



NOTA TÉCNICA Nº 14/2025/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA

Processo nº 25351.800941/2024-72

Orientações e atualização das atividades de vigilância epidemiológica de Doenças Diarreicas Agudas (DDAs) e Cólera para Portos, Aeroportos e Fronteiras.

1. RELATÓRIO

Em 21/07/2025, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou que desde o início deste ano, países do continente africano estão atravessando surtos graves de cólera e que a doença se espalhou rapidamente (ONU, 2025).

Em 17/10/2025, a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente da Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública, do Ministério da Saúde, emitiu NOTA TÉCNICA Nº 70/2025-CGLAB/SVSA/MS (SEI 3895812), que trata da descentralização do Diagnóstico Molecular de Vírus Gastroentéricos causadores de Doença Diarreica Aguda e das Estratégias para o Fortalecimento da Vigilância Laboratorial.

2. ANÁLISE

As Doenças Diarreicas Agudas (DDAs) correspondem à síndrome causada por diferentes agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitos intestinais oportunistas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com diminuição da consistência das fezes. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. Podem ser acompanhadas de náusea, vômito, febre e dor abdominal. No geral, é autolimitada, com duração de até 14 dias. As formas variam desde leve até grave, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição. O período de incubação das DDA varia conforme o agente etiológico causador, mas usualmente é curto, variando de um a sete dias. Os agentes mais frequentes são os de origem bacteriana e viral, como, por exemplo, *Salmonella spp.*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, rotavírus, norovírus e adenovírus. (BRASIL, 2024).

Dentre as DDAs, a cólera é a doença infecciosa intestinal aguda com maior preocupação para saúde pública devido a elevada mortalidade nos países que apresentam surtos ou que sejam endêmicos. Causada pelo *Vibrio cholerae* O1 ou O139 toxigênico, com manifestações clínicas variadas. Frequentemente, a infecção é assintomática ou oligossintomática, com diarreia leve. Pode também se apresentar de forma grave, com diarreia aquosa e profusa, com ou sem vômitos, dor abdominal e câibras. Quando não tratada prontamente, pode ocorrer desidratação intensa, levando a graves complicações e ao óbito. A transmissão pode ocorrer por meio de ingestão de água ou alimentos contaminados, na transmissão indireta, ou pessoa a pessoa por transmissão por contato direto com fezes, vômito ou coisas (fômites) que tenham sido contaminadas com fezes ou vômito de alguém que tenha cólera. Para fins de vigilância epidemiológica foi padronizado o período de incubação de 10 dias após exposição. O período de transmissão, por questão de segurança, para as investigações epidemiológicas, foi padronizado o período de transmissibilidade de 20 dias (BRASIL, 2024).

Outra DDA relevante para saúde pública é a febre tifóide, uma doença bacteriana aguda, causada pela *Salmonella Typhi*, e sua ocorrência está relacionada às condições de saneamento básico inadequadas e aos hábitos de higiene precários. O quadro clínico geralmente se apresenta por febre alta, cefaleia, mal-estar geral, anorexia, bradicardia relativa (dissociação pulso-temperatura conhecida como sinal de *Faget*), esplenomegalia, manchas rosadas no tronco (roséola tífica), tosse seca e constipação intestinal ou

diarreia. A febre tifoide pode ser transmitida diretamente, pelo contato com as mãos do doente ou do portador; ou indiretamente, por meio da água e de alimentos contaminados. A contaminação dos alimentos pode ocorrer por pacientes oligossintomáticos (manifestações clínicas discretas), razão pela qual a doença também é conhecida como “*doença das mãos sujas*”. No Brasil, a maior concentração de notificações de casos está nas Regiões Norte e Nordeste, refletindo as condições de vida dessas populações. (BRASIL, 2024).

As DDAs que envolvem duas ou mais pessoas que apresentam sinais e sintomas semelhantes após ingerirem alimentos e/ou água da mesma origem caracterizam surtos de doenças de transmissão hídrica e alimentar (DTHA). As DTHA são uma síndrome geralmente constituída por sinais e sintomas gastrointestinais, porém afecções extraintestinais também podem ocorrer em diferentes órgãos, como rins, fígado, sistema nervoso central, entre outros. Muitas vezes a etiologia da doença é difícil de ser estabelecida, pois os surtos comumente são produzidos por vários agentes etiológicos e se expressam por variadas manifestações clínicas. Por esse motivo, não há definições de caso preestabelecidas, com exceção das doenças que constam na Lista de Notificação Compulsória, cujos casos devem ser notificados individualmente. (BRASIL, 2024).

As DDAs compreendendo casos individuais de Rotavíruses, Norovíruses, Shigueloses e outros agentes não são de notificação compulsória, sendo relevantes, portanto, apenas em momentos de surtos localizados.

2.1. Cenário epidemiológico da DDAs e Cólera no mundo

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que, de 1º janeiro a 17 de agosto de 2025 foram registrados globalmente, 409.222 casos de cólera/DDAs e 4.738 mortes em 31 países. (WHO, 2025).

Em 2024, a 7ª pandemia de cólera continuou a se expandir. Um total de 560.823 casos e 6.028 mortes foram relatados à OMS por 60 países, territórios e áreas - um aumento de 45% em relação a 2023. O número de casos relatados aumentou 5% e o número de mortes, 50%. A taxa de letalidade geral foi de 1,1%. (WHO, 2025).

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 até o final de 1992, todos os estados do Nordeste foram atingidos, e casos autóctones foram registrados, sendo um caso no Rio de Janeiro e um caso no Espírito Santo. Em 1993, houve o avanço da doença para as regiões Sudeste e Sul e, a partir de 1995, observou-se uma importante diminuição do número de casos de cólera no país. (BRASIL, 2024)

Entre 2002 e 2003, não houve registro de casos. Já em 2004, 21 casos foram confirmados e, em 2005 foram cinco casos confirmados, sendo esses, os últimos casos autóctones registrados no país nesse período. 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). (BRASIL, 2024)

A situação global da cólera continua a deteriorar-se, impulsionada por conflitos e pobreza, representando um desafio significativo para a saúde pública em várias regiões da OMS. Entre 1 de janeiro e 17 de agosto de 2025, foram notificados globalmente um total de 409.222 casos de cólera/DDAs e 4.738 mortes, em 31 países, com seis dos 31 países a reportarem taxas de letalidade superiores a 1%. Durante o mesmo período em 2024, 510.638 casos e 3.248 mortes foram relatados em 28 países, representando uma redução de 20% nos casos, mas um aumento de 46% nas mortes, o que indica graves lacunas na gestão de casos e atraso no acesso a cuidados de saúde. (WHO, 2025).

Nos EUA, cerca de 47,8 milhões de casos de infecções por DDAs ocorrem a cada ano, com um custo estimado de pelo menos US\$ 150 milhões para a economia da saúde. Esses números se comparam aos da Inglaterra e País de Gales, onde as DDAs causam 300 mortes e 35.000 internações hospitalares por ano. Há uma estimativa de 17 milhões de casos de DDAs no Reino Unido todos os anos. (BARNABAS, 2025).

Não houve relatos confirmados de casos de cólera no Brasil em 2025. Atualmente, o Ministério da Saúde monitora a situação epidemiológica da cólera e implementa medidas de prevenção e controle, como o

alerta aos profissionais de saúde sobre a importância da vigilância e investigação de casos suspeitos. (BRASIL, 2025).

Apesar da ausência de casos de cólera no país, as DDAs causadas por outros agentes etiológicos são condições socioambientais crônicas que, apesar das melhorias no diagnóstico e manejo, continuam sendo a terceira principal causa de morte em crianças de 1 mês aos 5 anos de idade, com aproximadamente 88% dessas mortes sendo causadas por problemas de água, saneamento e higiene.

O Ministério da Saúde, disponibiliza em seu site um painel atualizado em tempo real onde consta os dados de doenças diarreicas agudas - DDAs no Brasil, conforme consulta realizada no dia 24/10/2025, o número de casos registrados de DDAs até essa data foi de 6.906.254, uma diminuição de 16,81% em comparação ao mesmo período no ano anterior. O referido painel pode ser acompanhado na internet no endereço: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-doencas-diarreicas-agudas>

2.2. Vigilância epidemiológica das DDAs e Cólera

A Lei 9782/99 prevê em seu art. 7º que as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de vetores relativas a portos, aeroportos e fronteiras, serão executadas pela Anvisa, sob orientação técnica e normativa do Ministério da Saúde.

Por sua vez, a Lei nº 6.259/75 que organiza as ações de Vigilância Epidemiológica, estabelece que:

Art 7º São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados:

I - de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional.

II - de doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada periodicamente.

Finalmente, a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, atualizada pela Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025, estabelece que é de notificação compulsória sendo **Cólera, Febre Tifóide e surto de DTHA de notificação imediata e Intoxicação Intestinal Exógena** (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) de **notificação semanal**. As fichas de notificação estão disponíveis em:

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/DTA/Surto_DTA_v5.pdf

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Colera/Colera_v5.pdf

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Febre-Tifoide/Febre_Tifoide_v5.pdf

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/ioxog/Intoxicacao_Exogena_v5.pdf

As definições de casos, de acordo com o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL,2024), para DDAs:

Caso - pessoa que apresente aumento do número de evacuações (mínimo de 3 ou mais episódios no período de 24 horas) com diminuição da consistência das fezes, geralmente líquidas ou semilíquidas, com duração de até 14 dias.

Caso novo - quando, após a normalização da função intestinal por um período de 48 horas, o paciente apresentar novo quadro de DDA – para fins de notificação no Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica das DDA (Sivep-DDA). Há infecções por alguns agentes etiológicos que produzem um quadro diarreico intermitente e até mesmo mais duradouro que 14 dias. Na ocorrência de surtos, cada caso novo deve ser considerado conforme o agente etiológico suspeito/identificado ou vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente.

Surto - a ocorrência de dois casos de DDA ou mais, relacionados entre si, com histórico de exposição à mesma fonte ou de alteração do padrão epidemiológico (aumento de casos, ocorrência de casos graves, mudança de faixa etária e/ou sexo), considerando o monitoramento sistemático local.

As definições de casos para cólera são:

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

- a) Indivíduo, proveniente de áreas com ocorrência de casos confirmados de cólera, que apresente DDA até o décimo dia de sua chegada.
- b) 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.
- c) 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:

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

Caso confirmado

- a) 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.
- b) 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.

As definições de casos para febre tifóide são:

Caso suspeito - Indivíduo com febre persistente, acompanhada ou não de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaleia, mal-estar geral, dor abdominal, anorexia, dissociação pulso/temperatura, constipação ou diarreia, tosse seca, roséolas tíficas (manchas rosadas no tronco – achado raro) e hepatoesplenomegalia.

Caso confirmado

Critério clínico-laboratorial: indivíduo que apresente achados clínicos compatíveis com a doença, além de isolamento de *Salmonella Typhi* ou detecção pela técnica de PCR.

Critério clínico-epidemiológico: indivíduo com quadro clinicamente compatível e com vínculo epidemiológico ao caso confirmado por critério laboratorial.

Portador - Indivíduo que, após a infecção clínica ou subclínica, continua eliminando bacilos.

Óbito - Será considerado óbito por febre tifoide aquele em que:

- Os achados clínicos forem compatíveis com a doença e houver isolamento da *Salmonella Typhi* (incluindo cultura da bile e da medula óssea, obtidas durante autópsia) ou detecção pela técnica de PCR.
- Os achados clínicos forem compatíveis e houver vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial.

Descartado - caso que não se enquadra nas definições de caso confirmado

O Brasil não dispõe de vacina de cólera no seu programa nacional de imunização. Apesar de existirem vacinas contra a cólera, elas são recomendadas apenas para populações em áreas com cólera endêmica, em situações de crise humanitária com alto risco ou durante surtos da doença, e não fazem parte do esquema de imunização de rotina do país. O Regulamento Sanitário Internacional da Organização Mundial da Saúde não recomenda a vacinação contra a cólera e febre tifoide para viajantes internacionais que se deslocam para países onde estejam ocorrendo casos da doença. (BRASIL,2024).

Entre os agentes biológicos que podem causar uma DDA, está disponível no SUS a vacina contra rotavírus humano (atenuada), protege contra as complicações decorrentes da infecção pelo rotavírus, que previne diretamente a infecção sistêmica por rotavírus, incluindo complicações extraintestinais envolvendo o sistema nervoso central. Oferece proteção cruzada contra outros sorotipos de rotavírus. (BRASIL,2024).

A vacinação, por si só, não é suficiente para erradicar uma DDA, mas sim, um poderoso instrumento adicional para o seu controle. As vacinas complementam outras medidas eficazes bem conhecidas que consistem em garantir a utilização de água potável, uma boa higiene, uma vigilância adequada e uma gestão rápida dos casos. Para uma proteção eficaz e duradoura, é essencial que toda a população adote boas práticas de higiene, como consumir apenas água tratada ou fervida, lavar as mãos frequentemente com água e sabão, garantir que os alimentos estejam bem cozidos e descartar corretamente os resíduos sanitários. (OMS, 2025).

2.3. **Vigilância Epidemiológica das DDAs e Cólera em Portos, Aeroportos e Fronteiras**

A Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 932, de 10 de outubro de 2024, estabeleceu responsabilidades para administradores de portos, aeroportos e plataformas de petróleo, bem como para operadores de meios de transporte aquaviários e aéreos, considerando instrumentos e operações preconizadas pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Nesse intuito a referida RDC definiu, em síntese, que portos, aeroportos e plataformas de petróleo devem manter plano de contingência e atuar no gerenciamento de Eventos de Saúde Pública (ESP). Ao mesmo tempo, a norma estabelece a avaliação do cenário epidemiológico para indicação de medidas de saúde temporárias.

2.3.1. **Avaliação de risco e Controle das DDAs**

No mundo, após seguidos anos de queda, tem ocorrido um aumento de casos de cólera e de sua distribuição geográfica. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), de janeiro de 2023 a março de 2024, 31 países registraram casos ou declararam surto de cólera. Seguindo a classificação da OMS, a Região Africana foi a mais afetada, com 18 países. Nas Américas, nesse período, houve surtos declarados apenas no Haiti e na República Dominicana. (BRASIL,2024).

Para fins de monitoramento e vigilância à nível de PAFs, atualmente, 23 países estão notificando surtos de cólera e os impactos mais graves são observados no Congo, na Etiópia, Angola e em Moçambique. Destes, o Brasil mantém voos diretos para Angola, o que reforça a necessidade de manutenção da vigilância desses voos. (WHO,2025).

As ações prioritárias para a prevenção, o controle e a redução dos riscos, de casos e de surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) depende de investimentos para melhoria da infraestrutura dos serviços de saneamento básico, abastecimento de água potável, coleta e tratamento de esgoto, drenagem urbana e coleta de resíduos sólidos, bem como as boas práticas na manipulação de alimentos.

Visando o controle da disseminação das DDAs, o abastecimento de água potável, o saneamento, a segurança alimentar e a higiene são fatores relevantes para prevenção e controle e já preconizadas em normas vigentes, bem como o gerenciamento de resíduos sólidos, limpeza e desinfecção, especialmente na presença de fezes ou vômito. Essas medidas já estão previstas nas RDC nº 02/2003, RDC nº 216/2004, RDC nº 72/2009, RDC nº 661/2022 e RDC nº 664/2022, sendo objeto de inspeção pelas unidades da Gerência Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (GGPAF).

A OMS não recomenda quaisquer restrições de viagem ou comércio aos Estados-Membros com base nas informações atualmente disponíveis. No entanto, como o surto também afeta zonas fronteiriças onde existe um movimento transfronteiriço significativo, a OMS incentiva os Estados-Membros a garantirem a cooperação e a partilha regular de informações em todos os níveis da organização, para que qualquer propagação através da fronteira seja rapidamente avaliada e contida (WHO, 2023).

Portanto, medidas como a quarentena para limitar a circulação de pessoas e o embargo de mercadorias são desnecessárias e ineficazes no controle da propagação do cólera. Não se justifica, pois, restringir a circulação de pessoas e impor restrições a viagens apenas com base no fato de que a cólera é epidêmica ou endêmica em um determinado país. Os rastreios de rotina ou as restrições à circulação de pessoas, incluindo medidas de quarentena ou de cordão sanitário, não se revelaram eficazes no controle do cólera, pelo que são considerados desnecessários.

Quaisquer medidas sanitárias à chegada ou à partida, ou relacionadas com a entrada de viajantes, devem ser aplicadas em conformidade com as disposições do Regulamento Sanitário Internacional. O risco de infecção para viajantes internacionais é muito baixo para a maioria dos viajantes, mesmo em países onde os surtos de cólera estão ativos, desde que sigam as medidas preventivas adequadas. (OPAS,2024).

2.3.2. Medidas de saúde relacionadas às DDAs e Cólera para portos, aeroportos e fronteiras

Frente ao cenário epidemiológico atual das DDAs e Cólera, **não são indicadas medidas de saúde temporárias para portos e aeroportos.**

Considerando a necessidade de **manter a capacidade de vigilância epidemiológica nos portos e aeroportos**, orienta-se aos administradores:

- Manter atualizado Plano de Contingência, revisando protocolos e procedimentos para casos suspeitos de cólera/DDAs, em articulação com o órgão de Vigilância Epidemiológica local;
- Divulgar as definições de caso do item 2.2 aos serviços de saúde atuantes nos portos e aeroportos, assim como os vinculados às empresas atuantes nesses;
- Ao detectar caso suspeito de Cólera ou surto de DDA, realizar avaliação do risco, conforme Anexo I da RDC 932/2024, e acionar a autoridade competente para avaliar a ativação do Plano de Contingência do Porto ou do Aeroporto;
- Adotar procedimentos de desinfecção dos ambientes utilizados pelo caso suspeito e tratamento de resíduos como infectantes, atentando para Equipamentos de Proteção Individual;
- É indicado isolamento dos casos de Cólera. Não há indicação de quarentena de contatos assintomáticos.

2.3.3. Orientações a viajantes

No momento atual **não é indicada a divulgação de materiais informativos relativos a DDAs/Cólera.**

Informações atualizadas sobre o tema podem ser obtidas na Internet nos portais do Ministério da Saúde, nos endereços eletrônicos:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dda>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-tifoide>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/colera>

3. CONCLUSÃO

Baseado no cenário epidemiológico atual das DDAs e cólera, não há medidas de saúde temporárias a serem implementadas para as áreas de portos, aeroportos e fronteiras. O controle desses agravos recaem nos procedimentos e práticas de higiene e condições sanitárias adequadas definidas nas resoluções

vigentes. Considerando o grande fluxo de viajantes nas áreas de portos e aeroportos, as administradoras devem manter as condições sanitárias definidas nas normativas vigentes visando garantir o bem estar e segurança hídrica-alimentar, minimizando assim os riscos de infecção e surtos das DDAs e disseminação e Cólera.

A vigilância epidemiológica de DDAs, vigilância sindrômica, aumenta a sensibilidade para casos de cólera e febre difóide, agentes com maior morbidade e letalidade. Ao mesmo tempo que representam um sensor para qualidade da água e alimentos ofertados principalmente em embarcações e aos viajantes e trabalhadores que se alimentam nos terminais aeroportuários e portuários.

Frente a alterações desse cenário de monitoramento e na ocorrência de surtos de cólera e/ou DDAs, serão atualizadas as medidas recomendadas para portos e aeroportos.

4. REFERÊNCIAS

BARNABAS.A. BMJ. Best Practice. Shiguellas infections. Disponível em <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1174> Revisão: 22 Jun 2025. Acessado em 22/07/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Guia de vigilância em saúde: volume 16. ed. rev.* Brasília, 2024. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6edrev_v1.pdf. Acessado em 23/07/2025.

BRASIL. Cólera. Situação Epidemiológica. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/colera/situacao-epidemiologica>. Acessado em 06/08/2025.

BRASIL. Vigilância epidemiológica das doenças de transmissão hídrica e alimentar: manual de treinamento. Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-transmitidas-por-alimentos-dta> Acessado em 22/07/2025.

BRASIL. Doenças Diarreicas Agudas. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-doencas-diarreicas-agudas> . Acessado em: 24/10/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual Integrado de Vigilância Epidemiológica da Cólera. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_integrado_vigilancia_colera.pdf . Acessado em: 04/11/2025.

ONU. Organização Mundial da Saúde alerta para surtos de cólera em vários países. 23/05/2025. ONU News. Disponível em <https://news.un.org/pt/story/2025/05/1848761>. Acessado em 22/07/2025.

OPAS/PAHO. Atualização epidemiológica Cólera na Região das Américas 26 de abril de 2024. Disponível em <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-04/2024-abril-26-phe-atualizacao-colera-ptfinal0.pdf>. Acessado em 06/08/2025.

WHO. Cholera – Multi-country with a focus on countries experiencing current surges Disease Outbreak News, published 29 August 2025. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON579> Acessado em: 23/10/2025.

WHO. Global situation report for Cholera, 2024 - Weekly epidemiological record, published 5 september 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer10036-347-364> . Acessado em: 07/11/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Gregis, Coordenador(a) de Vigilância Epidemiológica em PAF**, em 07/11/2025, às 18:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Bezerra de Oliveira, Assessor(a)**, em 07/11/2025, às 18:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Michelle Werneck de Oliveira, Gerente-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados Substituto(a)**, em 07/11/2025, às 18:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Jose Eduardo Brandao Campos, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária**, em 10/11/2025, às 09:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.anvisa.gov.br/autenticidade>, informando o código verificador **3719904** e o código CRC **8799CCC9**.