

D.1.9 – Incidência de cólera

1. Conceituação

Número de casos novos confirmados de cólera (código A00 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A definição de caso confirmado de cólera baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

Definição de caso

Suspeito

- Em áreas sem circulação do *Vibrio*: qualquer indivíduo com diarreia, independente de faixa etária, que tenha história de passagem por área com circulação do *V. cholerae*, ou que coabite com caso suspeito ou confirmado (retorno da área endêmica), ou todo indivíduo com mais de 10 anos que apresente diarreia súbita, líquida e abundante. Em áreas com circulação: qualquer indivíduo com diarreia aguda.

Confirmado

- Por laboratório (isolamento do agente nas fezes ou vômitos); por critério clínico-epidemiológico (relaciona variáveis clínicas e epidemiológicas).

2. Identificação das tendências da curva temporal – período 1991 a 2005.

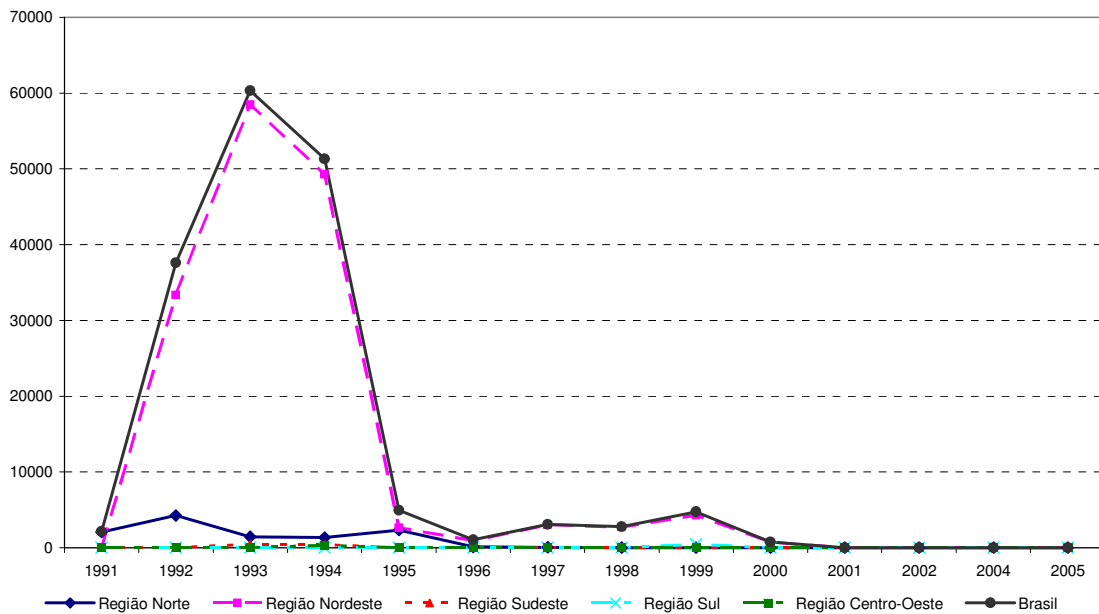
A série histórica disponibilizada abrange o período de 1991 a 2005. A notificação anual nacional variou entre 60.340 (máximo registrado em 1993) e três casos (valor mínimo alcançado em 2002). Observou-se uma tendência decrescente. Como consequência da epidemia que se alastrou pelo Norte e Nordeste do país, até o ano 2000 foram notificados números decrescentes com grandes variações na distribuição regional.

No primeiro ano da epidemia, 1991, a mesma esteve restrita à região Norte que foi responsável pela notificação de 99,6% dos casos. No ano seguinte, seguindo a disseminação fluvial, a epidemia explodia no Nordeste com 33.326 casos (cerca de 89% da notificação nacional).

A região Nordeste continuou contribuindo com a maior parte das notificações, no quadriênio 1991-1994 houve uma média de 37.834 casos sendo que no final do mesmo a região Sudeste passou a notificar embora em números mais modestos (413 casos que representavam apenas 0,8% da notificação nacional de 1994).

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Cólera. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 187.

Casos confirmados de cólera. Brasil e Grandes Regiões, 1991-2005



3. Conformidade com o conhecimento epidemiológico disponível sobre a doença.

O indicador reflete o conhecimento disponível. A distribuição regional e as tendências foram demonstradas adequadamente. Formas complementares de vigilância ambiental mostram a existência do bacilo em áreas onde já houve casos e demonstram que a sua patogenicidade tem mudado conseguindo monitorar o risco associado ao ambiente (SVS, 2008).

4. Fatores explicativos dos dados em relação ao comportamento esperado do fenômeno.

A definição de caso confirmado inicialmente utilizada exigia a confirmação laboratorial fazendo com que houvesse uma elevada proporção de subnotificação devida à baixa sensibilidade da coprocultura, instrumento de diagnóstico então utilizado. Dessa maneira, em 1991 todos os casos foram confirmados por esse critério. Posteriormente o parâmetro foi ampliado com algumas UF notificando com base no critério clínico-epidemiológico (Gerolamo & Penna, 1999). Já e outras com base na confirmação laboratorial. É concebível que nas regiões onde se continuou a notificar com base na confirmação laboratorial, como no Sudeste entre 1993 e 1994, a subnotificação tenha sido de uma magnitude importante. A elevada letalidade observada nessa região apóia essa suposição (*op.cit.*).

A captação de casos tem sido favorecida pela implantação do sistema de Monitoramento de Doenças Diarréicas Agudas (MDDA), que começou em 1994 com a adesão progressiva de municípios. A cobertura foi ampliando sua abrangência ao ponto de se contar atualmente com mais 95% dos municípios informando *on-line* a notificação desses eventos. Essa estratégia constitui uma

ferramenta sentinela para detecção precoce da re-introdução do cólera em algumas regiões e para a detecção de surtos de doença diarréica causada por outros agentes (rotavírus, bactérias, parasitas). Um outro componente da vigilância é o monitoramento ambiental com mechas colocadas em pontos estrategicamente selecionados de rios das áreas onde houve maior ocorrência, principalmente no interior dos estados do Nordeste, utilizando o *swab* de Moore. Com base nestas informações, pode-se afirmar que hoje se tem uma certeza maior quanto à circulação do *vibrio cholera* e seus efeitos na saúde.

Referências

Gerolamo M & Penna MLF. Os primeiros cinco anos da sétima pandemia de cólera no Brasil. Informe Epidemiológico do SUS 1999; 8(3): 49-58.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2005. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: SVS / MS.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2006. Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília: SVS / MS.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2008. Isolamento de *V. Cholerae* em amostras ambientais em municípios de Pernambuco. Documento não datado. In: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/> Acessado em 20 / 04 / 08.

Gerência Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras – ANVISA, 2004. Investigação epidemiológica realizada pelos técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) sobre casos de cólera no municio de São Bento do Una / PE, maio de 2004. Nota Técnica 07 / 04 – GGPAF / ANVISA.