



PREFEITURA DE SÃO PAULO

Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP)

Secretaria Municipal da Saúde (SMS)

Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde (SEABEVS)

Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA)

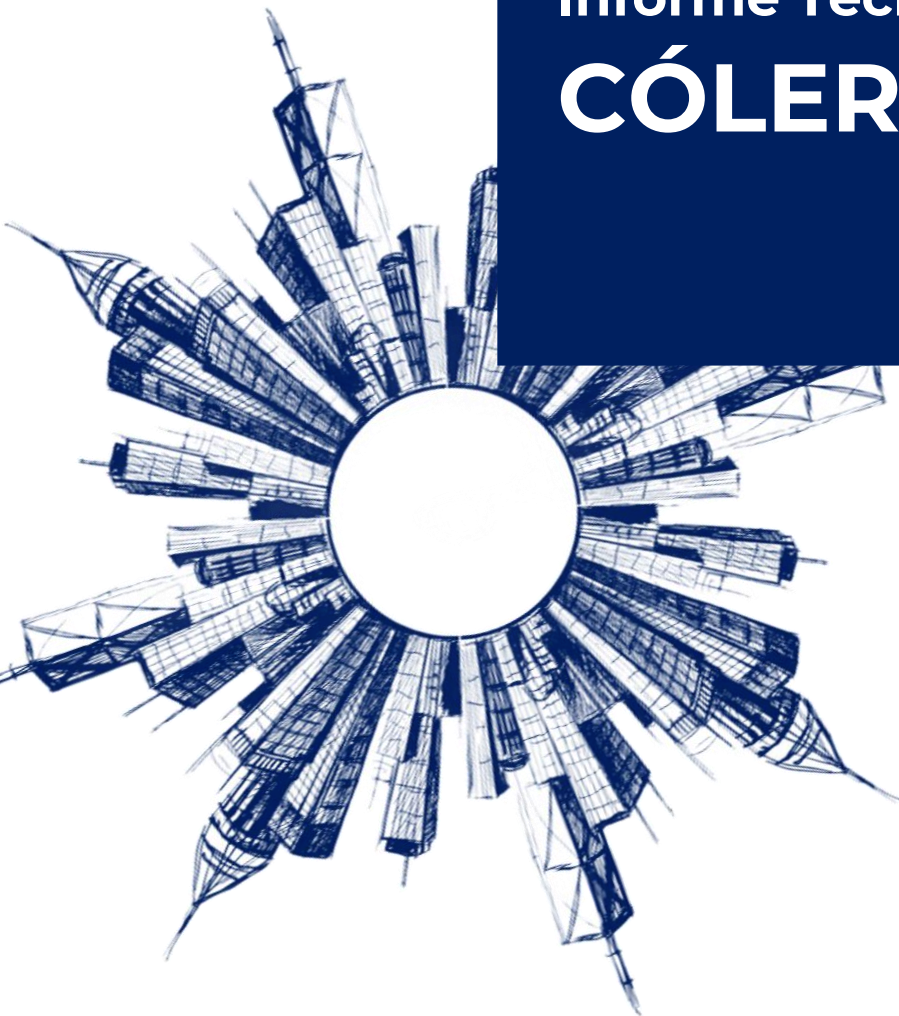
Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE)

Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)

Área Técnica de Vigilância Epidemiológica de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (VE-DTHA)

Informe Técnico CÓLERA

2026



1. Descrição da doença

- Doença causada pela ação da toxina liberada por dois sorogrupos específicos da bactéria *Vibrio cholerae* (sorogrupos O1 e O139) e considerada uma doença de transmissão hídrica e alimentar (DTHA).
- A grande maioria das pessoas infectadas permanece assintomática (aproximadamente 75%) e, daquelas 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. Essas complicações ocorrem mais frequentemente em pessoas mais vulneráveis, como idosos, diabéticos, desnutridos, portadores do vírus HIV e aquelas pessoas que têm patologia cardíaca prévia.
- O *Vibrio cholerae* pode ser encontrado no ambiente aquático, pois 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.
- *Vibrio cholerae* de outros sorogrupos (não O1 e não O139) e dos sorogrupos O1 e O139 que não produzem toxina não causam cólera. Podem causar doença diarreica aguda (DDA), porém menos severa que a cólera e sem potencial epidêmico.

2. Cenário Epidemiológico

- 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 (Figura 1). Nas Américas há surto declarado apenas no Haiti (Quadro 1).
- No Brasil, os últimos casos autóctones ocorreram no Estado de Pernambuco, entre os anos de 2004 (21 casos confirmados) e 2005 (05 casos confirmados). A partir de 2006, não houve casos de cólera autóctones, 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). Desde então, nenhum outro caso de cólera, autóctone ou importado, foi registrado no país.

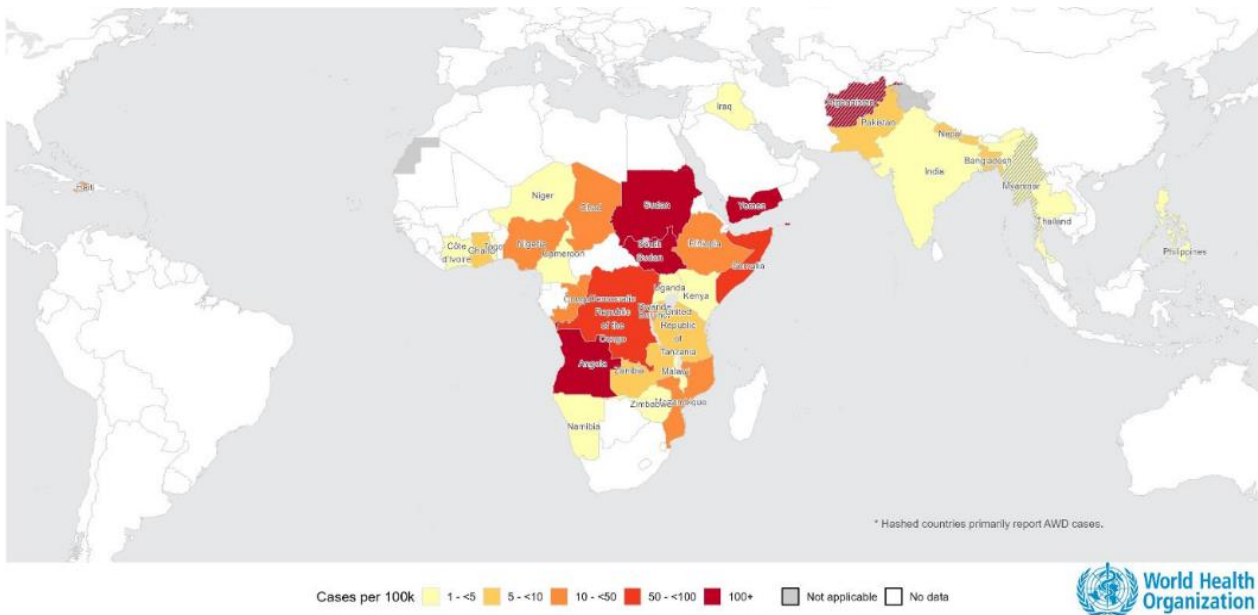
- No Estado de São Paulo, desde 1994, não há registro de casos autóctones.

Quadro 1. Países com casos e mortes por cólera, segundo regiões da OMS, de 01 de janeiro a 28 de dezembro de 2025.

Classificação OMS	Países
Região Africana	Angola, Burundi, Camarões, Chade, Congo, República Democrática do Congo, Costa do Marfim, Etiópia, Gana, Malawi, Moçambique, Namíbia, Quênia, Ruanda, Sudão do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.
Mediterrâneo Oriental	Afeganistão, Iêmen, Paquistão, Somália e Sudão
Região das Américas	Haiti
Sudeste Asiático	Bangladesh, Índia, Mianmar, Nepal e Tailândia
Região do Pacífico Ocidental	Filipinas

Fonte: Organização Mundial da Saúde - OMS/WHO, 2026.

Figura 1. Casos de cólera e diarreia aguda por 100.000 habitantes, de 1 de janeiro a 28 de dezembro de 2025.



Fonte: Organização Mundial da Saúde - OMS/WHO, 2026.

3. Características Epidemiológicas

3.1. Transmissão

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

3.2. Período de Incubação

- Dois a três dias, variando de 12 horas a 5 dias da exposição;
- Por segurança, foi padronizado o período máximo de dez dias para as investigações epidemiológicas.

3.2 Período de Transmissibilidade

- O período de transmissibilidade da doença, é de um a dez dias após a infecção.
- No Brasil, por segurança, para as investigações epidemiológicas está padronizado o período de transmissibilidade de até 20 dias.

3.3 Letalidade

- Casos com tratamento adequado: a letalidade é geralmente inferior a 1%.
- Casos graves não tratados: a letalidade pode alcançar cerca de 50%.
- Gestantes tendem a apresentar formas mais graves da doença, com alta taxa de perda fetal, especialmente no terceiro trimestre.

4. Características Clínicas

4.1 Sinais e Sintomas

- Diarreia líquida, de início súbito,
- Desidratação rápida e intensa;
- Pode ocorrer náusea e vômito;

- Geralmente não apresenta febre;

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

4.2. Diagnóstico Diferencial

- O diagnóstico diferencial da cólera deve incluir todas as doenças diarreicas agudas.
- Em casos suspeitos, é essencial pesquisar outros enteropatógenos, recomendando-se a coleta simultânea de amostras de fezes para análise viral, bacteriana e parasitológica.

4.3. Diagnóstico Laboratorial

- Para realização da coprocultura (pesquisa de bactérias) de casos suspeitos deve ser coletada amostra de fezes na fase aguda da doença, antes da administração de antibióticos, utilizando a técnica de coleta por meio de swab retal ou **fecal** em meio de transporte Cary-Blair.
- As amostras de fezes coletadas no Estado de São Paulo devem ser encaminhadas ao Instituto Adolfo Lutz (IAL), após devido cadastro no Sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial – GAL.
- Orienta-se:
 - Coletar as fezes em coletor universal estéril, cerca de 1 a 2g OU 2 a 3 ml, em seguida, introduzir o swab dentro do coletor e com movimentos circulares embebê-lo com as fezes (**swab fecal**).
 - Se houver locais com a presença de muco e/ou sangue, passar o swab preferencialmente nestes locais.
 - A seguir, introduzir o swab dentro do tubo contendo o **meio Cary Blair**, até o fundo, cortar um pedaço da haste do swab se necessário, e fechar o tubo.
 - O material coletado, devidamente cadastrado no GAL, deve ser encaminhado ao laboratório tão logo seja possível. Se não for possível o encaminhamento imediato,

manter o tubo refrigerado por sete dias.

- Para a confirmação da doença, considera-se o isolamento de *Vibrio cholerae* O1 ou O139 toxigênico em amostra de fezes ou vômito.
- O exame laboratorial só confirma ou descarta o caso de Cólera com laudo emitido por Laboratório de Referência em Saúde Pública.
- A detecção de *Vibrio spp* ou *Vibrio cholerae* em amostra coletada no hospital de atendimento/internação, seja por cultura ou painel molecular comercial - PCR, deve ser encaminhada ao IAL para confirmação através da realização da cultura (padrão-ouro), tendo em vista que ainda se faz necessário o isolamento da cepa para caracterização por métodos fenotípicos e sequenciamento do genoma total.

5. Tratamento

- O tratamento eficiente fundamenta-se na rápida reidratação dos pacientes, por meio da administração oral de líquidos e solução de sais de reidratação oral (SRO) ou fluidos endovenosos, dependendo da gravidade do caso. Em aproximadamente 80% dos casos, os sintomas são leves ou moderados e devem ser tratados somente por meio da administração oral de líquidos e soro de reidratação oral (planos A e B).
- Os pacientes com desidratação grave devem ser tratados por meio da administração de fluidos endovenosos (plano C), podendo ser administrados, adicionalmente, antibióticos apropriados para diminuir a duração da diarreia, reduzir o volume de fluidos de reidratação necessário e encurtar a duração da excreção da bactéria.
- [Manejo do paciente com diarreia.](#)

6. Vigilância Epidemiológica

A cólera é doença de notificação compulsória imediata conforme Portaria vigente.

6.1. Definição de caso suspeito:

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

- Indivíduo proveniente de áreas com ocorrência de casos confirmados de cólera que apresente DDA até o décimo dia de sua chegada;

- Indivíduo com mais de 5 anos de idade que apresente diarreia súbita, líquida e abundante, cuja presença de desidratação grave, acidose e colapso circulatório reforça a suspeita;
- Indivíduo contactante de caso suspeito ou confirmado de cólera que apresente DDA em até dez dias após o contato, independentemente da faixa etária. É importante que o contato tenha ocorrido durante o período de transmissibilidade, ou seja, no máximo 20 dias do início dos sintomas do caso primário (suspeito ou confirmado).
- **Indivíduo que apresente DDA com detecção de *Vibrio cholerae* pela biologia molecular.**

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

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

6.2. Definição de caso confirmado

- **Critério laboratorial:** caso suspeito que apresente isolamento de *Vibrio cholerae* O1 ou O139 toxigênico em amostra de fezes ou vômito.
- **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 somente se aplica para casos importados de outros países.
- **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.

6.3. Definição de Caso Descartado

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

7. Notificação Compulsória Imediata

- A cólera é uma doença de notificação compulsória imediata, até 24 horas da detecção do caso no serviço de saúde (Portaria GM/MS nº 10.175 de 23 de janeiro de 2026, que

alterou o Anexo I do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 04 de 28 de setembro de 2017).

- A notificação deve ser realizada por meio do preenchimento da Ficha de Investigação da Cólera, pelo serviço de atendimento, e enviada à UVIS (Unidade de Vigilância em Saúde) de referência do serviço de saúde.
- A notificação deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN net) - CID A00.9 e sua investigação deve ser iniciada imediatamente. Deve ser encaminhada para a UVIS de residência, DRVS e para a Vigilância Epidemiológica de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (VE-DTHA/CIEVS/DVE/COVISA) – pelo e-mail: vigdta@prefeitura.sp.gov.br.
- Aos finais de semana e feriados, no período das 7h às 19h, a notificação deve ser realizada para o Plantão CIEVS no e-mail: notifica@prefeitura.sp.gov.br ou por telefone (11) 5465-9420.
- No período noturno, enviar para a Central/CVE 08000-55-54-66, ou no e-mail notifica@saude.sp.gov.br.
- Tal dinâmica visa garantir a adequada investigação clínico-laboratorial e epidemiológica do caso e de seus contatos, bem como controlar precocemente surtos/epidemias.

8. Investigação

A investigação epidemiológica da cólera deve começar imediatamente após a notificação do caso suspeito ou confirmado, com o objetivo de identificar a fonte de infecção, o modo de transmissão, fatores de risco, populações vulneráveis e as principais características epidemiológicas. O processo envolve a coleta de dados clínicos e epidemiológicos, como histórico de viagens, contatos, práticas alimentares e condições de higiene. Deve-se também investigar outros casos na comunidade e coletar amostras para exames laboratoriais. A análise dos dados coletados orientará as ações de prevenção e controle. O caso deve ser encerrado em até 60 dias, no SINAN, seguindo os critérios de definição de caso.

9. Vigilância Sentinela da Doença Diarreica Aguda – Programa MDDA

- Tendo em vista o cenário internacional apresentado, com surtos de cólera ocorrendo em diversos países, ressaltamos a importância de identificar, acompanhar e investigar casos de diarreias e seus possíveis surtos, bem como o adequado registro semanal dos casos atendidos em unidades sentinela - Programa de Monitoramento da Doença Diarreica Aguda (MDDA).
- Nesse contexto, é importante lembrar que a MDDA foi criada como importante instrumento para o enfrentamento e prevenção da cólera, sendo uma atividade própria e obrigatória do sistema e de serviços de saúde, em todo o território nacional.
- O programa exige continuidade no tempo (informações por semana epidemiológica), regularidade no envio das informações e análise de possíveis mudanças de comportamento da diarreia, e detecção precoce de surtos.
- Ressaltamos que os casos individuais de diarreia que não atendam aos critérios de notificação de caso para cólera, não são de notificação compulsória, mas devem ser registrados no SIVEP-DDA.

10. Vigilância de surtos de DTHA

- Surtos de DTHA: ocorrência de casos de DTHA que excede o número esperado em determinado período e local OU a ocorrência de dois ou mais casos de doença diarreica aguda com quadro clínico semelhante e relação de consumo de fonte comum (alimento ou água), e/ou com histórico de contato entre si. Saiba mais no [Alerta DDA 2026](#)
- É indispensável uma vigilância sensível quanto ao aparecimento de casos de diarreia, uma vez que o aumento do número de casos pode se tornar um fator de alerta para a ocorrência de surtos, bem como podem direcionar para a investigação de sintomas específicos que possam corresponder à casos de Cólera.

11. Medidas de prevenção e controle

- Garantir o uso de água segura para consumo humano;

- Utilizar água tratada para beber, escovar os dentes, lavar alimentos, utensílios e fazer gelo;
- Evitar o consumo de água de fontes, minas ou poços, com potencial risco de contaminação por esgoto ou resíduos;
- Água de consumo humano com procedência desconhecida: filtrar a água com filtro doméstico, coador de papel ou pano limpo e, posterior desinfecção adicionando duas gotas de hipoclorito de sódio a 2,5% para cada litro de água, e deixe repousar por 30 minutos; ou filtrar e ferver a água por três minutos;
- Cozinhar os alimentos de maneira adequada;
- Manter a cobertura dos alimentos e protegê-los contra a presença de moscas;
- Refrigerar sobras e aquecê-las corretamente;
- Higienizar, descascar, ferver ou cozinhar minuciosamente frutas e vegetais;
- Evitar o consumo de frutos do mar crus ou insuficientemente cozidos; assegurar o cozimento completo, de modo que o calor alcance todo o interior do alimento;
- Dar preferência a alimentos cozidos, preparados no momento e servidos quentes;
- Lavagem e desinfecção de superfícies, utensílios e equipamentos usados na preparação de alimentos;
- Higienize as mãos preferencialmente com água e sabão, antes de comer, manipular alimentos, alimentar crianças, após a utilização de instalações sanitárias, após a higienização de crianças ou troca de fraldas e após o cuidado de indivíduos doentes com diarreia;
- Utilização do vaso sanitário – se não for possível, as fezes devem ser enterradas, sempre longe dos cursos de água.

12. Vacina contra cólera

Existem vacinas orais contra a cólera, recomendadas para áreas endêmicas, surtos e crises humanitárias com risco da doença. A Organização Mundial da Saúde (OMS) mantém um estoque para uso emergencial, sempre em conjunto com outras estratégias de prevenção e controle.

A vacina não está disponível no SUS, e não faz parte do calendário nacional de vacinação de rotina no Brasil. Ela pode ser adquirida em serviços privados de vacinação, sendo recomendada para viajantes que se destinam a áreas endêmicas ou de surto da doença, onde o risco de exposição é alta.

13.Referências

- WHO. Multi-country outbreak of cholera - epidemiological update n.33, published 27 January 2026. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-cholera--epidemiological-update--33--27-january-2026>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial. NOTA TÉCNICA Nº 23/2024-CGZV/DEDT/SVSA/MS. Detecção de caso autóctone de cólera no Brasil e recomendações para o fortalecimento das vigilâncias epidemiológicas de doenças diarreicas agudas e da cólera (VE-DDA e VE-cólera). Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/04/NOTA-TECNICA-COLERA.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 432/2025 – CGZHA/DEDT/CCGLAB/SVSA/MS. Dispõe sobre a reclassificação do caso de cólera reportado como autóctone no Brasil em 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-432-2025-cgzha-dedt-cglab-svsa-ms.pdf>
- SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. NOTA TÉCNICA Nº03/2024 - DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. Alerta sobre a situação epidemiológica de cólera no mundo e recomendações para o fortalecimento do programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) no Estado de São Paulo e vigilância da cólera, frente à confirmação laboratorial de caso autóctone de cólera no estado da Bahia (*Vibrio cholerae* O1 Ogawa). São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2024. Disponível em: https://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-transmitidas-por-agua-e-alimentos/doc/2023/sei_gesp-0025673067-notatecnica03_2024.pdf
- SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. NOTA

TÉCNICA N°05/2024 - DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. Ampliação de critério para notificação para caso suspeito de cólera no Estado de São Paulo. São Paulo, 2024. Disponível em: <https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/sei-gesp-0041290256-nota-tecnica-pdf~>

- SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. Manual de Vigilância Epidemiológica da Cólera: Normas e Instruções. São Paulo, 2002. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-transmitidas-por-agua-e-alimentos/doc/2002/2002dta_manual_colera.pdf
- SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Guia de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo. São Paulo, 2025. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/metodos/guia2025_vigilancia_metodos.pdf