

CARACTERÍSTICAS GERAIS

▶ DESCRIÇÃO

A cólera é causada pela enterotoxina do *Vibrio cholerae* O1 ou O139 e compõe as doenças diarreicas agudas (DDA). A grande maioria das pessoas infectadas permanece assintomática (aproximadamente 75%) e, daqueles que desenvolvem a doença, a maioria apresenta sintomas leves ou moderados, e apenas de 10% a 20% desenvolvem a forma severa, que, se não for tratada prontamente, pode levar a graves complicações e ao óbito. As DDA caracterizam-se pela diminuição na consistência das fezes (fezes líquidas ou semilíquidas), pelo aumento da frequência de dejeção – mínimo de 3 episódios em 24 horas – por até 14 dias, podendo ser acompanhada de febre, náusea, vômitos.

▶ 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.

O *Vibrio cholerae* O1 pode ser classificado em dois biotipos: Clássico e El Tor, os quais apresentam diferentes propriedades fenotípicas e genotípicas, patogenicidade e padrões de infecção e sobrevivência nos hospedeiros humanos. As estirpes de El Tor são frequentemente associadas a infecções assintomáticas, menor taxa de mortalidade, melhor sobrevivência no ambiente e no hospedeiro humano, e maior eficiência da transmissão pessoa a pessoa, quando comparadas às estirpes clássicas, que causam manifestações clínicas mais graves.

▶ RESERVATÓRIO

O *Vibrio cholerae* possui dois reservatórios: os seres humanos (portadores assintomáticos) e o ambiente aquático. O *Vibrio cholerae* 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 mal cozidos.

▶ MODO DE TRANSMISSÃO

A transmissão da cólera ocorre por via fecal-oral e pode ser direta ou indireta:

- **Transmissão direta:** ocorre pela contaminação pessoa a pessoa.
- **Transmissão indireta:** ocorre pela ingestão de água ou alimentos contaminados.

▶ PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Geralmente de 2 a 3 dias, variando de 12 horas a 5 dias. Por questão de segurança, para as investigações epidemiológicas, foi padronizado o período de incubação de dez dias (Azman *et al.*, 2013).

▶ PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

Perdura enquanto houver eliminação do agente etiológico nas fezes, o que ocorre, na maioria dos casos, de um a dez dias após a infecção. Por questão de segurança, para as investigações epidemiológicas, foi padronizado o período de transmissibilidade de 20 dias (WHO, 2019).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas mais frequentes da cólera são diarreia e vômito com diferentes graus de intensidade. Febre não é uma manifestação comum.

Nos casos graves de cólera (10% a 20% dos sintomáticos), o início é súbito, com diarreia líquida, abundante e incoercível (incontrolável), com inúmeras dejeções diárias. Nesses casos, a diarreia e o vômito determinam uma extraordinária perda de líquidos, que pode ser da ordem de 1 a 2 litros por hora. Tal quadro leva rapidamente à desidratação intensa e deve ser tratado precoce e adequadamente para evitar a ocorrência de complicações e de óbito.

COMPLICAÇÕES

As complicações da cólera são decorrentes da depleção hidrossalina ocasionada pela diarreia e por vômito, e ocorrem mais frequentemente em indivíduos idosos, diabéticos, desnutridos, portadores do vírus HIV ou com patologia cardíaca prévia.

A desidratação não corrigida leva à deterioração progressiva da circulação, da função renal e do balanço hidroeletrólítico, causando danos a todos os sistemas do organismo. Como consequência, pode ocorrer choque hipovolêmico, necrose tubular renal, atonia intestinal (paralisia da contratilidade intestinal), convulsões e coma em crianças, hipocalemia (levando a arritmias cardíacas) e hipoglicemia (com convulsões e coma em crianças).

Em gestantes, o choque hipovolêmico pode induzir a ocorrência de aborto e parto prematuro.

DIAGNÓSTICO

▶ DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

É realizado a partir do cultivo de amostras de fezes ou vômito (Anexo). Quando o *Vibrio cholerae* é isolado, a cepa deve ser enviada ao laboratório de referência nacional para realização da caracterização bioquímica, sorológica e molecular.

► DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial deve ser realizado considerando-se todas as doenças diarreicas agudas; por isso, diante da suspeita de cólera, outros enteropatógenos sempre devem ser pesquisados. Para isso, recomenda-se a coleta simultânea de amostras de fezes para análise viral, bacteriana e parasitológica.

TRATAMENTO

O tratamento da cólera é simples e fundamenta-se na rápida reidratação dos pacientes por meio da administração de líquidos e de solução de sais de reidratação oral (SRO) ou fluidos endovenosos, dependendo da gravidade do caso. O acesso rápido à reidratação adequada é a base da terapia e, em crianças, é importante que a reidratação seja sempre associada à administração de sulfato de zinco.

Pacientes com sintomas leves a moderados (aproximadamente 80% dos casos de cólera – sintomáticos) podem ser tratados com sucesso com a administração imediata da SRO (Planos A e B). Pacientes diagnosticados com desidratação grave requerem administração de fluidos intravenosos, com a administração de SRO assim que a ingestão oral for possível (Plano C). Os planos de tratamento devem ser instituídos, conforme o *Manejo do Paciente com Diarreia* (Brasil, 2023), do Ministério da Saúde. Para crianças menores de 5 anos, recomenda-se o uso do tratamento preconizado pelo *Manual da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi): 2 meses a 5 anos* (Brasil, 2017b).

Para identificar o estado de hidratação do paciente e decidir o plano de tratamento adequado, os sinais e sintomas devem ser observados de acordo com o Quadro 1.

QUADRO 1 – Avaliação do estado de hidratação do paciente e definição do plano de tratamento adequado, de acordo com o *Manejo do Paciente com Diarreia*¹

OBSERVE			
Estado geral	Bem alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe com dificuldade ou é incapaz de beber*
EXPLORE			
Sinal de prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente*
Enchimento capilar	Normal (até 3 segundos)	Prejudicado (de 3 a 5 segundos)	Muito prejudicado (mais de 5 segundos)*

continua

¹Os planos de tratamento A, B e C podem ser consultados na íntegra no *Manejo do Paciente com Diarreia* do Ministério da Saúde.

conclusão

DECIDA			
-	SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar 2 ou mais sinais: DESIDRATAÇÃO	Se apresentar 2 ou mais sinais, incluindo pelo menos 1 dos destacados com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE			
-	Use PLANO A + ZINCO em crianças	Use PLANO B + ZINCO em crianças	Use PLANO C + Antibiótico ADEQUADO + ZINCO em crianças

Fonte: adaptado de Brasil, 2023.

USO DE ANTIBIÓTICOS

O uso de antibióticos² é recomendado apenas para os casos suspeitos de cólera com desidratação grave e para os que apresentarem pelo menos um episódio de diarreia por hora (em média) durante as primeiras quatro horas de reidratação observada (Plano B), ou que apresentarem condições significativas (exemplo: gravidez), comorbidades (exemplos: desnutrição aguda grave, HIV), independentemente do grau de desidratação. Os antibióticos indicados, atualmente, para esses casos, assim como as posologias recomendadas, seguem no Quadro 2. É importante ressaltar que, nessas condições, o antibiótico é complementar ao tratamento e não substitui a administração de líquidos e solução de sais de reidratação oral ou de fluidos endovenosos (a reidratação é a base da terapia) (WHO, 2018).

QUADRO 2 – Antibióticos e posologias indicados para tratamento da cólera

	MEDICAMENTOS DE 1ª ESCOLHA (CASO AS CEPAS LOCAIS SEJAM SENSÍVEIS)	OUTRAS OPÇÕES
CRIANÇAS < 12 anos	DOXICICLINA 2 mg/kg a 4 mg/kg (dose única)	AZITROMICINA 20 mg/kg (máx. 1 g) (dose única)
CRIANÇAS ≥ 12 anos e ADULTOS incluindo GESTANTES	DOXICICLINA 300 mg (dose única)	AZITROMICINA 1 g (dose única) Ou CIPROFLOXACINO 20 mg/kg (máx. 1 g) (dose única)

Fonte: adaptado de WHO, 2018.

²O uso de antibióticos no tratamento de pacientes com cólera com desidratação grave é apoiado por vários estudos que mostram que os antibióticos podem reduzir a duração da diarreia em 1,5 dias, diminuir o volume de fezes em até 50% e diminuir o tempo de liberação de *Vibrio cholerae* para um a dois dias. Apenas um pequeno número de estudos incluiu pacientes moderadamente desidratados e não há dados disponíveis sobre a eficácia dos antibióticos neste subgrupo.

Os medicamentos doxiciclina (comprimido e pó para solução injetável) e azitromicina (comprimido e pó para solução oral) são disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ambos pertencem ao Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf), conforme consta na *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2022* (Brasil, 2022).

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

▶ OBJETIVOS

- Prevenir a ocorrência de casos e óbitos por cólera.
- Impedir ou dificultar a propagação da doença.
- Detectar, caracterizar e controlar surtos.

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 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).

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 vômito. O exame laboratorial só confirma ou descarta o caso se o laudo for emitido por Laboratórios de Referência em Saúde Pública. Além disso, um exame laboratorial com resultado negativo só descarta o caso se houver segurança de que a coleta e o transporte da amostra foram realizados de maneira adequada (temperatura, acondicionamento e transporte adequados, além da coleta antes do uso de antibióticos). Além de permitir a confirmação de casos, a análise laboratorial é importante para avaliar e monitorar as características das cepas circulantes e a ocorrência de resistência a antibióticos.

É possível ocorrer infecções extraintestinais causadas por *Vibrio cholerae*. São casos raros, mas devem ser investigados e relatados ao Ministério da Saúde, entretanto somente devem ser notificados no Sinan se estiverem de acordo com a definição de caso suspeito de cólera. Ressalta-se ainda que apenas a identificação de *Vibrio cholerae* em cultivos de sangue, urina, líquido etc. **não configura critério laboratorial para confirmação da cólera.**

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.

Portador assintomático

Indivíduo infectado que, sem apresentar os sinais e os sintomas da doença, atua como reservatório e elimina o agente etiológico nas fezes por determinado período.

Os portadores assintomáticos devem ser investigados para identificação da possível fonte de contaminação e direcionamento de ações de prevenção e controle, **mas não são considerados casos suspeitos, portanto não devem ser registrados no Sinan.** Entretanto, sempre que houver identificação de portadores assintomáticos em áreas sem surto declarado de cólera, o Ministério da Saúde deve ser informado oportunamente para acompanhar a investigação.

Portadores assintomáticos de *Vibrio cholerae* não devem receber tratamento profilático com antibióticos.

Descartado

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

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.

NOTIFICAÇÃO

Todo caso suspeito ou confirmado de cólera deverá ser notificado de forma imediata (em até 24 horas) pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar atendimento ao paciente, pelo meio mais rápido disponível. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS.

A notificação, independentemente da forma como for realizada, também deverá ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), em até sete dias, por meio da **Ficha de Investigação da Cólera**, e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (SVSA/MS).

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A investigação (Figura 1) deve ser iniciada imediatamente após a notificação do caso suspeito ou confirmado, utilizando-se a **Ficha de Investigação da Cólera**. Tal investigação tem como objetivo identificar a fonte de infecção e o modo de transmissão; confirmar o diagnóstico; identificar fatores de risco; identificar populações vulneráveis e grupos expostos a maior risco; determinar as principais características epidemiológicas e orientar quanto às medidas de prevenção e controle.

Em algumas áreas, as condições socioeconômicas e culturais podem favorecer a instalação e a rápida disseminação do *Vibrio cholerae*. A análise da distribuição dos casos, de acordo com as áreas de ocorrência, proporcionará o conhecimento do comportamento da cólera, em todos os níveis, e subsidiará o planejamento e o direcionamento espacial das medidas de prevenção e controle.

ROTEIRO DA INVESTIGAÇÃO

► IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Após a suspeição do caso, devem-se preencher todos os campos dos itens relativos aos dados gerais, à notificação individual e à residência.

► COLETA DE DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

- Para confirmação da suspeita diagnóstica:
 - ▶ caracterizar o caso clinicamente: evolução dos sinais e dos sintomas; características da diarreia e do vômito; estado de hidratação (observar se já foi iniciada a reidratação oral);
 - ▶ verificar se já foram coletadas amostras de fezes e/ou vômitos (antes da utilização de antibióticos) e encaminhadas ao laboratório;
 - ▶ acompanhar a evolução do caso e os resultados dos exames laboratoriais específicos.
- Para identificação da área e da fonte de transmissão:
 - ▶ reconstituir as atividades realizadas pelo caso nos dez dias que precederam o início da DDA para identificar os possíveis fatores de risco. É importante verificar:
 - » o histórico de deslocamentos (no município, no estado, no País, ou internacional), bem como o tempo de permanência e as atividades realizadas em cada local;
 - » o histórico de contato com caso compatível com cólera;
 - » o histórico alimentar, a procedência e as práticas de manipulação dos alimentos consumidos;
 - » a procedência e a qualidade da água para consumo humano;

- » o histórico de contato com água de recreação (doce, salobra e salgada);
- » as condições de higiene pessoal e a situação da disposição dos dejetos e resíduos sólidos.
- ▶ investigar a existência de outros casos de DDA na residência, no local de trabalho e/ou de estudo e em outros estabelecimentos frequentados pelo caso suspeito (orientar que entrem em contato em caso de surgimento de sinais e sintomas);
- ▶ analisar o padrão de ocorrência das DDA no local da investigação a partir dos dados da Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas (VE-DDA);
- ▶ realizar busca ativa de casos na comunidade e nos serviços de saúde (públicos e privados).
- Coleta e remessa de material para exames: a partir das informações obtidas durante a investigação epidemiológica, deve-se:
 - ▶ avaliar a necessidade de realizar coletas de amostras de alimentos, incluindo água para consumo humano, para análise microbiológica;
 - ▶ avaliar a necessidade de investigar manipuladores de alimentos e realizar coleta de amostras de fezes para análise laboratorial;
 - ▶ identificar e investigar contactantes com risco de serem portadores assintomáticos e coletar amostras de fezes para análise laboratorial. Entende-se como contactantes com risco aqueles que tiveram contato íntimo e exposição aos mesmos fatores de risco durante os dez dias que precederam o início do quadro de DDA.

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. Quando a amostra for colocada em meio de transporte Cary-Blair, deve-se encaminhá-la, se possível, em até 48 horas. Acima desse tempo, é necessário manter sob refrigeração por até sete dias. No caso de amostras refrigeradas, devem-se respeitar as especificidades de cada agente.

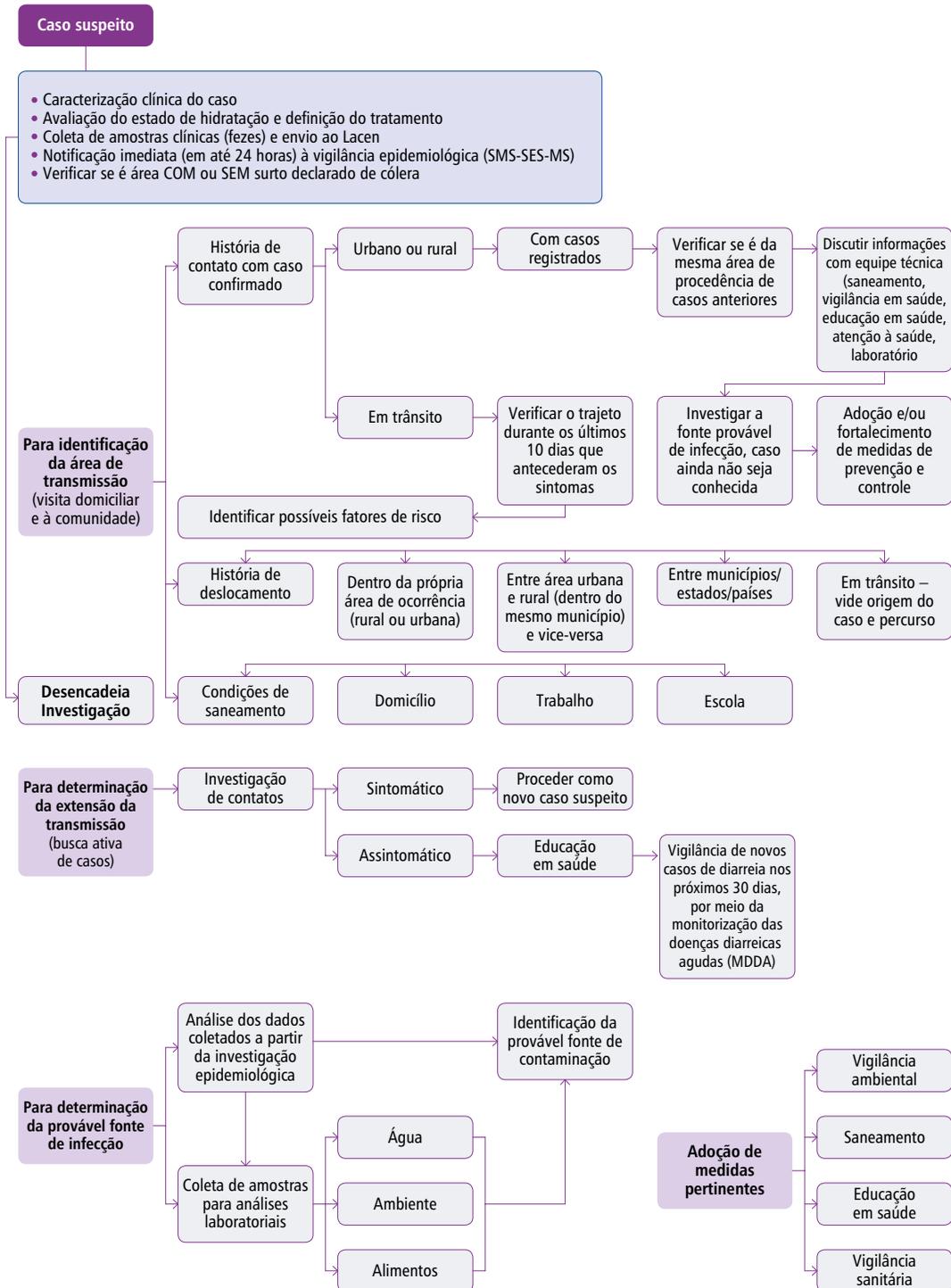
▶ ANÁLISE DE DADOS

Essa etapa compreende a interpretação dos dados já coletados a partir de entrevistas, busca ativa de casos, resultados de exames laboratoriais, inspeções sanitárias e ambientais, para que as ações de prevenção e controle sejam corretamente implementadas e as atividades da investigação sejam revisadas e aperfeiçoadas, a fim de impedir o surgimento de novos casos e identificar a fonte de transmissão.

▶ ENCERRAMENTO DE CASO

O caso de cólera deve ser encerrado oportunamente em até 60 dias da notificação. A classificação final do caso deve seguir os critérios descritos no item “Definição de caso”.

FIGURA 1 – Fluxograma de investigação de casos suspeitos de cólera



Fonte: DEDT/SVSA/MS.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

▶ OBJETIVOS

As medidas de prevenção e controle visam minimizar o risco de ocorrência de casos de DDA, incluindo cólera.

▶ ESTRATÉGIAS

A prevenção e o controle das DDA, incluindo a cólera, estão intimamente relacionados à existência de condições adequadas de saneamento básico (fornecimento de água potável em qualidade e quantidade suficiente, coleta e tratamento de dejetos e resíduos sólidos), ao desenvolvimento dos hábitos de higiene pessoal e à manipulação adequada dos alimentos. Por isso, as ações de educação em saúde devem destacar a importância dos hábitos de higiene pessoal, principalmente a lavagem correta das mãos, além dos cuidados que devem ser tomados durante o preparo e o armazenamento de alimentos. Na ausência de rede pública de água e esgoto, a população deve ser orientada sobre como proceder em relação à desinfecção domiciliar da água e ao destino de dejetos e resíduos sólidos.

Dessa forma, para prevenção e controle das DDA, incluindo a cólera, orienta-se a realização das seguintes ações:

- Lavagem frequente das mãos com sabão e água limpa, principalmente antes de preparar ou ingerir alimentos, após realizar as necessidades fisiológicas, como ir ao banheiro, após utilizar conduções públicas ou tocar superfícies que possam estar sujas, após tocar em animais, sempre que voltar da rua, antes e depois de amamentar e trocar fraldas.
- Lavagem e desinfecção de superfícies, utensílios e equipamentos usados na preparação de alimentos.
- Proteção dos alimentos e das áreas da cozinha contra insetos, animais de estimação e outros animais (guarde os alimentos em recipientes fechados).
- Tratamento da água para consumo (após filtrar, ferver ou colocar duas gotas de solução de hipoclorito de sódio a 2,5% para cada litro de água, aguardar por 30 minutos antes de usar).
- Armazenamento da água tratada em vasilhas limpas e com tampa, sendo a “boca” estreita para evitar a recontaminação.
- Não utilização de água de riachos, rios, cacimbas ou poços contaminados para banhar ou beber.
- Ingestão de alimentos bem cozidos. Evitar o consumo de alimentos crus ou mal cozidos (principalmente os frutos do mar) e alimentos cujas condições higiênicas, de preparo e acondicionamento, sejam precárias.
- Descarte de lixo ensacado e manutenção da tampa do lixo fechada; quando não houver coleta de lixo, este deve ser enterrado em local apropriado.
- Utilização do vaso sanitário – se não for possível, as fezes devem ser enterradas, sempre longe dos cursos de água.

São medidas não recomendadas e totalmente inócuas as tentativas de prevenção e controle da cólera por meio da quimioprofilaxia em massa e da restrição à circulação de pessoas e mercadorias. Diante da ameaça da cólera, as pressões para que se adotem tais tipos de medidas são geradas pelo pânico entre a população ou pela desinformação dos profissionais.

▶ TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO COM SOLUÇÃO DE HIPOCLORITO DE SÓDIO (2,5%)

O tratamento da água em domicílios deve obedecer aos seguintes passos:

- Filtrar a água utilizando filtro doméstico ou coar em coador de papel ou pano limpo.
- Na impossibilidade de filtrar ou coar, colocar a água em um vasilhame limpo e deixar decantar (descer o material em suspensão) até que fique limpa.
- Após a decantação, coletar a água da parte de cima do vasilhame e colocar em uma vasilha limpa.
- Colocar duas gotas de solução de hipoclorito de sódio a 2,5% para cada litro de água, para inativação de micro-organismos que causam doenças.
- Aguardar 30 minutos para beber a água.

O acondicionamento da água já tratada deve ser feito em recipientes higienizados que possam ser hermeticamente fechados, preferencialmente de “boca” estreita, para evitar a contaminação posterior pela introdução de utensílios utilizados para retirada da água (canecos, conchas e outros).

▶ VACINA

Existem dois tipos de vacinas (orais) contra a cólera, as quais são recomendadas para utilização em locais endêmicos, durante surtos de cólera e em crises humanitárias com risco de cólera (WHO, 2017). A Organização Mundial da Saúde (OMS) mantém um estoque de vacina contra a cólera, desde 2013, para ser utilizada nessas situações, conforme pedido do país, mas ressalta-se que sua utilização deve ser sempre em conjunto com outras estratégias de prevenção e controle.

REFERÊNCIAS

AZMAN, A. S. *et al.* The incubation period of cholera: a systematic review. **J. Infect.**, v. 66, n. 5, p. 432-438, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2022**. Brasília, DF: MS, 2022. 181 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2022.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manejo do paciente com diarreia [Cartaz]**. 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos**. Brasília, DF: MS, 2017b. 74 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cholera vaccines: WHO position paper – August 2017. **Wkly Epidemiol Rec.**, v. 92, n. 34, p. 477-500, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Task Force on Cholera Control. Surveillance Working Group. **Technical Note: use of antibiotics for the treatment and control of cholera**. Geneva: WHO, 2018. 9 p. Disponível em: <https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/10/gtfcc-technical-note-on-use-of-antibiotics-for-the-treatment-of-cholera.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Media centre – CHOLERA**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/en/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

ANEXO – COLETA DE AMOSTRAS DE MATERIAL CLÍNICO

INSTRUMENTO	MÉTODO	TRANSPORTE E VIABILIDADE DA AMOSTRA
Swab retal	<p>Introduzir o swab na ampola retal, comprimindo-o, em movimentos rotatórios suaves, em toda a extensão da ampola.</p> <p>Inocular no meio de transporte Cary-Blair ou em 10 mL a 20 mL de água peptonada alcalina (pH entre 8,4-8,6).</p>	<p>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 recipiente com água em temperatura natural), ou em até 7 dias, se mantidas sob refrigeração (entre 4°C e 8°C).</p>
Swab fecal	<p>Recolher parte das fezes com o auxílio de um swab.</p> <p>Introduzir o swab no meio de transporte Cary-Blair ou em água peptonada alcalina.</p>	<p>Processar as amostras acondicionadas em tubos de água peptonada alcalina até 12 horas após a coleta.</p> <p>O meio de transporte Cary-Blair conserva, por até 4 semanas, numerosos tipos de bactérias, inclusive vibriões. No entanto, como o swab, retal ou fecal, contém outros microrganismos da flora normal, recomenda-se processá-lo de 24 a 72 horas após a coleta (a 30°C) ou em até 7 dias, se mantido sob refrigeração (4°C a 8°C).</p> <p>As amostras coletadas por swab devem ser semeadas de imediato se não forem acondicionadas no meio de transporte apropriado.</p>
Fezes in natura	<p>Recolher entre 3 g e 5 g de fezes, diarreicas ou não, em recipiente de “boca” larga, limpo e/ou esterilizado (não utilizar substâncias químicas).</p> <p>Evitar recolher amostras fecais contidas nas roupas, na superfície de cama ou do chão.</p>	<p>A semeadura deve ser realizada imediatamente após a coleta.</p>
Papel de filtro	<p>Utilizar tiras de papel de filtro, tipo xarope ou mata-borrão (2,5 cm de largura por 6,5 cm de comprimento).</p> <p>Espalhar as fezes diarreicas ou emulsionadas em água em 2/3 de uma das superfícies do papel, com o auxílio de um fragmento de madeira ou de outro material disponível.</p> <p>Acondicionar as tiras de papel de filtro em invólucros plásticos, perfeitamente vedados.</p>	<p>Colher a amostra, tampar e observar a umidade (a amostra só é válida enquanto o papel de filtro se mantiver úmido).</p>

Fonte: DEDT/SVSA/MS.