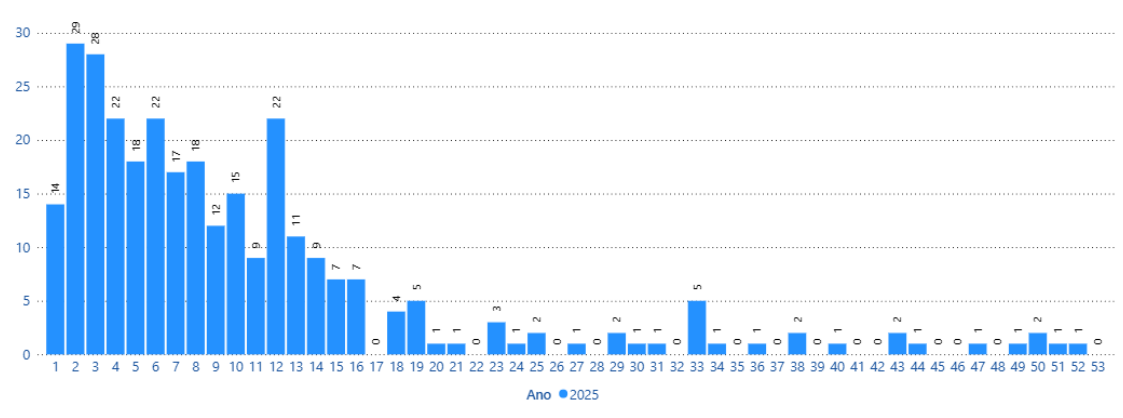
Fonte: DPNI/RNDSE SINAN – ATÉ SE 25/2025 *DADOS SUJEITOS A REVISÃO

No ano de 2025, as unidades federadas que apresentaram maior número de casos confirmados de Coqueluche foram Minas Gerais (538 confirmados), São Paulo (448 confirmados) e o Rio Grande do Sul (301 confirmados). A faixa etária com maior número de casos confirmados, no país, em 2025, foi a dos menores de um ano de idade.

No Rio Grande do Sul, em 2025, foram notificados 813 casos, sendo confirmados 301, e 01 óbito registrado. Do total dos 301 casos confirmados (coeficiente de incidência de 2,68/100.000 habitantes) 57% ocorreram no sexo feminino, 85% na cor/raça branca e 87% residiam em zona urbana.

Segundo o Gráfico 02, é possível observar uma redução significativa no número de casos confirmados, no Rio Grande do Sul, em 2025, a partir da Semana epidemiológica 17. Vale ressaltar que em 2024 o país, bem como o Rio Grande do Sul, vivenciou um pico epidêmico de Coqueluche, sendo confirmados no país 7.743 casos e no estado 405 casos da doença.

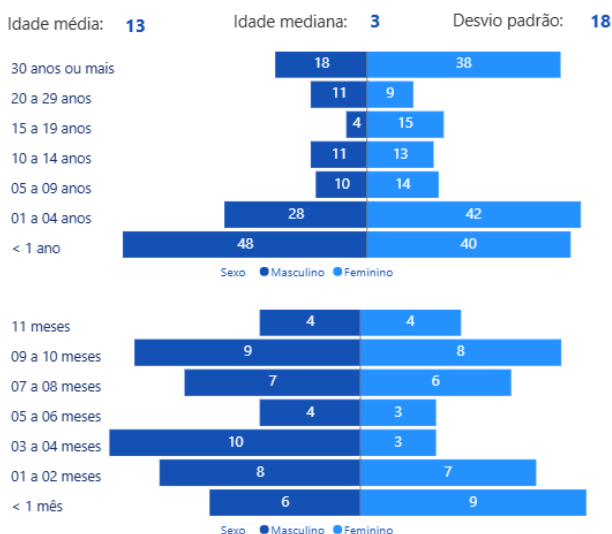
Gráfico 02: Casos de Coqueluche confirmados segundo semana epidemiológica. RS. 2025.



Fonte: Painel Coqueluche. Acesso em maio/2026

A Tabela 02 demonstra confirmação de casos em todas as faixas etárias. A faixa etária estaria mais acometida no ano de 2025, no estado, foi menores de 1 ano, seguida pela faixa de 01 a 04 anos.

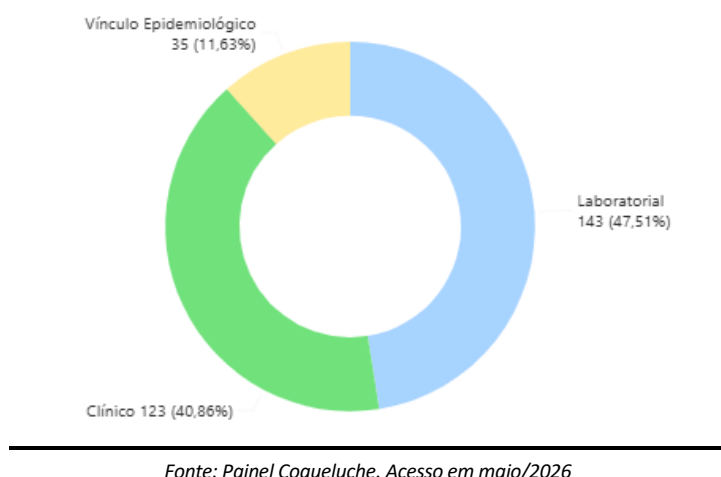
Tabela 02: Casos de Coqueluche confirmados segundo faixa etária. RS. 2025.



Fonte: Painel Coqueluche. Acesso em maio/2026

Em relação ao critério de confirmação, destaca-se a necessidade de aumentar a coleta de amostras para análise laboratorial, em 2025, 40,86% dos casos foram diagnosticados como positivos apenas considerando características clínicas. É essencial que se proceda a coleta de swab de nasofaringe, dos casos suspeitos de Coqueluche, para que dessa forma possamos monitorar a resistência antimicrobiana e possíveis mutações em circulação.

Gráfico 03: Critério de conclusão dos casos de Coqueluche confirmados. RS. 2025.



Recomendações: Para a Organização Pan-Americana da Saúde a vacinação, a vigilância e o uso responsável de antibióticos são cruciais para evitar que a Coqueluche se torne novamente uma grave ameaça à saúde pública.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Guia de vigilância em saúde*. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. *Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação* – 2.ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. *Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais*. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

PORTARIA GM/MS Nº 10.175, DE 23 DE JANEIRO DE 2026. *Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional*.

Painel Coqueluche. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-Coqueluche>. Acesso em 05/2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coqueluche. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/Coqueluche>. acesso em: 05/2026

Informe OPAS: <https://www.paho.org/pt/noticias/26-8-2025-opas-pede-fortalecimento-da-vacinacao-e-da-vigilancia-diante-da-propagacao>. acesso em: 11/2025