



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial

NOTA TÉCNICA Nº 68/2023-CGZV/DEDT/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

Alerta sobre a situação epidemiológica de cólera no mundo e recomenda o fortalecimento das vigilâncias epidemiológicas de doenças diarreicas agudas (DDA e cólera).

2. **OBJETIVOS**

- Alertar sobre a situação epidemiológica de cólera em âmbito mundial com o intuito de fortalecer as ações de vigilância epidemiológica das DDA e da cólera nos estados e municípios do Brasil.
- Orientar sobre a importância da investigação epidemiológica para realizar a busca ativa de casos suspeitos, principalmente os importados de países com surto declarado de cólera com o intuito de evitar a reemergência da doença no Brasil.

3. **CONTEXTUALIZAÇÃO**

A cólera é considerada uma das doenças diarreicas agudas¹ (DDA), causada pela bactéria *Vibrio cholerae* toxigênico dos sorogrupos O1 ou O139. Outros sorogrupos (não O1 e não O139), assim como cepas não toxigênicas dos sorogrupos O1 e O139, também podem causar diarreia, porém menos severa que a cólera e sem potencial epidêmico que se manifesta de forma assintomática ou oligossintomática, com diarreia leve. Quando não tratada prontamente, pode ocorrer desidratação intensa, evoluindo para complicações graves até mesmo para o óbito (Brasil, 2022).

A transmissão ocorre por via fecal-oral, podendo ser direta (contaminação pessoa a pessoa) ou indireta (ingestão de água ou alimentos contaminados), com período de incubação entre 12 horas e 5 dias. Por questão de segurança, para as investigações epidemiológicas, foi padronizado o período de 10 dias.

Nesse contexto, a Vigilância Epidemiológica de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (VE-DTHA) é realizada a partir do monitoramento de casos e surtos e compreende a VE de algumas doenças de notificação compulsória, entre elas a da cólera (Brasil, 2022).

¹Doenças Diarreicas Agudas (DDA) – diminuição na consistência das fezes (fezes líquidas ou semilíquidas), aumento da frequência – mínimo três episódios em 24hrs – por até 14 dias, podendo ser acompanhada de febre, náusea, vômitos.

4. **CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO**

4.1 Histórico epidemiológico da cólera no Brasil

A 7ª pandemia de cólera teve início na Indonésia, em 1961, e atingiu o Brasil em 1991, pela fronteira do Amazonas com o Peru. A epidemia se alastrou progressivamente pela região Norte e atingiu a região Nordeste no final de 1991. Até o final de 1992, todos os estados do Nordeste foram atingidos, tendo sido registrados um caso autóctone no Rio de Janeiro e um no Espírito Santo. Em 1993, foi observado o avanço da doença para as regiões Sudeste e Sul e, a partir de 1995, houve uma importante diminuição do número de casos de cólera no país.

Entre 2002 e 2003, não houve registro de casos. Já em 2004, foram registrados 21 casos confirmados e, em 2005 foram cinco, os últimos casos autóctones no país.

A partir de 2006, não houve casos autóctones de cólera no Brasil, apenas casos importados, um de Angola notificado no Distrito Federal (2006), um proveniente da República Dominicana em São Paulo (2011), um de Moçambique no Rio Grande do Sul (2016) e um da Índia no Rio Grande do Norte (2018).

4.2 Situação epidemiológica de cólera no mundo

Após seguidos anos de queda, que pode ser observada na Figura 1, tem ocorrido um aumento de casos de cólera no mundo e de sua distribuição geográfica. Em 2021, 23 países registraram surtos de cólera, principalmente em regiões da África e no Mediterrâneo Oriental. A taxa de letalidade mundial foi de 1,9%, a maior registrada na última década e está acima do aceitável, que é até 1,0%. Além disso, 16 países notificaram surtos prolongados (WHO, 2022).

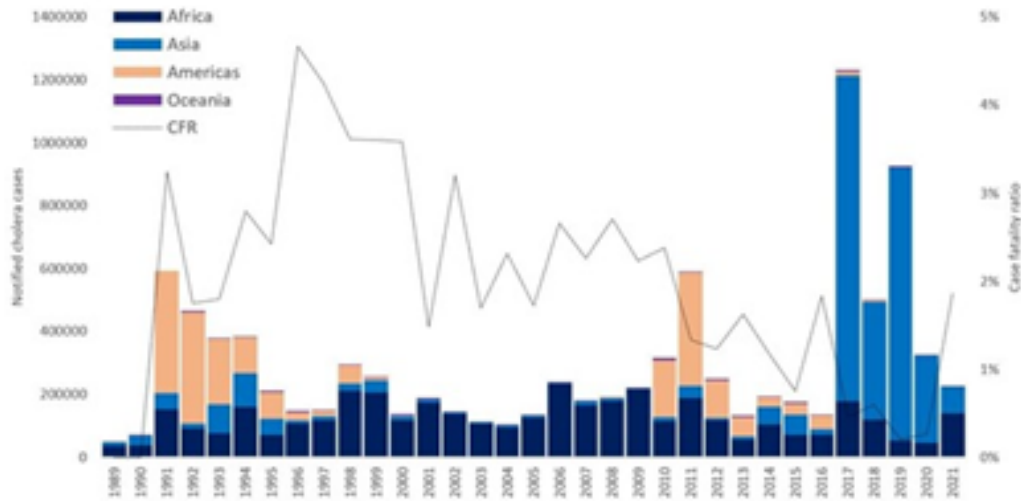


Figura 1. Casos de cólera notificados à OMS segundo continente. 1989 – 2021.

Fonte: WHO, 2023.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dados preliminares sugerem tendência similar nos anos subsequentes. Em 2022, mais de 29 países registraram surtos de cólera (Figura 2), sendo que, muitos deles notificaram maior número de casos e maiores taxas de letalidade em relação a anos anteriores conforme dados de janeiro a 30 de novembro de 2022.

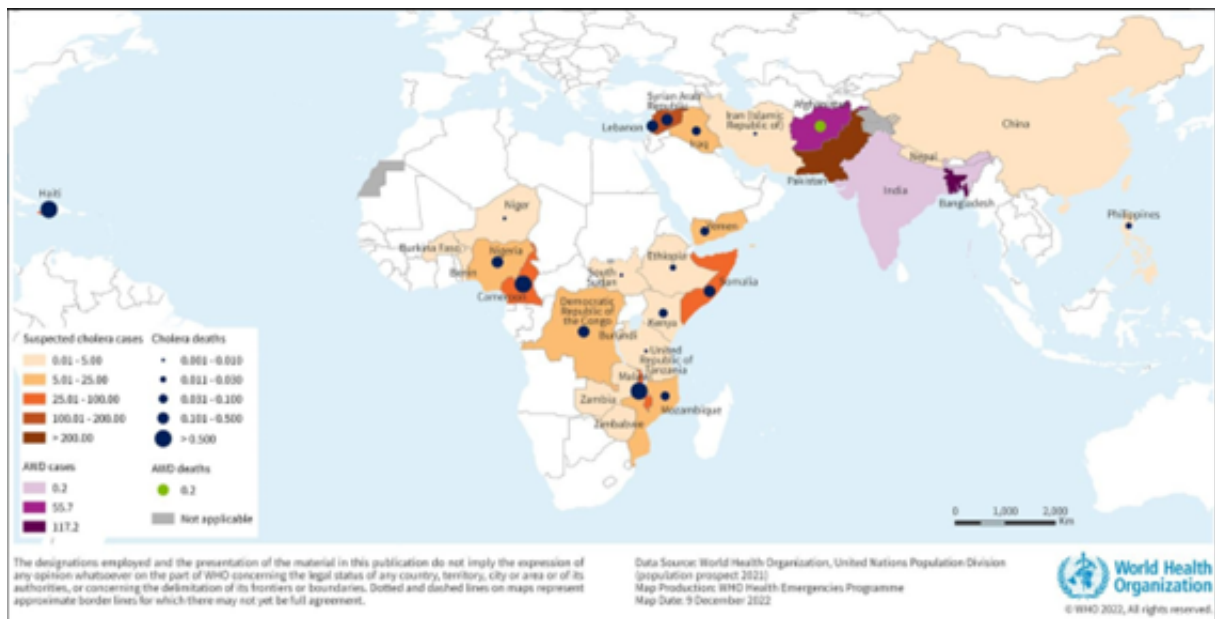


Figura 2. Incidência de casos de cólera (incluindo casos estimados de doenças diarreicas agudas) por 100.000 habitantes notificados à OMS de 01 de janeiro a 30 de novembro de 2022.

Fonte: WHO, 2022.

No ano de 2023, até 28 de fevereiro, 15 países notificaram casos e quatro, embora sem informação de casos no ano, apresentavam surtos grandes no final de 2022, que continuaram em 2023. Na Figura 3 e Quadro 1, é possível observar a situação epidemiológica onde há surtos de cólera notificados no mundo segundo regiões da OMS (WHO, 2023).

A carga global de cólera no mundo é desconhecida, pelo fato da maioria dos casos não serem notificados, no entanto, estudos estimam 2.9 milhões de casos e 95 mil mortes ao ano.



Figura 3. Situação global de surtos de cólera em 01 de fevereiro de 2023.

Fonte: WHO, 2023.

Quadro 1. Países com surto declarado de cólera no mundo. 2023

Regiões da OMS	Países
África	Burundi, Camarões, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Malawi, Moçambique, Nigéria, Zâmbia, Zimbabuê
Américas	Haiti e Republica Dominicana
Mediterrâneo oriental	Afganistão, Líbano, Paquistão, Somália, Síria
Europa	Noroeste da Síria
Sudeste da Ásia	Bangladesh
Pacífico ocidental	Filipinas

Fonte: WHO, 2023.

4.2.1 Cólera nas Américas

Após mais de três anos sem notificações de cólera no Haiti, em outubro de 2022, segundo a OPAS/OMS, as autoridades nacionais notificaram os primeiros casos confirmados de *Vibrio cholerae* O1 na grande área de Porto Príncipe. Em 24 de fevereiro de 2023, o Ministério da Saúde do Haiti, registrou a ocorrência de 33.185 casos suspeitos de cólera em 10 departamentos do país sendo 29.288 hospitalizados. Entre os casos suspeitos, 2.398 (7,2%) foram confirmados e 594 (24,7%) evoluíram a óbito (PAHO/WHO, 2023).

Desde o primeiro caso confirmado na República Dominicana em 20 de outubro de 2022 a 22 de fevereiro de 2023, um total de 82 casos confirmados foram registrados na República Dominicana, dos quais 76% (66 casos) são residentes da área metropolitana de Santo Domingo (PAHO/WHO, 2023).

5. FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (VE-DDA)

Diante do cenário de aumento de casos de cólera no mundo, uma das estratégias para detectar casos oportunamente é a realização do monitoramento sistemático das doenças diarreicas agudas das unidades sentinelas de DDA (US-DDA), ou seja as unidades de saúde que realizam a monitorização das doenças diarreicas agudas (MDDA).

O MS disponibiliza, no link: <https://public.tableau.com/app/profile/dda.brasil>, as análises dos dados de todos os municípios do Brasil que realizam a MDDA e é possível acessar os diagramas de controle do ano vigente segundo semana epidemiológica, como uma ferramenta para contribuir com a oportunidade da análise epidemiológica pelas vigilâncias epidemiológicas (VE) dos municípios, regionais de saúde e estados.

Dessa forma, é importante que as VE, especialmente as locais, estejam atentas às alterações de padrão epidemiológico dos casos de DDA, para suspeitar da ocorrência de surtos e investigar o vínculo epidemiológico entre os casos e também com locais em que há surtos declarado de cólera, a fim de, caso haja suspeita de cólera, dispense a investigação epidemiológica de cólera para identificar sua etiologia e, caso confirmado, quebrar a cadeia de transmissão.

Para que a VE-DDA possa exercer seu importante papel na identificação de alteração de padrão epidemiológico e de casos suspeitos de cólera, é imprescindível que cada instância desde a US-DDA - que detecta o caso e

notifica – compreenda as razões de realizar tal monitoramento.

Portanto, destacam-se algumas atividades fundamentais:

- Notificação de casos segundo semana epidemiológica (SE) de início dos sinais e sintomas;
- Frequência semanal da notificação por parte da US-DDA - ainda que notificação negativa, ou seja, zero casos atendidos na semana epidemiológica (SE);
- Coleta de dados acerca do plano de tratamento dos casos de DDA segundo estado de hidratação;
- Inserção dos dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica das DDA (Sivep-DDA) no início da SE subsequente, recomenda-se até a terça-feira;
- Análise epidemiológica e crítica local dos dados antes e após ser inserido no sistema;
- Realização da notificação e investigação epidemiológica de surtos, se identificado, incluindo coletas de amostras clínicas oportunamente para identificação etiológica;
- Notificação imediata à SMS/SES/MS se identificado caso suspeito e início da investigação epidemiológica de cólera, incluindo o preenchimento da ficha de notificação/investigação de cólera.

É importante que o monitoramento das DDA e sua análise sejam intensificados especialmente em localidades estratégicas em que há maior circulação devido à localização de aeroportos internacionais que recebem voos advindos de locais com surto declarado de cólera.

6. FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CÓLERA (VE-CÓLERA)

O Brasil não ter registro de casos autóctones de cólera há mais de uma década, neste sentido é esperado uma diminuição na sensibilidade da VE, no entanto, alguns países têm registrado aumento da incidência da doença, e essa situação sinaliza alerta para o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica de cólera.

6.1 Investigação epidemiológica de cólera

Cabe ressaltar, que a principal finalidade dessa investigação epidemiológica é a identificar a fonte de infecção e o modo de transmissão; confirmar o diagnóstico; identificar os fatores de risco, populações vulneráveis e grupos expostos a maior risco; determinar as principais características epidemiológicas e orientar quanto às medidas de prevenção e controle.

6.2 Notificação

A notificação de todo caso suspeito de cólera deve ser realizada de forma imediata (em até 24 horas) da forma mais rápida possível pelo(a) profissional de saúde. A notificação também deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e sua investigação deve ser iniciada imediatamente.

É imprescindível que os profissionais de saúde estejam atentos à **situação epidemiológica de cólera no mundo** e conheçam as **definições de caso do Brasil** para que a notificação seja adequada e oportuna.

6.3 Definições de caso

Caso suspeito - em áreas **SEM surto declarado de cólera**, são considerados casos suspeitos:

- Indivíduo proveniente de áreas com ocorrência de casos confirmados de cólera, que apresente DDA até o décimo dia de sua chegada.
- Indivíduo com mais de 5 anos de idade que apresente diarreia súbita, líquida e abundante. A presença de desidratação grave, acidose e colapso circulatório reforça a suspeita.
- Indivíduo contactante de caso suspeito ou confirmado de cólera que apresente DDA em até dez dias após o contato, independentemente da faixa etária. É importante que o contato tenha ocorrido durante o período de transmissibilidade, ou seja, em no máximo 20 dias do início dos sintomas do caso primário (suspeito ou confirmado) tenha ocorrido durante o período de transmissibilidade, ou seja, em no máximo 20 dias do início dos sintomas do caso primário (suspeito ou confirmado).

Caso suspeito - em áreas **COM surto declarado de cólera**, é considerado suspeito:

- Indivíduo que apresente DDA e vínculo epidemiológico com caso suspeito ou confirmado de cólera, independentemente da faixa etária.

Caso confirmado - Critério laboratorial

- Caso suspeito que apresente isolamento de *Vibrio cholerae* O1 ou O139 toxigênico em amostra de fezes ou vômito².

Caso confirmado - Critério clínico-epidemiológico

- Caso suspeito de cólera que apresente vínculo epidemiológico com caso de cólera confirmado laboratorialmente e/ou com local onde haja surto declarado de cólera, desde que não haja diagnóstico clínico e/ou

laboratorial de outra etiologia. Esse critério (vínculo com local onde haja surto declarado de cólera) somente se aplica para casos importados de outros países.

Caso importado

- Caso cuja infecção ocorreu em área diferente daquela onde foi diagnosticado, tratado ou teve acompanhamento médico. Nessa situação, o local de procedência deve ser notificado para apoiar a investigação.

Caso descartado

- Todo caso suspeito que não se enquadrar nas definições de caso confirmado.

6.4 Diagnóstico laboratorial

- Todo caso suspeito de cólera deve ter amostras de fezes e/ou vômitos coletadas para diagnóstico laboratorial.

A amostra de fezes e/ou vômitos deve ser coletada **antes da utilização de antibióticos**

²O exame laboratorial só confirma ou descarta o caso se o laudo for emitido por Laboratórios de Referência em Saúde Pública.

6.5 Medidas de prevenção e controle

Ressalta-se que entre as principais medidas de prevenção da cólera, bem como das DDA/DTHA incluem práticas de higiene pessoal e coletiva, manejo adequado de alimentos, ingestão de água tratada, manejo de resíduos sólidos e devem envolver, além da vigilância epidemiológica, as vigilâncias sanitária e ambiental, atenção à saúde, saneamento, órgãos de meio ambiente e de recursos hídricos.

Entre as principais ações de prevenção de cólera (DDA/DTHA), estão as medidas para evitar a contaminação de superfícies e alimentos e a transmissão entre as pessoas, a partir do contato com as mãos contaminadas, por isso a higiene das mãos com água limpa e sabão, por ao menos 20 segundos é fundamental. Além disso, o consumo de água tratada também é outro fator determinante para evitar a transmissão.

Dessa forma, recomenda-se a intensificação das medidas de prevenção e controle diante de casos suspeitos/confirmados de cólera.

O MS reforça que, diante de casos suspeitos de cólera, as informações relacionadas à investigação epidemiológica, medidas de prevenção e controle de cólera (DDA/DTHA) estão disponíveis no Guia de Vigilância em Saúde (GVS), a fim de subsidiar as ações oportunas no âmbito da Vigilância Epidemiológica e especialmente da Atenção Primária à Saúde (APS), Unidades de Urgência e Emergência que captam casos suspeitos.

7. CONCLUSÃO

As orientações constantes nesta nota técnica deverão ser amplamente disponibilizadas aos profissionais de saúde das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental; da Atenção Primária à Saúde (APS); das Unidades de Urgência e Emergência e hospitalares com o objetivo de alertar sobre a suspeição, notificação, investigação, prevenção e controle da doença e, especialmente, sobre os casos suspeitos de viajantes que se deslocam aos países com surto declarado de cólera.

Para informações adicionais, contatar a Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial- CGZV, pelo telefone (61) 3315-6205.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
2. World Health Organization (16 December 2022). Disease Outbreak News; Cholera – Global situation. Available at: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON426>. Acesso em 18 de maio de 2023.
3. World Health Organization (11 February 2023). Disease Outbreak News; Cholera – Global situation. Available at: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON437>
4. Pan American Health Organization / World Health Organization. Epidemiological Update: Cholera. 28 February 2023, Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2023. Disponível em <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-update-cholera-28-february-2023>. Acesso em 18 de maio de 2023.
5. World Health Organization - Pan American Health Organization- PAHO/WHO Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire. Acesso em 19 de maio de 2023.

Coordenador-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial

ALDA MARIA DA CRUZ

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente- Substituta



Documento assinado eletronicamente por **Alda Maria da Cruz, Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 24/05/2023, às 23:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Francisco Edilson Ferreira de Lima Junior, Coordenador(a)-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial**, em 28/05/2023, às 22:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0033677502** e o código CRC **6196A994**.

Referência: Processo nº 25000.069288/2023-62

SEI nº 0033677502

Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial - CGZV
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br