



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
Região das Américas

Alerta Epidemiológico Aumento de casos de coqueluche (tosse convulsa) na Região das Américas

10 de junho de 2025¹

Diante da queda sustentada nas coberturas vacinais para coqueluche, registrada principalmente durante a pandemia de COVID-19, e no contexto do atual ressurgimento global de casos de coqueluche — com aumentos significativos em vários países da Região das Américas —, a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) insta os Estados-Membros a reforçarem seus sistemas de vigilância epidemiológica e a manterem um monitoramento contínuo, detalhado e desagregado das coberturas vacinais na população infantil, com atenção especial a menores de 1 ano e menores de 5 anos. É prioritário identificar de forma oportuna os grupos populacionais que não receberam as vacinas contra a coqueluche nas doses recomendadas, especialmente lactantes não vacinados ou com esquemas incompletos, a fim de implementar ações corretivas que permitam reduzir as lacunas de imunização e prevenir surtos (1-4).

Resumo da situação

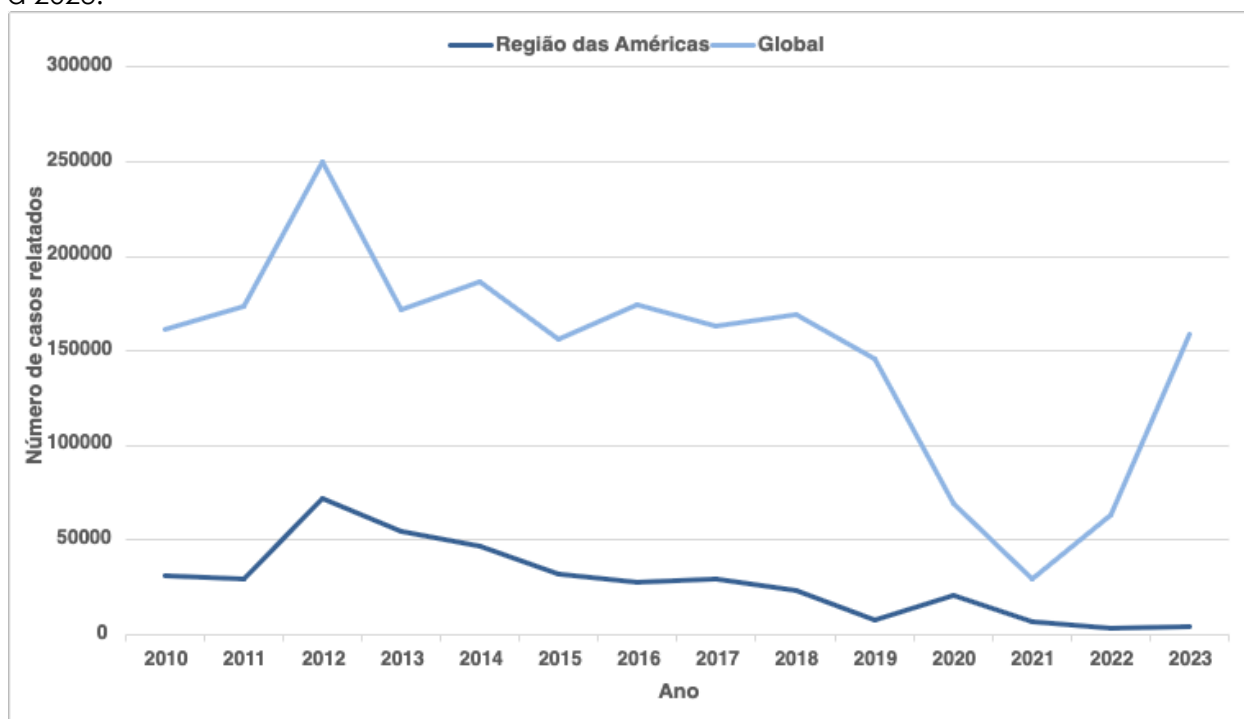
Na década de 2010 a 2019, foram notificados, em média, 170.000 casos anuais de coqueluche em todo o mundo. No entanto, durante a pandemia de COVID-19, observou-se uma queda significativa, com uma média de 80.227 casos anuais entre 2020 e 2023, representando uma redução de aproximadamente duas vezes em relação ao período anterior. O ano de 2021 marcou o menor número de casos recentes, com apenas 29.623 casos notificados globalmente, seguido por aumentos em 2022 e 2023, com 63.024 e 158.910 casos, respectivamente (**Figura 1**) (2).

Na Região das Américas, o ano de 2012 registrou o maior número de casos da década, com 72.328 notificações de coqueluche. A partir de 2013, houve uma diminuição progressiva no número de casos anuais até 2022, quando foi atingido o ponto mais baixo, com 3.283 casos, seguido por um aumento para 4.139 casos em 2023 (**Figura 1**) (2). Atualmente, a Região das Américas registra 43.751 casos como total provisório para 2024 (sujeito a alterações quando todos os países reportarem seus dados até junho de 2024) (3).

¹ Este Alerta Epidemiológico substitui a versão publicada anteriormente em 31 de maio de 2025 e inclui alterações nos dados reportados pelo Brasil com base em uma solicitação de ajuste retrospectivo recebida das autoridades nacionais.

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta epidemiológico: Aumento da coqueluche (tosse convulsa) na Região das Américas. 10 de junho de 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025.

Figura 1. Casos de coqueluche notificados globalmente e na Região das Américas, de 2010 a 2023.



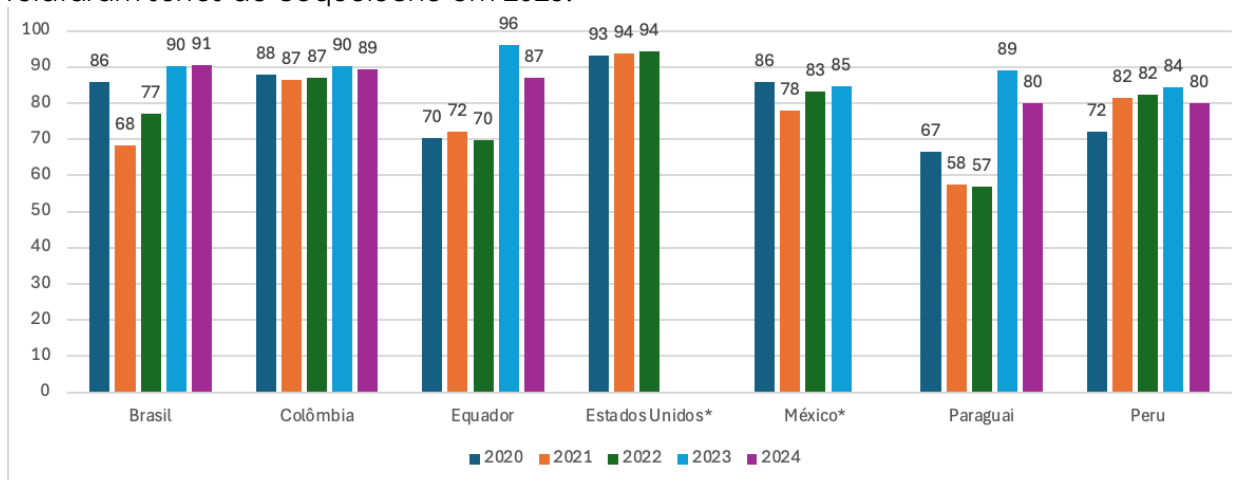
Fonte: Adaptado da Organização Mundial da Saúde, The Global Health Observatory, Pertussis - number of reported cases. Genebra: OMS; 2024. Disponível em: <https://www.OMS.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/pertussis-number-of-reported-cases>

Coberturas vacinais na Região das Américas

As coberturas vacinais para a primeira e terceira doses da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DTP1 e DTP3) são utilizadas como indicadores de desempenho dos programas nacionais de imunização, tanto regional quanto globalmente. Durante a pandemia de COVID-19, houve uma queda significativa nessas coberturas. Em 2021, a Região das Américas atingiu seu nível mais baixo em duas décadas, com coberturas de 87% para DTP1 e 81% para DTP3. No entanto, os dados de 2023 mostram uma recuperação parcial, com 90% para DTP1 e 88% para DTP3. É importante destacar que existem disparidades significativas entre países e dentro deles em níveis subnacionais (4).

A **Figura 2** apresenta a evolução das coberturas de DTP3 entre 2020 e 2024 nos sete países —Brasil, Colômbia, Equador, Estados Unidos da América, México, Paraguai e Peru— da Região das Américas que atualmente registram surtos de coqueluche em 2025 (5). Quatro dos sete países analisados —Colômbia, Equador, Paraguai e Peru— apresentam diminuição na cobertura de DTP3 no último ano com dados disponíveis. Embora os demais países mostrem aumento na cobertura, essas informações não permitem visualizar as coberturas em nível subnacional nem identificar possíveis lacunas de imunidade em grupos etários específicos, o que poderia explicar o surgimento de surtos, conforme detalhado na seção seguinte (4).

Figura 2. Cobertura da vacinação DTP3 entre 2020 e 2024* de países nas Américas que relataram surtos de coqueluche em 2025.



* Não há dados sobre o México para o ano de 2024 e sobre os Estados Unidos da América para os anos de 2023 e 2024.

Fonte: Adaptado do Formulário Conjunto OPAS/OMS e UNICEF sobre Imunizações (JRF, por suas siglas em inglês). Washington, D.C.: OPAS; 2025. Não publicado.

Resumo da situação por países selecionados da Região das Américas

Abaixo está um resumo da situação nos sete países selecionados na Região das Américas que registraram um aumento nos casos de coqueluche durante 2025 em comparação com os anos anteriores (listados em ordem alfabética).

**

No **Brasil**, da SE 1 à SE 19 de 2025, foram notificados 1.819 casos confirmados de coqueluche, incluindo seis óbitos (5). Este é o segundo ano com mais casos relatados no país desde 2019, depois de 2024 (2, 5). Dos estados com casos confirmados de coqueluche, os que apresentaram maior número de casos são Minas Gerais (n = 417 casos, incluindo um óbito), São Paulo (n = 321 casos, incluindo dois óbitos), Rio Grande do Sul (n = 249 casos, incluindo um óbito) e Paraná (n = 247 casos). A faixa etária mais acometida é a de crianças menores de um ano (n = 498 casos) representando 27,4%, seguida da faixa etária de 1 a 4 anos (n = 462) representando 25,4%. A distribuição por sexo mostra maior ocorrência em mulheres (n = 982 casos) do que em homens (n = 836 casos). Os surtos identificados não incluem populações especiais, mas surtos domésticos foram identificados em 2025 (5).

**

Na **Colômbia**, da SE 1 a SE 18 de 2025, foram notificados 318 casos confirmados de coqueluche, incluindo dois óbitos (6). Este é o ano com o maior número de casos notificados de coqueluche na Colômbia desde 2019 no país (2, 6). Entre as entidades territoriais com casos confirmados de coqueluche, as que concentram o maior número são Bogotá (n= 142 casos) e Antioquia (n= 63 casos, incluindo um óbito). O grupo etário mais afetado é a de crianças menores de um ano (n= 137 casos) representando 43,1%, seguido pelo grupo de 1 a 4 anos (n= 73 casos) representando 23%. A distribuição por sexo mostra maior acometimento em homens (n= 170 casos) do que em mulheres (n= 148 casos). Em 2025, foram notificados surtos em comunidades indígenas, principalmente em: Antioquia (n= 26

casos, incluindo um óbito), Chocó (n= 6 casos), Cauca-Caloto (n= 1 caso), Bogotá D.C. (n= 6 casos) e La Guajira (n= 9 casos) (6).

No **Equador**, da SE 1 a SE 19 de 2025, foram notificados um total de 593 casos de coqueluche, incluindo 15 óbitos (7). O total de casos de coqueluche em 2025 é o mais alto registrado no país desde 2002 (2, 7). Entre as províncias com casos confirmados de coqueluche, as que apresentaram o maior número foram Guayas (n= 147 casos, incluindo seis óbitos), seguida por Manabí (n= 141 casos) e Pichincha (n= 105 casos, incluindo um óbito). O grupo etário mais afetada é a de crianças menores de um ano (n= 327 casos) representando 55,1%, seguido pelo grupo de 1 a 4 anos (n= 84 casos) representando 14,1%. A distribuição por sexo mostra maior acometimento em homens (51,7%) (n= 307 casos) do que em mulheres (48,2%) (n= 286 casos). Em áreas com população indígena, como as províncias de Napo e Santo Domingo, foram notificados 16 e 39 casos, respectivamente (7).

Nos **Estados Unidos**, da SE 1 a SE 18 de 2025, foram notificados 10.062 casos confirmados e prováveis de coqueluche, incluindo cinco óbitos (8). Este é o segundo ano com maior número de casos notificados de coqueluche desde 2020, ficando atrás apenas de 2024 no país (2, 8). Entre os estados com casos confirmados e prováveis de coqueluche, os que apresentaram o maior número em 2025 foram Washington (n= 1.067 casos), Oregon (n= 723 casos) e Califórnia (n= 590 casos) (8). As faixas etárias mais afetadas são as de 11 a 19 anos, representando 31%, e as de 1 a 6 anos, representando 24%. Os óbitos foram registrados principalmente em menores de 1 ano (n= 4 casos fatais) (8).

No **México**, da SE 1 a SE 19 de 2025, foram notificados 943 casos confirmados de coqueluche, incluindo 51 óbitos, distribuídos em 31 estados do país (9). O total de casos de coqueluche em 2025 é o mais alto registrado no país desde 2016 (2, 9). Entre as jurisdições com maior número de casos confirmados de coqueluche, destacam-se Chihuahua (n= 99 casos, incluindo cinco óbitos), Cidade do México (n= 96 casos, incluindo sete óbitos) e Aguascalientes (n= 96 casos, incluindo dois óbitos). O grupo etário mais afetada é a de crianças menores de um ano (n=482 casos) representando 51,1%, seguido pelo grupo de 1 a 4 anos (n=127 casos) representando 13,4%. A distribuição por sexo mostra maior acometimento em mulheres (n= 538 casos) do que em homens (n= 405 casos) (9).

No **Paraguai**, entre a SE 1 e a SE 19 de 2025, foram notificados 37 casos confirmados de coqueluche, incluindo dois óbitos, sendo 33 casos confirmados por laboratório e quatro por nexos epidemiológico (10). O total de casos de coqueluche em 2025 é o mais alto registrado no país desde 2018 (2, 10). Os casos por área de residência correspondem a sete departamentos, além da capital do país: Central (n= 13 casos, incluindo um óbito), Alto Paraná (n= 8 casos), Assunção (n= 7 casos), Paraguari (n= 3 casos), Caaguazú (n= 2 casos), San Pedro (n= 2 casos, incluindo um óbito), Guairá (n= 1 caso) e Presidente Hayes (n= 1 caso) (10). A faixa etária variou de um mês a 59 anos, com média de 6 anos. Quanto à distribuição por sexo, houve maior acometimento em homens (n= 20 casos) do que em mulheres (n= 17 casos). O maior número de casos concentrou-se nos grupos de crianças menores de 1 ano (n=11 casos) representando 30%, sendo que neste grupo onde os dois óbitos ocorreram em menores de 1 ano, e no grupo de 1 a 4 anos (n=11 casos) também representando 30%, estes evoluíram favoravelmente (10).

No **Peru**, da SE 1 a SE 19 de 2025, foram notificados 404 casos confirmados e 219 casos prováveis de coqueluche, incluindo 13 óbitos (11). O total de casos de coqueluche em 2025 é o mais alto registrado no país desde 2013 (2, 11). Entre os departamentos com casos

confirmados e prováveis de coqueluche, os que apresentaram o maior número foram Loreto (n= 462 casos, incluindo 11 óbitos), Lima (n= 42 casos, incluindo um óbito), Callao (n= 24 casos), Cajamarca (n= 16 casos) e Cusco (n= 15 casos). A faixa etária mais afetada é a de crianças de 1 a 4 anos (n= 199 casos) representando 31,9%, seguida pelas faixas de menores de um ano (n= 145 casos) representando 23,3% e aquelas de 5 a 11 anos (n= 136 casos) representando 21,8%. A distribuição por sexo mostra maior acometimento em mulheres (n= 314 casos) do que em homens (n= 309 casos) (11).

Recomendações

Abaixo, a OPAS/OMS lembra aos Estados-Membros as principais recomendações para vigilância, diagnóstico e testes laboratoriais, vacinação, manejo e tratamento clínico e comunicação de risco:

Vigilância

Fortalecer a vigilância para monitorar as tendências da doença, identificar surtos, controlar a carga da doença e avaliar o impacto da estratégia de vacinação e das medidas de controle implementadas. Além disso, recomenda-se que os países fortaleçam suas capacidades de diagnóstico laboratorial, o que permitirá melhorar a notificação e a caracterização dos surtos de coqueluche na Região das Américas. Cada surto epidêmico de coqueluche deve ser cuidadosamente estudado para melhorar o entendimento da epidemiologia da doença na região. Orienta-se que os Estados-Membros intensifiquem os esforços de vigilância em crianças menores de um ano hospitalizadas.

Diagnóstico e laboratório

A confirmação laboratorial é essencial para garantir um diagnóstico preciso e um tratamento adequado. Os testes diagnósticos utilizados no laboratório para detecção de infecção por *Bordetella pertussis* são cultura, reação em cadeia da polimerase (PCR) e sorologia (12). O diagnóstico etiológico de referência é a cultura de *B. pertussis*, a partir de amostras nasofaríngeas coletadas na fase catarral e inicial da tosse. É um teste muito específico, mas pouco sensível (menos de 60%) e requer meios seletivos. A positividade da cultura é maior em amostras obtidas nas primeiras duas semanas do início da tosse. O PCR para *Bordetella* é um teste mais sensível e pode ser realizada nos mesmos tipos de amostra utilizados para a cultura. O PCR é mais sensível em amostras coletadas nas primeiras três ou, no máximo, quatro semanas do início da tosse. O diagnóstico sorológico baseia-se na detecção de um aumento significativo na concentração de anticorpos específicos, em amostras pareadas (fase catarral e fase convalescente) de pessoas infectadas. Não se recomenda o uso de testes sorológicos em menores de um ano devido à possível interferência de anticorpos maternos, sistema imunológico imaturo ou anticorpos gerados por vacinação recente. Este teste não deve ser utilizado para diagnóstico durante o ano seguinte à vacinação (13).

Vacinação

Não há vacinas disponíveis apenas contra a coqueluche. As vacinas existentes contra a coqueluche são combinadas e incluem outros antígenos, como DTP (difteria, tétano e coqueluche), Tdap, hepatite B, *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) e poliovírus. As vacinas que contêm DTP podem ser administradas a partir das seis semanas de idade, sendo necessárias três doses na série primária. Doses de reforço são necessárias para manter os níveis de imunidade contra a doença (14).

Tabela 1. Esquema de vacinação recomendado para a Região das Américas

Esquema de vacinação	Primárias			Reforços		
	1ª (DTP1)	2ª	3ª (DTP3)	4ª	5ª	6ª
	2 meses / 1º contato	4 meses	6 meses	12-23 meses**	4-7 anos	9-15 anos
	Com DTP	Com DTP	Com DTP	Com DTP	Td/DT	Td

** Dose de reforço contra a coqueluche: Recomenda-se uma dose de reforço para crianças de 1 a 6 anos, preferencialmente durante o segundo ano de vida.

Fuente: Adaptado do Grupo Assessor Técnico (TAG, por suas siglas em inglês) e da OMS. Washington, D.C.: OPAS; 2025 [acessado em 15 de maio de 2025]. Não publicado.

É importante analisar as coberturas vacinais em crianças de 1 ano e menores de 5 anos, com ênfase especial na identificação de grupos populacionais com baixas coberturas. Os países devem garantir coberturas superiores a 95% com três doses da vacina contra *B. pertussis* em crianças (meta regional) (14).

Recomenda-se vacinar com uma dose de reforço os trabalhadores da saúde, priorizando o pessoal das salas de maternidade e cuidadores de recém-nascidos e menores de 1 ano, para prevenir a transmissão nosocomial a lactentes e pessoas imunocomprometidas (14).

Vacinar gestantes durante surtos proporciona proteção ideal aos recém-nascidos. Para que essa estratégia seja eficaz, é importante alcançar e manter uma cobertura vacinal superior a 50% (14).

Manejo clínico

Recomenda-se isolamento respiratório para os casos identificados. Casos suspeitos e confirmados devem ser mantidos separados de lactentes e crianças pequenas, especialmente daqueles não imunizados, até que os pacientes tenham recebido antibióticos por pelo menos cinco dias. Casos suspeitos que não recebam antibióticos devem permanecer isolados por três semanas após o início da tosse paroxística ou até que ela desapareça, o que ocorrer primeiro (13).

Tratamento

Antibióticos, como macrolídeos (eritromicina, claritromicina e azitromicina), podem reduzir o período de transmissibilidade, mas provavelmente não diminuem a gravidade ou a duração do quadro, a menos que sejam administrados antes do início da fase paroxística (13).

Comunicação de risco

Recomenda-se promover a disseminação de mensagens de saúde pública dirigidas a médicos e à população em geral, com o objetivo de melhorar o reconhecimento precoce, a notificação e o início rápido do tratamento desses casos de coqueluche.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Pertussis. Genebra: OMS; 2025 [acessado em 21 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.OMS.int/health-topics/pertussis>.
2. Organização Mundial da Saúde. The Global Health Observatory, Pertussis - number of reported cases. Genebra: OMS; 2025 [acessado em 9 de maio de 2025]. Disponível em: <https://www.OMS.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/pertussis-number-of-reported-cases>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para Tos Ferina. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025 [acessado em 16 de maio de 2025]. Não publicado.
4. Organização Mundial da Saúde. Immunization dashboard: Region of the Americas Reported cases of vaccine-preventable diseases (VPDs). Genebra: OMS; 2025 [acessado em 15 de maio de 2025]. Disponível em: <https://immunizationdata.OMS.int/dashboard/regions/region-of-the-americas>.
5. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Brasil. Comunicação por e-mail em 6 de junho de 2025; Brasília; 2025. Não publicado.
6. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Colômbia. Comunicação por e-mail em 14 de maio de 2025; Bogotá; 2025. Não publicado.
7. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Ecuador. Comunicação por e-mail em 18 de maio de 2025; Quito; 2025. Não publicado.
8. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) dos Estados Unidos. Comunicação por e-mail em 15 de maio de 2025. Washington, D.C.; 2025. Não publicado.
9. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do México. Comunicação por e-mail em 19 de maio de 2025; Ciudad de México; 2025. Não publicado.
10. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Paraguay. Comunicação por e-mail em 15 de maio de 2025; Asunción; 2025. Não publicado.
11. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Perú. Comunicação por e-mail em 15 de maio de 2025; Lima; 2024. Não publicado.
12. Organização Mundial da Saúde. Laboratory manual for the diagnosis of Whooping cough caused by Bordetella pertussis/Bordetella para pertussis: 2014 update (OMS/IVB/14.03). Genebra: OMS; 2014. Disponível em: <https://www.OMS.int/publications/i/item/laboratory-manual-for-the-diagnosis-of-OMSoping-cough-caused-by-bordetella-pertussis-bordetella-parapertussis-update-2014>.

13. Heymann D.L. Control of Communicable Diseases Manual: An Official Report of the American Public Health Association. 21st Edition. Pag 477-483. ISBN 978-0-87553-323-0. Washington D.C.; American Public Health Association; 2022.
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe Final - XXV Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, 9 al 11 de julio del 2019, Cartagena, Colombia; Washington, D.C.: OPAS; 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-final-xxv-reunion-grupo-tecnico-asesor-gta-sobre-enfermedades-prevenibles-por>.