



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA COQUELUCHE, BAHIA, 2017





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

2

PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA COQUELUCHE, BAHIA, 2017



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

3

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda do trato respiratório inferior, causada essencialmente pela *Bordetella pertussis* e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. Embora apresente uma abrangência universal, os lactentes constituem o grupo de maior risco para as complicações e letalidade (DOUCET-POPULAIRE et al., 2002).

Surtos de coqueluche foram descritos pela primeira vez no século XVI e a *Bordetella pertussis* foi isolada em 1906. No século XX, a coqueluche foi uma das mais comuns doenças da infância e uma das principais causas da infância mortalidade nos Estados Unidos (FAULKNER et al, 2011). Estima-se que cerca de 50 milhões de casos e 300 mil óbitos ocorram a cada ano no mundo, e a letalidade em crianças pode aproximar-se de 4,0% (WHO, 2008).

O cenário epidemiológico da coqueluche no Brasil demonstra mudanças ao longo dos anos. Na década de 80 foram notificados mais de 40 mil casos anuais de coqueluche e a incidência chegou a ser superior a 30 casos/100.000 habitantes. A partir de 1983, observou-se queda no indicador, o qual manteve uma tendência decrescente, de modo que, em 1990, foram notificados 15.329 casos, resultando em um coeficiente de incidência de 10,64/100.000 habitantes (BRASIL, 2009).

O impacto da redução da incidência da doença tem relação direta com a instituição do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 1973, quando a vacina DTP (vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis) passou a ser preconizada para crianças menores de 07 anos de idade. À medida que as coberturas elevaram-se para valores próximos a 95,0 e 100,0%, entre 1998 a 2000, observou-se importante modificação no perfil epidemiológico desta doença com redução da incidência para 0,9/100 mil habitantes. Com a manutenção de altas coberturas vacinais, observou-se, na última década, variação da incidência de 0,72/100 mil habitantes, em 2004, para 0,32/100 mil habitantes, em 2010. Entretanto, em meados de 2011, observou-se um aumento súbito do número de casos e, a partir da semana epidemiológica (SE) 30 daquele ano, a incidência ultrapassou o limite superior esperado ao se



comparar com o período de 2006 a 2010. Durante todo o ano de 2012, o número de casos por semana epidemiológica se manteve acima do esperado (BRASIL, 2013a). A série histórica da coqueluche, no período de 2004 a 2014, revela uma tendência crescente em relação ao número de casos, o que pode ser verificado, sobretudo, a partir de 2011. Em 2014, até a semana epidemiológica 53 (03/01/2015), foram notificados 2.180 casos de coqueluche, sendo que 597 (27,4%) foram confirmados (Coeficiente de incidência: 4,21 casos/100.000 hab.). Comparando com o ano anterior, foi verificado um incremento de 99,0% de casos confirmados (BAHIA, 2014). A partir de 2015, houve redução nas notificações e casos confirmados pelo agravo. No ano de 2016, essa redução foi ainda mais expressiva, seguindo uma tendência nacional, com incidência de 0,27 casos/100.000 hab. (BAHIA, 2017)

De acordo com a Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014, a coqueluche é uma doença de notificação compulsória imediata (NCI) e de importância para a saúde pública, devendo ser notificada para municípios e Estados **pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente**, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio de comunicação (fax, telefone, email, etc.) mais rápido disponível. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS.

A notificação compulsória da coqueluche é **obrigatória para todos os profissionais de saúde, no exercício das profissões, ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde**, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com os art. 7º e 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Ressalta-se ainda que a comunicação da doença, à autoridade de saúde competente também deve ser realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa, bem como, por qualquer cidadão que dela tenha conhecimento. Casos suspeitos e/ou confirmados da doença deverão ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de



Notificação (Sinan), obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS (BRASIL, 2014a).

Estratégias de prevenção e controle são necessárias e devem ser realizadas de forma oportuna, de modo a evitar a ocorrência de surtos e casos graves. Dentre as medidas recomendadas, podem ser citadas o fortalecimento da vigilância epidemiológica, manutenção de coberturas vacinais elevadas e homogêneas para os menores de 1 ano com a vacina Pentavalente/DTP+Hib+HB (vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, Hepatite B recombinante e *Haemophilus influenzae* b conjugada), DTP (vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis) e dTpa ((vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis acelular) para gestantes e profissionais de saúde de maternidade e UTI neonatal, diagnóstico e tratamento precoces dos doentes e profilaxia antimicrobiana para os contatos, prevenindo a expansão da doença a indivíduos suscetíveis e reforço à detecção precoce e interrupção imediata de surtos. **Em 2017, o Ministério da Saúde ampliou o período para Vacinação das gestantes com a vacina adsorvida difteria, tétano e coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto - dTpa para gestantes a partir da 20ª semana de gestação.** (BRASIL, 2017a).

Diante do exposto, este protocolo tem como objetivo apresentar para os profissionais de saúde do Estado da Bahia, as recomendações para a vigilância epidemiológica da coqueluche, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, bem como sistematizar o fluxo da investigação epidemiológica da Coqueluche e suas medidas de prevenção e controle, segundo o *Guia de Vigilância em Saúde* do **Ministério da Saúde** (BRASIL, 2014b).



CARACTERÍSTICAS GERAIS DA COQUELUCHE

A coqueluche é uma doença respiratória aguda altamente contagiosa de distribuição universal que acomete principalmente brônquios e traqueia. Apesar da alta cobertura vacinal em países desenvolvidos e melhoria das coberturas vacinais em países em desenvolvimento, atualmente essa doença tem reemergido como um problema de Saúde Pública, o que tem sido associado ao aumento da incidência ao longo dos anos e a sua capacidade de causar complicações graves, podendo levar a óbito, sobretudo, lactentes e crianças com vacinação incompleta (GUIISO, 2003; BAMBERGER; SRUGO, 2008; CDC, 2013).

O principal agente etiológico da coqueluche é a bactéria *Bordetella pertussis* que pertence ao gênero *Bordetella* e foi descrita em 1906 por Jules Bordete e Octave Gengou, após ser isolada do escarro de um paciente com coqueluche em 1900 (MATTOO; CHERRY, 2005; GUIISO, 2009). A *Bordetella pertussis* é um bacilo gram-negativo, aeróbio, fastidioso, não esporulado, imóvel e pequeno, provido de cápsula (formas patogênicas) e de fímbrias (CARVALHO; BEREZIN, 2010).

O homem é o único hospedeiro conhecido da *B. Pertussis* e **sua transmissão** ocorre, principalmente, pelo contato direto de pessoa doente com pessoa suscetível, através de gotículas de secreção de orofaringe eliminadas por tosse, espirro ou ao falar, sendo raramente transmitida por objetos contaminados com secreções do doente, em função da dificuldade do agente infeccioso sobreviver fora do hospedeiro (CARVALHO; BEREZIN, 2010).

O período de incubação varia, em média, de 5 a 10 dias, podendo chegar a 03 semanas e, raramente, até 42 dias. **A maior transmissibilidade da doença ocorre na fase catarral**, sendo que a transmissão se estende de 05 dias após o contato com o doente (final do período de incubação) até a 3ª semana após início



dos acessos de tosse típicos da doença (fase paroxística). Em lactentes menores de 06 meses de idade, o período de transmissibilidade pode prolongar-se por até 4 a 6 semanas após início da tosse (BRASIL, 2009).

A Suscetibilidade à doença é geral e a imunidade pode ocorrer de duas formas:

- **imunidade duradoura, mas não permanente:** após adquirir a doença;
- **imunidade temporária (vai diminuindo entre 5 a 10 anos da última dose):** após receber a vacinação básica (mínimo 03 doses) com componente pertussis, que pode ser com a vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae* b conjugada (Pentavalente) ou a vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e *Haemophilus influenzae* b conjugada (Tetavalente/DTP+Hib) ou com a vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (DTP ou DTPa). Ressalta-se que além das três doses iniciais, são necessários, o 1º e 2º reforço.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA COQUELUCHE¹

A - Definição de Caso em Situações Endêmicas

1 - SUSPEITO

a) Menores de 06 meses:

Todo indivíduo que, independente do estado vacinal, apresente tosse de qualquer tipo há 10 dias ou mais, **associada a um ou mais** dos seguintes sinais ou sintomas:

- Tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração);

¹ De acordo com o Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2014b)



- Guincho inspiratório;
- Vômitos pós-tosse;
- Cianose;
- Apneia;
- Engasgo.

b) Maior ou igual a 06 meses:

Todo indivíduo que, independente do estado vacinal, apresente tosse de qualquer tipo há 14 dias ou mais, **associada a um ou mais** dos seguintes sinais ou sintomas:

- Tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração);
- Guincho inspiratório;
- Vômitos pós-tosse.

c) Também é considerado suspeito todo indivíduo que apresente tosse, em qualquer período, com história de contato próximo com caso confirmado de coqueluche pelo critério **laboratorial**.

2 - CONFIRMADO

- **Pelo critério laboratorial:** todo caso suspeito de coqueluche com isolamento de *B. pertussis* por cultura ou identificação por PCR-RT;
- **Pelo critério clínico-epidemiológico:** todo indivíduo que atende à definição de caso suspeito e que teve contato com um caso confirmado pelo critério laboratorial, no período de transmissibilidade;



➤ **Pelo critério clínico:**

a) Menores de 06 meses:

Todo indivíduo que, independente do estado vacinal, apresente tosse de qualquer tipo há 10 dias ou mais, **associada a DOIS ou mais** dos seguintes sinais ou sintomas:

- Tosse paroxística;
- Guincho inspiratório;
- Vômitos pós-tosse;
- Cianose;
- Apneia;
- Engasgo.

b) Maior ou igual a 06 meses:

Todo indivíduo que, independente do estado vacinal, apresente tosse de qualquer tipo há 14 dias ou mais, **associada a DOIS ou mais** dos seguintes sinais ou sintomas:

- Tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração);
- Guincho inspiratório;
- Vômitos pós-tosse.

IMPORTANTE: Diante de um resultado de cultura negativo ou não realização da coleta, para confirmar ou descartar o caso de coqueluche pelo critério clínico, deve-se analisar concomitantemente à sintomatologia, a idade, o estado vacinal, o período de tosse associado ao de transmissibilidade (21 dias), o resultado de hemograma, a situação epidemiológica local e demais informações disponíveis. Ressalta-se que tais informações não são excludentes entre si. O hemograma é um exame complementar indicativo, mas não determinante na confirmação ou descarte dos casos suspeitos de coqueluche.

3 - DESCARTADO: Caso suspeito que não se enquadre em nenhuma das situações descritas acima.

Ressalta-se que as manifestações clínicas e as fases da coqueluche podem ser visualizadas na **Figura 1**

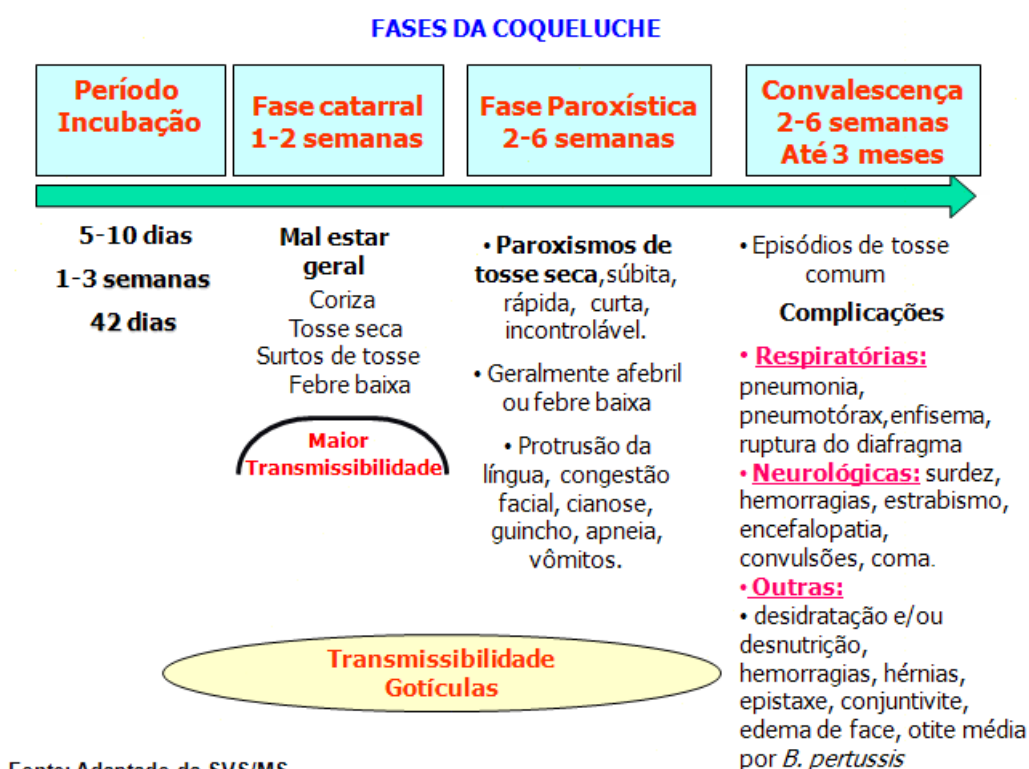


Figura 1 - Aspectos clínicos e fases da coqueluche

IMPORTANTE: Em adolescentes, adultos, indivíduos não adequadamente vacinados ou vacinados há mais de 05 anos, a coqueluche nem sempre se apresenta sob a forma clássica e suas fases nem sempre são distintas. Nestas situações a doença pode manifestar-se sob formas atípicas e sintomatologia discreta, com tosse persistente, porém sem paroxismos e o guincho inspiratório, ou ainda por um quadro clínico assintomático, o que dificulta a suspeita, além de contribuir como importante fonte de contaminação para lactentes e crianças parcialmente vacinadas (BRASIL, 2009; CDC, 2012a; GABUTTI; ROTA, 2012). Em crianças vacinadas recentemente a doença apresenta uma menor duração dos estágios e tosse leve (CARVALHO; BEREZIN, 2009).



B - Condutas frente a Suspeita de Coqueluche

1 - Notificação

Pessoas com suspeita de coqueluche **devem ser notificadas, imediatamente (até 24 horas)**, pelo meio de comunicação mais rápido possível (telefone, fax ou e-mail) ao serviço de vigilância local, a fim de desencadear os procedimentos diagnósticos (coleta de material de nasofaringe para realização de cultura para *Bordetella pertussis*).

IMPORTANTE: Pessoas não atendem aos critérios mínimos de suspeita (item A - Definição de Caso em Situações Endêmicas – item 1), **NÃO DEVEM SER NOTIFICADOS.**

2 - Assistência médica e proteção individual para evitar a disseminação da doença

- A maioria dos casos pode ser tratada ambulatorialmente. Os casos graves devem ser hospitalizados, a exemplo de crianças menores de 01 ano que podem requerer assistência em unidade de cuidado intensivo;
- Recomenda-se isolamento respiratório por gotículas, durante o período de transmissibilidade, a fim de reduzir o risco de transmissão para outras crianças expostas, especialmente os lactentes;
- Paciente com coqueluche deve permanecer em quarto privativo, com a porta fechada. Recomenda-se o uso de máscara comum para todas as pessoas que entrem no quarto e lavagem das mãos após o contato com o paciente, após a retirada das luvas e máscaras ou contato com materiais utilizados pelo paciente;
- Limitar o deslocamento do paciente e quando for necessário esse deverá usar máscara comum;



- Pacientes não hospitalizados devem ser afastados de suas atividades habituais (creche, escola, trabalho) por 5 dias se em uso de antimicrobiano e por 3 semanas após o início dos paroxismos, se não estiver fazendo uso de antibiótico.

3 - Confirmação diagnóstica

Coletar material para diagnóstico laboratorial de acordo com as orientações do tópico **Diagnóstico Laboratorial**.

4 - Proteção da população

Logo que se tenha conhecimento de suspeita de coqueluche, deve-se desencadear um bloqueio vacinal nas áreas onde o paciente esteve no período de transmissibilidade, com vistas a aumentar a cobertura vacinal, como também, interromper a cadeia de transmissão desse agravo. Deve-se realizar a quimioprofilaxia conforme indicado no tópico **Controle de Comunicantes**.

5 – Investigação

O caso suspeito deve ser imediatamente investigado, a fim de se garantir a coleta oportuna (até três dias após o início do antibiótico) de material para a realização de cultura de *B. pertussis*. O fluxograma da vigilância e o roteiro da investigação epidemiológica da coqueluche em caso de surto podem ser visualizados, respectivamente, nas Figuras 2 e 3.

A adoção imediata do tratamento adequado não impede a coleta de material (**secreção de nasofaringe e sangue para hemograma**) para o esclarecimento diagnóstico etiológico através de exames laboratoriais (cultura e PCR), **mas se recomenda que a coleta da amostra seja feita no máximo até 03 dias do início do uso de antibiótico.**

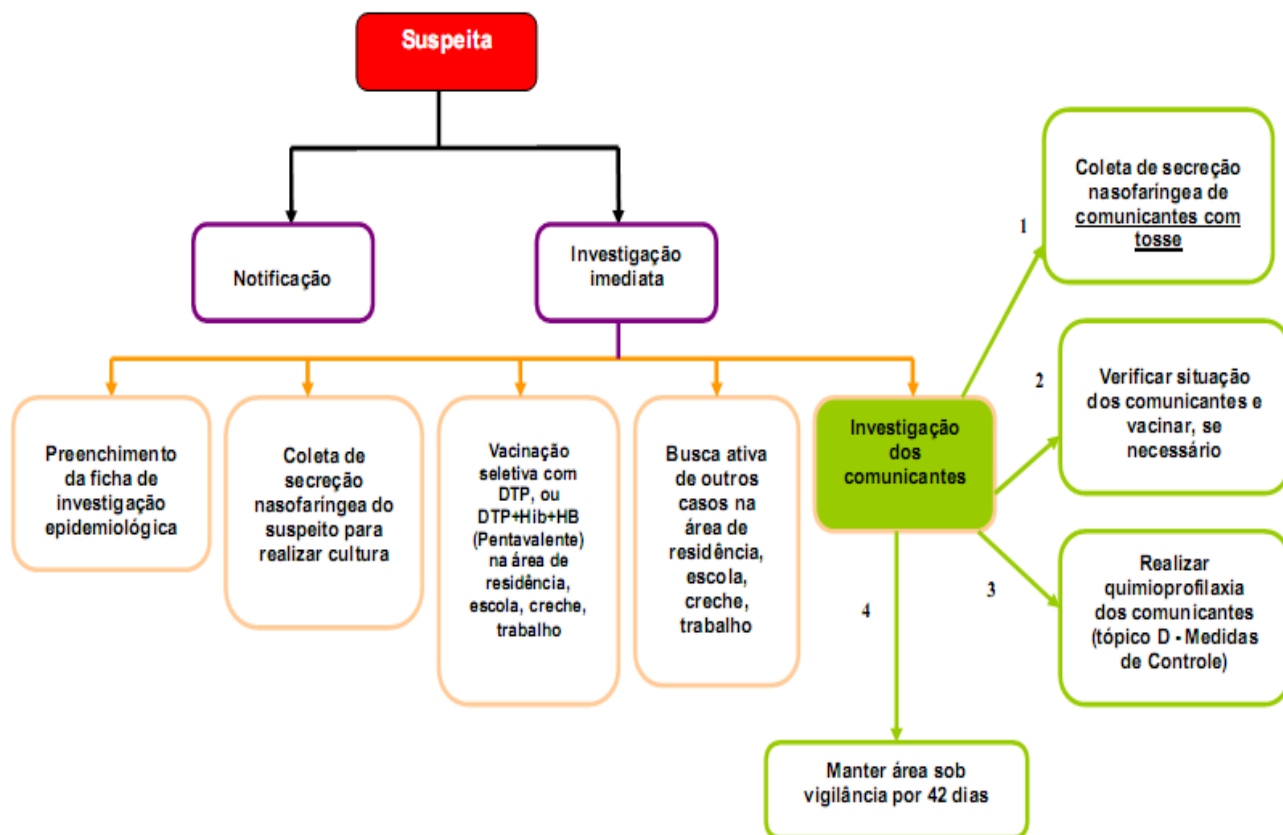


Figura 2 - Fluxograma de Vigilância Epidemiológica da Coqueluche

Fonte: Adaptado do Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2009)

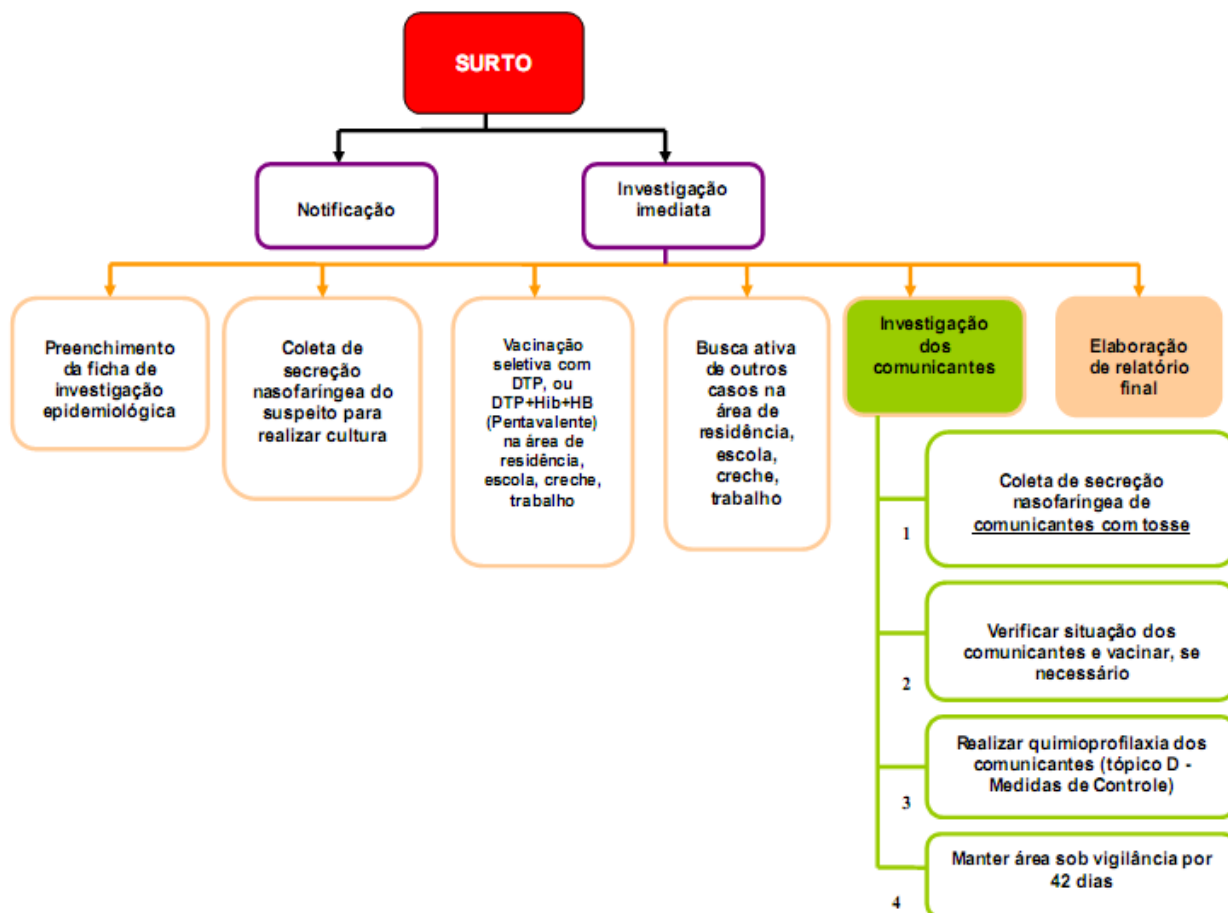


Figura 3 - Fluxograma de Investigação Epidemiológica da Coqueluche em caso de Surto
Fonte: Adaptado do Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2009)

C - Diagnóstico Laboratorial

O diagnóstico laboratorial dos suspeitos de coqueluche é de extrema importância para a Vigilância Epidemiológica, tanto na situação endêmica da doença, quanto em situações de surto, para a confirmação do diagnóstico.

Principais exames de rotina para o esclarecimento diagnóstico dos casos suspeitos de coqueluche:

- Cultura (padrão-ouro) de secreção de nasofaringe;



- PCR (indicado em situações de surto);

Exames complementares:

- Leucograma;
- Raios-X de tórax.

Orientações e Fluxo Laboratorial

1 - Materiais para coleta:

- Swab descartável: ultrafinos com haste metal, flexível, estéril e alginatado;
- Tubo com meio de cultura (transporte) para coqueluche: Regan Lowe (RL) – Ágar Carvão

OBSERVAÇÃO: O meio de transporte tem validade de 02 meses, após sua fabricação e deve ser armazenado em geladeira, em temperatura de + 4° a +8°C. O swab, por sua vez, deve ser armazenado em temperatura ambiente, em local seco.

- O Kit para coqueluche necessário ao diagnóstico laboratorial está disponível nas Diretorias Regionais de Saúde para serem fornecidos às unidades hospitalares ou às Secretarias Municipais de Saúde sob a coordenação da vigilância epidemiológica, quando solicitados.

2 – Condições para realização da coleta

- A coleta de secreção de nasofaringe deve ser realizada, preferencialmente, quando o paciente apresentar os primeiros sintomas (fase catarral), antes do tratamento ou no máximo até 03 dias depois do início da antibioticoterapia;

- Retirar os tubos com meio de transporte da geladeira, 30 minutos antes da coleta e deixá-los atingir a temperatura ambiente;
- Verificar, sempre, o prazo de validade (02 meses) do meio de transporte antes de utilizá-lo;
- Antes da coleta, identificar o tubo com os dados de identificação do paciente (nome, idade), indicando se é caso suspeito ou comunicante, bem como a data e o horário da coleta. As cópias da ficha de investigação e da ficha de acompanhamento da amostra deverão ser encaminhadas juntamente com a amostra.

3 – Coleta da amostra

- Quando o paciente apresentar secreção, recomenda-se a assepsia (limpeza) das narinas antes da coleta para reduzir a possibilidade de contaminação da amostra;
- Introduzir o swab em uma narina até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe, realizando movimentos rotatórios por cerca de 10 segundos (Figura 4);

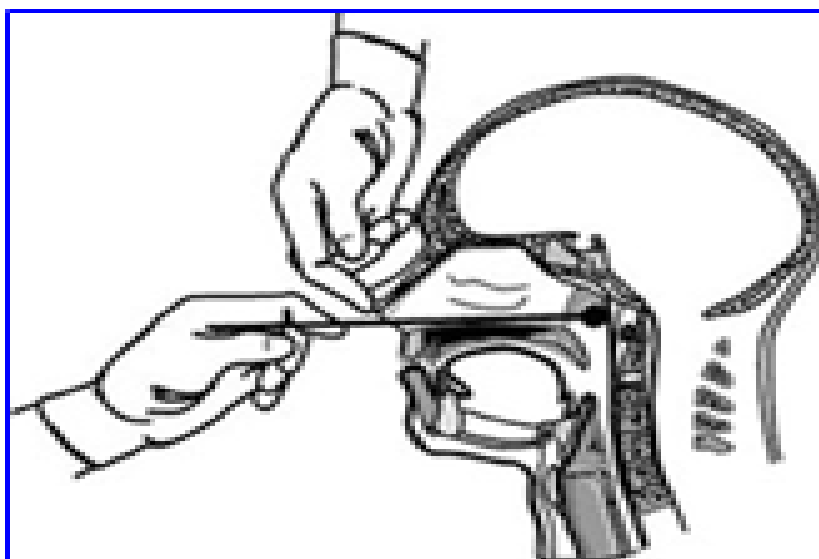


Figura 4 - Manobra para coleta de secreção da nasofaringe.

- Após a coleta, estriar o *swab* na superfície inclinada do meio dentro do tubo, e introduzi-lo no meio de transporte, que deverá permanecer dentro do respectivo tubo (Figura 5).
- COLETAR SOMENTE UMA AMOSTRA DE NASOFARINGE POR PACIENTE

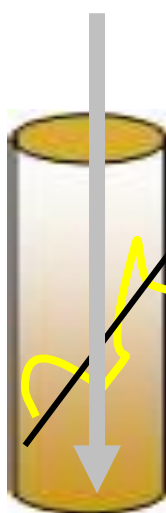


Figura 5 – Permanência do *swab* dentro do tubo após formação da estria no meio de transporte.

- É fundamental que a coleta seja realizada por pessoa devidamente treinada. Uma coleta de amostra bem feita torna-se, muitas vezes, a etapa mais importante no exame a ser realizado pelo Laboratório. Além da coleta adequada, o envio da amostra ao Laboratório deve ser feito em **tempo hábil** e em **condições satisfatórias**, para que não haja alteração durante o transporte;
- O Setor de Bacteriologia do LACEN deverá ser avisado com antecedência sobre o envio das amostras, para que seja possível adotar as providências necessárias à realização do exame. Caso haja qualquer dúvida em relação à coleta, ao acondicionamento e ao transporte da amostra, o LACEN deverá ser contatado para orientar as devidas condutas.



4 – Encaminhamento da amostra

- Os meios devidamente identificados deverão ser encaminhados ao LACEN, imediatamente (mesmo dia da coleta), respeitando a temperatura ambiente;
- Na impossibilidade de envio imediato após a coleta, incubar a amostra em estufa bacteriológica (+37°C) por no máximo 24 horas e, em seguida, encaminhar ao LACEN, à temperatura ambiente;
- O LACEN deverá ser avisado com antecedência, sobre o envio das amostras, para que seja possível adotar as providências necessárias a realização do exame estabelecimento de fluxo (horário e local de entrega, fluxo de resultados, avaliação da qualidade das amostras enviadas).

D - Medidas de controle

A estratégia para a manutenção do controle da coqueluche fundamenta-se no fortalecimento da vigilância epidemiológica, reforço à detecção precoce e interrupção imediata de surto, garantia de coberturas vacinais elevadas e homogêneas (95% ou mais dos menores de 1 ano com a vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e *Haemophilus influenzae b* conjugada e Hepatite B recombinante (Pentavalente/DTP+Hib+HB), adaptado de BRASIL, 2009.

1 - Controle de Comunicantes²

Comunicante é todo indivíduo que teve exposição face a face, cerca de 01 metro ou menos de distância com um caso suspeito.

² De acordo com o Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2014b).



OBSERVAÇÃO: Realizar a coleta de material de nasofaringe dos comunicantes com tosse para pesquisa de novos casos. **Os comunicantes só deverão ser notificados, caso também sejam considerados suspeitos Definição de Caso – item A).**

a) Indicações para a quimioprofilaxia

- **Comunicantes menores de 1 ano**, independente da situação vacinal (recém-nascido devem ser avaliados pelo médico);
- **Comunicantes de 01 a 7 anos**, NÃO vacinados, com situação vacinal desconhecida ou que tenham recebido menos de 4 doses da vacina Pentavalente, vacina DTP ou vacina DTPa;
- **Comunicantes maiores de 07 anos** que tiveram contato próximo com um caso suspeito de coqueluche, SE:
 - tiveram contato com o caso índice no período de até 21 dias antes do início de sintomas do caso até três semanas pós o início da fase paroxística; ou
 - tiveram contato com um comunicante vulnerável no mesmo domicílio;
- **Comunicantes que trabalham em serviços de saúde** ou diretamente com crianças;

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

1. Recém-nascidos de mãe com sintomas respiratórios;
2. Crianças com menos de 01 ano de idade, com menos de 3 doses de vacina Penta ou Tetravalente ou DTP;
3. Criança com menos de 10 anos de idade, não imunizada ou com imunização incompleta (menos de 3 doses de vacina Penta, Tetra ou DTP);



4. Mulheres no último trimestre de gestação;
5. Indivíduos com comprometimento imunológico;
6. Indivíduos com doenças crônicas graves.

PORTADOR DE COQUELUCHE: É todo indivíduo que não apresenta sinais e sintomas sugestivos, mas de quem se obteve isolamento da *B. pertussis* pela cultura ou identificação pelo 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.

b) Quimioprofilaxia e tratamento:

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 desses macrolídeos, recomenda-se o sulfametoxazol associado ao trimetropim. A eritromicina pode ser usada, no entanto, está contraindicada para crianças menores de 01 mês de idade e nas situações de intolerância ou dificuldade de adesão. Os antibióticos indicados e suas respectivas posologias são os mesmos, tanto para o tratamento como para a quimioprofilaxia (BRASIL, 2013; 2014b).



Quadro 1 – Esquemas terapêuticos e quimioproláticos da coqueluche

1ª escolha: AZITROMICINA	
Idade	Posologia
< 6 meses	10 mg/kg em 1 dose por dia durante 5 dias
≥ 6 meses	10 mg/kg (máximo de 500 mg) em 1 dose no 1º dia e 5 mg/kg (máximo de 250 mg) em 1 dose por dia do 2º ao 5º dia
Adultos	500 mg em 1 dose no 1º dia e 250 mg em 1 dose por dia do 2º ao 5º dia

2ª escolha: CLARITROMICINA^a	
Idade	Posologia
< 1 mês	Não recomendado
1 a 24 meses	≤ 8kg: 7,5 mg/kg de 12/12 h durante 7 dias
	> 8 kg: 62,5 mg de 12/12 h durante 7 dias
3 a 6 anos	125 mg de 12/12 h durante 7 dias
7 a 9 anos	187,5 mg de 12/12 h durante 7 dias
≥ 10 anos	250 mg de 12/12 h durante 7 dias
Adulto	500 mg de 12/12 h durante 7 dias

^aApresentação de 125 mg/5 mL.



ERITROMICINA: em caso de indisponibilidade dos medicamentos anteriores	
Idade	Posologia
<1 mês	Não recomendado devido à associação com a síndrome de hipertrofia pilórica
1 a 24 meses	125 mg de 6/6 h durante 7 a 14 dias
2 a 8 anos	250 mg de 6/6 h durante 7 a 14 dias
> 8 anos	250-500 mg de 6/6 h durante 7 a 14 dias
Adulto	500 mg de 6/6 h durante 7 a 14 dias

SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPIM: no caso de intolerância a macrolídeo^b	
Idade	Posologia
< 2 meses	Contraindicado
≥ 6 semanas – 5 meses	SMZ 100 mg e TMP 20 mg de 12/12 h durante 7 dias
≥ 6 meses – 5 anos	SMZ 200 mg e TMP 40 mg de 12/12 h durante 7 dias
6 a 12 anos	SMZ 400 mg e TMP 80 mg de 12/1 2h durante 7 dias
Adultos	SMZ 800 mg e TMP 160 mg de 12/12 h durante 7 dias

^bDroga alternativa se houver contra-indicação de azitromicina, claritromicina ou eritromicina.



2 - Vacinação³

Em situações de casos isolados ou surtos de coqueluche, é necessário proceder à vacinação seletiva da população suscetível (vacinação de bloqueio), visando aumentar a cobertura vacinal na área de ocorrências dos casos.

Os comunicantes, familiares e escolares menores de 7 anos não vacinados, inadequadamente vacinados ou com situação vacinal desconhecida deverão receber uma dose da vacina contra a coqueluche e orientação para completar o esquema de vacinação. Seguem algumas orientações em relação à vacinação contra a coqueluche:

- **Menores de 01 ano:** indica-se a vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, Hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae* b conjugada (Pentavalente);
- **Crianças, de até 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, sem história vacinal:** administrar 3 (três) doses da vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae* b conjugada (Pentavalente), com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias e um reforço da vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (DTP);
- **Crianças entre 5 (cinco) anos de idade até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias, sem histórico de vacinação:** devem receber 3 (três) doses da vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (DTP), com intervalos de 60 dias entre as doses e mínimo de 30 dias.
- **Maiores de 07 anos:** indica-se a vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis tipo adulto (dTPa) (ainda não está disponível nas unidades do SUS) e a vacina hepatite B (recombinante).

³ **INSTRUÇÃO NORMATIVA REFERENTE AO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO** de que trata a Portaria GM/MS nº 1.498 de 19 de julho de 2013.



O esquema de vacinação primária é feito aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade. O intervalo entre as doses é de 60 dias, podendo ser de 30 dias, se necessário. São realizados dois reforços com vacina adsorvida difteria, tétano e *pertussis* (DTP). O primeiro reforço é dado aos 15 meses de idade e o segundo reforço aos 04 anos de idade. A idade máxima para aplicação destas vacinas é de 6 anos 11 meses e 29 dias.

Contatos para orientações e dúvidas:

1. DIVEP-Vigilância Epidemiológica da SESAB - (71) 3116 - 0042/ 0043
2. LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública – (71) 3116-5037
3. Hospital Couto Maia – (71) 3316 - 3084
4. CIEVS - Coordenação Estadual de Vigilância de Emergências de Saúde Pública - (71) 99994 -1088 / (71) 3116 – 0018/ 0049

E-mail GT DTP/ DIVEP: divep.dtp@gmail.com

Elaboração: Raimunda Maria Campos dos Santos

Merylin Corrêa Pessanha Lino

Atualização: Maria do Carmo Campos dos Santos Lima

Nadima Chukr

Luciana Fontes

Revisão: Ramon Saavedra

Colaboração: Catia Regina dos Santos Freitas



REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia: Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Bahia. **Boletim Epidemiológico:** situação epidemiológica da coqueluche na Bahia. Ano 3, v. 1, out. 2013, 2 páginas. Disponível em: <<http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/Boletim%20coqueluche%20Outubro%202013.pdf>>. Acesso: 15 de dezembro de 2013.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia: Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Bahia. **Boletim Epidemiológico:** situação epidemiológica da coqueluche na Bahia. Ano 7, v. 1, mai. 2017, 2 páginas.

BAMBERGER, E. S.; SRUGO, I. What is new in pertussis? **European journal of pediatrics**, v. 167, n. 2, p. 133–9, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ministério da Saúde alerta sobre a situação epidemiológica da coqueluche no Brasil**, de 05 de fevereiro de 2013. 2013a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/9243/785/ministerio-da-saude-alerta-sobre-a-situacao-epidemiologica-da-coqueluche-no-brasil.html>> Acesso em: 16 de dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. **Nota Técnica nº 15/2013**, de 07 de agosto de 2013. Novas recomendações para o tratamento e quimioprofilaxia para coqueluche. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271**, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços e saúde públicos e privados nos termos do anexo e dá outras providências. Diário Oficial da União, nº 108 Brasília, 09 jun. 2014; Seção 1, p.67 - 69. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.812 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. **Comunicado nº 02/2017**, de 16 de janeiro de 2017. Mudanças no calendário nacional de vacinação no ano de 2017. 2017a.



CARVALHO, L.H.F.; BEREZIN, E.N. Coqueluche. In: FOCACCIA, R. (editor); VERONESI, R. **Tratado de Infectologia**. 4ed. rev. e atual. São Paulo: Atheneu, 2010. p 894 - 909.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Pertussis. **Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases - "Pink Book"**. 12th Editi ed., 2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/pert.html>

DOUCET-POPULAIRE, F., BOURGEOIS, N.; CHARARA, O. *et al.* Utilisation en routine de l'amplification génique pour le diagnostic de coqueluche chez l'enfant Routine application of polymerase chain reaction for pertussis diagnosis in children. **Archives de Pédiatrie**, v. 9, p. 1145–1152, 2002.

FAULKNER, A., SKOFF, T., MARTIN, S. *et al.* Pertussis. In: CDC. Centers for Disease Control *and Prevention*. **Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases**, chapter 10, 5th Edition, 2011. Disponível em:<<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt10-pertussis.html>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2013.

GABUTTI, G.; ROTA, M. Pertussis: A Review of Disease Epidemiology Worldwide and in Italy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 9, n. 12, p. 4626–4638, 2012.

GUIZO, N. Coqueluche: diagnostics biologiques. **Archives de Pédiatrie**, v. 10, n. 10, p. 928–931, 2003.

GUIZO, N. Bordetella pertussis and pertussis vaccines. **Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, v. 49, n. 10, p. 1565–9, 2009.

MATTOO, S.; CHERRY, J. Molecular pathogenesis, epidemiology, and clinical manifestations of respiratory infections due to Bordetella pertussis and other Bordetella subspecies. **Clinical microbiology reviews**, v. 18, p. 326–382, 2005.

WHO. World Health Organization. **WHO – Recommended Standards for Surveillance of Selected Vaccine-Preventable Diseases**. 2008. 53f. Disponível em: <http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/passive/pertussis_standards/en/>. Acesso em: 16 de dezembro de 2013.