

Nota Técnica nº 01

Normatização da vigilância, atendimento e tratamento de casos suspeitos de Monkeypox na Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Mato Grosso do Sul-RENAVEH/CIEVS/DGVS/SES MS.

Monkeypox

Revisão 2

16 de agosto de 2022

Nota Técnica nº 01

Normatização da vigilância, atendimento e tratamento de casos suspeitos de Monkeypox na Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Mato Grosso do Sul-RENAVEH/CIEVS/DGVS/SES MS.

Monkeypox



▶ SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 SOBRE A DOENÇA	4
3 DEFINIÇÃO DE CASO	5
3.1 CASO SUSPEITO	5
3.2 CASO PROVÁVEL	5
3.3 CASO CONFIRMADO	6
3.4 CASO DESCARTADO	6
4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	7
5 FORMA DE TRANSMISSÃO	10
6 TRATAMENTO	11
6.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO DE TECOVIRIMAT NO CENÁRIO ATUAL	12
6.2 INELEGIBILIDADE PARA USO DE TECOVIRIMAT	12
7 IMUNIZAÇÃO	13
8 NOTIFICAÇÃO DO CASO SUSPEITO	13
9 MEDIDAS DE PRECAUÇÃO	14
10. ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO DOMICILIAR	16
10.1 DOMICÍLIO	18
11 ORIENTAÇÕES PARA COLETA, TRANSPORTE E AMARZENAMENTO DE AMOSTRAS CLÍNICAS	18
11.1 ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS (GAL)	22
12 ORIENTAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA	22
12.1 AVALIAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS CONFIRMATÓRIOS PARA MONKEYPOX E PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	27
12.2 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	28
12.3 TRANSPORTE DO PACIENTE	31
12.4 LIMPEZA E DESINFECÇÃO AMBIENTAL	32
12.5 PROCESSAMENTO DE ARTIGOS UTILIZADOS PELO PACIENTE	32
12.6 PROCESSAMENTO DE ROUPAS	32
13 ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO DOMICILIAR	32

13.1 PRECAUÇÕES GERAIS	32
13.2 PRECAUÇÕES DO PACIENTE	33
13.3 PRECAUÇÕES DO CUIDADOR	33
13.4 PRECAUÇÕES COM ANIMAIS	34
14 RASTREAMENTO DE CONTATOS	34
15 MONITORAMENTO DOS CONTATOS	36
16 MONITORAMENTO DOS PACIENTES	38
17 REFERÊNCIAS	39

1. INTRODUÇÃO

Este documento visa normatizar a vigilância, atendimento e tratamento de casos expostos, suspeitos e confirmados de Monkeypox na Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Mato Grosso do Sul (RENAVEH).

O CIEVS-MS através da Gerência Técnica dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalares, vem orientar os serviços de saúde em todo território estadual sobre a ocorrência de casos de Monkeypox no mundo, inclusive no Brasil.

2. SOBRE A DOENÇA

A Monkeypox é uma doença causada pelo vírus *Monkeypox vírus* do gênero *Orthopoxvirus* e família Poxviridae.

O *Monkeypox vírus* (MPXV), embora receber a nomenclatura de “varíola dos macacos”, o atual surto não tem a participação de macacos na transmissão para seres humanos. Todas as transmissões identificadas até o momento pelas agências de saúde no mundo foram atribuídas à contaminação por transmissão entre pessoas. Trata-se de um vírus que infecta roedores na África, e macacos são provavelmente hospedeiros acidentais, assim como o ser humano⁽¹⁾. Em 1970, o primeiro surto em humanos foi relatado na África.

A vacinação contra a varíola, então usada rotineiramente na época, protege contra infecção por *Monkeypox vírus*. Assim, o número e amplitude dos surtos começaram a subir com a suspensão da vacinação antivariólica mundialmente no início da década de 1980. O número de pessoas suscetíveis, desde então, certamente aumenta a cada ano. Contudo, até maio de 2022, todos os surtos estavam restritos ao continente Africano com a exportação eventual de casos para outros países por viajantes infectados, com taxa de transmissão secundária baixa.

A infecção por *Monkeypox vírus* não é uma infecção sistêmica. A clínica é bem similar à varíola humana, porém com baixas taxas de transmissão secundária e de letalidade (normalmente em torno de 1%, mas podendo chegar até 8%, dependendo do subgrupo do *Monkeypox vírus*). A mortalidade é maior entre crianças e adultos jovens, e indivíduos imunocomprometidos que estão especialmente em risco em adquirir a forma grave da doença. A doença é autolimitada na maioria dos casos.

3. DEFINIÇÕES DE CASOS

3.1 CASO SUSPEITO

- Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas E/OU erupção cutânea aguda sugestiva* de Monkeypox, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, oral) E/OU proctite (por exemplo, dor anorretal, sangramento), E/OU edema peniano, podendo estar associada a outros sinais e sintomas

*Lesões profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central; e progressão da lesão através de estágios sequenciais específicos – máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas.

3.2. CASO PROVÁVEL

Caso que atende à definição de **caso suspeito**, que apresenta um OU mais dos seguintes **critérios listados abaixo**, com investigação laboratorial de Monkeypox não realizada ou inconclusiva e cujo diagnóstico de Monkeypox não pode ser descartado apenas pela confirmação clínico-laboratorial de outro diagnóstico.

a) Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU contato físico direto, incluindo contato sexual, com parcerias múltiplas e/ou desconhecidas nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU

b) Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU história de contato íntimo, incluindo sexual, com caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU

c) Contato com materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a com caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU

d) Trabalhadores de saúde sem uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI)** com história de contato com caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas.

Equipamentos de Proteção Individual (EPI):** Óculos de proteção ou protetor facial, avental, máscara cirúrgica, luvas de procedimentos.

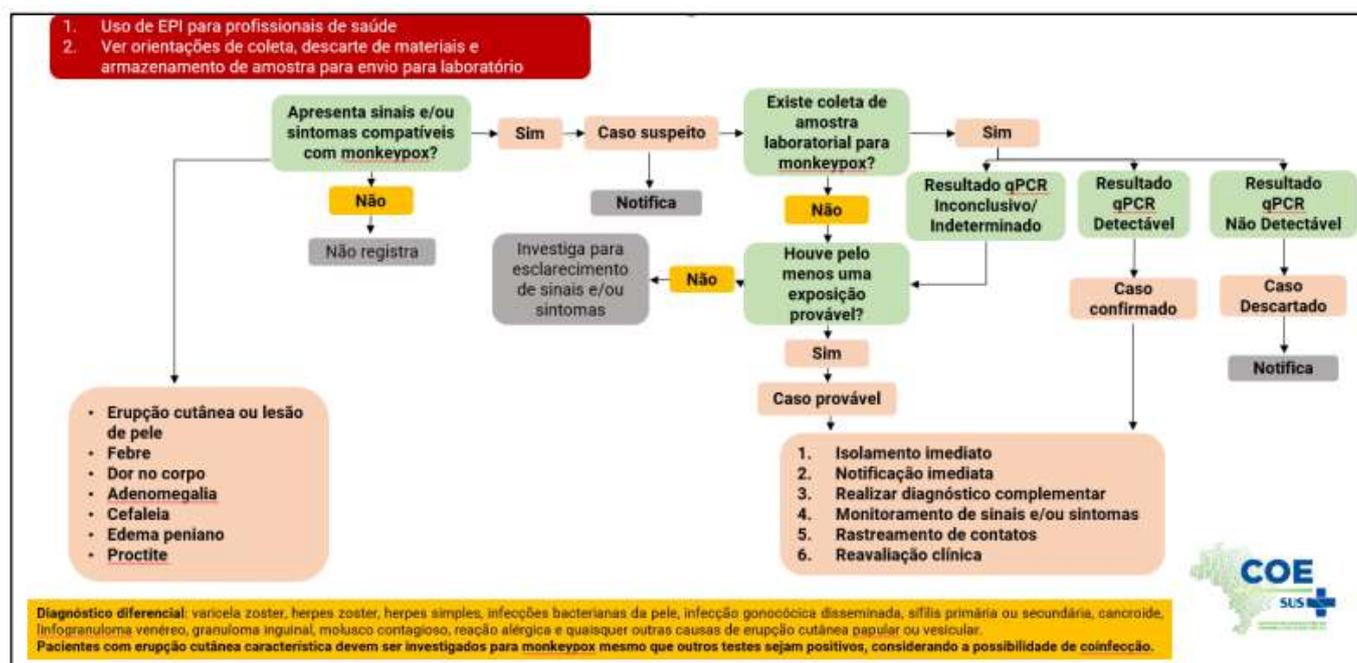
3.3. CASO CONFIRMADO

Caso suspeito com resultado laboratorial "Positivo/Detectável" para Monkeypox vírus por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento).

3.4. CASO DESCARTADO

Caso suspeito com resultado laboratorial "Negativo/Não Detectável" para Monkeypox vírus por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento).

Figura 1- Algoritmo de classificação de casos de Monkeypox



Fonte: Ministério da Saúde, COE- Monkeypox, 2022.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Diagnóstico diferencial: varicela zoster, herpes zoster, herpes simples, infecções bacterianas da pele, infecção gonocócica disseminada, sífilis primária ou secundária, cancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reação alérgica e quaisquer outras causas de erupção cutânea papular ou vesicular.

Historicamente, relatos esporádicos de pacientes coinfecados com o vírus Monkeypox e outros agentes infecciosos, portanto, pacientes com erupção cutânea característica devem ser investigados mesmo que outros testes sejam positivos.

4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O período de incubação cursa de 6 a 16 dias, mas varia de 5 a 21 dias. A transmissibilidade inicia logo após o início dos sintomas. Os casos recentemente detectados apresentaram uma **preponderância de lesões nas áreas genital e anal e acometimento de mucosas (oral, retal e uretral)**. As lesões em pênis têm sido comuns em casos de parafimose. As erupções podem acometer regiões como face, boca, tronco, mãos, pés ou qualquer outra parte do corpo, incluindo as regiões genital e anal. Na pele, podem aparecer manchas vermelhas sobre as quais surgem vesículas (bolhas) com secreção; posteriormente, essas vesículas se rompem, formam uma crosta e evoluem para cura. É importante destacar que a dor nestas lesões pode ser bastante intensa e deve ser observado seu adequado manejo.

Com a elevação da temperatura segue uma linfadenopatia pronunciada, com a apalpação clara de gânglios cervicais ou sub-mandibulares, axilares ou ainda inguinais, uni ou bilateralmente. Esta é uma característica bem marcante da infecção por Monkeypox vírus que distingue do curso clínico da varíola humana⁽¹⁾.

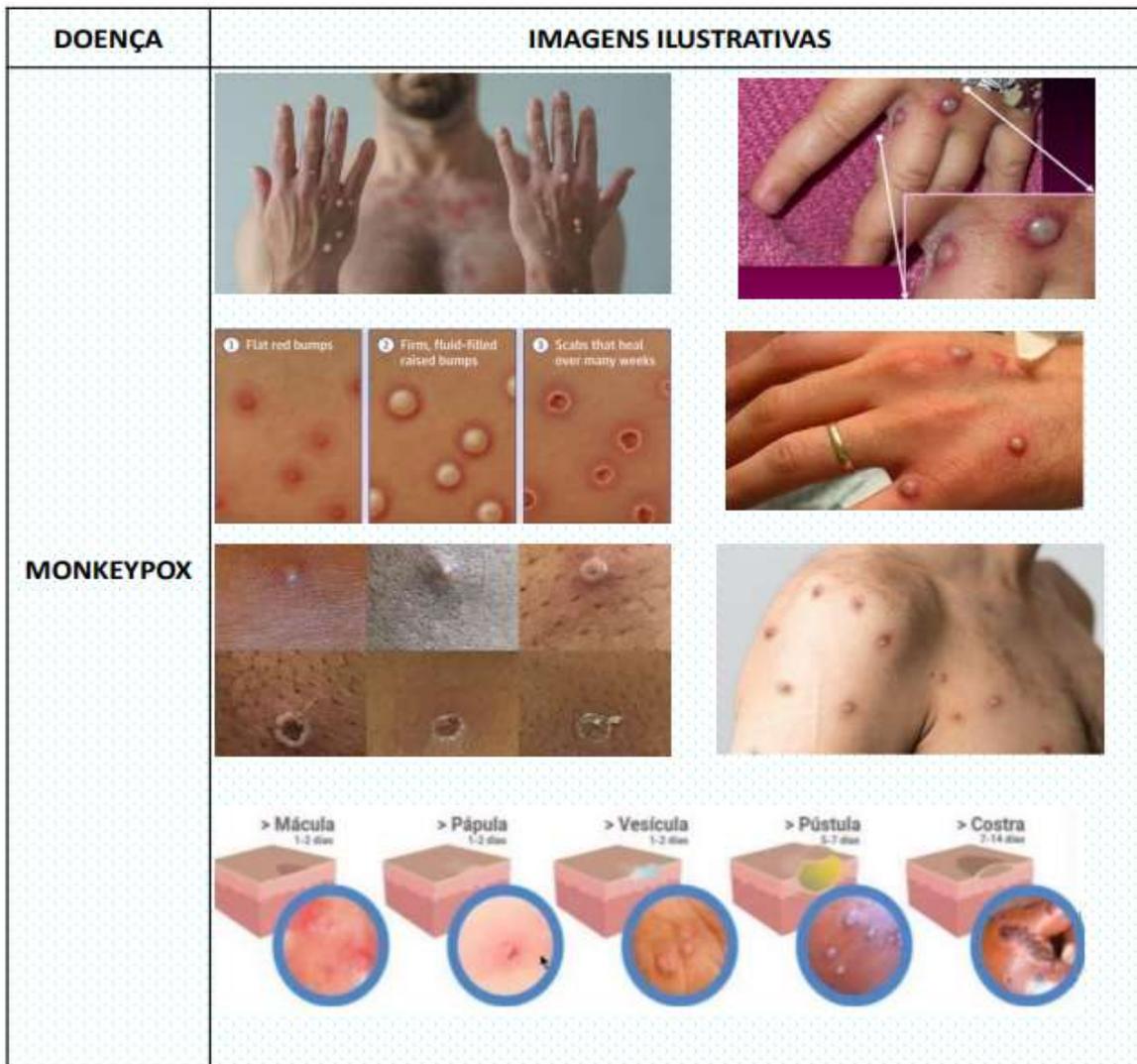
Em seguida, vem o período de rash cutâneo com lesões em 4 fases claras: máculas, pápulas, vesículas e pústulas, que progridem pelas fases de forma simultânea (diferentemente de catapora, por exemplo). Mais evidentes nas extremidades, incluindo as plantas dos pés e palmas das mãos e mais escassas no tronco, ou seja, distribuição preferencialmente centrífuga.

As lesões pustulares são tipicamente umbilicadas com reentrância (depressão) central, muito típicas de poxviroses. Após 2 a 3 semanas, quando a crosta desaparece e há a reepitelização, a pessoa deixa de infectar outras pessoas e, na maioria dos casos, os sinais e sintomas desaparecem em poucas semanas. No entanto, é possível a ocorrência de casos graves e óbitos. A evolução para a forma grave pode estar relacionada a fatores como forma de transmissão, suscetibilidade do indivíduo e quantidade de vírus inoculado no momento da transmissão.

Quanto a gravidade dos casos registrados em 2022, a doença se apresenta em sua maioria de maneira leve a moderada com sintomas autolimitados. Os dados apresentados em nível global apontam que hospitalizações representam até 10% da população infectada pela doença.

A taxa de mortalidade em áreas endêmicas varia de 0 a 11%, afetando principalmente crianças. Atualmente, nos países não endêmicos com detecção da doença a taxa de mortalidade é de 0,022%.

Figura 2- Imagens de diagnósticos diferenciais para Monkeypox.



Fonte: SMS Curitiba, 2022.



Fonte: GTNVEH/CIEVS/SES-MS, 2022.

DOENÇA	IMAGENS ILUSTRATIVAS	
VARICELA/ HERPES ZOSTER		
HERPES SIMPLES		
IMPETIGO		

DOENÇA	IMAGENS ILUSTRATIVAS	
SÍFILIS		
MOLUSCO CONTAGIOSO		

Fonte: SMS Curitiba, 2022.

Critérios clínicos de gravidade:

- Score de severidade de lesão cutânea grave (100 a 250 lesões) ou muito grave (mais de 250 lesões);
- Insuficiência respiratória;
- Sepses;
- Confusão;
- Hepatomegalia;
- Adenomegalia cervical com disfagia;
- Desidratação.

População de Risco:

- Crianças (<8 anos de idade)⁽¹³⁾
- Gestantes
- Imunossuprimidos (síndrome da imunodeficiência adquirida, leucemia, linfoma, câncer avançado, transplantados - órgãos sólidos, terapia com agentes alquilantes, antimetabólitos, radioterapia, inibidores do fator de necrose tumoral, corticosteroides em altas doses, ser receptor de transplante de células-tronco hematopoiéticas <24 meses após o transplante ou ≥24 meses, mas com doença do enxerto contra o hospedeiro ou recidiva da doença, ou com doença autoimune com imunodeficiência como componente clínico).

5. FORMA DE TRANSMISSÃO

A transmissão se dá por via respiratória próxima por meio de gotículas de secreção respiratória ou contato direto com o material das pústulas, assim como por fômites⁽¹⁾. Principalmente por contato direto ou indireto com sangue, fluidos corporais, lesões de pele ou membranas mucosas de animais infectados.

A transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio de contato pessoal com lesões de pele ou fluidos corporais de uma pessoa infectada ou objetos recentemente contaminados, tais como toalhas e roupas de cama.

A transmissão do vírus via gotículas respiratórias usualmente requer contato mais próximo com a pessoa infectada, o que torna trabalhadores da saúde, membros da família e outros contactantes, as pessoas com maior risco de infecção.

Uma pessoa pode transmitir a doença desde o momento em que os sintomas começam até que a erupção tenha cicatrizado completamente e uma nova camada de pele se forme. Adicionalmente, mulheres grávidas podem transmitir o vírus para o feto através da placenta.

Nos casos recentes de maio de 2022, a via provável de transmissão que vem sendo investigada é a **sexual**. Porém, ainda são necessários estudos para comprovação, pois não se trata de via usual de transmissão de poxvírus.

6. TRATAMENTO

O tratamento dos casos de Monkeypox tem se sustentado em **medidas de suporte clínico que envolvem manejo da dor e do prurido**, cuidados de higiene na área afetada e manutenção do balanço hidroeletrolítico. A maioria dos casos apresenta sintomas leves e moderados. **Não é indicada a antibioticoterapia profilática.**

Em casos graves, com comprometimento pulmonar, o oxigênio suplementar pode ser necessário. **Na presença de infecções bacterianas secundárias às lesões de pele, deve-se considerar antibioticoterapia.**

Manifestações incomuns podem incluir lesão ocular, proctite e uretrite, podendo necessitar de avaliação específica nesses casos.

Até o momento, não se dispõe de medicamento aprovado especificamente para Monkeypox. Entretanto, alguns antivirais demonstraram alguma atividade contra o Monkeypox virus, entre eles Brincidofovir, Cidofovir e Tecovirimat. Este último antiviral está envolvido em quatro ensaios clínicos para avaliação de sua eficácia no tratamento da Monkeypox, sendo três estudos de fase 1 e um de fase 3. Nenhum dos medicamentos possui registro para uso no Brasil.

O antiviral Tecovirimat foi aprovado recentemente pela Agência Europeia de Medicamentos para tratamento de Monkeypox, e a Agência Americana de Alimentos e Medicamentos (FDA) autorizou seu uso compassivo para casos específicos.

O Ministério da Saúde, considerando os dados científicos atualmente disponíveis e a aprovação por agências internacionais de saúde, busca junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) a aquisição do Tecovirimat para uso em casos específicos, entre tanto **sem a disponibilização atualmente dos antivirais no Brasil.**

6.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO DE TECOVIRIMAT NO CENÁRIO ATUAL

A maioria das pessoas acometidas pela Monkeypox evoluem sem gravidade, apresentando um quadro clínico leve e autolimitado. Considerando o cenário epidemiológico vigente, sem a disponibilidade de um tratamento específico para Monkeypox aprovado para uso no Brasil, identificou-se a possibilidade da utilização do antiviral Tecovirimat na modalidade de uso compassivo.

O uso compassivo de medicamentos no Brasil é regido pela RDC Nº 608, de 25 de fevereiro de 2022, que limita essa modalidade aos casos em que o paciente apresente doença debilitante e grave, com risco de óbito, no contexto da ausência de alternativa terapêutica satisfatória no país e que apresente relação benefício-risco favorável ao uso da terapêutica proposta. Nesse contexto, considera-se a prescrição de Tecovirimat para tratamento compassivo na seguinte situação:

- Paciente internado com resultado laboratorial positivo/detectável para MPXV evoluindo com a forma grave da doença, apresentando uma ou mais das seguintes manifestações clínicas:
 - Encefalite - presença de alteração clínico-radiológica e/ou líquórica compatível com o acometimento de Sistema Nervoso Central - SNC;
 - Pneumonite - presença de manifestação respiratória associada a alteração radiológica sem outra etiologia provável;
 - Lesões cutâneas com mais de 200 erupções espalhadas pelo corpo;
 - Lesão extensa em mucosa oral, limitando a alimentação e hidratação via oral;
 - Lesão extensa em mucosa anal/retal, evoluindo com quadro hemorrágico e/ou infeccioso secundário à ulceração; e
 - Lesão ocular.

6.2 INELEGIBILIDADE PARA USO DE TECOVIRIMAT

- Pacientes (ou representantes legais) que não aceitam o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Pacientes com histórico de alergia a Tecovirimat e/ou excipientes;
- Pacientes com menos de 13kg de peso.

As lesões cutâneas devem ser cobertas o máximo possível (camisas de mangas longas, calças compridas, etc.), e devem ser trocadas quando úmidas, para minimizar o risco de contato com outras pessoas. Deve-se evitar tocar nas feridas e levar as mãos à boca e/ou aos olhos. Vesículas não devem ser rompidas. A higienização da pele e das lesões podem ser realizadas com água e sabão. Utilizar curativo para proteger a área, caso seja orientado pela equipe de assistência à saúde.

As infecções bacterianas secundárias devem ser tratadas conforme indicado pela equipe de assistência em saúde.

7. IMUNIZAÇÃO

Atualmente, pelo menos duas vacinas de varíola estão em uso no mundo. Porém, somente uma vacina (MVA-BN) foi aprovada para aplicação específica contra a Monkeypox. **O Brasil está em processo de negociação para aquisição das vacinas.** A OMS ainda não possui recomendações exclusivas em relação à vacinação, no entanto considera a possibilidade da vacinação **pós-exposição** de pessoas sob maior risco que tiveram contato próximo a caso suspeito, idealmente nos primeiros quatro dias após o contato.

Com base nos riscos e benefícios atualmente avaliados e independentemente do suprimento da vacina, a vacinação em massa, contra o Monkeypox, no momento não é recomendada pela OMS. A OMS orienta que sejam adotadas estratégias robustas de vigilância e monitoramento dos casos, investigação e rastreamento de contatos para a doença. Desta forma, será possível a identificação do grupo de maior risco de infecção e, portanto, as prioridades para a vacinação, se este for o caso.

8. NOTIFICAÇÃO DE CASO SUSPEITO

O Ministério da Saúde elaborou formulário de notificação/investigação para todo o território nacional, com estabelecimento da **obrigatoriedade de notificação imediata, em até 24 horas**, pelos profissionais de saúde de serviços públicos ou privados, conforme Lei nº 6 259 de 30 de outubro de 1975, por meio dos canais de comunicação do Ministério da Saúde, disponíveis 24 horas por dia.

- a) Formulário de notificação: <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=ER7Y39373K>
- b) Após o preenchimento do formulário, notificar o Plantão CIEVS-MS e a RENAVEH Mato Grosso do Sul:
 - E-mails: cievs.ms@hotmail.com
nve.hospitalarms@gmail.com
 - Telefone: (67) 98477-3435

Figura 3 – Fluxo de notificação compulsória imediata para hospitais da RENAVEH Mato Grosso do Sul.



Fonte: GTNVEH/CIEVS/SES/MS, 2022.

9. MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

Além das precauções padrão, que devem ser implementadas por todos os serviços de saúde, considerando a forma de transmissão da Monkeypox, durante a assistência a pacientes com suspeita ou confirmação dessa doença, deve-se implementar adicionalmente:

- Precauções para contato.
- Precauções para gotículas (as gotículas têm tamanho maior que 5 µm e podem atingir a via respiratória alta, ou seja, mucosa das fossas nasais e mucosa da cavidade bucal).
- Precauções para aerossóis, em algumas situações específicas*: os aerossóis são partículas menores e mais leves que as gotículas, que permanecem suspensas no ar por longos períodos e, quando inaladas, podem penetrar mais profundamente no trato respiratório.

***Observação:** Alguns procedimentos realizados em pacientes com Monkeypox podem gerar aerossóis, como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, suporte ventilatório não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias etc. Para esses casos, as precauções para gotículas devem ser substituídas pelas precauções para aerossóis. Durante os procedimentos onde há a geração de aerossóis, **os profissionais de saúde devem trocar a máscara cirúrgica pela máscara N95/PPF2 ou equivalente (precauções para aerossóis), além de usar proteção, protetor facial, aventais e luvas de procedimento descartáveis.**

Essas precauções se aplicam a TODAS as unidades de saúde, incluindo serviços de internação e ambulatoriais. O manejo adequado dos casos deve ser estabelecido para evitar a transmissão nosocomial, com fluxo adequado da triagem para as salas de isolamento (em qualquer nível de atenção), evitando contato com outros pacientes em salas de espera e/ou quartos com pacientes internados por outros motivos. Se a condição clínica permitir, durante o transporte, os pacientes devem usar máscaras cirúrgicas cobrindo nariz e boca e isolamento do paciente (preferencialmente, em um quarto privativo).

Torna-se necessário reforçar a importância do uso de Equipamentos de Proteção Individual para os trabalhadores de saúde, conforme recomendação da Anvisa (Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2022, disponível em (<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvimsggtes-dire3-anvisa-no-03-2022-orientacoes-para-prevencao-e-controle-da-Monkeypox-nosservicos-de-saude-2013-atualizada-em-02-06-2022>).

Os laboratórios de referência devem ser informados com antecedência sobre o envio dessas amostras para que possam minimizar o risco aos trabalhadores do laboratório.

Conter e descartar os resíduos contaminados (como máscaras, curativos e bandagens) de forma adequada, conforme orientação das autoridades sanitárias (federal, estaduais, distrital ou municipais) podendo-se seguir para a Monkeypox o já preconizado pelos territórios em relação à Covid-19.

Limpar frequentemente (mais de uma vez por dia) as superfícies que são frequentemente trocadas com solução contendo água sanitária, incluindo o banheiro.

Descarte de materiais e amostras biológicas:

- Orientar às equipes de que todos os EPIs e os materiais de coleta não reutilizáveis devem ser colocados em sacos de risco biológico para manuseio como resíduos infectantes, conforme normatização (RDC nº 222/2018);
- Todos os equipamentos reutilizáveis devem ser limpos e desinfetados de acordo com os procedimentos operacionais padrão do serviço;
- Todas as superfícies devem ser completamente limpas com solução clorada a 0,5% ou outro saneante desinfetante de alto nível regularizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

10. ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO DOMICILIAR

Em caso suspeito da doença, deve-se realizar o isolamento imediato do indivíduo e coletar amostras clínicas. Sendo confirmado para Monkeypox o isolamento do indivíduo só deverá ser encerrado após o desaparecimento completo das lesões. Para os casos descartados, verificar a necessidade de permanência do isolamento considerando diagnóstico diferencial. O rastreamento e monitoramento dos contatos dos casos suspeitos deverão ser realizados por no mínimo **21 dias**.

A acomodação dos casos suspeitos ou confirmados de Monkeypox deve ser realizada, preferencialmente, em um quarto privativo com porta fechada e bem ventilado (ar condicionado que garanta a exaustão adequada ou janelas abertas). Deve-se reduzir a circulação de pacientes e profissionais ao mínimo possível.

- Não compartilhar o uso de talheres, os quais, devem ser lavados com água entre 60-90°C e sabão comum. Na indisponibilidade de água aquecida, pode ser utilizada solução contendo água sanitária.
- Evitar visitas e contato com animais.
- Evitar uso de lentes de contato, objetivando reduzir a probabilidade de infecção ocular.
- Não utilizar barbeador em áreas com lesão cutânea.
- Não sair de casa de forma desnecessária, e ao sair utilizar máscara (trocando quando úmidas ou danificadas), protegendo as lesões (usando camisas com mangas longa e calças), evitando aglomerações e transporte coletivo.

10.1 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

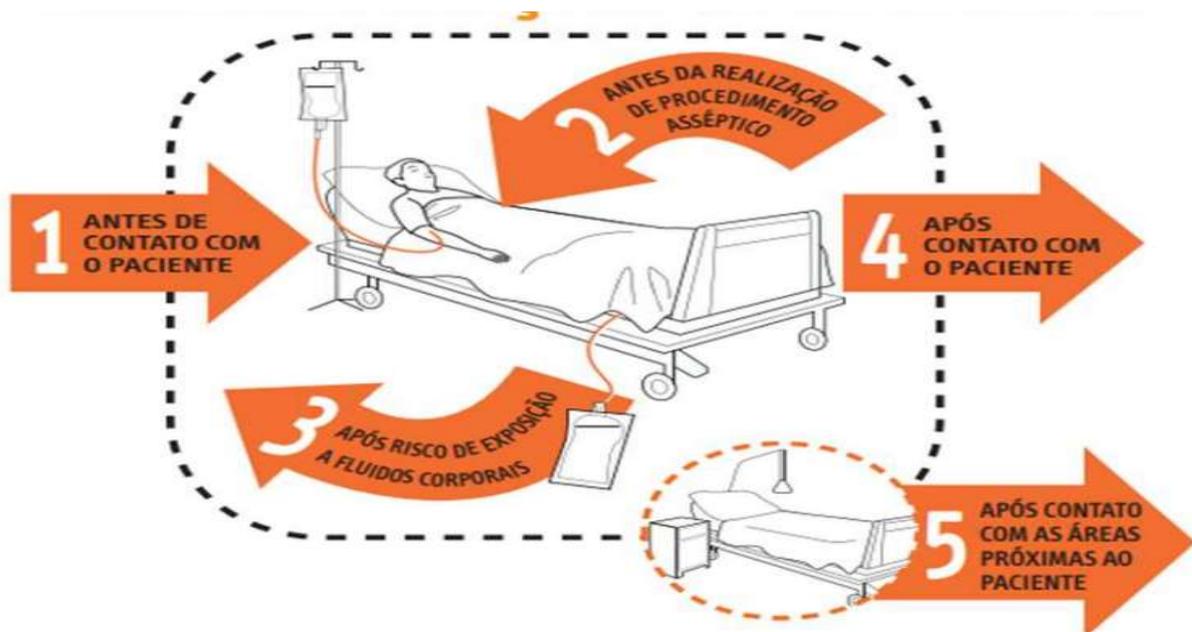
PRECAUÇÕES PADRÃO + CONTATO + GOTÍCULAS

- Avental, luvas e máscara cirúrgicas descartáveis;
- Uso de N95 em procedimentos que geram aerossol;
- Higienização das mãos;
- Duração da precaução: até o completo desaparecimento das crostas das lesões e uma nova camada de pele tenha se formado, pois esse é o período em que se encerra a transmissibilidade da doença.

A anamnese e o exame físico são fundamentais para diferenciar Monkeypox de outras doenças, conforme a definição de caso suspeito.

Em ambiente hospitalar, os casos suspeitos e/ou confirmados para Monkeypox devem fazer uso de quarto e banheiro privativos.

Figura 4- Indicações para a lavagem das mãos.



1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobiliário e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

WORLD ALLIANCE
FOR PATIENT SAFETY

Organização
Pan-Americana
da Saúde

SUS

ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ministério
da Saúde

World Health
Organization

Fonte: Anvisa, 2022.

10.1 DOMICÍLIO

Os casos **confirmados** deverão manter o isolamento social até o término das lesões.

Os casos **suspeitos** deverão manter isolamento social até a confirmação diagnóstica. Caso o diagnóstico seja confirmado para Monkeypox, seguir com as recomendações para casos confirmados e, caso descartado, seguir com as recomendações para a doença diagnosticada. **CONTATOS DE CASOS CONFIRMADOS E SUSPEITOS ASSINTOMÁTICOS NÃO FAZEM ISOLAMENTO.**

As pessoas que residem no mesmo domicílio, incluindo o paciente deverão:

- Higienizar as mãos frequentemente, com água e sabão ou álcool gel;
- Evitar contato próximo;
- Usar máscara se distanciamento menor que 2 metros;
- Não compartilhar objetos pessoais e roupas.

11. ORIENTAÇÕES PARA COLETA, TRANSPORTE E AMARZENAMENTO DE AMOSTRAS CLÍNICAS

1) Material vesicular (Secreção de Vesícula): A coleta de material de lesões cutâneas ou mucosas, deve ser realizada por meio de swab, sendo o método mais indicado

para confirmação diagnóstica. Swabs estéreis de nylon, poliéster, dacron ou rayon são os indicados. Colocar o swab preferencialmente em tubo seco, uma vez que os poxvírus mantêm-se estáveis na ausência de qualquer meio preservante. Se optar por usar algum líquido preservante, indica-se o VTM (meio de transporte viral), no máximo 300 ul.

Quando o paciente suspeito apresentar mais de uma vesícula, sugere-se coletar um swab de cada lesão, totalizando o máximo de três swabs por paciente, e armazenar todos os swabs num mesmo tubo seco, formando um pool (conjunto) de amostras do mesmo paciente.

2) Crosta (Crosta de Lesão): Quando o paciente é encaminhado para coleta em fase mais tardia, na qual as lesões já estão secas, o material a ser encaminhado são as crostas, as quais devem ser armazenadas em frascos limpos SEM líquido preservante (neste caso, o uso de qualquer líquido preservante reduz as chances de detecção do Monkeypox vírus).

Quando o paciente suspeito apresentar mais de uma lesão, sugere-se coletar mais de uma crosta por paciente e armazenar todas num mesmo tubo seco, formando um pool (conjunto) de amostras do mesmo paciente.

3) Lesões apenas de mucosas (oral/região perianal) sugestivas de Monkeypox: Coletar o material dessas lesões em *swab*, seguindo as orientações descritas para a coleta de material vesicular.

4) Indivíduos sem erupção cutânea e sem lesões mucosas (para contato de caso confirmado que inicie com quadro de febre e linfonodomegalia): Coletar *swab* de orofaringe e *swab* anal, seguindo as orientações descritas para a coleta de material vesicular.

Quadro 1: Orientações gerais para coleta de amostras.

Tipo de amostra	Tipo de diagnóstico	Procedimento de coleta	Armazenamento, conservação e transporte
Secreção de Lesão/Vesícula	Biologia Molecular (qPCR e Sequenciamento)	Coletar amostras de secreção das lesões com swabs de dacron, rayon, poliéster ou nylon estéril, secos , em fase aguda da doença. Quando o paciente suspeito	Armazenar, preferencialmente em tubo de transporte seco, sem adição de meios de transporte. Se necessário, utilizar 300ul de meio de transporte viral (VTM). Manter todos os tubos refrigerados (2-8°C) em geladeira ou caixa de isopor com gelo reciclável e enviar imediatamente, em

		apresentar mais de uma vesícula, sugere-se coletar um swab de cada lesão, totalizando o máximo de três swabs por paciente, e armazenar todos os swabs num mesmo tubo seco , formando um pool (conjunto) de amostras do mesmo paciente.	até 24 horas após a coleta para o LACEN/MS.
Crosta de Lesão	Biologia Molecular (qPCR e Sequenciamento)	Coletar fragmentos ou crosta ressecada da lesão em fase mais tardia da doença. Quando o paciente suspeito apresentar mais de uma lesão, sugere-se coletar mais de uma crosta por paciente e armazenar todas num mesmo tubo seco , formando um pool (conjunto) de amostras do mesmo paciente.	Armazenar em tubo de transporte seco, sem adição de meios de transporte. Manter todos os tubos refrigerados (2-8°C) em geladeira ou caixa de isopor com gelo reciclável e enviar imediatamente, em até 24 horas após a coleta para o LACEN/MS.
Sangue Total	Sorologias e Biologia Molecular	Coletar cerca de 20ml (criança) e 30ml (adulto) de sangue total, sem anticoagulante, para obtenção do soro ou com EDTA para obtenção do plasma , sendo a coleta realizada até o 5º dia a partir do início dos sintomas. Centrifugar, aliquotar o soro/plasma para realizar testes moleculares e sorologias. Informar a data de início dos sintomas.	Utilizar tubo plástico estéril , com tampa de rosca e anel de vedação. Manter todos os tubos refrigerados (2-8°C) em geladeira ou caixa de isopor com gelo reciclável e enviar imediatamente, em até 24 horas após a coleta para o LACEN/MS.
Lesões de mucosas (oral/perianal) – sugestivas	Biologia Molecular	Coletar o material dessas lesões em swabs , seguindo as orientações descritas	Coletar as amostras utilizando swab de dacron, rayon, poliéster ou nylon estéril , na cavidade oral e outro swab na região perianal do paciente.

de Monkeypox		para a coleta de material vesicular.	Realizar movimentos rotatórios por 10 segundos e, em seguida, retirá-lo e acondicionar preferencialmente em tubo seco . Manter todos os tubos refrigerados (2- 8°C) em geladeira ou caixa de isopor com gelo reciclável e enviar imediatamente, em até 24 horas após a coleta para o LACEN/MS.
Secreção Orofaringe e anal	Biologia Molecular	Coletar 1 swab de orofaringe e 1 swab anal seguindo as orientações descritas para a coleta de material vesicular.	Coletar as amostras utilizando swab de rayon, poliéster ou nylon estéril , secos, na cavidade oral do paciente. Realizar movimentos rotatórios por 10 segundos e, em seguida, retirá-lo e acondicionar preferencialmente em tubo seco . Manter todos os tubos refrigerados (2-8°C) em geladeira ou caixa de isopor com gelo reciclável e enviar imediatamente, em até 24 horas após a coleta para o LACEN/MS.

*Os frascos devem, obrigatoriamente, conter rótulo com as seguintes informações: nome completo do paciente, data da coleta e natureza da amostra (tipo de espécime biológico). A confiabilidade dos resultados dos testes laboratoriais depende dos cuidados durante a coleta, o manuseio, o acondicionamento e o transporte dos espécimes biológicos.

PORTANTO:

- **Os tipos de amostras biológicas a serem coletadas para investigação laboratorial dos casos suspeitos são com erupção cutânea aparente são: secreção de lesão, crosta de lesão e soro (tubo de tampa amarela ou vermelha).**
- **Os casos que apresentarem lesões em mucosas deverão ser coletados swab de mucosas e soro (tubo de tampa amarela ou vermelha).**
- **As amostras de swab de orofaringe e swab anal somente de indivíduos que não apresentarem erupções cutâneas, mas são contactantes de casos positivos confirmados e apresentem quadro clínico suspeito.**

11.1. ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS (SISTEMA GAL)

O paciente com suspeita de infecção pelo *Monkeypox vírus* admitido em uma unidade de saúde deve ter amostras coletadas de material vesicular (secreção de vesícula), crosta (crosta de lesões), sangue, *swab* de orofaringe e *swab* anal, respeitando todos os cuidados relacionados com a biossegurança, com a utilização de todos os EPIs (gorro, máscara, óculos, avental e luvas).

Para solicitar os exames relacionados pelo diagnóstico diferencial no Sistema GAL, faz-se necessário o preenchimento das variáveis obrigatórias e mais:

- **Finalidade:** Investigação
- **Descrição:** Monkeypox virus
- **Agravo/Doença:** Varíola
- **Nova amostra: Incluir os seguintes materiais:** Crosta de Lesão, Secreção de Orofaringe, Secreção de Vesícula, Soro e Swab Anal.
- **Nova pesquisa:** Relacionar a pesquisa com o material coletado: Monkeypox virus – Crosta de Lesão (Fragmento) / Monkeypox virus – Secreção de Vesícula (Secreção) / Monkeypox virus – Soro / Monkeypox virus – Swab Anal (contato com positivo) / Monkeypox virus – Swab de Orofaringe (contato com positivo) / Monkeypox virus – Swab de Mucosas.

Tabela 1. Material a ser coletado e exame a ser realizado para diagnósticos diferenciais de Monkeypox

MATERIAL	EXAME
Crosta de Lesão (Fragmento)	Varicela Zoster, Varíola
Secreção de Vesícula (Secreção)	Varicela Zoster, Varíola
Soro	Varicela Zoster, Varíola, Herpes, Sífilis
Swab Anal (Contato com positivo)	Varicela Zoster, Varíola
Swab de Orofaringe (Contato com positivo)	Varicela Zoster, Varíola
Swab de Mucosas	Varicela Zoster, Varíola

Fonte: Lacen-MS, 2022.

12. ORIENTAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA

O atendimento inicial deve ser realizado, preferencialmente, nas Unidades Básica de Saúde (UBS) da Atenção Primária, indicando-se internação hospitalar para os casos que apresentem sinais de gravidade.

O manejo adequado dos casos deve ser estabelecido para evitar a transmissão nosocomial, com fluxo adequado da triagem para as salas de isolamento (em qualquer nível de atenção), evitando contato com outros pacientes em salas de espera ou quartos com pacientes internados por outros motivos.

As precauções-padrão assumem que todas as pessoas estão potencialmente infectadas ou colonizadas por um patógeno que pode ser transmitido no ambiente de assistência à saúde e devem ser implementadas em TODOS os atendimentos, independente do diagnóstico do paciente.

No momento do acolhimento, o paciente deverá receber uma máscara cirúrgica, com orientação quanto ao correto uso, e conduzido para uma área separada dos outros usuários.

Sendo classificado como caso **suspeito** de Monkeypox, o paciente deve ser mantido isolado (precauções para contato e gotículas). As lesões de pele em áreas expostas devem ser protegidas por lençol, vestimentas ou avental com mangas longas. Notificar imediatamente à vigilância epidemiológica e seguir o fluxo assistencial descrito na **Figura 4**.

Precauções para contato + Precauções para gotículas

As precauções para contato visam a prevenção da transmissão da Monkeypox por contato direto e indireto, dessa forma, envolve, entre outras medidas, o isolamento do paciente, o uso de avental e luvas toda vez que o profissional tocar ou manipular pacientes, além de produtos e superfícies utilizadas pelo mesmo.

Já as **precauções para gotículas** visam prevenir a transmissão da Monkeypox por meio de gotículas respiratórias, que possuem tamanho maior que 5 µm e podem atingir a via respiratória alta, ou seja, mucosa das fossas nasais e mucosa da cavidade bucal. Esse tipo de precaução envolve o isolamento do paciente e requer o uso de máscara cirúrgica toda vez que o profissional de saúde que for prestar assistência a uma distância inferior a 1 metro ou quando adentrar no quarto/área de isolamento do paciente, entre outras medidas.

A condução do caso vai depender da presença ou ausência de sinais de gravidade. Caso apresente um ou mais critérios, recomenda-se internação em hospital de referência, de acordo com a pactuação da instituição.

A acomodação dos casos suspeitos ou confirmados de Monkeypox em ambiente hospitalar deve ser realizada, preferencialmente, em um quarto privativo com porta fechada e bem ventilado (ar condicionado que garanta a exaustão adequada ou janelas abertas). Deve-se reduzir a circulação de pacientes e profissionais ao mínimo possível.

Os procedimentos que podem gerar aerossóis devem ser realizados, preferencialmente, em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro

HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance). Na ausência desse tipo de unidade, deve-se colocar o paciente em um quarto individual bem ventilado (ar condicionado que garanta a exaustão adequada ou janelas abertas), com portas fechadas e restringir o número de profissionais no local durante estes procedimentos. O paciente deve ser orientado a usar máscara cirúrgica bem ajustada à face, cobrindo nariz e boca, seguir a higiene respiratória e a etiqueta da tosse e cobrir as lesões expostas quando outras pessoas estiverem no quarto/área e quando o transporte for necessário.

Considerando a possibilidade do aumento do número de casos de pacientes suspeitos ou confirmados da Monkeypox, para casos que requerem hospitalização, quartos individuais ou áreas de coorte (pacientes confirmados com confirmados, suspeitos com suspeitos) com ventilação adequada e banheiros designados são recomendados. Recomenda-se ainda a adoção de **coorte de profissionais** (se possível, equipes exclusivas para atendimento preferencial desses pacientes a cada turno). O isolamento e as precauções adicionais baseadas na transmissão devem continuar até o desaparecimento das crostas.

É fundamental que seja mantida uma distância mínima de 1 metro entre os leitos dos pacientes e deve-se restringir ao máximo o número de acessos a essa área de **coorte**, inclusive visitantes, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação de pessoas, evitando-se o tráfego indesejado e o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços. Os serviços de saúde devem manter um registro de todas as pessoas que prestam assistência direta ou entram nos quartos ou áreas de assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de Monkeypox.

O quarto, a enfermaria ou a área de isolamento deve permanecer com a porta fechada, com a entrada sinalizada, alertando as precauções para gotículas/aerossóis e contato, a fim de evitar a entrada/passagem de pacientes, trabalhadores e visitantes de outras áreas. O acesso deve ser restrito aos profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente. Imediatamente antes da entrada do quarto, enfermaria, área de isolamento, devem ser disponibilizadas:

- Condições para higiene das mãos: dispensador de preparação alcoólica a 70% e lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual.
- Equipamento de Proteção Individual (EPI) apropriado, conforme descrição acima.
- Mobiliário para guarda e recipiente apropriado para descarte de EPI.

Ressalta-se que mesmo nas áreas de isolamento, os profissionais de saúde devem remover o avental e luvas após cada atendimento, não sendo permitido o uso de um mesmo avental ou luvas para atendimento de mais de um paciente. E lembre-se, sempre após a remoção desses EPIs, deve-se realizar a higienização das mãos.

Os serviços de saúde devem manter um registro de todas as pessoas que prestam assistência direta ou entram nos quartos ou áreas de assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de Monkeypox.

Outros componentes das precauções a serem seguidos no atendimento a pacientes com Monkeypox suspeita ou confirmada no âmbito hospitalar:

- Sempre que possível, equipamentos e produtos para saúde utilizados na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Monkeypox devem ser de uso exclusivo no paciente, como no caso de estetoscópios, esfigmomanômetro e termômetros, caso não seja possível, todos os produtos para saúde utilizados nestes pacientes devem ser limpos e desinfetados ou esterilizados (de acordo com a sua finalidade) antes de serem utilizados em outros pacientes. Considerando que se trata de uma doença cuja forma de transmissão também ocorre por meio do contato, orienta-se, considerando as precauções para contato, que todos os produtos para saúde utilizados pelo paciente sejam submetidos a no mínimo desinfecção, mesmo produtos classificados como não críticos.
- Os pacientes e acompanhantes devem ser orientados a não compartilhar pratos, copos, talheres, toalhas, roupas, roupas de cama ou outros itens com outras pessoas.
- Os trabalhadores da saúde devem ser orientados quanto aos cuidados ao manusear equipamentos usados na assistência ao paciente de forma a evitar a contaminação da pele e das roupas.
- Os trabalhadores da saúde devem ser orientados a verificar se os produtos e equipamentos usados no paciente foram limpos e reprocessados de forma correta e segura, antes de serem utilizados em outros pacientes.

- Os trabalhadores da saúde devem ser orientados quanto aos cuidados ao manusear roupas sujas (por exemplo, roupas de cama, toalhas, roupas pessoais) para evitar o contato com o material da lesão. A roupa suja nunca deve ser sacudida ou manuseada de forma que possa dispersar partículas infecciosas. Deve ser acondicionada e encaminhada para a unidade de processamento de roupas de serviços de saúde. Não há necessidade de descarte de roupas utilizadas por pacientes suspeitos ou confirmados. Seguir as orientações do Manual de Processamento de roupas de serviços de saúde, publicado pela Anvisa:
https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/processamento_roupas.pdf
- Garantir que os procedimentos de limpeza e desinfecção das superfícies, mobílias e ambientes estejam sendo realizadas de forma adequada. Para isso, devem ser utilizados produtos saneantes devidamente regularizados junto à Anvisa (ainda não há recomendações especiais para este vírus). Siga as recomendações do fabricante para concentração, tempo de contato e cuidado no manuseio e as orientações contidas no Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies publicado pela Anvisa:
<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-delimpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf/view>
- As unidades hospitalares devem elaborar, disponibilizar de forma escrita e manter disponíveis, normas e rotinas dos procedimentos envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Monkeypox, tais como: fluxo dos pacientes dentro do serviço de saúde, procedimentos de colocação e retirada de EPIs, procedimentos de remoção e processamento de roupas/artigos e produtos utilizados na assistência, rotinas de limpeza e desinfecção de superfícies, rotinas para remoção dos resíduos, entre outros.
- Os profissionais envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Monkeypox devem ser capacitados quanto às medidas de prevenção que devem ser adotadas.
- Deve-se limitar o número de acompanhantes de pacientes suspeitos ou confirmados de Monkeypox apenas àqueles essenciais para o bem-estar físico ou emocional do

paciente, aos garantidos por lei e aos que podem ajudar no cuidado do paciente (por exemplo, cuidadores treinados).

- Recomenda-se a suspensão de visitas ao paciente infectado. As liberações de visitas devem ser muito bem avaliadas pela equipe assistencial e SCIH/CCIH do serviço de saúde, levando-se em consideração:
 - Incentivar o uso de mecanismos alternativos para interação entre pacientes e visitantes, como aplicativos de videochamadas em telefones celulares ou tablets (atentar para a higienização desses dispositivos entre os usos, caso sejam ofertados pelo próprio serviço de saúde);
 - Nas unidades pediátricas deve-se desencorajar a troca de acompanhantes, além de evitar visitas para crianças;
 - Disponibilizar orientações, antes da entrada dos acompanhantes nos quartos/áreas/box dos pacientes, sobre higienização das mãos, superfícies limitadas de serem tocadas e uso de EPI, de acordo com a política atual do serviço de saúde;
 - Estabelecer procedimentos para orientar, monitorar e gerenciar todos os acompanhantes, que contemplem:
 - Instruções para o uso de máscaras faciais em todos os locais do serviço de saúde e higienização frequente das mãos;
 - Restrição de circulação dentro do serviço, mantendo-se somente ao quarto/box do paciente ou áreas designadas pelo serviço;
 - Informações para uso apropriado de EPIs, de acordo com a política atual de acompanhantes da instituição;
 - Orientar o acompanhante a não tocar ou segurar no colo outras crianças, no caso das unidades pediátricas.

12.1 AVALIAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS CONFIRMATÓRIOS PARA MONKEYPOX E PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os pacientes considerados como suspeitos para Monkeypox deverão ser reavaliados após a liberação dos resultados laboratoriais confirmatórios e diferenciais.

Se houver confirmação laboratorial para o vírus da Monkeypox por teste molecular (PCR em tempo real e/ou sequenciamento), o caso é considerado confirmado. A conduta recomendada é:

- Manutenção do isolamento até o desaparecimento das crostas e a reepitelização completa da pele
- Monitoramento dos contatos a cada 24h, observando o aparecimento de sinais e sintomas de Monkeypox, por um período de 21 dias, desde o último contato com o caso confirmado, incluindo aferição de temperatura duas vezes ao dia, realizada pela própria pessoa ou familiar, e comunicado à equipe da Atenção Primária à Saúde
 - Não há necessidade de isolamento dos contatos assintomáticos

Se o resultado do exame for não detectável para MPX o caso é considerado como descartado, exceto em caso de persistência de quadro clínico sugestivo da doença, sem diagnóstico diferencial. Neste caso, a equipe assistencial deverá solicitar nova coleta de exames laboratoriais confirmatórios, com a maior brevidade possível, caso ainda estejam presentes lesões cutâneas.

12.2 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

De acordo com o que se sabe até o momento, a Monkeypox pode ser enquadrada como Classe de risco 4 (alto risco individual e para a comunidade), seguindo a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos, publicada em 2017, pelo Ministério da Saúde http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao_risco_agentes_biológicos_3ed.pdf inclui os agentes biológicos com grande poder de transmissibilidade, em especial por via respiratória, ou de transmissão desconhecida. Até o momento, não há nenhuma medida profilática ou terapêutica eficaz contra infecções ocasionadas por estes. Causam doenças humanas e animais de alta gravidade, com alta capacidade de disseminação na comunidade e no meio ambiente. Esta classe inclui principalmente vírus. Exemplos: vírus Ebola e vírus da varíola.

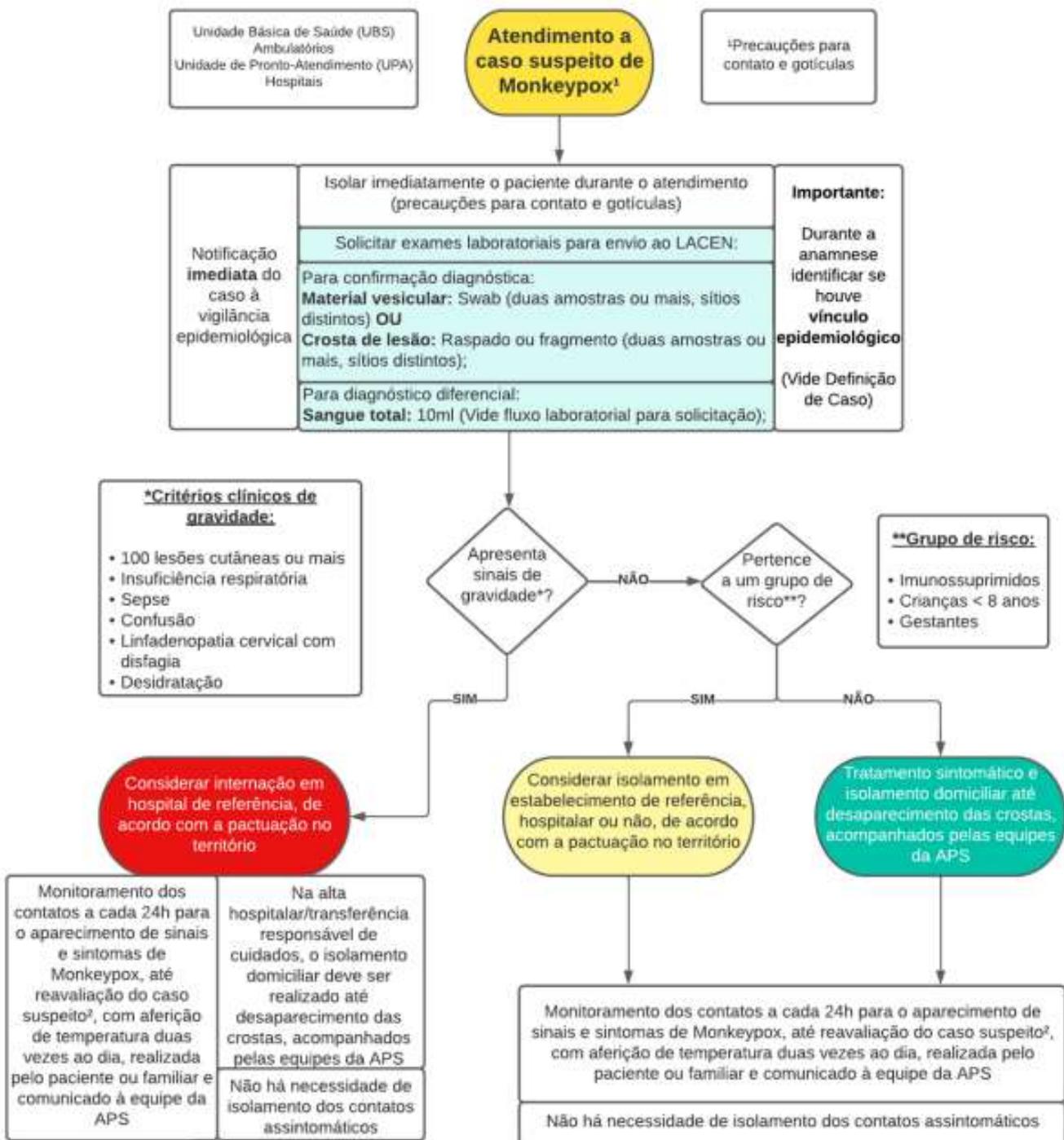
Portanto, todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados da Monkeypox devem ser enquadrados na categoria A1, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018, disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/assuntos/noticias-anvisa/2018/confiranova-regra-sobre-residuos-de-servicos-de-saude> :

Art. 48 Os RSS resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, por microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação, causadores de doença emergente que se tornem epidemiologicamente importantes, ou cujos mecanismos de transmissão sejam desconhecidos, devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

Os resíduos devem ser acondicionados, em sacos vermelhos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 48 horas, independentemente do volume e identificados pelo símbolo de substância infectante. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Estes resíduos devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

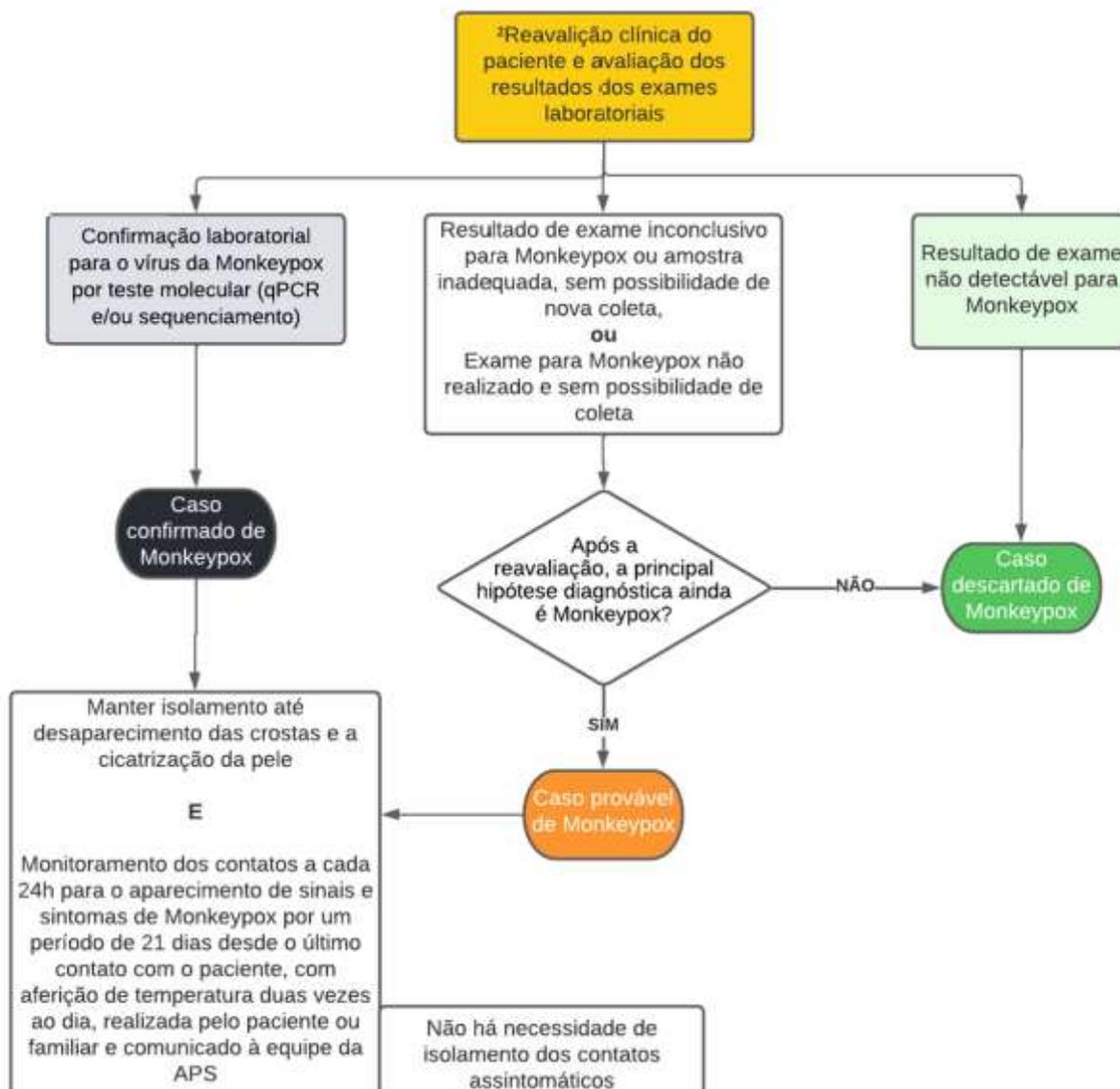
Ressalta-se ainda, que conforme a RDC/Anvisa nº 222/2018, os serviços de saúde devem elaborar um **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS**, que é o documento que aponta e descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente.

Figura 5- Fluxo de atendimento para casos suspeitos de Monkeypox.



Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Figura 6 - Fluxo de reavaliação clínica e avaliação dos resultados dos exames laboratoriais.



Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

12.3 TRANSPORTE DO PACIENTE

- Limitar o transporte do paciente para situações estritamente necessárias;
- Comunicar previamente o setor de destino do paciente e o serviço de transporte quanto à precaução instituída;
- Os profissionais de saúde devem manter precauções de isolamento padrão+contato+gotículas durante o período de atendimento na unidade, quando estiver fora do quarto de isolamento, quando for transportado para exames dentro da unidade, ou em transporte extra-hospitalar (transferência);
- Os pacientes devem ser transportados utilizando máscara cirúrgica.

12.4 LIMPEZA E DESINFECÇÃO AMBIENTAL

A rotina de desinfecção do ambiente, superfícies e equipamentos deve seguir a mesma recomendação para pacientes em precaução de isolamento de contato e gotículas já estabelecidos pelo SCIH.

12.5 PROCESSAMENTO DE ARTIGOS UTILIZADOS PELO PACIENTE

Esterilizar ou desinfetar os artigos reprocessáveis, conforme a rotina já estabelecida pelo SCIH/CME e recomendações nacionais vigentes.

12.6 PROCESSAMENTO DE ROUPAS

Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas.

Os profissionais devem ser orientados quanto aos cuidados ao manusear roupas sujas (por exemplo, roupas de cama, toalhas, roupas pessoais) para evitar o contato com o material da lesão.

Roupas pessoais, roupas de cama e roupas de banho do paciente não devem ser sacudidas e nem reutilizadas por outras pessoas. Devem ser lavadas separadamente, com sabão comum e água entre 60 e 90°C. Na indisponibilidade de água aquecida, pode ser utilizada solução contendo água sanitária. Não há necessidade de descarte de roupas utilizadas por pacientes suspeitos ou confirmados.

13. ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO DOMICILIAR

13.1 PRECAUÇÕES GERAIS

Evitar o contato com as secreções do paciente. Utilizar luvas descartáveis sempre que possível. Na indisponibilidade de luvas descartáveis, lavar as mãos com água e sabão ou utilizar álcool 70%.

Lavar frequentemente as mãos com água e sabão, e para secá-las dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida.

Limpar frequentemente (mais de uma vez por dia) as superfícies, com solução contendo água sanitária, incluindo o banheiro.

Vestimentas, roupas de cama e de banho não devem ser sacudidas. Devem ser lavadas com sabão comum e água entre 60 e 90°C. Na indisponibilidade de água aquecida, pode ser utilizada solução contendo água sanitária.

Não compartilhar o uso de talheres, os quais, devem ser lavados com água entre 60-90°C e sabão comum. Na indisponibilidade de água aquecida, pode ser utilizada solução contendo água sanitária.

Descartar os resíduos contaminados (como máscaras e curativos) de forma adequada, conforme orientação das autoridades sanitárias podendo-se seguir para a Monkeypox as mesmas recomendações preconizadas para a covid-19.

Quando for descartar os resíduos, utilizar sempre que possível, luvas descartáveis.

Evitar presença de gestantes, crianças ou imunossuprimidos no ambiente do isolamento.

13.2 PRECAUÇÕES DO PACIENTE

Isolar o paciente de outros membros da família, quando possível, em quarto/ambiente ventilados e em cama separada. Caso não seja possível isolar individualmente, manter o distanciamento de pelo menos um metro.

Evitar visitas e contato com animais.

Evitar uso de lentes de contato, objetivando reduzir a probabilidade de infecção ocular.

Não utilizar barbeador em áreas com lesão cutânea.

Vestimentas, roupas de cama e de banho do paciente devem permanecer separadas das dos cuidadores.

Não sair de casa de forma desnecessária, e ao sair utilizar máscara (trocando quando úmidas ou danificadas), protegendo as lesões (usando camisas com mangas compridas e calças), evitando aglomerações e transporte coletivo.

Não entrar em contato com gestantes, crianças ou imunossuprimidos.

13.3 PRECAUÇÕES DO CUIDADOR

Realizar higiene das mãos antes e depois do contato com o paciente, de ir ao banheiro, de cozinhar ou de se alimentar, ou todas as vezes que julgar necessário. Utilizar álcool 70% ou água e sabão.

Fazer uso de máscara, preferencialmente do tipo cirúrgica. Deve ser trocada quando úmida ou danificada, higienizando as mãos adequadamente antes e após a troca.

Caso o cuidador apresente sinais e sintomas da Monkeypox, buscar, imediatamente, atendimento na Unidade de Saúde mais próxima da sua residência.

Evitar contato com gestantes, crianças ou imunossuprimidos.

13.4 PRECAUÇÕES COM ANIMAIS

Pessoas com Monkeypox devem evitar o contato com animais (especialmente roedores), incluindo animais de estimação.

Mantenha quaisquer tecidos (por exemplo, roupas, roupas de cama) e outros itens potencialmente infecciosos longe de animais de estimação e animais selvagens.

Caso um animal que teve contato com uma pessoa infectada apresente sinais ou sintomas (por exemplo, letargia, falta de apetite, tosse, inchaço, secreções ou crostas nasais ou oculares, febre, erupções cutâneas), entre em contato com autoridades sanitárias.

14. RASTREAMENTO DE CONTATOS

O rastreamento de contatos consiste na identificação imediata de contatos de casos suspeitos de Monkeypox daqueles expostos e diagnóstico imediato de potenciais casos secundários para permitir o controle do surto, incluindo identificar grupos populacionais onde intervenções sejam necessárias.

A investigação da exposição deve abranger o período de 21 dias antes do início de sintomas. O rastreamento de contato deve considerar o período retrospectivo, além dos casos ativos. A partir de casos suspeitos, deve ser iniciada a entrevista para obter os nomes e informações de contatos do número máximo de pessoas, bem como identificar os locais visitados, enquanto o diagnóstico está em andamento, até que possa ser classificado como provável ou confirmado. Em caso descartado, o rastreamento de contatos pode ser suspenso.

Quadro 2- Tipos de contatos próximos de caso de Monkeypox e suas definições.

Tipo de contato	Descrição	Definição
Contato próximo	Parceiros sexuais	Pessoas que tenham qualquer tipo de contato sexual com o caso de MPX desde o início dos sintomas, inclusive da fase prodrômica
	Contato domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoa(s) morando no mesmo domicílio que o caso MPX, ou ambiente semelhante (por exemplo, acampar, dormir durante a noite, etc.). • Pessoa(s) compartilhando roupas, roupas de cama, utensílios, etc. com o caso diagnosticado. • Cuidadores do caso MPX, desde o início de sua erupção (sinais e/ou sintomas).
	Profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Os profissionais de saúde que entraram em contato com o caso MPX (lesões ou contato cara a cara prolongado (> 3 horas e < 2m distância) sem equipamento de proteção individual adequado (EPI). • Profissionais de saúde que sofreram ferimentos com objetos cortantes ou foram expostos a fluidos corporais ou procedimento gerador de aerossol sem EPI do caso MPX. • Pessoal de laboratório que sofreu acidente de trabalho com amostra contendo vírus (respingo, ferimento por material perfuro cortante, exposição a aerossol etc.).
	Outros contatos físicos prolongados ou contato de alto risco	A ser avaliado caso a caso, mas pode incluir, entre outros, sentado ao lado de um caso confirmado durante viagens prolongadas (por exemplo, quando o contato físico direto), compartilhando utensílios ou outro equipamento ou ferimentos por objetos cortantes ligados ao caso MPX.

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Quadro 3- Contatos não próximos.

Outras categorias de contatos de um caso MPX (ou seja, contato não próximo) incluem exposições de menor risco	Por exemplo, encontros sociais com um caso, estar presente no mesmo evento social ou outro, trabalhar na mesma empresa ou compartilhar o mesmo transporte (mas não sentado ao lado do caso).
---	--

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Os dados a serem obtidos do caso incluem o número de contatos no período relevante, nomes de contatos, endereços, números de telefone e endereços de e-mail de contatos, informações adicionais sobre contatos e redes sexuais, detalhes explícitos sobre relacionamento com contatos, onde os contatos ocorreram, práticas sexuais e uso de preservativos.

O rastreamento de contatos de casos de Monkeypox **recém-identificados** deve ser realizado com **sensibilidade e discrição**, com base em boas práticas de longa data implementadas para o gerenciamento de contatos. Esses são identificados e informados

de sua exposição e convidados a comparecer para aconselhamento e, quando necessário, para testes e/ou tratamento. A identidade do caso índice não é revelada ao contato, sendo importante respeitar o princípio fundamental da confidencialidade, a menos que seja dado consentimento para isso.

A notificação de prováveis parceiros no contexto deste surto de Monkeypox também pode oferecer uma oportunidade para avaliar os riscos de transmissão de outras infecções, caso em que a experiência compartilhada pelos países indica que as seguintes informações adicionais podem ser consideradas valiosas: histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) no ano anterior, número de parceiros sexuais nos últimos três meses, tipo de contatos sexuais durante o período de incubação (novos, pontuais, ocasionais, estabelecidos), uso de aplicativos geoespaciais para conhecer novos parceiros, frequentar locais de cruzeiro, frequentar locais de sexo nas instalações, ter relações sexuais apenas com homens ou homens e mulheres, soropositividade e uso de tratamento antirretroviral (ARV) ou profilaxia pré-exposição para o HIV (PrEP).

Caso os contatos não possam ser identificados, a utilização de material publicitário ou mensagens não individualizadas podem ser enviadas aos participantes de eventos ou locais informando sobre a possível exposição ao MPXV e as medidas de precaução relevantes, descrição de principais sinais e sintomas e informações de locais disponíveis para testagem.

O rastreamento de contatos de viajantes deve ser avaliado frente aos riscos potenciais. Assim, deve ser realizado contato com passageiros e outras pessoas que possam ter sido expostas a um caso de Monkeypox durante o percurso ou em trânsito.

Se um caso confirmado ou provável for relatado em transporte, de acordo com os planos operacionais de cada modal, os viajantes sentados ao lado, bem como a tripulação de cabine que atendeu o caso, podem ser considerados contatos, se tiverem contato físico. O passageiro ou tripulação que relatar contato físico com caso confirmado, provável ou suspeito, pode ser considerado contato.

15. MONITORAMENTO DOS CONTATOS

Os casos suspeitos, prováveis e confirmados devem ser isolados. O monitoramento de contatos de casos prováveis e confirmados inclui os automonitorados, diariamente para qualquer sinal ou sintoma por um período de 21 dias a partir do último contato. Os descartados poderão ter o monitoramento suspenso.

O monitoramento depende dos recursos disponíveis. Os contatos podem ser monitorados passivamente, ativamente ou diretamente. Em **monitoramento passivo**, os contatos identificados recebem informações sobre os sinais e sintomas a serem monitorados, atividades permitidas e como entrar em contato com a vigilância local, se surgirem sinais ou sintomas.

O monitoramento ativo é quando vigilâncias locais são responsáveis por verificar pelo menos uma vez por dia se uma pessoa sob monitoramento apresenta sinais/sintomas auto-relatados.

O **monitoramento direto** é uma variação do monitoramento ativo que envolve pelo menos visita presencial diária ou que o paciente seja examinado visualmente por meio de vídeo para averiguar a presença de sinais de doença.

Os **sinais e sintomas de preocupação** incluem dor de cabeça, febre, calafrios, dor de garganta, mal-estar, fadiga, erupção cutânea e linfadenopatia, dor anal e edema peniano. Os contatos devem monitorar sua temperatura duas vezes ao dia.

Um contato que desenvolva sinais ou sintomas iniciais diferentes de erupção cutânea deve ser isolado e observado de perto quanto a sinais de erupção cutânea pelos próximos **cinco dias**. Se nenhuma erupção se desenvolver, o contato pode retornar ao monitoramento de temperatura pelo restante dos 21 dias. Caso o contato desenvolva lesões cutâneas, precisa ser isolado e avaliado como caso provável, e uma amostra deve ser coletada para análise laboratorial para testagem de MPX.

Durante o período de monitoramento de 21 dias, o contato deve praticar regularmente a higiene das mãos e etiqueta respiratória. Como uma medida de precaução, os contatos assintomáticos não devem doar sangue, células, tecidos, órgãos, leite materno ou sêmen enquanto estão sob vigilância dos sintomas. Os contatos também devem tentar evitar o contato físico com crianças, gestantes, indivíduos imunossuprimidos e animais, incluindo animais de estimação. Viagens não essenciais são desencorajadas.

Os contatos assintomáticos que monitoram adequadamente e regularmente seu estado de saúde podem continuar as atividades diárias de rotina.

NÃO HÁ NECESSIDADE DE ISOLAMENTO DOS CONTATOS ASSINTOMÁTICOS

Qualquer profissional de saúde que tenha cuidado de uma pessoa com Monkeypox provável ou confirmada deve estar alerta para o desenvolvimento de sinais e/ou sintomas que possam sugerir infecção pelo vírus Monkeypox, especialmente no período de 21 dias após a última data de atendimento.

A OMS recomenda que os profissionais de saúde com exposição ocupacional ao *Monkeypox virus* notifiquem controle de infecção, saúde ocupacional e vigilâncias locais para avaliação e orientações de tratamento.

Os contatos assintomáticos (incluindo os trabalhadores de saúde) não devem doar sangue, células, tecidos, órgãos, leite materno ou sêmen durante o monitoramento.

16. MONITORAMENTO DOS PACIENTES

O paciente deve ser acompanhado até a completa cicatrização das lesões, e em relação a sinais e sintomas de complicações, devendo ser referenciado, quando necessário, a atendimento especializado.

As equipes de assistência à saúde devem atentar-se quanto ao surgimento de complicações na saúde mental do paciente e familiares.

Em relação à atividade sexual, a Organização Mundial de Saúde **orienta abstenção** durante toda a evolução da doença devido à proximidade ocorrida na relação íntima, não por ser considerada infecção sexualmente transmissível.

17. REFERÊNCIAS

1. DAMON, I. Poxviruses, Fields Virology. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2013.
2. RADONIĆ, A.; METZGER, S.; DABROWSKI, P.; COUACY-HYMANN, E.; SCHUENADEL, L.; KURTH, A....NITSCHKE, A. Fatal Monkeypox in Wild-Living Sooty Mangabey, Côte d'Ivoire, 2012. Emerging Infectious Diseases, v. 20, n. 6, p. 1009-1011, 2014.
3. CDC. CDC protocol – Poxvirus Molecular Detection. Disponível em: <https://www.cdc.gov/laboratory/specimensubmission/detail.html?CDCTestCode=CDC-105151>. Acesso em: 24 mai. 2022.
4. ECDC. Epidemiological update: Monkeypox multi-country outbreak. Disponível em: [https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-Monkeypox-multi-country-outbreak#:~:text=A%20multi%2Dcountry%20outbreak%20of,sex%20with%20men%20\(MS M\)](https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-Monkeypox-multi-country-outbreak#:~:text=A%20multi%2Dcountry%20outbreak%20of,sex%20with%20men%20(MS M)). Acesso em: 26 mai. 2022.
5. ECDC. Monkeypox cases reported in UK and Portugal Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/Monkeypox-cases-reported-uk-andportugal> 81. Acesso em: 23 mai. 2022.
6. UKHSA. Monkeypox cases confirmed in England – latest updates. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/news/Monkeypox-cases-confirmed-in-england-latestupdates>. Acesso em: 26 mai. 2022.
7. WHO. Monkeypox - United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON383>. Acesso em: 25 mai. 2022.
8. CDC. CDC and Health Partners Responding to Monkeypox Case in the U.S. Disponível em: <https://www.cdc.gov/media/releases/2022/s0518-Monkeypox-case.html>. Acesso em: 23 mai. 2022.
9. OPAS/OMS. Alerta Epidemiológico: Monkeypox em países não endêmicos. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-viruela-simica-paises-noendemicos-20-mayo-2022>. Acesso em: 25 mai. 2022.
10. CDC. **One Health Basics.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/onehealth/basics/index.html>. Acesso em: 21/05/2022.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ação da Sala de Situação da Monkeypox. Versão 2, de 09 de julho de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-Monkeypox/publicacoes/plano-de-acao-da-sala-de-situacao-da-sala-de-situacao-Monkeypox-2a-versao-11-07-2022/view>. Acesso em 12 jul. 2022.
12. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Guia de Normatização para Vigilância e Assistência de Varíola de Macacos no Complexo HC-FMUSP. São Paulo: SP, 2022.
13. Jezek Z, Szczeniowski M, Paluku KM, Mutombo M. Human Monkeypox: clinical features of 282 patients. J Infect Dis. 1987 Aug;156(2):293-8. doi: 10.1093/infdis/156.2.293. PMID: 3036967.

18. CONTATOS

Gerência Técnica Estadual dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalares – RENAVEH Mato Grosso do Sul

E-mail: nve.hospitalarms@gmail.com

Telefone: (67) 3318-1834

Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde - CIEVS/MS

E-mail: cievsmatogrossodosul@gmail.com

Telefone: (67) 3318-1823

Laboratório Central do Mato Grosso do Sul - LACEN/MS

E-mail: lacenbiomedica@saude.ms.gov.br

Telefone: (67) 3345-1303 / 1302

Plantão CIEVS Estadual

DISQUE-NOTIFICA

0800-647-1650 (expediente)

(67) 3318-1823 (expediente)

(67) 98477-3435 (ligações, SMS, WhatsApp - 24 horas)

E-NOTIFICA

cievs@saude.ms.gov.br (expediente)

cievs.ms@hotmail.com (24 horas)

ENDEREÇO

Avenida do Poeta Manoel de Barros, Bloco VII
CEP: 79.031-902 - Campo Grande / MS

Governador do Estado de Mato Grosso do Sul	Reinaldo Azambuja Silva
Secretário de Estado de Saúde	Flávio da Costa Britto Neto
Secretária de Estado de Saúde Adjunta	Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves
Diretoria de Vigilância em Saúde	Larissa Domingues Castilho de Arruda
Coordenadoria do CIEVS Estadual	Karine Ferreira Barbosa
Gerência Técnica Estadual dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalares	Danielle Galindo Martins Tebet
Elaboração	Danielle Galindo Martins Tebet Danila Fernanda Rodrigues Frias Grazielli Rocha de Rezende Romera