

**NOTA TÉCNICA Nº 15/2026/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 janeiro de 2026, houve uma diminuição de 6% dos novos casos de cólera e diarreia aquosa aguda (DAA) em relação ao mês anterior, nos 19 países, territórios e áreas (doravante denominados países) em três regiões globais da Organização Mundial da Saúde - OMS. No entanto, n esse período, ocorreu um aumento de 20% de óbitos relacionados à cólera em todo o mundo, em relação ao mês anterior. (WHO, 2026a).

Em Santa Catarina, no verão de 2026 (nas SE de 01-11), o número de casos notificados de DTHA situou-se acima do canal endêmico esperado para o período, onde os dados indicaram 92 surtos notificados até 25/03/2026. (SANTA CATARINA/SES, 2026). Já no caso da cólera, a partir de 2006, não houve casos autóctones no Brasil, apenas casos importados (o último em 2018). Desde então, nenhum outro caso de cólera, autóctone ou importado, foi registrado no país. (SÃO PAULO, 2026).

**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, Shigeloses 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**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1º de janeiro a 28 de dezembro de 2025, um total acumulado de 614.828 casos de cólera e 7.598 mortes foram relatados em 33 países em cinco regiões da OMS. A Região Africana foi a mais afetada, com 22 países, porém a Região do Mediterrâneo Oriental notificou mais casos, 359.052 no total. Nas Américas há surto declarado apenas no Haiti (WHO, 2026b).

A Região do Mediterrâneo Oriental, com maior número de casos (359.052 casos; seis países), foi seguida pela Região Africana (242.344 casos, 22 países), a Região do Sudeste Asiático (6.628 casos; cinco países), a Região das Américas (5.353 casos; um país) e a Região do Pacífico Ocidental (1.451 casos; um país). A Região Africana registrou o maior número de mortes (5.315 mortes), seguida pela Região do Mediterrâneo Oriental (2.167 mortes), a Região das Américas (78 mortes), a Região do Pacífico Ocidental (27 mortes) e a Região do Sudeste Asiático (11 mortes). (WHO, 2026b).

Os casos de cólera/DDAs na África aumentaram mais de sete vezes nas primeiras seis semanas de 2026, por comparação com o mesmo período do ano anterior, devido a graves inundações provocadas por ciclones, conflitos e deslocação de populações, infra-estruturas danificadas e abastecimento inadequado de água e saneamento entre as populações deslocadas. Foram identificadas 27 áreas de risco elevado em cinco países, com vulnerabilidades que incluem infra-estruturas precárias de água, saneamento e higiene, bem como surtos recorrentes de cólera. (OMS, 2026).

Em janeiro de 2026, um total de 16.912 novos casos de cólera e diarreia aquosa aguda (DAA) foram relatados em 19 países em três regiões da OMS, representando uma diminuição de 6% em relação ao mês anterior. A Região Africana registrou o maior número de casos, seguida pela Região do Mediterrâneo Oriental e pela Região do Sudeste Asiático. Este período também registrou 182 mortes relacionadas à cólera em todo o mundo, representando um aumento de 20% em relação ao mês anterior. Não foram relatados surtos na Região do Pacífico Ocidental ou na Região

das Américas durante este período. (WHO,2026a).

Desde 25 de fevereiro de 2026 até 30 de março de 2026, o registro alcançou 17.723 novos casos de cólera em todo o mundo, incluindo 212 novos óbitos. Novos casos (confirmados) foram relatados no Afeganistão (7.758), República Democrática do Congo (5.775), Moçambique (2.496), Somália (386) e Sudão do Sul (455), e casos em Angola, Burundi, Haiti, Índia, Malawi, Myanmar/Birmânia, Namíbia, Paquistão e Ruanda. Em comparação, desde 1º de janeiro de 2025 até 30 de março de 2025, foram notificados 95.191 casos de cólera em todo o mundo, incluindo 1.188 óbitos. (ECDC, 2026).

Na Região das Américas, no Haiti, desde 28 de dezembro de 2025 até 16 de fevereiro de 2026, foram relatados 212 novos casos, incluindo duas novas mortes. Desde 1º de janeiro de 2026 até 16 de fevereiro de 2026, foram relatados 212 casos, incluindo duas mortes. Em comparação, em 2025, até 5 de janeiro de 2025, foram relatados 369 casos, incluindo 27 mortes. (ECDC, 2026).

Os casos confirmados e registros de mortes por cólera em janeiro de 2026 foram 57% e 54% menores, respectivamente, do que em janeiro de 2025 (39.434 casos e 398 mortes em 23 países). Nos últimos anos, conflitos, deslocamentos em massa, desastres naturais e mudanças climáticas intensificaram os surtos, particularmente em áreas rurais e afetadas por inundações, onde a infraestrutura precária e o acesso limitado à saúde atrasam o tratamento. Esses fatores transfronteiriços tornaram os surtos de cólera cada vez mais complexos e difíceis de controlar. A subnotificação e os atrasos na notificação podem afetar a pontualidade e a precisão, enquanto as variações nos sistemas de vigilância, nas definições padrão de casos e na capacidade dos laboratórios podem limitar a comparabilidade direta entre os países. Salvo indicação em contrário, o termo "casos de cólera" inclui casos suspeitos e confirmados. (WHO,2026a).

Os casos acumulados e óbitos de cólera relatados de 01 Janeiro a 19 de Abril 2026 no mundo foram: Países ou áreas: 22; Casos acumulados: 70 mil; Casos relatados nos últimos 28 dias: 17 mil; Óbitos acumulados: 850 e Óbitos relatados nos últimos 28 dias: 232. (WHO,2026d) Nesse contexto, embora a probabilidade de infecção por cólera em viajantes que visitam esses países permaneça baixa, a importação esporádica de casos é possível. (ECDC, 2026).

No Brasil, o número de casos registrados de DDAs foi de: 6 milhões em 2023; 8 milhões em 2024 e 8 milhões em 2025. Segundo a OMS, estima-se que houve no mundo em 2019 mais de 1 milhão de óbitos por diarreia. (BRASIL, 2026a).

Com base nas informações disponíveis até abril de 2026, o cenário de diarreia no Brasil em 2026 destaca-se por um aumento significativo de casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA), especialmente em regiões litorâneas o estado de Santa Catarina registrou mais de 40 mil casos de doenças diarreicas agudas no início de 2026, com alta incidência em municípios litorâneos. Já a situação da Cólera em 2026, mantém a condição de inexistência de casos ou surtos autóctones recentes. Os últimos casos relatados ocorreram em Pernambuco, há mais de duas décadas (2004). (BRASIL,2026b)

No mês de janeiro de 2026, no estado de Santa Catarina, os casos de DDAs aumentaram mais de 90%. Embora comparando com 2025 o estado esteja apresentando um número de casos relativamente menor em 2026, e também não seja o estado com maior número de casos (São Paulo lidera com mais de 135 mil casos em 2026), chama atenção ser o segundo estado em número de casos sendo apenas o décimo em população. Fatores como elevação de temperaturas, o aumento da circulação de pessoas no litoral, o aumento da circulação de enterovírus, com predileção por ambientes aquáticos, e transmissão entre pessoas, podem explicar a situação. No início de 2026, a cidade de Bombinhas-SC, apresentou uma alta de 370% nos casos de diarreia em comparação com 2025. (BRASIL,2026b)

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 em 2026, conforme consulta realizada no dia 28/04/2026, o número de casos registrados de DDAs neste ano até essa data foi de 2.730.949 casos, com diferença anual de - 68,23 %, e com 5.074 municípios com informação de ocorrência. 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/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/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/Febre-Tifoide/Febre_Tifoide_v5.pdf)

[https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/ioxog/Intoxicacao\\_Exogena\\_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 enquadra 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

Desde 2022, a sétima pandemia de cólera se intensificou globalmente, com o número de casos notificados subindo de 223.370 em 2021 para 560.823 em 2024 nos países afetados. As mortes relacionadas à cólera também aumentaram significativamente, chegando a 6.028 em 2024. Esses números provavelmente subestimam a verdadeira dimensão da doença devido aos desafios de vigilância e notificação. (TENRE, 2026).

Nos últimos anos, conflitos, deslocamentos em massa, desastres naturais e mudanças climáticas intensificaram os surtos, particularmente em áreas rurais e afetadas por enchentes, onde a infraestrutura precária e o acesso limitado à saúde atrasam o tratamento. Esses fatores transfronteiriços tornaram os surtos de cólera cada vez mais complexos e difíceis de controlar. (WHO, 2026a).

A cólera se espalha por meio de alimentos e água contaminados, causando diarreia grave e desidratação. Pode levar à morte se não for tratada rapidamente. É encontrada em locais sem água potável e saneamento básico, principalmente em áreas afetadas por conflitos e pobreza. Mais de 600 mil casos de cólera ou diarreia aquosa aguda e quase 7.600 mortes foram notificados à OMS por 33 países em 2025, embora esses números sejam subestimados, visto que a cólera continua subnotificada. Desde 2021, os casos globais de cólera têm aumentado ano após ano, com uma queda observada em 2025. As mortes por cólera, no entanto, continuaram a aumentar durante o mesmo período. (WHO, 2026c).

O aumento plurianual de casos de cólera e a consequente procura sem precedentes por vacinas ressaltam que o fornecimento sustentável e acessível de vacinas é um bem público global. O fornecimento global de vacinas contra a cólera aumentou para um nível suficiente para permitir a retomada de campanhas preventivas que salvam vidas pela primeira vez em mais de três anos. Moçambique é o primeiro país a retomar a vacinação preventiva, após a interrupção em 2022 causada pelo aumento global de casos de cólera, que elevou a procura e levou à escassez de doses da vacina oral contra a cólera (VOC). Retomar a vacinação preventiva contra a cólera protegerá as crianças e ajudará a conter essa doença altamente contagiosa. Mas isso deve ser feito em conjunto com outros esforços, incluindo melhor acesso à água potável e saneamento básico. (WHO, 2026c).

Desde outubro de 2022, o risco global de cólera tem sido continuamente avaliado como muito alto em seis avaliações de risco consecutivas, considerando surtos de cólera em andamento, novos países afetados e a capacidade de resposta global (por exemplo, conhecimento técnico, disponibilidade da vacina oral contra a cólera (VOC) e suprimentos essenciais para o combate à cólera). (WHO, 2025a).

Em 2025, alguns países relataram uma diminuição nos casos (por exemplo, Bangladesh, Malawi, Nigéria, Tanzânia e Togo), no entanto, a carga global da cólera permanece significativa, com 27 países relatando surtos ativos de 1º de janeiro a 28 de fevereiro de 2025, em comparação com 23 durante o mesmo período em 2024. São atualmente classificados pela OMS como estando em “crise aguda” – uma designação que sinaliza surtos

em rápida escalada que ameaçam sobrecarregar os sistemas de saúde, exigindo intervenção urgente para evitar maior disseminação e mortes. (WHO,2025a).

Para agravar esses desafios, muitos dos países mais afetados enfrentam crises humanitárias complexas, onde a instabilidade sociopolítica, a fragilidade das infraestruturas de saúde e o acesso inadequado à água potável e ao saneamento alimentam a propagação da cólera, como por exemplo, na República Democrática do Congo, Etiópia, Myanmar, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Síria e Iémen, onde a capacidade de resposta limitada aumenta ainda mais o risco de transmissão descontrolada. (WHO,2025b).

Destaca-se que dos países do continente Africano, o Brasil mantém voos diretos para Angola, o que reforça a necessidade de manutenção da vigilância desse modal aéreo.

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

A cólera continua sendo um grande desafio de saúde pública principalmente na África, representando cerca de 82% dos casos globais e 93,5% das mortes relacionadas à doença. O impacto recai desproporcionalmente sobre áreas frágeis, afetadas por conflitos e carentes de serviços, com acesso limitado a água potável, saneamento, higiene e serviços essenciais de saúde.

Apesar do cenário epidemiológico atual das DDAs/cólera, mesmo representando uma ameaça mundial de saúde pública e sendo um indicador da desigualdade e da falta de desenvolvimento social e econômico, não há medidas de saúde temporárias a serem implementadas para as áreas de portos, aeroportos e fronteiras.

A vigilância da cólera deve ser integrada ao sistema nacional de vigilância em saúde pública existente em um país para garantir a estabilidade de suas funções principais: a detecção e o teste rápidos de casos suspeitos de cólera; a coleta e o relato rotineiros de dados epidemiológicos e laboratoriais; a notificação e a verificação imediatas de surtos suspeitos, prováveis e confirmados de cólera; a investigação de casos e de campo; a análise e a interpretação de dados e a disseminação das descobertas para orientar as intervenções de saúde pública; e o monitoramento do desempenho da vigilância.

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 síndromica, aumenta a sensibilidade para casos de cólera e febre tifóide, 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

BRASIL(a). Do Clima ao Corpo. Mudanças Climáticas e as DDAs. 2026. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2026/cartilha-do-clima-ao-corpo.pdf>. Acessado em 17/04/2026.

BRASIL(b). SIVIP-DDA/SVSA/MS. Santa Catarina passa dos 30 mil casos de diarreia em 2026. Monitoramento das DDA por DDA Brasil. Publicado em 28 de janeiro de 2026 (Acesso em 04 de fevereiro de 2026). Disponível em: <https://public.tableau.com/app/profile/dda.brasil/viz/MonitoramentodasDDA/2-MonitoramentoBrasil2025> Acessado em 17/04/2026.

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://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_sauade\\_6edrev\\_v1.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_sauade_6edrev_v1.pdf). Acessado em 23/07/2025.

ECDC. Cholera worldwide overview. Monthly update as of 30 March 2026. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/cholera-surveillance-and-disease-data/cholera-monthly> Acessado em 17/04/2026.

OMS. África Austral enfrenta grave surto de cólera devido a inundações e deslocamentos. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/news/africa-austral-enfrenta-grave-surto-de-colera-devido-inundacoes-e-deslocamentos>. Acessado em 17/04/2026.

OPAS. 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.

SANTA CATARINA/SES. Informe Epidemiológico N.11/2026. Situação Epidemiológica das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) em Santa Catarina. Dados de 25/03/2026. Disponível em: [https://dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/Doen%C3%A7a%20de%20Transmiss%C3%A3o%20H%C3%ADrica%20e%20Alimentar%20\(DTHA\)/boletim%20epidemiologico%20dtha%20-%2011-%20-%202026.pdf](https://dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/Doen%C3%A7a%20de%20Transmiss%C3%A3o%20H%C3%ADrica%20e%20Alimentar%20(DTHA)/boletim%20epidemiologico%20dtha%20-%2011-%20-%202026.pdf) Acessado em 28/04/2026.

SÃO PAULO. Informe Técnico VE-DTHA/DVE/COVISA. Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Informe Técnico CÓLERA 2026. Disponível em: [https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/informe-tecnico\\_colera\\_2026-pdf](https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/informe-tecnico_colera_2026-pdf) Acessado em 22/04/2026.

TENRE, Y. et al. In: Dissemination of public health information during the global cholera outbreak response: WHO's experience. *BMJ Glob Health* 2026 ;11. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/11/1/e020187.full.pdf> . Acessado em 17/04/2026.

WHO. Cholera – Global situation. 11 february 2023. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON437> . Acessado em: 27/04/2026.

WHO(a). Rapid Risk Assessment - Cholera, Global v.7. 22 de maio de 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/who-rapid-risk-assessment---cholera-global-v.7> . Acessado em: 27/04/2026

WHO(b). 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(a). Multi-country outbreak of cholera, epidemiological update n 34 -21 February 2026. Edition 34. 21 February 2026. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-cholera-epidemiological-update--34--21-february-2026> Acessado em 17/04/2026.

WHO(b). Multi-country outbreak of cholera Epidemiological Update n. 33, published 27 January 2026. <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-cholera-epidemiological-update--33--27-january-2026>. Acessado em 17/04/2026.

WHO(c). Preventive cholera vaccination resumes as global supply reaches critical milestone. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/04-02-2026-preventive-cholera-vaccination-resumes-as-global-supply-reaches-critical-milestone> Acessado em: 24/04/2026

WHO(d) Global Cholera and Acute Watery Diarrhoea (AWD) Dashboard. From 01 Ja to 19 Apr 2026. Disponível em <https://www.gtfcc.org/about-cholera/cholera-trends/>. Acessado em 28/04/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Bezerra de Oliveira, Assessor(a)**, em 29/04/2026, às 10:24, 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](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 29/04/2026, às 10:24, 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm).



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Gregis, Coordenador(a) de Vigilância Epidemiológica em PAF**, em 29/04/2026, às 10:28, 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](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 29/04/2026, às 12:59, 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](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 **4202623** e o código CRC **21C40F06**.