

Coqueluche

Suspeitar cedo, tratar com azitromicina sem esperar o exame, internar o lactente jovem, proteger os contatos com quimioprofilaxia e notificar

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A coqueluche é causada pela *Bordetella pertussis* e evolui em três fases: **catarral** (1–2 semanas, parece resfriado, fase mais contagiosa), **paroxística** (crises de tosse em salvas, guincho inspiratório, vômitos pós-tosse, cianose; 2–6 semanas) e **convalescença**. No **lactente jovem** a tosse pode ser pouco evidente e a doença se apresentar com **apneia e cianose** — é nessa faixa que estão quase todas as mortes. Em 2024 o Brasil notificou mais de 6.500 casos, com 24 das 29 mortes em menores de 1 ano. Suspeita = tratar: **azitromicina** sem esperar o resultado — **< 6 meses: 10 mg/kg/dia por 5 dias; ≥ 6 meses: 10 mg/kg no 1º dia (máx. 500 mg) e 5 mg/kg/dia do 2º ao 5º dia (máx. 250 mg)**. Coletar **PCR de nasofaringe** antes ou até 3 dias após o início do antibiótico. **Lactentes, sobretudo < 6 meses (e todo < 3 meses), devem ser avaliados no hospital**; crianças maiores em bom estado são tratadas em casa. **Notificar já na suspeita** (notificação compulsória; vários estados e municípios exigem até 24 h), indicar **quimioprofilaxia** aos contatos prioritários em até 21 dias da exposição e conferir a **dTpa na gestação** (a partir de 20 semanas, em toda gestação).

1. O que é e como se apresenta

- **Agente e transmissão:** *Bordetella pertussis*, transmitida por gotículas; alta contagiosidade. Adolescentes e adultos com tosse prolongada, muitas vezes sem diagnóstico, são a principal fonte de infecção do lactente. A imunidade vacinal e a natural diminuem com o tempo.
- **Epidemiologia recente:** após anos de baixa incidência, houve aumento mundial em 2023–2024. No Brasil, até 10/01/2025, foram **6.504 casos notificados em 2024** (3,06/100 mil), com **1.121 em menores de 1 ano e 1.534 em adolescentes**; das **29 mortes, 24 foram em menores de 12 meses**, concentradas entre 1 e 2 meses (SBIm/SBP, Nota Técnica de fevereiro de 2025). O MS atualizou tratamento e quimioprofilaxia na Nota Técnica Conjunta nº 165/2025 (maio de 2025).
- **Fases clínicas (MS)**
 - **Catarral** (1–2 semanas): febre baixa, coriza, mal-estar, tosse seca que se intensifica. É a fase de maior transmissibilidade e em que o antibiótico mais altera o curso.
 - **Paroxística** (2–6 semanas): acessos de tosse súbitos e incontroláveis, com 5 a 10 tossidas em uma expiração, **guincho inspiratório**, protrusão da língua, congestão facial, **cianose, vômitos pós-tosse**, exaustão; entre as crises a criança parece bem. Em geral afebril.
 - **Convalescença** (2–6 semanas, até 3 meses): paroxismos diminuem; infecções respiratórias virais podem reativar a tosse.

- **Lactente jovem:** a tosse pode ser mínima ou ausente; **apneia pode ser o único sinal** (CDC). Também cianose, engasgos, dificuldade para mamar, bradicardia. Complicações: apneia (a mais frequente em < 12 meses), pneumonia, convulsão, encefalopatia, **hipertensão pulmonar com hiperleucocitose** (forma maligna), desidratação e desnutrição.

Definição de caso suspeito (MS, citado na NT SBIm/SBP 2025)

- **< 6 meses:** tosse de qualquer tipo há **10 dias ou mais**, independentemente da vacinação, associada a um ou mais de: tosse paroxística, guincho inspiratório, vômitos pós-tosse, cianose, apneia, engasgo.
- **≥ 6 meses:** os mesmos critérios, com tosse há **14 dias ou mais**.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Criança ≥ 1 ano (ou lactente maior bem vacinado), bom estado geral, sem cianose ou apneia, alimenta-se e hidrata-se bem, SpO2 normal entre as crises	Tratamento em casa com azitromicina, afastamento da escola por 5 dias após início do antibiótico, notificação, quimioprofilaxia dos contatos; retorno em 48–72 h
● Moderada	Lactente de 6–12 meses; paroxismos frequentes com vômitos e dificuldade alimentar; sono muito prejudicado; doença de base (cardiopatia, pneumopatia, doença neuromuscular); família com dificuldade de observar	Observação no PS; baixo limiar para internar; reavaliação em 24 h se ficar em casa
● Grave	Lactente < 6 meses (sobretudo < 3 meses) com suspeita; apneia, cianose , bradicardia; SpO2 < 92%; desconforto respiratório ou pneumonia; convulsão, sonolência; desidratação ou incapacidade de se alimentar; leucocitose muito elevada; prematuro	Encaminhar ao hospital com oxigênio e transporte monitorado; primeira dose de azitromicina se não atrasar a transferência

O Guia de Vigilância em Saúde do MS (6ª ed., 2023) afirma que os lactentes jovens, principalmente os menores de 6 meses, são o grupo propenso a formas graves e frequentemente letais, e que seu cuidado adequado **exige hospitalização, isolamento e vigilância permanente**. O MS não fixa uma idade de corte para internação; a proposta de sempre internar o **< 3 meses** e avaliar em hospital o **< 6 meses** é prática consagrada e coerente com o CDC (hospitalização mais comum abaixo de 6 meses) e a AEP (cerca de três quartos dos menores de 6 meses são internados).

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 6 meses, em especial < 2 meses (antes da primeira dose de penta).

- **Mãe que não recebeu dTpa na gestação** (CDC).
- Esquema vacinal incompleto (< 3 doses).
- Prematuridade; cardiopatia, pneumopatia crônica, doença neuromuscular, imunodeficiência.
- Hiperleucocitose acentuada (associada à forma maligna com hipertensão pulmonar).

3. Diagnóstico no consultório

- **Clínico-epidemiológico:** tosse paroxística com guincho ou vômitos, contato com tossidor crônico, surto na comunidade. No lactente, apneia/cianose inexplicadas pedem que se pense em coqueluche.
- **Hemograma:** leucocitose com **linfocitose absoluta**; na fase paroxística os leucócitos podem chegar a 30–40 mil/mm³ com 60–80% de linfócitos (MS). Leucocitose muito alta no lactente é sinal de gravidade.
- **PCR em tempo real** de secreção de nasofaringe: método mais sensível; coletar **antes do antibiótico ou até 3 dias após o início** (MS). A sensibilidade cai com o tempo de doença.
- **Cultura:** especificidade de 100%, sensibilidade de 12–60% (MS); mesma janela de coleta.
- **Radiografia de tórax:** se pneumonia ou desconforto.
- **Não esperar o resultado** para tratar e para indicar quimioprofilaxia (MS 2025).
- **Diferenciais:** infecções por adenovírus, *Mycoplasma*, *Chlamydia trachomatis* no lactente, VSR; corpo estranho; bronquiolite; tuberculose; refluxo com engasgos no lactente.

4. Tratamento em casa

Quando tratar: todo caso suspeito, o mais cedo possível — idealmente na fase catarral, quando o antibiótico reduz sintomas. Também reduz a transmissão. O CDC indica tratar dentro de **3 semanas** do início da tosse em ≥ 1 ano e dentro de **6 semanas** em < 1 ano e gestantes (sobretudo no fim da gestação).

Antibióticos — mesmas doses para tratamento e quimioprofilaxia (MS NT 165/2025; SBIm/SBP 2025)

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Azitromicina (1ª escolha) — < 6 meses (inclusive < 1 mês)	10 mg/kg/dia	1 vez ao dia	5 dias	Preferida no neonato; monitorar sinais de estenose hipertrófica de piloro
Azitromicina — 6 meses a < 12 anos	10 mg/kg no 1º dia (máx. 500 mg); 5 mg/kg/dia do 2º ao 5º dia (máx. 250 mg)	1 vez ao dia	5 dias	—
Azitromicina — ≥ 12 anos/≥ 45 kg e adultos	500 mg no 1º dia; 250 mg do 2º ao 5º dia	1 vez ao dia	5 dias	—
Claritromicina (2ª escolha)	15 mg/kg/dia (máx. 1 g/dia); ≥ 12 anos: 1 g/dia	12/12 h	7 dias	Não recomendada < 1 mês
Eritromicina (3ª escolha)	40 mg/kg/dia (máx. 2 g/dia)	6/6 h	14 dias em < 6 meses; 7–14 dias nos maiores	SBIm/SBP: evitar < 1 mês (estenose de piloro)
Sulfametoxazol-trimetoprima (intolerância a macrolídeo)	≥ 2 meses: SMX 40 mg/kg/dia + TMP 8 mg/kg/dia; ≥ 12 anos/≥ 45 kg: 1.600/320 mg/dia	12/12 h	14 dias	Contraindicado < 2 meses

Medidas de suporte

- Ambiente calmo, evitar estímulos que desencadeiam paroxismos (choro, alimentação apressada, fumaça).
- Refeições pequenas e frequentes; reoferecer após vômito.
- Lavagem nasal com soro fisiológico.
- **Afastamento** da escola ou creche por **pelo menos 5 dias após o início do antibiótico** (ou 3 semanas após o início dos paroxismos, se não tratado — MS).

O que não usar: antitussígenos, xaropes, mucolíticos, broncodilatadores e corticoides não reduzem os paroxismos e não devem ser usados rotineiramente.

Notificação: obrigatória (compulsória) à vigilância epidemiológica, já na **suspeita** — não aguardar a confirmação laboratorial para notificar.

Quimioprofilaxia pós-exposição (MS NT 165/2025) — em até **21 dias** após a exposição a caso suspeito ou confirmado, com as mesmas doses do tratamento, independentemente da situação vacinal:

- **Grupo 1 (vulneráveis):** crianças < 1 ano; imunocomprometidos; pessoas com asma moderada/grave ou outra doença pulmonar crônica.
- **Grupo 2:** quem reside com pessoas vulneráveis (familiares, babás, cuidadores, trabalhadores domésticos).
- **Grupo 3 (alto risco de transmissão):** gestantes a partir de 32 semanas não vacinadas; trabalhadores de saúde que atendem vulneráveis; pessoas em contato com lactentes < 1 ano (creches, por exemplo).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Todo lactente < 3 meses** com suspeita; **lactente < 6 meses** deve ser avaliado em hospital.
- **Apneia**, cianose, bradicardia (relatadas ou presenciadas), mesmo com a criança bem no momento.
- SpO2 < 92% entre as crises, desconforto respiratório, pneumonia.
- Incapacidade de mamar/comer, vômitos persistentes, desidratação, perda de peso.
- Convulsão, sonolência, alteração de consciência.
- Prematuro ou doença de base cardiopulmonar ou neuromuscular.
- Família sem condições de observar a criança continuamente.

Como encaminhar

1. Oxigênio se SpO2 < 92% ou cianose; aspirar secreções de boca e nariz com delicadeza.
2. Manter o lactente monitorado e **nunca sozinho** no transporte; acompanhante treinado para estimular em caso de apneia.
3. Iniciar **azitromicina** se isso não atrasar a transferência; coletar PCR se possível sem atraso.
4. **Isolamento respiratório por gotículas** (máscara no paciente e na equipe).
5. Contatar o serviço de destino (preferir hospital com UTI pediátrica) e transporte em ambulância nos casos graves.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- A tosse pode durar semanas a meses mesmo com o antibiótico correto; o remédio serve principalmente para cortar a transmissão.
- A criança deve ficar **afastada da escola por 5 dias** após iniciar o antibiótico.
- Todos os contatos indicados pelo médico ou pela vigilância devem tomar o antibiótico preventivo.
- **Procurar o pronto-socorro imediatamente se:**

- O bebê **para de respirar**, fica roxo ou pálido, ou "desmaia" durante ou após a crise.
 - Não consegue mamar, vomita tudo ou urina pouco.
 - Respiração rápida ou com esforço entre as crises, ou febre alta.
 - Convulsão ou sonolência excessiva.
- **Vacinação:** conferir a caderneta de toda a família. Pentavalente aos 2, 4 e 6 meses, DTP aos 15 meses e 4 anos (PNI). **Gestante: dTpa a partir da 20ª semana em toda gestação;** se perdida, no puerpério o quanto antes. dTpa também para profissionais de saúde (obstetrícia, UTI neonatal, berçário, pediatria), trabalhadores de creches e doulas (ampliação de junho de 2024). SBP e SBIIm recomendam ainda reforço de dTpa na adolescência e a cada 10 anos.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Antibiótico de 1ª escolha	Azitromicina: < 6 meses 10 mg/kg/dia × 5 d; ≥ 6 meses 10 → 5 mg/kg	Macrolídeo ou SMX-TMP (CDC)	Diretrizes UKHSA; tratar em até 3 semanas do início	Segue o NICE/UKHSA	Azitromicina 10 mg/kg/dia × 5 d (1–5 meses); 10 → 5 mg/kg (≥ 6 meses)
Janela de tratamento	Todo suspeito, sem esperar exame	≥ 1 ano: 3 semanas; < 1 ano e gestantes: 6 semanas	3 semanas	Segue o NICE	O mais precoce possível
Internação	< 6 meses: formas graves exigem hospitalização	~1/3 dos < 1 ano hospitalizados, mais comum < 6 meses	> 90% dos lactentes confirmados hospitalizados	Segue o NICE	~3/4 dos < 6 meses internados
Quimioprofilaxia	Grupos 1–3, até 21 dias	Contatos de alto risco (lactentes, gestantes 3º tri)	Foco em lactentes < 1 ano com < 3 doses e seus contatos	Segue o NICE	Contatos próximos, idealmente até 12 dias
Vacina na gestação	dTpa a partir de 20 semanas, toda gestação	Tdap em toda gestação	Programa de vacinação materna	Segue o NICE	Vacinação materna

Leitura. As referências concordam no essencial: **macrolídeo (azitromicina) como primeira escolha**, com o mesmo esquema para tratamento e profilaxia; **o lactente pequeno é o**

paciente de risco, com hospitalização frequente; e a **vacinação da gestante** é a principal estratégia para proteger o recém-nascido. As diferenças estão na janela de tratamento (o MS trata todo suspeito sem limite explícito, CDC e UKHSA definem 3 semanas, ou 6 semanas no lactente) e nos grupos de quimioprofilaxia — o MS ampliou em 2025 a lista para grupos prioritários com janela de 21 dias, enquanto a AEP fala em administrar idealmente até 12 dias. A tabela do MS inclui eritromicina a partir do nascimento, mas a nota SBIm/SBP desaconselha seu uso < 1 mês pelo risco de estenose hipertrófica de piloro; a azitromicina é a opção preferida nessa idade.

PONTOS PRÁTICOS

1. No lactente, apneia ou cianose sem explicação podem ser coqueluche, mesmo sem tosse típica.
2. Suspeitou, tratou: azitromicina sem esperar a PCR; colete a PCR antes ou até 3 dias após o início.
3. Lactente < 3 meses com suspeita vai ao hospital; < 6 meses deve ser avaliado em ambiente hospitalar.
4. A notificação é obrigatória: notifique já na suspeita e organize a quimioprofilaxia dos contatos prioritários (até 21 dias da exposição).
5. Afaste da escola ou creche por 5 dias após o início do antibiótico.
6. Cobre a dTpa de toda gestante a partir de 20 semanas e de quem cuida de lactentes.

8. Fontes

- Ministério da Saúde (DPNI/SVSA). Nota Técnica Conjunta nº 165/2025 — atualização sobre tratamento, quimioprofilaxia e medidas de prevenção e controle da coqueluche, maio de 2025. gov.br
- SBIm e SBP. Coqueluche — atualização. Nota Técnica, 13 de fevereiro de 2025. sbp.com.br
- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed., vol. 1, 2023 — capítulo Coqueluche (reprodução). sjp.pr.gov.br
- Ministério da Saúde. Coqueluche — Saúde de A a Z. gov.br
- CDC. Clinical care of pertussis. cdc.gov
- CDC. Clinical signs and symptoms of pertussis. cdc.gov
- UKHSA. Pertussis: background information on prevention and management, atualizado em 2025. gov.uk
- Moreno Pérez D et al. Tos ferina. Protocolos de Infectología da AEP. aeped.es

- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., Oxford University Press, 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.