



NOTA TÉCNICA nº 32/2024 - SESA/SSVS/GEVS/PEI

Vitória, 16 de julho de 2024.

Recomendações para a identificação de casos suspeitos de coqueluche e realização de diagnóstico laboratorial no estado do Espírito Santo, devido aumento do número de casos mundialmente.

1. COQUELUCHE

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda, causada pela bactéria *Bordetella pertussis*, possui distribuição universal e provoca surtos epidêmicos a cada três a cinco anos mesmo com alta cobertura vacinal. Compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca, sendo transmitida por gotículas de secreção da orofaringe ao tossir, espirrar ou falar. É um agravo de grande relevância para a saúde pública por ser uma doença de alta transmissibilidade e significativa causa de morbimortalidade infantil, ocorrendo principalmente em menores de um ano de idade, sendo essa suscetibilidade relacionada ao esquema vacinal ausente ou incompleto.

Apresenta sazonalidade, sendo mais comum na primavera e no verão, sendo importante o acompanhamento do comportamento do agravo para prever possíveis surtos ou epidemias. A disseminação da doença irá depender da situação da cobertura vacinal, do número de suscetíveis e da oportunidade das medidas de controle: notificação e investigação de todos os casos e bloqueio vacinal em tempo hábil.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA COQUELUCHE NO MUNDO

Em agosto de 2023, o Ministério da Saúde emitiu um alerta por meio da Nota Técnica Nº 50/2023-CGVDI/DPNI/SVSA/MS em relação a um surto de coqueluche na Bolívia, com 693 casos confirmados (até 2 de agosto de 2023), sendo 62,8% (435) em menores de 5 anos e registro de 8 óbitos.

Em 2024, segundo dados do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), há aumento dos casos de coqueluche em pelo menos 17 países da União Europeia. Em 2023 foram notificados 25.130 casos com 7 óbitos, enquanto em 2024, de 1 de janeiro a 31 de março, o número de notificações de caso suspeito foi de 32.037 e 12 óbitos (8 em menores de um ano e 4 em maiores de 60 anos).

O Boletim Epidemiológico do ECDC, publicado em maio de 2024, também menciona que esse aumento de casos (iniciado a partir do segundo semestre de 2023) ocorreu após um período de baixa atividade da coqueluche durante a pandemia de Covid-19. Historicamente crianças menores de 1 ano de idade possuem a maior taxa de incidência de coqueluche e, em 2023 e 2024, o aumento nessa faixa etária foi observado em conjunto com um grande aumento na incidência de casos nas faixas etárias de 10-14 e 15-19 anos e, em menor grau, nas faixas de 5-9 e 1-4 anos.

O ECDC cita ainda dados *open sources*, informando que até 20 de março de 2024, um aumento do número de casos de coqueluche também foi reportado em diversos países, incluindo Austrália, Brasil, Bolívia, Canadá, Israel, Estados Unidos e Reino Unido.

Na China, foram notificados 32.380 casos suspeitos, entre janeiro e fevereiro de 2024, comparado com 1.421 notificados durante o mesmo período, com 13 óbitos relatados pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças da China (CCDC, 2024).

3. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA COQUELUCHE NO BRASIL

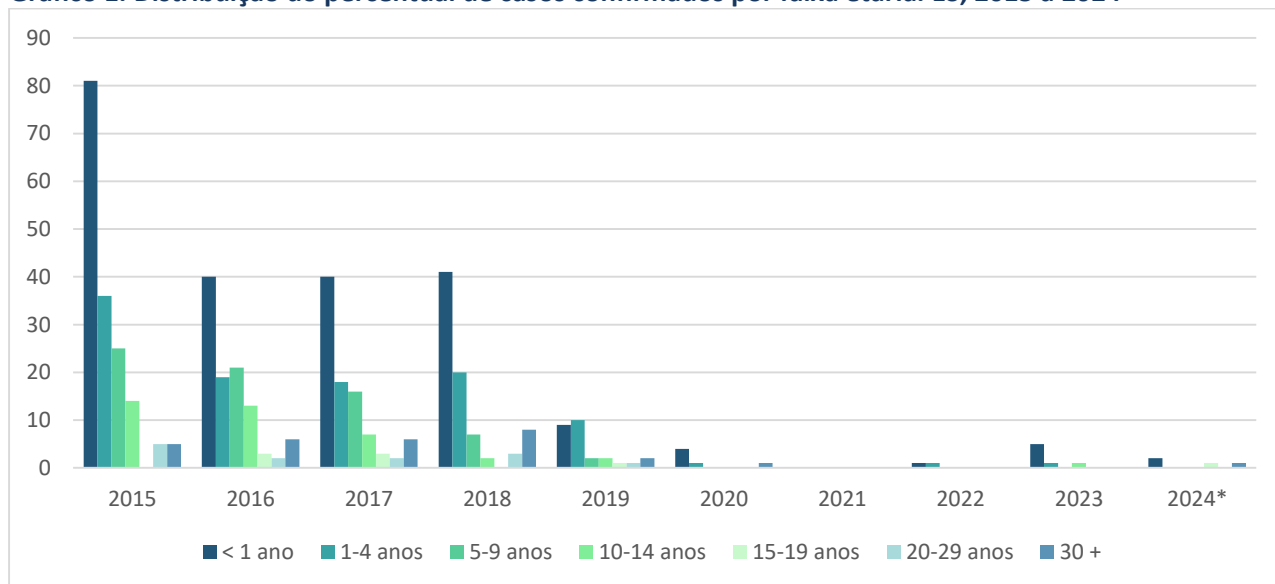
No Brasil, o último pico epidêmico ocorreu em 2014, com 8.614 casos confirmados. Conforme a Nota Técnica Conjunta nº 70/2024-DPNI/SVSA/MS a partir de 2020 houve uma redução importante no número de casos confirmados, com 31 casos no país até a semana epidemiológica (SE) 14 de 2024. Ressaltando que essa queda, está temporalmente associada à pandemia de Covid-19, em decorrência das medidas de isolamento e sobrecarga dos serviços de saúde. Emite também o alerta de que o aumento registrado em outros países, a partir de 2023, sinaliza que situação semelhante poderá ocorrer no Brasil dentro de pouco tempo, uma vez que, desde 2016 o país vem acumulando suscetíveis, em razão de quedas nas coberturas vacinais em menores de um ano de vida e lacunas na vigilância e diagnóstico clínico da doença.

Dados da vigilância do município de São Paulo, informam que de 1 de janeiro a 5 de junho de 2024, foram notificados 220 casos suspeitos, com 105 confirmados. Desses, observa-se maior concentração na faixa etária de 10-19 anos (73 casos), seguida da faixa de menores de 10 anos (24 casos). Até a SE 22/2024, foram notificados 15 surtos no município, sendo 11 em escolas e 4 domiciliares.

4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA COQUELUCHE NO ESPÍRITO SANTO

A coqueluche acomete, principalmente, crianças menores de 6 meses de vida (gráficos 1 e 2), devido ao sistema imunológico em desenvolvimento e por ainda não estarem com o esquema vacinal completo.

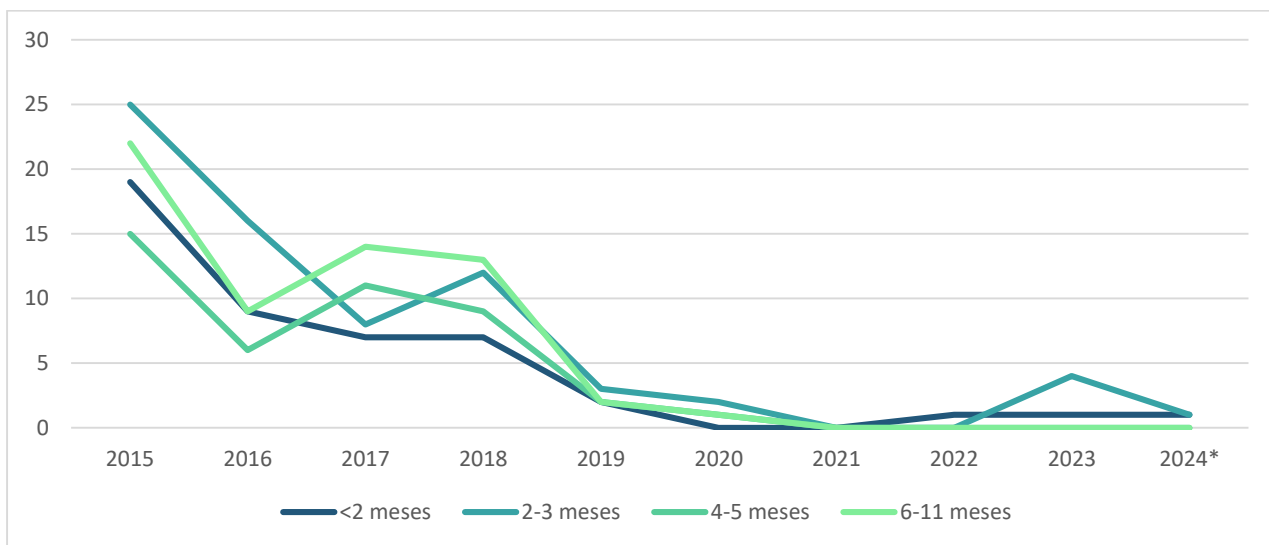
Gráfico 1. Distribuição do percentual de casos confirmados por faixa etária. ES, 2015 a 2024*



*de 01 de janeiro a 31 de maio de 2024

Fonte: SINAN e e-SUS/VS

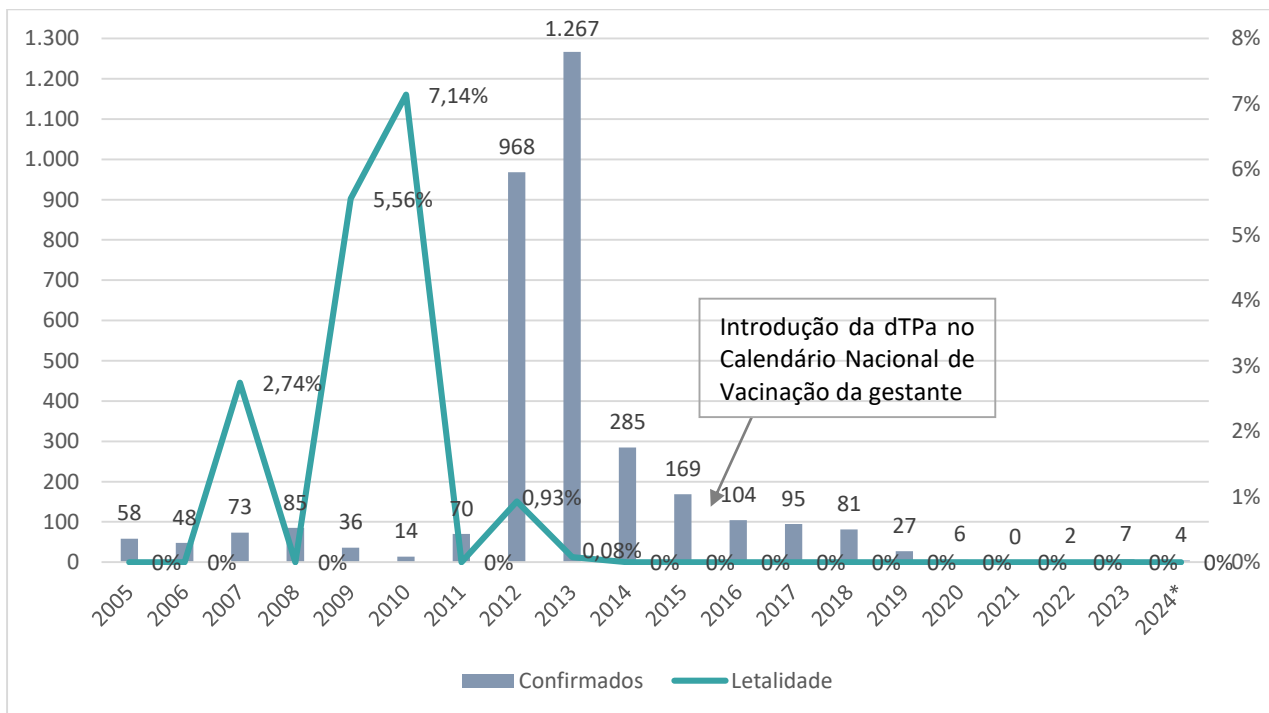
Gráfico 2. Distribuição dos casos confirmados de coqueluche em menores de um ano de vida. ES, 2005 a 2024*



*de 01 de janeiro a 31 de maio de 2024
 Fonte: SINAN e e-SUS/VS

Nos anos de 2012 a 2014 houve um surto de coqueluche no Espírito Santo, assim como em todo o Brasil, com redução importante dos casos após início da vacinação das gestantes com a vacina tríplice bacteriana acelular tipo adulto - dTPa (gráfico 3), estando o estado, desde 2014, sem registros de óbitos por coqueluche.

Gráfico 3. Distribuição dos casos confirmados e óbitos por coqueluche. ES, 2005 a 2024*



*de 01 de janeiro a 31 de maio de 2024
 Fonte: SINAN e e-SUS/VS

5. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A investigação laboratorial da coqueluche é recomendada em todos os casos atendidos nos serviços de saúde, para fins de confirmação e estabelecimento de medidas para o tratamento e a redução de sua disseminação.

O diagnóstico laboratorial é realizado mediante o isolamento da *B. pertussis* pela cultura (padrão-ouro) de material colhido através de *swab* da nasofaringe, com técnica adequada ou pela técnica de reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR). A coleta do espécime clínico deve ser realizada antes da antibioticoterapia eficaz (macrolídeos ou sulfametoxazol+trimetoprim) ou, no máximo, até três dias após seu início e preferencialmente no início dos sintomas (fase catarral).

A coleta deve ser realizada seguindo o “Manual de Procedimentos Técnicos para Análises Laboratoriais Biológicas” do Laboratório Central do Espírito Santo (LACEN-ES) disponível em <https://saude.es.gov.br/manuais-Lacen>.

Testes sorológicos **não** são utilizados para diagnóstico de coqueluche em casos suspeitos, independentemente da idade.

6. KITS PARA COLETA DE SWAB

A descentralização de *kits* de coleta de *swab* para coqueluche é uma estratégia vital na abordagem de saúde pública, permitindo maior acesso aos municípios mais distantes do laboratório de referência e melhor vigilância e diagnóstico dos casos de coqueluche. Dessa forma, serão disponibilizados nas Superintendências Regionais de Saúde do Espírito Santo, *kits* para coleta de *swab* que serão distribuídos aos municípios conforme demanda.

O meio de cultura deve ser armazenado a uma temperatura de 2°C a 8°C, não podendo ser congelados e podem ser armazenados juntamente com outros *kits*, como o de Covid-19. O *swab* deve ser armazenado separadamente, em temperatura ambiente. O meio de cultura tem validade de 4 meses a partir da data de fabricação, os tubos são etiquetados sinalizando o lote, a data de fabricação e a validade. Fazem parte do *kit* o *swab* e o tubo, sempre pareados.

7. TRATAMENTO

O tratamento é realizado com antibióticos da classe dos macrolídeos (azitromicina, claritromicina e eritromicina). Nos casos de contraindicação ao uso desses, recomenda-se o sulfametoxazol associado ao trimetoprim (quadro 1).

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 das puérperas, os recém-nascidos também deverão ser tratados.

Para crianças menores de 1 ano, pode-se tornar necessária a indicação de oxigenoterapia, aspiração de secreções oronasotraqueal, assistência ventilatória não invasiva ou, em casos mais graves, ventilação mecânica, hidratação e/ou nutrição parenteral.

Quadro 1. Esquemas terapêuticos e quimioprofiláticos da coqueluche

PRIMEIRA ESCOLHA: AZITROMICINA	
Idade	Posologia
<6 meses	10 mg/kg em 1 dose ao dia durante 5 dias. É o preferido para esta faixa etária
≥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 ao dia do 2º ao 5º dia
Adultos	500 mg em 1 dose no 1º dia, e 250 mg em 1 dose ao dia do 2º ao 5º dia
SEGUNDA ESCOLHA: CLARITROMICINA ¹	
Idade	Posologia
<1 mês	Não recomendado
1 a 24 meses	≤8 kg: 7,5 mg/kg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias >8 kg: 62,5 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias
3 a 6 anos	125 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias
7 a 9 anos	187,5 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias
≥10 anos	250 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias
Adultos	500 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias
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 em 6 horas, durante 7 a 14 dias
2 a 8 anos	250 mg, de 6 em 6 horas, durante 7 a 14 dias
>8 anos	250 mg a 500 mg, de 6 em 6 horas, durante 7 a 14 dias
Adultos	500 mg, de 6 em 6 horas, durante 7 a 14 dias
SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIM (SMZ-TMP), NO CASO DE INTOLERÂNCIA A MACROLÍDEO ²	
Idade	Posologia
<2 meses	Contraindicado
≥6 semanas a 5 meses	SMZ 100 mg e TMP 20 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias
≥6 meses a 5 anos	SMZ 200 mg e TMP 40 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias
6 a 12 anos	SMZ 400 mg e TMP 80 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias
Adultos	SMZ 800 mg e TMP 160 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias

Fonte: DPNI/SVSA/MS - adaptado

¹ Apresentação de 125 mg/5 mL

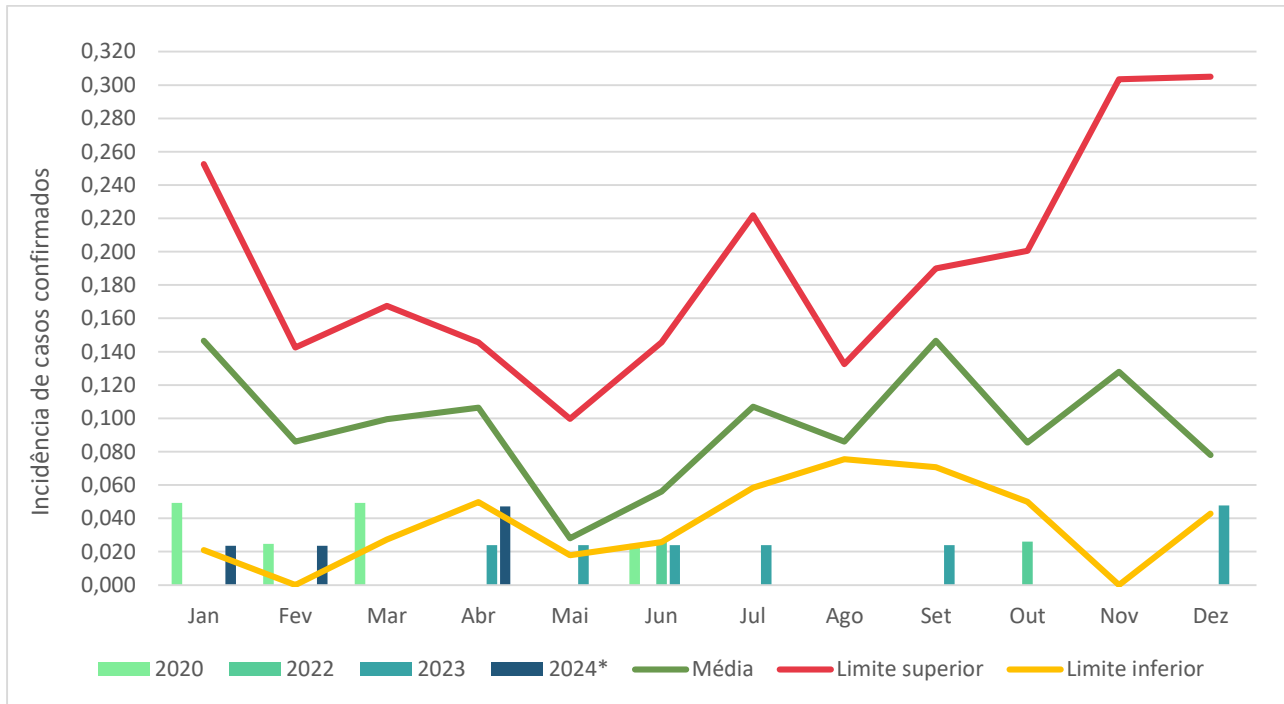
² Droga alternativa caso haja contra-indicação de azitromicina, claritromicina ou eritromicina

8. VIGILÂNCIA DA COQUELUCHE

A coqueluche é um agravo de notificação compulsória, devendo todo caso deve ser notificado em 24 horas da suspeita com preenchimento da ficha de notificação da coqueluche no e-SUS/VS.

A vigilância tem como objetivos, acompanhar a tendência temporal da doença (gráfico 4) para detecção precoce de surtos e epidemias, visando à adoção de medidas de controle pertinentes, aumentar o percentual coleta de *swab* para isolamento em cultura e realização de PCR e reduzir a morbimortalidade por coqueluche, principalmente nos menores de um ano de idade.

Gráfico 4. Diagrama de Controle da Coqueluche - Espírito Santo



Não houveram casos confirmados no ano de 2021.

Na construção do diagrama foram utilizadas as incidências dos anos de 2006 a 2023, não sendo incluídos os anos de 2012 a 2015 devido ao elevado número de casos e os anos de 2020 e 2021 devido à possível subnotificação pela pandemia do SARS Cov-2.

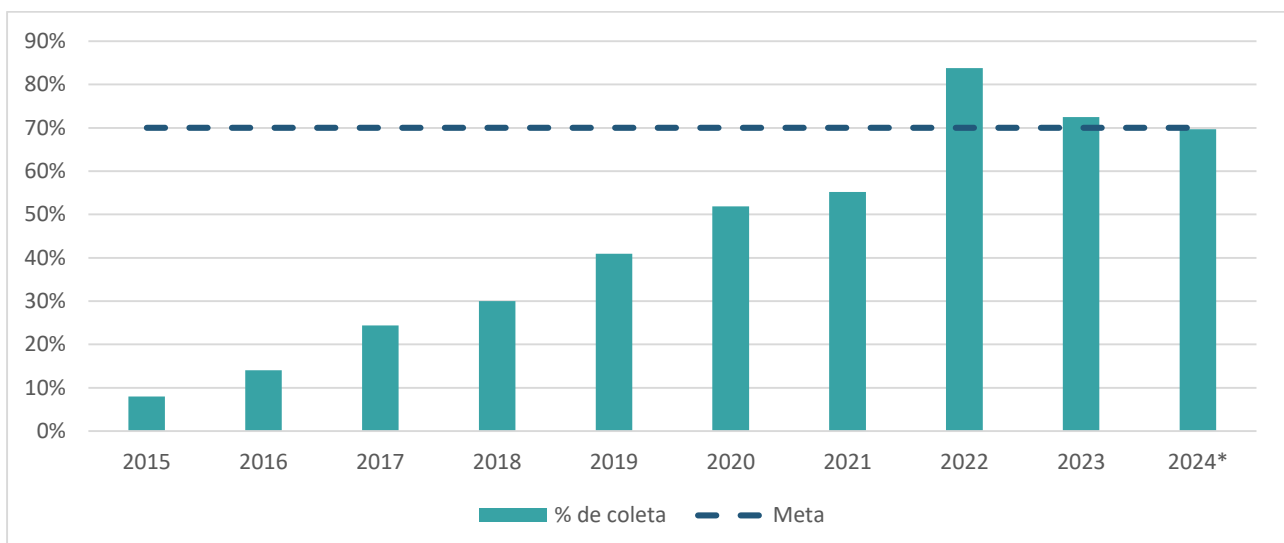
*de 01 de janeiro a 31 de maio de 2024.

Fonte: SINAN e e-SUS/VS

O registro de casos acima do limite superior indica possível ocorrência de epidemia ou surto e deve gerar investigação imediata para ação de contenção de forma oportuna. Já o registro abaixo do limite inferior, há indicação de padrão de notificação menor do que o esperado, o que pode ser uma real redução de casos ou não realização do diagnóstico com subnotificação. A faixa entre o limite superior e limite inferior indica que o número de casos está dentro do esperado para o período.

Para avaliação da qualidade da vigilância da coqueluche, existem indicadores com metas que devem ser alcançadas no final de cada trimestre, sendo elas a coleta de *swab* de nasofaringe que deve ser realizada em, no mínimo, 70% dos casos suspeitos (gráfico 5) e o encerramento oportuno (fechamento da ficha até 60 dias após a notificação) que deve ser de, no mínimo, 90%.

Gráfico 5. Indicador de qualidade da vigilância de coqueluche - Coleta de swab - ES, 2015 a 2024*



*de 01 de janeiro até 31 de maio de 2024

Fonte: SINAN e e-SUS/VS

8.1. DEFINIÇÃO DE CASO

A 6ª edição do Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, estabelece critérios claros para definir um caso suspeito de coqueluche (quadro 2), separando em dois grupos de acordo com a faixa etária, sendo a tosse um sintoma necessariamente presente, com tempo de duração pré-definido e que ocorre em qualquer indivíduo, independentemente da situação vacinal.

Quadro 2. Definição de caso suspeito de coqueluche

Menores de 6 meses de idade	Idade igual ou superior a 6 meses
<p>Todo indivíduo, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo, há dez dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tosse paroxística: tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (cinco a dez), em uma única expiração;• Guincho inspiratório;• Vômitos pós-tosse;• Cianose;• Apneia;• Engasgo.	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tosse paroxística: tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (cinco a dez), em uma única expiração;• Guincho inspiratório;• Vômitos pós-tosse;
<ul style="list-style-type: none">• Além disso, acrescenta-se à 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.	

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 6ª edição, 2024 - adaptado

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.

8.2. INVESTIGAÇÃO

Durante a investigação deve-se priorizar os casos em que a antibioticoterapia ainda não foi instituída ou estão em uso há menos de três dias.

É importante o preenchimento completo da ficha de notificação a partir da coleta de dados clínicos e epidemiológicos, a fim de confirmar a suspeita diagnóstica, identificar a área de transmissão e sua extensão, investigar comunicantes e coletar material para exames (anexo 1).

Comunicantes (contatos próximos) são os membros da família ou as pessoas que vivem na mesma casa ou que frequentam habitualmente o local de moradia do caso. 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 (cerca de 1 metro) na maior parte do tempo e rotineiramente (por exemplo, escola ou trabalho), dentro do intervalo entre o início do período catarral até três semanas após o início do período paroxístico da doença (período de transmissibilidade).

8.3. CLASSIFICAÇÃO FINAL E CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO

CASO CONFIRMADO

- **CrITÉrio laboratorial:** todo caso que atenda a definição de caso suspeito de Coqueluche e que tenha isolamento por cultura ou identificação por PCR de *B. pertussis*.
- **CrITÉrio clínico-epidemiológico:** todo caso que atende a definição de casos suspeitos e que teve contato com caso confirmado de Coqueluche pelo critério laboratorial, entre o início do período catarral até 3 semanas após o início do período paroxístico da doença.
- **CrITÉrio clínico:** todo caso que cumpra os critérios de caso suspeito e que não atenda aos critérios laboratorial e/ou clínico-epidemiológico;

Ao se 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 de hemograma, e demais informações porventura disponíveis. Essas variáveis não são excludentes entre si.

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

CASO DESCARTADO:

Caso suspeito que não se enquadra em nenhuma das situações descritas anteriormente.

8.4. ISOLAMENTO

Os pacientes não hospitalizados devem ser afastados de suas atividades habituais (p. ex.: creche, escola, trabalho):

- Por pelo menos cinco dias após o início de tratamento com antimicrobiano.
- Nos casos não submetidos à antibioticoterapia, o tempo de afastamento deve ser de três semanas após o início dos paroxismos.

8.5. COMUNICANTES E QUIMIOPROFILAXIA

O tratamento e a quimioprofilaxia têm os mesmos esquemas terapêuticos e apresenta indicações específicas para comunicantes vulneráveis, portadores de coqueluche e situações especiais, como neonatos filhos de mães não vacinadas ou com esquema incompleto. O portador de coqueluche é todo indivíduo que não apresentou sinais e sintomas sugestivos, mas que obteve isolamento da *B. pertussis* pela cultura ou identificação pelo PCR, sendo a quimioprofilaxia também indicada, pois a presença do agente etiológico favorece a disseminação da doença a outros indivíduos vulneráveis.

Tossidores identificados no grupo dos comunicantes vulneráveis devem ser considerados casos suspeitos de coqueluche. Portanto devem ser notificados e tratados, independentemente do resultado laboratorial. Além disso, deve-se coletar material de nasofaringe para cultura e PCR.

Algumas situações requerem julgamento específico para a indicação de quimioprofilaxia, como o caso de contatos de alto risco (comunicantes vulneráveis), que não são necessariamente contatos próximos, mas foram expostos a um caso suspeito e estão em risco aumentado de complicações decorrentes da coqueluche, ou correm o risco de transmitir a infecção a outras pessoas em risco de doença grave.

- A investigação de comunicantes deverá ser realizada em residência, creche, escola e em outros locais que possibilitaram o contato íntimo com o caso quando não houver oportunidade de coleta adequada do caso suspeito, coletar material de nasofaringe dos comunicantes, a fim de realizar cultura e PCR;
- Verificar a situação vacinal dos comunicantes, considerando esquema básico de três doses, em menores de 1 ano de idade, e de duas doses de reforço com componente pertussis registradas na caderneta de vacinação; e, se necessário, atualizar o esquema vacinal dos menores de 7 anos com a Penta ou a vacina DTP;
- Preencher os campos referentes aos dados dos comunicantes na Ficha de Investigação da Coqueluche no e-SUS/VS;
- Manter a área sob vigilância até 42 dias após a identificação do último caso (período máximo de incubação observado).

Para maiores informações sobre quimioprofilaxia e vacinação seletiva, consultar o Guia de Vigilância em Saúde 6ª edição e a Nota Técnica nº 92/2024-DPNI/SVSA/MS.

9. VIGILÂNCIA DA COQUELUCHE EM SITUAÇÃO DE SURTO OU EPIDEMIA

9.1. DEFINIÇÃO DE SURTO

Para a definição de surto é imprescindível que haja pelo menos um caso confirmado por **critério laboratorial**.

- **Surto domiciliar:** dois ou mais casos em um domicílio, sendo um deles confirmado pelo critério laboratorial, e o segundo por um dos três critérios de caso confirmado (a definição de caso para surto deve ser usada, especialmente, para a detecção rápida da magnitude do surto). Os casos devem ocorrer dentro de um período máximo de 42 dias.
- **Surtos em instituições:** dois ou mais casos, sendo um confirmado pelo critério laboratorial e o outro por um dos três critérios, que ocorram no mesmo tempo (casos que ocorrerem 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), com a evidência de que a transmissão tenha ocorrido em pelo menos um dos casos no ambiente institucional.
- **Surtos em comunidades:** quando o número de casos confirmados, que inclui ao menos um caso confirmado pelo critério laboratorial, for maior do que o número de casos esperado para local e tempo, com base na análise de registros anteriores, realizada a partir de uma série histórica da incidência da doença em uma determinada população circunscrita.

9.2. DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO EM SITUAÇÃO DE SURTO OU EPIDEMIA

Em surtos e epidemias, a definição de caso é mais sensível, o que auxilia na identificação e notificação de um número elevado de suspeitos, que necessitam ser acompanhados com o propósito de se verificar o desenvolvimento de um ou mais sintomas típicos da coqueluche.

Quadro 3. Definição de caso suspeito de coqueluche em situações de surtos ou epidemia

Menores de 6 meses de idade	Idade igual ou superior a 6 meses
Todo indivíduo, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo, há dez dias ou mais.	Todo indivíduo que, independentemente do estado vacinal, apresente tosse de qualquer tipo, há 14 dias ou mais.

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 6ª edição, 2024 - adaptado

Todo comunicante que teve contato íntimo com caso suspeito de coqueluche que atende à definição de caso em surto ou epidemia é considerado caso suspeito e deve receber tratamento.

9.3. INVESTIGAÇÃO EM SITUAÇÃO DE SURTO OU EPIDEMIA

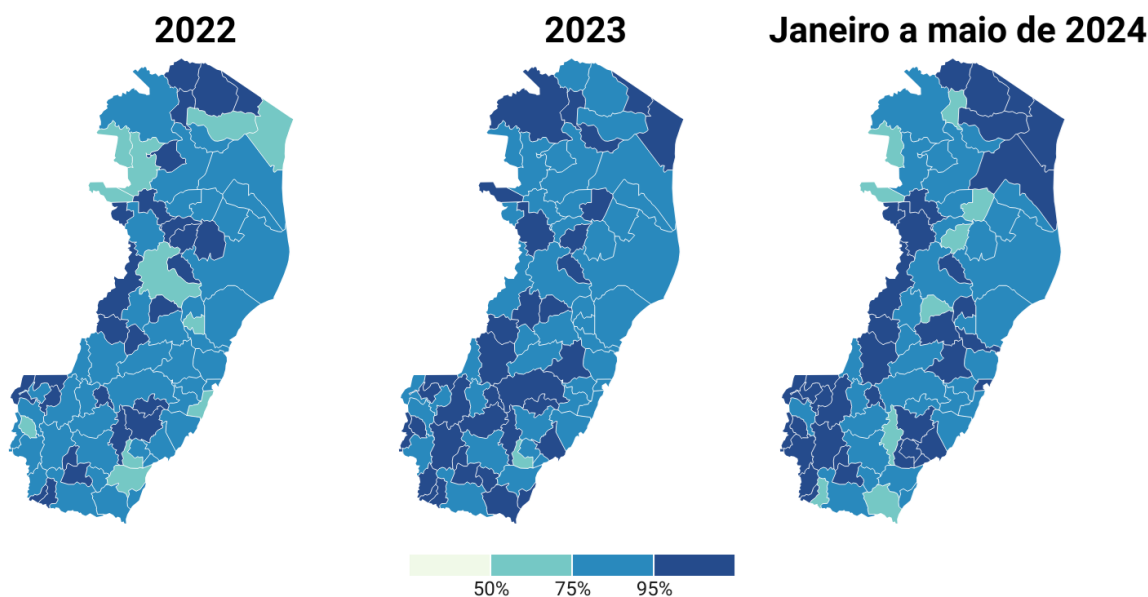
Segue o mesmo roteiro em situações endêmicas, porém levando em conta a definição de surto. Em situação de surto domiciliar, todos os casos sintomáticos devem ter amostra de nasofaringe coletada. Em situação de surtos institucionais ou comunitários, deve-se coletar amostra de nasofaringe de todos os casos que tendam à definição de suspeitos para situação endêmica, de preferência 48 horas antes do início do tratamento ou quimioprofilaxia, para a realização de cultura e PCR.

10. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A principal forma de prevenção contra a coqueluche é a vacinação dos suscetíveis e das gestantes na rotina das unidades de saúde, sendo preconizada no Calendário Básico de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), o esquema da vacina Penta corresponde a três doses, administradas aos 2, 4 e 6 meses de idade, com intervalo recomendado de 60 dias entre as doses, com o mínimo de 30 dias em situações especiais. A terceira dose não deverá ser administrada antes dos 6 meses de idade. São necessárias doses de reforço com a vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (DTP), que devem ser administradas aos 15 meses e aos 4 anos de idade. Esta vacina encontra-se disponibilizada para as crianças até 6 anos, 11 meses e 29 dias.

A meta preconizada de cobertura vacinal homogênea da vacina Penta é de 95%, o ES alcançou uma cobertura vacinal de 82% em 2022, 86,1% em 2023 e no período de janeiro a maio de 2024, a cobertura vacinal da Penta no estado foi de 88,04%, evidenciando melhora das coberturas nos últimos anos, porém com apenas 46% de homogeneidade (figura 1).

Figura 1. Cobertura vacinal da Pentavalente por município de 2022 a 2024 - ES

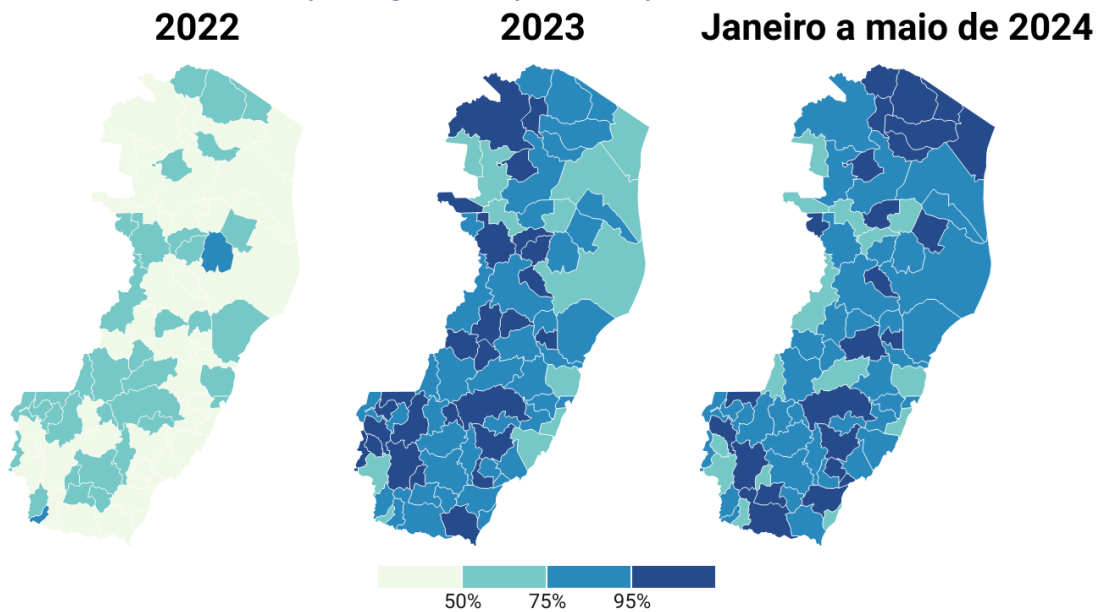


Fonte: Vacina e Confia/PEI/SESA-ES

A vacina DTPa (tríplice bacteriana infantil acelular) é recomendada para crianças com risco aumentado de desenvolver ou que tenham desenvolvido graves eventos adversos à vacina com células inteiras e está disponibilizada nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), conforme indicações do protocolo do Ministério da Saúde.

Outra estratégia utilizada na prevenção da coqueluche é vacinar todas as gestantes com a vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis acelular (dTpa). Essa vacina deverá ser administrada a cada gestação, a partir da 20ª semana de gestação. A depender da situação vacinal encontrada, deve-se administrar uma dose da vacina dTpa para iniciar e completar o esquema vacinal, ou como dose de reforço. Em gestantes que não foram vacinadas durante a gestação, aplicar uma dose de dTpa no puerpério o mais precocemente possível e até 45 dias pós-parto (figura 2).

Figura 2. Cobertura vacinal da dTpa em gestantes por município de 2022 a 2024 - ES



Fontes: Vacina e Confia/PEI/SESA-ES e SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Orienta-se administrar uma dose de dTpa para todos os profissionais de saúde, considerando o histórico vacinal de difteria e tétano, segundo os critérios discriminados abaixo:

- Com esquema de vacinação básico completo dT – administrar dTpa e reforço a cada 10 anos com dTpa.
- Com esquema de vacinação básico para tétano incompleto – menos de 3 doses, administrar uma dose de dTpa e completar o esquema com uma ou duas doses de dT, de forma a totalizar 3 doses da vacina contendo o componente tetânico.

Na Nota Técnica Conjunta nº 70/2024-DPNI/SVSA/MS o Programa Nacional de Imunizações (PNI) amplia a indicação de uso da vacina dTpa, em caráter **EXCEPCIONAL**, para:

- a) Trabalhadores da Saúde que atuam nos serviços de saúde públicos e privados, ambulatorial e hospitalar, com o atendimento em:
 - Ginecologia e Obstetrícia; Parto e Pós-parto imediato, incluindo as Casas de Parto;
 - Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) neonatal convencional, UCI Canguru etc;
 - Berçários (baixo, médio e alto risco); e
 - Pediatria.
- b) Profissionais que atuam como Doula, acompanhando a gestante durante o período de gravidez, parto e período pós-parto;

c) Trabalhadores que atuam em berçários e creches, com atendimento de crianças até 4 anos de idade. A administração, em caráter excepcional, da vacina dTpa nos públicos supracitados, deverá considerar o histórico vacinal de difteria e tétano (dT):

- **Com esquema de vacinação primário completo de dT:** Administrar uma dose da dTpa, mesmo que a última dose recebida com os componentes difteria e tétano (dT) tenha ocorrido há menos de dez anos, observando o intervalo de 60 dias após a última dose administrada.
- **Com esquema de vacinação primário incompleto de dT (menos de 3 doses com a vacina dT):** administrar 1 dose de dTpa e completar o esquema com 1 ou 2 doses de dT (dupla adulto), de forma a totalizar 3 doses da vacina contendo o componente tetânico.

11. CONCLUSÃO

No Brasil e em outros países, houve uma redução significativa nos casos confirmados de coqueluche a partir de 2020 em comparação com 2019. As medidas de distanciamento social e a sobrecarga dos serviços de saúde e laboratórios, o quw afetou a capacidade de diagnóstico e notificação adequada da doença, durante a pandemia de Covid-19 impactaram profundamente o perfil epidemiológico da coqueluche

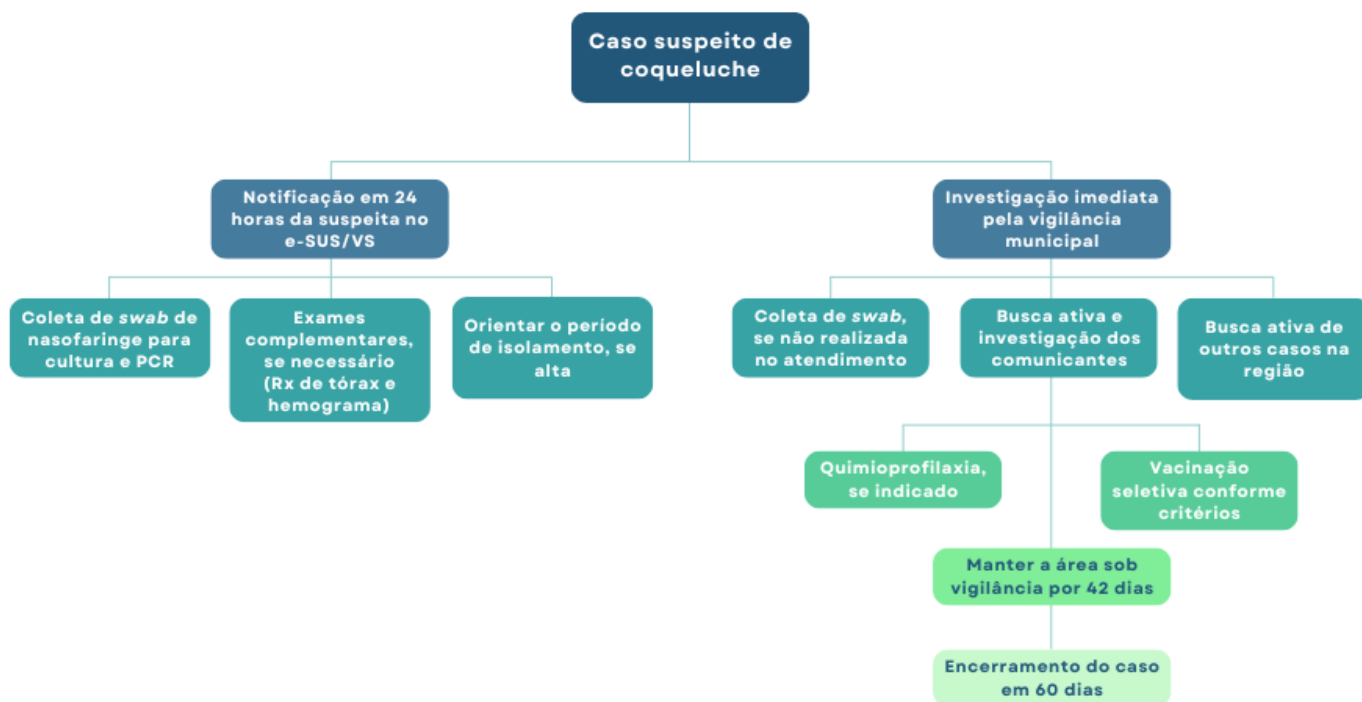
No entanto, a coqueluche continua a ser um sério problema de saúde pública. A faixa etária mais vulnerável são os menores de 1 ano, com a maioria dos casos e óbitos ocorrendo em menores de 6 meses, que ainda não completaram o esquema vacinal primário com as três doses da vacina Penta (administradas aos 2, 4 e 6 meses de vida). Além disso, a perda da imunidade conferida pela vacina ao longo do tempo apresenta desafios adicionais para o controle global dessa doença.

Tendo em vista o aumento de número de casos ao redor do mundo, é imprescindível que a Rede Assistencial de todo estado e a Vigilância Epidemiológica municipal estejam alertas para a ocorrência de Casos Suspeitos de Coqueluche, essa atenção possibilita o desencadeamento de ações oportunas para o controle da doença, a avaliação do esquema vacinal dos contatos, o diagnóstico e tratamento dos suspeitos e dos contatos sintomáticos, a fim de interromper a cadeia.

12. RECOMENDAÇÕES ÀS VIGILÂNCIAS MUNICIPAIS

- Alertar os profissionais de saúde da área assistencial quanto ao risco do aumento de casos de coqueluche, em especial aos médicos, quanto à importância do diagnóstico diferencial com outras doenças que apresentam a tosse entre as manifestações clínicas, incluindo a Covid-19, Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e Influenza.
- Conhecer todos os casos suspeitos: notificar, orientar a coleta do swab, investigar e encerrar oportunamente, com objetivo de assegurar o diagnóstico correto, o tratamento precoce e a realização da quimioprofilaxia, se indicada.
- Investigar comunicantes em residências, creches, escolas e em outros locais que possibilitaram o contato íntimo com o caso;
- Assegurar a coleta de secreção de nasofaringe para o diagnóstico laboratorial e o envio das amostras ao Lacen para realização do diagnóstico por cultura (padrão-ouro) e PCR.
- Conhecer o perfil e o comportamento epidemiológico da doença, para adotar medidas de controle oportunamente;
- Aumento da cobertura vacinal: identificar e vacinar a população que está em risco, a fim de reduzir a incidência dos casos de coqueluche;
- Incentivar a vacinação de gestantes: para proteção do recém-nascido.
- Consultar as orientações do Guia de Vigilância em Saúde do MS - 2023 para maiores detalhamentos.

ANEXO 1 - CONDUTA FRENTE A CASOS SUSPEITOS DE COQUELUCHE



Melina Murta Tedesco Duarte
Referência Técnica Estadual da Vigilância da Coqueluche

Danielle Grillo Pacheco Lyra
Coordenadora do Programa Estadual de Imunizações e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - PEI

Orlei Amaral Cardoso
Subsecretário de Estado de Vigilância em Saúde - SSVS

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

MELINA MURTA TEDESCO DUARTE

MEDICO - DT
NEVE - SESA - GOVES
assinado em 19/07/2024 11:48:41 -03:00

DANIELLE GRILLO PACHECO LYRA

SUPERVISORA
ICEPI - SESA - GOVES
assinado em 19/07/2024 11:13:13 -03:00

ORLEI AMARAL CARDOSO

SUBSECRETARIO ESTADO
SSVS - SESA - GOVES
assinado em 19/07/2024 11:16:07 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 19/07/2024 11:48:41 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por MELINA MURTA TEDESCO DUARTE (MEDICO - DT - NEVE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-LTBGQJ>