

# INFORME TÉCNICO

## COQUELUCHE - CID A37.9

COORDENADORIA DE DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS

Edição nº 2, Janeiro de 2013 – Ano II

### COQUELUCHE:

*Doença infecciosa aguda, transmissível, de distribuição universal, compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios e se caracteriza por paroxismos de tosse seca.*

### CASO SUSPEITO

1. Independente do estado vacinal, indivíduo com tosse seca há 14 dias ou mais, associado a um ou mais sintomas:

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

b) guincho,

c) vômitos pós-tosse.

2. Independente do estado vacinal, indivíduo com tosse seca e com história de contato com caso de coqueluche confirmado por critério clínico.

### CASO CONFIRMADO

1. Laboratorial: caso suspeito com isolamento de *Bordetella pertussis*.

2. Epidemiológico: caso suspeito com tosse que teve contato com caso confirmado laboratorialmente.

3. Clínico: caso suspeito com Hemograma apresentando leucocitose acima de 20.000 leucócitos/mm<sup>3</sup> e linfocitose acima de 10.000 linfócitos/mm<sup>3</sup>.

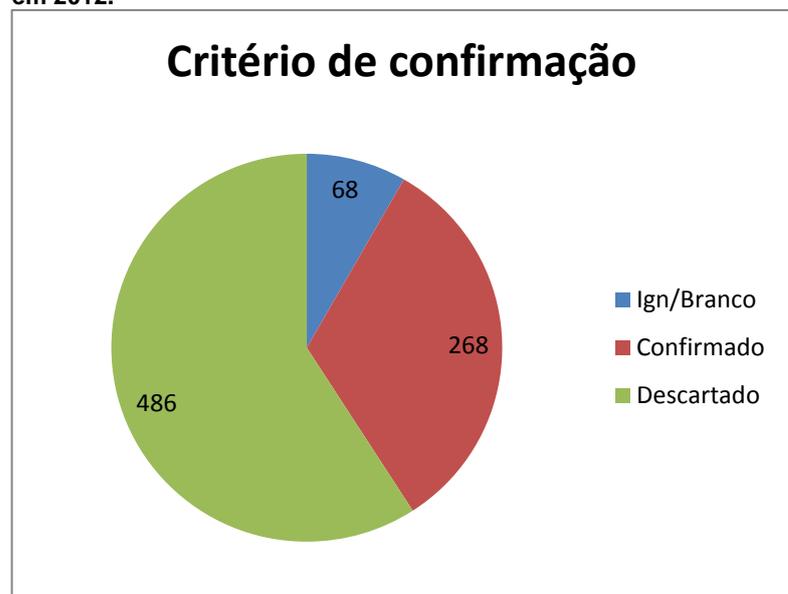
### AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO AGRAVO – 2012

Em 2012 tivemos um aumento considerável de casos confirmados de coqueluche, a maioria desses ocorreu em bebês. Passada a infância, a coqueluche não se manifesta em sua forma clássica, confundindo-se com outras doenças respiratórias.

Um aspecto relevante é o crescimento da transmissão da doença em crianças pelos seus familiares. A maioria das vítimas são os bebês (cerca de 73% dos casos em menores de 1 ano em 2012), uma vez que receberam pouca ou nenhuma imunidade por não terem completado o esquema básico de vacinação.

Em 2011 foram notificados no Estado 201 casos, desses 82 foram confirmados. Já em 2012, conforme demonstra o Gráfico 1 foram notificados 822 casos e confirmados 268, representando um aumento de mais de 226% em relação a 2011.

**Gráfico 1: Casos notificados por classificação final de coqueluche em 2012.**

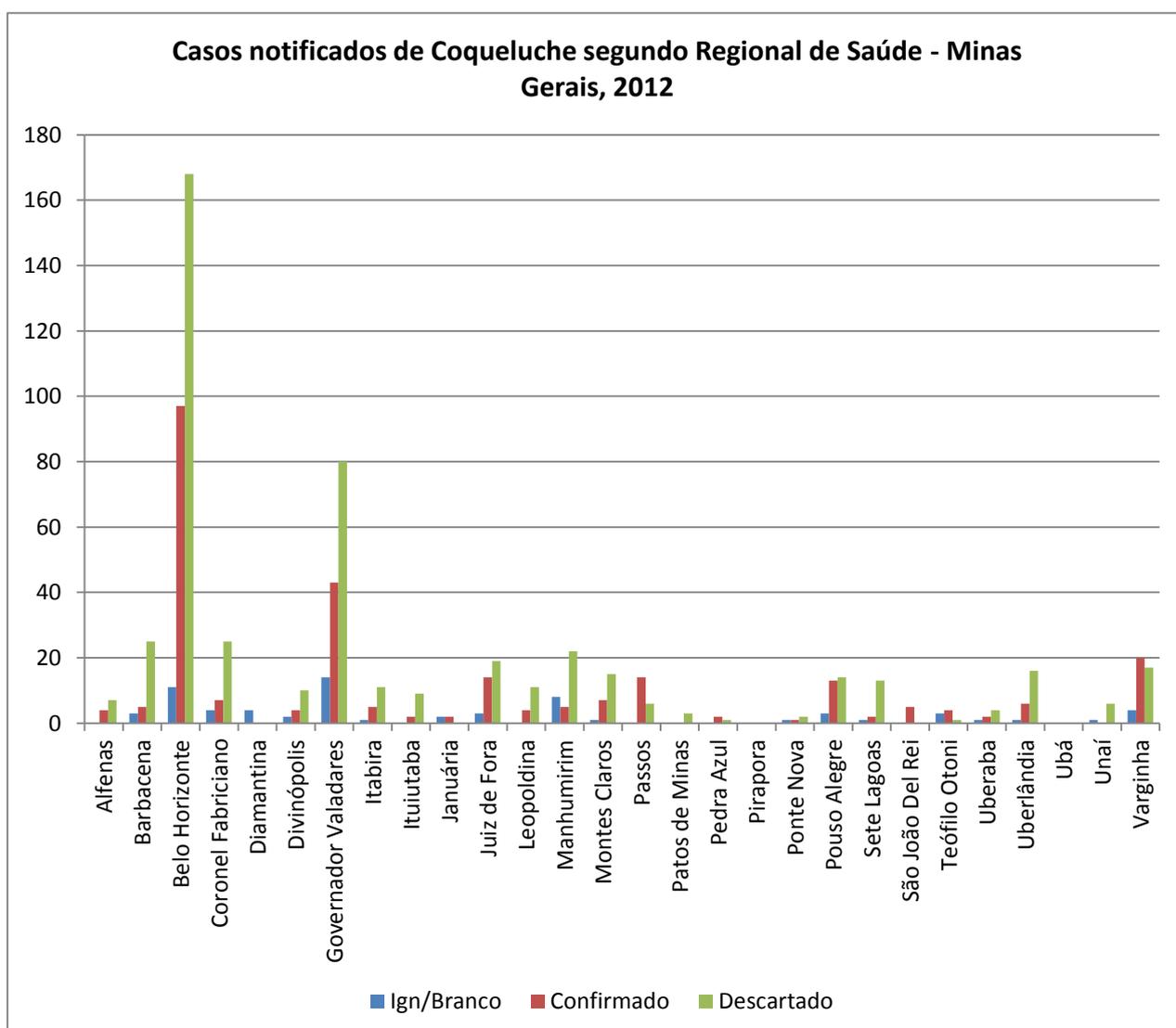


Fonte: Sinan/CDAT/DEVE/SVEAST/SVPS/SES-MG  
Dados parciais sujeitos à alteração/revisão.

Desses 268 casos confirmados, 3 foram a óbito; 56 foram confirmados laboratorialmente, isto é, isolando a *Bordetella pertussis*; 185 necessitaram de hospitalização e em 167 casos foram identificados seus comunicantes. Em apenas 86 casos foi realizada a coleta de material de nasofaringe, Além disso, 68 notificações encontram-se com encerramento em branco/ignorado. Solicitamos um maior empenho no fechamento para regularização no Sinan.

Ao analisar o gráfico abaixo, percebemos que as Regionais de Pirapora e Ubá **não notificaram nenhum caso** em 2012, sendo que Regional de Pirapora tem uma população de 139.185 habitantes e é composta por 7 municípios: Buritizeiro, Ibiá, Lassance, Pirapora, Ponte Chique, Santa Fé de Minas e Várzea da Palma. A Regional de Ubá tem uma população de 449.486 habitantes e é composta por 30 municípios: Antônio Prado de Minas, Barão de Monte Alto, Brás Pires, Coimbra, Divinésia, Dores do Turvo, Ervália, Eugénópolis, Guarani, Guidoal, Guricema, Mercês, Miradouro, Mirai, Muriaé, Patrocínio de Muriaé, Piraúba, Presidente Bernardes, Rio Pomba, Rodeiro, Rosário de Limeira, São Geraldo, São Sebastião da Vargem Alegre, Senador Firmino, Silverânia, Tabuleiro, Tocantins, Ubá, Viera e Visconde do Rio Branco.

**Gráfico 2: Casos notificados de coqueluche segundo Regional de Saúde, Minas Gerais - 2012**



**Fonte: Sinan/CDAT/DEVE/SVEAST/SVPS/SES-MG**  
**Dados parciais sujeitos à alteração/revisão.**

Diante desta ausência de casos sugerimos que seja realizada busca ativa em unidade de saúde. Como foi dito anteriormente a Coqueluche está ocorrendo e o número de casos aumentando, portanto deve-se realizar busca ativa com visita domiciliar para identificação de pessoas com sinais e/ou sintomas compatíveis com o agravo. Além disso, podemos observar também que nas Regionais Diamantina, Patos de Minas e Unaí, nenhum caso foi confirmado.

Em 2012 a Secretaria de Estado de Saúde, visando efetivar a descentralização das ações, implantou o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Estado, onde os municípios que aderiram ao Projeto são incentivados financeiramente a realizar ações de vigilância em saúde. Com relação à Coqueluche, o Projeto propõe no Elenco 1 da Vigilância Epidemiológica, Ação 1.31: Investigar contatos domiciliares de todo caso suspeito de coqueluche de acordo com protocolo estadual. Onde a medida de desempenho da ação é **coleta da amostra clínica para cada suspeito notificado e seus contatos sintomáticos**. Deve-se coletar amostra clínica (swab) para 100% dos casos suspeitos de coqueluche e seus contatos sintomáticos.

**A falta de reforço na vacinação está sendo considerada o grande problema no aumento desses casos.** No caso da coqueluche, é necessário vacinar as crianças aos 2, 4 e 6 meses (Pentavalente) e 2 reforços aos 15 meses e aos 4 anos (DTP). A imunidade natural conferida pela doença e a proteção dada pela vacina na infância diminuem com o passar do tempo, cerca de 7 a 12 anos de imunização, ficando a partir desse tempo propenso a adquirir a doença caso entre em contato com a bactéria.

O Ministério da Saúde pretende ainda este ano incluir a vacina DTPa no calendário das gestantes, pelo motivo de serem consideradas a principal fonte de transmissão aos bebês.

Ressalta-se a necessidade de identificação, notificação e investigação oportuna dos casos suspeitos de coqueluche. Deve-se dar ênfase à necessidade de proceder ao encaminhamento apropriado dos casos aos serviços de saúde, em observância às manifestações clínicas compatíveis que caracterizam a definição de caso suspeito, com vistas ao esclarecimento diagnóstico e tratamento adequado.

Recomendações:

- Os doentes com coqueluche devem ser mantidos em isolamento respiratório durante 5 dias após o início do tratamento antimicrobiano apropriado. Nos casos não submetidos à ATB, o tempo de afastamento deve ser de 3 semanas após o início dos paroxismos.
- Coletar secreção nasofaríngea do caso suspeito e seus comunicantes sintomáticos. A coleta deve ser realizada preferencialmente antes do início do tratamento com antimicrobiano, ou, no máximo, até 3 dias após instituição.
- Frente ao aparecimento de um caso suspeito, desencadear bloqueio vacinal seletivo e quimioprofilaxia conforme orientações do Guia de Vigilância Epidemiológica – Caderno 3.
- Prezar pelo correto armazenamento, distribuição dos Kits de coleta para os municípios e pela substituição dos kits vencidos na Funed, planejando em tempo hábil para a coleta.
- Após a coleta caso a amostra não possa ser encaminhada imediatamente para a Funed, conservar em estufa a 35-37°C por no máximo 48 horas. Para o transporte, neste caso, a amostra deverá ser enviada sob refrigeração entre 2 a 8°C (caixa com gelo reciclável).
- Os formulários necessários para encaminhamento de amostras são:
  - Casos suspeitos e comunicantes sintomáticos: Ficha de Investigação do Sinan e Formulário de Encaminhamento de Amostras (padrão Funed).
  - Comunicantes assintomáticos: Formulário de Encaminhamento de Amostras (padrão Funed).

**ATENÇÃO:** Deve-se preencher a Ficha de Investigação do Sinan **somente** para comunicantes sintomáticos. Os comunicantes assintomáticos não é necessário preencher a princípio, somente preencher se a doença for confirmada laboratorialmente.

Belo Horizonte, 04 de fevereiro de 2013

Luciene Luiz da Rocha  
Referência Técnica Estadual  
Coordenação de Doenças e Agravos Transmissíveis  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica/SVEAST/SVPS/SES