



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Nota Técnica N.º 3/2022 - SES/SAIS

Brasília-DF, 22 de julho de 2022.

ASSUNTO: Orientações gerais para atendimento de casos suspeitos/confirmados de Monkeypox nos serviços de saúde.

Essa Nota Técnica **substitui** a Nota Técnica N.º 4/2022 - SES/SVS/DIVEP/GECAMP com retificação e complementação de informações quanto as condutas em casos suspeitos de Monkeypox.

OBJETIVO: Orientar os profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados às pacientes suspeitos/confirmados, no âmbito da atenção hospitalar, baseando-se nas orientações e normativas vigentes da SES-DF, do Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e na literatura científica atualizada relacionada ao tema.

JUSTIFICATIVA: A Monkeypox é uma doença zoonótica viral causada pelo vírus Monkeypox do gênero Orthopoxvirus e família Poxviridae, cuja transmissão para humanos pode ocorrer por meio do contato com animal ou humano infectado ou com material corporal humano contendo o vírus. Geralmente é uma doença autolimitada, com os sintomas que duram de 2 a 4 semanas.

Para evitar que haja um estigma e ações contra os primatas não humanos, o Ministério da Saúde (MS) optou por não denominar a doença no Brasil como varíola dos macacos. O reservatório natural da doença ainda está sendo investigado, principalmente em pequenos roedores. Assim, apesar do estranhamento, uma tentativa de solucionar a situação foi a de usar a denominação dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS): Monkeypox.

NUCOM/SAPS/MS

1. TRANSMISSÃO

A transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio de gotículas respiratórias ou contato com lesões cutâneas ou fluidos corporais de pessoa infectada. O contato com superfícies ou objetos contaminados também pode ser fonte de transmissão, uma vez que o MPXV sobrevive por até 90 horas em superfícies e pode entrar num organismo suscetível através da pele não íntegra, trato respiratório ou mucosas (dos olhos, nariz ou boca).

A transmissão via gotículas respiratórias usualmente requer contato mais próximo entre o indivíduo infectado e o indivíduo suscetível, o que aumenta o risco de contaminação para trabalhadores da saúde, membros da família e outros contactantes do caso.

O período de transmissão da MPX ocorre desde o início dos sintomas (raramente no período pré-sintomático) até o desaparecimento das crostas, que são o estágio final nas lesões cutâneas.

2. PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação da MPX é em média de 6 a 13 dias, podendo variar de 5 a 21 dias.

3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A MPX é geralmente uma doença autolimitada, cujos sinais e sintomas duram de 2 a 4 semanas.

3.1. MANIFESTAÇÃO CLÍNICA CLÁSSICA

Pode-se dividir a forma clássica de MPX em 2 períodos:

- Período febril (entre os dias 0 e 5 de sintomas): caracterizado por febre de início súbito, cefaleia, linfadenomegalias, dor nas costas, mialgia e astenia. A linfadenomegalia é um sinal importante para o diagnóstico diferencial da MPX com outras doenças que podem apresentar sintomatologia semelhante, como a varicela e o sarampo;
- Período de erupção cutânea (entre 1 e 3 dias após o início da febre): surgem erupções cutâneas com distribuição geralmente crânio-caudal. As áreas mais afetadas são a face (em 95% dos casos) e as extremidades (em 75% dos casos). Também podem ser afetadas as mucosas orais (em 70% dos casos), genitália (30%) e conjuntiva (20%), bem como a córnea. A erupção evolui sequencialmente por diferentes estágios: máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas, o que ocorre em cerca de 10 dias e após isso as crostas secam e caem. O número de lesões é variado. Em casos graves, as lesões podem coalescer até que grandes porções de pele percam a sua integridade, levando a dor, ulceração e, em alguns casos, infecção bacteriana secundária - que deve ser oportunamente diagnosticada e tratada.

3.2. CARACTERÍSTICAS ATÍPICAS

A erupção pode começar nas áreas genital e perianal e nem sempre se disseminar para outras partes do corpo. Os sintomas prodrômicos podem ser leves ou ausentes. Essas características dos casos mais recentes de MPX podem ser facilmente confundidas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). É importante avaliar de forma abrangente os pacientes que apresentem lesões genitais ou perianais para ISTs. No entanto, coinfeções com MPX e ISTs foram relatadas e a presença de uma IST não exclui MPX. Pacientes com uma nova erupção característica ou que preenchem 1 ou mais dos critérios epidemiológicos definidos no conceito de caso suspeito devem ser testados para MPXV.

Proctite e faringite, com lesões cutâneas mínimas, podem ser outra forma de apresentação. Podem surgir também lesões subungueais róseas e eritematosas.

4. POPULAÇÃO DE RISCO, PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES E SINAIS DE GRAVIDADE

São considerados população de risco para complicações e evolução desfavorável de MPX:

- Crianças (especialmente < 8 anos de idade);

- Gestantes e lactantes;
- 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).
- Portadores de queimaduras, dermatite atópica ou outras doenças eczematosas em atividade, como eczema; impetigo; varicela; herpes zoster; herpes simples; acne grave; dermatite de fraldas grave com extensa área de solução de continuidade da pele; psoríase; dentre outras;
- Pessoas com infecções irregulares envolvendo implantação acidental nos olhos, boca ou outras áreas anatômicas onde a infecção pelo vírus Monkeypox pode constituir um risco especial (por exemplo, genitais ou ânus);
- Pessoas em situação de vulnerabilidade social.

As principais complicações associadas à MPX são:

- Complicações cutâneas: Infecções secundárias, perda de fluidos por exsudação, lesões dolorosas em mucosas, cicatrizes.
- Uretrite;
- Proctite grave;
- Complicações oculares: Úlceras na córnea, infecções secundárias, redução da acuidade visual, cegueira.
- Complicações pulmonares: Broncopneumonia; insuficiência respiratória.
- Complicações nutricionais: As lesões cutâneas podem levar a considerável perda de fluido por exsudação. Lesões em mucosa oral podem levar a dificuldade para alimentação e hidratação.

Há critérios clínicos de gravidade que devem ser observados e, se presentes, indicam encaminhamento ao serviço hospitalar de referência, especialmente na população de risco:

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

5. DEFINIÇÕES DE CASOS

Caso suspeito: Indivíduo de qualquer idade que, a partir de 15/03/2022, apresente início súbito de erupção cutânea aguda, única ou múltipla, sugestiva* de Monkeypox, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital), associada ou não a adenomegalia ou relato de febre.

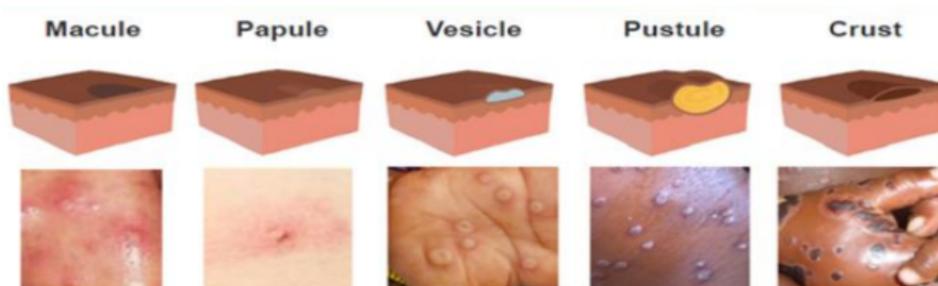
*Erupção cutânea sugestiva de MPX: lesões profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central; com progressão através de estágios sequenciais específicos – máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas (Figura 1).

Caso confirmado: Indivíduo que atende à definição de caso suspeito com resultado/laudo de exame laboratorial "Positivo/Detectável" para MPXV por diagnóstico molecular (RT-PCR e/ou sequenciamento).

Caso descartado: Indivíduo que atende à definição de caso suspeito com resultado/laudo de exame laboratorial "Negativo/Não Detectável" para MPXV por diagnóstico molecular (RT-PCR e/ou sequenciamento).

Caso provável: Indivíduo que atende à definição de caso suspeito e que após a investigação epidemiológica, por qualquer motivo, não teve possibilidade de realizar exame laboratorial.

Figura 1. Evolução das lesões cutâneas causadas pela infecção pelo vírus Monkeypox



Fonte: OMS

Diagnóstico Diferencial: Podem ser confundidas com outras doenças que são mais comumente encontradas na prática clínica, como sífilis secundária, herpes simples e varicela zoster. Historicamente, foram registrados relatos esporádicos de pacientes coinfectados por MPX e outros agentes (como sífilis e varicela zoster). Portanto, pacientes com erupção cutânea característica devem ser considerados suspeitos para MPX, mesmo com confirmação laboratorial para outros agentes etiológicos. Outras infecções sexualmente transmissíveis podem fazer parte do diagnóstico diferencial, como: sífilis primária ou secundária, cancroide, linfogranuloma venéreo, infecção gonocócica disseminada, além de outras infecções como varicela, herpes zoster, Herpes simples, molusco contagioso, entre outros.

6. DIAGNÓSTICO

A anamnese e o exame físico são fundamentais para a identificação de casos suspeitos e seu diagnóstico diferencial com outras doenças, como: exantemáticas (varicela, sarampo, rubéola, entre outras), infecções bacterianas da pele, escabiose, sífilis e reações alérgicas, devendo-se considerar o contexto epidemiológico em que o paciente está inserido. Atentar-se para a adenomegalia durante o período febril da doença, que pode distinguir a MPX da varicela ou outras doenças ou agravos.

A confirmação diagnóstica se dá por testes moleculares (RT-PCR/sequenciamento) que detectam sequências específicas do vírus em amostras do paciente. As amostras para diagnóstico são de lesões cutâneas.

6.1. EXAMES CONFIRMATÓRIOS:

6.1.1. **Material vesicular (secreção de vesícula):** Após romper a lesão com agulha estéril a coleta da secreção de vesículas ou pústulas na fase aguda é a ideal, pois é quando a carga viral é mais elevada na lesão, aumentando-se a sensibilidade.

A secreção pode ser coletada por swabs estéreis de nylon, rayon, poliéster ou Dacron. Colocar o swab preferencialmente em tubo seco, SEM líquido preservante, do tipo Falcon 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 µl. Havendo lesões na cavidade bucal, pode-se recolher material das lesões com swab. Refrigerar entre 2 a 8°C para transporte. A coleta do material vesicular deverá ser realizada conforme a instrução demonstrada no vídeo abaixo:

<https://lacendf.saude.df.gov.br/monkey-virus/>

6.1.2. **Crosta (Crosta de Lesão):** Quando o paciente é atendido em fase mais tardia, o material a ser coletado são as crostas das lesões. As crostas devem ser retiradas com o auxílio de agulha ou bisturi, que serão armazenadas em frascos limpos, do tipo Falcon, SEM líquido preservante (neste caso, o uso de qualquer líquido preservante reduz em muito as chances de detecção).

6.2. EXAMES PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Soro Coletar 10 ml em adultos e 5ml em crianças para todos os casos suspeitos (herpes simplex 1 e 2 e teste rápido para sífilis). A depender do quadro clínico do paciente, após avaliação individualizada do caso, pode-se solicitar outros exames também.

OBSERVAÇÃO:

Os swabs de secreção de vesículas e crostas deverão ser armazenados obrigatoriamente em tubo de transporte seco, sem adição de meios de transporte.

As crostas devem ser armazenadas em frascos limpos SEM líquido preservante.

As amostras poderão permanecer em temperatura ambiente por 1 hora ou refrigeradas (2-8 °C.) por um período máximo de 7 dias. Após esse período devem ser congeladas a -20 °C (ou menos).

7. FLUXO ASSISTENCIAL

7.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA

A APS é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Capilarizada, está presente nos locais mais próximos à vida dos usuários, o que possibilita maior acessibilidade. Assim, o atendimento inicial aos casos suspeitos de MPX deve ser realizado, preferencialmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a ampliar o acesso e aumentar o vínculo, com avaliação da necessidade de encaminhamento ao hospital para os casos que apresentam sinais de gravidade.

No que se refere aos profissionais das equipes de saúde da APS é necessário atenção às atualizações referentes à MPX, considerando que é recente a transmissão da doença no Distrito Federal. E com isso, para um atendimento eficaz às UBS precisam estabelecer uma organização do espaço físico e do processo de trabalho de modo a oferecer o acolhimento e direcionamento adequado aos usuários com quadro suspeito ou confirmado de MPX. Além disso, se faz necessário que algumas medidas sejam implantadas para evitar a transmissão do vírus nas UBS à outros usuários e profissionais de saúde, bem como realizar educação em saúde com a população para conscientização e educação frente a esse novo problema de saúde pública.

Caso seja necessário lembrar que o abastecimento de insumos para coletas de exames das Unidades Básicas de Saúde (UBS), será feito pelo NVEPI da Região de Saúde a que pertencem, uma vez estes que são responsáveis pelo pedido dos kits de coleta de suas respectivas Regiões.

7.2. ATENÇÃO AMBULATORIAL SECUNDÁRIA

A Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) é parte da rede de vigilância da Monkeypox, tendo responsabilidade de identificar casos suspeitos e prestar os cuidados necessários compatíveis com a capacidade instalada da unidade de atendimento. Os profissionais da AASE atuarão no processo de identificação oportuna de usuários que apresentem critérios clínicos ou epidemiológicos para definição de caso.

Na suspeição de infecção por Monkeypox, o usuário deverá ser acolhido, avaliado clinicamente, notificado (conforme item 10) e encaminhado de forma responsável, com designação de serviço de referência e contato prévio para transferência de cuidados entre os serviços. Para os serviços que tiverem estrutura e logística, recomenda-se realizar todas as etapas de cuidado (conforme fluxograma 1), a fim de evitar circulação do usuário e prevenir transmissões.

Entende-se por encaminhamento responsável:

- Preenchimento de relatório com a identificação do usuário, descrição do caso, unidade de origem e unidade de destino;
- Encaminhar cópia de Ficha de notificação por meio eletrônico ou impressa;
- Orientações gerais sobre prevenção de transmissão da doença (utilizar máscaras, higienização das mãos, evitar tocar nas lesões e distanciamento físico de 2 metros);
- Contato telefônico prévio com a Unidade Básica de Saúde de referência do usuário.

Os **casos graves ou potencialmente graves**, deverão ser encaminhados para os hospitais de referência.

7.3. ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

A porta de internação preferencial para pacientes suspeitos ou confirmados da MPX, serão as do Hospital Regional da Asa Norte - HRAN, para pacientes adultos; Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB, para pacientes pediátricos e da Gineco/obstetrícia.

No entanto, para que não ocorra perda de orientação e monitoramento, todas as emergências fixas (SHE) e em todas as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) estarão preparadas para acolher, orientar e realizar os encaminhamentos, exames e notificações necessárias ao usuário com suspeita ou confirmação de MPX.

Os casos graves ou potencialmente graves devem com necessidade de internação devem ser encaminhados aos hospitais de referência, via sistema de regulação de leitos SISLEITOS, e serão acolhidos conforme disponibilidade de vagas.

As unidades de referência para internação são: Hospital Regional da Asa Norte – HRAN; Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB; Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF. As unidades acolherão público distintos conforme descrito a seguir:

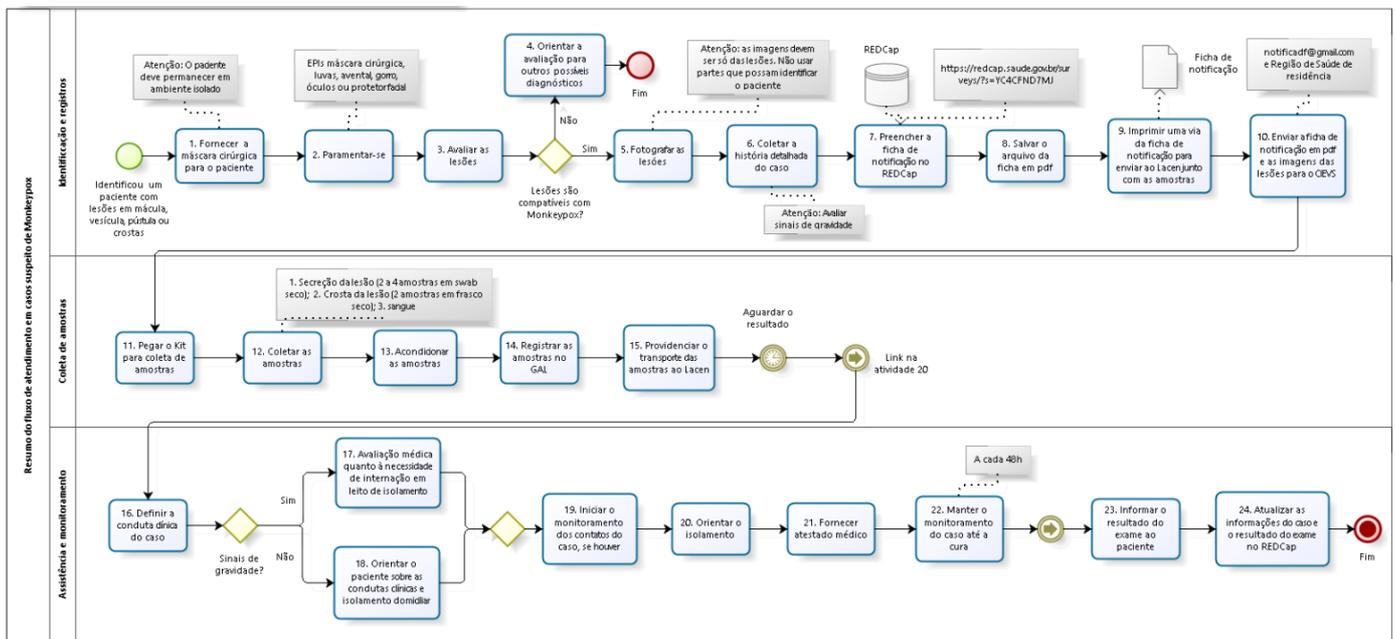
- HRAN – Disponibilizado 10 leitos para internação de pacientes adultos. Destes 8 (oito) leitos regulados em Panorama 3 e 2 (dois) leitos regulados em Panorama 1.

- HMIB – Referência para pacientes pediátricos (Em todas as suas fases), ginecologia e obstetrícia e neonatais. Neste primeiro momento não haverá definição de leito fixo e a disponibilidade de vagas se dará mediante demanda. A regulação será em Panorama 2.

- HBDF – Disponibilização de até 2 (dois) leitos e UTI e referência para internação de pacientes imunossuprimidos e saúde mental com comorbidades. Neste primeiro momento não haverá definição de leito fixo e a disponibilidade de vagas se dará mediante demanda. A regulação será em Panorama 3.

O atendimento nos diversos níveis de atenção daqueles usuários com suspeita de Monkeypox, bem como as atividades a serem realizadas para identificação, registros, coleta de amostras, avaliação e monitoramento dos casos, deverá seguir o fluxo abaixo:

Fluxograma 1: Fluxo de Condutas em casos suspeitos de Monkeypox



IMPORTANTE:

As amostras (swab da secreção de vesículas ou crostas) devem ser encaminhadas ao LACEN-DF cadastradas no sistema GAL. Para unidades que não disponibilizam de etiquetadoras do GAL, as amostras devem ser encaminhadas ao LACEN identificadas com as seguintes informações:

- Nome completo do paciente (sem abreviações);
- Data de nascimento;
- Número SES; - Número de cadastro no GAL;
- Região do corpo onde a coleta foi realizada.

8. MANEJO DOS CASOS

8.1. PRECAUÇÕES RECOMENDADAS

As unidades de saúde devem destinar um ambiente isolado para atendimento dos pacientes com suspeita ou confirmação de Monkeypox. As unidades de internação preferencialmente devem conter uma ala/enfermaria exclusiva para pacientes com suspeita clínica e outra para casos confirmados, obedecendo as recomendações de isolamento. No caso de enfermarias coletivas, com pacientes suspeitos, o distanciamento mínimo entre os leitos deverá ser de 1,5m. Cada serviço pode individualizar o seu fluxo de assistência de forma que os pacientes com suspeita ou confirmação de Monkeypox não compartilhem os mesmos ambientes que os demais pacientes, e sejam respeitadas as medidas de biossegurança recomendadas.

- **PRECAUÇÕES DE CONTATO + GOTÍCULAS:** Assistência direta ao paciente suspeito e confirmado. EPI recomendado para os profissionais: máscara cirúrgica, luvas, gorro, óculos e avental descartável de mangas longas. Deve ser feita a higienização das mãos e troca de luvas de procedimento e avental descartável de mangas longas entre pacientes.

- O paciente deve usar máscara cirúrgica bem ajustada à face cobrindo nariz, boca e queixo e cobrir as lesões cutâneas o máximo possível (com vestimentas, avental com mangas longas e/ou lençol). Manter o distanciamento de 2 metros entre os pacientes em ambientes de espera.
- Caso haja a necessidade de coleta de amostra de naso/orofaringe, deve-se realizá-la em local de isolamento respiratório. Na ausência desse tipo de unidade, deve-se colocar o paciente em um quarto/área individual bem ventilado (janelas abertas ou ar condicionado que garanta a exaustão adequada), com portas fechadas e restringir o número de profissionais no local durante estes procedimentos. Neste caso, o profissional deve usar máscara tipo N95 ou equivalente (N99, N100, PFF2 ou PFF3), além dos demais EPI descritos anteriormente. Esta recomendação abrange também os profissionais responsáveis pela limpeza e desinfecção do ambiente. Deve ser realizada a limpeza e desinfecção do ambiente a cada procedimento.
- Deve ser realizada a limpeza e desinfecção do leito do paciente e do ambiente ao seu redor, após a alta.
-

8.2. TRATAMENTO

O tratamento da MPX é direcionado para os sintomas, com o objetivo de aliviar-los, além de prevenir e tratar complicações. Os pacientes devem fazer repouso, receber hidratação e aporte nutricional adequados. Infecções bacterianas secundárias devem ser oportunamente diagnosticadas e tratadas, bem como quaisquer outras complicações.

Pacientes em bom estado geral que não fazem parte da população de risco devem cumprir isolamento domiciliar até a liberação dos resultados laboratoriais, quando devem ser reavaliados e reorientados quanto ao tratamento e a continuidade ou não do isolamento e do monitoramento dos contatos.

8.2.1. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Medicamentos que podem ser utilizados em caso de dor ou febre:

- 1ª opção: Dipirona (500 mg/ml ou 500 mg/cp) em caso de dor ou febre, até de 6/6h.
 - Crianças: > 3 meses: (lactentes 10 mg/kg/dose; pré-escolares: 15 mg/kg/dose)
 - Adultos: 500-1000 mg (dose máxima no adulto = 4g/dia).
- 2ª opção: Paracetamol (200 mg/ml ou 500 mg/cp), até de 6/6h ou 4/4h a depender da frequência de febre ou dor.
 - Crianças: 10-15 mg/kg/dose (máximo de 5 doses ao dia)
 - Adultos: 500-1000 mg/dose (máximo de 3 g/dia).

Para casos mais severos, especialmente em casos de uretrite e/ou proctite, o uso de opióides pode ser necessário.

8.2.2. CUIDADOS COM AS LESÕES CUTÂNEAS

Os pacientes deverão ser estimulados a utilizar vestimentas de manga longa, cobertores que devem ser trocados quando úmidos, para minimizar o risco de contato das secreções com outras pessoas.

Deve-se evitar tocar nas lesões e levar as mãos à boca e/ou aos olhos. As vesículas não devem ser rompidas, e a higienização da pele e das lesões podem ser realizadas com água e sabão, evitando infecções bacterianas.

Não há necessidade de realizar curativos nas lesões, porém quando orientado pela equipe poderá utilizá-los para proteger a área, desde que seja orientado pela equipe de assistência à saúde.

Caso paciente apresente infecções bacterianas secundárias, o uso de antimicrobianos está indicado. Entretanto, antibioticoprofilaxia não é rotina recomendada para MPX.

9. TEMPO DE ISOLAMENTO

O vírus Monkeypox pode ser transmitido desde o momento em que os sintomas começam (fase febril) até a cicatrização das erupções cutâneas terem cicatrizado completamente e uma nova camada de pele se formar. A doença geralmente dura de 2 a 4 semanas. O isolamento do caso suspeito/confirmado só deverá ser encerrado após o desaparecimento completo das lesões.

9.1. ORIENTAÇÕES PARA O ISOLAMENTO DOMICILIAR

Os casos suspeitos ou confirmados deverão ser orientados a:

- Ficar isolado de outros membros da família, quando possível, em quarto/ambiente ventilados e em cama separada. Quando não possível isolar individualmente, manter o distanciamento de pelo menos 2 metros;
- Em unidades de acolhimento, unidades socioeducativas e outras unidades coletivas, isolar o paciente em local separado dos outros acolhidos;
- Proibir visitas e restringir acompanhantes, a não ser em casos obrigatórios, bem como contato com animais;
- Evitar uso de lentes de contato, objetivando reduzir a probabilidade de infecção ocular;
- Não utilizar barbeador em áreas com lesão cutânea;
- Evitar 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.
- Em relação à atividade sexual, a OMS orienta abstenção durante toda a evolução da doença devido à proximidade ocorrida na relação íntima, **não por ser considerada infecção sexualmente transmissível.**

9.2. ISOLAMENTO EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

É fundamental que seja mantida uma distância mínima de 2 metros 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.

10. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

Todo caso suspeito atendido na rede pública ou privada de saúde deve ser notificado imediatamente, em até 24h, por meio da ficha de notificação online <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=YC4CFND7MJ>. Caso o serviço esteja sem acesso à internet no momento do atendimento, deve-se preencher a forma impressa da ficha (vide Anexo 1) e, assim que possível, fazer a notificação online.

Após a notificação ao Ministério da Saúde, deve-se notificar o caso também ao CIEVS pelo e-mail notificadf@gmail.com, com cópia para a GEVITHA (exantematicas.df@gmail.com). Em caso de dúvidas, o telefone do CIEVS é (61) 992219439 ou 991456114.

11. MONITORAMENTO DE CASOS E CONTATOS

11.1. Definições de contato

Contato: pessoa que foi exposta em diferentes contextos a um caso suspeito ou confirmado de MPX durante o período infeccioso, desde o início dos sintomas do caso até que todas as crostas das lesões cutâneas tenham caído. Em relação ao contato, se deve considerar as seguintes situações:

- Contato direto com pessoa com MPX suspeita ou confirmada (ex: diálogo a menos de 1 m de distância sem uso de máscara, contato direto com secreções ou lesões cutâneas, contato físico sem a posterior higiene das mãos, contato sexual, etc);
- Contato com materiais e superfícies contaminados, como roupas, termômetros ou roupas de cama de pessoa suspeita ou confirmada;
- Profissional de saúde durante a assistência à saúde: sem uso ou com uso incorreto de máscara cirúrgica durante o atendimento ao paciente suspeito ou confirmado OU sem uso ou com uso incorreto de máscara de proteção respiratória (N95/PPF2 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 ou lesões cutâneas de pessoa suspeita ou confirmada, materiais e superfícies contaminados.

11.2. Monitoramento de Casos

Caso seja identificado um caso suspeito de Monkeypox no serviço de saúde, deve-se iniciar imediatamente a identificação e o rastreamento de seus contatos, a fim de se estabelecer as medidas necessárias para prevenção da disseminação desse vírus para outras pessoas.

Após a identificação dos contatos, a equipe da Atenção Primária à Saúde, juntamente com a equipe do NVEPI, deve iniciar o monitoramento para a identificação oportuna de sinais e sintomas visando interromper, rapidamente, as cadeias de transmissão e desencadear as medidas de saúde pública necessárias.

Deverá ser feita comunicação com os contactantes do caso suspeito/confirmado e orientá-los a monitorar o aparecimento de lesões, febre e outros sintomas sugestivos. Deverá orientar que os contatos verifiquem sua temperatura diariamente, durante todo o período de monitoramento. Caso surjam estes sintomas, deverá procurar atendimento em serviço de saúde imediatamente, informando a sua exposição aos profissionais da assistência até o período máximo de incubação da doença, ou seja, até 21 dias da data do último contato com o caso de Monkeypox; ou até que o contato apresente sinais e sintomas e se torne um caso suspeito.

Se o caso suspeito for descartado durante a investigação epidemiológica, o monitoramento dos seus contatos deverá ser interrompido e os mesmos serão comunicados quanto ao ocorrido.

Durante este período, o contato rastreado deverá manter as precauções padrão para diminuir o risco de exposição de outras pessoas caso ele tenha sido realmente infectado.

Os contatos que permanecem assintomáticos podem ser autorizados a continuar as atividades diárias de rotina (por exemplo, ir ao trabalho, à escola etc.). Os contatos não devem doar sangue, células, tecidos, leite materno, sêmen ou órgãos enquanto estiverem sob vigilância dos sintomas.

Os sintomas que o contato deve ficar atento são: febre, calafrios, linfadenopatia e erupção cutânea. Febre e erupção cutânea ocorrem em quase todas as pessoas infectadas com o vírus da Monkeypox. Se febre ou erupção não se desenvolverem e calafrios ou linfadenopatia persistirem, o contato deve ser avaliado por um médico quanto a outras causas.

Se um contato desenvolver erupção cutânea durante o período de monitoramento, ele deverá então ser isolado e avaliado como caso suspeito e uma amostra laboratorial terá de ser coletada para a detecção do vírus da Monkeypox. Nesta situação, deverá ser realizado o rastreamento dos contatos do caso secundário conforme descrito anteriormente.

Para sistematizar o rastreamento e o monitoramento dos contatos, um instrumento para a coleta de dados foi elaborado e deverá ser utilizado como parte da investigação epidemiológica de todos os casos notificados. Neste sentido, este instrumento deverá ser mantido atualizado junto à ficha de investigação do seu respectivo caso e seus dados enviados para o CIEVS/GECAMP.

11.3. Monitoramento de Contatos:

Após a identificação dos contatos, a equipe da Atenção Primária à Saúde, juntamente com a equipe do NVEPI, deve iniciar o monitoramento para a identificação oportuna de sinais e sintomas visando interromper, rapidamente, as cadeias de transmissão e desencadear as medidas de saúde pública necessárias.

O monitoramento dos contatos deverá ser realizado, preferencialmente por telefone a cada 48 horas, até o período máximo de incubação da doença, ou seja, até 21 dias da data do último contato com o caso de Monkeypox; ou até que o contato apresente sinais e sintomas e se torne um caso suspeito.

12. DEMAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E BIOSSEGURANÇA

12.1. Limpeza e desinfecção de superfícies:

- Nas áreas de isolamento deve ser realizada limpeza concorrente três vezes ao dia;
- A desinfecção pode ser feita com álcool a 70%, hipoclorito de sódio 1% ou outros desinfetantes a base de fenóis e iodóforos e de quaternários de amônio, seguindo os protocolos estabelecidos pela instituição;
- No caso da superfície apresentar matéria orgânica visível, deve-se, inicialmente, proceder à retirada do excesso da sujidade com papel/tecido absorvente e, posteriormente, realizar a limpeza e desinfecção desta. Ressalta-se a necessidade da adoção das medidas de precaução para estes procedimentos;
- Deve-se limpar e desinfetar todas as superfícies próximas ao paciente (por exemplo, grades da cama, cadeiras, mesas de cabeceira e de refeição), além das superfícies frequentemente tocadas (por exemplo, maçanetas, grades dos leitos, interruptores de luz, superfícies de banheiros nos quartos dos pacientes);
- Além disso, devem ser incluídos os equipamentos eletrônicos de múltiplo uso (ex: bombas de infusão), os utilizados durante a prestação da assistência e os dispositivos móveis que são movidos frequentemente para dentro e para fora dos quartos dos pacientes (ex: verificadores de pressão arterial e oximetria).

12.2. Processamento dos equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência ao casos suspeitos ou confirmados de MPX:

- Não há uma orientação especial quanto ao processamento de equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência a casos suspeitos ou confirmados de MPX. O processamento deve ser realizado de acordo com as características, finalidade de uso e orientação dos fabricantes e dos métodos escolhidos. Além disso, devem ser seguidas as determinações previstas na RDC nº 15, de 15 de março de 2012, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- Equipamentos, produtos para saúde ou artigos para saúde utilizados em qualquer paciente devem ser recolhidos e transportados de forma a prevenir a possibilidade de contaminação de pele, mucosas e roupas ou a transferência de microrganismos para outros pacientes ou ambientes. Por isso, é importante frisar a necessidade da adoção das medidas de precaução na manipulação destes materiais.
- O serviço de saúde deve estabelecer fluxos, rotinas de retirada e de todas as etapas do processamento dos equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados durante a assistência.

12.3. Processamento de roupas hospitalares:

Não é necessário adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes de casos suspeitos ou confirmados de MPX, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas provenientes de outros pacientes em geral. Porém, ressaltam-se as seguintes orientações:

- Na retirada da roupa suja deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as medidas de precauções já descritas anteriormente neste documento;
- Roupas provenientes dos isolamentos não devem ser transportadas por meio de tubos de queda;
- Ao manipular roupa suja proveniente de unidade de isolamento não é recomendada a sua separação e classificação na área suja, devendo esta ser colocada diretamente na lavadora.

12.4. Tratamento de resíduos:

- O MPXV deve ser enquadrado como agente biológico Classe de Risco 3 (alto risco individual e moderado risco para a comunidade). Portanto, todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados devem ser enquadrados no Grupo A - Subgrupo A1, conforme as determinações da RDC/Anvisa nº 222/18.
- Os resíduos devem ser acondicionados em sacos vermelhos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma 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.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reitera-se a necessidade de readequar e redimensionar escalas, agendas e os pactos entre as equipes mantendo fluxos clínico-organizacionais distintos para atendimento a casos suspeitos de MPXV evitando assim a disseminação do vírus, bem como a garantia do acesso, da qualidade e da integralidade do cuidado no atendimento em saúde à população geral, resguardando e promovendo a segurança dos usuários e dos servidores.

Ressaltamos que as orientações desta Nota Técnica são baseadas nas últimas publicações científicas e recomendações de órgãos regulamentadores. As orientações e informações podem ser atualizadas a qualquer momento, à medida que novos conhecimentos científicos sejam publicados.

Em tempo oportuno será publicado o **plano de contingência para enfrentamento da Monkeypox nos serviços de saúde, desta SES/DF**, no qual constará informações mais detalhadas e complementares ao que for abordado nessa NT.

Àqueles pacientes da RIDE que procurarem qualquer porta de entrada nos serviços de saúde, deverão ser acolhidos. Assim essas unidades serão responsáveis pelo acolhimento, notificação, prestação dos cuidados iniciais e necessários compatíveis ao caso.

14. BIBLIOGRAFIA

1. Brasil. Ministério da Saúde - MS. Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública – DSASTE. Coordenação Geral de Emergências em Saúde Pública - CGEMSP. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde – CIEVS. Informe SVS, n 28.; 19.06.2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-monkeypox/atualizacao-dos-casos-no-brasil>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Monkeypox. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/about.html>

3. Luciani, L., Inchauste, L., Ferraris, O., Charrel, R., Nougairède, A., Piorkowski, G., ... & Priet, S. (2021). A novel and sensitive real-time PCR system for universal detection of poxviruses. Scientific reports, 11(1), 1-6. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-81376-4>
4. UK Health Security Agency. News story: Monkeypox cases confirmed in England - latest updates. Last updated May 2022. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/news/monkeypoxcases-confirmed-in-england-latest-updates>
5. World Health Organization. Monkeypox. May 2022. Disponível em: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/monkeypox>
RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012
6. RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018
7. ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 03/2022 ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA MONKEYPOX NOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-03-2022-orientacoes-para-prevencao-e-controle-da-monkeypox-nos-servicos-de-saude>
8. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde Limpeza e Desinfecção de Superfícies/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2010 Processamento de roupas em serviços de saúde: prevenção e controle de riscos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos - 3. Ed.; 2017
10. Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>
11. Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/infection-control.html>
12. OPAS. Epidemiological Alert Monkeypox in non-endemic countries. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-monkeypox-nonendemiccountries-20-may-2022>.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Nº 01 Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS-COE - Jan. 2020. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletim-epidemiologicoSVS-28jan20.pdf>
14. WHO. Monkeypox - United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON381>
15. Grosenbach DW, Honeychurch K, Rose EA, Chinsangaram J, Frimm A, Maiti B, Lovejoy C, Meara I, Long P, Hruby DE. Oral Tecovirimat for the Treatment of Smallpox. N Engl J Med. 2018 Jul 5;379(1):44-53. doi: 10.1056/NEJMoa1705688.
16. [NOTA INFORMATIVA Nº 6/2022 CGGAP/DESF/SAPS/MS](#), Orientações às equipes da atenção primária à S
17. Rev Esp Quimioter; 2022 Jul 6; doi: 10.37201/req/059.2022. Online ahead of print.
18. Monkeypox in humans: a new outbreak; M C Martín-Delgado et al; doi: 10.37201/req/059.2022.
19. Lancet Infect Dis; 2022 May 24; S1473-3099(22)00228-6; doi: 10.1016/S1473-3099(22)00228-6. Online ahead of print.
20. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK; Hugh Adler et al; doi: 10.1016/S1473-3099(22)00228-6.

Atenciosamente,

MAURÍCIO GOMES FIORENZA

Subsecretário

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde - SAIS/SES

DIVINO VALERO MARTINS

Subsecretário

Subsecretaria de Vigilância à Saúde - SVS/SES

Ciente e de acordo

LUCIANO MORESCO AGRIZZI

Secretário-Adjunto

Secretaria-Adjunta de Assistência à Saúde - SAA/SES



Documento assinado eletronicamente por **MAURICIO GOMES FIORENZA - Matr.0172201-8**, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde, em 22/07/2022, às 15:58, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **DIVINO VALERO MARTINS - Matr.1692769-9**, Subsecretário(a) de Vigilância à Saúde, em 22/07/2022, às 16:40, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANO MORESCO AGRIZZI - Matr.1688993-2**, Secretário(a) Adjunto(a) de Assistência à Saúde, em 22/07/2022, às 17:32, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
verificador= **91663451** código CRC= **5D0DAA3D**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF

00060-00310978/2022-87

Doc. SEI/GDF 91663451