



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

MANUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA CÓLERA E DE OUTRAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS



"Todos unidos contra a cólera
para salvar vidas"

2.ª Edição
ANGOLA 2025



World Health
Organization



minsa.gov.ao
MINISTÉRIO DA SAÚDE





REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

MANUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA CÓLERA E DE OUTRAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS



"Todos unidos contra a cólera
para salvar vidas"

2.^a Edição
ANGOLA 2025

FICHA TÉCNICA



TÍTULO

MANUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA CÓLERA E DE OUTRAS
DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS

COORDENAÇÃO

Dra. Helga Freitas

EQUIPA DE REDACÇÃO

Dr. Eusébio Manuel, Dr. José Franco Martins, Dra. Isilda Neves, Dra. Rosa Moreira,
Dra. Sandra Neto de Miranda, Dra. Joana Morais, Dr. Pedro Miguel Carpinheiro,
Dr. Fábio Marques.

PREFÁCIO (2ª edição)

A cólera é uma doença diarreica que constitui um importante problema de Saúde Pública, quando não devidamente tratada, pode levar rapidamente à morte.

A transmissão na comunidade é suficientemente rápida, para provocar o aparecimento de epidemias que necessitam de medidas de controlo urgentes e eficazes para impedir a sua progressão.

Angola tem registado surtos recorrentes de cólera desde os anos 70, causando uma grande sobrecarga aos serviços de saúde, demonstrando a necessidade de uma abordagem multisectorial tendo em conta os determinantes sociais da saúde, requerendo um forte envolvimento das comunidades.

A publicação deste manual tem como objectivo fundamental dotar os gestores de saúde nos diversos níveis, os profissionais de saúde, os parceiros e as comunidades de conhecimentos que lhes permitam saber, com precisão, como actuar perante a cólera e outras doenças diarreicas agudas. Este manual deverá servir, em especial, para orientar as equipas que, ao nível provincial e municipal, sejam responsáveis pela implementação de medidas concretas nas diferentes fases de combate à cólera e outras DDAs, incluindo a vigilância epidemiológica e laboratorial, a gestão de casos (com a preparação de locais específicos para o tratamento) e o envolvimento da comunidade na prevenção e resposta.

O conteúdo do manual é fruto de um trabalho que tenta sintetizar os conhecimentos mais actuais adquiridos e publicados a nível Mundial, com os conhecimentos adquiridos por muitos dos nossos profissionais que, na prática, foram já obrigados a utilizar a estrutura do nosso Serviço Nacional de Saúde para enfrentarem epidemias de cólera.

DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

AGRADECIMENTOS

O MANUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA CÓLERA E DE OUTRAS DOENÇAS DIARREICAS, foi concebida e elaborada pelos Departamentos de Higiene e Vigilância Epidemiológica e Controlo de Doenças da Direcção Nacional de Saúde Pública, com a colaboração de técnicos da UNICEF, PSI, OMS e Portfólio dos Projectos de Saúde financiados pelo Banco Mundial.

Esta edição contou com o apoio técnico e financeiro do Projecto Regional de Melhoria dos Sistemas de Vigilância de Doenças (Redisse- IV Angola).

Aos colaboradores directos e a todos os outros que indirectamente apoiaram com o seu saber e experiências, o nosso sincero agradecimento.

DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

LISTA DE ABREVIATURAS

ADECOS – Agentes de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário
BTI – Bacillus Thuringiensis subespécie Israelensis
CREC – Comunicação de Risco e Engajamento Comunitário
CTC – Centro de Tratamento de Cólera
DDA – Doença Diarreica Aguda
DMEA – Direcção Municipal de Energia e Águas
ETA – Estação de Tratamento de Água
FAA – Forças Armadas Angolanas
INIS – Instituto Nacional de Investigação em Saúde
ISV – Instituto dos Serviços de Veterinária
MINSA – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
PCI – Prevenção e Controlo de Infecção
SADC – Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
URO – Unidades de Reidratação Oral
DMFIAE – Direcções Municipais de Fiscalização às Actividades Económicas e Segurança Alimentar
ANIESA – Autoridade Nacional de Inspeção Económica e Segurança Alimentar
PAV – Programa Alargado de Vacinação
CECOMA – Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos

ÍNDICE

1.	CONTEXTUALIZAÇÃO	9
2.	OBJECTIVOS DO MANUAL	13
3.	DESCRIÇÃO DA DOENÇA.....	13
4.	ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS	16
5.	PREVENÇÃO DA CÓLERA	19
6.	MEDIDAS DE CONTROLO DA CÓLERA	22
7.	ORGANIZAÇÃO DA PREPARAÇÃO, RESPOSTA E MITIGAÇÃO DE EPIDEMIAS DE CÓLERA.....	23
8.	NORMAS E PROCEDIMENTOS DE VIGILÂNCIA	33
9.	DEFINIÇÃO DE SURTO	36
10.	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DE CASOS E ÓBITOS	36
11.	DECLARAÇÃO DE FIM DE SURTO.....	36
12.	VIGILÂNCIA PÓS-SURTO	37
13.	TRATAMENTO.....	37
14.	NORMAS DE ASSÉPSIA, DESINFECÇÃO E ISOLAMENTO PARA OS CENTROS DE TRATAMENTO DA CÓLERA (CTCS).....	42
15.	MENSAGENS PARA EDUCAÇÃO DA COMUNIDADE	45
16.	SANEAMENTO DO MEIO E REMOÇÃO SEGURA DOS DEJECTOS.....	47
17.	ABASTECIMENTO DE ÁGUA ÀS COMUNIDADES EM QUANTIDADE E QUALIDADE.....	48
18.	ARMAZENAMENTO E TRATAMENTO DA ÁGUA PARA BEBER	49
19.	GESTÃO SEGURA DOS CADÁVERES.....	49
20.	NORMAS PARA A RECOLHA DE AMOSTRAS DE FEZES NAS UNIDADES SANITÁRIAS PARA A CONFIRMAÇÃO DOS CASOS SUSPEITOS DE CÓLERA.....	50
21.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
22.	ANEXOS	52

FIGURAS & TABELAS

Figura 1. Gráfico 1. Tendência Anual dos casos de Cólera , Angola, 1987-2013	9
Figura 2. Apresenta a distribuição mensal de casos de diarreia com desidratação, febre tifóide e outras doenças diarreicas agudas, de Janeiro a Outubro de 2024	10
Figura 3. Distribuição percentual das doenças reportadas em Angola, de Janeiro a Novembro de 2024	11
Figura 4. Distribuição percentual de óbitos por várias doenças em Angola, de Janeiro a Novembro de 2024	11
Tabela 1. Plano A para tratamento domiciliar da diarreia sem desidratação: quantidades de SRO por idade e pacotes diários necessários.....	39
Tabela 2. Plano B: tratamento da diarreia com desidratação. Quantidades de SRO a administrar nas primeiras 4 horas, ajustadas ao peso ou idade do doente.....	39
Tabela 3. Plano C: tratamento rápido para desidratação grave. Orientações para administração de líquidos intravenosos e se possível, de SRO por via oral, conforme peso e faixa etária.....	40
Tabela 4. Preparação das soluções de cloro para a descontaminação	44

SUMARIO EXECUTIVO

O "Manual de Prevenção e Controlo da Cólera e outras Doenças Diarreicas Agudas" representa um esforço abrangente para consolidar directrizes e estratégias destinadas à mitigação do impacto destas doenças em Angola. Desenvolvido pelo Ministério da Saúde, o manual é um guia fundamental para profissionais de saúde, gestores públicos e parceiros envolvidos na prevenção e resposta a surtos epidémicos.

A cólera continua a ser uma preocupação de saúde pública, especialmente em regiões com infra-estruturas de saneamento deficientes e acesso limitado à água potável. A doença, causada pelo *Vibrio cholerae*, pode provocar desidratação severa e morte em poucas horas, se não tratada de forma adequada. O manual aborda, de forma detalhada, os aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais da doença, fornecendo orientações específicas para a sua prevenção, diagnóstico e tratamento.

Tem como objectivos principais fortalecer a capacidade de resposta a surtos de cólera, desde a detecção precoce até à gestão eficaz dos casos; promover medidas de prevenção sustentáveis, como o acesso à água potável, saneamento adequado e educação para a saúde; capacitar os profissionais de saúde e líderes comunitários para uma abordagem coordenada e eficaz e garantir uma vigilância epidemiológica activa e a disseminação de informação relevante.

O manual aborda aspectos como: **Descrição Clínica e Laboratorial**- Apresenta os sinais e sintomas típicos da cólera, assim como protocolos para o diagnóstico laboratorial, incluindo o uso de zangatoas rectais e meios de transporte apropriados para amostras; **Medidas de Controlo e Prevenção**- Enfatiza a importância de uma abordagem integrada que inclua vacinação, cloração da água e educação comunitária; **Gestão de Surtos**- Detalha os passos para a investigação e controlo de surtos, desde a identificação de casos até à implementação de medidas de contenção; **Aspectos Multisectoriais**- Destaca a necessidade de uma colaboração intersectorial robusta, envolvendo não apenas o sector da saúde, mas também água, saneamento, educação e outros sectores relevantes; **Organização e Coordenação**- Define a estrutura das Comissões de Luta Contra a Cólera a nível nacional, provincial e municipal, assegurando uma resposta coordenada e eficaz.

O manual reconhece os desafios enfrentados pelo país, incluindo os determinantes sociais que amplificam a vulnerabilidade à cólera. A sua implementação é essencial para reduzir a morbidade e mortalidade associada à doença, promover a resiliência comunitária e melhorar as condições de vida das populações mais afectadas.

Através de uma abordagem sistemática e colaborativa, o "Manual de Prevenção e Controlo da Cólera e de Outras Diarreias Agudas" busca capacitar o país a enfrentar os desafios desta emergência de saúde pública com eficácia e sustentabilidade.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A cólera é uma doença diarreica aguda que continua a ser um grave problema de saúde pública em África e em outras regiões do mundo. É uma infecção intestinal causada pelo *Vibrio cholerae*, que se propaga principalmente através da ingestão de água e alimentos contaminados. Com um período de incubação curto, variando de poucas horas a cinco dias, a doença pode levar rapidamente à desidratação severa e morte em horas, se não tratada adequadamente.

É importante destacar que a cólera é um problema de saúde pública, reflexo de problemas mais amplos relacionados aos determinantes sociais da saúde. Factores como a pobreza, saneamento inadequado, falta de acesso à água potável, habitação precária, desigualdades sociais e baixo índice de literacia, crescimento desordenado e acelerado dos agregados populacionais assim como as alterações climáticas, criam um ambiente propício para a transmissão da doença. Estes determinantes influenciam directamente a capacidade das comunidades de prevenir e controlar surtos, tornando os grupos mais vulneráveis desproporcionalmente afectados.

Nos últimos anos, surtos de cólera têm ocorrido a nível mundial em particular em África e na Ásia. Estudos estimam que ocorrem entre 1,3 a 4,0 milhões de casos e entre 21.000 a 143.000 óbitos por cólera em todo o mundo anualmente. A cólera continua a afectar desproporcionalmente o continente Africano.

1.1. O CONTEXTO DE ANGOLA

Angola enfrenta desafios significativos na resposta à cólera devido à insuficiência de infraestrutura de saneamento e às condições de vulnerabilidade socioeconómica.

O primeiro caso conhecido de cólera em Angola foi registado em **1971**. Posteriormente, em **1977**, ocorreu uma epidemia que se disseminou desde a província de Benguela, na costa Sul, para o interior, afectando Malanje, Uíge e Cuanza Norte.

Em Abril de **1987**, uma nova epidemia iniciou-se no Município do Soyo, na Província do Zaire, e rapidamente propagou-se para Luanda, Bengo, Cuanza Norte, Benguela, Namibe, Cuanza Sul e Uíge. O período de **1987 a 1995**, foi marcado por surtos sazonais recorrentes, particularmente em Luanda e áreas costeiras.

Históricamente, Angola tem sido alvo de epidemias de cólera, tornando-a vulnerável e criando sobrecarga nos serviços de saúde.

Entre **2006 e 2013** registou-se outro surto de grande magnitude que afectou 17 das 18 províncias do país, excepto a província do Moxico, com registo de 113.737 casos e 4.206

óbitos. Entre **2017 e 2018**, ocorreram nas províncias de Luanda (Belas, Kilamba Kiaxi e Samba), Cabinda (Cabinda), Uíge (Uíge e Maquela do Zombo) e Zaire (Soyo) surtos de menor proporção, tendo sido registados 553 casos com 34 óbitos.

TENDÊNCIA ANUAL DOS CASOS DE CÓLERA, ANGOLA, 1987-2013

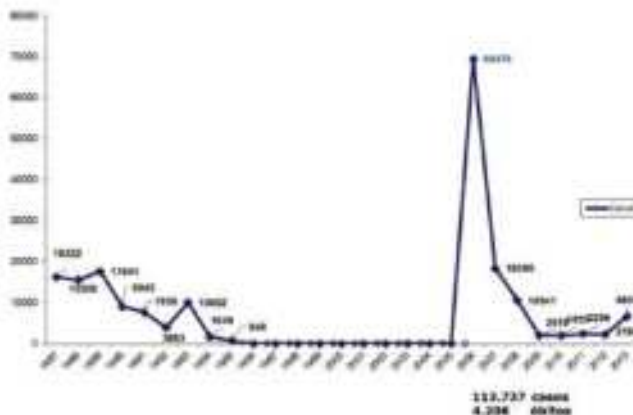


Figura 1. Gráfico 1. Tendência Anual dos casos de Cólera, Angola, 1987-2013.

Actualmente, a Província de Luanda, regista a ocorrência de um surto, com o caso índice confirmado no dia 7 de Janeiro de 2025, numa paciente do sexo feminino, de 37 anos de idade, residente no bairro Paraíso, no Município do Cacucaco. Até ao dia 19 de Janeiro de 2025, foram registados 576 casos, dos quais 29 resultaram em óbito, uma taxa de letalidade de 5%. No entanto, até o dia 10 de Janeiro de 2025, o INIS testou um total de 34 amostras suspeitas de Cólera, provenientes das Províncias de Luanda e do Bengo. Destas foram positivas 24 (71%) e 5 isolou-se o serogrupo O1 serotipo Inaba.

De imediato, foi activado o Plano de Contingência de Controlo da Cólera e outras DDA's e a Comissão Nacional Interministerial de Combate a Cólera. Foi intensificada a Vigilância Epidemiológica e Laboratorial com busca activa de casos e óbitos e rastreio dos contactos.

1.2. PERFIL DAS DOENÇAS DIARREICAS EM ANGOLA NO PERÍODO 2007-2015

A febre tifóide e outras doenças diarreicas destacaram-se em Angola como um dos maiores desafios de saúde pública no ano de 2024, reflectindo a gravidade do impacto dos determinantes sociais da saúde, como o saneamento inadequado, o acesso limitado a água potável e as condições precárias de vida que favorecem a disseminação dessas doenças.

Entre as doenças diarreicas, a febre tifóide foi responsável pela maior carga de doença ao longo do ano, com números especialmente elevados nos meses de Janeiro (85.947 casos), Maio (81.990 casos) e Outubro (74.727 casos). Estes dados evidenciam o impacto substancial da febre tifóide no país, em particular durante a estação chuvosa, quando as condições ambientais, como inundações e contaminação de fontes de água, agravam a transmissão da doença (Figura 2).

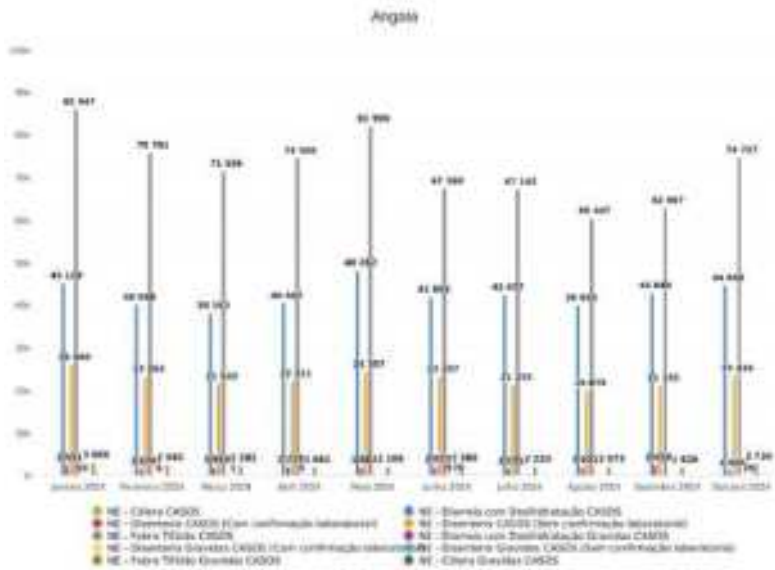


Figura 2. Apresenta a distribuição mensal de casos de diarreia com desidratação, febre tifóide e outras doenças diarreicas agudas, de Janeiro a Outubro de 2024.

Os números demonstram que a febre tifóide, além de ser uma condição persistente em termos de saúde pública, necessita de atenção redobrada para reduzir a sua prevalência e proteger as comunidades mais vulneráveis, particularmente em áreas rurais e periurbanas com infraestrutura sanitárias inadequadas.

A diarreia com desidratação, embora em números absolutos inferiores à febre tifóide, também representou uma preocupação significativa ao longo do ano. Os casos de diarreia com desidratação atingiram picos consideráveis em Janeiro (45.119 casos), Maio (48.282 casos) e Outubro (44.654 casos). Estes dados reflectem a natureza endémica dessas condições, com uma intensificação notável durante a estação chuvosa, quando a contaminação da água e as cheias exacerbam a transmissão de agentes patogénicos.

No acumulado anual, a febre tifóide contribuiu com 3,7% de todos os casos reportados nacionalmente, enquanto a diarreia com desidratação representou 3,2%. Juntas, estas condições somaram 6,9% do total de casos notificados no país. Este cenário ressalta a necessidade de intervenções integradas que visem combater ambas as condições de maneira eficaz, por meio de melhorias no saneamento, acesso à água potável e campanhas de vacinação (Figura 3).

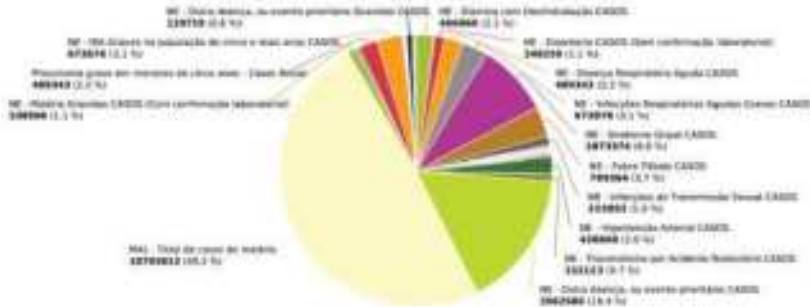


Figura 3. Distribuição percentual das doenças reportadas em Angola, de Janeiro a Novembro de 2024.

1.3. IMPACTO NAS TAXAS DE MORTALIDADE

A febre tifóide foi responsável por 1% dos óbitos totais no país, correspondendo a 332 mortes. Já a diarreia com desidratação representou 1,2%, com 389 mortes. Ambas perfizeram 721 óbitos, o equivalente a 2,2% de todas as mortes reportadas em Angola no período analisado (Figura 4).

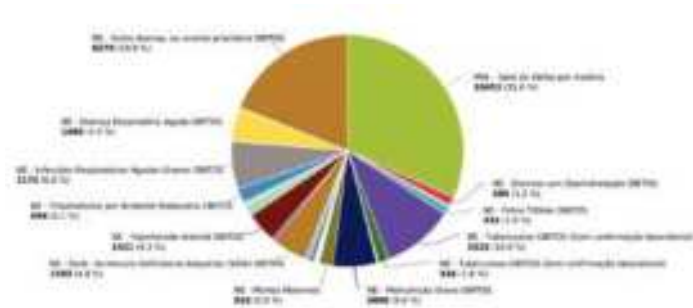


Figura 4. Distribuição percentual de óbitos por várias doenças em Angola, de Janeiro a Novembro de 2024.

A perpetuação da febre tifóide e das doenças diarreicas em Angola reflecte um problema de saúde pública profundamente enraizada nos determinantes sociais. Os factores estruturais mais críticos incluem o saneamento inadequado, que facilita a contaminação das fontes de água devido à gestão deficiente de resíduos sólidos e a defecação a céu aberto. A limitação no acesso à água potável, agravada pelas cheias sazonais que transportam lixo e fezes para reservatórios e tanques domésticos, amplifica ainda mais o risco. Além disso, a higiene precária, exacerbada pela falta de acesso a desinfectantes e instalações adequadas para a lavagem das mãos, contribui significativamente para a disseminação dessas doenças. Abordar essas questões exige intervenções intersectoriais robustas para melhorar as condições de vida e saúde das comunidades mais vulneráveis.

2. OBJECTIVOS DO MANUAL

O Manual pretende proporcionar ferramentas padronizadas de saúde pública para a implementação de acções de prevenção, controlo e resposta a um surto de cólera e outras DDAs, assim como contribuir para a redução da morbidade e mortalidade por estas doenças.

Estas directrizes são destinadas a todos os gestores e profissionais de saúde a nível nacional, provincial, municipal e unidades sanitárias públicas e privadas. Também é destinado às organizações não-governamentais e outros parceiros que apoiam o país nas actividades de resposta as DDAs incluindo a cólera, e devem ser usadas para apoiar a elaboração de planos de preparação para a prevenção, controlo e de resposta a uma epidemia de cólera.

2.1. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar gestores e profissionais de saúde para a prevenção e resposta eficiente a surtos.
- Orientar sobre medidas preventivas, incluindo o fornecimento de água potável e condições sanitárias adequadas.
- Promover a Comunicação de Risco e Engajamento Comunitário (CREC) para interromper a cadeia de transmissão.
- Estabelecer directrizes claras para a organização e funcionamento de Centros de Tratamento de Cólera (CTCs).

Através da implementação das recomendações aqui descritas, espera-se reduzir a morbidade e mortalidade associadas à doença e minimizar o seu impacto nas comunidades angolanas.

3. DESCRIÇÃO DA DOENÇA

A cólera é uma doença diarreica aguda que se transmite através da ingestão de alimentos ou água contaminados. Esta bactéria produz uma enterotoxina conhecida por toxina colérica, que é o principal factor responsável pelos sintomas da doença.

A toxina colérica actua no intestino delgado, estimulando uma secreção excessiva de água e electrólitos para o lúmen intestinal, o que resulta em diarreia aquosa intensa, frequentemente descrita como "água de arroz". Este processo ocorre porque a enterotoxina interfere nos canais de transporte de iões das células intestinais, levando a uma perda maciça de líquidos.

O período de incubação da doença é curto, variando de duas horas a cinco dias, facilitando a rápida disseminação em contextos de saneamento inadequado e condições de higiene precárias. Além da diarreia profusa, os sintomas podem incluir vómitos, dores abdominais e câibras musculares.

Em casos graves e não tratados, a perda extrema de líquidos e electrólitos pode causar desidratação severa, acidose metabólica e colapso circulatório. Estas complicações podem evoluir para choque hipovolémico, insuficiência renal e, eventualmente, morte em poucas horas.

A gravidade da cólera, aliada à sua alta transmissibilidade, torna essencial a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento imediato para evitar surtos e reduzir a mortalidade associada.

3.1. AGENTE ETIOLÓGICO

O agente etiológico da cólera é a bactéria *Vibrio cholerae*, um bacilo Gram-negativo, aeróbio facultativo, com formato curvo e alta mobilidade devido ao seu flagelo polar. A bactéria é responsável pela produção de uma enterotoxina, a principal causadora dos sintomas característicos da doença, incluindo diarreia aquosa profusa.

Existem dois subgrupos principais associados a surtos epidémicos:

- ***Vibrio cholerae* O1**, subdividido nos biótipos clássico e El Tor, com sorotipos Inaba, Ogawa e Hikogima.
- ***Vibrio cholerae* O139**, conhecido como Bengal. Embora inicialmente se acreditasse que apenas o sorogrupo O1 era patogénico, estudos posteriores confirmaram a capacidade do O139 de causar surtos significativos. Outros sorogrupos além do O1 podem provocar casos isolados ou surtos limitados, mas não são responsáveis por epidemias de larga escala.

A bactéria apresenta elevada resistência ambiental, sobrevivendo por longos períodos em fontes de água contaminada e multiplicando-se eficientemente em meios de cultura. Esta resistência também contribui para sua endemização em áreas com condições sanitárias precárias, favorecendo a persistência da cólera em comunidades vulneráveis.

3.2. RESERVATÓRIO DO *VIBRIO CHOLERAE*

Os principais reservatórios naturais do *Vibrio cholerae* são os seres humanos e as fontes de água. O ser humano é o reservatório usual do *Vibrio cholerae* toxigénico dos sorogrupos O1 e O139. Contudo, diversos estudos demonstram que o *Vibrio cholerae* O1 pode ser isolado em ambientes aquáticos, particularmente em estuários, sugerindo que animais marinhos, como moluscos e crustáceos, também podem actuar como reservatórios naturais da bactéria.

No caso dos seres humanos, estes podem actuar como reservatórios tanto na fase de doença quanto como portadores assintomáticos. Os portadores, apesar de não apresentarem sintomas, excretam a bactéria pelas fezes e, ocasionalmente, pelo vômito, contribuindo para a continuidade da cadeia de transmissão.

Além disso, a sobrevivência do *Vibrio cholerae* em ambientes aquáticos, como rios, lagos e estuários, reforça a sua ligação a fontes aquáticas contaminadas, tornando estas zonas, áreas críticas para o controlo epidemiológico.

3.3. FONTES DE INFECÇÃO E DISSEMINAÇÃO

As principais fontes de infecção incluem:

- **Indivíduos infectados:** Durante o período de incubação, na fase sintomática da doença e no período de convalescença, excretam o vibrião nas fezes e no vômito.
- **Portadores assintomáticos:** Eliminam o *Vibrio cholerae* de forma intermitente, podendo prolongar o risco de contaminação ambiental.
- **Água contaminada:** Ambientes aquáticos contaminados por fezes humanas ou detritos podem servir de reservatórios secundários, aumentando o risco de propagação.

A presença do *Vibrio cholerae* em ambientes aquáticos e no organismo humano sublinha a importância de medidas rigorosas de saneamento básico e controlo ambiental para prevenir surtos de cólera.

3.4. MODO DE TRANSMISSÃO DA CÓLERA

A principal via de transmissão ocorre através da ingestão de água ou alimentos contaminados com fezes ou vômitos de pessoas infectadas, sejam estas doentes ou portadoras assintomáticas.

Os alimentos podem ser contaminados durante o manuseio, através do uso de água não tratada ou por contacto com utensílios inadequadamente higienizados. Além disso, insectos como moscas podem actuar como vectores mecânicos, transportando a bactéria *Vibrio cholerae* para alimentos ou superfícies.

Embora a contaminação pessoa a pessoa seja menos comum, ela desempenha um papel relevante na cadeia epidemiológica, especialmente em ambientes com alta densidade populacional e saneamento inadequado.

Um factor crucial na disseminação da doença é a elevada proporção de portadores assintomáticos. Esses portadores eliminam a bactéria no ambiente sem apresentar sinais da doença, contribuindo silenciosamente para a continuidade da transmissão.

3.5. PERÍODO DE INCUBAÇÃO E DE TRANSMISSIBILIDADE

O período de incubação da cólera varia entre algumas horas e cinco dias, sendo mais comum um intervalo de dois a três dias.

A transmissibilidade persiste enquanto o *Vibrio cholerae* for eliminado nas fezes, o que geralmente ocorre durante os primeiros dias após a recuperação clínica. Para efeitos de vigilância epidemiológica, o período de transmissibilidade aceite como padrão é de 20 dias. Contudo, alguns indivíduos podem tornar-se portadores crónicos, eliminando o vibrião de forma intermitente por meses ou até anos, contribuindo para a manutenção da cadeia de transmissão.

3.6. SUSCEPTIBILIDADE E IMUNIDADE

A susceptibilidade à infecção por *Vibrio cholerae* é variável e aumenta na presença de factores que reduzem a acidez gástrica, como acloridria, gastrectomia ou o uso de medicamentos alcalinizantes.

A infecção gera uma resposta imunológica com elevação de anticorpos, conferindo imunidade temporária de cerca de seis meses. No entanto, infecções repetidas tendem a estimular a produção de imunoglobulina A (IgA) secretora nos indivíduos, proporcionando estímulos constantes ao sistema imunológico. Este mecanismo pode explicar a imunidade mais prolongada observada em adultos residentes em áreas endémicas, que frequentemente demonstram maior resistência à doença.

4. ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

4.1. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA CÓLERA

A cólera apresenta manifestações clínicas, que variam de infecções inaparentes até formas graves, caracterizadas por diarreia profusa e potencialmente fatal. Além da diarreia, podem surgir vómitos, dores abdominais e, nas formas severas, câibras musculares, desidratação acentuada e choque hipovolémico. A febre, contudo, não é uma manifestação comum nesta doença.

A doença pode manifestar-se de duas formas principais:

I. **Forma Grave**

Nos casos mais típicos de apresentação grave, que correspondem a menos de 10% do total de casos, o início é súbito, acompanhado de diarreia aquosa profusa, com inúmeras dejetões diárias, frequentemente descritas como do tipo "água de arroz", associadas a um odor característico semelhante a peixe. Estes episódios podem ocorrer com ou sem vômitos, dores abdominais e câibras musculares.

A diarreia e os vômitos nesta forma grave resultam numa perda extraordinária de líquidos, que pode alcançar 1 a 2 litros por hora. Caso o tratamento não seja iniciado imediatamente, o quadro pode progredir rapidamente para desidratação severa, acidose metabólica, colapso circulatório, choque hipovolémico, insuficiência renal e óbito, frequentemente em menos de seis horas.

II. **Forma Leve ou *Oligossintomática***

A maioria dos casos manifestam-se de forma leve, apresentando apenas episódios de diarreia moderada, sem complicações severas.

Estima-se que cerca de 80% das pessoas infectadas pelo *Vibrio cholerae* sejam assintomáticas. Apesar disso, estas pessoas eliminam a bactéria pelas fezes, contribuindo para a contaminação ambiental e representando um risco significativo de transmissão para outros indivíduos, bem como para fontes de água e alimentos.

Entre os indivíduos que desenvolvem sintomas, aproximadamente 80% apresentam sintomas leves ou moderados. Contudo, cerca de 20% evoluem para um quadro de diarreia aquosa aguda, frequentemente acompanhada de desidratação severa. Se não tratados prontamente, estes casos podem levar ao óbito.

Certos grupos populacionais, particularmente crianças subnutridas, pessoas com baixa imunidade e indivíduos que vivem com o VIH/SIDA, estão em maior risco de desenvolver formas graves da doença. A rápida intervenção médica é essencial para evitar complicações fatais nesses grupos mais vulneráveis.

4.1.1. Complicações

As complicações decorrentes da cólera estão intrinsecamente ligadas à depleção hidro-salina severa, provocada pela diarreia intensa e pelos vômitos característicos da doença.

São mais frequentes em indivíduos idosos, diabéticos, grávidas ou em pessoas com doenças crônicas, como patologias cardíacas preexistentes. A desidratação não corrigida de forma célere e eficaz pode levar a uma deterioração progressiva da circulação, da função renal e do equilíbrio hidroelectrolítico, resultando em danos sistémicos graves.

As principais complicações incluem:

- **Choque hipovolêmico:** Decorrente da perda volumétrica severa.
- **Necrose tubular renal:** Resultante da hipoperfusão renal.
- **Íleo paralítico:** Causado por desequilíbrios eletrolíticos e hipoperfusão intestinal.
- **Hipocaliemia:** Redução crítica dos níveis de potássio, com risco de arritmias cardíacas e fraqueza muscular severa.
- **Hipoglicemia:** Frequentemente observada em crianças, podendo levar a convulsões e coma.
- **Aborto espontâneo:** Em grávidas no terceiro trimestre, geralmente associado ao choque hipovolêmico.

Estas complicações podem ser eficazmente prevenidas com intervenções oportunas de hidratação adequada e reposição eletrolítica, tanto por via oral (ORS) quanto intravenosa (IV), em casos graves.

4.1.2. Diagnóstico Diferencial

Deve ser considerado em todas as situações de diarreia aguda, especialmente em áreas endêmicas ou epidêmicas. É fundamental distinguir a cólera de outras condições como:

- Gastroenterites virais e bacterianas (*Escherichia coli*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*);
- Disenterias amebianas;
- Intoxicações alimentares;
- Diarreias por parasitas intestinais.

4.2. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial da cólera baseia-se no isolamento da bactéria - *Vibrio cholerae* a partir de culturas de amostras de fezes, tanto de doentes sintomáticos quanto de portadores assintomáticos.

O método para colheita de amostras deve seguir rigorosamente os protocolos estabelecidos para assegurar a viabilidade da amostra.

Após a confirmação laboratorial inicial da presença de *Vibrio cholerae*, a Definição de Caso da OMS (baseada em critérios clínicos e epidemiológicos) é suficiente para o diagnóstico de novos casos durante o surto. Adicionalmente:

- **Testes rápidos de diagnóstico (TRD):** São úteis no início de surtos, especialmente para o alerta precoce e identificação dos primeiros casos. Estes testes também são indicados em áreas sem histórico recente de casos, para

diagnóstico presuntivo rápido. Embora, a OMS aconselha não usar TDRs para confirmar casos individuais de cólera.

- **Testes de sensibilidade aos antibióticos:** São recomendados para monitorizar a resistência bacteriana e orientar a escolha de tratamentos antibióticos adequados.
- **Confirmação do fim da epidemia:** Pode ser realizada por meio de análises laboratoriais, confirmando a ausência de novos casos e a eliminação do agente infeccioso na população.

5. PREVENÇÃO DA CÓLERA

A cólera, além de uma emergência de saúde pública, é uma manifestação directa de desafios persistentes nos determinantes sociais da saúde. Estes desafios incluem a falta de acesso a água potável, saneamento inadequado, pobreza, educação limitada e condições de habitação precárias, que criam um ambiente propício à propagação da doença. Estes factores estruturais têm um impacto significativo no sector da saúde, aumentando a carga de doenças preveníveis, como a cólera.

De acordo com os dados do *Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde 2015-2016*, apenas 53% dos agregados familiares em Angola têm acesso a fontes de água apropriada para consumo, destacando-se uma disparidade evidente entre as áreas urbanas e rurais. Nas áreas urbanas, 67% das famílias têm acesso à água adequada, enquanto esta proporção reduz-se para apenas 32% nas zonas rurais. Além disso, 39% dos agregados familiares rurais dependem de fontes inadequadas, como lagos, riachos ou canais de irrigação, para suprir as suas necessidades de água.

Outro dado preocupante revela que 67% dos agregados familiares a nível nacional não tratam a água antes do consumo, sendo este problema mais acentuado nas áreas rurais, onde 91% das famílias não tratam a água, em comparação com 52% nas áreas urbanas. Mesmo entre os agregados que utilizam fontes consideradas mais seguras, como água canalizada e poços protegidos, interrupções no abastecimento foram relatadas em 56% das famílias urbanas e 32% das rurais, demonstrando a urgência de promover o tratamento da água em comunidades vulneráveis.

As condições das instalações sanitárias são também factores críticos. Apenas 32% dos agregados familiares possuem instalações sanitárias apropriadas e não partilhadas, sendo esta percentagem maior nas áreas urbanas (46%) em comparação com as rurais (11%). Mais de metade dos agregados (53%) utiliza instalações não apropriadas, proporção que atinge 86% nas áreas rurais, enquanto nas urbanas é de 32%.

Além disso, a prática da lavagem das mãos, indispensável para prevenir doenças transmissíveis, enfrenta grandes desafios. Apenas 38% dos agregados familiares indicaram possuir um local destinado à lavagem das mãos, e, destes, 64% dispunham de água e sabão, considerados elementos ideais para uma higienização eficaz. Contudo, 19% das famílias relataram não possuir nem água, nem sabão, nem qualquer outro produto de

limpeza, sendo esta carência mais notória entre os agregados mais pobres (31% no quintil mais baixo, comparado a 5% no quintil mais elevado).

Para enfrentar a cólera, a melhor estratégia é assegurar o acesso à água potável em quantidade e qualidade adequadas, melhorar as condições de saneamento, promover práticas de higiene individual e colectiva, e disseminar mensagens educativas que reforcem a importância da higiene e saúde. No entanto, estas intervenções precisam ser complementadas por esforços intersectoriais que abordem as causas subjacentes da vulnerabilidade, como investimentos em infra-estruturas (abastecimento de água, saneamento e habitação), educação e redução das desigualdades sociais.

O combate à cólera exige, portanto, uma abordagem integrada que envolva múltiplos sectores – saúde, água e saneamento, educação e políticas sociais entre outros – promovendo melhorias sustentáveis nas condições de vida das comunidades afectadas.

5.1. ÁGUA POTÁVEL

A água contaminada é a principal fonte de transmissão da cólera, tornando imprescindível o fornecimento de água potável para consumo, preparação de alimentos e para lavagem das mãos.

- **Áreas urbanas:** Deve-se garantir o abastecimento de água potável através de sistemas de distribuição pública. Em situações de emergência, a água pode ser transportada por camiões-cisterna para assegurar o fornecimento imediato às populações.
- **Zonas rurais:** Nas áreas onde não existe acesso a fontes de água tratada e a população que depende de fontes alternativas (rio, etc), é necessário tratar a água utilizando produtos químicos à base de cloro (como hipoclorito de sódio ou compostos similares), fervura até à ebulição ou outros métodos disponíveis.

A cloração da água deve ser considerada essencial em situações de emergência, mesmo quando a água é considerada potável, como medida adicional de segurança.

5.2. SEGURANÇA E HIGIENE DOS ALIMENTOS

Os alimentos contaminados constituem uma fonte secundária significativa de transmissão da cólera. Por isso, as actividades de promoção da saúde devem ser intensificadas em situações de risco iminente, destacando-se as seguintes orientações:

- **Evitar alimentos crus**, com excepção de frutas e legumes que devem ser lavados com água potável e desinfectados antes do consumo.
- **Cozinhar os alimentos adequadamente** para garantir a eliminação de patógenos.
- **Higienizar utensílios de cozinha**, lavando e secando cuidadosamente com água potável antes e após o uso.

- **Lavar as mãos com sabão (ou cinzas):**
 - Após defecar;
 - Após contacto com fezes, ao mudar fraldas de crianças e adultos;
 - Antes de preparar ou consumir alimentos;
 - Antes de alimentar crianças.

5.2.1. Protocolo de preparação higiénica dos alimentos

Para garantir a segurança alimentar, a OMS recomenda as seguintes "10 Regras de Ouro":

- **Escolher alimentos seguros:** Seleccionar produtos frescos e saudáveis.
- **Cozinhar bem os alimentos:** Garantir que carnes, peixes e ovos sejam bem cozidos.
- **Consumir alimentos imediatamente após a preparação:** Evitar deixar alimentos em temperatura ambiente por longos períodos.
- **Guardar alimentos de forma segura:** Alimentos quentes devem ser mantidos acima de 60°C e alimentos frios abaixo de 10°C.
- **Reaquecer completamente os alimentos:** Certificar-se de que alimentos guardados sejam reaquecidos a altas temperaturas antes do consumo.
- **Evitar contacto entre alimentos crus e cozinhados:** Manter utensílios e superfícies usados em alimentos crus separados dos que entram em contacto com alimentos cozinhados.
- **Lavar frequentemente as mãos:** Antes de manipular alimentos e após qualquer actividade que possa contaminar as mãos.
- **Manter a cozinha e os utensílios de cozinha limpos:** Garantir a limpeza contínua das superfícies de preparação.
- **Manter os alimentos fora do alcance de insectos, roedores e outros animais:** Usar recipientes adequados para o armazenamento.
- **Usar água tratada ou potável:** Para lavar e preparar alimentos e bebidas.

5.3. SANEAMENTO AMBIENTAL

O saneamento ambiental adequado desempenha um papel crucial na redução do risco de transmissão do *Vibrio cholerae*. A falta de condições sanitárias apropriadas é frequentemente responsável pela contaminação das fontes de água, aumentando a vulnerabilidade das populações à cólera. É essencial promover o conhecimento sobre a importância de construir e utilizar correctamente as latrinas, reforçando os perigos da defecação a céu aberto, especialmente próximo a fontes de água. Além disso, deve-se destacar a relevância da lavagem adequada das mãos com sabão ou cinza após qualquer contacto com excrementos, incluindo a mudança de fraldas de crianças. Particular atenção deve ser dada à educação e sensibilização sobre o uso regular das latrinas, especialmente entre as crianças.

Em situações onde grandes grupos de pessoas se reúnem, como em comícios, funerais e festas religiosas, é indispensável tomar medidas para garantir a segurança alimentar e sanitária. Essas medidas incluem a distribuição de alimentos seguros, observando rigorosamente as normas de higiene, a eliminação segura de dejectos humanos, e a disponibilização de instalações adequadas para lavagem das mãos.

5.4. VACINAÇÃO

A vacinação constitui uma **estratégia complementar** no controlo e prevenção da cólera, particularmente em situações de alto risco epidemiológico como surtos.

A vacina oral contra a cólera *Euvichol*, inactivada e bivalente (serogrupos O1 e O139), pode ser administrada a crianças acima de um ano de idade e adultos. Embora a vacina ofereça uma eficácia entre 50% a 80%, ela não substitui as medidas fundamentais de prevenção, como a melhoria do saneamento e acesso à água potável, sendo estas imprescindíveis para prevenir a cólera de forma sustentável.

É importante ressaltar que, mesmo em países onde epidemias de cólera ocorrem, o risco para viajantes é baixo, desde que sejam observadas medidas rigorosas de higiene pessoal e alimentar, como evitar o consumo de alimentos ou água potencialmente contaminados.

6. MEDIDAS DE CONTROLO DA CÓLERA

O controlo da cólera requer a implementação de acções coordenadas e abrangentes que abordem os principais factores de risco associados à transmissão da doença. Para tal, as medidas essenciais incluem:

- **Garantir o acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento:** Assegurar a detecção precoce e o tratamento eficaz dos casos de cólera, garantindo a disponibilidade de diagnósticos, medicamentos, soluções de reidratação oral e endovenosa, bem como a formação de profissionais de saúde para o manejo adequado da doença.
- **Assegurar a oferta de água potável e em quantidade suficiente:** Implementar sistemas de abastecimento de água potável para o consumo e garantir o seu tratamento adequado, incluindo a cloração em situações de emergência. A qualidade da água é um factor essencial para a prevenção da transmissão.
- **Garantir o destino e o tratamento adequado de dejectos (fezes):** Promover o uso de instalações sanitárias apropriadas e incentivar a construção de latrinas em comunidades sem acesso a saneamento básico, minimizando a contaminação ambiental.
- **Assegurar a recolha e eliminação adequada de resíduos sólidos:** Estabelecer sistemas eficientes para a gestão de lixo, garantindo a sua recolha regular, transporte e eliminação de forma segura, para prevenir a proliferação de transmissão.

- **Promover a vigilância de indivíduos sintomáticos:** Monitorizar activamente casos suspeitos de cólera, realizando a notificação imediata de novos casos, com medidas rápidas de isolamento e tratamento para evitar a propagação.
- **Fortalecer a vigilância em meios de transporte e terminais:** Implementar medidas de vigilância e controlo em terminais portuários, aeroportos, rodoviários e ferroviários, com ênfase na inspecção de alimentos, água e condições sanitárias dos transportes.
- **Reduzir o risco de contaminação de alimentos:** Estabelecer normas rigorosas para o comércio alimentar, especialmente no comércio ambulante, promovendo a manipulação e conservação adequada dos alimentos, bem como o uso de água potável durante o seu preparo.
- **Definir procedimentos para a limpeza e desinfecção:** Desenvolver e implementar protocolos claros para a desinfecção de áreas contaminadas, instalações sanitárias e utensílios, garantindo a qualidade dos processos de limpeza.
- **Promover actividades de educação para a saúde:** Realizar campanhas de sensibilização e educação comunitária sobre as medidas de prevenção e controlo da cólera, incluindo a importância da higiene pessoal e colectiva, o tratamento de água e o uso de instalações sanitárias apropriadas.

Estas acções devem ser conduzidas de forma intersectorial, envolvendo os sectores da saúde, saneamento, educação, transporte e outros actores relevantes. O sucesso na prevenção e controlo da cólera depende de uma abordagem integrada que assegure a participação activa das comunidades e o apoio contínuo dos serviços de saúde pública.

6.1. PADRÃO SAZONAL

A maioria dos casos de DDAs incluindo a cólera ocorrem durante a **estação chuvosa** (Outubro a Abril), com picos em Dezembro e Janeiro. Esta sazonalidade está intimamente ligada às condições climáticas e às vulnerabilidades associadas, como a falta de saneamento básico e o acesso limitado a água potável, pobreza e factores ligados as alterações climáticas.

7. ORGANIZAÇÃO DA PREPARAÇÃO, RESPOSTA E MITIGAÇÃO DE EPIDEMIAS DE CÓLERA

O controlo eficaz e a mitigação dos efeitos de uma epidemia de cólera exigem a implementação de um conjunto estruturado de acções que abranjam o período antes, durante e após a ocorrência da epidemia. A prontidão nacional para enfrentar esta doença depende de uma abordagem multisectorial, decisões informadas e um compromisso político sólido, que permitam a mobilização de recursos e a coordenação efectiva em todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde.

A reactivação de mecanismos institucionais, como a **Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera**, apoiada por um **Grupo Técnico de Cólera**, bem como acções descentralizadas através de **Comissões Provinciais e Municipais de Luta Contra a Cólera**, com representatividade e competências claras, é indispensável. Estas comissões devem garantir o alinhamento entre os diferentes sectores envolvidos e a implementação eficiente das actividades planeadas.

7.1. ACTIVIDADES A REALIZAR ANTES DA EPIDEMIA

A preparação pré-epidemia requer a implementação de acções estratégicas e coordenadas para fortalecer a prontidão e mitigar os impactos de um surto. Entre as actividades a serem desenvolvidas estão:

1. **Coordenação e Planeamento:**

- Criação e/ou reactivação da **Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera**, o **Grupo Técnico da Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera**, bem como as **Comissões Provinciais e Municipais de Luta Contra a Cólera**, para garantir a gestão eficaz e o controlo da epidemia.
- Elaboração de um Plano Nacional de Resposta para a Prevenção e Controlo da Cólera, com acções claras por nível e adaptado às características locais .

2. **Vigilância e Monitoria:**

- Estabelecer ou reforçar o sistema de vigilância activa para a detecção e tratamento precoce de casos suspeitos.
- Análise de risco e mapeamento das áreas vulneráveis à cólera, abrangendo tendências epidemiológicas.
- Criar planos com indicadores de Monitoria e Avaliação

3. **Capacitação e Formação:**

- Formação e actualização de trabalhadores das unidades sanitárias e das comunidades em risco.
- Formação de actores comunitários de saúde, como Agentes de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário (ADECOS), activistas e líderes comunitários.

4. **Estruturas de Tratamento e Logística:**

- Identificação e preparação de locais para isolamento de casos, respeitando a dignidade e os direitos dos pacientes.
- Garantia de transporte seguro para pacientes e insumos essenciais.
- Criação de condições para práticas funerárias seguras e intensificação de medidas de prevenção de infecções.
- Providenciar aspectos logísticos para a aquisição de todos os meios, materiais e insumos necessários.

5. Educação e Comunicação:

- Desenvolvimento de planos de comunicação para todos os níveis, incluindo informação à população sobre os riscos da cólera e medidas de prevenção.
- Distribuir guíões importantes para a população, técnicos de saúde, Administrações Municipais e Governos Provinciais.
- Realização de campanhas de sensibilização e mobilização social para promover práticas de higiene e saneamento (a todos os níveis).

6. Recursos e Infraestrutura:

- Produção e distribuição de materiais informativos, educativos e de comunicação (IEC).
- Estimativa de custos de recursos humanos, materiais e financeiros.
- Aquisição e pré-posicionamento de medicamentos e insumos, incluindo Recursos humanos, e identificar os canais de distribuição para responder a emergência.

7. Água e Saneamento (WASH):

- Reforço da vigilância e qualidade da água para consumo humano.
- Organização de apoio laboratorial para análises rápidas e precisas.

8. Disponibilização de Recursos Financeiros:

- Estabelecimento de mecanismos adequados para a disponibilização imediata e eficiente de recursos financeiros.

Esta abordagem abrangente visa não apenas fortalecer a capacidade de resposta, mas também mitigar os riscos antes do início de qualquer surto epidémico, alinhando-se às melhores práticas e evidências disponíveis.

7.2. ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE A EPIDEMIA

Durante um surto de cólera ou outra doença diarreica, a implementação imediata de actividades coordenadas é essencial para conter a propagação da doença, reduzir a morbidade e mortalidade e mitigar os impactos na saúde pública. As principais acções a serem realizadas incluem:

Comunicação e Sensibilização:

- Informar a população e as autoridades de todos os níveis sobre a ocorrência da doença, assegurando uma comunicação transparente, atempada, consistente e culturalmente adequada.
- Intensificar a educação para a saúde, promovendo práticas de higiene e saneamento tanto nas comunidades quanto nas unidades sanitárias.
- Divulgar orientações claras sobre medidas preventivas e comportamentos de risco.

Reactivação de Estruturas de Coordenação e Resposta:

- Reactivar as Comissões a nível Nacional, Provincial e Municipal, incluindo os Grupos técnicos de Combate à Cólera e outras diarreias.

- Activar as Equipas de Resposta Rápida em todos os níveis e assegurar que as suas tarefas e responsabilidades estejam bem definidas.

Monitorização e Sistema de Alerta:

- Implementar sistemas de alerta rápido para a vigilância diária de casos e óbitos nos serviços de urgência, complementando a vigilância de rotina.
- Monitorizar a disponibilidade de medicamentos, soros e outros insumos necessários nas unidades sanitárias, assegurando a logística para reposição imediata.
- Sistema de alerta para a monitorização da disponibilidade de medicamentos e outros insumos (ex. necessidades de medicamentos, soros, recursos humanos, etc.) nos CTCs e em unidades sanitárias dos Municípios afectados. Organizar um kit completo de doença diarreica que ofereça tratamento para 100 casos graves de cólera (casos que necessitam de internamento e tratamento endovenoso) e 400 casos leves ou moderados de cólera na Unidade de Rehidratação Oral (casos em ambulatório ou internados, tratados com SRO).
- Garantir a disponibilidade de desinfectante nas unidades sanitárias.

Investigação Epidemiológica e Busca Activa:

- Realizar investigação clínica e epidemiológica para identificar a fonte de infecção, os grupos etários mais afectados e as áreas de maior risco.
- Desenvolver busca activa de casos em famílias e comunidades com pacientes suspeitos ou confirmados.

Declaração e Instalação de Estruturas de Tratamento:

- Declarar oficialmente o início do surto após confirmação laboratorial, facilitando a mobilização de recursos e parceiros.
- Estabelecer e reforçar Centros de Tratamento de Doenças Diarreicas (CTDD) e pontos de hidratação oral nas comunidades.

Reforço de Medidas de Higiene e Saneamento:

- Promover a lavagem das mãos com água e sabão ou cinza, além de garantir alimentos seguros.
- Distribuição de quantidades adequadas de Certeza para garantir o tratamento da água na comunidade e de derivados de cloro para as unidades sanitárias.
- Monitorizar a qualidade da água e reforçar a cloração em fontes comunitárias e reservatórios.

Mobilização e Coordenação de Recursos:

- Mobilizar recursos humanos, materiais e financeiros para a prevenção e o controlo da epidemia.
- Assegurar a distribuição de produtos à base de cloro e de outros desinfectantes para as unidades sanitárias e comunidades.
- Coordenar e implementar a participação comunitária no controlo da epidemia.
- Coordenar o apoio dos diferentes parceiros durante o controlo da epidemia.

Capacitação e Apoio Técnico:

- Formar/ capacitar rapidamente os profissionais de saúde sobre o diagnóstico e tratamento da cólera, com foco na redução da morbi-mortalidade.
- Garantir a supervisão técnica contínua e o apoio às equipas de resposta.

Monitorização e Documentação:

- Monitorizar a utilização dos recursos (medicamentos, equipamentos, financiamento).
- Documentar todas as actividades realizadas durante a epidemia, assegurando a transparência e a criação de relatórios para avaliação pós-epidémica.

Elaboração de Relatórios:

- Preparar relatórios detalhados no final da epidemia, incluindo recomendações para fortalecer a resposta a surtos futuros.

Os gestores de saúde devem manter vigilância constante e tomar medidas imediatas quando forem detectadas as seguintes situações:

- Aumento significativo no número de casos e óbitos por diarreia.
- Confirmação do primeiro caso ou óbito por cólera.
- Insuficiência de materiais e equipamentos (medicamentos, Equipamentos de Protecção Individual - EPI, camas hospitalares, entre outros).
- Escassez de recursos humanos.
- Dificuldades de acesso às unidades sanitárias.
- Falhas no abastecimento de água, alimentos seguros e condições de saneamento básico.

7.3. ACTIVIDADES A REALIZAR APÓS A EPIDEMIA

Após o término de uma epidemia de cólera, é fundamental implementar um conjunto de actividades destinadas a consolidar as lições aprendidas, reforçar as capacidades locais e prevenir a ocorrência de novos surtos. As principais acções a serem realizadas incluem:

a) Elaboração de Relatórios e Avaliação da Resposta

- Produzir um relatório detalhado sobre a epidemia, incluindo análise dos dados epidemiológicos, acções realizadas, dificuldades enfrentadas e resultados alcançados.
- Realizar uma avaliação abrangente da resposta à epidemia, identificando lacunas e boas práticas para fortalecer futuras intervenções.

- Revisar e actualizar o plano de resposta de acordo com os resultados da avaliação, considerando os guiões de avaliação disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

b) Vigilância Epidemiológica Pós-Epidemia

- Manter a vigilância activa da doença por um período mínimo de quatro semanas após a alta ou morte do último paciente registado.
- Implementar sistemas de alerta precoce para detectar possíveis recidivas ou novos casos em áreas previamente afectadas.
- Monitorizar de forma contínua as condições ambientais e sanitárias nas comunidades vulneráveis.

c) Sustentação das Medidas Preventivas

- Garantir a continuidade das acções de educação para a saúde, promovendo hábitos de higiene pessoal e colectiva.
- Reforçar a cloração da água e o tratamento em fontes comunitárias e domiciliárias.
- Assegurar a disponibilização de equipamentos e materiais necessários para o saneamento básico e o controlo de possíveis focos de contaminação.

d) Mobilização de Recursos e Envolvimento Multisectorial

- Sensibilizar os sectores relevantes e os parceiros de cooperação para garantir a sustentabilidade das intervenções, especialmente na melhoria do abastecimento de água e saneamento.
- Mobilizar recursos financeiros e materiais para implementar melhorias duradouras nas comunidades afectadas.

e) Reuniões e Coordenação Multisectorial

- Continuar a realizar reuniões regulares do grupo multisectorial, preferencialmente de forma mensal, para avaliar o progresso e discutir estratégias de prevenção e controlo de novas epidemias.
- Promover o alinhamento intersectorial, garantindo que todos os actores envolvidos estejam informados e preparados para agir em futuras emergências.

d) Planeamento para Sustentabilidade

- Integrar as acções de prevenção e controlo de cólera nos planos de desenvolvimento local e nacional, assegurando o alinhamento com outras prioridades de saúde pública.
- Estabelecer mecanismos de financiamento contínuos para apoiar as actividades de prevenção, vigilância e resposta rápida.

e) Fortalecimento das Capacidades Locais

- Capacitar as equipas de saúde e os líderes comunitários com formações regulares para lidar com emergências de saúde pública.
- Desenvolver materiais educativos adaptados às necessidades das comunidades e garantir sua disseminação ampla.

f) Disseminação de Lições Aprendidas

- Partilhar os resultados da resposta à epidemia com todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde, parceiros e comunidades afectadas.
- Promover o intercâmbio de experiências entre províncias e municípios para fortalecer a capacidade colectiva de resposta.

g) Principais intervenientes

Devem ser criados grupos de trabalho para a prevenção e controlo da cólera, e que deverão ter representatividade a todos os níveis.

Considerando os esforços do Governo na implementação de medidas de controlo e prevenção da cólera, com vista a proteger as populações dos seus efeitos nefastos. Tendo em conta que a realização de medidas de controlo e prevenção de um risco epidémico impõe a implementação de um conjunto de intervenções multisectoriais a nível da Administração de Estado.

O **Despacho Presidencial n.º 28/17** de 7 de Março 2017, aprova e actualiza a Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera, coordenada pelo(a) Ministro(a) da Saúde (**Tabela 1 em Anexo**).

Atendendo que as acções de prevenção e controlo da cólera, assim como de outras doenças diarreicas agudas, são intrinsecamente multisectoriais, torna-se imperativo que, além do sector da Saúde, outros sectores e instituições desempenhem um papel activo e coordenado.

A colaboração intersectorial é essencial para assegurar uma abordagem integrada que contemple as necessidades preventivas e logísticas em todos os níveis de intervenção. Em especial, os sectores devem organizar-se para:

- **Garantir o acesso contínuo e seguro à água potável** através de melhorias na infraestrutura de abastecimento e tratamento da água.
- **Promover condições adequadas de saneamento básico** mediante a construção e manutenção de sistemas de esgoto, latrinas e recolha regular de resíduos sólidos.
- **Realizar acções de sensibilização e educação comunitária**, promovendo hábitos de higiene e mudanças comportamentais que favoreçam a prevenção de doenças.
- **Estabelecer mecanismos de monitorização e vigilância ambiental** para identificar e mitigar potenciais focos de contaminação.
- **Garantir a segurança alimentar**, promovendo a manipulação adequada dos alimentos, especialmente nos mercados informais e pontos de venda.

Os termos de referência específicos para cada sector, devem ser elaborados, delineando as responsabilidades e atribuições de cada entidade na implementação efectiva de medidas preventivas e logísticas. A sinergia entre os diferentes actores é crucial para o sucesso das estratégias de prevenção, contribuindo para reduzir a incidência e o impacto da cólera e de outras doenças diarreicas agudas no país.

a) Termos de Referência da Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera - Nível Central.

A Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera, composta por representantes de vários Ministérios e instituições de relevância estratégica, desempenha um papel crucial na coordenação e gestão de emergências sanitárias de âmbito nacional. Os seus termos de referência incluem:

- **Planeamento Estratégico:** Elaborar e actualizar planos conjuntos de resposta a emergências, contemplando acções de prevenção, controlo e mitigação da cólera.
- **Coordenação Operacional:** Realizar encontros regulares durante a vigência da emergência para alinhar actividades e garantir a harmonização das intervenções realizadas.
- **Monitorização e Avaliação:** Assegurar a troca de informações entre as partes interessadas, bem como a planificação conjunta, monitorização e avaliação contínua das actividades realizadas.
- **Tomada de Decisões:** Avaliar as intervenções implementadas e tomar decisões estratégicas para a sua melhoria ou ajuste.
- **Comunicação:** Desenvolver e implementar planos de comunicação para partilhar informações relevantes com as comunidades e outros sectores.
- **Mobilização de Recursos:** Garantir a mobilização de recursos financeiros, humanos e materiais necessários para uma resposta eficaz.
- **Avaliação Pós-Emergência:** Preparar relatórios detalhados sobre os resultados alcançados e partilhar as lições aprendidas com as comunidades e sectores envolvidos.

b) Termos de Referência da Comissão Provincial de Luta Contra a Cólera - Nível Provincial.

A Comissão Provincial, liderada pelos Governadores Provinciais, é responsável por adaptar as directrizes nacionais às realidades locais. As suas responsabilidades incluem:

- **Planeamento Local:** Elaborar e implementar planos de resposta a emergências ajustados às especificidades da Província.
- **Coordenação Local:** Coordenar e harmonizar todas as actividades relacionadas à emergência, garantindo uma resposta integrada e eficaz.
- **Monitorização e Informação:** Facilitar a troca de informações entre os diferentes níveis de governação e promover a avaliação contínua das actividades realizadas.

- **Mobilização de Recursos:** Assegurar a mobilização de recursos para a resposta, prevenção e controlo da cólera na província.
- **Comunicação Comunitária:** Desenvolver estratégias de comunicação para informar e envolver as comunidades na prevenção e controlo da doença.
- **Avaliação Pós-Emergência:** Preparar relatórios detalhados e divulgar os resultados das intervenções realizadas, promovendo a aprendizagem contínua.

c) Termos de Referência da Comissão Municipal de Luta Contra a Cólera - Nível Municipal.

A Comissão Municipal, liderada pelo(a) Administrador(a) Municipal, desempenha um papel crucial na implementação das acções no terreno. Os seus termos de referência incluem:

- **Planeamento Distrital:** Desenvolver e executar planos de resposta a emergências no âmbito municipal, alinhados com as orientações provinciais e nacionais.
- **Coordenação de Acções:** Coordenar todas as actividades de prevenção, controlo e mitigação da cólera realizadas no município.
- **Monitoria Local:** Assegurar a monitoria contínua da situação epidemiológica e reportar informações ao nível provincial.
- **Gestão de Recursos:** Mobilizar e gerir os recursos necessários para responder às necessidades locais, incluindo medicamentos, materiais e equipamentos.
- **Intervenções de Água e Saneamento:** Implementar acções para garantir o abastecimento de água potável, a manutenção do saneamento básico e a realização de campanhas de sensibilização comunitária.
- **Avaliação Pós-Emergência:** Documentar as actividades realizadas e avaliar os resultados alcançados, partilhando as informações com os níveis superiores.

d) Grupo Técnico de Combate à Cólera e Outras Doenças Diarreicas Agudas.

A formação e reactivação dos Grupos Técnicos de Combate à Cólera e Outras Doenças Diarreicas Agudas é essencial para assegurar a coordenação e implementação imediata das acções durante uma epidemia. Estes grupos operam a nível Nacional, Provincial e Municipal, com responsabilidades específicas e interdependentes, conforme detalhado a seguir.

e) Grupo Técnico da Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera.

Objectivo Geral:

Coordenar e avaliar as actividades de resposta ao surto, fornecendo apoio técnico à Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera, às Províncias, Municípios e promovendo a mobilização de recursos e parcerias para o controlo da cólera.

Tarefas Principais:

- Analisar a evolução da epidemia e propor medidas eficazes de controlo e resposta.
- Manter o(a) Ministro(a) da Saúde informado(a) diariamente através do(a) Secretário(a) de Estado para Saúde Pública e o(a) Director(a) Nacional de Saúde Pública.
- Disseminar informações atempadas aos Gabinetes Provinciais de Saúde (GPS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e parceiros de cooperação.
- Garantir apoio técnico e financeiro às Províncias em situações de necessidade.
- Promover a advocacia multisectorial junto aos parceiros para a mobilização de recursos.
- Dinamizar a formação técnica das equipas Provinciais.

f) Grupo Técnico da Comissão Provincial de Luta Contra a Cólera.**Objectivo Geral:**

Garantir a operacionalização das acções de prevenção e controlo no âmbito provincial, adaptando as estratégias nacionais às realidades locais.

Tarefas Principais:

- Monitorizar e informar regularmente a Comissão Provincial de Luta Contra a Cólera sobre a evolução da epidemia.
- Manter actualizados os stocks de materiais essenciais, incluindo reagentes, kits de cólera e outros suprimentos médicos.
- Reforçar medidas de saneamento ambiental, incluindo gestão adequada de resíduos sólidos e desinfeção de áreas afectadas.
- Organizar a busca activa de casos em comunidades e locais identificados como focos.
- Coordenar acções intersectoriais para garantir o abastecimento de água potável, saneamento básico e sensibilização comunitária.
- Fornecer apoio técnico às unidades municipais e supervisionar a implementação das orientações emitidas pelo Ministério da Saúde.

g) Grupo Técnico da Comissão Municipal de Luta Contra a Cólera.**Objectivo Geral:**

Implementar as acções de controlo da cólera a nível Municipal, assegurando uma abordagem comunitária e integrada.

Tarefas Principais:

- Garantir a montagem e funcionamento dos Centros de Tratamento de Doenças Diarreicas (CTDD).

- Estabelecer postos intermédios de hidratação oral e “cantos de rehidratação” nas unidades sanitárias.
- Reforçar a prevenção através de actividades de educação comunitária, com foco em práticas de higiene pessoal, conservação e cloração da água, e higiene alimentar.
- Garantir a implementação de normas para o manejo de casos (Planos A, B e C) e de cadáveres, com respeito à dignidade e segurança.
- Realizar o controlo de qualidade da água consumida pela população.
- Intensificar a desinfecção das casas de doentes e saneamento ambiental.
- Mobilizar actores comunitários e organizações locais para o controlo da epidemia.

Em casos de emergência sanitária, é fundamental consultar e aplicar as orientações do Plano Nacional de Resposta para o Controlo da Cólera. Além disso, os grupos técnicos devem assegurar uma abordagem harmonizada com os diferentes sectores, incluindo os de Educação, Ambiente, Energia & Aguas, Infraestruturas e Acção Social, para maximizar o impacto das intervenções.

A colaboração efectiva entre os níveis nacional, provincial e municipal é essencial para a mitigação e controlo de surtos de cólera e outras doenças diarreicas agudas.

8. NORMAS E PROCEDIMENTOS DE VIGILÂNCIA

8.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A experiência internacional demonstra que, embora a introdução da cólera num país seja inevitável, a sua disseminação pode ser significativamente controlada através de medidas adequadas de saneamento e de um sistema activo de vigilância epidemiológica. Este sistema deve monitorizar continuamente as doenças diarreicas agudas, permitindo a detecção precoce de surtos de doenças de transmissão hídrica e alimentar.

O conhecimento do padrão das diarreias agudas em municípios, localidades e bairros específicos é essencial. Este conhecimento possibilita o acompanhamento activo no terreno e a avaliação das condições locais, facilitando a implementação imediata de medidas preventivas e de controlo da doença. Além disso, a vigilância ambiental em pontos estratégicos – como a colheita de amostras de água para análises laboratoriais, a identificação de áreas com deficiências em saneamento e a delimitação de zonas de risco – constitui uma componente indispensável para a priorização das acções de controlo e deve ser ajustada à medida que novos factores de risco sejam identificados.

a) Actividades na Fase de Preparação Pré-Epidemia.

Na fase de preparação, é essencial utilizar dados de rotina da vigilância epidemiológica para:

- **Actualizar semanalmente os gráficos lineares** das doenças diarreicas, desagregados por grupo etário, em todos os níveis de atenção.
- **Monitorizar os casos de diarreias em zonas urbanas**, organizando os dados por bairros atendidos.
- **Construir canais endémicos provinciais e municipais** para as doenças diarreicas, utilizando dados dos últimos cinco anos. Estes canais devem ser analisados e interpretados, comparando os resultados com o mesmo período em anos anteriores.
- **Identificar municípios de risco** em todas as províncias com base em critérios definidos, utilizando dados da vigilância epidemiológica de rotina. Os principais critérios incluem:
 - Registo de casos de cólera nos últimos dez anos consecutivos.
 - Deficiências no abastecimento de água potável e condições inadequadas de higiene e saneamento.
 - Áreas onde práticas prejudiciais à saúde são generalizadas (fecalismo a céu aberto, uso de água contaminada, falta de lavagem das mãos, manipulação e venda de alimentos em condições insalubres).
 - Solos baixos e alagadiços que facilitam a contaminação da água por fezes, especialmente em períodos de seca ou cheias.
 - Presença de calamidades naturais, como secas ou inundações.
 - Localização geográfica em fronteiras ou áreas de trânsito de populações provenientes de regiões afectadas.
 - Alta densidade populacional ou populações em reassentamento devido a desastres naturais.

b) Actividades Durante a Epidemia.

Na confirmação de uma epidemia, é crucial reforçar a vigilância epidemiológica:

- Identificar e monitorizar os municípios fronteiriços das áreas afectadas.
- Monitorizar outros municípios da província ou do país que apresentem aumento significativo de casos de diarreia em comparação com as três semanas epidemiológicas anteriores.
- Expandir a vigilância para incluir áreas de trânsito, mercados informais e outras zonas de alto risco, garantindo uma resposta rápida e efectiva.

A vigilância epidemiológica, integrada a uma estratégia mais ampla de prevenção e controlo, é a base para a gestão eficaz da cólera e de outras doenças diarreicas. Além disso, o reforço das infraestruturas de saneamento, a educação comunitária e a mobilização multisectorial desempenham papéis complementares para mitigar os impactos destas doenças, protegendo, assim, a saúde das populações mais vulneráveis.

8.2. DEFINIÇÃO DE CASO DE CÓLERA

Com base na experiência internacional e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), Angola adoptou critérios específicos para a definição de casos suspeitos, prováveis e confirmados de cólera, ajustados ao contexto epidemiológico e às necessidades de vigilância no país.

Caracterização da Diarreia Aquosa Aguda:

- **Aguda:** duração inferior a sete dias;
- **Aquosa:** fezes líquidas não sanguinolentas, podendo conter muco;
- **Diarreia:** três ou mais evacuações líquidas num período de 24 horas.

Caso Suspeito:

Na ausência de um surto provável ou confirmado de cólera:

- Qualquer pessoa com idade igual ou superior a **2 anos** que apresente diarreia aquosa aguda acompanhada de **desidratação grave**; Ou qualquer pessoa que tenha falecido devido à diarreia aquosa aguda sem outra causa conhecida de morte.

Na presença de um surto provável ou confirmado de cólera:

- Qualquer pessoa que apresente diarreia aquosa aguda ou tenha falecido devido à diarreia aquosa aguda.

Caso Provável

- Um caso suspeito com vínculo epidemiológico a um caso confirmado de cólera.
- Um paciente cujo teste de diagnóstico rápido (TDR) para cólera apresente resultado positivo.

Caso confirmado de cólera

- Qualquer pessoa infectada com **Vibrio cholerae O1 ou O139**, conforme confirmado por **cultura bacteriana** (incluindo sero-aglutinação) ou **PCR**.
- A estirpe bacteriana deve também ser demonstrada como toxigénica (por PCR) se não houver um surto confirmado de cólera em outras unidades de vigilância, e não existir um vínculo epidemiológico estabelecido com um caso confirmado de cólera ou fonte de exposição em outro país.
- **Testes Rápidos de Diagnóstico (TRDs)** disponíveis comercialmente não podem ser usados para confirmar casos individuais de cólera.

Definição de óbito por Cólera

Considera-se óbito por cólera qualquer morte resultante directamente desta doença e de suas complicações, desde que afastadas outras causas.

9. DEFINIÇÃO DE SURTO

Pelo menos **um caso confirmado de cólera adquirido localmente** e detectado numa unidade de vigilância ou sanitária.

9.1. DECLARAÇÃO DE INÍCIO DE SURTO

Os critérios para a declaração de início de surto diferem de acordo com a endemicidade da área, em áreas não endémicas, como Angola:

- Declara-se surto quando há o registo de um único caso de cólera confirmado laboratorialmente.

Em resumo:

- Todos os casos de diarreia grave, profusa, de início súbito, acompanhada ou não de vómitos, sem febre e com sinais de desidratação (especialmente se moderada ou grave), devem ser considerados suspeitos de cólera.
- Histórias de contacto com alguém diagnosticado com cólera ou a ocorrência de outros indivíduos com sintomas semelhantes devem ser considerados e notificados como cólera através da definição de caso.
- Após a declaração de epidemia, os óbitos por diarreia grave em adultos, com as características descritas e sem outra causa aparente, também devem ser notificados como cólera.

10. ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DE CASOS E ÓBITOS

Após o envio de zaragoas para os laboratórios provinciais e de referência, o responsável local da Vigilância Epidemiológica (VE) deve:

- Iniciar de imediato o registo diário dos casos e óbitos suspeitos, desagregados por dia de ocorrência, idade, sexo e proveniência.
- Manter os níveis superiores informados diariamente sobre o número de casos e óbitos, a evolução e o registo de novos casos.
- Comunicar de imediato ao nível municipal, provincial ou nacional de acordo com o fluxo de notificação das doenças de notificação imediata (nas 24 horas)

11. DECLARAÇÃO DE FIM DE SURTO

Considera-se o fim do surto quando o número diário de novos casos for inferior a cinco, e todos os casos testados apresentarem resultado negativo para *Vibrio cholerae*.

Após o fim do surto, deve ser elaborado um relatório contendo:

- Análise dos casos e óbitos por grupo etário e sexo
- Distribuição dos casos e óbitos por bairros ou zonas afectadas.
- Consumo médio de soros endovenosos por doente.
- Fonte de infecção e situação de abastecimento de água.
- Questões logísticas e recomendações.
- Lições aprendidas e recomendações para comissão multisectorial.


12. VIGILÂNCIA PÓS-SURTO

Sistema de vigilância activa deve permanecer em funcionamento por 30 dias após o fim do surto. Após este período, a zona pode ser declarada “Livre de Epidemia”.

13. TRATAMENTO

TRATAR OS CASOS DE ACORDO COM O PROTOCOLO NACIONAL:

1. Determinar o grau de desidratação do doente (vêr Figura 5).
2. Administrar líquidos, de acordo com o Plano de Tratamento (ver páginas seguintes).
3. Colher uma amostra de fezes dos 5 primeiros doentes com suspeita de cólera que forem observados na unidade sanitária.
4. Administrar um antibiótico oral aos doentes com desidratação grave.

Determinar sinais de desidratação no doente (Exame físico):	
<ul style="list-style-type: none"> • Examinar o estado geral do doente: O doente está: • Verificar se o doente tem olhos encovados. • Dar líquidos ao doente. O doente: • Sinal da prega: A pele volta: 	<ul style="list-style-type: none"> letárgico ou inconsciente? agitado ou irritado? não consegue beber ou bebe mal? bebe ávidamente, com sede muito lentamente (mais de 2 seg) ao estado anterior ou lentamente?
Decidir se o doente apresenta sinais graves, alguns ou nenhum sinal de desidratação e dar-lhe mais líquidos, de acordo com o plano de tratamento.	
Se estiverem presentes dois dos seguintes sinais:	DESIDRATAÇÃO GRAVE*
<ul style="list-style-type: none"> • letárgico ou inconsciente • olhos encovados 	 Administrar líquidos para desidratação grave (Plano C)

<ul style="list-style-type: none"> • incapaz de beber ou bebe muito mal • sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior 	
<p>*Nos adultos e nas crianças com mais de 5 anos, outros sinais de desidratação grave são “ausência de pulso radial” e “baixa tensão arterial”.</p>	
Se estiverem presentes dois dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> • agitado, irritado • olhos encovados • bebe ávidamente, com sede • sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior 	<p style="text-align: center;">COM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO</p> <p style="text-align: center;">⇒ administrar líquidos (Plano B)</p>
Se não houver sinais suficientes que permitam concluir classificação de “com sinais de desidratação” e “desidratação grave”	<p style="text-align: center;">SEM DESIDRATAÇÃO</p> <p style="text-align: center;">⇒ Administrar líquidos e alimentos para tratamento da diarreia em casa. (Plano A)</p>

Figura 5. Avaliação da Desidratação.

Plano A: Tratamento da diarreia sem desidratação no domicílio

Se os doentes não apresentarem sinais de desidratação quando foram vistos pela primeira vez, poderão ser tratados em casa. Entregar-lhes uma dose para dois dias de sais de reidratação oral (SRO) e explicar-lhes como tomar a solução de SRO, de acordo com a tabela 1.

Tabela 1. Plano A para tratamento domiciliar da diarreia sem desidratação: quantidades de SRO por idade e pacotes diários necessários.

IDADE	Quantidade de solução depois de cada evacuação líquida	Fornecer pacotes de SRO suficientes para preparar:
Até 2 anos	50 a 100 ml após cada evacuação líquida	500 ml por dia (1 pacote)
2 a 10 anos	100 a 200 ml após cada evacuação líquida	1000 ml por dia (2 pacotes)
10 anos ou mais	Tanto Quanto o doente quiser	2000 ml por dia (4 pacotes)

Distribuir aos líderes da comunidade “Sobas” o mapa de localização dos centros de tratamento e postos de reidratação para que possam encaminhar rapidamente os casos suspeitos.

Abrir postos de reidratação oral nas aldeias e bairros distantes dos centros de tratamento. Promover o uso do soro caseiro imediatamente após o início dos sintomas.

Plano B: Tratamento da diarreia com sinais de desidratação com SRO

Na unidade sanitária/CTC, administrar a quantidade recomendada de SRO durante um período de 4 horas. Determinar a quantidade em função do peso do doente. A idade do doente apenas deve servir de referência quando se desconhece o peso (tabela 2).

Tabela 2. Plano B: tratamento da diarreia com desidratação. Quantidades de SRO a administrar nas primeiras 4 horas, ajustadas ao peso ou idade do doente.

Determinar a quantidade de SRO a administrar durante as primeiras 4 horas						
IDADE ou PESO	Até 4 meses	4 meses até 12 meses	12 meses até 2 anos	2 anos até 5 anos	5 anos até 14 anos	15 anos ou mais
PESO em kg	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12 - < 19 kg	19 - 30 kg	30 kg ou mais
Quantidade de SRO a administrar	200 - 400 ml	400 - 700 ml	700- 900 ml	900 -1400 ml	1400-2200 ml	2200-4000 ml

- Se o doente quiser mais SRO do que a quantidade apresentada, pode dar-lhe.
- Para os bebés com menos de 6 meses que não sejam amamentados ao peito, administrar também 100-200 ml de água potável durante este período.
- Dar-lhe pequenos e frequentes goles por uma caneca.
- Se o doente vomitar, esperar 10 minutos. Depois, continuar a dar-lhe líquidos, mas mais lentamente.

- Para os bebés que são amamentados ao peito, continuar a amamentação sempre que o bebé quiser.
- Avaliar os doentes cada hora ou cada duas em duas horas para verificar se estão a tomar os SRO correctamente e para monitorizar a perda de líquidos. Fazer uma reavaliação completa do estado de desidratação do doente ao fim de 4 horas e seguir o plano de tratamento adequado para a desidratação do doente.

Plano C: Tratamento Rápido da Desidratação Grave

Iniciar imediatamente a administração intravenosa de líquidos. Se o doente for uma criança e conseguir beber, administrar SRO por via oral, através de conta-gotas. Administrar 100 ml por kg de solução de lactacto de Ringer (tabela 3).

Tabela 3. Plano C: tratamento rápido para desidratação grave. Orientações para administração de líquidos intravenosos e se possível, de SRO por via oral, conforme peso e faixa etária.

Para a administração de líquidos por via intravenosa (IV):		
Para adultos (e doentes com 1 ano de idade ou mais) , dar 100 ml por kg IV no período de 3 horas, como se segue:	Primeiro, dar 30 ml/kg tão depressa quanto possível num período de 30 minutos	Depois, dar 70 ml por kg durante as 2 ½ horas seguintes
Para os doentes com menos de 1 ano , dar 100 ml por kg IV num período de 6 horas como se segue:	Primeiro, dar 30 ml por kg Na primeira hora*	Depois, dar 70 ml por kg Nas 5 horas seguintes

**Repetir uma vez se o pulso radial ainda estiver muito fraco ou não for detectado após os primeiros 30 ml/kg.*

1. Reexaminar o doente após os primeiros 30 ml por kg e, seguidamente, de uma em uma ou duas em duas horas. Se o estado de hidratação não tiver melhorado, aumentar a velocidade do gotejamento EV.
2. Administrar também SRO (cerca de 5 ml por kg por hora), logo que o doente consiga beber. Isso acontece normalmente ao cabo de 3 a 4 horas com os bebés e ao fim de 1 a 2 horas com os doentes de idade superior a um ano.
3. Reexaminar o doente ao fim de 6 horas (para os bebés) ou 3 horas (para os doentes com 1 ano ou mais). Reclassificar a desidratação. Escolher depois o plano apropriado (Plano A, Plano B, Plano C) para continuar o tratamento.
4. Administrar os antibióticos recomendados para o tratamento dos doentes com cólera de desidratação grave. Ver o esquema na página seguinte.
5. Antes de os doentes receberem alta da unidade sanitária, dar-lhes instruções sobre o modo de se tratarem em casa.

Os pacientes com o Plano C devem ser vigiados PERMANENTEMENTE

Se o doente vomitar enquanto toma SRO, esperar 10 minutos e depois continuar a dar-lhe líquidos mais lentamente. Continuar a amamentação dos bebés e crianças pequenas.

Internar de novo o doente para tratamento, se apresentar qualquer das seguintes reacções:

- quantidade cada vez maior de fezes líquidas;
- comer e beber mal;
- muita sede;
- vômitos repetidos;
- e febre.

QUANDO UTILIZAR ANTIBIÓTICOS

O tratamento com antibióticos só é recomendado para os casos graves (idealmente deve ser feito mediante orientações do laboratório tendo em conta a sensibilidade do agente etiológico aos antibióticos).

O laboratório deve implementar um plano de monitorização constante da sensibilidade aos antibióticos ao longo da epidemia.

**Antibioterapia está reservada às formas graves da doença.
De preferência usar a DOXICILINA 100 mg dose única via oral.**

IDADE	DOSAGEM	QUANTIDADE
Maior de 2 a 5 anos	100 mg	1 comprimido
6 a 10 anos	150 mg	1 ¹ / ₂ comprimido
11 a 15 anos	200 mg	2 comprimidos
16 e + anos	300 mg	3 comprimidos

Porém, outras drogas podem ser usadas no tratamento da Cólera, o Antibiótico de preferência é a Tetraciclina. tal como se segue:

IDADE	DROGA	Dose	Intervalo entre as doses
Grávidas	Ácido Nalidíxico 500mg	1 g (2 comprimidos)	12/12 h durante 3 dias
Adultos	Tetraciclina 250 mg Ou Ciproflaxina 500 mg	500 mg (2 comprimidos) 1g (2 Comprimidos)	12/12 h durante 3 dias Ou Dose única

SMX - Sulfametoxazol; TMP – Trimetoprim

- Se o doente vomitar enquanto ingere líquidos, esperar 10 minutos e em seguida, pedir ao doente que volte a beber mais lentamente;
- Continuar a acompanhar o doente, substituindo o líquido até que a diarreia pare;
- Quando o doente estiver pronto para ter alta, aconselhá-lo sobre o modo de tratar a diarreia em casa.

14. NORMAS DE ASSÉPSIA, DESINFECÇÃO E ISOLAMENTO PARA OS CENTROS DE TRATAMENTO DA CÓLERA (CTCs).

Normas par os profissionais da saúde que trabalham nos CTCs

Pessoal que está em contacto com os doentes:

- Corte de unhas obrigatório;
- Lavagem das mãos obrigatória à entrada para o CTC com sabão e solução de cloro a 0,01% e sempre que tocar no doente ou em material infectado;
- Utilização de bata de manga cumprida: nunca sair do CTC com a bata que usou no centro;
- Não se alimente no recinto do centro;
- Usar luvas obrigatoriamente: passar por água com solução de cloro antes de as tirar e colocá-las em lugar não infectado.

Pessoal da cozinha

- Corte de unhas obrigatório;
- Lavar muito bem as mãos antes de iniciar o trabalho e depois de manipular os utensílios utilizados pelos doentes;
- Lavagem obrigatória das mãos depois de utilizar os utensílios e depois de arrumar a cozinha com solução de cloro;
- Os restos dos alimentos dos doentes devem ser deitados num balde com solução de cloro e os utensílios devem ser mergulhados em solução de cloro durante 20 minutos antes de serem lavados.

Normas para os Centros de Tratamento de Cólera (CTC)

- Colocar um tapete embebido em solução de cloro à entrada do centro;
- Colocar um reservatório com água com cloro à entrada para a lavagem das mãos das pessoas que entram e saem do recinto do centro;
- Proceder à incineração de todo o material usado para tratar o doente (pensos, aplicação dos soros, etc);
- Criar condições para a evacuação correcta dos dejectos (fezes e vómitos), precedida de descontaminação com solução de hipoclorito a 2%, seguindo as normas de desinfecção recomendadas.
- Proibir as visitas ao interior do CTC;
- Interditar a saída de alimentos e de objectos antes de serem submetidos à descontaminação.

Tabela 4. Preparação das soluções de cloro para a descontaminação.

<i>Usar este produto de cloro</i>	<i>Para fazer uma solução a 1:10 para descontaminar:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chão ▪ Vestuário ▪ Equipamento ▪ Camas 	<i>Para fazer uma solução a 1:100 para descontaminar:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mãos com luvas ▪ Mãos e peles nuas 	<i>Para fazer uma solução de 2%</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Excrementos ▪ Cadáveres ▪ Derrame de fluidos corporais infecciosos
<i>Lixívia doméstica 5% de cloro activo</i>	<i>1 litro de lixívia para 10 litros de água</i>	<i>100 ml para 10 litros de água, ou 1 litro de solução de lixívia a 1:10 para 9 litros de água</i>	<i>1 litro de lixívia para 1,5 litros de água</i>
<i>Pó ou grânulos de hipoclorito de cálcio 70% (HTH)</i>	<i>7 gramas ou ½ colher de sopa para 1 litro de água</i>	<i>7 gramas ou ½ colher de sopa para 10 litros de água</i>	<i>30 gramas para 1 litro de água</i>
<i>Lixívia doméstica 30% de cloro activo</i>	<i>16 gramas ou 1 colher de sopa para 1 litro de água</i>	<i>16 gramas ou 1 colher de sopa para 10 litros de água</i>	<i>15 gramas para 1 litro ou 30 gramas para 2 litros</i>

Obs:1 colher de sopa é equivalente a 15 gramas.

Para descontaminar o vestuário:

Descontaminar rapidamente e em profundidade os artigos pessoais do doente e a área circundante, usando um dos seguintes desinfectantes:

- Cal clorada
- Solução de cloro a 1%
- Solução de fenol a 1% ou 2%

Descontaminar rapidamente e em profundidade o vestuário do doente:

- Lavar a roupa com água e sabão
- Fervê-la ou ensopá-la numa solução desinfectante
- Secar ao sol

- Lavar os utensílios com água fervida ou com uma solução desinfetante
- Não lavar os artigos contaminados em rios ou lagos que possam constituir fontes de água potável, nem perto de poços.

15. MENSAGENS PARA EDUCAÇÃO DA COMUNIDADE

Disseminar junto da comunidade os sinais e sintomas suspeitos de cólera por forma a que possam reconhecer imediatamente os casos suspeitos e encaminhá-los aos centros de tratamento, a saber:

- Qualquer pessoa com 5 ou mais anos de idade com diarreia aguada frequente;
- Lavagem correcta das mãos:

Lavar as mãos com água e sabão é o modo mais eficaz de impedir a transmissão de alguns microorganismos que causam doenças infecciosas. Por essa razão, deve-se promover a lavagem das mãos em todas as famílias. Lavar as mãos é particularmente importante:

- depois de defecar;
- depois de limpar uma criança que tenha defecado;
- depois de deitar fora as fezes de uma criança;
- antes de preparar ou mexer em alimentos; e
- antes de comer.

Durante um surto epidémico deve-se lavar as mãos com mais frequência. A água de uso doméstico deve ser guardada separadamente da água para beber.

Durante um surto epidémico:

- deve-se fornecer sabão as comunidades mais vulneráveis.
- não limpar as mãos com panos sujos depois de lavadas.
- secar as mãos em pano limpo ou ao ar livre.

Mensagem 1:

ESTÁ PROTEGIDO CONTRA A CÔLERA ?

Lavar as mãos protege-o a si e aos outros contra as doenças

Lave **sempre** as mãos com água e sabão (ou cinza):

- depois de defecar
- depois de limpar uma criança que tenha defecado
- depois de deitar fora as fezes de uma criança
- antes e depois de comer
- antes de preparar ou mexer nos alimentos

antes de cuidar de uma criança

Mensagem 2:

ESTÁ PREPARADO PARA LAVAR AS MÃOS?

Tem:

- Água potável (tratada com 5 gotas de lixívia por cada litro de água)?
- Sabão (ou, não tendo sabão, cinza)?
- Panos limpos para secar as mãos?

MANIPULAÇÃO SEGURA DOS ALIMENTOS

Encorajar as seguintes práticas alimentares seguras:

- Lavar bem as mãos com sabão, antes de preparar os alimentos;
- Não comer alimentos crus, excepto fruta e vegetais que possam ser descascados e consumidos imediatamente, devendo ser bem lavados com água com lixívia;
- Cozinhar devidamente os alimentos;
- Comer os alimentos enquanto estão quentes ou aquecê-los bem antes de os comer;
- Lavar, secar e proteger bem todos os talheres depois de usados;
- Lavar bem as mãos com água e sabão antes de preparar os alimentos;
- Manter os alimentos cozidos separados dos alimentos crus;
- Proteger os alimentos contra as moscas por meio de redes mosquiteiras nas portas e janelas e tendo os alimentos sempre tapados.

PREPARAÇÃO DOS ALIMENTOS COM SEGURANÇA

Cozinhar bem mata os micróbios

- Cozinhe bem a carne, o peixe e os vegetais;
- Os alimentos devem ser consumidos quentes.

Lavar protege contra as doenças

- Lave as mãos com água e sabão antes de preparar ou servir os alimentos;
- Lave os pratos e talheres com água e sabão;
- Lave bem com água e sabão a tábua utilizada para cortar a carne ou o peixe.

Descascar as frutas e os legumes protege contra as doenças

- Coma apenas fruta ou legumes que tenha sido acabada de descascar (p. ex., bananas e laranjas)

MANTENHA A LIMPEZA: LAVE, COZINHE, DESCASQUE OU DEITE FORA.

16. SANEAMENTO DO MEIO E REMOÇÃO SEGURA DOS DEJECTOS

A remoção dos lixos e dos dejectos deve ser sempre considerada **UMA PRIORIDADE**, especialmente durante um surto epidémico de cólera.

Com a colaboração da comunidade, devem construir-se sistemas sanitários adequados às condições locais, latrinas, entre outros.

As mensagens comunitárias devem realçar que:

- Toda a gente, incluindo as crianças, devem usar as latrinas;
- As fezes das crianças devem ser deitadas nas latrinas ou enterradas;
- Deve-se evitar defecar e urinar ao ar livre;
- Deve-se evitar defecar, urinar e lavar-se dentro ou próximo de uma fonte de abastecimento de água (rio, lago, poço, chafariz, fontenário) a uma distância não inferior a 15 metros;
- Colocar a latrina a um nível mais baixo do que a fonte de abastecimento de água.
- Os lixos devem ser removidos regularmente.

As autoridades responsáveis pelo saneamento do meio devem participar activamente nas actividades de combate à cólera e fazer parte das comissões em todos os níveis.

Quando há grandes aglomerações de pessoas, como acontece nas feiras, funerais ou festas religiosas, é preciso garantir a remoção segura dos dejectos orgânicos. Se não houver latrinas, designar zonas para defecar e fornecer uma enxada para enterrar as fezes.

Mensagem:

***ESTÁ PROTEGIDO CONTRA A CÓLERA?
USA UM QUARTO DE BANHO OU LATRINA?***

Os micróbios que provocam a cólera vivem nas fezes. Mesmo uma pessoa saudável pode ser portadora dos micróbios da diarreia.

- Use sempre um quarto de banho ou uma latrina. Se não os tiver, construa-os!
- Mantenha sempre limpos o quarto de banho ou a latrina
- Lave as mãos com sabão (ou cinza) e água limpa, depois de usar o quarto de banho ou a latrina.

***MANTENHA A LIMPEZA: USE SEMPRE UM QUARTO DE BANHO
OU UMA LATRINA***

17. ABASTECIMENTO DE ÁGUA ÀS COMUNIDADES EM QUANTIDADE E QUALIDADE

Água canalizada. Para manter a segurança, clorar devidamente a água canalizada. Para impedir que nos canos entre água subterrânea contaminada, reparar as juntas que tenham fugas e manter uma pressão constante no sistema.

Fonte de água superficial (rio, lago ou poço aberto). Se estas fontes forem usadas para água de beber, construir uma vedação para protegê-las da contaminação pelas pessoas ou animais. Fazer valas de drenagem para impedir que a água da chuva ou outra água de superfície escorra para o interior da fonte de água (rio, lago, poço, chafariz, fontanário). Não permitir que se defeque a menos de 15 metros da fonte de água e nunca acima dessa fonte.

Poços fechados. Cobrir a entrada com uma tampa de drenagem e equipá-los com uma corda, roldana, guincho, um balde suspenso ou bomba.

Água transportada. Se houver suspeitas de que a água local esteja contaminada, a água para beber deve ser fornecida por camiões-cisterna ou transportada em tambores, devidamente clorada e se puder ser garantido um abastecimento regular. O transporte de

água, porém, é caro e difícil de manter; normalmente, é considerado uma medida de curto prazo, até se conseguir o abastecimento local.

18. ARMAZENAMENTO E TRATAMENTO DA ÁGUA PARA BEBER

Quando não houver a certeza de que a água usada para beber é potável, esta deve ser desinfectada com lixívia ou fervida. No entanto, para as crianças com menos de um ano a água deve ser fervida durante 5 minutos após a ebulição (fazendo grandes bolhas).

Para impedir a contaminação da água para beber, as famílias devem armazenar essa água, usando um dos seguintes tipos de recipientes:

1. **Recipientes com tampa**, que sejam limpos todos os dias e estejam fora do alcance das crianças e animais. A água deve ser retirada dos recipientes usando uma caneca especialmente destinada a esse fim.
2. **Recipientes de bocal estreito**, com abertura demasiado pequena para impedir a entrada de uma mão. Para tirar água, esta deve ser despejada pela abertura.

DURANTE UMA EPIDEMIA AS AUTORIDADES LOCAIS DEVEM DISTRIBUIR GRATUITAMENTE ÁGUA ÀS POPULAÇÕES AFECTADAS E EM RISCO, ESTA MEDIDA É FUNDAMENTAL PARA REDUZIR O NÚMERO DE CASOS NA COMUNIDADE E IMPEDIR PERDAS DE VIDAS HUMANAS.

19. GESTÃO SEGURA DOS CADÁVERES

Os líquidos corporais das pessoas que morreram de cólera são altamente contagiosos. Deve-se, pois usar todas as precauções quando ocorrem, principalmente no domicílio.

Os familiares do falecido devem informar imediatamente a Direcção Municipal de Saúde ou a Direcção Provincial de Saúde do ocorrido e não tocar no cadáver. Deve-se:

- Respeitar os preceitos de identificação dos corpos;
- Destruir as roupas e lençóis utilizadas pelo doente antes de morrer (queimar) ou descontaminar com lixívia como recomendado no quadro acima mencionado (ver desinfecção);
- Descontaminar o cadáver, os utensílios e móveis que estiveram em contacto com o doente utilizando solução de cloro a 2%;
- Tapar todos os orifícios e colocar o corpo dentro de um saco de plástico bem fechado;
- Realizar rapidamente o funeral (até 24H) dessas pessoas no cemitério mais próximo do local onde faleceram;
- Evitar os rituais prolongados;
- Evitar a lavagem dos cadáveres;

- Evitar servir comida durante os funerais;
- Espalhar cal sobre os cadáveres para evitar epidemias (se aplicável);
- Descontaminar (pulverizar) o interior do domicílio do cadáver e toda a área ao redor da casa.

20. NORMAS PARA A RECOLHA DE AMOSTRAS DE FEZES NAS UNIDADES SANITÁRIAS PARA A CONFIRMAÇÃO DOS CASOS SUSPEITOS DE CÔLERA

<p>Côlera</p>	<p>Material: Fezes líquidas ou cotonete rectal</p>	<p>Colher a amostra de fezes do primeiro caso suspeito de cólera. Se houver mais de um caso suspeito, colher amostras de 5 a 10 casos. Colher fezes dos doentes que se ajustem à definição de caso e:</p> <ul style="list-style-type: none"> – início nos últimos 5 dias, e – antes do início do tratamento com antibióticos <p>Não atrasar o tratamento de doentes desidratados. As amostras podem ser colhidas após o início da reidratação (SRO ou terapia IV).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a amostra (fezes ou cotonete rectal) num recipiente limpo e bem vedado e enviá-lo para o laboratório no espaço de 2 horas. • Se se prever um atraso superior a 2 horas, colocar as fezes/ cotonete rectal numa base de transporte Cary-Blair. <p>Se não houver base de transporte e a amostra não chegar ao laboratório no prazo de 2 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – armazenar entre 4°C e 8°C – não deixar secar a amostra. Se necessário, adicionar uma pequena quantidade de NaCl a 0,85% – para enviar, transportar num – recipiente bem vedado e etiquetado – transportar o recipiente numa caixa frigorífica entre 4°C e 8°C 	<p>Os testes da cólera são efectuados no INIS em Luanda.</p> <p>Os resultados da cultura demoram normalmente 2 a 4 dias, após a chegada da amostra ao laboratório. A base de transporte Cary-Blair é estável e normalmente eficaz durante, no mínimo, um ano após a preparação, não exigindo refrigeração, se for mantida estéril e em recipiente convenientemente selado. Se a base mudar de cor (para amarela) ou se retrair (superfície côncava), não voltar a usar.</p>
----------------------	---	--	--	---

21. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Força-Tarefa Global para o Controle da Cólera (2025). *Página inicial*. Disponível em: <https://www.gtfcc.org/> (Acesso em: 20 de janeiro de 2025).

Ministério da Saúde de Angola (2006). *Normas de Vigilância Epidemiológica, Tratamento e Combate à Cólera (1 ed)*. Departamento de Higiene e Epidemiologia, Maio de 2006. .

Ministério da Saúde de Angola (2025). *Plano Nacional de Resposta para o Controle da Cólera - 2025*. Direcção Nacional de Saúde Pública.

Ministério da Saúde de Moçambique (2017). *Manual de Prevenção e Controlo da Cólera e de Outras Diarreias Agudas*. Direcção Nacional de Saúde Pública, 4ª edição. Maputo.

Organização Mundial da Saúde (n.d.). *Anexo 1: Padronização da vacina contra a cólera*. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/biologicals/vaccine-standardization/cholera/annex-1-wer-cholera.pdf?sfvrsn=47611cef_2 (Acesso em: 20 de janeiro de 2025).

Organização Mundial da Saúde (n.d.). *Cholera outbreak toolbox*. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/outbreak-toolkit/disease-outbreak-toolboxes/cholera-outbreak-toolbox> (Acesso em: 20 de janeiro de 2025).

Organização Mundial da Saúde (n.d.). *Ficha informativa sobre cólera*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cholera> (Acesso em: 20 de janeiro de 2025).

Organização Mundial da Saúde (n.d.). *Tópicos de saúde: Cólera*. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cholera#tab=tab_1 (Acesso em: 20 de janeiro de 2025).

22. ANEXOS

ANEXO 1: Composição da Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera, o Grupo Técnico da Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera, bem como as Comissões Provinciais e Municipais de Luta Contra a Cólera.

Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera			Grupo Técnico		
Nacional	Provincial	Municipal	Nacional	Provincial	Municipal
<ul style="list-style-type: none"> • Ministro(a) da Saúde – Coordenador(a); • Ministro(a) da Defesa Nacional, Antigos Combatentes e Veteranos da Pátria; • Ministro(a) do Interior; • Ministro(a) das Finanças; • Ministro(a) da Administração do Território; • Ministro(a) da Agricultura e Florestas; • Ministro(a) das Pescas e Recursos Marinhos; • Ministro(a) da Indústria e Comércio; • Ministro(a) da Energia e Águas; • Ministro(a) dos Transportes; • Ministro(a) das Telecomunicações, Tecnologias de Informação e Comunicação Social; • Ministro Superior, Ciência, Tecnologia e Inovação; • Ministro(a) da Educação; • Ministro(a) da Cultura e Turismo; • Ministro(a) do Ambiente; • Ministro(a) da Acção Social, Família e Promoção da Mulher; • Ministro(a) da Juventude e Desportos; • Secretário(a) 	<ul style="list-style-type: none"> • Governador(a) Provincial – Coordenador(a); • Vice-Governador(a) para o Sector Social-Coordenador(a) Adjunto(a); • Director(a) do Gabinete Provincial da Saúde; • Delegado(a) das Finanças; • Comandante da Protecção Civil e Bombeiros; • Responsáveis dos Serviços de Saúde da FAA e da Polícia Nacional; • Delegado(a) do Ministério do Interior; • Director(a) do Gabinete Provincial de Infra-Estrutura e Serviços Técnicos; • Director(a) do Gabinete Provincial da Educação, Juventude e Desportos; • Director(a) do Gabinete Provincial da Acção Social e Igualdade do Género; • Director(a) do Gabinete Provincial de Comunicação Social; • Director(a) do Gabinete Provincial da Cultura e Turismo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrador(a) municipal - Coordenador(a); • Administrador(a) Adjunto(a) para Área Social - Coordenador(a) Adjunto; • Director(a) Municipal da Saúde; • Comandante Municipal da Protecção Civil e Bombeiros; • Representante da Saúde das FAA; Interior e SP; • Director(a) Municipal de Energia e Águas; • Director(a) Municipal de Infra-Estruturas, Ordenamento do Território, Habitação, Ambiente, Saneamento Básico e Equipamento Urbano; • Director(a) Municipal da Educação; • Director(a) Municipal de Fiscalização e Inspeção; • Director(a) Municipal dos Transportes, Tráfego e Mobilidade; • Director(a) Municipal da Acção Social, Antigos Combatentes, 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretário(a) de Estado para a Saúde Pública - Coordenador(a); • Secretários(as) de Estado de todos os Ministérios incluídos na Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera; • Chefe da Direcção dos Serviços de saúde do Estado Maior General das FAA; • Chefe de Saúde do Exército; • Chefe de Saúde da Força Aérea-Nacional; • Chefe de Saúde da Marinha de Guerra de Angola; • Director(a) Nacional dos Serviços de Saúde do Ministério do Interior; • Director(a) dos Serviços de Saúde da Polícia Nacional; • Chefe dos Serviços de Saúde da Polícia Intervenção Rápida; • Chefe dos Serviços de Saúde da Polícia de Guarda Fronteiras; • Chefe dos Serviços de Saúde da Polícia Fiscal Aduaneira; • Director(a) de Saúde dos Serviços Penitenciários; • Comandante do Serviço de Protecção Civil e Bombeiros; • Director(a) Nacional do Tesouro; • Director(a) Nacional da Administração Local e do Estado; • Director(a) Geral do Fundo de Apoio Social (FAS); • Director(a) Nacional da Agricultura e Pecuária; • Director(a) Geral do Instituto dos Serviços de Veterinária; • Director(a) Nacional para os Assuntos do Mar e Recursos Marinhos; • Director(a) Nacional do Comércio Interno; • Director(a) Nacional das Águas; • Presidente do Conselho de Administração da Agência Nacional dos Transportes Terrestres; • Director(a) da Agência Marítima Nacional (AMN); • Director(a) Nacional de Informação e Comunicação Institucional; • Director(a) Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação; • Director(a) Nacional de Saúde Pública; • Director(a) Nacional dos Hospitais; • Inspector(a) Geral da Saúde; • Director(a) do Instituto Nacional de Investigação em Saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Director(a) do Gabinete Provincial de Saúde; • Responsável Provincial para Saúde Pública e Vigilância Epidemiológica; • Médico(a) responsável pelo CTDD/Enfermeiro chefe do CTDD; • Supervisor(a) Provincial de Enfermagem; • Responsável Municipal dos Laboratórios; • Responsável Municipal da Farmácia; • Responsável da Secção de Educação para a Saúde; • Responsável da Repartição de Higiene Ambiental. Outros convidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Director(a) do Direcção Municipal de Saúde; • Responsável Municipal para Saúde Pública e Vigilância Epidemiológica; • Médico(a) responsável pelo CTDD/Enfermeiro chefe do CTDD; • Supervisor(a) Municipal de Enfermagem; • Responsável Municipal dos Laboratórios; • Responsável Municipal da Farmácia; • Responsável da Secção de Educação para a Saúde; • Responsável da Repartição de Higiene Ambiental. Outros convidados

ANEXO 1: Composição da Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera, o Grupo Técnico da Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera, bem como as Comissões Provinciais e Municipais de Luta Contra a Cólera.

Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera	Grupo Técnico
<p><i>do(a) Presidente da República para os Assuntos Sociais, Outros convidados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Director(a) do Gabinete Provincial de Ambiente, Gestão de Resíduos e Serviços Comunitário; ● Director(a) do Gabinete Provincial dos Transportes, Tráfego e Mobilidade Urbana; ● Director(a) do Gabinete Provincial da Agricultura, Pecuária e Pescas; ● Empresas Públicas de Águas e Saneamento provinciais; ● Representantes das Autoridades Tradicionais e Religiosas; ● Parceiros da Sociedade Civil. Outros convidados 	<ul style="list-style-type: none"> ● Director(a) Geral do Instituto Nacional de Emergências Médicas de Angola; ● Director(a) da Central de Compras e Aproveitamento de Medicamentos e Meios Médicos (CECOMA); ● Director(a) Geral da Agência Reguladora de Medicamentos e Tecnologias de Saúde (ARMED); ● Director(a) do Gabinete de Estudo, Planeamento e Estatística do Ministério da Saúde; ● Director(a) Nacional de Educação pré-escolar e ensino primário; ● Director(a) Nacional das Comunidades e Instituições do Poder Tradicional; ● Director(a) Nacional de qualificação e licenciamento turísticos; ● Director(a) do Instituto Nacional de Fomento Turístico; ● Director(a) Nacional do Ambiente; ● Director(a) do Centro de Análise de poluição e controlo ambiental; ● Director(a) Nacional de Educação Ambiental; ● Director(a) Geral do Instituto Nacional de Gestão Ambiental; ● Presidente do Conselho de Administração da Agência Nacional de Resíduos; ● Director(a) Nacional da Autoridade Nacional de Inspeção Económica e Segurança Alimentar (ANIESA); ● Director(a) Nacional da Acção Social; ● Director(a) Nacional para as Políticas Familiares; ● Director(a) do Instituto Nacional da Criança; ● Director(a) Nacional da Juventude; ● Assistente Sénior do(a) Secretário(a) para os Assuntos Sociais da Casa Civil do(a) Presidente da República; ● Representante da Organização Mundial da Saúde em Angola; ● Representante da CDC-Atlanta; ● Representante da UNICEF; ● Representante da USAID; ● Representante da REDISSE IV – Banco Mundial. Outros convidados

ANEXO 2: Formulário de tratamento do paciente com cólera.

Nome : **Primeiro nome :**

Nº admissão :

Data dos sintomas:/...../..... **Data de admissão :**/...../.....

Hora de admissão :

Residência : **Área:**

Tensão arterial:mm Hg /mm Hg **Cãimbra:** Sim / Não

Estado Cardíaco : < 100 / > 100

Peso: Kg **Vomito :** Sim / Não **Respiração:** < 20 / > 20

Diarreia com sangue: Sim / Não **Urina:** ++ / + / - / --

Fontanela : encurvada / plana / funda

Diarreia aquosa: Sim / Não **Outros sintomas:**

.....

<p>NÍVEL DE DESIDRATAÇÃO À ENTRADA:</p>
--

(sublinhar os sintomas presentes e o plano a seguir)

	A	B	C
1. CONDIÇÃO E ESTADO DE CONSCIENCIA	<i>consciente, alerta</i>	<i>Inquieto, irritável</i>	<i>letárgico ou inconsciente, fraco</i>
2. OLHOS	<i>normal</i>	<i>fundos</i>	<i>Muito fundos e secos</i>
3. LÁGRIMAS	<i>presente</i>	<i>ausência</i>	<i>ausência</i>
4. BOCA e LÍNGUA	<i>húmida</i>	<i>seca</i>	<i>Muito seca</i>
5. SEDE	<i>Bebe normalmente, sem sede</i>	<i>Com sede, bebe com vontade</i>	<i>Bebe com dificuldade ou não consegue beber</i>
6. PREGA CUTANEA	<i>Pele beliscada retoma a forma</i>	<i>Pele beliscada retoma a forma</i>	<i>Pele beliscada retoma a forma</i>

	<i>normal rapidamente < 2 sec</i>	<i>normal lentamente</i>	<i>normal muito lentamente</i>
=> ESTRATÉGIA	PLANO A	PLANO B	PLANO C

TRATAMENTO DECIDIDO:

SRO: ml durante as primeiras 4 horas // depois ml / dia

LACTATO DE RINGER: litros durante a primeira hora // depois
litros durante as próximas 3 horas

ACOMPANHAMENTO DIÁRIO	DIA 1				DIA 2				DIA 3		DIA 4		DIA 5	
	0 h	6 h	12 h	18 h	0 h	6 h	12 h	18 h	6 h	18 h	6 h	18 h	6 h	18 h
Nível desidratação (A, B, C)														
SRO (número de copos dados)														
Lactato de Ringer (litros dados)														
Diarreia (número de vezes)														
Vômito (número de vezes)														
Temperatura (Normal/Febril)														

Outros tratamentos administrados:

.....

Total de SRO dado : litros **Total de Lactato de Ringer dado:** litros

Data de saída :/...../..... **Duração do internamento:** dias

Situação do paciente à saída : Curado / morto / Transferido / Abandono

ANEXO 3: Relatório sobre gestão de stock para o tratamento de cólera.

Stock	Balanço dos medicamentos existentes no primeiro dia da semana	Medicamentos recebidos durante a semana	Medicamentos utilizados durante a semana	Balanço dos medicamentos existentes na semana seguinte	Medicamentos Encomendados
Lactato de Ringer 1000 ml	Litros	+ Litros	- Litros	= Litros	
Lactato de Ringer 500 ml	equivalente em Litros	+ Equivalente em Litros	- Equivalente em Litros	= Equivalente em Litros	
Cateter	Unidades	+ Unidades	- Unidades	= Unidades	
Soro		+ Equivalente em Litros	- Equivalente em Litros	= Equivalente em Litros	
Hipoclorito de cálcio	Kilogramas	+ Kilogramas	- Kilogramas	= Kilogramas	
		+ =	- =	= =	

Nome: ----- Função:----- Data: ----/----/----- Unidade Sanitária / CTC : -----

Comentário:

ANEXO 4: Relatório Semanal sobre o número de casos de cólera.

Nome do Centro de Tratamento de		Local:	
Cólera.....		
Número da Semana Epidemiológica		De/...../..... até/...../.....	

Dias	Data	Casos novos		Óbitos		Observações
		Menores de 5 anos	Maiores de 5 anos	Menores de 5 anos	Maiores de 5 anos	
Segunda						
Terça						
Quarta						
Quinta						
Sexta						
Sábado						
Domingo						

Total da semana		
------------------------	--	--

Nome: Função:..... Data: ----/----/----- Unidade Sanitária / CTC :

Comentário:

ANEXO 5: Formulário de investigação de casos de cólera.



REPÚBLICA DE ANGOLA
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE CÓLERA

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO: Qualquer pessoa de idade de 5 anos de idade com epítólio agudo de diarreia líquida, com ou sem vômitos, desidratação grave ou morte numa área sob epidémica. Ou qualquer pessoa com mais de 2 anos de idade com epítólio agudo de diarreia líquida, numa área epidémica.

Nome completo: _____ Data de investigação: ____/____/____
Nome Próprio Sobrenome

IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO Data de Nascimento: ____/____/____

Nome do Doente: _____

Idade em Anos: ____/____/____ Sexo: M - Masculino F - Feminino

Profissão: _____ Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____ Tipo de Área: Rural Urbana Urbano
 Endereços (Estabelecimento de Saúde): _____ Telefone: _____

HISTÓRICO Hospitalização: Sim Não Não Data de Admissão: ____/____/____

Nº Processo Hospitalar: _____ Nome do Hospital: _____

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Diarreia: Sim Não Data de início da Diarreia: ____/____/____

Vômitos: Sim Não

Fatiga: Sim Não

Desidratação: Sim Não

Características das Fezes: _____

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Sim Não

Você sabia que é um caso de cólera? Sim Não

Se sim, quando e onde aconteceu? _____

Quem mais ficou doente? _____

LABORAÇÃO Data de coleta de amostra: ____/____/____ Hora: ____:____ Data de envio ao laboratório: ____/____/____ Hora: ____:____

Coleta em: Sim Não Resultado: _____

EVOLUÇÃO E RESULTADO DO CASO

Estado de Saúde: Alto Médio Baixo Data de alta: ____/____/____ Classificação Final: _____

DADOS DO INVESTIGADOR Data de Investigação: ____/____/____ Título: _____

Nome: _____ Assinatura do médico: _____

Endereço: _____

ANEXO 6: BOLETIM DIÁRIO DE NOTIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Notificado por:



REPÚBLICA DE ANGOLA
 MINISTÉRIO DE SAÚDE
 DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
 CÓLERA

BOLETIM DIÁRIO DE NOTIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

PROVINCIA: _____

DATA: _____

Municípios	Nº de novos casos		Óbitos	
	<5 anos	5 e mais anos	< 5 anos	5 e mais anos
			Total	Total
TOTAL				

Notificado por:

ANEXO 7: Lista de consolidação de casos suspeitos de cólera.



Ministério da Saúde
Direção Nacional de Saúde Pública

Lista de Consolidação de casos suspeitos de cólera

Província: _____ Município: _____ Data de Notificação: _____

Nome da Unidade Notificadora: _____ Tipo: CEC IUPC Outra Unidade Sanitária Comunidade

№	Data de Entrada	Idade (anos)	Sexo (M/F)	Nome do Paciente	Endereço (R. Nº/Comunidade)	Município	Estado	Síntoma	Síntoma Referenciado	Tratado	Fonte de Água	Exatidão (Data de I.O. A.O.T) em %	Observações
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

NOTAS: _____

Plano de Tratamento: A, B ou C. Evolução: Morta () ou Sobrevivente (✓)
 Estado de água: corrente, poço, banheiro, água contaminada, cisterna comunitária, cisterna de família, lago, rede pública, etc.
 Observação: Para observação sobre as informações coletadas: Foco de água contaminada, tipo de transmissão do doente, ou qualquer do outro grande.

Nome do Responsável: _____ Função: _____

