



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Orientações gerais, prevenção e controle da Monkeypox.

Protocolo Clínico

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba
Gerência Executiva de Vigilância em Saúde
Versão 1.0

João Pessoa, 06 de junho de 2022

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba
Gerência Executiva de Vigilância em Saúde

Renata Valéria Nóbrega
Secretária de Estado da Saúde

Lívia Menezes Borralho
Secretária Executiva de Estado da Saúde

Jhony Wesllys Bezerra Costa
Secretário Executivo de Gestão da Rede de Unidades de Saúde

Talita Tavares Alves de Almeida
Gerente Executiva de Vigilância em Saúde

Colaboradores:

Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos
Gerente Operacional de Vigilância Epidemiológica

Fernanda Carolina Rodrigues Vieira
Chefe do Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis

Alecsandra Bezerra M. de Oliveira
Responsável Técnica pela Vigilância da Monkeypox

Cassiano Augusto Oliveira da Silva
Responsável Técnico em Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

Rachel de Queiroz Monteiro Alves
Responsável Técnica em Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

Tiago Monteiro Gomes
Infectologista e Coordenador do Núcleo de Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (NCIRAS)

APRESENTAÇÃO

A promoção a saúde da população é uma responsabilidade que envolve gestão solidária e participativa. Sendo o cuidado centrado no paciente uma das premissas que norteiam o trabalho na gestão dos hospitais do estado da Paraíba.

A rede hospitalar estadual conta com 33 hospitais, sendo 10 hospitais de pequeno porte e baixa complexidade, 13 de médio porte e complexidade intermediária, 06 de médio porte e alta complexidade e 04 de grande porte e alta complexidade. Além destes, a rede conta com 18 Unidades de Pronto Atendimento distribuídas pelas 03 macrorregiões, sendo destas 04 sob a Gestão Estadual, localizadas nos municípios de Santa Rita, Guarabira, Princesa Isabel e Cajazeiras.

As orientações deste Protocolo auxiliam no conhecimento das equipes que integram a rede assistencial para prevenção e controle da Monkeypox. O documento foi produzido de forma emergencial e se encontra em constante revisão, com publicações de novas versões à medida que surgirem novas informações.

Nosso objetivo é o fortalecimento da rede assistencial para implementação de diretrizes clínicas, com foco na responsabilidade social, com intuito de contribuir na melhoria da assistência e conseqüentemente na saúde pública.

Dra. Renata Valéria Nóbrega
Secretária de Estado da Saúde da Paraíba

Sumário

1.	INFORMAÇÕES GERAIS	5
2.	DEFINIÇÃO DE CASO E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	6
2.1	Definição de caso	6
2.1.1	Caso suspeito	6
2.1.2	Caso provável	6
2.1.3	Caso confirmado	6
2.1.4	Caso descartado	7
3.	NOTIFICAÇÃO DE CASOS	7
4.	RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS	7
4.1	Transmissibilidade	7
4.2	Sinais e Sintomas	8
4.3	Diagnóstico e coleta de amostras	8
4.4	Tratamento	11
5.	MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO	11
6.	RISCOS POTENCIAIS	15
7.	VACINAÇÃO	15
8.	DA GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	16
	REFERÊNCIAS	17

1 INFORMAÇÕES GERAIS

Considerando a Comunicação de Risco da Rede CIEVS da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, publicada no dia 22 de maio de 2022.

Considerando o aparecimento de casos de Monkeypox em vários países fora do Continente Africano, comunicado por meio de alertas epidemiológicos dos países afetados da OMS no dia 13 de maio de 2022 e da Sala de Situação Monkeypox do Ministério da Saúde do Brasil (informe nº 6 de 28 de maio de 2022).

Considerando a Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 03/2022 de 31 de maio de 2022, que dispõe sobre orientações para prevenção e controle da Monkeypox nos serviços de saúde.

Considerando a existência de casos suspeitos no país, em investigação na data de 31/05/22 e a possibilidade de introdução desse vírus em território brasileiro.

Considerando a necessidade de alinhamento de condutas e estabelecimento de fluxos assistenciais para atuação frente a um possível aparecimento de casos no estado da Paraíba.

O presente Protocolo Clínico estabelece diretrizes assistenciais para o atendimento, exames complementares para o diagnóstico diferencial e medidas de precaução e isolamento.

2 DEFINIÇÃO DE CASO E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A Varíola dos macacos (Monkeypox) é uma zoonose, causada por um Orthopoxvirus, descoberto em 1958 em macacos. É uma doença endêmica em regiões da África Ocidental e Central. O 1º caso humano foi descrito em 1970 na República Democrática do Congo.

A Monkeypox é uma zoonose silvestre normalmente relacionados a viagens para regiões endêmicas. O reservatório natural é desconhecido, mas acredita-se que roedores e pequenos mamíferos sejam os mais prováveis. A transmissão para humanos ocorre, principalmente, por meio de contato direto ou indireto com sangue, fluidos corporais, lesões de pele ou mucosa de animais infectados.

Os casos identificados no ano corrente (2022) em regiões não endêmicas parecem não ter relação com as regiões africanas, o que pode indicar uma possível transmissão comunitária do vírus.

2.1 Definição de caso

2.1.1 Caso suspeito

Indivíduo de qualquer idade que, a partir de 15 de março de 2022, apresente início súbito de febre, adenomegalia e erupção cutânea aguda do tipo papulovesicular de progressão uniforme.

ATENÇÃO: É fundamental uma investigação clínica e/ou laboratorial no intuito de descartar as doenças que se enquadram como diagnóstico diferencial*.

Nesse momento, casos potenciais de varíola dos macacos devem ser suspeitados em indivíduos retornando de viagem do exterior, com lesões de pele características (vesiculopustulosas múltiplas que escarificam) e linfadenopatia, sem história de contato com outros indivíduos que tiveram varicela (catapora).

2.1.2 Caso provável

Indivíduo que atende à definição de caso suspeito **E** um **OU** mais dos seguintes critérios:

1. Ter vínculo epidemiológico (exposição próxima e prolongada sem proteção respiratória; contato físico direto, incluindo contato sexual; ou contato com materiais contaminados, como roupas ou roupas de cama) com caso provável ou confirmado de Monkeypox, desde 15 de março de 2022, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas **OU**
2. Histórico de viagem para país endêmico ou com casos confirmados de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sintomas. E em confirmação laboratorial.

2.1.3 Caso confirmado

Indivíduo que atende à definição de caso suspeito ou provável que é confirmado laboratorialmente para o vírus da Monkeypox por teste molecular (qPCR e/ou sequenciamento).

2.1.4 Caso descartado

Caso suspeito que não atende ao critério de confirmação para Monkeypox ou que foi confirmado para outra doença* por meio de diagnóstico clínico ou laboratorial.

*varicela, herpes zoster, sarampo, zika, dengue, Chikungunya, herpes simples, infecções bacterianas da pele, infecção gonocócica disseminada, sífilis primária ou secundária, cancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso (poxvirus), reação alérgica (como a plantas).

3 NOTIFICAÇÃO DE CASOS

Os casos suspeitos de Monkeypox devem ser notificados de forma imediata ao CIEVS-PB e por meio do preenchimento do formulário de notificação on-line, de acordo com as orientações abaixo:

- a) **Notificação on-line:** <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=YC4CFND7MJ>
- b) **Telefone CIEVS-PB:** 0800-281-0023 (seg a sex 08h às 16:30h)
- c) **Telefone CIEVS-PB:** (83) 9 8828-2522 (sab, dom e feriados)

4 RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS

4.1 Transmissibilidade

A transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio de gotículas (partículas respiratórias que requerem contato pessoal prolongado), ou por contato com lesões de pele ou fluidos corporais de uma pessoa infectada, ou por contato com objetos recentemente contaminados por fluidos do paciente ou material de lesão (como roupas e lençóis). Salienta-se que a transmissão entre humanos é a transmissão secundária, uma vez que o principal meio de transmissão é por contato direto ou indireto com sangue fluidos corporais, lesões de pele e mucosas de animais infectados.

Há evidências limitadas sobre a persistência do vírus em materiais ou superfícies por semanas a meses - que podem atuar como fômites, ressaltando a importância de manter rotinas de descontaminação ambiental. Há suspeita de que a transmissão sexual possa ser uma via de

transmissão, entretanto não há evidências que a suportem. A transmissão vertical ou durante o contato próximo também pode ocorrer.

O período de transmissão da doença se encerra quando as crostas das lesões desaparecem.

4.2 Sinais e Sintomas

O período de incubação (intervalo desde a infecção até o início dos sintomas) da Monkeypox é geralmente de 6 a 13 dias, podendo variar de 5 a 21 dias. Clinicamente, a infecção pode ser dividida em dois períodos:

- a) **Período de invasão ou prodrômico** (entre os dias zero e cinco). Caracterizado por febre, calafrios, mialgia, linfadenomegalias e cefaleia intensa. A adenopatia é um sinal importante para o diagnóstico diferencial da Monkeypox com outras doenças (Varicela; Sarampo).
- b) **Período de erupção cutânea** (entre um e três dias após o início da febre). Surgem erupções cutâneas, que geralmente afetam primeiro o rosto e depois o resto do corpo, a face (em 95% dos casos) e as regiões palmar e plantar (em 75% dos casos) são as mais afetadas. As erupções cutâneas evoluem de máculas para pápulas, vesículas, pústulas e crostas, o que ocorre durante um período de 10 dias. As lesões são em geral múltiplas, podem ser muito pruriginosas ou dolorosas. A cicatrização ocorre em três a quatro semanas.

A presença de comorbidades como imunossupressão e outras doenças sistêmicas subjacentes podem contribuir para doença grave, com sequelas clínicas. Outras complicações podem incluir broncopneumonia, ceratite e ulceração da córnea, sepse, encefalite e morte.

4.3 Diagnóstico e coleta de amostras

O diagnóstico diferencial clínico que deve ser considerado inclui outras doenças exantemáticas, como varicela, sarampo, infecções bacterianas da pele, escabiose (sarna), sífilis e reações alérgicas. A adenopatia durante o estágio prodrômico da doença pode ser uma característica clínica para distinguir a Monkeypox da varicela ou de outras doenças ou agravos.

No momento, a confirmação laboratorial será feita por teste molecular (q-PCR) seguido da técnica de sequenciamento.

As amostras para diagnóstico laboratorial são **material vesicular e crosta**.

- a) Material vesicular (Secreção de Vesícula): O ideal é a coleta na fase aguda ainda com pústulas vesiculares. É quando se obtém carga viral mais elevada na lesão. Portanto, swab do conteúdo da lesão é o material mais indicado. Swabs estéreis de nylon, poliéster ou Dacron são os indicados. Também pode-se puncionar com seringa o conteúdo da lesão, mas prefere-se o swab para evitar a manipulação de perfurocortantes. Colocar o swab preferencialmente em tubo seco, SEM líquido preservante, 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 cerca de 300 ul, porém o ideal é manter o swab sem líquido (4). Havendo lesões na cavidade bucal, pode-se recolher material das lesões com swab
- b) 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 crostas das lesões, preferencialmente optar pelas crostas menos secas, ou seja, coletar aquelas em fase mais inicial de cicatrização, pois a chance de detecção de genoma viral ou da partícula viral é maior. As crostas devem ser armazenadas em frascos limpos SEM líquido preservante (neste caso, o uso de qualquer líquido preservante reduz em muito as chances de detecção).

Observações:

- a) Sangue não é um material indicado para detecção de poxvírus, pois o período de viremia alta é anterior ao aparecimento das pústulas que, normalmente, é quando o paciente comparece a um posto de atendimento;
- b) A coleta de soro é importante para verificar a soroconversão. Para fins de diagnóstico, só se for associado a uma clínica muito clara e sugestiva;
- c) O principal diagnóstico diferencial de infecção por Monkeypox vírus é a Varicela.

Armazenamento:

Para o armazenamento, todos os materiais devem ser mantidos congelados a -20 °C (ou temperaturas inferiores), preferencialmente, por 1 mês ou até mais. Na ausência de freezers, pode-se manter em geladeira (4 °C) por até 7 dias. Este deve ser feito para chegada em no máximo 48 horas para que o transporte possa ser feito de forma refrigerada apenas com gelo-pack. Caso contrário, enviar congelado. (ANEXO I). **Todas as amostras devem estar cadastradas no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e notificar no Redcap conforme descrito no item de notificação.**

Para a investigação laboratorial de casos suspeitos de infecção pelo *Monkeypox vírus* a Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/DAEVS/SVS-MS) em parceria com LACEN-PB sugerem o seguinte fluxo/algoritmos para investigação:

Figura 1. Fluxo laboratorial para diagnóstico Monkeypox.



*varicela, herpes zoster, sarampo, zika, dengue, Chikungunya, herpes simples, infecções bacterianas da pele, infecção gonocócica disseminada, sífilis primária ou secundária, cancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso (poxvirus), reação alérgica (como a plantas).

Fonte: Sala de Situação Nacional

4.4 Tratamento

Não existem tratamentos específicos para a infecção pelo vírus da Monkeypox. Os sintomas tendem a desaparecer naturalmente. Pacientes com Monkeypox podem exigir cuidados clínicos sintomáticos ou de suporte para prevenir e ou controlar a doença e complicações graves. É importante cuidar da erupção deixando-a secar ou cobrindo-a com um curativo úmido para proteger a área, se necessário. Deve-se orientar o paciente a evitar tocar em feridas, na boca ou nos olhos.

5 MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO

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.

As **precauções padrão envolvem o uso de EPIs**, de acordo com a avaliação de risco de exposição a sangue e outros fluidos ou secreções corporais, a higiene das mãos, a limpeza e desinfecção de superfícies, o manuseio seguro de produtos para saúde e roupas, além do seu reprocessamento, o descarte adequado de resíduos, entre outros componentes.

Dessa forma, além das precauções padrão, que devem ser implementadas para qualquer paciente em todos os serviços de saúde, e considerando a forma de transmissão da Monkeypox, durante a assistência a pacientes com suspeita ou confirmação dessa doença, deve-se implementar adicionalmente as seguintes precauções:

a) **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.

Em resumo, durante a assistência a pacientes com Monkeypox suspeita ou confirmada, deve-se implementar **as precauções padrão, juntamente com as precauções para contato e para gotículas**, o que envolve entre outras orientações, a higiene das mãos (água e sabonete OU preparações alcoólicas) e o uso correto dos EPIs: óculos de proteção ou protetor facial, avental, máscara cirúrgica, luvas de procedimentos e isolamento do paciente (preferencialmente, em um quarto privativo).

b) Precauções para contato + para aerossóis (em algumas situações específicas)

As precauções para aerossóis (que são partículas menores (< 5 µm e mais leves que as gotículas, que permanecem suspensas no ar por longos períodos e, quando inaladas, podem penetrar mais profundamente no trato respiratório) envolvem, o isolamento do paciente, preferencialmente em uma unidade de proteção respiratória, e o uso de máscara N95/PPF2 ou equivalente pelos profissionais responsáveis pela assistência.

Devido a possibilidade de alguns procedimentos realizados em pacientes com Monkeypox gerarem aerossóis, como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias, entre outros, orienta-se que durante a realização desses procedimentos, as precauções para gotículas sejam substituídas pelas precauções para aerossóis. Neste caso, o profissional de saúde deve substituir a máscara cirúrgica pela N95/PPF2 ou equivalente.

Em resumo, durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis em pacientes com Monkeypox suspeita ou confirmada, deve-se implementar as precauções padrão, juntamente com as precauções para contato e para aerossóis, o que envolve entre outras orientações, a higiene das mãos (água e sabonete OU preparações alcoólicas) e o uso correto dos EPIs: óculos de proteção ou protetor facial, avental, máscara N95/PPF2 ou equivalente, luvas de procedimentos e isolamento do paciente (preferencialmente, em um quarto privativo).

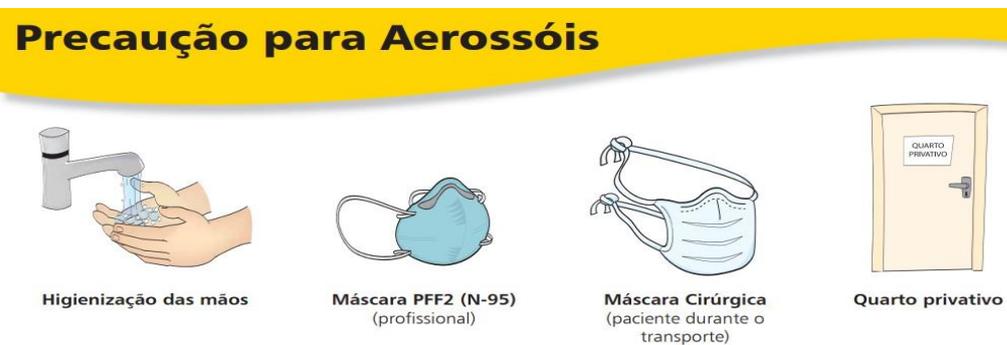
ATENÇÃO:

- Essas precauções devem ser implementadas em **TODAS** as unidades de saúde, incluindo serviços de internação, atenção primária à saúde e ambulatórios.
- As precauções padrão, juntamente com as precauções baseadas na forma de transmissão (contato + gotículas ou aerossóis) devem ser implementadas em combinação com outras medidas de prevenção e de controle administrativo e de engenharia.

Os profissionais de saúde que atendem pacientes com suspeita de Monkeypox devem aderir às precauções de **CONTATO, GOTÍCULAS ou AEROSSÓIS**, conforme recomendações da ANVISA:



Fonte: Anvisa, 2021.



Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!

Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg.



Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

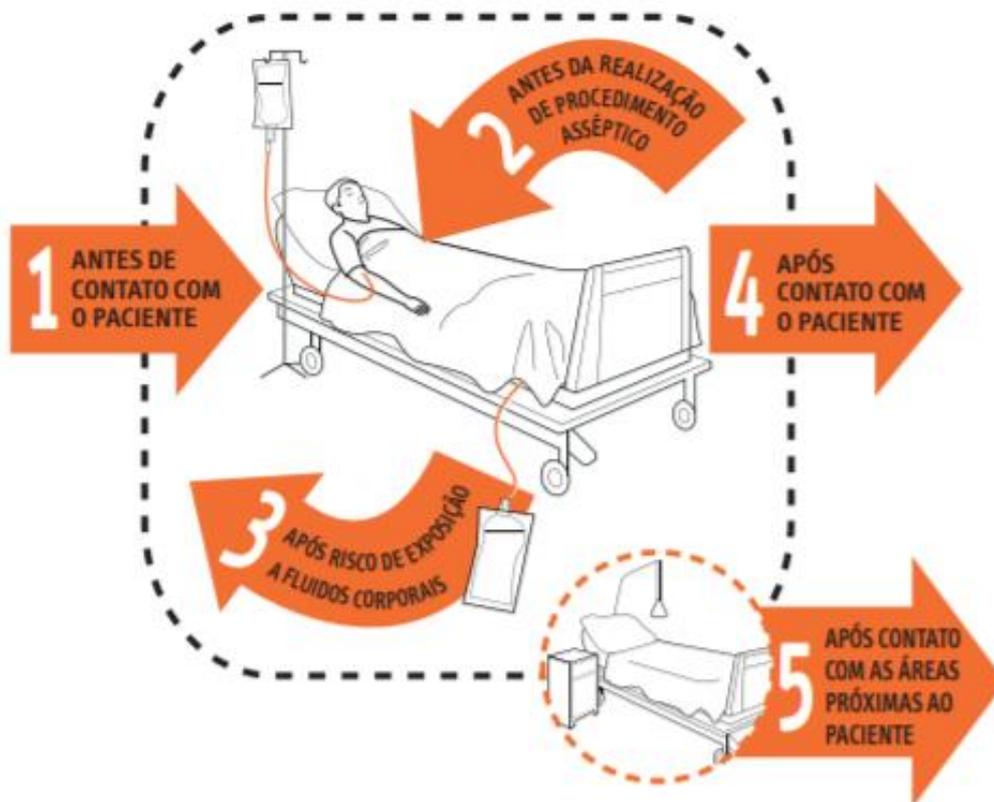
Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, fricione as mãos com preparações alcoólicas!

Duração de todo o procedimento: 40-60 seg.



REALIZAR HIGIENE DE MÃOS, RESPEITANDO OS 5 MOMENTOS DE HIGIENIZAÇÃO

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO 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
de Saúde

SUS

ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ministério
de Saúde

World Health
Organization

A Organização Mundial de Saúde temo todas as precauções cabíveis para garantir a integridade e a confiabilidade das informações. Entretanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer garantia expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso correto recai sobre o leitor. A Organização Mundial de Saúde não se responsabiliza por qualquer dano ou prejuízo decorrente do uso.

A OMS agradece ao Hospital Universitário de Ginecologia (HUG), em especial aos membros do Programa de Controle de Infecção, pela participação ativa no desenvolvimento deste material.

6 RISCOS POTENCIAIS

Situações de risco aumentado para o contágio:

O Contato direto com pessoa com Monkeypox suspeita ou confirmada (ex: diálogo a menos de um metro de distância sem uso de máscara, contato direto com secreções, feridas/erupções cutâneas, contato físico sem a posterior higiene das mãos, contato sexual);

O Contato com materiais e superfícies contaminados, como roupas, termômetros ou roupas de cama de pessoa suspeita ou confirmada;

Os Profissionais de saúde durante a assistência à saúde: sem uso ou fazendo uso incorreto de máscara cirúrgica durante o atendimento ao paciente suspeito ou confirmado **OU** sem uso ou uso incorreto de máscara de proteção respiratória (N95/PFF2 ou equivalente) durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis a pacientes suspeitos ou confirmados **OU** sem luvas e avental e sem a posterior higienização das mãos após contato com as secreções, feridas/erupções cutâneas de pessoa suspeita ou confirmada e materiais e superfícies contaminados.

Os profissionais de saúde expostos sem uso ou com uso incorreto do EPI não necessitam ser afastados de suas atividades de trabalho se não apresentarem sintomas, mas deverão ser monitorados quanto ao aparecimento de sintomas e deverão ser submetidos a aferição de temperatura duas vezes ao dia durante 21 dias após a exposição. Também deverão ser entrevistados todos os dias ao se apresentarem para o trabalho com o objetivo de sinais e sintomas sugestivos de Monkeypox.

Caso o contato apresente qualquer sintoma diferente de erupção cutânea, deverá ser afastado por 7 dias. Se não houver aparecimento de erupção cutânea, esse contato pode sair do isolamento, mas deverá ter a temperatura corporal aferida duas vezes ao dia até completar 21 dias após a exposição. Caso apresentem erupção cutânea, serão considerados como casos suspeitos e deverão ter amostras coletadas para análise laboratorial.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou o Núcleo de Vigilância Epidemiologia Hospitalar (NVEH) devem ser comunicados no caso de atendimento de casos suspeitos, prováveis ou confirmados. Esta é uma doença de notificação imediata ao CIEVS-PB.
--

7 VACINAÇÃO

A vacinação antivariólica foi encerrada no Brasil em 1971 e o país recebeu o certificado internacional de erradicação da doença em 1973. **Não há vacina específica para Monkeypox**

registradas no Brasil. A vacina contra varíola confere 85% proteção e estudos demonstram que os títulos de anticorpos podem permanecer elevados por até 88 anos após a vacinação. A Infecção pode ocorrer em vacinados para a varíola, mas a progressão da doença tende a ser leve, a mortalidade pode não ser alta, mas pode sobrecarregar os serviços de saúde porque os profissionais infectados necessitarão de licenças prolongadas de até 4 semanas.

8 DA GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos e ou confirmados da Monkeypox devem ser enquadrados na categoria A1, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018.

Os resíduos devem ser acondicionados em sacos plástico da cor **vermelha** (com simbologia de risco) e devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 48 horas, independente do volume e identificados pelo símbolo de substância infectante. Estes resíduos devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

De forma contingencial, na ausência do saco plástico vermelho, poderá ser utilizado saco branco leitoso com simbologia de risco associado (infectante) e com identificação adicional de que se trata se resíduos provenientes de pacientes suspeitos e ou confirmados de Monkeypox.

O fluxo de geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada deve seguir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada Serviços de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Comunicação de risco Rede CIEVS N°6 22/05/2022, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Sala de Situação Monkeypox N°9 31/05/2022, 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N°03/2022 31/05/2022. Atualizada em 02/06/2022. Orientações para prevenção e controle da Monkeypox nos serviços de saúde, 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. RDC 222 de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. DOM, Edição 61, Seção 1, página 76; 2018.

BUNGE, E.M; HOET, B; CHEN, L.; LIENERT, F; WEIDENTHALER, H.; BAER, L.R . The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat? A systematic review. PLoS Negl Trop Dis 16(2): e0010141, 2022. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010141>.

LIMA, F. S. et al. Orientações gerais, prevenção e controle da Monkeypox. Protocolos Clínicos. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. p.20. 2022.

PETERSEN *et al.* Human monkeypox epidemiologic and clinical characteristics, diagnosis and prevention. Infect Dis Clin N Am 33 (2019) 1027–1043.

TAUB, D.D. et al. Immunity from smallpox vaccine persists for decades: a longitudinal study. Am J Med. 2008 December ; 121(12): 1058–1064. doi:10.1016/j.amjmed.2008.08.019.

WHO. World Health Organization. Multi-country monkeypox outbreak in non-endemic countries. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreaknews/item/2022-DON385>. Acesso em 23/05/2022.

ANEXOS

ANEXO I – Resumo do diagnóstico laboratorial para Monkeypox.

Amostra Clínica	Tipo de Diagnóstico	Procedimento de Coleta	Armazenamento e Conservação	Observações
Secreção de Lesão	Biologia Molecular (qPCR e Sequenciamento)	Coletar amostras das lesões com swab de dácron, poliéster ou nylon secos, em fase aguda da doença. Sugere-se coletar secreção de mais de uma lesão.	Armazenar preferencialmente em tubo de transporte seco, sem adição de meios de transporte. Refrigerar (2-8°C) por até 48 horas. Após esse período, congelar (-20°C ou menos).	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.
Crosta de Lesão	Biologia Molecular (qPCR e Sequenciamento)	Coletar fragmentos ou crosta ressecada da lesão em fase mais tardia da doença. Sugere-se coletar crosta de lesão de mais de uma lesão.	Armazenar em tubo de transporte seco, sem adição de meios de transporte. Refrigerar (2-8°C) por até 48 horas. Após esse período, congelar (-20°C ou menos).	
Sangue Total	Biologia Molecular	Coletar cerca de 5mL (criança) e 10mL (adulto) de sangue total, sem anticoagulante, para obtenção de soro, sendo a coleta realizada até o 5º dia a partir do início dos sintomas. Aliquotar 2-3mL do soro para realizar testes moleculares.	Utilizar tubo de plástico estéril, com tampa de rosca e anel de vedação. Refrigerar (2-8°C) por até 48 horas. Após esse período, congelar (-20°C ou menos).	
Secreção de oro/nasofaringe	Biologia Molecular	Coletar 3 swabs, sendo 2 de secreção de nasofaringe e 1 de secreção de orofaringe (swab combinado).	Coletar as amostras utilizando swab de Rayon, com haste flexível e estéril na narina do paciente até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe. Realizar movimentos rotatórios por 10 segundos e, em seguida, retirá-lo. Refrigerar (2-8°C) por até 48 horas. Após esse período, congelar (-20°C ou menos).	
Urina	Biologia Molecular	Coletar até 10mL no período de até 15 dias após o início dos sintomas.	Coletar a urina em recipiente seco, sem adição de conservantes. Refrigerar (2-8°C) por até 48 horas. Após esse período, congelar (-20°C ou menos).	

***Todas as amostras devem estar cadastradas no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e notificar no Redcap conforme descrito no item de notificação.**