



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Centro de Vigilância Epidemiológica - Divisão de Hídricas

NOTA TÉCNICA

Nº do Processo: 024.00119774/2023-21

Interessado: Centro de Vigilância Epidemiológica - Divisão de Hídricas

Assunto: Alerta sobre a situação epidemiológica de cólera no mundo e recomendações para o fortalecimento do programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) no Estado de São Paulo e vigilância da cólera, frente à confirmação laboratorial de caso autóctone de cólera no estado da Bahia (*Vibrio cholerae* O1 Ogawa).

NOTA TÉCNICA Nº03/2024 - DDTHA/CVE/CCD/SES-SP

1. A CÓLERA

A cólera é uma doença infecciosa intestinal aguda, causada por enterotoxina da bactéria *Vibrio cholerae*, cuja transmissão pode ocorrer pessoa a pessoa (transmissão direta), ou através de ingestão de água ou alimentos contaminados (transmissão indireta), e possui período de incubação geralmente de 2 a 3 dias, variando de 12 horas a 5 dias, mas para fins de vigilância epidemiológica foi padronizado o período de incubação de 10 dias (BRASIL, 2021a).

Ressalta-se que enquanto a pessoa estiver eliminando a bactéria nas fezes, o que ocorre, geralmente, até poucos dias após a cura, considera-se como período de transmissibilidade, que para fins de vigilância foi padronizado de 20 dias.

Sabe-se da existência de infectados que permanecem assintomáticos, enquanto aqueles que a desenvolvem a doença apresentam, em sua maioria, sintomas leves ou moderados e apenas de 10% a 20% manifestam a forma severa, que se não for tratada prontamente pode levar a graves complicações e ao óbito.

Reforça-se que é uma doença de notificação compulsória imediata, ou seja, os casos suspeitos devem ser informados à vigilância epidemiológica local e à Central CVE (08000-55 54 66) em até 24 horas, ou pelo notifica@saude.sp.gov.br. Tal dinâmica visa a garantir a adequada investigação clínico-laboratorial e epidemiológica do caso e de seus contatos, bem como controlar precocemente surtos/epidemias.

A) AGENTE ETIOLÓGICO

A cólera é 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 (BRASIL, 2021a).

B) RESERVATÓRIO

O *Vibrio cholerae* possui dois reservatórios: os seres humanos (portadores assintomáticos) e o ambiente aquático. Ele faz parte da microbiota marinha e fluvial e pode se apresentar de forma livre

ou associado a crustáceos, moluscos, peixes, algas, aves aquáticas, entre outros, incluindo superfícies abióticas. Algumas dessas associações permitem que a bactéria persista no ambiente durante períodos interepidêmicos; além disso, possibilitam a transmissão da cólera pelo consumo de peixes, mariscos e crustáceos crus ou malcozidos (BRASIL, 2021a).

C) MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Considerada uma doença diarreica aguda (DDA), tem como características a diminuição na consistência das fezes (líquidas ou semilíquidas) e aumento da frequência de evacuação (mínimo de três episódios em 24 horas) por até 14 dias, podendo ser acompanhada de náusea e vômitos, com diferentes graus de intensidade, de modo que a ocorrência de febre não é uma manifestação comum. As manifestações clínicas da cólera incluem, ainda, dor abdominal e, nas formas severas, câibras, desidratação e choque.

Na maioria dos casos a diarreia é abundante e incontrolável, podendo o doente apresentar inúmeras evacuações diárias. As fezes podem ter aparência de água amarelo-esverdeada, sem pus, muco ou sangue; em alguns casos há, de início, a presença de muco. Outro aspecto típico das fezes é de “água de arroz”.

2. SITUAÇÃO MUNDIAL

Dado o cenário internacional preocupante, torna-se de suma importância uma vigilância mais sensível em relação a essa doença, bem como uma comunicação eficaz sobre os riscos por parte dos profissionais da saúde junto à população. Isso é particularmente crucial para os viajantes que se dirigem a áreas onde casos de cólera estão ocorrendo e para aqueles que retornam dessas regiões.

Nos últimos dois séculos, sete pandemias de cólera ocorreram, sendo a sétima pandemia, iniciada em 1961, ainda em curso. Durante as primeiras duas décadas, muitos países se tornaram endêmicos. Embora a incidência global tenha diminuído no final da década de 1990, a cólera persiste em partes da África e da Ásia. A carga global da doença é amplamente desconhecida devido à subnotificação, porém estudos anteriores estimam 2,9 milhões de casos e 95.000 mortes ocorrendo anualmente (WHO, 2023).

Em março de 2024, foram notificados 25.424 novos casos de cólera em 16 países, representando uma queda de 32% em relação ao mês anterior. A Região Africana registrou o maior número de casos (14.441 casos em 11 países), seguida pela Região do Mediterrâneo Oriental (10.983 casos em 5 países). Houve 189 mortes relacionadas à cólera no mesmo período, indicando uma redução de 33% em comparação com o mês anterior. A maioria das mortes ocorreu na Região Africana (157 mortes), seguida pela Região do Mediterrâneo Oriental (32 mortes) (WHO, 2024).

De 1 de janeiro de 2023 a 31 de março de 2024 (**Figura 1**), foram notificados globalmente 824.479 casos de cólera e 5.900 mortes em cinco regiões da OMS. A Região do Mediterrâneo Oriental liderou em casos notificados (484.562 casos em oito países), seguida pela Região Africana (271.119 casos em 18 países), Região das Américas (59.176 casos em dois países), região do Sudeste Asiático (5.866 casos em dois países) e região do Pacífico Ocidental (3.756 casos em um país). As mortes foram relatadas principalmente na Região Africana (4.506 mortes), seguida pela Região das Américas (792 mortes), Região do Mediterrâneo Oriental (568 mortes), Região do Pacífico Ocidental (19 mortes) e Região do Sudeste Asiático (15 mortes). A Região Europeia não registrou surtos de cólera durante este período (WHO, 2024).

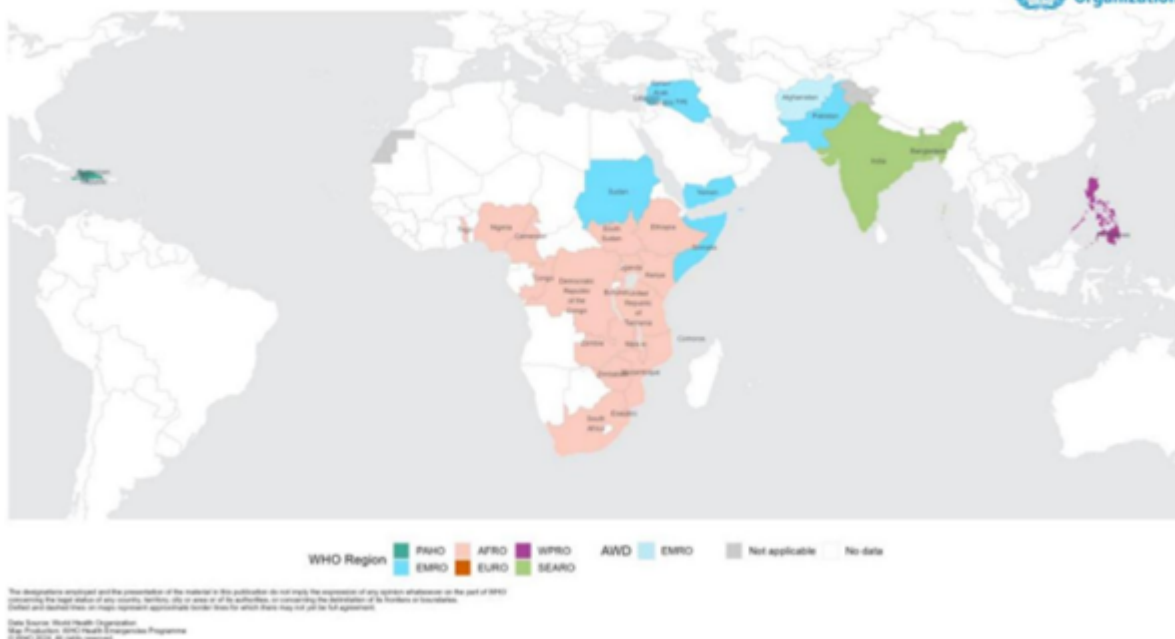


Figura 1. Epidemias globais notificadas de cólera e diarreia aquosa aguda (DAA), 1 de janeiro de 2023 a 31 de março de 2024.

Fonte: WHO, 2024.

Quadro 1. Países com casos e mortes por cólera, segundo regiões da OMS, em 31 de março de 2024.

Regiões da OMS	País, área, território
África	Burundi, Camarões, Comores, República Democrática do Congo, Congo, Essuatíni, Etiópia, Quênia, Malawi, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Sudão do Sul, Togo, República Unida da Tanzânia, Uganda, Zâmbia, Zimbábue
Américas	República Dominicana, Haiti
Mediterrâneo Oriental	Afganistão, Iraque, Líbano, Paquistão, Somália, Sudão, República Árabe Síria, Iémen
Sudeste Asiático	Bangladesh, Índia
Pacífico Ocidental	Filipinas

Fonte: WHO, 2024.

Nos últimos dois séculos, houve sete pandemias de cólera (**Figura 2**). A sétima, que ainda está acontecendo, ocorreu principalmente de 1961 a 1974. Durante esse período, a cólera se tornou endêmica em muitos países após sua reintrodução. Embora a incidência global tenha diminuído no final

da década de 1990, a doença ainda persiste em partes da África e da Ásia.

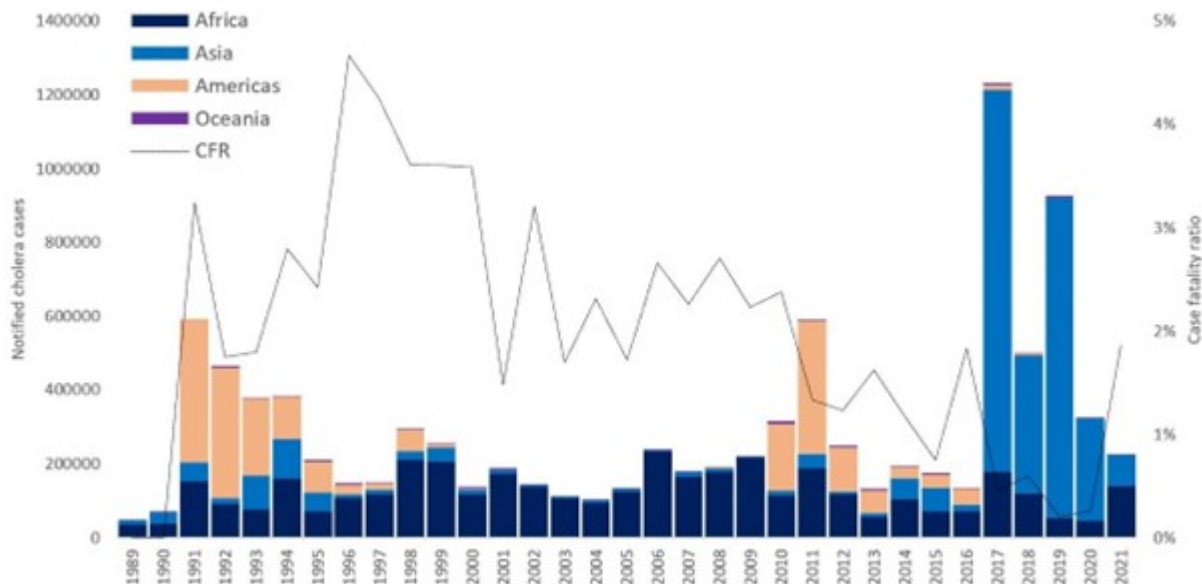


Figura 2. Casos de cólera notificados à OMS por ano e continente, CFR global, 1989-2021.

Fonte: WHO, 2023.

A progressão simultânea de vários surtos de cólera, agravada em países que enfrentam crises humanitárias complexas com sistemas de saúde frágeis e agravada pelas mudanças climáticas, coloca desafios à resposta ao surto e corre o risco de se espalhar ainda mais para outros países. A capacidade geral de responder aos surtos múltiplos e simultâneos é tensa devido à falta global de recursos, incluindo a vacina oral contra a cólera, bem como o pessoal médico e de saúde pública sobrecarregado, que muitas vezes está lidando com vários surtos de doenças ao mesmo tempo (WHO, 2023).

Em vista do aumento global nos casos de cólera, é crucial uma vigilância cuidadosa e comunicação eficaz sobre os riscos à população. O Brasil, enfrenta riscos, e a situação global exige uma resposta coordenada. A simultaneidade de surtos, falta de recursos e desafios climáticos tornam a situação complexa. A prevenção, monitoramento e resposta eficaz são fundamentais para evitar a propagação dessa doença altamente contagiosa e mortal.

3. CÓLERA NAS AMÉRICAS

Em março de 2024, nenhum novo caso de cólera foi oficialmente relatado em países da Região das Américas, exceto no Haiti, que continua enfrentando um surto persistente. A crise humanitária atual se agravou devido aos ataques a instalações de saúde por gangues e grupos armados, especialmente na área metropolitana de Porto Príncipe. Esses incidentes prejudicaram significativamente o acesso aos cuidados de saúde e a eficácia dos sistemas de vigilância de doenças (WHO,2024).

De 1 de janeiro de 2023 a 31 de março de 2024, um total de 59.176 casos de cólera foram relatados na Região, com a grande maioria (59.027 casos) ocorrendo no Haiti, seguido pela República Dominicana, que teve 149 casos. No mesmo período, 792 mortes foram registradas no Haiti devido à cólera (WHO,2024).

4. CASO AUTÓCTONE DE CÓLERA CONFIRMADO LABORATORIALMENTE NO ESTADO DA BAHIA (*Vibrio cholerae* O1 Ogawa).

Na presente data (19) foi emitida a Nota Técnica Nº 23/2024 – CGZV/DEDT/SVSA/MS, a qual versa sobre detecção de caso autóctone de cólera no Brasil e recomendações para o fortalecimento das vigilâncias epidemiológicas de doenças diarreicas agudas e da cólera.

A referida nota, menciona:

2.1 Foi confirmado laboratorialmente um caso de cólera autóctone no Brasil, no município de Salvador, na Bahia, com a identificação do agente *Vibrio cholerae* O1 Ogawa (toxigênico). O indivíduo não tem histórico de deslocamento para países com ocorrência de casos confirmados, nem de contato com outro caso suspeito ou confirmado da doença. Entretanto, o caso foi detectado por meio de vigilância ativa laboratorial. Trata-se de um homem de 60 anos, residente no município de Salvador, que apresentou um desconforto abdominal e diarreia aquosa, em março de 2024. Duas semanas antes ele havia feito uso de antibiótico para tratamento de outra patologia.

2.2. Trata-se de um **caso isolado**, tendo em vista que não foram identificados outros casos, após a investigação epidemiológica realizada pelas equipes de saúde locais junto às pessoas que tiveram contato com o paciente. Considerando que o período de transmissibilidade da doença é de um a dez dias após a infecção, mas que para as investigações epidemiológicas, no Brasil, está padronizado o período de transmissibilidade de até 20 dias por uma margem de segurança, **o paciente não transmite mais o agente etiológico desde o dia 10/04/2024.**

5. A VIGILÂNCIA DA CÓLERA NO ESTADO DE SÃO PAULO

No Estado de São Paulo ações de vigilância epidemiológica, laboratorial e ambiental são realizadas como parte da rotina do sistema de vigilância

5.1 MONITORAMENTO AMBIENTAL

Atualmente, no Estado de São Paulo, a Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB) através da Divisão de Microbiologia e Parasitologia do Departamento de Análise Ambiental, realiza análises microbiológicas relativas à pesquisa de *Vibrio cholerae* O1, em amostras de esgoto em dois pontos de coleta: no Aeroporto de Guarulhos e Aeroporto de Viracopos.

Ressaltamos que o monitoramento ambiental corrobora para as ações de vigilância epidemiológica, e sempre que necessário os pontos de coleta são revistos, ou frente a uma situação em específico, podem ser ampliados temporariamente.

5.2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS DE CÓLERA

A) NOTIFICAÇÃO

A cólera é uma doença de notificação compulsória imediata, ou seja, os casos suspeitos devem ser informados à vigilância epidemiológica local e à Central CVE (08000-55 54 66) em até 24 horas, ou pelo notifica@saude.sp.gov.br. Ademais, a notificação deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e sua investigação deve ser iniciada imediatamente. Tal dinâmica visa a garantir a adequada investigação clínico-laboratorial e epidemiológica do caso e de seus contatos, bem como controlar precocemente surtos/epidemias.

Definições de caso:

Caso suspeito:

Em áreas **SEM surto declarado de cólera**:

- 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, cuja presença de desidratação grave, acidose e colapso circulatório reforça a suspeita; e
- 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, no máximo 20 dias do início dos sintomas do caso primário (suspeito ou confirmado).

Em áreas **COM surto declarado de cólera**:

- 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 vômito.

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.

B) COLETA, ENVIO, PROCESSAMENTO DE AMOSTRAS E VIGILÂNCIA ATIVA

Para a detecção considera-se o isolamento de *Vibrio cholerae* O1 ou O139 toxigênico em amostra de fezes ou vômito. O exame laboratorial só confirma ou descarta o caso se o laudo for emitido por Laboratórios de Referência em Saúde Pública, ou seja, as amostras coletadas no Estado de São Paulo deverão impreterivelmente ser encaminhadas ao Instituto Adolfo Lutz (IAL), após devido cadastro da amostra no Sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial – GAL.

Para pesquisas *Vibrio cholerae* em casos suspeitos de cólera, deve-se utilizar a técnica de coleta por meio de swab retal ou fecal em meio de transporte Cary-Blair (Figura 3). Assim, para a realização da coprocultura (pesquisa de bactérias), recomenda-se que as fezes de casos suspeitos sejam coletadas na fase aguda da doença, antes da administração de antibióticos. Orienta-se:

- Coletar as fezes em coletor universal estéril, cerca de 1 a 2g OU 2 a 3 ml, em seguida, introduzir o *swab* dentro do coletor e com movimentos circulares embebê-lo com as fezes;
- Se houver locais com a presença de muco e/ou sangue, passar o *swab* preferencialmente nestes locais;
- A seguir, introduzir o *swab* dentro do tubo contendo o meio Cary Blair, até o fundo, cortar um pedaço da haste do *swab* se necessário, e fechar o tubo;
- O material coletado, deverá ser devidamente cadastrado no GAL, deve ser encaminhado ao laboratório tão logo seja possível. Se não for possível o encaminhamento imediato, manter o tubo refrigerado por sete sete dias.

TIPO DE DIAGNÓSTICO	TIPO DE MATERIAL	QUANTIDADE/ N. DE AMOSTRAS	PROCEDIMENTO DE COLETA	RECIPIENTE	ARMAZENAMENTO/ CONSERVAÇÃO	PROCESSAMENTO DAS AMOSTRAS
Cultura	Swab retal	Recoher 3 a 5 gramas de fezes, diarreicas ou não, recomendado duas amostras por pacientes.	Introduzir o swab na ampola retal comprimindo-o, em movimentos rotatórios suaves, em toda a extensão da ampola.	Recipiente de boca larga, limpos e/ou esterilizados.	Inocular no meio de transporte Cary-Blair ou em 10-20 mL de água peptonada alcalina (pH entre 8,4-8,6), em transporte a temperatura ambiente até 2 horas ou até 5 horas sob refrigeração 4°C a 8°C.	Processar as amostras acondicionadas em meio de Cary-Blair, de 24 a 72 horas após a coleta, se mantidas em temperatura ambiente (no caso de temperatura ambiente acima de 30°C, colocar o meio de Cary-Blair em temperatura natural) ou em até sete dias se mantidas sob refrigeração (entre 4°C a 8°C).
	Swab fecal					
	Fezes in natura					
	Papel de filtro	Tiras de papel (tipo xarope ou mata-borrão).		Acondicionadas em invólucros plásticos, perfeitamente vedados.		

Observação: As amostras devem ser colhidas antes da administração de antibióticos ao paciente.

Figura 3. Instruções para coleta e encaminhamento de amostras para o diagnóstico laboratorial de cólera – amostras clínicas

Fonte: BRASIL, 2021b.

Sabe-se que alguns serviços de saúde têm utilizado painéis comerciais para a realização de PCR em tempo real para patógenos causadores de gastroenterites, contemplando a detecção do *Vibrio Cholerae*. No entanto, ressaltamos que a referida metodologia não é tida como padrão ouro, e é de conhecimento da vigilância em saúde a ocorrência de casos falso positivos através da utilização destes painéis (DECUIR et. al., 2021; BUSS et. al., 2015).

Assim, toda e qualquer amostra, mesmo que porventura obtenha-se resultado positivo para detecção de *Vibrio Cholerae* por outro laboratório, esta deverá ser encaminhada ao IAL-SP para confirmação através da realização da cultura, tendo em vista que ainda se faz necessário o isolamento da cepa para caracterização por métodos fenotípicos e sequenciamento do genoma total.

C) PROCEDIMENTOS PARA INVESTIGAÇÃO

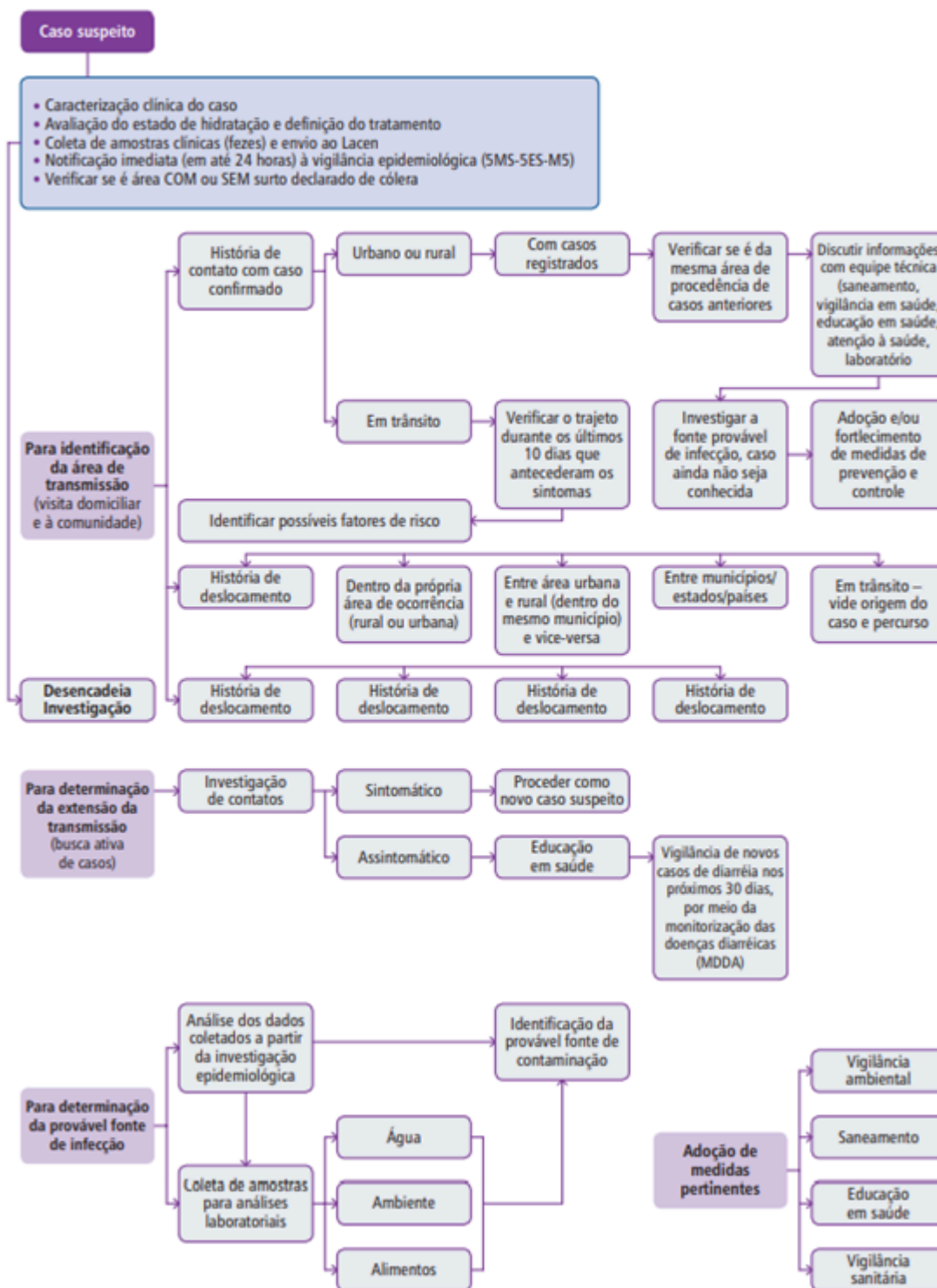


Figura 4. Fluxograma de investigação de casos suspeitos de cólera.

Fonte: BRASIL, 2021a.

5.3 MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (MDDA)

Tendo em vista o cenário internacional apresentado, com surtos de cólera ocorrendo em diversos países, e a confirmação de caso autóctone de cólera na Bahia, ressaltamos a importância de identificar, acompanhar e investigar casos de diarreias e seus possíveis surtos, bem como o adequado registro dos casos no sistema SIVEP – MDDA.

Nesse contexto, é importante lembrar que a MDDA foi criada como importante instrumento para o enfrentamento e prevenção da cólera, sendo uma atividade própria e obrigatória do

sistema e de serviços de saúde em todos os níveis, e em todo o território nacional. O programa exige continuidade no tempo (informações por semana epidemiológica), regularidade no envio das informações e possui três etapas:

- 1) coleta de informações;
- 2) análise; e

3) circulação dos dados analisados em todos os níveis do sistema de saúde para o desencadeamento de investigações para identificação de possíveis surtos ou epidemias frente às mudanças observadas de comportamento da diarreia (DDTHA, 2008).

Ressaltamos que casos individuais de diarreia que não atendam aos critérios de notificação de caso para cólera, não são de notificação compulsória, mas devem ser registrados no SIVEP-DDA. De modo que ao ser identificado um caso de diarreia, é necessário que durante a anamnese sejam investigados possíveis outros doentes, que caso identificados caracterizam um surto.

5.4 VIGILÂNCIA DE SURTOS DE DOENÇA DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR

Entende-se que a **ocorrência de casos de DTHA que excede o número esperado em determinado período e local OU a ocorrência de dois ou mais casos de doença diarreica aguda com quadro clínico semelhante e relação de consumo de fonte comum (alimento ou água), e/ou com histórico de contato entre si, configuram um surto** (exceto para botulismo e cólera, em que a suspeição de apenas um caso já é considerado surto), **e precisam ser notificados compulsoriamente de forma imediata no SINAN** com o devido preenchimento da ficha de notificação e investigação.

Deve-se utilizar o CID-10 A08 para a notificação de surtos de DTHA, **e realizar a comunicação à Central/CIEVS – SP por meio do notifica@saude.sp.gov.br**. Além da notificação, deve-se registrar a identificação do surto (informar a ocorrência de um surto, e não o quantitativo de pessoas envolvidas no surto) no SIVEP-DDA.

É indispensável uma vigilância sensível quanto ao aparecimento de casos de diarreia, uma vez que o aumento do número de casos de diarreia pode se tornar um fator de alerta para acontecimento de surtos, bem como podem direcionar para a investigação de sintomas específicos que possam corresponder à casos de Cólera.

6. RECOMENDAÇÕES DE PREVENÇÃO À POPULAÇÃO

- Garantir o uso de água segura para consumo e atividades relacionadas, ou seja, utilizar água tratada para beber, escovar os dentes, lavar alimentos, utensílios e fazer gelo.
 - Evitar o consumo de água de fontes, minas ou poços, devido ao potencial risco de contaminação por esgoto ou resíduos.
 - Em caso de incerteza quanto a procedência da água para consumo humano, adotar um dos procedimentos a seguir:
 - Realize a filtração da água com filtro doméstico, coador de papel ou pano limpo e, posterior desinfecção adicionando duas gotas de hipoclorito de sódio a 2,5% para cada litro de água, e deixe repousar por 30 minutos;
 - Outra opção é filtrar e ferver a água por três minutos.
- Cozinhar os alimentos de maneira adequada, manter sua cobertura e protegê-los contra a presença de moscas, refrigerar sobras, aquecê-las corretamente, além de higienizar frutas e vegetais:
 - Higienizar, descascar, ferver ou cozinhar minuciosamente frutas e vegetais;
 - Evitar o consumo de frutos do mar crus ou insuficientemente cozidos; assegurar o cozimento completo, de modo que o calor alcance todo o interior do alimento;
 - Dar preferência a alimentos cozidos, preparados no momento e servidos quentes;

- Lavagem e desinfecção de superfícies, utensílios e equipamentos usados na preparação de alimentos;
- Observar rigorosa higiene das mãos, preferencialmente com água e sabão, antes de comer, manipular alimentos, alimentar crianças, após a utilização de instalações sanitárias, após a higienização de crianças ou a troca de fraldas e após o cuidado de indivíduos doentes com diarreia;
- Utilização do vaso sanitário – se não for possível, as fezes devem ser enterradas, sempre longe dos cursos de água.

7. RECOMENDAÇÕES AO SISTEMA DE VIGILÂNCIA

- Intensificar as orientações aos serviços de saúde para detecção, correta anamnese e investigação dos casos de doença diarreica aguda, para observação de sintomas que possam caracterizar um caso suspeito de cólera, bem como para detecção de possíveis surtos;
- Reforçar junto aos serviços de saúde as orientações quanto ao correto manejo de pacientes com doença diarreica aguda, na rápida reidratação dos pacientes, para além das orientações de proceder com a realização de exames laboratoriais pertinentes (realização de coprocultura, pesquisa parasitológica nas fezes e pesquisa de vírus entéricos);
- Qualificar os procedimentos adotados para a captação de dados de casos de doença diarreica aguda em unidades que realizem vigilância sentinela de MDDA, informando dados semanalmente através do SIVEP-DDA;
- Reiterar junto aos profissionais de saúde e serviços de saúde os procedimentos necessários para notificação compulsória e imediata de casos com sintomas que preencham critério de definição de caso de caso suspeito/confirmado de cólera;
- Estabelecer comunicação efetiva com os serviços de saúde haja vistas a necessidade de garantir efetivo fluxo de comunicação e notificação, para além de garantir o envio de amostra ao IAL para confirmação de resultados, sobretudo com serviços que porventura se utilizem de outros métodos diagnósticos para a detecção de *Vibrio cholerae*;
- Reiterar as orientações e medidas sanitárias de prevenção à população, com participação direta das equipes de vigilância em saúde e assistência;
- Mapear as áreas mais vulneráveis de acordo com os determinantes e condicionantes sociais que favoreçam a contaminação e propagação.

ATENÇÃO!

Os achados da investigação epidemiológica realizada no estado da Bahia até o momento indicam se tratar de um caso isolado, localizado e sem evidências de ocorrência de outros casos (BRASIL, 2024).

Assim, esta nota tem por finalidade informar o caso ocorrido ao sistema de saúde do território paulista, a fim de torná-lo mais sensível para a adoção de medidas de prevenção e detecção oportuna em nosso território de casos de doença diarreica aguda (DTHA), considerando a necessidade de serem observados os aspectos da vigilância epidemiológica para correta investigação dos casos de DTHA.

Reforçamos que no Estado de São Paulo até o momento não temos nenhum caso confirmado de cólera e nenhum caso detectado pela vigilância ativa laboratorial que esteja em processo de análise confirmação de amostra ou investigação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. **Cólera**. 5. ed. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia para diagnóstico laboratorial em saúde pública: orientações para o sistema nacional de laboratórios de saúde pública** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. 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**. Alerta sobre a situação epidemiológica de cólera no mundo e recomenda o fortalecimento das vigilâncias epidemiológicas de doenças diarreicas agudas (DDA e cólera). Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. 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 23/2024-CGZV/DEDT/SVSA/MS**. Detecção de caso autóctone de cólera no Brasil e recomendações para o fortalecimento das vigilâncias epidemiológicas de doenças diarreicas agudas e da cólera (VE-DDA e VE-cólera). Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BUSS, SN; et. al. **Multicenter evaluation of the BioFire FilmArray gastrointestinal panel for etiologic diagnosis of infectious gastroenteritis**. J Clin Microbiol. V.53, n.3. p. 915-25. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25588652/>. Acesso em: 19 de abril de 2024.

DECUIR, M; et. al. **Evidence of False Positivity for *Vibrio* Species Tested by Gastrointestinal Multiplex PCR Panels**, Minnesota, 2016-2018. Open Forum Infect Dis. V.8. n.6. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8204891/>. Acesso em: 19 de abril de 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. **Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA): Normas e Instruções**. 2ed. 60pgs. São Paulo, 2008. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-transmitidas-por-agua-e-alimentos/doc/2008/2008_manual_mdda.pdf. Acesso em: 12 de jan. de 2023.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. **Plano de Contingência do Estado de São Paulo para a Cólera**. São Paulo, 2014. Acesso em: 14 de set. de 2023.

WHO. World Health Organization. **Cholera – Global situation**. Global Overview. 11.fev. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON437>. Acesso em: 19 de abril de 2024.

WHO. World Health Organization. **Multi-country outbreak of cholera, External Situation Report n.13, published 17 April 2024**. Edition 12. 14 March 2024. Emergency Situational Updates. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-cholera--external-situation-report-12---14-march-2024>. Acesso em: 19 de abril de 2024.

São Paulo, na data da assinatura digital.

Alessandra Lucchesi de Menezes Xavier Franco
Diretora Técnica de Saúde II
Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar

Tatiana Lang D'Agostini
Diretora Técnica de Saúde III
Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"

Regiane Cardoso de Paula
Coordenadora de Saúde
Coordenadoria de Controle de Doenças



Documento assinado eletronicamente por **Alessandra Lucchesi De Menezes Xavier Franco, DIRETORA TÉCNICA DE SAÚDE II**, em 19/04/2024, às 20:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tatiana Lang D'Agostini, Diretor Técnico de Saúde III**, em 19/04/2024, às 20:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



Documento assinado eletronicamente por **Regiane A Cardoso De Paula, COORDENADOR DE SAÚDE**, em 19/04/2024, às 20:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025673067** e o código CRC **184ACE5E**.