

SURTO DE CÓLERA

**AVALIAR A RESPOSTA A UM SURTO
E MELHORAR A PREPARAÇÃO**



**Organização
Mundial da Saúde**

SURTO DE CÓLERA

**AVALIAR A RESPOSTA A UM SURTO
E MELHORAR A PREPARAÇÃO**



**Organização
Mundial da Saúde**



Este produto foi publicado com o apoio do Escritório Humanitário da Comissão Europeia, financiador associado ao Grupo Mundial de Trabalho para controlo da Cólera.

© **Organização Mundial da Saúde 2006**

Todos os direitos reservados.

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou zona, nem de suas autoridades, nem tampouco sobre questões de demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam fronteiras aproximativas sobre as quais pode ainda não existir acordo completo.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Com exceção de erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação y utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Índice

Introdução	5
Cólera – descrição geral	7
1. Detecção de surtos.....	10
<i>Palavras-chave:</i> detecção imediata – verificação e resposta rápidas	
2. Confirmação de surtos	14
<i>Palavras-chave:</i> definição de casos – confirmação por laboratório	
3. Organização da resposta	18
<i>Palavras-chave:</i> comité de coordenação da luta contra a cólera – plano de acção	
4. Gestão da informação	23
<i>Palavras-chave:</i> clarificar rumores – parceria com os media	
5. Tratamento de casos	26
<i>Palavras-chave:</i> exame do doente – reidratação – educação	
6. Redução de mortalidade	31
<i>Palavras-chave:</i> unidades de tratamento da cólera – fornecimentos – formação de profissionais	
7. Medidas de higiene em serviços de cuidados de saúde.....	36
<i>Palavras-chave:</i> isolamento de doentes – desinfecção – lavagem das mãos	
8. Implicação da comunidade para limitar a propagação da doença	40
<i>Palavras-chave:</i> educação sanitária – mensagens apropriadas – aceitabilidade cultural	

9. Controlo do meio ambiente: água potável.....	44
<i>Palavras-chave:</i> cloração – avaliação da qualidade da água – fervura da água	
10. Controlo do meio ambiente: alimentos inócuos.....	48
<i>Palavras-chave:</i> preparação de alimentos – higiene em mercados – alimentos cozinnados	
11. Controlo do meio ambiente: saneamento.....	51
<i>Palavras-chave:</i> melhor saneamento – educação sobre higiene	
12. Práticas Funerais.....	54
<i>Palavras-chave:</i> manejo higiénico de corpos – restrições em festins	
13. Vigilância.....	57
<i>Palavras-chave:</i> informação para acção – epidemiologia descritiva	
14. Participação de parceiros internacionais.....	62
<i>Palavras-chave:</i> propostas de projectos - coordenação de parceiros internacionais	

Anexos

1. Ferramentas para avaliação.....	66
2. Linhas gerais do relatório de avaliação.....	68
3. Regras essenciais em unidades de tratamento de cólera.....	70
4. Diluição de cloro segundo a sua utilização.....	72
5. Métodos para tratamento de água em casa.....	74
6. Mensagens essenciais para educação sanitária.....	76
7. Preparação e uso da solução de cloro a 1% para desinfectar a água.....	80
8. Regras para preparação segura de alimentos a fim de evitar a cólera.....	82
9. Matriz para coordenação de actividades de luta contra a cólera.....	84
Referências.....	86

Introdução

OBJECTIVOS

A resposta a um surto de cólera focaliza geralmente os aspectos médicos que são importantes para reduzir a mortalidade. Contudo, há necessidade de uma resposta mais abrangente para limitar a propagação da doença. Como a resposta a surtos é geralmente dirigida por profissionais médicos, pode haver tendência para negligenciar outros aspectos, tais como problemas ambientais ou de comunicação.

Este documento oferece uma estrutura para avaliação de uma resposta a um surto de cólera, o que irá ajudar a:

- fornecer uma ideia geral abrangente da resposta ao surto;
- identificar os principais pontos fortes e fracos da resposta;
- melhorar a preparação e a resposta a surtos futuros;
- fornecer recomendações precisas baseadas em directivas oficiais da OMS.

Destina-se principalmente a

- pessoal técnico de ministérios da saúde
- profissionais de saúde nos escritórios da OMS nos países
- consultores responsáveis pela avaliação de surtos de cólera.

QUANDO PODE SER UTILIZADO?

Este documento pode ser utilizado no fim do surto, para avaliação retrospectiva essencial em planeamento de melhor preparação e resposta no futuro. Os Anexos 1 e 2 apresentam ferramentas adicionais para ajudar com o relatório de avaliação.

O documento também pode ser utilizado durante um surto para verificar se foram observados todos os aspectos do combate contra a cólera.

ESTRUTURA DO DOCUMENTO

O documento tem um secção geral sobre cólera, mais 14 secções técnicas, cada uma com o seguinte formato:

- *Palavras-chave* – reflectindo os principais tópicos analisados.
- *Avaliação do surto* – lista das questões que devem ser abordadas durante a avaliação.
- *Comentários úteis para melhor preparação* – particularmente útil se há surtos periódicos de cólera ligados às épocas do ano (normalmente na estação das chuvas).
- *Sugestões* - realçando as questões principais relacionadas com surtos de cólera.

Cólera – descrição geral

A cólera é uma doença diarreica causada por infecção do intestino com o *Vibrio cholerae* do tipo 01 ou 0139. Pode infectar tanto crianças como adultos.

Cerca de 20% das pessoas infectadas desenvolvem diarreia aquosa aguda – e destas 10-20% desenvolvem diarreia aquosa severa com vômitos. Se estes doentes não são tratados rapidamente e de maneira adequada, a perda de quantidades tão grandes de fluidos e sais pode causar desidratação grave e morte num espaço de horas. A taxa de mortalidade em casos não tratados pode ser de 30-50%. Contudo, o tratamento é simples (basicamente reidratação) e se aplicado correctamente, a taxa de mortalidade deve ser inferior a 1%.

A cólera é normalmente transmitida através de água ou alimentos contaminados com fezes e continua a ser um risco sempre presente em muitos países. Novos surtos podem ocorrer esporadicamente em qualquer parte do mundo onde o fornecimento de água, o saneamento, a segurança alimentar e a higiene não sejam adequados. O maior risco existe em comunidades superpovoadas e em campos de refugiados caracterizados por insalubridade, água não potável, e aumento de transmissão de pessoa a pessoa. Como o período de incubação é muito curto (2 horas a 5 dias), o número de casos pode aumentar de maneira extremamente rápida.

É impossível evitar que a cólera seja *introduzida* numa zona – mas a *propagação* da doença dentro de uma zona pode ser evitada com

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

detecção e confirmação de casos imediata, seguida de resposta adequada. Como a cólera pode ser um problema de saúde pública grave – podendo potencialmente causar muitas mortes, propagar-se de maneira rápida e eventualmente internacionalmente, e afectar gravemente as viagens e o comércio– uma resposta bem coordenada, atempada e eficaz é de importância primordial.

As actividades de resposta deviam sempre ser seguidas de planeamento e implementação de actividades de preparação permitindo uma abordagem mais eficaz de futuros surtos de cólera. Em países a risco de cólera, já afectados ou não, ou onde é de prever a ocorrência periódica da doença, a melhor preparação para surtos é um plano e programa de prevenção forte.

NOVAS ESTRATÉGIAS: VACINAS ORAIS CONTRA A CÓLERA

A longo prazo, melhoramentos em abastecimento de água, saneamento, segurança alimentar e sensibilização da comunidade para medidas de prevenção são os melhores meios para evitar a cólera, assim como outras doenças diarreicas. Contudo, a OMS está actualmente a avaliar a utilização de novas ferramentas para complementar estas medidas tradicionais. Introduziram-se recentemente vacinas orais contra a cólera, de segurança e eficácia comprovadas, para uso das pessoas. Alguns países já utilizaram a vacina oral para imunizar populações consideradas a alto risco de um surto de cólera. A utilização desta vacina em situações endémicas e epidémicas precisa de avaliação suplementar.

Está em curso investigação sobre o papel da vacinação de massa como estratégia de saúde pública para proteger populações a risco de infecção pela cólera. As questões que são analisadas incluem logística, custo, sincronização, capacidade de produção de vacinas, e critérios para uso da vacinação de massa para conter e evitar surtos.

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

1. Detecção de surtos

PALAVRAS-CHAVE

DETECÇÃO IMEDIATA – VERIFICAÇÃO E RESPOSTA RÁPIDAS

AValiação DO SURTO

1. Como é que os primeiros casos foram notificados às autoridades de saúde (através de um sistema de vigilância, notícias nos media, fontes informais, outros)? Nas regiões ou municipalidades, os canais de comunicação para notificação de casos estão bem estabelecidos?
2. No principio, o que foi que alertou as pessoas para a eventualidade de um surto:
 - uma ocorrência súbita da doença?
 - um aumento persistente do número de casos notificados (sobre um período de mais de uma semana)?
 - um aumento súbito no número de casos?
 - um número anormal de mortes?
3. Sobre que base se decidiu que era um surto:
 - um único caso?
 - um grupo de casos?
 - uma incidência de casos maior do que previsto (em comparação com o mesmo período de tempo em anos precedentes)?

4. Quanto tempo levou a informação para ir da zona do surto até ao nível de tomada de decisões? (Não deve levar mais de uma semana.)
5. Quais foram as primeiras acções tomadas a nível central:
 - telefonema à zona afectada para verificar rumores?
 - envio de uma equipa de intervenção rápida (ver Sugestões 1.1)?
 - outra?

COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

Segundo a maneira como as autoridades de saúde foram notificadas do surto, quais são as conclusões que poderemos tirar sobre o sistema de vigilância sanitária? O sistema de vigilância é capaz de detectar surtos? É importante melhorar a capacidade de detecção incluindo outros parceiros (por exemplo dispensários privados, curandeiros tradicionais) no processo de notificação?

Ter um formulário especial com perguntas essenciais pode ajudar a diferenciar rapidamente rumores de verdadeiros surtos.

Outras fontes de informação possíveis:

- utilizar jornalistas como uma fonte complementar de informação sobre surtos de cólera; qualquer informação recolhida através dos media precisa de ser confirmada (ver secção 2).
- Criar uma linha (hot line) com um respondedor automático para encorajar as pessoas a deixar informações ou perguntas.

SUGESTÕES

1.1 UMA EQUIPA DE VERIFICAÇÃO E DE RESPOSTA RÁPIDAS

Quando se suspeita de um surto, pode ser importante enviar para o terreno uma equipa pluridisciplinar a fim de confirmar o surto e tomar as primeiras medidas para controlar a propagação da doença.

A equipa pode consistir de:

- um médico para verificar os sintomas clínicos dos doentes e preparar o pessoal de saúde para bom tratamento de casos;
- um microbiologista para tirar amostras de fezes (e amostras do meio ambiente) para confirmação laboratorial de cólera e treinar o pessoal de saúde em recolha correcta de amostras;
- um especialista em Informação, Educação e Comunicação para avaliar a reacção da comunidade à cólera e definir e propagar mensagens essenciais de educação sanitária;
- um epidemiologista para avaliar a recolha de dados e os processos de vigilância;
- um especialista em água e saneamento para investigar as possíveis fontes de contaminação e iniciar o tratamento apropriado das mesmas.

Pode ser apropriado uma equipa mais pequena. Se é composta unicamente de um ou dois especialistas, estes devem adoptar uma visão abrangente ; devem estar a par dos elementos básicos que devem ser investigados e quais as intervenções que devem ser implementadas primeiro, mesmo se estas não estão no âmbito das suas especialidades.

1.2 INVESTIGAÇÃO DA CAUSA DO SURTO

Uma vez que o surto de cólera é confirmado clinicamente, os seguintes “vectores de transmissão” potenciais devem ser investigados para que se possam tomar medidas de controlo apropriadas:

- água de beber que possa ter sido contaminada na fonte ou durante o transporte e armazenagem, ou gelo feito com água contaminada;
- alimentos que possam ter sido contaminados durante ou depois da preparação;
- mariscos;
- frutos e vegetais.

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

2. Confirmação de surtos

PALAVRAS-CHAVE

DEFINIÇÃO DE CASOS – CONFIRMAÇÃO POR LABORATÓRIO

AValiação DO SURTO

1. Como é que o diagnóstico foi confirmado:
 - definição clínica de caso?
 - confirmação por laboratório?
 - suspeita epidemiológica associada a definição clínica de caso?
2. Que definição de caso foi utilizada para recolher mais informações sobre casos e mortes (ver Sugestões 2.1)?
3. No caso de confirmação laboratorial, as amostras foram recolhidas e transportadas de maneira adequada (ver Sugestões 2.2 e 2.4)? O laboratório usou técnicas de enriquecimento para a cultura de *Vibrio cholerae*?
4. Quanto tempo demorou a confirmação do laboratório?
5. Quantas amostras foram recolhidas (ver Sugestões 2.3)?
6. Qual foi a proporção de amostras positivas?

COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

Em países onde os surtos de cólera seguem padrões sazonais, a distribuição da definição-padrão de casos a trabalhadores de cuidados de saúde antes da “época de cólera” prevista pode ajudar a sensibilizar e a garantir um diagnóstico adequado.

A distribuição prévia de meios para transporte e de mechas rectais em zonas que se suspeita estarem infectadas por cólera é uma vantagem. Um laboratório nacional de referência deveria ser nomeado para supervisionar o processo laboratorial – fornecimento de meios para transporte e reagentes, formação de técnicos, monitorização da qualidade dos exames.

SUGESTÕES

2.1 DEFINIÇÃO DE CASOS

É muito importante assegurar-se que todos os doentes considerados como casos de cólera estão, de facto, todos afectados pela mesma doença. De acordo com a definição de caso da OMS, deve *suspeitar-se* de um caso de cólera quando:

- numa zona onde a doença não parece estar presente, um doente com 5 anos de idade ou mais velho desenvolve desidratação grave ou morte de diarreia aquosa aguda;
- numa zona onde há uma epidemia de cólera, um doente com 5 anos de idade ou mais velho desenvolve diarreia aquosa aguda, acompanhada ou não de vômitos.

Um caso de cólera é *confirmado* quando: o *Vibrio cholerae* O1 ou O139 é isolado de amostras de qualquer doente com diarreia.

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

Em crianças com menos de 5 anos, há outras doenças que produzem sintomas semelhantes aos da cólera, como diarreia tipo ‘água de arroz’. Por isso, para manter a especificidade, crianças com menos de 5 anos não são incluídas na definição de casos de cólera.

2.2 CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL

O tratamento de doentes desidratados não deve esperar que as amostras sejam examinadas pelo laboratório. A confirmação microbiológica de *Vibrio cholerae* por observação directa pode ser obtida imediatamente, mas normalmente são precisos 2 dias para ter resultados de cultura. É importante recolher informações sobre:

- o serogrupo de *Vibrio* (01 ou 0139) ;
- os padrões de sensibilidade aos antibióticos.

2.3 NÚMERO DE AMOSTRAS NECESSÁRIAS

Para se ter a certeza que é um surto de cólera, a confirmação laboratorial dos primeiros 10-20 casos é essencial. Uma vez o surto de cólera confirmado, não é necessário obter uma amostra de cada doente com diarreia aguda: a definição clínica de casos permite detecção de cólera e tratamento adequado. Contudo, pode ser interessante tirar algumas amostras ao acaso durante o surto para ter a certeza que o padrão de sensibilidade aos antibióticos do agente patogénico não mudou. Depois, a recolha de aproximadamente 20 amostras de fezes é necessária para confirmar o fim do surto. Onde a cólera estiver presente mas não epidémica, causará menos de 5% de todas as causas de diarreia aguda.

2.4 RECOLHA DE AMOSTRAS

Recolher amostras antes de dar antibióticos ao doente. Há varias maneiras de recolher amostras:

- Fezes frescas (mechas rectais de algodão embebidas em líquido de fezes, metidas num saco de plástico estéril) recolhidas e transportadas rapidamente (nas 2 horas) ao laboratório.
- Um meio de transporte tal como Cary-Blair ou água de peptona permite uma melhor conservação das amostras (ver abaixo para mais detalhes).
- Tiras de papel mata-borrão ou de papel de filtro embebidas com líquido de fezes, colocadas em tubos selados ou sacos de plástico, com 2 ou 3 gotas de salina normal (NaCl 9%) para que a amostra se mantenha húmida e não seque. Não é necessário refrigerar durante o transporte.

Os tubos do meio de transporte Cary-Blair podem ser guardados a temperatura ambiente durante 1-2 anos; o meio pode ser utilizado enquanto não ficar seco, contaminado ou descolorido. Para usar o meio Cary-Blair:

- Humedecer as mechas em meio de transporte Cary-Blair estéril.
- Inserir a mecha 2-3 cm através do esfíncter anal e rodar
- Retirar a mecha e verificar para ter a certeza que tem material fecal visível.
- Colocar a mecha imediatamente no meio de transporte, empurrando-a até ao fundo do tubo.
- Quebrar e descartar a parte de cima da mecha que esteve em contacto com os dedos.
- Enviar a amostra para chegar ao laboratório antes de 7 dias; não é necessário refrigerar.

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

3. Organização da resposta

PALAVRAS-CHAVE

COMITÉ DE COORDENAÇÃO DA LUTA CONTRA A CÓLERA – PLANO DE ACÇÃO

AVALIAÇÃO DO SURTO

1. Havia um grupo de trabalho contra a cólera ou um comité de coordenação da luta contra a cólera (ver Sugestões 3.1) para seguir o surto e tomar decisões? Este comité é multisectorial?
2. Quais foram as medidas tomadas para controlar o surto (ver Sugestões 3.2):
 - decisões legais (proibição de festivais, inspecção de pessoas manipulando alimentos e pessoal de restaurantes, etc.)?
 - prestação de assistência a zonas afectadas (fornecimentos, apoio técnico e em pessoal)?
 - campanhas de educação sanitária?
 - mobilização atempada e adequada de fornecimentos de emergência de fontes nacionais ou de doadores?
 - campanhas de informação e utilização dos media?
 - organização de formação (em vigilância ou tratamento de casos)?

3. Como foi monitorizada a resposta:
 - seguimento do surto através de relatórios epidemiológicos regulares?
 - impacto das actividades de controlo sobre tendências epidemiológicas?
 - investigações no terreno para identificar a fonte da contaminação?
4. Quem foi a pessoa designada para monitorizar e documentar actividades de controlo?
5. Estava disponível um plano de acção de emergência contra a cólera?
6. Havia um fluxo fácil de informações das zonas afectadas para os níveis de controlo e vice versa?

COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

Em todos os países onde há surtos de cólera recorrentes, deveria existir **um comité de coordenação da luta contra a cólera**. Este comité pode precisar de fundos especiais para exercer as suas actividades essenciais de coordenação. Actas de sessões são elementos essenciais para monitorizar a resposta a um surto e assegurar o funcionamento correcto do comité. As actas de sessões devem especificar:

- os participantes
- a situação epidemiológica
- os principais problemas ligados a decisões tomadas durante sessões anteriores
- as novas decisões e planos para a sessão seguinte.

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

Um plano de urgência contra a cólera deveria enumerar os elementos essenciais da preparação e resposta a um surto e deveria:

- planear a logística (o que está disponível, o que é preciso);
- planear as responsabilidades do pessoal (mobilidade do pessoal segundo as necessidades, decisão sobre quem é responsável a cada nível);
- assegurar a disponibilidade de apoio financeiro para preparação e resposta (custos da investigação e da resposta, fontes de financiamento);
- planear a implementação de medidas de controlo (o que deve ser feito, quando e quem deve fazê-lo, os recursos necessários e disponíveis);
- planear o fornecimento de água potável e a eliminação segura de excreções, e campanhas de educação (materiais, metodologia, pessoal).

SUGESTÕES

3.1 COMPOSIÇÃO E FUNÇÕES DE UM COMITÉ DE COORDENAÇÃO DA LUTA CONTRA A CÓLERA

O objectivo deste comité é assegurar colaboração total entre os sectores implicados e execução rápida e eficaz de actividades de controlo. A suas funções são:

- preparação epidemiológica
- coordenação entre sectores e troca de informações

- colaboração regional e internacional
- recolha e difusão de informações sobre casos e mortes devido a cólera
- organização de qualquer formação pertinente
- aquisição, armazenagem e distribuição de fornecimentos requeridos
- implementação, supervisão e monitorização e avaliação de actividades de controlo.

O comité de coordenação da luta contra a cólera deve encontrar-se regularmente (pelo menos uma vez por semana) durante o período do surto. Fundos específicos para as necessidades de emergência devem estar disponíveis para implementar decisões tomadas pelo comité, o qual deve estar ao corrente da situação epidemiológica. A organização deste comité deve ser claramente estabelecida.

Dependendo do tamanho do país e da estrutura dos seus serviços de saúde, podem ser criados comités semelhantes a níveis subnacionais ou mais periféricos.

3.2 PRIMEIRAS MEDIDAS PARA CONTROLAR UM SURTO DE CÓLERA

Quando é recebido o primeiro relatório de um caso suspeito de cólera, a primeira medida é confirmar o surto, depois da qual se deve levar a cabo as actividades seguintes (a ordem pode variar dependendo da situação):

- convocar o comité de coordenação da luta contra a cólera
- fazer um inventário dos fornecimentos essenciais disponíveis
- informar a população, os distritos vizinhos, e os media
- se preciso, realizar formação
- se preciso, criar centros de tratamento temporários
- recolher, notificar, e analisar dados sobre casos, mortes, e actividades

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

- de controlo; fornecer documentos sobre a epidemia; fornecer resultados e adaptar intervenções
- implementar medidas para controlar a propagação da doença (desinfecção de fontes de água, medidas de segurança alimentar)
 - realizar campanhas de educação sanitária
 - pedir ajuda adicional
 - monitorizar e avaliar medidas de controlo

4. Gestão da informação

PALAVRAS-CHAVE

CLARIFICAR RUMORES – PARCERIA COM OS MEDIA

AVALIAÇÃO DO SURTO

1. Havia uma estratégia para divulgar informações exactas imediatamente em vez de responder a rumores (ver Sugestões 4.1)?
2. Os media contribuíram de maneira positiva ao controlo do surto? (ver Sugestões 4.2)?
3. Havia no ministério da saúde um interlocutor designado (ver Sugestões 4.3)?
4. Houve um bom equilíbrio entre declarações do serviço público e notícias (ver Sugestões 4.4)?
5. Havia qualquer processo para avaliar o impacto e propagação da informação?

COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

Antes do surto, devem preparar-se as respostas às questões mais vulgares sobre a doença e as medidas de prevenção; deve haver disponibilidade de dados epidemiológicos de anos anteriores.

Para evitar a expansão de rumores erróneos, é importante assegurar uma grande abertura da informação desde o início do surto.

SUGESTÕES

4.1 EVITAR RUMORES

Evitar rumores e pânico mantendo um bom fluxo de informações – os rumores propagam-se facilmente quando a informação é incompleta ou atrasada.

4.2 AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DOS MEDIA

A participação dos media prestou:

- informação a pessoas dentro e fora da zona afectada?
- informação na língua apropriada?
- informação através dos canais apropriados (rádio, imprensa, televisão)?
- o bom tipo de informação, com a frequência devida?

4.3 INTERLOCUTOR

No início de um surto, designar um único interlocutor que será o ponto focal para tratar com os media. Planificar comunicados de imprensa e conferências regulares.

4.4 EQUILÍBRIO ENTRE DECLARAÇÕES PÚBLICAS E NOTÍCIAS

O tipo de informação a ser distribuído dependerá dos níveis dos media – locais, nacionais ou internacionais. As autoridades de saúde pública estão geralmente interessadas em utilizar os media para fornecer informações sobre medidas de prevenção e de controlo, i.e. anúncios de serviços públicos, enquanto os jornalistas podem focalizar a propagação de notícias. É preciso negociar um equilíbrio entre os dois interesses.

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

5. Tratamento de casos

PALAVRAS-CHAVE

EXAME DO DOENTE – REIDRATAÇÃO – EDUCAÇÃO

AValiação DO SURTO

1. Foram preparados e estavam à disposição dos trabalhadores de cuidados de saúde organigramas ilustrando tratamento correcto de casos de cólera?
2. Os organigramas davam informações claras sobre a maneira de avaliar o nível de desidratação e o protocolo de tratamento a aplicar segundo o estado do doente (ver Sugestões 5.1 e 5.2)?
3. Os antibióticos foram reservados só para casos graves? Os doentes receberam outro tratamento em vez de reidratação e antibióticos recomendados? O tratamento com antibióticos estava baseado em padrões de resistência antimicrobial (ver Sugestões 5.3)?
4. Os doentes e as suas famílias foram informados sobre as medidas de prevenção a tomar a nível caseiro (ver Sugestões 5.4)?

5. Os doentes com cólera foram isolados dos outros doentes (com latrinas especiais)?
6. Os trabalhadores de cuidados de saúde conheciam as medidas higiénicas necessárias para evitar a contaminação (lavagem das mãos, isolamento da enfermaria)?

COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

O treino do pessoal de cuidados de saúde é um elemento essencial na preparação, especialmente em zonas de alto risco.

As necessidades em fornecimentos de emergência devem ser avaliadas na perspectiva de uma situação particular:

- O coeficiente de ataque provável em campos de refugiados, com populações a alto risco (devido a má nutrição) é de 5-8%;
- em contextos abertos, pode ser utilizado um coeficiente de ataque de 0.2%;
- em comunidades rurais de 5000 pessoas no máximo, o coeficiente de ataque pode atingir 2%.

Reservas de fornecimentos básicos de emergência devem ser preparadas para que possam ser mobilizadas rapidamente.

SUGESTÕES

5.1 REIDRATAÇÃO

A reidratação com substituição dos electrólitos perdidos é o esteio do tratamento da cólera. Segundo o nível de desidratação (A,B,C), a terapia de reidratação deve ser diferente (por via oral ou por via intravenosa). Deve utilizar-se uma solução de reidratação oral (ORS) durante e depois da terapia intravenosa. Durante a fase inicial do tratamento, vigiar o doente é crucial.

Nível de desidratação	Sinais	Tratamento
<i>Grave</i>	Letárgico, inconsciente ou prostrado Olhos muito fundos Bebe com dificuldade ou não consegue beber Boca muita seca Pele beliscada retoma a forma normal muito lentamente Sem lágrimas (só no caso de crianças)	Terapia intravenosa + antibióticos + ORS
<i>Moderado</i>	Inquieto e irritável Olhos fundos Boca seca Tem sede e bebe com vontade Pele beliscada retoma a forma normal lentamente Sem lágrimas (só no caso de crianças)	ORS + vigilância estreita
<i>Sem desidratação</i>	Nenhum dos sinais assinalados mais acima	ORS em casa

5.2 TERAPIA INTRAVENOSA PARA CASOS GRAVES

O lactato de Ringer é o fluido intravenoso preferido. Também se pode utilizar uma solução salina normal (0.9%) ou salina meia normal com glicose a 5%, mas deve dar-se ao mesmo tempo a ORS para compensar a falta de electrólitos. Uma solução de glicose simples não é eficaz na reidratação de doentes de cólera.

Quando a reidratação intravenosa não é possível e o doente não consegue beber, a ORS pode ser administrada por tubo nasogástrico. Contudo, os tubos nasogástricos não devem ser utilizados em doentes que estejam inconscientes.

5.3 ANTIBIÓTICOS

Antibióticos só devem ser dados em casos graves, para reduzir a duração dos sintomas e a transmissão de agentes patogénicos.

A resistência aos antibioticós está a aumentar. Na maior parte dos países, o vibrião colérico é resistente a co-trimoxazole; em alguns sítios também desenvolveu resistência a tetraciclina. No início e durante o surto, deve pedir-se ao laboratório informações sobre os padrões de resistência da estirpe: a sensibilidade bacteriana aos antibióticos pode voltar depois de um certo tempo

A quimioprofilaxia de massa não é eficaz para controlar um surto de cólera

A quimioprofilaxia selectiva (uma dose de doxiciclina) pode ser útil para membros de um agregado familiar que partilhem alimentação e alojamento com um doente com cólera. Contudo, em sociedades onde a mistura social familiar e a troca de alimentos entre vizinhos são vulgares, é difícil

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

identificar contactos íntimos. Mas a quimioprofilaxia pode ser útil quando um surto de cólera ocorre numa população fechada, tal como uma prisão.

5.4 EDUCAÇÃO SANITÁRIA

As mensagens mais importantes para evitar a contaminação da família são:

- lavar as mãos depois de tratar de doentes – contacto físico, com as suas fezes, os seus vômitos, ou as suas roupas.
- atenção de não contaminar a fonte de água ao lavar as roupas do doente nessa água.

6. Redução de mortalidade

PALAVRAS-CHAVE

UNIDADES DE TRATAMENTO DE CÓLERA – FORNECIMENTOS – FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS

AVALIAÇÃO DO SURTO

1. Como é que foi calculada a taxa de letalidade (TL)? Há risco de deturpação (ver Sugestões 6.1)?
2. A taxa de letalidade foi superior a 1%? Havia uma razão óbvia para explicar tal taxa:
 - pouca acessibilidade a serviços de cuidados de saúde ou locais de tratamento da cólera?
 - tratamento de casos inconsistente?
 - factores subjacentes tais como má nutrição?
 - contaminação importante?
3. Os profissionais foram preparados para tratar doentes com cólera (ver Sugestões 6.2)?
4. Havia disponibilidade de fluidos intravenosos apropriados, sais de reidratação oral (ORS), e antibióticos?
5. Foram estabelecidas unidades especiais de tratamento de cólera

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

(UTC) para prestar tratamento imediato a doentes e evitar a sobrecarga de outras enfermarias hospitalares (ver Sugestões 6.3)?

6. Havia vigilância adequada dos doentes com cólera grave (pulso, sintomas de desidratação, respiração, febre, urina) (ver Sugestões 6.4)?
7. Havia acesso a unidades de tratamento contra a cólera e a locais de terapia com sais de reidratação oral (ORS)? Havia alguma limitação geográfica afectando o acesso – ou barreiras culturais, linguísticas ou económicas?

COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

Em cada serviço de tratamento que possa ter de tratar casos de cólera, deve haver reservas suficientes par cobrir os primeiros dias antes da chegada de mais fornecimentos. Estas reservas ‘de prevenção’ não devem ser limitadas a fluidos intravenosos – a maior parte dos doentes podem ser tratados unicamente com sais de reidratação oral.

Antes da estação de cólera, deve ser feita uma avaliação das necessidades, incluindo o inventário das reservas disponíveis e necessárias.

Os profissionais de saúde precisam de formação específica para tratar com êxito doentes de cólera, e cursos de formação contínua. Um plano deveria ser estabelecido para atingir o objectivo de formação de 90% do pessoal de saúde.

SUGESTÕES

6.1 TAXA DE LETALIDADE (TL)

Uma taxa superior a 1% é geralmente considerada como alta, mas em zonas rurais com pouca acessibilidade a cuidados de saúde a taxa pode ser mais alta (às vezes superior a 20%). Se ultrapassar 5%, deve proceder-se a uma investigação e tomar-se medidas de correcção apropriadas. Uma taxa de letalidade alta pode ser o resultado de um engano (por exemplo, subestimação do número de casos, incluindo mortes devido a outras causas) ou de tratamento de casos inadequado.

6.2 PESSOAL EM UNIDADES DE TRATAMENTO DE CÓLERA

As unidades de tratamento da cólera podem ser locais específicos em hospitais ou unidades especiais estabelecidas para tratar doentes de cólera em situações de emergência. Durante o surto, estas unidades devem funcionar 24 horas por dia. Por isso, é preciso estabelecer um plano de rotação do pessoal. Se há poucos trabalhadores de saúde com formação adequada, deve mobilizar-se pessoal com experiência prévia em surtos de cólera ou que tenha recebido formação adequada para prestar treino no terreno e supervisionar o pessoal com menos experiência.

6.3 LOCAL DE TERAPIA POR REIDRATAÇÃO ORAL (ORT)

Deve ensinar-se à comunidade a importância de iniciar imediatamente a terapia com sais de reidratação oral e de consultar o centro de saúde rapidamente. Onde os serviços de cuidados de saúde são menos acessíveis, devem ser estabelecidos em toda a zona locais de tratamento

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

por reidratação oral para casos de desidratação leve e moderada. As pessoas devem ser informadas sobre as unidades de tratamento de cólera para onde podem ser mandados casos de cólera grave.

Em zonas urbanas – as unidades especiais de tratamento de cólera para casos severos devem ser claramente identificadas. A população deve poder dispor e aceder a locais de tratamento por reidratação oral para casos moderados. Os registos de casos são importantes em todos os contextos para calcular o coeficiente de ataque e para fornecer fornecimentos segundo as necessidades.

Em zonas semiurbanas ou rurais – o acesso a serviços de cuidados de saúde é um problema e é importante descentralizar as unidades de tratamento de cólera. A procura activa de casos em comunidades deve ser encorajada para se poder, o mais rapidamente possível, localizar os focos de novos surtos. A população é muitas vezes itinerante e a propagação da doença difícil de controlar. A localização de unidades de tratamento (unidades especiais de tratamento de cólera e locais de tratamento por reidratação oral) deve ser escolhida de acordo com o coeficiente de ataque. Em serviços de cuidados de saúde isolados o fornecimento de artigos e medicamentos para tratar os primeiros 20-30 doentes deve fazer parte das medidas de preparação.

6.4 VIGILÂNCIA DOS DOENTES COM CÓLERA SEVERA

Vigilância e reavaliação regular do doente para observar os seguintes sintomas são cruciais:

- pulso
- sinais de desidratação
- quantidade e aspecto das fezes
- ritmo respiratório
- temperatura (a cólera provoca geralmente hipotermia – se a temperatura é alta pode haver patologias associadas, por exemplo, paludismo)
- urina (presente ou não)
- estado consciente.

Complicações – edema pulmonar se foram administradas quantidades excessivas de fluido intravenoso; colapso renal se o fluido intravenoso administrado foi insuficiente; e hipoglicemia e hipocalemia em crianças com malnutrição e reidratadas unicamente com lactato de Ringer.

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

7. Medidas de higiene em serviços de cuidados de saúde

PALAVRAS-CHAVE

ISOLAMENTO DE DOENTES – DESINFECÇÃO – LAVAGEM DAS MÃOS

AVALIAÇÃO DO SURTO

1. As unidades de tratamento de cólera estavam localizadas perto das comunidades mais afectadas?
2. Nos centros de tratamento de cólera havia instalações para lavar as mãos? Os familiares dos doentes lavavam sempre as mãos quando partiam do centro?
3. As unidades de tratamento estavam organizadas em quatro zonas – selecção e observação, hospitalização, quarto de convalescença para tratamento com sais de reidratação oral, zonas neutras (para cozinha, reservas de materiais, etc.)?
4. Havia medidas estabelecidas para eliminação segura de fezes e vômito? Havia latrinas separadas para doentes com cólera podendo andar, separadas das latrinas utilizadas pelos outros doentes?

5. Havia água suficiente para cobrir as necessidades diárias dos doentes (50 litros / pessoa)?
6. Os baldes, latrinas, vestuário e roupa de cama eram desinfectados correctamente (ver Sugestões 7.3)?
7. Havia camas especificamente para doentes com cólera?

COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

Certos fornecimentos (baldes, berços, desinfectantes, luvas de borracha, etc.) são essenciais para unidades de tratamento de cólera, além dos necessários para tratar doentes.

Em campos de refugiados, onde não há serviços de cuidados de saúde, pode instalar-se em tendas uma unidade de tratamento de cólera. Durante surtos em comunidades abertas, as unidades especiais de tratamento de cólera podem ser estabelecidas dentro de um serviço de cuidados de saúde ou em outro edifício comunitário, por exemplo, uma escola, se o centro de saúde é demasiado pequeno para garantir o isolamento dos doentes com cólera.

As unidades de tratamento de cólera devem estar preparadas antes que um surto se declare. Isto necessita identificação de locais adequados, preparação prévia de fornecimentos, armazenagem de medicamentos e outro material, e organização da recepção dos doentes. A descrição dos postos individuais para pessoal nas unidades de tratamento de cólera deve ser preparada adiantadamente.

SUGESTÕES

7.1 UNIDADE DE TRATAMENTO DA CÓLERA

As unidades especiais de tratamento de cólera têm por objectivo oferecer os melhores cuidados a doentes mas também proteger outras pessoas contra a contaminação. Barreiras à volta destas unidades são muitas vezes necessárias para reduzir o número de visitantes.

7.2 FUNÇÕES ASSEGURADAS NAS UNIDADES DE TRATAMENTO DE CÓLERA

- *Classificação - avaliação*
 - registo dos doentes
 - avaliação do nível de desidratação (A,B,C)
- *Tratamento*
 - enfermarias de tratamento (observação, hospitalização, quarto de convalescença)
 - farmácia et armazém
 - local de preparação de sais de reidratação oral (ORS)
(*nota:* a utilização de ORS é tão importante que se recomenda haver uma pessoa encarregada de os preparar e encorajar o seu uso).
- *Cuidados a doentes*
 - reidratação
 - higiene
 - alimentação

- *Prevenção e higiene*
 - cozinha para preparação de alimentos
 - tratamento de águas
 - preparação de solução de cloro
 - infra-estruturas para lavar roupa, lavandaria
- *Educação sanitária*
 - actividades de educação sanitária por equipas de desinfecção nas unidades especiais de tratamento de cólera e em casa de doentes
 - detecção activa de casos em campos de refugiados/aldeias
- *Resíduos e meio ambiente*
 - eliminação segura de resíduos (incinerador, baldes do lixo)
 - limpeza e desinfecção das unidades de tratamento de cólera
 - morgue
- *Segurança*
 - vigia para informação e controlo do movimento dos doentes
 - barreiras
 - protecção das reservas (alimentos, medicamentos, fornecimentos).

7.3 DESINFECÇÃO DE VESTUÁRIO E DE ROUPA DE CAMA DE DOENTES

O vestuário e a roupa de cama de doentes podem ser desinfectados em água a ferver durante 5 minutos. A roupa de cama, assim como colchões, também pode ser desinfectada posta a secar ao sol (ver também anexo 4).

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

8. Implicação da comunidade para limitar a propagação da doença

PALAVRAS-CHAVE

EDUCAÇÃO SANITÁRIA – MENSAGENS APROPRIADAS – ACEITABILIDADE CULTURAL

AVALIAÇÃO DO SURTO

1. A educação sanitária foi uma parte importante da resposta ao surto (ver Sugestões 8.1)?
2. As mensagens foram ilustradas com demonstrações práticas (por exemplo, cloração da água, preparação de sais de reidratação oral)?
3. As mensagens foram elaboradas com a comunidade?
4. As mensagens foram disseminadas na população através de líderes comunitários ou religiosos ou através outro canal atingindo o maior número de pessoas com o maior impacto nos seus comportamentos?
5. As mensagens eram adaptadas às crenças culturais locais sobre a doença e à capacidade para implementar medidas de controlo na comunidade (por exemplo, não havendo sabão disponível, recomendaram-se cinzas para lavar as mãos)?

6. Fizeram-se esforços para encorajar o uso de latrinas?
7. Houve detecção activa de casos na comunidade (ver Sugestões 8.2)?
8. Em serviços de cuidados de saúde, transmitiram-se mensagens educativas a pacientes e seus familiares?
9. O pessoal de saúde foi capaz de disseminar mensagens apropriadas (ver Sugestões 8.3) ?

COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

Antes da estação de cólera, é importante organizar discussões de grupo em comunidades de alto risco para identificar falhas em conhecimentos e o tipo de reforço necessário.

É importante verificar se há acesso a sabão e produtos químicos abordáveis para tratar a água. A maior parte das mensagens educativas são tecnicamente boas mas difíceis de implementar. Não havendo disponibilidade de sabão e produtos químicos para tratamento da água, soluções alternativas devem ser encontradas para garantir práticas de higiene básica para limitar a transmissão de cólera (por exemplo, sumo de lima acrescentado à água, bebida ou outros alimentos tem a capacidade de tornar inactivo o *V. cholerae*)

A avaliação do impacto das mensagens previamente utilizadas ajuda a melhorar a comunicação com as comunidades.

A educação sanitária deve continuar durante todo o ano, intensificando-se antes da estação de cólera.

SUGESTÕES

8.1 EDUCAÇÃO SANITÁRIA DURANTE SURTOS

Uma epidemia de cólera pode ser controlada mais rapidamente quando o público compreende como ajudar a limitar a propagação. A educação sanitária é crucial para assegurar a participação da comunidade.

- Escolher a melhor maneira de distribuir mensagens à comunidade:
 - comunicação através da rádio, cartazes, palestras, etc.
 - na língua local.
- Dar informações claras – mas não demasiadas mensagens.
- Adaptar as mensagens às circunstâncias sociais, culturais e económicas da comunidade e à sua capacidade para gerir uma mudança de comportamento (por exemplo, o custo de cloro ou sabão pode ser inacessível em comunidades pobres).
- Organizar palestras em sítios onde há pessoas à espera (serviços de cuidados de saúde, cabeleireiros, etc.)

8.2 PROCURA ACTIVA DE CASOS

Se possível, a procura activa de casos em comunidades deve ser organizada para permitir:

- a detecção de pacientes de cólera numa fase inicial da doença;
- aconselhar membros da família e a comunidade sobre a maneira de se proteger de contaminação.

8.3 MENSAGENS-CHAVE A DAR À COMUNIDADE

- Consultar o serviço de cuidados de saúde o mais depressa possível no caso de diarreia aquosa aguda.
- Começar a beber sais de reidratação oral em casa e durante o trajecto para o serviço de cuidados de saúde.
- Lavar as mãos antes de cozinhar, de comer e depois de ir à latrina.
- Cozinhar os alimentos.
- Beber água potável.

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

9. Controlo do meio ambiente: água potável

PALAVRAS-CHAVE

CLORAÇÃO – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ÁGUA – FERVURA DA ÁGUA

AVALIAÇÃO DO SURTO

- Foram identificadas as diferentes fontes de contaminação da água (ver Sugestões 9.1)?
- Estes fontes foram desinfectadas durante o surto?
- Se os poços eram clorados, havia monitorização regular do cloro residual (ver Sugestões 9.2)?
- Quais foram as medidas recomendadas para evitar a contaminação da água (ver Sugestões 9.3)?
- Onde a cloração da fonte de água não era possível, havia qualquer programa para assegurar água de beber segura a nível do lar (ver Sugestões 9.4)?
- Os mercados locais dispunham de produtos químicos de desinfeção da água (compostos de cloro) a preços abordáveis?
- Havia algum sistema para fornecer água potável durante o surto a comunidades de alto risco?

- A população recebeu um fornecimento de pelo menos 20 litros de água potável por dia e por pessoa?
- Os trabalhadores de saúde estavam suficientemente treinados para ensinar às populações locais higiene e técnicas de desinfecção?
- A comunidade foi informada sobre prevenção da contaminação da água?

COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

As pessoas levam tempo a mudar os seus comportamentos. Assim, mensagens garantindo aceitação do tratamento da água de casa e participação da comunidade são cruciais e devem ser transmitidas continuamente, e não só durante o surto.

Um bom inventário de todas as fontes de água, obtido graças a estudos sanitários, é útil para identificar riscos potenciais de contaminação.

O aprovisionamento de emergência deve incluir reservas extra de produtos químicos, geradores de electricidade suplentes, e facilidades de emergência para armazenagem/sedimentação de filtração prévia.

SUGESTÕES

9.1 TIPO DE ACESSO A ÁGUA POTÁVEL

Existem vários tipos de acesso a água potável: ligação na casa, fonte pública, fonte poço de perfuração, poço murado, fonte natural protegida, recolha de água de chuva, poço não protegido, vendedor, camião. A água potável pode ser contaminada quando entra em contacto com:

- mãos e corpos de pessoas que têm a cólera, mesmo se não apresentam sintomas;
- artigos contaminados, como baldes, copos, roupas;
- material fecal (por exemplo, por infiltração nos poços quando as latrinas estão situadas a menos de 30 metros dos poços).

O risco de contaminação da água varia segundo o tipo de acesso a água potável.

9.2 FONTES CONTAMINADAS

- Fontes de água não protegidas são muitas vezes contaminadas. Devem tomar-se disposições para protecção de fontes de água como uma medida importante para reduzir o risco de contaminação.
- Tratar a fonte pode ser a melhor maneira de evitar a propagação da cólera na comunidade. Em emergências, é aconselhável uma cloração residual livre de mais ou menos 0.5 mg/litro (ver Anexo 7).

- Quando a água é demasiado turva, deve ser filtrada antes de ser desinfetada.
- Alternativamente, filtração e cloração podem ser feitas a nível caseiro.

9.3 ABASTECIMENTO DE ÁGUA POTÁVEL

- As condições e as práticas de recolha e armazenagem de água contribuem para a qualidade da água da família.

Há provas de que guardar a água em recipientes de boca estreita com um distribuidor protegido (torneira, bico) é muito mais seguro do que guardá-la num recipiente de boca larga. A água de beber deve ser guardada numa panela ou balde limpo e coberto. É melhor deitar a água do recipiente de que tirá-la com um objecto potencialmente contaminado (por exemplo, um copo sem asa).

- Segundo a utilização da água (para beber, lavar roupa e mãos, desinfectar baldes/utensílios), as concentrações de cloro precisam de ser diferentes (ver anexo 4).

9.4 TRATAMENTO DA ÁGUA EM CASA

Existem vários métodos de tratamento de água em casa: fervura, cloração, armazenagem em recipientes mais seguros, desinfecção solar com UV + calor, desinfecção UV com lâmpadas, coagulação química – filtração + desinfecção com cloro (ver Anexo 5).

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

10. Controlo do meio ambiente: alimentos inócuos

PALAVRAS-CHAVE

PREPARAÇÃO DE ALIMENTOS – HIGIENE EM MERCADOS – ALIMENTOS COZINHADOS

AVALIAÇÃO DO SURTO

1. O fornecimento de água era adequado para vendedores de rua (qualidade aceitável e em quantidade suficiente para beber e lavar alimentos, mãos e utensílios)?
2. Existia alguma regulamentação para garantir o respeito de níveis mínimos de higiene durante o surto por pessoas manipulando alimentos? A inspeção das práticas de manipulação de alimentos era eficaz?
3. As vendas nas ruas pararam durante o surto? Os restaurantes foram fechados?
4. Existe regulamentação para garantir níveis mínimos de higiene para produtos alimentares em mercados?
5. Alguns pratos locais são feitos com mariscos (especialmente crustáceos) ou frutos e legumes crus (ver Sugestões 10.1)?

6. As pessoas que manipulam alimentos e que vendem produtos animais crus ou parcialmente transformados para consumo imediato são obrigadas a exibir um sinal informando o público do risco sanitário importante associado ao consumo de tais alimentos?
7. Existem nos mercados latrinas e instalações para lavar as mãos?

COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

Deve prestar-se atenção especial à segurança alimentar em reuniões sociais (mercados, funerais, etc.) (ver Anexos 6 e 8).

SUGESTÕES

10.1 FONTES COMUNS DE INFECÇÃO

- *Água de beber* que foi contaminada na sua fonte (por exemplo, por água de superfície infectada com fezes entrando num poço incompletamente fechado), durante transporte e/ou fornecimento, ou durante armazenagem (por exemplo, por contacto com mãos sujas com fezes).
- *Gelo* feito com água contaminada
- *Instrumentos de cozinha* lavados com água contaminada
- *Alimentos contaminados durante ou depois da sua preparação.* Alimentos húmidos (por exemplo, leite, arroz cozido, lentilhas,

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

batatas, feijão, ovos e galinha), contaminados durante ou depois de cozinhados/preparados e deixados à temperatura ambiente durante várias horas, fornecem um meio favorável ao desenvolvimento de *Vibrio cholerae*.

- *Mariscos*, particularmente crustáceos, de água contaminada e comidos crus ou mal cozidos, ou contaminados durante a preparação.
- *Frutos e vegetais* de desenvolvimento a nível do chão ou próximo e fertilizados com água-choca, irrigados com água contendo dejectões humanas, ou “refrescados” com água contaminada, e depois comidos crus, ou contaminados durante a lavagem e preparação

10.2 ACIDIFICAÇÃO DE ALIMENTOS

Acidificar alimentos com limões, tomates, iogurte e leite fermentado ajuda a impedir o desenvolvimento de *Vibrio cholerae*.

10.3 COMIDA PARA BEBÉS

A amamentação deve ser mantida enquanto a criança tem cólera.

11. Controlo do meio ambiente: saneamento

PALAVRAS-CHAVE

MELHOR SANEAMENTO – EDUCAÇÃO SOBRE HIGIENE

AVALIAÇÃO DO SURTO

1. Que percentagem da população tinha acesso a melhores condições sanitárias (ver Sugestões 11.1)?
2. Estava estabelecido um bom sistema de gestão e eliminação de dejectos durante o surto (esvaziamento de latrinas e remoção das imundícies das fossas sépticas)?
3. As instalações de saneamento eram vulneráveis a inundações ou a outros desastres naturais?
4. As instalações de saneamento podiam potencialmente contaminar alguma fonte de água potável?
5. Foi considerado fornecer serviços de saneamento a comunidades a alto risco durante o surto (ver Sugestões 11.2)?
6. Os trabalhadores de saúde foram correctamente formados para ensinar à população local comportamentos de boa higiene (ver Sugestões 11.3)?

COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

Deve ser feito um bom inventário das instalações de saneamento existentes (melhoradas ou não) para avaliar os riscos de transmissão da doença.

O comportamento higiénico é um elemento essencial em programas de saneamento. Para evitar a propagação da doença são cruciais boas práticas sanitárias tais como lavagem das mãos com sabão, boa remoção da fezes de crianças, e utilização de instalações sanitárias para defecar.

SUGESTÕES

11.1 MELHORAMENTO DO SANEAMENTO

A população deve ter acesso a um serviço de saneamento melhorado, tal como uma ligação a esgotos públicos, ligação a uma fossa séptica, latrina com autoclismo, latrina simples de fossa e latrinas melhoradas com ventilação.

Instalações do tipo latrinas de baldes, latrinas públicas ou partilhadas, e trincheiras devem ser substituídas o mais rapidamente possível por melhores instalações sanitárias.

11.2 IMPLICAR A COMUNIDADE

A população deve estar implicada em todas as fases da implementação de projectos de saneamento locais. Sem a sua participação e implicação há o risco das instalações serem mal utilizadas ou não utilizadas.

11.3 SANEAMENTO E SAÚDE

As relações entre saneamento, abastecimento de água e saúde são directamente afectadas por comportamentos ligados a higiene. O acesso a serviços de saneamento só dará benefícios para a saúde com bom comportamento higiénico. (WHO, 1996).

As instalações de saneamento devem ser higiénicas para não pôr em perigo a saúde dos utilizadores e da comunidade como um todo.

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

12. Práticas Funerais

PALAVRAS-CHAVE

MANEJO HIGIÉNICO DE CORPOS – RESTRIÇÕES EM FESTINS

AVALIAÇÃO DO SURTO

1. Havia recomendações oficiais ao sujeito de práticas funerais, tal como reuniões funerais, lavagem ritual do corpo do morto ou festins funerários? Como é que foi distribuída tal informação?
2. Os organizadores de funerais estavam ao corrente do risco e das medidas de controlo que devem ser implementadas para evitar contaminação (ver Sugestões 12.1)?
3. As comunidades sabiam o que deviam fazer com pacientes de cólera que morriam em casa (ver Sugestões 12.2)?
4. O pessoal de cuidados de saúde, especialmente em campos de cólera, estavam bem treinados a manejar corpos (ver Sugestões 12.2)?

COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

Antes da estação de cólera, deveria dar-se às pessoas que tenham de preparar corpos uma lista simples das principais recomendações.

SUGESTÕES

12.1 RECOMENDAÇÕES PARA FUNERAIS

Os funerais de pessoas mortas de cólera – ou de qualquer outra causa numa comunidade afectada por cólera – podem contribuir para a propagação da doença. Se os festins de funerais não podem ser anulados, as mãos devem ser cuidadosamente lavadas com sabão e água limpa antes de preparar e manipular alimentos.

Um trabalhador de saúde designado presente no festim funerário pode ajudar para supervisionar a utilização de práticas de higiene.

12.2 RECOMENDAÇÕES PARA MANEJAR CORPOS

É importante assegurar a desinfecção de corpos com solução de cloro a (0,5%) (ver Anexo 4). Para transportar corpos de pacientes de cólera, as pessoas que carregam com os corpos devem usar luvas; os corpos devem ser cuidadosamente embrulhados.

Se possível, o contacto físico entre a família e o corpo do defunto deve ser evitado. Se isso não é possível, a família deve ser informada da necessidade de:

- lavar as mãos com sabão depois de tocar no corpo;

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

- evitar de pôr as mãos na boca depois de tocar no corpo;
- desinfectar o vestuário do morto e a roupa de cama mergulhando-as em água a ferver durante 5 minutos ou secando-as ao sol antes e depois de lavagem normal.

As pessoas que lavam e preparam o corpo devem:

- utilizar luvas, avental e máscara;
- limpar o corpo com solução de cloro (0,5%);
- encher a boca e o ânus do corpo com algodão embebido em solução de cloro;
- colocar ligaduras na cabeça para manter a boca fechada;
- não lhe esvaziar os intestinos.

13. Vigilância

PALAVRAS-CHAVE

INFORMAÇÃO PARA ACÇÃO – EPIDEMIOLOGIA DESCRITIVA

AVALIAÇÃO DO SURTO

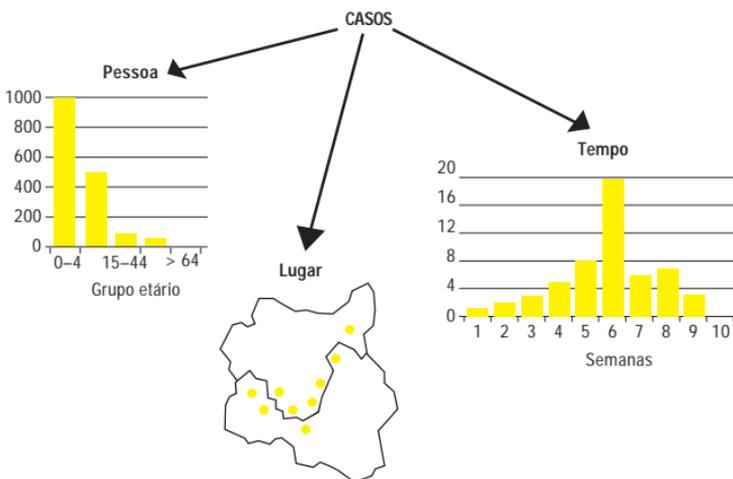
ANÁLISE BÁSICA

1. Existiam dados de surtos precedentes que foram utilizados para explicar melhor o surto actual?
2. Havia uma boa análise dos dados segundo tempo, zona, e grupos de alto risco durante o surto ?
3. A informação era recolhida e analisada de maneira suficientemente rápida para ser utilizada na monitorização do surto (ver Sugestões 13.1 e 13.2)?
4. Os trabalhadores de cuidados de saúde compreenderam a utilidade da recolha de informações?
5. O ficheiro do paciente continha as informações básicas essenciais: nome, endereço, idade e sexo, data de início dos sintomas, avaliação clínica inicial, evolução da doença, tratamento administrado?

6. A informação era disponível e facilmente compreensível para decisores (por exemplo, membros do comité de coordenação da luta contra a cólera)?

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

7. Foi feita uma investigação epidemiológica do surto?
8. Que tipo de análise de dados foi feito: descritivo (pessoa, lugar, tempo) ou analítico (estudo de caso?) Foram identificados canais de alto risco de transmissão (água, alimentos)?
9. Os resultados da investigação influenciaram a resposta ao surto?
10. Que tipo de dificuldades surgiu durante a investigação (logístico, contacto com os media, atraso na organização da investigação)?



COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

Boa informação faz parte de boa gestão de casos, e os trabalhadores de cuidados de saúde precisam de ser treinados em recolha de informação de base mesmo quando não há surto. Deve concordar-se sobre uma definição de caso que deve ser largamente conhecida antes do surto; é preferível a utilização da definição de casos standard da OMS (veja 2.1)

Um bom sistema de vigilância de rotina fornece informações de base para:

- prever surtos;
- ajudar a confirmação epidemiológica de um surto quando se descobre um conjunto de casos ou quando há um aumento súbito do número de casos ou de mortes da síndrome de diarreia aguda.

A análise regular de dados de referência (pessoa, lugar, tempo) é por conseguinte valiosa para preparação adequada e monitorização eficaz da situação de cólera. Mesmo se uma investigação epidemiológica formal não é essencial para a cólera dado que as principais causas de transmissão e as medidas a serem tomadas são bem conhecidas, pode ser importante identificar actividades de alto risco ou veículos de transmissão. Poderia desenvolver-se previamente um certo número de ferramentas para este fim, incluindo:

- formulário para recolha de dados;
- protocolo para estudo de controlo de casos;
- base de dados para arquivar os dados (por exemplo, EpiInfo, folha Excel).

SUGESTÕES

13.1 EPIDEMIOLOGIA DESCRITIVA

A informação importante é o número de casos e mortes por zona, por período de tempo e por subgrupos de população; o cálculo do coeficiente de ataque e da taxa de letalidade permite a comparação de diferentes zonas e períodos.

13.2 TAXA DE LETALIDADE

[(número de mortes/número de casos) x 100] num período de tempo dado.

Quando o resultado é alto (>1%) indica que:

- o tratamento de casos é fraco (verificar se os trabalhadores de cuidados de saúde são suficientemente formados, se há falta de fornecimentos, ou se o centro de cuidados de saúde está submergido pelo aumento rápido do número de doentes);
- As pessoas chegam demasiado tarde ao centro de cuidados de saúde (estabelecer unidades comunitárias de tratamento da cólera, por exemplo em escolas, promover utilização rápida de sais de reidratação oral);
- Erro na vigilância (as mortes são registadas mais facilmente que os casos).

13.3 COEFICIENTE DE ATAQUE

(número de casos/população a risco) durante um período de tempo dado.

Quando o coeficiente de ataque é alto indica que:

- há uma fonte comum de infecção;
- a zona é densamente povoada (como, por exemplo, em zonas urbanas).

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

14. Participação de parceiros internacionais

PALAVRAS-CHAVE

PROPOSTAS DE PROJECTOS - COORDENAÇÃO DE PARCEIROS INTERNACIONAIS

AVALIAÇÃO DO SURTO

1. Que mecanismos foram estabelecidos para implicar parceiros internacionais (agências das Nações Unidas, ONG, doadores internacionais, sector privado) na resposta ao surto, além das autoridades sanitárias (ver Sugestões 14.1)?
2. Foi estabelecida uma lista de necessidades que podem ser apoiadas por parceiros internacionais (ver Sugestões 14.2)?
3. Havia algum mecanismo formal para angariar fundos destinados a ajudar a resposta ao surto ? Foi elaborada uma proposta de projecto?
4. Qual foi a organização que coordenou os vários parceiros envolvidos na resposta ao surto (ver Sugestões 14.3)?
5. Havia algum plano estratégico para a resposta, com tarefas específicas atribuídas a cada parceiro (ver Sugestões 14.3)?
6. Qual foi o papel da OMS na resposta ao surto (coordenação, apoio financeiro, apoio técnico)? A que nível estava implicada a OMS (Sede, nível das regiões, nível dos países)?

COMENTÁRIOS ÚTEIS PARA MELHOR PREPARAÇÃO

Uma lista de necessidades não satisfeitas deve ser preparada antes do surto.

Devem ser estabelecidos mecanismos para garantir uma boa colaboração entre voluntários de ONG e trabalhadores de saúde nacionais no terreno.

Desenvolver ou manter boas relações com doadores pode ser ajudado:

- registando detalhes de responsabilidades em embaixadas ou representações das Nações Unidas;
- organizando sessões de informação regulares
- fornecendo informação regular sobre a situação epidemiológica e a eficácia da resposta ao surto.

SUGESTÕES

14.1 INFORMAÇÕES AOS DOADORES

Para persuadir parceiros internacionais a ajudar a resposta ao surto é preciso fornecer informações concisas sobre os seguintes tópicos:

- descrição do surto:
 - ✓ magnitude
 - ✓ extensão geográfica
 - ✓ gravidade (taxa de casos fatais)
 - ✓ evolução (diagramas epidemiológicos para mostrar melhoria ou deterioração da situação)
 - ✓ especificidade do surto (coeficiente de ataque alto, taxa de letalidade alta, outros problemas, por exemplo, inundações, tremores de terra.)

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

- necessidades de pessoal e fornecimentos;
- controlo de actividades realizado e planeado;
- inventário actualizado do pessoal e materiais normalmente disponíveis.

14.2 NECESSIDADES

As necessidades podem incluir:

- formação e supervisão das equipas no terreno;
- fornecimentos;
- pessoal (pessoal médico, higienistas ou educadores de saúde);
- apoio a estudos epidemiológicos;
- apoio a exames de laboratório;
- apoio para garantir boa coordenação.

14.3 COORDENAÇÃO

Numa situação de emergência complexa, a coordenação de vários parceiros internacionais e ONG implicados na resposta é uma questão essencial. Por isso pode ser útil fazer um inventário do apoio dado (ver Anexo 9).

Segundo os parceiros internacionais, o apoio fornecido pode ser só técnico ou financeiro e técnico.

- Anexos 1: Ferramentas para avaliação
- Anexos 2: Linhas gerais do relatório de avaliação
- Anexos 3: Regras essenciais em unidades de tratamento de cólera
- Anexos 4: Diluição de cloro segundo a sua utilização
- Anexos 5: Métodos para tratamento de água em casa
- Anexos 6: Mensagens essenciais para educação sanitária
- Anexos 7: Preparação e uso da solução de cloro a 1% para desinfectar a água
- Anexos 8: Regras para preparação segura de alimentos a fim de evitar a cólera
- Anexos 9: Matriz para coordenação de actividades de luta contra a cólera

Anexo 1 - Ferramentas para avaliação

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

Avaliação	Pontos fortes	Pontos fracos	Apreciação geral
Detecção de surto			
- qualidade do sistema de detecção precoce
- qualidade da informação de base
- fluxo de informação epidemiológica
- primeiras medidas de controlo tomadas
Confirmação de surto			
- confirmação laboratorial do diagnóstico
- definição de caso
Organização da resposta			
- comité de coordenação contra a cólera
- medidas de controlo
- monitorização das actividades
Gestão da informação			
- divulgação da informação
- participação dos media
- coordenação com os media
Gestão de casos			
- terapia de reidratação
- antibióticos
- medidas preventivas (isolamento, higiene)
Redução de mortalidade			
- taxa de letalidade

- formação de pessoal de cuidados de saúde
 - estabelecimento de unidades de tratamento de cólera.....
- Medidas de higiene em serviços de cuidados de saúde**
- organização de unidades de tratamento de cólera
 - desinfecção
 - abastecimento de água

Implicação da comunidade

- campanha de educação (mensagens e canais de informação)
- procura activa de casos.....

Água potável

- medidas para garantir água potável.....
- cloração de fontes de água.....

Segurança alimentar

- mercados
- vendedores de alimentos ambulantes.....

Saneamento

- acesso a sistemas de saneamento
- higiene.....

Práticas Funerais

- recomendações oficiais a comunidades, trabalhadores de
- cuidados de saúde, e organizadores de funerais.....

Vigilância

- dados para acção.....
- investigação de surto.....

Implicação de parceiros internacionais

- coordenação de parceiros.....
- proposta de projectos

Anexo 2 – Linhas gerais do relatório de avaliação

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

1. INTRODUÇÃO

A introdução contém uma breve apresentação:

- da situação em que o surto ocorreu;
- da razão para a avaliação da resposta ao surto e os objectivos da avaliação;
- da composição da equipa encarregada da avaliação;
- da metodologia da avaliação (revisão de documentos, entrevistas do pessoal, grupos de orientação, observação de práticas ou reuniões, estudo de controlo de casos, etc.).

2. DESCRIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SITUAÇÃO DA CÓLERA

A descrição epidemiológica deve incluir

- tendências da cólera com o decorrer do tempo e grupos de população regularmente afectados pela doença se o país já sofreu surtos de cólera;
- características do surto recente em termos de tempo, localização e pessoas – quando começou, aonde, quem foi afectado, quais foram as decisões tomadas para controlar o surto (ver secções 1 e 2);
- zonas ou populações a alto risco (quem são os mais afectados) – coeficiente de ataque e taxa de letalidade por localização, idade e sexo (ver secção 13 para definições);
- Uma lista de factores de risco – população em excesso, beira-mar em zona tropical, saneamento deficiente, falta de água potável, alimentos contaminados, risco de transmissão fecal-oral, factores subjacentes tais como malnutrição

3. AVALIAÇÃO DA RESPOSTA AO SURTO

A avaliação da resposta deve abordar as seguintes questões, realçando os pontos fortes e fracos:

- organização da resposta (secções 3, 4 e 14);
- tratamento de casos (secções 5, 6 e 7);
- vigilância e confirmação laboratorial (secções 2 e 13);
- controlo do meio ambiente (secções 9, 10 e 11);
- controlo da propagação na comunidade (secções 8 e 12).

4. RECOMENDAÇÕES

A curto, médio e longo prazo.

5. CONCLUSÃO

Anexo 3 – Regras essenciais em unidades de tratamento de

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

Modo de transmissão	Regras essenciais em unidades de tratamento de cólera	Regras adicionais recomendadas
Pessoas	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso limitado a paciente + um familiar + pessoal • Movimento de pessoas em sentido único 	<ul style="list-style-type: none"> • Idealmente só um prestador de cuidados por paciente • Quatro locais separados dentro da unidades de tratamento da cólera
Água	<ul style="list-style-type: none"> • Água potável (nível de cloração de acordo com a utilização) • Grandes quantidades necessárias (mínimo de 10 litros por pessoa e por dia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Idealmente 50 litros por paciente por dia
Mãos	<ul style="list-style-type: none"> • Locais para lavar mãos com água potável e sabão em quantidades suficientes • Lavar as mãos com água e sabão <ul style="list-style-type: none"> - antes e depois de cuidar do paciente - depois de utilizar as latrinas - antes de cozinhar ou de comer - depois de sair da enfermeira de internamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Cortar e limpar as unhas

Alimentos	<ul style="list-style-type: none">• Os alimentos devem ser cozinhados• O pessoal de cuidados de saúde não deve mexer em alimentos ou água	<ul style="list-style-type: none">• Comida fornecida pela unidade de tratamento de cólera (e não pelas famílias)• Grandes reservas de alimentos podem ser uma 'tentação' e criar problemas de segurança
Vestuário e roupa de cama	<ul style="list-style-type: none">• Lavar vestuário e roupas de cama com a solução clorada apropriada	<ul style="list-style-type: none">• Não havendo cloro, lavar as roupas com sabão e secá-las ao sol
Contaminação do meio ambiente (fezes e lixo)	<ul style="list-style-type: none">• Assegurar latrinas para a unidade de tratamento da cólera exclusivamente• Desinfectar baldes, superfícies sujas e latrinas com solução de cloro apropriada• Incinerador para resíduos médicos	<ul style="list-style-type: none">• As latrinas devem estar situadas pelo menos a 100 metros de poços ou fontes de água de superfície• Camas especiais para doentes de cólera
Corpos	<ul style="list-style-type: none">• Morgue separada• Desinfectação dos corpos	<ul style="list-style-type: none">• Identificar práticas seguras para funerais• Remoção dos corpos o mais rapidamente possível

Anexo 4 – Diluição de cloro segundo a sua utilização

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

Produto com cloro	Para desinfectar
	- fezes - cadavers - fluidos corporais preparar uma solução de cloro a 0,5%
Lixívia caseira (cloro activo a 5%)	Acrescentar um litro de lixívia a 9 litros de água (solução a 1:10)
Lixívia caseira (cloro activo a 30%)	Acrescentar 16 gramas ou 1 colher de sopa a 1 litro de água
Hipocloreto de cálcio em pó ou grânulos de cloro a 70%	7 gramas ou meia colher de sopa dissolvidas em 1 litro de água

Para desinfetar

- **mãos com luvas**
- **mãos e pele**
- **solos**
- **roupa e equipamento**
- **roupa de cama**

preparar uma solução de cloro a 0,05%

Acrescentar 100ml de lixívia a 9,9 litros de água (solução a 1:100)
ou adicionar 1 litro de solução 1:10 de lixívia a 9 litros de água
(solução a 1:100)

Acrescentar 16 gramas ou 1 colher de sopa a 10 litros de água

7 gramas ou meia colher de sopa dissolvidas em 10 litros de água

Anexo 5 – Métodos para tratamento de água em casa^a

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

	Desinfecção por UV com lâmpadas	Pouca turvação (<30 NTU ^b) e poucos solutos absorvendo UV	Não	Não	Sim, com armazenagem superior a 1-2 dias
	Desinfecção solar unicamente com calor	Nenhuma	Não	Não	Sim, com armazenagem superior a 1-2 dias
	Desinfecção solar com UV + calor	Pouca turvação (<30 NTU ^b) água turva pré-tratada	Não	Não	Sim, com armazenagem superior a 1-2 dias
	Coagulação química – filtragem + desinfecção por cloro	Nenhuma	Sim	Sim, pode dar gosto e cheiro	Pouco ou nenhum se for mantido o cloro residual
	Cloro natural e armazenagem em melhores recipientes	Pouca turvação (<30 NTU ^b) água turva pré-tratada	Sim	Sim, pode dar gosto e cheiro	Pouco ou nenhum se for mantido o cloro residual
	Fervura	Nenhuma	Não	Não	Sim, com armazenagem superior a 1-2 dias
		Exigência da qualidade da água a ser tratada	Resíduo de desinfectante	Alterações químicas na água	Potencial de novo desenvolvimento de micróbios em água tratada

Nível de aptidões e facilidade de utilização	Poucas aptidões, utilização fácil	Poucas aptidões, utilização fácil com treino	Necessidade de treino moderado	Poucas aptidões, utilização fácil	Poucas aptidões, utilização fácil com treino	Necessidade de treino moderado
Disponibilidade do material necessário	Exige uma fonte de energia	Exige uma fonte de cloro natural ou gerador de cloro e recipientes para armazenagem segura	Exige uma fonte de mistura química	Exige garrafas plásticas e uma superfície escura	Exige garrafas escuras ou utensílios de cozinha e um reflector solar ou forno solar	Exige unidades de UV e lâmpadas de substituição, e uma fonte segura de electricidade
Aceitabilidade	Grande	Grande a moderada	Grande a moderada	Grande a moderada	Grande a moderada	Grande
Duração do tratamento	Minutos a dezenas de minutos	Dezenas de minutos	Dezenas de minutos	Horas (de sol) a dias (nuvens)	Horas (de sol) a dias (nuvens)	Segundos a minutos, dependendo do volume da água tratada e do tipo de reactor

^a Fonte: Sobsey MD. Managing water in the home: accelerated health gains from improved water supply. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2002 (WHO/SDE/WHS/02.07).

^b Unidade de turbidez nefalométrica.

Anexo 6 – Mensagens essenciais para educação sanitária

COZINHE OS ALIMENTOS – FERVA A ÁGUA – LAVE AS MÃOS

1. HIGIENE PESSOAL

- Lavar as mãos com sabão, cinzas ou lima:
 - antes de cozinhar
 - antes de comer e antes de dar a comer às crianças
 - depois de utilizar a latrina ou de lavar as crianças depois de estas terem utilizado a latrina.
- Lavar a totalidade das mãos – palma, costas, entre os dedos e debaixo das unhas.
- Utilizar as latrinas para defecar.
- Manter a latrina limpa.

2. ALIMENTOS

- Cozinhar bem os alimentos crus
- Comer imediatamente os alimentos cozinhados
- Guardar cuidadosamente no frigorífico os alimentos cozinhados
- Aquecer muito bem os alimentos cozinhados
- Evitar o contacto directo entre alimentos crus e cozinhados

- Comer frutos e vegetais que foram pessoalmente descascados
- Manter limpas todas as superfícies de trabalho da cozinha
- Lavar a tábua de cortar especialmente bem com água e sabão
- Lavar os utensílios e pratos com água e sabão.

COZINHE – DESCASQUE – OU DEIXE

3. ÁGUA POTÁVEL

- Mesmo se parecer segura, a água pode conter germes de cólera.
- Antes de beber a água, fervê-la ou acrescentar-lhe umas gotas de cloro.
- Guardar a água potável num cântaro limpo e coberto, ou balde ou outro recipiente coberto e com uma pequena abertura. Deve ser utilizada nas 24 horas.
- Tirar a água do recipiente vertendo – não mergulhar um copo no recipiente.
- Se não pode evitar de mergulhar no recipiente da água, utilizar um copo ou outro utensílio com uma asa.

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

4. Poços

- Não urinar nem defecar dentro ou perto de uma fonte de água potável.
- Não se lavar, nem lavar a roupa, ou os seus utensílios na fonte de água potável (ribeiro, rio ou poço).
- Poços abertos devem ser cobertos enquanto não são utilizados para evitar contaminação.
- Os baldes utilizados para tirar água devem ser dependurados enquanto não estão a ser utilizados – não devem ser deixados numa superfície cuja.
- A área à volta de uma fonte ou uma bomba de mão deve ser mantida o mais limpa possível.
- Eliminar a água residual e estagnada à volta de uma fonte de água.

5. PARA PESSOAS COM DIARREIA

- O maior perigo da cólera é a perda de água do corpo
- Não ficar em pânico, mas agir rapidamente
- Beber uma solução de sais de reidratação oral feito com água potável (fervida ou clorada)
- Ir imediatamente ao centro de saúde. Durante o caminho, continuar a beber.

6. CUIDAR DOS PACIENTES

- Lavar as mãos depois de cuidar de pacientes, de os tocar ou de tocar nas suas fezes, vômito ou roupa.
- Evitar de contaminar as fontes de água não lavando nelas roupas de pacientes.
- Fezes e vômitos de um paciente com cólera podem ser misturado com desinfectante (por exemplo, cresol)
- Desinfectar o vestuário e as roupas de cama do paciente com uma solução de cloro (0.05%) ou metê-los em água a ferver ou pô-los ao sol antes e depois de lavados normalmente.

Anexo 7 – Preparação e uso da solução de cloro a 1% para

1. PREPARAÇÃO DE UMA SOLUÇÃO DE CLORO A 1%¹

Para fazer 1 litro de solução de matéria prima, misturar a quantidade indicada de uma das seguintes fontes químicas com água, até fazer 1 litro, num recipiente de vidro, plástico ou madeira:

Fonte química	Percentagem de cloro utilizável	Quantidade exigida	Medidas aproximativas
Cloreto de cálcio	35	30g	2 colheres de sopa cheias
Estabilizado/tropical	25	40g	3 colheres de sopa cheias de cloreto
Hipocloreto	70	14 ml	1 colher de sopa de solução
Lixívia líquida	5	200 ml	1 colher de chá ou lata de 6 onças
Lixívia líquida	7	145 ml	10 colheres de sopa
Água de Javel	1	[é por si própria uma solução a 1%]	

A solução a 1 % contém 10g de cloro por litro = 10 000 mg/litro ou 10 000 ppm (partes por milhão)

1 colher de sopa = 3 colheres de chá

Evitar o contacto da pele com qualquer dos produtos químicos ou a solução de matéria prima, e evitar respirar fumos de cloro.

A solução de matéria prima deve ser fresca, isto é, feita todos os dias e protegida do calor e da luz.

¹ Fonte: UNICEF, 1986

desinfectar a água

2. DESINFECTAR A ÁGUA UTILIZANDO UM SOLUÇÃO DE MATÉRIA PRIMA A 1%¹

Para produzir uma concentração de cloro inicial suficiente para deixar uma concentração de cloro residual natural de 0,4 – 0,5 mg/litro depois de 30 minutos:

1. Preparar uma solução de cloro a 1%
2. Pegar em 4 recipientes para água não metálicos (por exemplo, baldes de plásticos de 20 litros) e deitar em cada um 10 litros da água a ser clorada.
3. Utilizando uma seringa, acrescentar progressivamente doses maiores de solução de cloro a 1% nos recipientes:
1º recipiente: 1ml
2º recipiente: 1,5ml
3º recipiente: 2ml
4º recipiente: 5ml
4. Esperar 30 minutos, depois, utilizar um comparador ou tira de teste para medir a concentração de cloro residual livre.
5. Escolher a amostra que contém 0,4-0,5 mg/litro de cloro residual livre.
6. Calcular a quantidade de solução de cloro a 1% necessário para a quantidade de água a ser tratada.

¹ Fonte: Delmas & Courvallet, 1994

Anexo 8 – Regras para preparação segura de alimentos a

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

1. COZINHAR COMPLETAMENTE OS ALIMENTOS (CRUS)

Peixe, mariscos e vegetais estão muitas vezes contaminados com bactérias de cólera. Por isso, aquecer todas as partes do alimento a 70°C no mínimo. Não comer alimentos não cozinhados se não podem ser descascados ou tirados da casca.

2. COMER IMEDIATAMENTE OS ALIMENTOS COZINHADOS

Quando há uma demora entre cozinhar e comer os alimentos, tal como comida vendida em restaurantes ou por vendedores de rua, conservar a comida quente, a 60°C ou mais, até ser servida.

3. GUARDAR COM CUIDADO ALIMENTOS COZINHADOS

Se deve preparar comida adiantadamente ou se deseja guardar restos, arrefecê-los a menos de 6°C o mais rapidamente possível e guardá-los num frigorífico ou caixa frigorífica a menos de 6°C. Alimentos cozinhados que foram guardados devem ser bem aquecidos de novo antes de comer. Comida para bebés deve ser comida logo depois de preparada, e não deve ser guardada.

4. VOLTAR A AQUECER INTEIRAMENTE OS ALIMENTOS COZINHADOS

Guardar os alimentos a temperaturas baixas reduz o crescimento de bactérias mas não as mata. Mais uma vez, voltar a aquecer inteiramente quer dizer que todas as partes do alimento devem atingir pelo menos 70°C. Comer enquanto ainda estiver quente.

fim de evitar a cólera

5. EVITAR CONTACTOS ENTRE ALIMENTOS CRUS E ALIMENTOS COZINHADOS

Os alimentos correctamente cozinhados podem ser contaminados mesmo com um mínimo de contacto com alimentos crus (directa ou indirectamente, por exemplo, através de superfícies de cortar ou lâminas de facas).

6. ESCOLHER ALIMENTOS PREPARADOS PARA SEGURANÇA

Alimentos enlatados, acidíferos, e secos devem ser sem risco.

7. LAVAR AS MÃOS FREQUENTEMENTE

Lavar as mãos perfeitamente antes de preparar alimentos e depois de cada interrupção – especialmente se tiver de ‘mudar’ ou limpar um bebé, ou de utilizar instalações sanitárias ou latrinas. Depois de preparar alimentos crus, tais como peixe ou mariscos, lavar de novo as mãos antes de manipular outros alimentos.

8. GUARDAR LIMPAS TODAS AS SUPERFÍCIES DA COZINHA

Como os alimentos podem ser contaminados facilmente, todas as superfícies devem ser mantidas perfeitamente limpas. Considerar todos os restos, migalha, ou nódoa como uma fonte potencial de bactérias. Panos usados para lavar ou secar alimentos, superfícies de preparação, pratos e utensílios devem ser mudados todos os dias et postos a ferver antes de ser reutilizados. Os panos separados que são utilizados para limpar o chão também precisam de ser lavados diariamente.

9. UTILIZAR ÁGUA POTÁVEL

A água potável é tão importante para preparar alimentos como para beber.

Anexo 9 – Matriz para coordenação de actividades de luta

- Introdução
- 1. Detecção
- 2. Confirmação
- 3. Resposta
- 4. Informação
- 5. Tratamento
- 6. Mortalidade
- 7. Higiene
- 8. Comunidade
- 9. Água
- 10. Alimentos
- 11. Saneamento
- 12. Funerais
- 13. Vigilância
- 14. Participação
- A1
- A2
- A3
- A4
- A5
- A6
- A7
- A8
- A9

Nome da ONG _____ Data _____

Nome da pessoa _____

Detalhes para contacto _____ Tel. _____

E-mail _____

	Zona 1	Zona 2	Zona 3
Actividades			
Tratamento de casos			
Local de ORT			
Dispensários para pacientes externos			
Unidades de tratamento de cólera			
Fornecimento de ORS			
Procura activa de casos			
Transporte			
Laboratório			
Cultura/anti-soros			
Teste de resistência antimicrobial			
Água potável			
Cloração doméstica			
Cloração de poços			

contra a cólera

Educação sanitária.....	.....	.....	.....
Fornecimento de água potável.....	.....	.....	.....
Saneamento			
Construção de latrinas.....	.....	.....	.....
Educação sanitária.....	.....	.....	.....
Alimentos inócuos			
Prevenção em mercados.....	.....	.....	.....
Medidas de higiene em centros de alimentação.....	.....	.....	.....
Medidas de higiene para vendedores ambulantes.....	.....	.....	.....
Vigilância			
Investigação de surtos.....	.....	.....	.....
Recolha/análise de dados.....	.....	.....	.....
Divulgação de informações.....	.....	.....	.....
Práticas Funerais			
Recolha de corpos.....	.....	.....	.....
Preparação de corpos.....	.....	.....	.....
Monitorização de funerais.....	.....	.....	.....
Educação sanitária			
Em campos.....	.....	.....	.....
Nas comunidades.....	.....	.....	.....
Cada parceiro deve preencher este formulário			

Referências

Introdução
1. Detecção
2. Confirmação
3. Resposta
4. Informação
5. Tratamento
6. Mortalidade
7. Higiene
8. Comunidade
9. Água
10. Alimentos
11. Saneamento
12. Funerais
13. Vigilância
14. Participação
A1
A2
A3
A4
A5
A6
A7
A8
A9

Barua D, Greenough B. *Cholera*. New York, Plenum, 1992.

Bigot A et al. *Prise en charge d'une épidémie de cholera [Management of a cholera outbreak]*. Paris, Médecins Sans Frontières, 1995.

Bres P. *Public health action in emergencies caused by epidemics – a practical guide*. Geneva, World Health Organization, 1986.

Delmas G, Courvalet M. *Technicien sanitaire en situation précaire [Sanitarian in precarious situation]*. Paris, Médecins Sans Frontières, 1994.

Detection and control of an epidemic of cholera: technical guidelines. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 1995.

Ducel G et al. *Prevention of hospital-acquired infections*. Geneva, World Health Organization, 2002.

Fact sheets on environmental sanitation. Geneva, World Health Organization, 1996.

Guidelines for cholera control. Geneva, World Health Organization, 1993.

Guidelines for the collection of clinical specimens during field investigation of outbreaks. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/CDS/CSR/EDC/2000.4).

Handbook for emergency field operations. Geneva, World Health Organization, 1999 (EHA/FIELD/99.1).

Hanquet G. *Refugee health – an approach to emergency situations*. London, Médecins Sans Frontières/Macmillan, 1997.

Heymann DL, ed. *Control of communicable diseases manual*. Washington, DC, American Public Health Association, 2004.

Kindhauser MK, ed. *Global defence against the infectious disease threat*. Geneva, World Health Organization, 2003.

Laboratory methods for the diagnosis of epidemic dysentery and cholera. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

Perrin P. *Guerre et santé publique [War and public health]*. Genève, Comité International de la Croix-Rouge, 1995.

Sack D. *Cholera checklist*. Arlington, VA, PRITECH, 1991.

Safe water systems for the developing world – a handbook for implementing household-based water treatment and safe storage projects. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.

Sobsey M. *Managing water in the home: accelerated health gains from improved water supply*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/SDE/WSH/02.07).

The treatment of diarrhoea – a manual for physicians and other senior health workers. Geneva, World Health Organization, 1995 (WHO/CDR/95.3).

WHO recommended strategies for prevention and control of communicable diseases. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/CDS/CPE/SMT/2001.13).

Wisner B, Adams J, eds. *Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide*. Geneva, World Health Organization, 2002.



**Organização
Mundial da Saúde**

Para mais informações:

GRUPO MUNDIAL DE TRABALHO PARA CONTROLO DA CÓLERA

Organização Mundial da Saúde

1211 Genebra 27

Suíça

e-mail: cholera@who.int

www.who.int/cholera