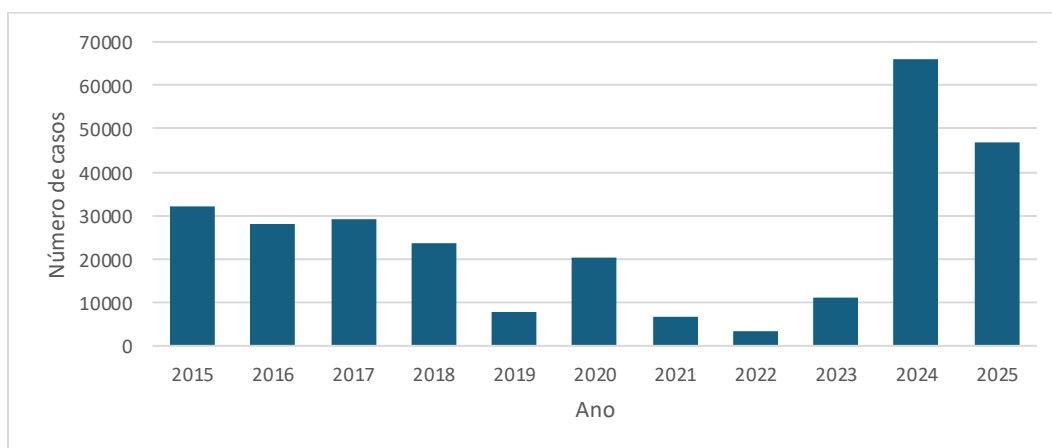


Resumo da situação

De acordo com os últimos dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em nível mundial, durante 2024 foram registrados 941.582 casos de coqueluche, apresentando um aumento de 5,8 vezes em comparação com o número de casos notificados em 2023 (n= 163.388 casos) (1). A maior proporção de casos foi registrada nas regiões da OMS do Pacífico Ocidental (n= 593.659 casos) e da Europa (n= 298.612 casos) (1).

Na Região das Américas, observou-se uma redução progressiva no número de casos notificados anualmente entre 2015 e 2019, e novamente em 2021-2022, quando atingiu seu nível mais baixo, com 3.284 casos. Posteriormente, registrou-se um aumento significativo dos casos entre 2023 (n= 11.202 casos) e 2024 (n= 66.184 casos)¹, com uma queda moderada em 2025 (n= 46.870 casos) (**Figura 1**) (1-2).

Figura 1. Casos de coqueluche registrados na Região das Américas, 2015 a 2025*.



Nota: *Para o ano de 2025, são incluídas apenas as informações disponíveis dos países selecionados incluídos na atualização. Para os anos de 2023 e 2024, são incluídas as informações sobre os casos confirmados de coqueluche publicados pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América.

Fonte: Adaptado da Organização Mundial da Saúde, Dados de imunização. Casos notificados e incidência de coqueluche. Genebra: OMS; 2025. Disponível em inglês em: <https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/pertussis-reported-cases-and-incidence?CODE=Global&YEAR=> e dados fornecidos pelos países ou publicados pelos Ministérios da Saúde (1-23).

¹ Estão incluídas as informações sobre os casos confirmados de coqueluche publicadas pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América.

Coberturas vacinais da Região das Américas

As informações sobre a cobertura vacinal para a primeira e a terceira doses da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DTP1 e DTP3) estão disponíveis na atualização epidemiológica sobre coqueluche na Região das Américas de 8 de dezembro de 2025, disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/actualizacao-epidemiologica-tosse-convulsa-coqueluche-na-regiao-das-americas-8-dezembro> (2).

Resumo da situação em países selecionados da Região das Américas

A seguir, apresenta-se um resumo da situação em 12 países selecionados da Região das Américas que notificaram casos de coqueluche durante 2025 e 2026, os quais estão listados em ordem alfabética.

Na **Argentina**, entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 53 de 2025, foram notificados 1.210 casos confirmados de coqueluche, incluindo 11 óbitos (4). Do total de casos confirmados, 1.068 foram confirmados laboratorialmente. A incidência acumulada foi de 2,5 casos por 100.000 habitantes. Os casos confirmados foram registrados em 22 jurisdições do país. A maior concentração foi observada na Região Centro (n = 968), com predominância de notificações entre residentes da província de Buenos Aires (n = 664) e da Cidade Autônoma de Buenos Aires (n = 125). Na Região Sul, foram confirmados 186 casos, principalmente relacionados ao surto ocorrido na Tierra del Fuego (n = 140). A faixa etária mais afetada é a de menores de um ano (n = 397 casos), com 32,8% dos casos e coeficiente de incidência de 55,0 casos por 100.000 habitantes; desses, 72,8% (n = 289 casos) correspondem a crianças de 0 a 6 meses. O segundo grupo etário mais afetado foi o de 1 a 4 anos (n = 217 casos), com 17,9%. Entre os casos com informação disponível sobre sexo (n = 1.203), a distribuição foi semelhante, com 613 casos do sexo feminino e 590 do sexo masculino (3, 4).

Em 2026, entre a SE 1 e até a SE 9, foram notificados 215 casos confirmados de coqueluche, incluindo um óbito (4). Do total de casos confirmados, 200 foram confirmados por exames laboratoriais. A incidência acumulada é de 0,46 casos por 100.000 habitantes. Os casos confirmados concentraram-se principalmente na província de Buenos Aires (n = 118), seguida por Córdoba (n = 32), Cidade Autônoma de Buenos Aires (n = 29) e Santa Fé (n = 11). O maior número de casos foi observado na faixa etária de 0 a 5 anos, com predominância em crianças menores de 1 ano, que concentraram 37,2% dos casos confirmados no período analisado. Destes, 51,3% (n = 41 casos) correspondem a crianças de 0 a 6 meses. A segunda faixa etária mais afetada foi a de 1 a 4 anos (n = 57 casos), com 26,5%. Entre os casos com informação disponível sobre sexo (n = 214), a distribuição foi semelhante, com 108 casos do sexo feminino e 106 do sexo masculino (3, 4).

Na **Bolívia**, desde a SE 1 até a SE 53 de 2025, foram notificados um total de 355 casos confirmados de coqueluche, incluindo 18 óbitos, com uma taxa de incidência acumulada de 3,09 casos por 100.000 habitantes, o que indica uma incidência geral moderada. Observou-se maior incidência por faixa etária entre crianças menores de 1 ano, com incidências de 307,75 na população de 0 a 2 meses, 143,46 na faixa de 3 a 5 meses e 31,62 na faixa de 6 a 11 meses. O maior número de casos confirmados foi registrado nos departamentos de Santa Cruz (n = 214 casos), seguido por Beni (n = 48 casos) e La Paz (n = 26 casos). A faixa etária mais afetada é a de 0 a 2 meses (n = 133 casos), com 37,5% (5), seguida

pela faixa de 3 a 5 meses (n= 93 casos), com 26,2%. A distribuição por sexo mostra que a maior proporção de casos corresponde ao sexo feminino, com 52,4% (n= 186 casos) (5).

Desde a SE 1 até a SE 10 de 2026, foram confirmados 44 casos de coqueluche, incluindo duas mortes, com uma taxa de incidência acumulada de 0,38 casos por 100.000 habitantes. Foram notificados casos confirmados nos departamentos de Santa Cruz (n = 18 casos), seguidos por Beni (n= 14 casos), Cochabamba (n= 4 casos), La Paz (n= 3 casos), Potosí (n= 2 casos), Chuquisaca (n= 2 casos) e Tarija (n= 1 caso). As faixas etárias mais afetadas são as crianças menores de um ano, de 0 a 2 meses (n= 22 casos), com 50%, seguidas pela faixa de 3 a 5 meses (n= 11 casos), com 25%, e pela faixa de 1 a 4 anos (n= 7 casos), com 16%. Em relação à caracterização dos casos, 61,4% correspondem a mulheres (n= 27 casos) (5).

No **Brasil**, desde a SE 1 até a SE 53 de 2025, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 2.682 casos confirmados de coqueluche, incluindo 12 óbitos (6). Este foi o segundo ano com o maior número de casos notificados no país desde 2019, sendo 2024 o ano com o maior número de casos (6). Entre os estados com casos confirmados de coqueluche, o maior número de casos foi registrado em Minas Gerais (n= 533 casos, incluindo um óbito), seguido por São Paulo (n= 444 casos, incluindo três óbitos), Rio Grande do Sul (n= 299 casos, incluindo um óbito), Paraná (n= 284 casos) e Bahia (n= 208 casos). A faixa etária mais afetada foi a de menores de um ano (n= 816 casos), representando 30,4% dos casos e com um coeficiente de incidência de 33,1 casos por 100.000 habitantes; desses, 67,3% (n= 549 casos) correspondem a crianças de 0 a 6 meses de idade (5, 6). A segunda faixa etária mais afetada foi a de 1 a 4 anos (n= 609 casos), representando 22,7% dos casos. O grupo de 30 anos ou mais apresentou 18,1% dos casos (n= 486 casos). A distribuição por sexo mostra que a maior proporção de casos corresponde a mulheres, com 54,8% (n= 1.470 casos) (6).

Em 2026*, desde a SE 1 até a SE 9, foram notificados 72 casos confirmados de coqueluche, incluindo dois óbitos (6). A maioria dos casos confirmados de coqueluche foram registrados nos estados de Minas Gerais (n= 14 casos), seguido pela Bahia (n= 10 casos), São Paulo (n= 9 casos), Pará (n= 6 casos, incluindo um óbito) e Rio Grande do Sul (n= 4 casos, incluindo um óbito). A faixa etária mais afetada foi a de menores de um ano (n= 29 casos), com 40,3% dos casos coeficiente de incidência de 1,2 casos por 100.000 habitantes; desses, 86,2% (n= 25 casos) correspondem a crianças de 0 a 6 meses de idade (1). O segundo grupo mais afetado foi o de 1 a 4 anos (n= 12 casos), com 16,7% dos casos, seguido pelo grupo de 10 a 14 anos (n= 10), com 13,9% dos casos. A distribuição por sexo mostra que as mulheres representaram 51,4% dos casos (n= 37 casos) (6).

*Foi registrado um surto de coqueluche entre a população indígena Yanomami do estado de Roraima, na Região Norte do Brasil. Entre 7 de janeiro e 13 de março, foram confirmados 23 casos, com 3 óbitos. Os dados desses casos estão sendo incorporados atualmente ao SINAN (6).

No **Chile**, desde a SE 1 até a SE 53 de 2025, foram confirmados 3.387 casos de coqueluche, incluindo 6 óbitos. A taxa de incidência acumulada foi de 17 casos por 100.000 habitantes (7). Foram notificados casos em todas as regiões do país, observando-se maiores taxas de incidência nas regiões do centro-sul. Destacam-se Los Lagos, com uma taxa de incidência de 52 por 100.000 habitantes, seguida por Biobío (38 por 100.000 habitantes) e a Região Metropolitana (17 por 100.000 habitantes). As demais regiões apresentaram taxas semelhantes ou inferiores à taxa nacional. As faixas etárias mais afetadas foram as crianças

de 1 a 4 anos, com 33% dos casos (n= 1.111 casos), seguidas pela faixa de 5 a 9 anos, com 28% (n= 956 casos). A taxa específica mais elevada correspondeu à faixa etária de menores de 1 ano, com 129 casos por 100.000 habitantes. Em relação à caracterização dos casos, 55% correspondem a mulheres (7).

Desde a SE 1 até a SE 10 de 2026, foram confirmados 1.063 casos de coqueluche, incluindo uma morte, com uma taxa de incidência acumulada de 5 casos por 100.000 habitantes. Foram notificados casos em todas as regiões, exceto na região de Arica, observando-se taxas mais elevadas nas regiões do sul do país. Destacam-se a região de Biobío, com taxa de incidência de 14 por 100.000 habitantes, seguida pela região de Aysén (11 por 100.000 habitantes) e pela região da Araucanía (8 por 100.000 habitantes). As faixas etárias mais afetadas foram as crianças de 1 a 4 anos, com 40% dos casos (n= 423 casos), seguidas pela faixa de 20 a 59 anos, com 19% (n= 205 casos). A maior taxa de incidência específica por faixa etária foi observada em crianças menores de 1 ano, com 69,8 casos por 100.000 habitantes. Em relação à caracterização dos casos, 54% corresponderam a mulheres (7).

Na **Colômbia**, desde a SE 1 até a SE 53 de 2025, foram notificados 1.178 casos confirmados de coqueluche, incluindo 27 óbitos (informação preliminar). Para 2025, registra-se uma incidência nacional de 2,22 casos por 100.000 habitantes, sendo 2025 o ano com o maior número de casos notificados na Colômbia desde 2017. Entre os departamentos e distritos com casos confirmados de coqueluche, aqueles que concentram o maior número são: Bogotá, D.C. (n= 321 casos, incluindo seis óbitos) e Antioquia (n= 299 casos, incluindo oito óbitos), com incidências de 4,04 e 4,32 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. A faixa etária mais afetada é a de menores de um ano (n= 449 casos), com 38,1%, seguida pela faixa de 1 a 4 anos (n= 209 casos), com 17,7%. A distribuição por sexo mostra que a maior proporção de casos corresponde às mulheres, com 51,8% (n = 610 casos) (8, 9).

Durante o ano de 2025, foram notificados 143 casos confirmados de coqueluche, incluindo 12 óbitos na população indígena; os casos se distribuíram por 35 municípios de 14 entidades territoriais, sendo Urao (Antioquia) o município com o maior número de casos (n= 27), seguido por Tierralta (Córdoba) (n= 19 casos) e Bagadó (Chocó) (n= 16) (8, 9).

Em 2026, da SE 1 à SE 9, foram notificados 190 casos confirmados de coqueluche; a incidência nacional da doença é de 0,36 casos por 100.000 habitantes. O maior número de casos foi registrado em Antioquia, com uma incidência de 0,55 casos por 100.000 habitantes (n= 38 casos), e em Bogotá, D.C., com 0,33 por 100.000 habitantes (n= 26 casos). As faixas etárias mais afetadas são as crianças menores de 1 ano, com 47% dos casos (n= 90 casos), seguidas pela faixa de 1 a 4 anos, com 27% (n= 51 casos). Em relação à caracterização dos casos, 54% correspondem a mulheres (n= 102 casos) e 46% a homens (n= 88 casos) (8, 9).

No **Equador**, desde a SE 1 até a SE 53 de 2025, foram notificados um total de 2.798 casos de coqueluche, incluindo 50 óbitos. A taxa de incidência acumulada é de 14,1 por 100.000 habitantes. O maior número de casos confirmados foi registrado na província de Manabí (n= 928 casos, incluindo quatro óbitos), seguida por Pichincha (n= 461 casos, incluindo 8 óbitos) e Guayas (n= 376 casos, incluindo 27 óbitos). A faixa etária mais afetada foi a de menores de um ano (n= 945 casos, incluindo 32 óbitos), com 34%, seguida pela faixa de 1 a 4 anos (n= 548 casos), com 19%. A distribuição por sexo mostra que a maior proporção de casos corresponde às mulheres, com 51% (n= 1.422 casos) (10, 11).

Da SE 1 à SE 10 de 2026, foram notificados 55 casos confirmados de coqueluche. O maior número de casos confirmados foi registrado na província de Morona Santiago (n= 18 casos), seguida por Pichincha (n= 11 casos) e Manabí (n= 9 casos). A faixa etária mais afetada foi a de menores de um ano (n= 33 casos, com 60%), seguida pela faixa de 1 a 4 anos (n= 6 casos), com 11%. A distribuição por sexo mostra que a maior proporção de casos corresponde a homens, com 56% (n= 31 casos) (10,12).

Nos **Estados Unidos da América**, com base em dados provisórios, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram notificados 28.783 casos confirmados e prováveis de coqueluche, incluindo 16 óbitos (13). A atividade da coqueluche aumentou significativamente, registrando-se o maior número de casos desde 2012 (n= 43.321 casos acumulados até a semana epidemiológica 53 de 2025). Os casos atingiram seu pico em nível nacional em novembro de 2024 e permaneceram elevados durante 2025 em comparação com os dados anteriores à pandemia de COVID-19. Os estados com o maior número de casos confirmados e prováveis de coqueluche em 2025 foram Washington (n= 2.127 casos), Texas (n= 1.805 casos), Califórnia (n= 1.703 casos) e Oregon (n= 1.560 casos). As faixas etárias mais afetadas são as de 11 a 19 anos, com 27% dos casos (n= 7.729 casos), e as de 1 a 6 anos (n= 7.523 casos), com 26%. Os óbitos foram registrados principalmente em crianças menores de 1 ano (n= 10 mortes) (13, 14).

Da SE 1 à SE 10 de 2026, foram notificados 2.355 casos confirmados de coqueluche, incluindo um óbito. Os estados com o maior número de casos confirmados e prováveis de coqueluche durante a SE 1 a SE 10 de 2026 foram Califórnia (n = 261 casos), Texas (n= 181 casos), Ohio (n= 159 casos) e Flórida (n= 150 casos). As faixas etárias mais afetadas foram as de 1 a 6 anos, que representaram 29% dos casos (n= 672), seguidas pelas de 11 a 19 anos, que representaram 23% (n= 533) (13, 15).

Em **Honduras**, desde a SE 1 até a SE 53 de 2025, foram notificados um total de 114 casos confirmados de coqueluche, incluindo sete óbitos, com uma taxa de incidência acumulada de 1,14 casos por 100.000 habitantes. O maior número de casos confirmados foi registrado nas regiões sanitárias de Cortés (n= 23 casos), seguida pelo Distrito Central (n= 22 casos), a região metropolitana de San Pedro Sula (n= 20 casos), Atlántida (n= 13 casos), Colón (n = 8 casos), El Paraíso (n= 7 casos) e Yoro (n= 6 casos). A faixa etária mais afetada foi a de menores de um ano, com 76 casos, o que representa 67% do total de casos; dentro desse grupo, 38% (n= 29 casos) tinham menos de 2 meses; a segunda faixa etária foi a de maiores de 5 anos, com 24% do total de casos (n= 28 casos). A distribuição por sexo mostra que a maior proporção de casos corresponde ao sexo feminino, com 54,3% (n= 62 casos) (16).

Desde a SE 1 até a SE 10 de 2026, foram confirmados 86 casos de coqueluche, incluindo nove óbitos, com uma taxa de incidência acumulada de 0,84 casos por 100.000 habitantes. A maioria dos casos foram notificados nas regiões sanitárias Metropolitana de San Pedro Sula (n= 16 casos), Distrito Central (n= 15 casos), Cortés (n= 13 casos), Yoro (n= 11 casos) e Comayagua (n= 6 casos). As faixas etárias mais afetadas são as crianças menores de um ano, com 74% dos casos (n= 64 casos), seguidas pela faixa de 1 a 4 anos, com 14% (n= 12 casos). Em relação à caracterização dos casos, 57% (n= 49 casos) correspondem a mulheres (16).

No **México**, desde a SE 1 até a SE 53 de 2025, foram notificados 1.596 casos confirmados de coqueluche, incluindo 72 óbitos. Os casos foram registrados em 31 entidades federativas do país. A incidência acumulada foi de 1,2 casos por 100.000 habitantes. Os casos notificados

durante 2025 superam os números registrados nos últimos dez anos no país. As entidades federais com o maior número de casos confirmados foram Cidade do México (n= 155 casos, incluindo dez óbitos), Chihuahua (n= 149 casos, incluindo sete óbitos), Nuevo León (n= 141 casos, incluindo sete óbitos) e Aguascalientes (n= 102 casos, incluindo dois óbitos). A faixa etária mais afetada foi a de menores de um ano (n= 777 casos), com 48,6% dos casos, seguida pela faixa de 1 a 4 anos (n= 232 casos), com 14,5% dos casos. A distribuição por sexo mostra que a maior proporção de casos corresponde a mulheres, com 57,5% (n= 918 casos). Do total de óbitos registrados em 2025, 96% correspondem a casos em crianças menores de 1 ano sem histórico de vacinação (n= 69 casos), dos quais 61 casos correspondem a crianças menores de 6 meses (17, 18).

Desde a SE 1 até a SE 10 de 2026, foram confirmados 50 casos de coqueluche, incluindo dois óbitos, com uma taxa de incidência acumulada de 0,03 casos por 100.000 habitantes. Os estados com o maior número de casos confirmados são Chihuahua (n= 12 casos), Coahuila (n= 8 casos) e Chiapas (n= 7 casos). A faixa etária mais afetada foi a de menores de um ano (n= 29 casos), com 58% dos casos, seguida pela faixa de 1 a 4 anos (n= 7 casos), com 14% dos casos. A distribuição por sexo mostra que a maior proporção de casos corresponde a homens, com 52% (n= 26 casos) (17, 18).

No **Panamá**, entre a SE 1 e até a SE 53 de 2025, foram notificados 52 casos confirmados de coqueluche, incluindo dois óbitos. Do total de casos confirmados, 51 foram confirmados por laboratório e um caso por critério clínico-epidemiológico. A incidência acumulada é de 1,14 casos por cada 100.000 habitantes. Os casos foram registrados em sete províncias e uma comarca. As províncias e comarcas com casos confirmados são Ngäbe Buglé (n= 18 casos, incluindo uma morte), Panamá (n= 22 casos, incluindo uma morte), Panamá Oeste (n= 4 casos), Colón (n= 3 casos), Herrera (n= 2 casos), Los Santos (n= 1 caso), Chiriquí (n= 1 caso) e Coclé (n= 1 caso). De acordo com a faixa etária, a mais afetada corresponde a crianças menores de um ano (n= 12 casos), com 23,1%, seguida pela faixa de 1 a 4 anos (n= 10 casos) e de 5 a 14 anos (n= 10 casos), com 19% respectivamente. A distribuição por sexo mostra que a maior proporção de casos corresponde às mulheres, com 65,4% (19).

Desde a SE 1 até a SE 10 de 2026, foram confirmados 20 casos de coqueluche, incluindo um óbito. A taxa de incidência acumulada é de 0,43 casos por 100.000 habitantes. Foram notificados casos nas províncias e comarcas de Ngäbe Buglé (n= 10 casos), Panamá (n= 3 casos), Panamá Oeste (n= 3 casos), Chiriquí (n= 2 casos) e Colón (n= 2 casos). As faixas etárias mais afetadas são as crianças menores de um ano, com 35% dos casos (n= 7 casos), seguidas pela faixa de 1 a 4 anos, com 20% (n= 4 casos). Em relação à caracterização dos casos, 60% correspondem a homens (n= 12 casos) (19).

No **Paraguai**, entre a SE 1 e até a SE 53 de 2025, foram notificados 83 casos confirmados de coqueluche, incluindo sete óbitos. Do total, 78 casos foram confirmados por exame de laboratório e cinco por critério clínico-epidemiológico. A incidência acumulada foi de 1,29 casos por 100.000 habitantes. Os casos relatados durante 2025 superaram os números registrados no país desde 2018. Foram confirmados casos em 12 departamentos e em Assunção. O maior número de casos confirmados foi registrado em Central (n= 39 casos, incluindo dois óbitos), seguido por Assunção (n= 13 casos), Alto Paraná (n= 10 casos), Paraguari (n= 3 casos), San Pedro Norte (n= 3 casos, incluindo um óbito), Itapúa (n= 3), Boquerón (n= 2 casos), Misiones (n= 2 casos), Presidente Hayes (n= 2 casos), Guairá (n= 2 casos), Caaguazú (n= 2 casos), Amambay (n= 1 caso) e Concepción (n= 1 caso). A faixa etária mais afetada foi a de menores de 1 ano, que concentrou 51% dos casos (n= 42),

incluindo a totalidade dos óbitos (n= 7). Em seguida, destaca-se a faixa de 1 a 4 anos, com 15 casos registrados. Observou-se distribuição equilibrada entre os sexos (20–22).

Em 2026, desde a SE 1 até a SE 10, foram confirmados 16 casos de coqueluche, sem registro de óbitos. A taxa de incidência acumulada em nível nacional foi de 0,25 casos por 100.000 habitantes. Os casos estão distribuídos por quatro departamentos e pela cidade de Assunção: Central (n= 10 casos), Alto Paraná (n= 3 casos), Caaguazú (n= 1 caso), Presidente Hayes (n= 1 caso) e Assunção (n= 1 caso). Por faixa etária, foram registrados sete casos em crianças menores de um ano e seis em crianças de um ano. Em relação à caracterização dos casos, 56% dos casos corresponderam ao sexo feminino (n= 9) (20–22).

No **Peru**, entre a SE 1 e até a SE 53 de 2025, foram notificados 4.632 casos confirmados de coqueluche, incluindo 76 óbitos confirmados (23). A incidência acumulada foi de 13,62 casos por 100.000 habitantes. Os casos notificados em 2025 superaram os números registrados desde 2013 no país. Os casos foram registrados em 24 departamentos do país, com maior número de notificações em Loreto (n= 3.707 casos, incluindo 57 óbitos), Lima (n= 227 casos, incluindo sete óbitos), Puno (n= 129 casos, incluindo um óbito), Cusco (n= 77 casos, incluindo três óbitos), Arequipa (n= 66 casos, incluindo um óbito), Lambayeque (n= 64 casos) e Cajamarca (n= 53 casos, incluindo dois óbitos). Os casos registrados no departamento de Loreto correspondem, principalmente, a um surto em comunidades indígenas na província de Datem del Marañón (25). A distribuição por faixa etária em nível nacional mostra que 28,7% (n= 1.331 casos) correspondem à faixa de 1 a 4 anos, 28,6% (n= 1.326 casos) à faixa de 5 a 11 anos e 14,8% (n= 686 casos) a menores de um ano. Do total de casos, 51,4% (n= 2.382) ocorreram em mulheres (23).

Entre a SE 1 e até a SE 10 de 2026, foram notificados 278 casos confirmados, incluindo nove óbitos, com incidência acumulada no período de 0,8 casos por 100.000 habitantes. Os casos foram registrados em 21 departamentos do país, com maior número de notificações em Lima (n= 64 casos, incluindo um óbito), Puno (n= 34 casos, incluindo um óbito), Lambayeque (n= 28 casos, incluindo um óbito), Arequipa (n= 26 casos), Loreto (n= 22 casos), La Libertad (n= 20 casos, incluindo dois óbitos) e San Martín (n= 17 casos, incluindo dois óbitos). A distribuição por faixa etária em nível nacional mostra que a faixa mais afetada foi a de menores de um ano, com 41% (n= 114 casos), seguida pela faixa de 1 a 4 anos, com 22,3% (n= 62 casos), e pela de 5 a 11 anos, com 18,3% (n= 51 casos). Do total de casos, 56,8% (n= 158) ocorreram em mulheres (23).

Recomendações

A seguir, a OPAS/OMS relembra aos Estados-Membros as principais recomendações para vigilância, diagnóstico e laboratório, vacinação, manejo clínico e tratamento, e comunicação de risco:

Vigilância

Fortalecer a vigilância, com o objetivo de monitorar a tendência da doença, identificar surtos, realizar o rastreamento de contatos, controlar a carga da doença e avaliar o impacto das estratégias de vacinação e das medidas de controle implementadas. Adicionalmente, os países são incentivados a fortalecer suas capacidades de diagnóstico laboratorial, de modo a aprimorar a notificação e a caracterização dos surtos de coqueluche na Região das Américas. Cada surto deve ser cuidadosamente investigado, com vistas a ampliar a compreensão da epidemiologia da doença na Região. Recomenda-se, ainda, que os Estados-Membros intensifiquem os esforços de vigilância em crianças menores de um ano hospitalizadas.

Diagnóstico laboratorial

A confirmação laboratorial é essencial para garantir diagnóstico preciso e tratamento adequado. Os exames utilizados para a detecção da infecção por *Bordetella pertussis* incluem cultura, reação em cadeia da polimerase (PCR) e sorologia (24). O diagnóstico etiológico de referência é a cultura de *B. pertussis*, realizada a partir de amostras nasofaríngeas coletadas nas fases catarral e inicial da tosse. Trata-se de um método altamente específico (100%), porém com sensibilidade limitada (até 60%), além de exigir meios seletivos. A positividade é maior em amostras obtidas durante as duas primeiras semanas após o início da tosse. A PCR para *Bordetella* é mais sensível e pode ser realizada com os mesmos tipos de amostras utilizados para a cultura. Apresenta melhor desempenho quando aplicada em amostras coletadas nas primeiras três semanas ou, no máximo, até a quarta semana, após o início da tosse.

O diagnóstico sorológico baseia-se na detecção de aumento significativo da concentração de anticorpos específicos em amostras pareadas (fase catarral e fase convalescente) de indivíduos infectados. Não é recomendado em crianças menores de um ano, devido à interferência de anticorpos maternos, à imaturidade do sistema imunológico e à possível interferência de anticorpos decorrentes de vacinação recente. Ademais, não deve ser utilizado para diagnóstico durante o ano subsequente à vacinação. Esse método é empregado principalmente em surtos, quando o diagnóstico é estabelecido retrospectivamente, e na detecção de casos em adolescentes e adultos com tosse persistente há mais de duas semanas (25).

Em contextos de recursos limitados e em surtos extensos, a coleta de amostras de um subconjunto inicial de casos (por exemplo, os primeiros 5 a 10) pode ser suficiente para confirmar o surto. Os casos adicionais podem ser vinculados por meio de análises epidemiológicas. Após um ou dois meses, pode ser necessária nova confirmação para verificar a continuidade da transmissão (26).

Vacinação

As vacinas contra a coqueluche são apresentadas em formulações combinadas que 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 para a série primária. Doses de reforço são recomendadas para manter níveis adequados de imunidade contra a doença (**Tabela 1**) (27).

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/Com DTP	Td/dTpa

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

** Para crianças menores de 7 anos, podem ser utilizadas combinações de difteria, tétano e coqueluche de células inteiras (DTwP) ou difteria, tétano e coqueluche acelular (dTpa).

*** As vacinas contra a coqueluche de células inteiras não são recomendadas para crianças com mais de 7 anos

Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Grupo Técnico Consultivo (GTA) sobre Doenças Preveníveis por Vacinação, Recomendações do TAG para a tosse convulsa (coqueluche); Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponível em inglês em: [1999-2024-tag-recommendations-pertussis.pdf](https://www.paho.org/en/documents/control-diphtheria-and-pertussis-field-guide) e da Organização Pan-Americana da Saúde. Controle da difteria e da tosse convulsa: Guia de campo. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponível em inglês em: <https://www.paho.org/en/documents/control-diphtheria-and-pertussis-field-guide>.

É importante analisar as coberturas vacinais em crianças de 1 ano e menores de 5 anos, com ênfase na identificação de grupos populacionais com baixas coberturas. Os países devem garantir coberturas superiores a 95% para três doses de vacinas contra *B. pertussis* em crianças (meta regional) (27).

Recomenda-se a administração de uma dose de reforço para profissionais de saúde, com prioridade para aqueles que atuam em maternidades e para cuidadores de recém-nascidos e crianças menores de 1 ano, a fim de prevenir a transmissão nosocomial a lactentes e pessoas imunocomprometidas (27).

A imunização de mulheres grávidas com a vacina Tdap constitui uma estratégia complementar eficaz à vacinação primária de rotina contra a coqueluche na infância, especialmente em países ou contextos com elevada mortalidade infantil por essa doença. Recomenda-se administrar a vacina durante a gestação, no segundo ou terceiro trimestre, e pelo menos 15 dias antes do parto. É fundamental monitorar a cobertura vacinal com Tdap em gestantes, sendo necessário atingir e manter uma cobertura mínima de 50% para garantir a efetividade da estratégia (28).

Manejo clínico

Recomenda-se o isolamento respiratório dos casos identificados. Casos suspeitos e confirmados devem ser mantidos afastados de bebês e crianças pequenas, especialmente daqueles não imunizados, até que os pacientes tenham recebido antibioticoterapia por, no mínimo, cinco dias. Os casos suspeitos que não recebam tratamento com antibióticos devem permanecer isolados por três semanas após o início da tosse paroxística ou até a sua resolução, o que ocorrer primeiro (25).

Tratamento

Antibióticos, como os macrolídeos (eritromicina, claritromicina e azitromicina), podem reduzir o período de transmissibilidade, mas provavelmente não diminuem a gravidade nem a duração do quadro, a menos que sejam administrados antes do início da fase paroxística (25).

Comunicação de risco

Recomenda-se a divulgação de mensagens de saúde pública dirigidas aos profissionais de saúde e à população em geral, com o objetivo de aprimorar o reconhecimento precoce, a notificação oportuna e o início adequado do tratamento dos casos de coqueluche.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Dados de imunização. Pertussis reported cases and incidence. Genebra: OMS; 2025 [consultado em 17 de março de 2026]. Disponível em inglês em: <https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/pertussis-reported-cases-and-incidence?CODE=Global&YEAR=>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Atualização epidemiológica: Tosse convulsa (coqueluche) na Região das Américas. 8 de dezembro de 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/actualizacao-epidemiologica-tosse-convulsa-coqueluche-na-regiao-das-americas-8-dezembro>.
3. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Argentina. Informação por e-mail de 20 de março de 2026. Buenos Aires; 2026. Não publicado.
4. Ministério da Saúde da Nação. Boletín Epidemiológico Nacional n.º 799, SE 9, Ano 2026. Buenos Aires; 2026. Disponível em espanhol em: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben-799-se-9-vf.pdf>
5. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Estado Plurinacional da Bolívia. Informação por e-mail de 20 de março de 2026. La Paz; 2025. Não publicado.
6. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Brasil. Informação por e-mail de 21 de março de 2026. Brasília; 2025. Não publicado.
7. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Chile. Informação por e-mail de 23 de março de 2026; Santiago do Chile; 2026. Não publicado.
8. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Colômbia. Informação por e-mail de 20 de março de 2026; Bogotá; 2026. Não publicado.
9. Instituto Nacional de Saúde. Boletín Epidemiológico Semanal - Semana epidemiológica 10. Bogotá: INS; 2026. Disponível em espanhol em: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_10.pdf.
10. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Equador. Informação por e-mail de 22 de março de 2026; Quito; 2026. Não publicado.
11. Ministério da Saúde Pública do Equador. Gacetas inmunoprevenibles 2025. Quito: MINSA Equador; 2025. Disponível em espanhol em: <https://www.salud.gob.ec/gacetas-inmunoprevenibles-2025/>.
12. Ministério da Saúde Pública do Equador. Gacetas inmunoprevenibles 2026. Quito: MINSA Equador; 2026. Disponível em espanhol em: <https://www.salud.gob.ec/gacetas-inmunoprevenibles-2026/>.
13. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) dos Estados Unidos. Comunicação recebida em 21 de março de 2026 por e-mail. Washington, D.C.; 2026. Não publicado.
14. Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Centro de Vigilância, Epidemiologia e Serviços Laboratoriais. 2025 Provisional Pertussis Surveillance Report 2025.

Atlanta: CDC; 2025. Disponível em inglês em:
https://www.cdc.gov/pertussis/media/pdfs/2026/02/363295-A_FS_PertussisSurveillanceReport_011626_508pass.pdf .

15. Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Centro de Vigilância, Epidemiologia e Serviços Laboratoriais. Pertussis (Week 9) Weekly cases* of notifiable diseases, United States, U.S. Territories, and Non-U.S. Residents week ending March 07, 2026. Atlanta: CDC; 2025. Disponível em inglês em:
<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/253156> .
16. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Honduras. Informação por e-mail de 20 de março de 2026. Tegucigalpa; 2026. Não publicado.
17. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do México. Informação por e-mail de 20 de março de 2026; Cidade do México; 2026. Não publicado.
18. Secretaria de Saúde do México. Boletín informativo No. 10 Enfermedades Prevenibles por Vacunación en México. Cidade do México: SSM; 2026. Disponível em espanhol em:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1066375/BOLETIN_EPV_SEM_10_2026.pdf
19. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Panamá. Informação por e-mail de 20 de março de 2026; Cidade do Panamá; 2026. Não publicado.
20. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Paraguai. Informação por e-mail de 23 de março de 2026. Assunção; 2026. Não publicado.
21. Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana Epidemiológica 53 de 2025. Assunção: MSPBS; 2026. Disponível em espanhol em: https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2026/01/SE-53_Boletin-Epidemiologico-Semanal_DGVS.pdf
22. Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana Epidemiológica 07 de 2026. Assunção: MSPBS; 2026. Disponível em espanhol em: https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2026/03/SE-7_-BOLETIN-EPIDEMIOLOGICO_2026_PY.pdf.
23. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Peru. Informação por e-mail de 20 de março de 2026; Lima; 2026. Não publicado.
24. Organização Mundial da Saúde. Laboratory manual for the diagnosis of whooping cough caused by Bordetella pertussis-Bordetella parapertussis. Update 2014). Genebra: OMS; 2014. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/publications/i/item/laboratory-manual-for-the-diagnosis-of-whooping-cough-caused-by-bordetella-pertussis-bordetella-parapertussis.-update-2014>.
25. Heymann D.L. Control of Communicable Diseases Manual, 21st Edition. Pág. 477-483. ISBN 978-0-87553-323-0. Washington, D.C.; Associação Americana de Saúde Pública; 2022.

26. Organização Pan-Americana da Saúde. Control of diphtheria and pertussis: Field guide. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponível em inglês em: <https://www.paho.org/en/documents/control-diphtheria-and-pertussis-field-guide>.
27. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório Final - XXV Reunião do Grupo Técnico Consultivo (GTA) sobre Doenças Preveníveis por Vacinação, 9 a 11 de julho de 2019, Cartagena, Colômbia; Washington, D.C.: OPAS; 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/64668>.
28. Organização Pan-Americana da Saúde. TAG RECOMMENDATIONS FOR PERTUSSIS (WHOOPING COUGH); Washington, D.C.: OPAS; 2019. Disponível em inglês em: [1999-2024-tag-recommendations-pertussis.pdf](#).