



PLANO DE CONTIGÊNCIA MONKEYPOX

SES-DF

VERSÃO 2
SETEMBRO DE 2022

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

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE DE ESTADO SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
COMITÊ OPERACIONAL DE EMERGÊNCIA – MONKEYPOX

Plano de Contingência - Monkeypox

Distrito Federal

LUCILENE MARIA FLORÊNCIO DE QUEIROZ

Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal

LUCIANO MORESCO AGRIZZI

Secretário Adjunto de Assistência à Saúde

MAURÍCIO GOMES FIORENZA

Subsecretário de Atenção Integral à Saúde

DIVINO VALERO MARTINS

Subsecretário de Vigilância à Saúde

CAMILA CARLONI GASPAR

Coordenação de Atenção Especializada à Saúde

SAMARA FURTADO CARNEIRO

Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços

FERNANDO ERICK DAMASCENO MOREIRA

Coordenação de Atenção Primária à Saúde

FABIANO DOS ANJOS PEREIRA MARTINS

Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Coordenador COE-Monkeypox

ANDRÉ GODOY RAMOS

Diretoria de Vigilância Sanitária

GRASIELA ARAÚJO DA SILVA

Laboratório Central de Saúde Pública

PRISCILLEYNE OUVENEY REIS

Coordenadora Executiva COE-Monkeypox

Este documento pode ser acessado através do endereço:

<https://www.saude.df.gov.br/pt/web/guest/monkeypox>

2ª edição – 2022 – versão eletrônica.

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Supervisão-geral: **LUCILENE MARIA FLORÊNCIO DE QUEIROZ**

ELABORADORES:

CAMILA MONTEIRO DAMASCENO

CHRISTIANE VIANA SILVA

CLARISSE LISBOA DE AQUINO ROCHA

DANIELE CASTRO BARBOSA

DENISE LEITE OCAMPOS

ELAINE FARIA MORELO

EZEQUIEL MARTINS MIRANDA DA CUNHA

FABIANA DE MATTOS RODRIGUES

FABIANO JOSÉ QUEIROZ COSTA

GEANDRO DE JESUS DANTAS

GILMARA LIMA NASCIMENTO

IZABELLA ARAUJO MORAIS

JADHER PERCIO

JOÃO PEDRO ANGELICI VIRGINIO

JOSÉ EUDES BARROSO VIEIRA

JULLIANA TENORIO MACÊDO DE ALBUQUERQUE COSTA

LÍVIA VANESSA RIBEIRO GOMES PANSERA

LUIZA MORAIS DE MATOS

MARCUS TULIO BATISTA SILVA

PAULO LISBÃO DE CARVALHO ESTEVES

PRISCILLA LEAL MOREIRA

RAQUEL VAZ CARDOSO

REGINALDO PEREIRA DA SILVA

RENATA BRANDÃO ABUD

RENATA CRISTINA F. REBELO

RICARDO THEOTÔNIO NUNES DE ANDRADE

SILVIA BRAGA MELO

SIMONE KÁTHIA DE SOUZA

THAÍS DA SILVA BRAGA

THALYTA PORTELA DE OLIVEIRA DAMASCENO

UBIRAJARA PICANÇO

VIRGILIO LUIZ MARQUES DE MACEDO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	TRANSMISSÃO	7
3	MEDIDAS DE PREVENÇÃO	8
4	PERÍODO DE INCUBAÇÃO	8
5	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	8
6	POPULAÇÃO DE RISCO, PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES E SINAIS DE GRAVIDADE	9
7	DEFINIÇÕES DE CASOS	11
7.1	CASO SUSPEITO	11
7.2	CASO CONFIRMADO	12
7.3	CASO DESCARTADO	12
7.4	CASO PROVÁVEL.....	12
8	REFERÊNCIAS DE ATENDIMENTO	13
8.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	15
8.2	ATENÇÃO AMBULATORIAL SECUNDÁRIA	17
8.3	ATENÇÃO TERCIÁRIA	17
9	DIAGNÓSTICO	21
9.1	TIPOS DE AMOSTRA PARA CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL	21
9.2	RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL – REDE PÚBLICA E PRIVADA	22
10	RECOMENDAÇÕES PARA O PERÍODO DE ISOLAMENTO DE CASOS	22
11	IMUNIZAÇÃO	25
12	TRATAMENTO	26
12.1	MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS	26
12.2	MEDICAMENTOS SINTOMÁTICOS	27
12.3	CUIDADOS COM AS LESÕES CUTÂNEAS	27
13	CONSIDERAÇÕES SOBRE CASOS NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E ALEITAMENTO MATERNO	28
14	NOTIFICAÇÃO DOS CASOS	31
15	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	32
16	MONITORAMENTO DE CASOS E CONTATOS	33
16.1	MONITORAMENTO DE CASOS	34
16.2	DEFINIÇÕES DE CONTATO	35
16.3	MONITORAMENTO DE CONTATOS.....	35
17	VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	37
18	AGLOMERADO DE CASOS E SURTOS EM INSTITUIÇÕES	38
18.1	NOTIFICAÇÃO DO AGLOMERADO OU SURTO	38
18.2	ORIENTAÇÕES PARA CENÁRIOS ESPECÍFICOS	39
19	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	40
19.1	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA EQUIPES DE SAÚDE E SEGURANÇA NO ÂMBITO DO SISTEMA PRISIONAL DO DISTRITO FEDERAL.....	44
19.2	RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS PARA AS UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS	48
20	MANEJO DO ÓBITO	50

21	MEDIDAS DE PREVENÇÃO E BIOSSEGURANÇA	52
21.1	ORIENTAÇÕES GERAIS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	52
21.2	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS ÀS UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	55
21.3	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA OS SERVIÇOS DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS (LAVANDERIAS DOMÉSTICAS OU HOSPITALARES)	56
21.4	ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA SUPERFÍCIES	57
21.5	TRANSPORTE DE PASSAGEIROS E SEUS TRABALHADORES.....	57
21.6	TRATAMENTO DE RESÍDUOS	58
22	COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	58
23	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
24	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	60
25	ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

A Monkeypox (MPX) é uma doença endêmica em países da África Central e Ocidental. No ano de 2022 a doença foi confirmada em diversos países não africanos. A possibilidade de um surto mundial alertou as autoridades sanitárias e chamou a atenção para a necessidade de ações que evitassem a disseminação da doença.

Causada pelo vírus Monkeypox (MPXV), do gênero Orthopoxvirus e família Poxviridae (que também inclui o vírus da varíola, o vírus vaccinia - usado na vacina contra a varíola - e o vírus da varíola bovina), foi identificada pela primeira vez em 1958 em primatas não humanos (macacos). Apesar do nome, é importante destacar que os primatas não humanos não são reservatórios do vírus da varíola. Embora o reservatório seja desconhecido, os principais candidatos são pequenos roedores nas florestas tropicais da África, principalmente na África Ocidental e Central. Trata-se de uma zoonose viral, cuja transmissão pode ocorrer por gotículas respiratórias, contato direto com lesões cutâneas, mucosas e fluidos corporais de pessoas e animais infectados ou contato indireto com objetos contaminados.

De forma a prevenir ações contra os primatas não humanos, bem como estigma a esses animais, tem-se optado por não denominar a doença como “varíola dos macacos”. Assim, apesar do estrangeirismo, uma tentativa de solucionar a situação foi a de usar a denominação dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) - Monkeypox.

A MPX é geralmente uma doença leve e autolimitada, com manifestações clínicas semelhantes às da varíola, doença imunoprevenível erradicada mundialmente em 1980, e reconhecida principalmente por suas erupções cutâneas.

No dia 23/07/2022, com mais de 16 mil casos notificados em 75 países, a OMS declarou que o atual surto de MPX constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 06 de Junho de 2022 e até o final de Agosto de 2022 já haviam sido notificados 4.876 casos e 2 óbitos em decorrência da doença.

O Distrito Federal (DF) confirmou seu primeiro caso no dia 22 de Julho deste ano em um homem na faixa etária de 30 a 39 anos, com histórico de viagem internacional próxima ao início dos sintomas. A partir do primeiro caso confirmado, a transmissão evoluiu até ser considerada comunitária, ou seja, os novos casos identificados se infectaram dentro da própria comunidade e não por viagens

internacionais. Até o 14 de setembro deste ano, o DF contava com 234 casos da doença, sem registro de óbito.

Com intuito de concentrar esforços e apoiar o planejamento para o combate à doença no DF, a Secretaria de Saúde do DF (SES-DF) instituiu o Comitê Operacional de Emergências (COE) Monkeypox em 29 de junho, por meio da portaria nº 509, publicada em 02 de agosto de 2022. Além disso, a SES-DF tem concentrado em um único portal (<http://www.saude.df.gov.br/monkeypox>) a divulgação de material informativo, normativas, orientações e atualizações epidemiológicas.

2 TRANSMISSÃO

O período de transmissão da MPX ocorre **desde o início dos sintomas até a cicatrização das crostas**, que é o estágio final das lesões cutâneas. Uma pessoa assintomática (durante o período de incubação ou após a cicatrização das crostas) não transmite a doença.

A transmissão entre humanos pode ocorrer por:

- Contato direto com lesões cutâneas, mucosas ou fluidos corporais (de pessoa infectada sintomática), incluindo contato físico direto como tocar, abraçar, beijar, contato íntimo ou sexual*;
- Gotículas respiratórias e fluidos corporais - especialmente durante contato próximo prolongado ou contato físico íntimo, incluindo o sexo*;
- Contato indireto por meio de roupas, objetos e superfícies contaminadas por lesões cutâneas ou fluidos corporais, uma vez que o MPXV sobrevive por até 90 horas em superfícies;
- Transmissão transplacentária.

***Estudos recentes sugerem que a transmissão pode se dar não apenas pelo o contato físico próximo durante o sexo, mas também pelo sêmen.**

A transmissão de animais infectados para humanos pode ocorrer por mordedura, arranhadura, preparo ou consumo de carne de caça ou contato com lesões cutâneas, mucosas ou fluidos corporais (de animais infectados). Também é possível que pessoas infectadas possam transmitir a doença para animais através do contato próximo, incluindo acariciar, abraçar, beijar, compartilhar áreas de dormir e compartilhar comida.

Embora os estudos acerca do comportamento da doença em animais sejam incipientes, sabe-se que a infecção em aves e répteis é menos provável e que nem todo animal infectado desenvolverá lesões cutâneas.

3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Para prevenir a infecção pelo MPXV, aconselha-se a evitar o contato direto com pessoas com suspeita ou confirmação da doença, bem como cautela no contato íntimo com indivíduos desconhecidos. No caso da necessidade de contato com casos suspeitos ou confirmados de MPX (por exemplo: cuidadores, profissionais da saúde, familiares próximos e parceiros, etc.) recomenda-se utilização de luvas, máscaras, avental e óculos de proteção.

Ressalta-se ainda a relevância de evitar compartilhar objetos e material de uso pessoal, tais como toalhas, roupas, lençóis, escovas de dente e talheres. É importante ainda lavar regularmente as mãos com água e sabão ou álcool em gel, principalmente após o contato com a pessoa infectada ou pertences potencialmente contaminados.

O cuidado com superfícies também é vital para garantir a prevenção, sendo recomendado limpar e desinfetar todas as superfícies contaminadas ou possivelmente contaminadas, além de descartar os resíduos contaminados (por exemplo, curativos) de forma adequada.

Pessoas com suspeita ou confirmação da doença devem cumprir isolamento imediato conforme descrito no tópico [10. RECOMENDAÇÕES PARA O PERÍODO DE ISOLAMENTO.](#)

4 PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação da MPX é em média de 6 a 13 dias, podendo variar de 5 a 21 dias, durante o qual não há transmissão da doença.

5 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

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

O quadro clínico clássico da MPX pode ser dividido em 2 fases:

Período febril/prodrômico (entre os dias 0 e 5 de sintomas): caracterizado por febre de início súbito, cefaleia, linfadenomegalias, dorsalgia, mialgia e astenia. A linfadenomegalia é um sinal importante para o diagnóstico diferencial da MPX com outras doenças que podem apresentar sintomatologia semelhante, como varicela e sarampo;

Período de erupção cutânea (entre 1 e 3 dias após o início da febre): surgem erupções cutâneas com distribuição geralmente crânio-caudal e centrífuga. As áreas mais afetadas são a face (em 95% dos casos) e os membros (em 75% dos casos), podendo acometer palmas das mãos e solas dos pés. Também podem ser afetadas as mucosas orais (em 70% dos casos), genitália (30%) e conjuntiva (20%), bem como a córnea. As lesões evoluem 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.

Os casos de MPX descritos no surto atual apresentam algumas características atípicas, como: (i) a erupção pode começar nas áreas genital e perianal, nem sempre se disseminando para outras partes do corpo, e (ii) 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). No entanto, coinfeções com MPX e ISTs foram relatadas e a presença de uma IST não exclui MPX.

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

6 POPULAÇÃO DE RISCO, PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES E SINAIS DE GRAVIDADE

Condições clínicas subjacentes ou “de base”, imunossupressão, a via de transmissão e a cepa (África Ocidental vs. África Central) podem contribuir para a doença grave, sequelas clínicas e aumento do risco de óbito. As complicações

relacionadas à MPX podem incluir broncopneumonia, sepse, encefalite e infecção da córnea, podendo levar à perda de visão.

São consideradas **populações de risco para complicações e evolução desfavorável da MPX:**

- Crianças (especialmente < 8 anos de idade);
- Gestantes e lactantes;
- Imunossuprimidos;
- 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, entre outras;
- Pessoas com infecções complicadas envolvendo implantação acidental nos olhos, boca ou outras áreas anatômicas onde a infecção pelo MPXV 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 e cicatrizes;
- Uretrite com dor de difícil tratamento, além de estenose uretral causada pela lesão ou sua cicatriz;
- Proctite grave com dor de difícil tratamento, além de estenose anal/retal causada pela lesão ou sua cicatriz;
- Complicações oculares: Úlceras na córnea, infecções secundárias, redução da acuidade visual, cegueira;
- Complicações pulmonares: broncopneumonia;
- insuficiência respiratória;
- Complicações nutricionais: risco de desidratação, visto que as lesões cutâneas podem levar a considerável perda de fluido por exsudação. Lesões em mucosa oral podem levar a dificuldade para alimentação e hidratação.

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

- Escala 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.

Deve-se considerar outros critérios de vulnerabilidade para a internação hospitalar e manutenção da internação, de modo a evitar maiores complicações e aumento da disseminação da doença.

7 DEFINIÇÕES DE CASOS

Considerando a transmissão comunitária da MPX no DF, utilizamos as seguintes definições de casos para o MPX:

7.1 CASO SUSPEITO

Indivíduo de qualquer idade que apresenta início súbito de lesão em mucosas E/OU **erupção cutânea aguda sugestiva*** de MPX, 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.**

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



Fonte: OMS

7.2 CASO CONFIRMADO

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

7.3 CASO DESCARTADO

Caso suspeito com resultado laboratorial "Negativo / Não Detectável" para MPXV por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento) OU sem resultado laboratorial para MPXV E realizado diagnóstico complementar que descarta monkeypox como a principal hipótese de diagnóstico.

7.4 CASO PROVÁVEL

Caso que atende à definição de caso suspeito, que apresenta um OU mais dos seguintes critérios listados abaixo, com investigação laboratorial de MPX não realizada ou inconclusiva e cujo diagnóstico de MPX 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 MPX 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 um caso provável ou confirmado de MPX 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 MPX nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas.

7.5 PERDA DE SEGUIMENTO

Caso que atenda à definição de caso suspeito e que atenda aos critérios listados abaixo:

- a. Não tenha registro de vínculo epidemiológico¹; **E**
- b. Não realizou coleta de exame laboratorial OU realizou coleta de exame laboratorial, mas a amostra foi inviável OU teve resultado inconclusivo; **E**
- c. Não tem oportunidade de nova coleta de amostra laboratorial (30 dias após o início da apresentação de sinais e sintomas).

8 REFERÊNCIAS DE ATENDIMENTO

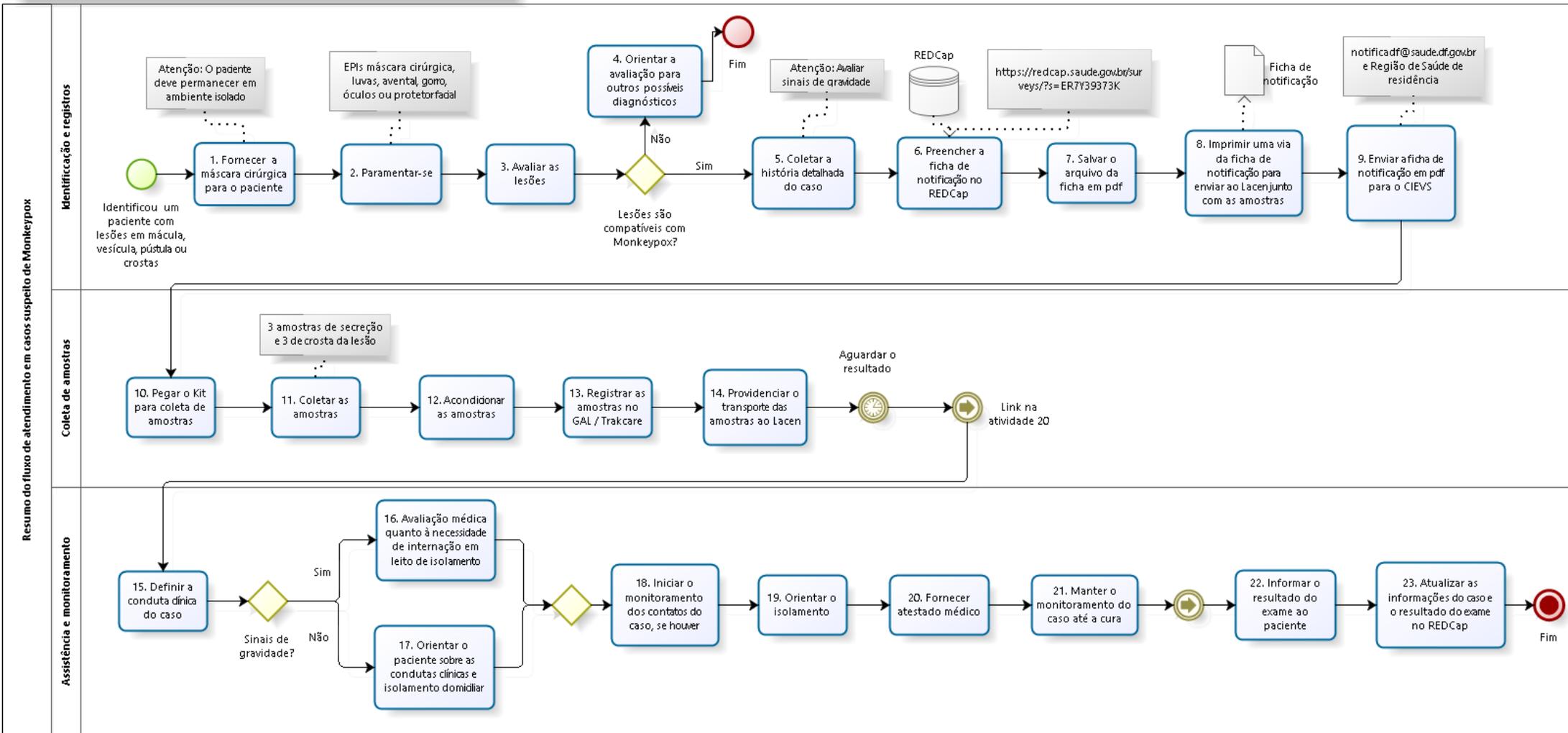
O atendimento aos usuários com suspeita de MPX nos diversos níveis de atenção, bem como as atividades a serem realizadas para identificação, notificação, coleta de amostras, avaliação e monitoramento dos casos, deverá seguir o fluxo abaixo:

¹ * Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, a caso provável ou confirmado de monkeypox OU parcerias múltiplas, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas OU contato com materiais contaminados por caso provável ou confirmado de MPX.

Fluxograma 1: Fluxo de Condutas em casos suspeitos de Monkeypox

Resumo do fluxo de condutas em casos suspeitos de Monkeypox

Author: GECAMP
Version: 1.0
Description: Descreve as atividades a serem realizadas para identificação, registros, coleta de amostras, avaliação e monitoramento dos casos pela Vigilância Epidemiológica



8.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

O atendimento inicial aos casos suspeitos de MPX deve ser realizado, preferencialmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a (i) ampliar o acesso, (ii) evitar que usuários com suspeita ou confirmação de MPX se locomovam desnecessariamente e (iii) fortalecer o vínculo, com avaliação da necessidade de encaminhamento ao serviço hospitalar de referência para os casos com sinais de gravidade.

As UBS devem estabelecer uma organização do espaço físico e do processo de trabalho que possibilitem adequados acolhimento, direcionamento e atendimento dos usuários com suspeita ou confirmação de MPX, implementando medidas para evitar a transmissão do MPXV nas UBS (os Equipamentos de Proteção individual e demais medidas de biossegurança para o atendimento à MPX estão detalhadas no tópico [21. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E BIOSSEGURANÇA](#) e **Anexo 4.**).

Faz-se necessário, também, realizar educação em saúde com a população para informação e orientação sobre este novo problema de saúde pública, assim como promover a capacitação e orientar adequadamente todos os profissionais que trabalham nas UBS, como por exemplo, vigilantes e outros que possam ter contato inicial com o usuário, quanto à necessidade de orientá-los corretamente.

Os profissionais da APS devem estar atentos aos seguintes pontos:

- Todo usuário que relate ou apresente sinais e sintomas suspeitos de MPX deve ser acolhido e atendido, independente da sua procedência em relação à área de abrangência da UBS, incluindo a notificação e coleta de exame, quando necessário;
- Quando o atendimento ao usuário ocorrer em uma UBS que não é a sua de referência, o acompanhamento do caso deve ser realizado por sua equipe de Saúde da Família (eSF) de referência. O encaminhamento responsável é de responsabilidade da Gerência de Serviços da Atenção Primária (GSAP) da UBS onde foi realizado o atendimento inicial, com o apoio da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS);
- Todos os profissionais da APS podem realizar o acolhimento dos usuários e o direcionamento para os fluxos de atendimento;

- O atendimento aos casos suspeitos e confirmados de MPX deverá ser realizado por profissionais enfermeiros ou médicos, com apoio dos cirurgiões dentistas quando necessário;
- Usuários que fazem parte das populações de risco (tópico [7. POPULAÇÃO DE RISCO](#)) devem ser avaliados de forma individualizada quanto à necessidade de encaminhamento aos serviços hospitalares de referência;
- No âmbito da APS, todos os profissionais habilitados em coletar material para exames laboratoriais podem realizar a coleta de exames para o diagnóstico de MPX;
- Quando houver necessidade de encaminhamento ao serviço hospitalar de referência, os usuários deverão ser removidos por meio do transporte sanitário;
- Casos suspeitos e confirmados em isolamento domiciliar devem ser monitorados pela equipe de saúde de sua área de residência, podendo mobilizar para tal profissionais em teletrabalho, com apoio da equipe do Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (NVEPI);
- Todo caso suspeito ou confirmado de MPX deve ser orientado pela equipe de saúde que realizou seu atendimento inicial a elaborar uma lista de contactantes (vide tópico [16.2. DEFINIÇÕES DE CONTATO](#))* conhecidos ou identificáveis, incluindo sexuais, desde o início de seus sintomas.
- Esta lista de contactantes (com seus respectivos contatos telefônicos, sempre que conhecidos ou obtíveis) deve ser fornecida à equipe de Saúde da Família (eSF) responsável pelo caso, para que esta proceda à busca ativa deles para: (i) informá-los sobre o contato com um caso suspeito ou confirmado de MPX, (ii) orientá-los a iniciar o automonitoramento até o 21º dia após o último contato com o caso, ou até que o caso seja descartado, (iii) orientá-los a buscar atendimento, preferencialmente em sua UBS de referência, caso apresente sinais ou sintomas suspeitos de MPX;
- A busca ativa dos contactantes pode ser realizada por meio de ligação telefônica, mensagem de texto ou visitas domiciliares e pode contar com o apoio de quaisquer servidores da UBS, sejam eles das eSF, das equipes de Saúde Bucal (eSB), nos Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família

(NASF) ou técnico-administrativos, bem como servidores em teletrabalho. Essa busca ativa deve contar também com o apoio dos respectivos NVEPI.

As demais orientações para o monitoramento de casos e contatos estão descritas no tópico [16. MONITORAMENTO DE CASOS E CONTATOS](#).

8.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL SECUNDÁRIA

A Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) é parte da rede de vigilância e assistência à MPX, devendo identificar casos suspeitos e prestar os cuidados necessários compatíveis com a capacidade instalada da unidade de atendimento. Os profissionais da AASE devem estar atentos para identificação oportuna de usuários que apresentem critérios clínico-epidemiológicos para definição de caso.

Na suspeição de infecção por MPXV, o usuário deverá ser acolhido, avaliado clinicamente por médico ou enfermeiro, notificado 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 desnecessária 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 (**Anexo 1**);
- Orientações gerais sobre prevenção de transmissão da doença;
- Contato telefônico prévio com a UBS de referência do usuário.

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

8.3 ATENÇÃO TERCIÁRIA

A Atenção Terciária está envolvida no acolhimento inicial nas emergências hospitalares como porta de entrada para casos suspeitos de MPX e nas internações dos casos confirmados que apresentem sinais de gravidade.

Os pacientes que apresentarem erupções cutâneas sugestivas de MPX deverão ser classificados como laranja e reportados à chefia de equipe visando seu célere atendimento (circular nº 5/2022 93569347).

Deve-se realizar o direcionamento do paciente para isolamento específico e inserir o ícone correspondente no TrakCare. O atendimento a esse paciente deverá ser realizado independentemente do contingenciamento de porta.

As referências de internação preferenciais para pacientes suspeitos ou confirmados para MPX serão:

- Adultos e Gestantes – Hospital Regional da Asa Norte (HRAN);
- Pediátricos – Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB);
- Imunossuprimidos – Instituto Hospital de Base do DF (IHBDF).

No que se refere a pacientes com transtornos mentais, deve-se seguir o fluxo já estabelecido pela Portaria Nº 536, de 08 de junho de 2018 que institui as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal e pela Nota Técnica DISSAM Nº 1/2022 que estabelece os Critérios de Regulação para Internação por Transtornos Mentais e Comportamentais, observando-se as recomendações de isolamento. São usuários (as) elegíveis para internação em Unidade de Referência Especializada, aqueles que, por motivo decorrente da alteração do juízo crítico, apresentarem:

- Incapacidade grave de autocuidado;
- Risco iminente de suicídio ou de prejuízos graves à saúde;
- Risco de autoagressão ou de agressão a outros;
- Risco de prejuízo moral ou dano patrimonial; e
- Risco de perturbação à ordem pública.

Os usuários (as) com idade entre 18 e 59 anos, 11 meses e 29 dias, que NÃO apresentem as particularidades clínicas, irão ser encaminhados ao **Hospital São Vicente de Paulo (HSVP)**.

Pacientes com particularidades clínicas, que se entende por: presença de doença clínica/cirúrgica concomitante ao transtorno mental, podendo ser uma doença clínica descompensada ou quadro com indicação cirúrgica, ou uma doença clínica/cirúrgica de difícil manejo por equipe não especializada. Incluem-se também doenças clínicas/cirúrgicas de manejo invasivo ou com uso de dispositivos externos,

serão encaminhados ao **Serviço de Psiquiatria do Hospital de Base do DF ou Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB-EBSERH).**

HBDF:

- Idade entre 12 a 17 anos, 11 meses e 29 dias ou maior que 60 anos;
- Pessoas em privação de liberdade;
- Idade entre 18 e 60 anos, caso haja particularidades clínicas.

HUB-UnB-EBSERH:

- Idade entre 18 e 60 anos, com as particularidades clínicas, exceto insuficiência respiratória;
- Idade a partir de 60 anos, independente de comorbidades clínicas;
- Alterações mentais e comportamentais comórbidas a dependência de substâncias psicoativas, após período de desintoxicação ou abstinência aguda, para estabilização do quadro mental.

Exemplos de particularidades clínicas:

- Hipertensão Arterial Sistêmica, com PAS>180mm e/ou PAD>110mmHg;
- Qualquer nível de insuficiência cardíaca sintomática;
- Qualquer nível de insuficiência respiratória;
- Qualquer nível de insuficiência hepática;
- Isquemia (cardíaca, encefálica ou periférica) suspeita ou confirmada;
- Insuficiência renal, aqui compreendida como síndrome nefrótica ou síndrome nefrítica, ou clearance de creatinina estimado menor que 60ml/min;
- Tratamento por ou indicação de hemodiálise; Distúrbios hidroeletrólíticos;
- Anemia com hemoglobina;
- Diabetes Mellitus (DM) em uso de insulinoaterapia;
- DM com complicações clínicas ou DM não compensado;
- Doenças endocrinológicas cujo diagnóstico e/ou manejo necessite de intervenção da especialidade;
- Disfagia que impacte a capacidade de deglutição;
- Hematoquesia e hematêmese;

- Doenças hematológicas em atividade ou sangramento ativo;
- Doenças autoimunes cuja evolução e/ou tratamento imediato necessitem de intervenção da especialidade;
- Doenças neurológicas cujo diagnóstico e/ou manejo necessite de intervenção da especialidade, incluindo epilepsia descompensada (crises há menos de 60 dias) e história de trauma recente com perda da consciência (há menos de 7 dias);
- Doenças infectocontagiosas que necessitem de tratamento agudo (especialmente por procedimentos invasivos) e/ou que apresentem risco de contágio a outrem;
- Portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) com CD4+40kg/m²);
- Usuários (as) em cuidados pós cirúrgicos (90 dias);
- Usuários (as) com fraturas em consolidação;
- Recusa a se alimentar ou hidratar por mais de 24 a 48 horas, apesar da instituição de intervenções terapêuticas;
- Pessoas com deficiência intelectual com grave prejuízo na autonomia para atividades diárias;
- Pessoas com deficiência física com grave prejuízo na autonomia para atividades diárias; e
- Pessoas que fazem uso temporário ou permanente de uso de órteses e/ou próteses, com prejuízo na autonomia para atividades diárias.

Para as usuárias gestantes ou no período do puerpério (até 45 dias), serão encaminhadas para o **Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB-EBSERH)** ou **Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMIB)**, independentemente da idade ou presença de comorbidades.

Para crianças de até 11 anos, 11 meses e 29 dias, serão encaminhadas para o **Hospital da Criança de Brasília (HCB-ICIPE)** ou **HMIB**.

Para garantir todas as etapas da vigilância epidemiológica, incluindo a orientação e o monitoramento de casos e contatos, todos os Serviços de Emergência fixos e em todas as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) deverão estar preparados

para acolher, orientar e realizar os encaminhamentos, exames e notificações necessários ao usuário com suspeita ou confirmação de MPX.

Os casos graves ou potencialmente graves 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. A disponibilidade adicional de leitos para MPX ocorrerá de acordo com a necessidade e cenário epidemiológico do momento.

9 DIAGNÓSTICO

A anamnese e o exame físico são fundamentais para a identificação de casos suspeitos e seu diagnóstico diferencial com outras patologias como: doenças exantemáticas (varicela, sarampo, rubéola, entre outras), herpes disseminado ou genital, sífilis secundária (especialmente formas malignas), linfogranuloma venéreo, outras infecções bacterianas da pele, escabiose, acne, e reações alérgicas, devendo-se considerar os critérios epidemiológicos. Deve-se atentar para a presença de adenomegalia, que ajuda a distinguir a MPX de varicela e outros agravos.

A confirmação diagnóstica se dá por testes moleculares (RT-PCR/sequenciamento) que detectam o DNA do MPXV em amostras de lesões cutâneas, swab de orofaringe ou swab anal do paciente (posteriormente pode ser realizado o sequenciamento genômico). A coleta pode ser realizada em qualquer unidade de saúde ou na residência do paciente, desde que resguardadas as medidas de biossegurança. Não é recomendada a realização de RT-PCR no sangue total, pois quando as erupções iniciam-se a fase virêmica pode não estar mais ocorrendo. Assim, **um resultado negativo de apenas uma amostra de sangue total não descarta a infecção pelo MPXV.**

9.1 TIPOS DE AMOSTRA PARA CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL

- **PCR de material vesicular:** 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.
- **PCR da crosta:** indicado para pacientes atendidos em fase mais tardia da doença, quando não há mais vesículas ou pústulas. O material a ser coletado são as crostas das lesões.

- **PCR de swab anal ou de orofaringe:** opta-se por amostras anais ou de orofaringe quando o paciente não possui lesão cutânea ou mucosa ou para os contatos de caso confirmado que iniciem manifestações clínicas de febre e adenomegalia. A coleta se dá seguindo as orientações descritas para a coleta de material vesicular.

As orientações para coleta de espécimes para diagnóstico de MPX (coleta, armazenamento e envio das amostras clínicas) encontram-se detalhadas e ilustradas no Anexo 6.

9.2 RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL – REDE PÚBLICA E PRIVADA

Os resultados de exames laboratoriais realizados no LACEN-DF estarão disponíveis para consulta via TrakCare (unidades da Rede Pública) e via Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) para unidades da Rede Privada.

Os diagnósticos realizados em laboratórios privados deverão ser notificados, em até 24h, para a equipe do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Distrito Federal (CIEVS-DF), por meio do e-mail notificadf@saude.df.gov.br.

10 RECOMENDAÇÕES PARA O PERÍODO DE ISOLAMENTO DE CASOS

O isolamento do paciente será individualizado caso a caso, conforme a evolução das lesões de pele. O atestado médico deve ser fornecido inicialmente pelo período previsto para obtenção dos resultados laboratoriais específicos para diagnóstico de MPX e nas situações em que o caso for confirmado por critério laboratorial, ou classificado como provável, o atestado deve ser prorrogado até que o paciente esteja com todas as lesões completamente cicatrizadas (geralmente entre 2 a 4 semanas). Em caso de resultado laboratorial não reagente, o isolamento poderá ser suspenso.

De forma geral o indivíduo deverá seguir as seguintes orientações no período de isolamento domiciliar:

- A pessoa suspeita ou doente deve permanecer em quarto individual, com boa ventilação natural. Caso não seja possível, é deve-se tentar manter a distância mínima de 1,5 metro das demais pessoas;

- Em unidades de acolhimento, unidades socioeducativas e outras unidades coletivas, manter o paciente em local separado dos outros acolhidos;
- A pessoa caso suspeito/confirmado deve evitar a circulação pelo domicílio. Os ambientes comuns como banheiro, cozinha, sala, devem estar bem ventilados, com janelas abertas, sempre que possível;
- Não receber visitas durante o período de isolamento;
- Limitar a quantidade de pessoas que estejam responsáveis em cuidar do caso suspeito/confirmado;
- Lavar as mãos várias vezes ao dia com água e sabonete líquido, dando preferência a toalhas de papel descartáveis para secar as mãos. Caso não seja possível, utilizar toalhas de tecido de uso individual, trocando-as com frequência.
- Higienizar as mãos com álcool gel em momentos que não seja possível lavar as mãos e não haja presença de sujidade/secreções visíveis (neste caso deve-se proceder a lavagem das mãos);
- Evitar uso de lentes de contato para reduzir a infecção ocular;
- Não utilizar barbeador em áreas com lesão cutânea;
- Evitar sair de casa. Se for necessário, ao sair, utilizar máscara (trocando quando úmidas ou danificadas), proteger as lesões (usar camisas com mangas compridas e calças), evitar aglomerações e o uso de transporte coletivo.
- Em relação à atividade sexual, a OMS orienta abstenção durante toda a evolução da doença devido ao contato próximo entre as pessoas durante relação íntima. O uso de preservativo está recomendado por 12 semanas após a recuperação do paciente, por precaução.
- Todos que entrarem no mesmo ambiente da pessoa caso suspeito/confirmado deverão usar máscara cirúrgica e evitar tocar a pessoa desnecessariamente;
- Quando houver risco de proximidade com terceiros, o caso suspeito ou confirmado deve usar máscaras
- Atentar para as boas práticas em relação ao uso de máscara: devem estar ajustadas ao rosto; evitar tocá-la durante o uso. Trocar imediatamente

em caso de qualquer problema com a máscara (rasgar, sujar, molhar etc.). Descartar a máscara imediatamente após o uso e realizar a higiene das mãos com álcool 70% ou água e sabonete líquido.

- Não compartilhar alimentos, objetos de uso pessoal, talheres, pratos, copos, toalhas ou roupas de cama (estes itens poderão ser reutilizados após higienização com detergente comum).
- Os banheiros usados pelo caso suspeito/doente e as superfícies frequentemente tocadas deverão ser limpas com desinfetante doméstico, pelo menos uma vez ao dia;
- Roupas pessoais, roupas de cama, toalhas de banho/mão sujas pertencentes ao caso suspeito/confirmado devem ser lavadas com água e sabão de uso doméstico. Evitar agitar ou sacudir a roupa suja;
- Evitar o contato direto com fluidos corporais, secreções respiratórias e dejetos humanos. Se possível, utilizar luvas descartáveis para fornecer cuidados orais, respiratórios ou quando for manipular fezes ou urina. Higienizar as mãos antes e depois do uso das luvas.
- NÃO reutilizar luvas e máscaras. Estes e outros resíduos gerados pelo paciente ou durante o seu cuidado devem ser colocadas em lixeira com saco de lixo no quarto da pessoa doente antes do descarte junto com outros resíduos domésticos;
- Evitar o contato direto com animais domésticos em função do risco de transmissão;
- Os pacientes deverão permanecer em domicílio até a resolução completa das lesões. Caso haja piora do quadro geral, procurar atendimento preferencialmente em sua unidade de saúde de referência.
- Pessoas que foram expostas ou tiveram contato com casos suspeitos/confirmados de MPX devem monitorar sua saúde por 21 dias, a partir do último dia do possível contato, e procurar atendimento médico imediato se apresentar sinais e sintomas de MPX. Informar seu histórico, antecedentes e situação atual para equipe de saúde na chegada ao serviço. Essas pessoas devem usar máscaras em todo o trajeto, evitar aglomerações e o uso de transporte público. Sempre que possível priorizar o transporte privado com boa ventilação.

11 IMUNIZAÇÃO

Atualmente existem vacinas que podem ser usadas para a prevenção da doença MPX:

A vacina MVA-BN (vacina Ankara Modificada), vacina ACAM2000 e vacina LC16KMB foram aprovadas para a imunização contra a doença da varíola e disponibilizadas para o uso contra MPX.

A vacina MVA-B (vacina Ankara Modificada) é a mais recente, aprovada em 2019, fabricada pela dinamarquesa Bavarian Nordic. O imunizante é destinado a população com idade maior que 18 anos, sendo de vírus atenuado modificado da cepa vaccinia (cepa Ankara), com duas doses com quatro semanas de intervalo e proteção imunológica em 14 dias após a segunda dose. A vacina também pode ser usada como profilaxia pós-exposição (após contato com caso confirmado), sendo possível prevenir a doença se for aplicada até quatro dias após o contato e as formas graves se aplicada até 14 dias após o contato.

A disponibilidade da vacina permanece limitada, embora a Anvisa tenha aprovado recentemente a dispensa de registro do imunizante, que deve ser adquirido em breve pelo Ministério da Saúde.

Alguns países estão recomendando a vacinação para pessoas consideradas de alto risco como os contatos de casos confirmados, profissionais de saúde, profissionais de laboratórios e homens que fazem sexo com homens.

A OMS recomenda que somente as pessoas que estão em maior risco de transmissão sejam consideradas para a vacinação, não recomendando, neste momento, a vacinação em massa. Na atual situação epidemiológica, a recomendação da OMS é a vacinação dos contatos de um caso confirmado da doença a fim de maximizar o impacto das vacinas considerando a oferta limitada.

As normativas para a vacinação no Brasil serão definidas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde, considerando o número limitado de doses disponíveis mundialmente e a necessidade de aguardar a negociação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com os laboratórios produtores.

Atualmente não há dados disponíveis sobre a eficácia das vacinas no surto atual e, por estas limitações, as pessoas vacinadas devem continuar com as medidas

de prevenção da infecção, evitando contato próximo, pele a pele, incluindo contato íntimo com alguém que esteja com a doença.



No Brasil, não há previsão de quando as vacinas contra a MPX serão disponibilizadas. Quando estiverem, o DF seguirá as recomendações do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde.

12 TRATAMENTO

O tratamento da MPX deve ser realizado de acordo com as manifestações clínicas, incluindo os cuidados com as lesões de pele e manejo adequado de dor, além de prevenir e tratar complicações. Os pacientes também devem ser orientados a fazer repouso, receber hidratação e aporte nutricional adequados. Infecções bacterianas secundárias devem ser prevenidas e oportunamente diagnosticadas e tratadas, bem como quaisquer outras complicações. Pacientes em bom estado geral devem realizar isolamento domiciliar até desaparecimento das lesões (tópico [10. RECOMENDAÇÃO PARA O PERÍODO DE ISOLAMENTO](#)).

Casos graves podem apresentar comprometimento pulmonar com necessidade de suplementação de oxigênio, número elevado de lesões de pele, além de outras manifestações como alterações oculares, proctite, uretrite, acometimento de mucosa oral ou encefalite (conforme descrito no tópico [6. POPULAÇÃO DE RISCO, PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES E SINAIS DE GRAVIDADE](#)), com necessidade de avaliação por especialista. Pacientes com sinais de gravidade devem ser encaminhados aos serviços hospitalares de referência para avaliação e, se necessário, internação com suporte de hidratação, analgesia, além de oxigenoterapia e/ou antibioticoterapia quando necessários.

12.1 MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

té o momento, não se dispõe de medicamentos antivirais específicos para o MPXV. No entanto, alguns antivirais demonstraram sinais de atividade contra o vírus: brincidofovir, cidofovir e tecovirimat. Este último atua inibindo a replicação do vírus e foi aprovado pela Agência Europeia de medicamentos para tratamento. A Agência Americana de Alimentos e Medicamentos também autorizou seu uso compassivo para

casos específicos. Alguns ensaios clínicos em andamento visam avaliar a eficácia do Tecovirimat para Monkeypox: 3 estudos de fase I e 1 estudo em fase III.

Recentemente, a Anvisa aprovou a dispensa de registro para que o medicamento Tecovirimat seja importado e utilizado no Brasil contra MPX. O Ministério da Saúde considera a possibilidade de uso compassivo do Tecovirimat para pacientes internados com resultado laboratorial detectável para MPXV evoluindo com a forma grave da doença, contudo, faz-se necessária avaliação de especialista para atestar a indicação de uso.

O Tecovirimat não deve ser administrado em pacientes que não aceitem o termo de consentimento livre e esclarecido (ou recusa pelo representante legal) e é contra indicado em pacientes com histórico de alergia ou com menos de 13 kg de peso.

12.2 MEDICAMENTOS SINTOMÁTICOS

- **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 = 4 g/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 graves ou com dor refratária, especialmente pacientes com uretrite e/ou proctite, o uso de opióides para analgesia pode ser necessário.

12.3 CUIDADOS COM AS LESÕES CUTÂNEAS

Caso haja risco de contato com outras pessoas, as lesões cutâneas devem ser mantidas protegidas, cobertas o máximo possível. Podem ser utilizadas camisas de mangas longas, calças compridas, aventais de mangas longas e lençóis, que devem ser trocados quando úmidos, para minimizar o risco de contato.

Deve-se evitar tocar nas lesões e levar as mãos à boca, nariz e/ou aos olhos. As vesículas não devem ser rompidas de propósito (exceto para coleta de exame). A higienização da pele e das lesões pode ser realizada com água e sabão, contribuindo para prevenir infecções bacterianas secundárias.

Caso necessário, pode-se utilizar curativo para proteger a área, desde que seja orientado pela equipe de assistência à saúde.



Se o paciente desenvolver infecção bacteriana secundária, o uso de antimicrobianos estará indicado. Entretanto, a profilaxia antimicrobiana não é recomendada para os casos de MPX.

13 CONSIDERAÇÕES SOBRE CASOS NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E ALEITAMENTO MATERNO

Os dados sobre o comportamento da infecção pelo MPXV em gestantes, puérperas, lactantes e lactentes são limitados. Considerando os conhecimentos disponíveis até o momento sobre a MPX e outras doenças semelhantes, bem como o conhecimento sobre as vulnerabilidades associadas ao ciclo gravídico-puerperal e os primeiros meses de vida, **gestantes e crianças são considerados grupos de risco para doença grave pelo MPXV**. A infecção pelo MPXV pode levar a resultados adversos durante a gestação, como óbito fetal e abortamento espontâneo. Entretanto, a associação entre a gravidade da doença materna e esses desfechos não está clara.

Sabe-se que **pode ocorrer transmissão do MPXV pela via transplacentária e pelo contato direto durante o parto, após o parto e durante o aleitamento. A transmissão pelo leite materno ainda é incerta**. Por isso, considerando o risco de transmissão e o risco de doença grave em lactentes, especialmente nos recém-nascidos, deve-se seguir as seguintes **recomendações para o atendimento a gestantes, parturientes, puérperas e lactantes pós-puerpério com casos suspeitos, confirmados ou prováveis de MPX**, até a resolução de todas as lesões cutâneas, queda das crostas e formação de uma nova camada de pele, ou descarte do caso:

- Nos casos em que a gestante/parturiente apresenta lesões genitais, pode haver maior risco de infecção neonatal pelo contato direto no canal de parto e, por isso, estaria indicada a cesariana. Fora desta situação, a via e o momento do parto têm indicação obstétrica e a cesariana como rotina não está indicada;
- A equipe assistencial deve informar a mulher sobre as formas de transmissão do MPXV, os riscos da infecção e a necessidade de manter mãe

e bebê separados durante a fase de isolamento materno, preferencialmente em quartos separados;

- Desaconselhar o contato pele-a-pele entre a mãe e bebê;
- O banho precoce é recomendado para recém-nascidos de mães com MPX suspeita ou confirmada. O banho pode ser realizado com lenços umedecidos ou água e sabão e deve ocorrer antes do neonato receber procedimentos, vacinas e medicamentos (por exemplo, vitamina K);
- Realizar exame macroscópico do recém-nascido logo após o nascimento, preferencialmente após o banho precoce;
- Os recém-nascidos de indivíduos com suspeita ou confirmação de MPX devem ser monitorados de perto quanto ao desenvolvimento de sinais consistentes com MPX, incluindo febre, linfadenopatia, lesões cutâneas ou quaisquer novos sinais ou sintomas de doença, por 21 dias após o nascimento ou o último contato próximo com o caso. O monitoramento deve incluir pelo menos verificações diárias de temperatura e exames de pele completos, que podem ser realizados por um cuidador orientado ou profissional de saúde;
- Nos lactentes com suspeita ou confirmação de MPX, recém-nascidos ou não, coletar amostras de lesões cutâneas quando presentes ou de orofaringe quando não houver lesões;
- Se por qualquer motivo não for possível manter a mãe e bebê em quartos separados, precauções estritas devem ser seguidas durante o contato entre elas:
 - O lactente deve estar totalmente vestido ou cuidadosamente envolto por uma manta. Após o contato, a roupa ou manta deve ser imediatamente substituída;
 - A mãe deve cobrir ao máximo possível toda a área de pele abaixo do pescoço, usando para tal vestimentas, avental e, se disponíveis, luvas;
 - A mãe deve usar uma máscara cirúrgica bem ajustada à face, cobrindo nariz, boca e queixo.
- Suspender o aleitamento materno. Pode-se ofertar ao bebê leite materno doado pasteurizado, proveniente de banco de leite, ou fórmula infantil - que devem ser ofertados por familiar ou cuidador hígido (sem suspeita ou confirmação de MPX), se possível;

- Orientar a mãe a continuar a extração/ordenha de leite durante o isolamento, com vistas a manter a produção, com apoio das equipes de saúde da APS e da rede de Banco de Leite Humano (no site da SES pode-se consultar a lista de unidades da Rede de Banco de Leite Humano da SES-DF, com seus respectivos endereços e contatos);
- Descartar o leite materno extraído/ordenhado;
- Quando a testagem do bebê tiver sido realizada e o resultado for positivo, pode-se suspender o isolamento e permitir o contato entre a mãe e o bebê, bem como o aleitamento materno.

Mães que tiveram contato com caso suspeito ou confirmado de MPX nos últimos 21 dias mas não apresentaram sinais ou sintomas suspeitos NÃO devem realizar isolamento ou suspender o aleitamento materno, visto que não há transmissão durante o período de incubação (antes do início dos sintomas), conforme descrito nos tópicos [2. TRANSMISSÃO](#) e [4. PERÍODO DE INCUBAÇÃO](#).

Observação: A equipe assistencial deve atentar-se para um potencial aumento do risco de mastite e depressão pós-parto nessas pacientes, devido à suspensão do aleitamento e ao isolamento, respectivamente, manejando-os de forma oportuna.

A readaptação à amamentação após o isolamento deve ser gradual, com apoio da equipe multidisciplinar e especializada do banco de leite, se necessário. Nos casos manejados ambulatorialmente, as equipes da Atenção Primária também estão aptas a avaliar e manejar problemas relacionados à amamentação, solicitando apoio aos bancos de leite ou à atenção secundária se necessário.

Ressalta-se que são bem conhecidos e estabelecidos os benefícios do contato pele-a-pele, do alojamento conjunto e do aleitamento materno. O leite materno é a melhor fonte de nutrição para a maioria dos recém-nascidos e protege contra diversas doenças. No entanto, **considerando os dados atualmente disponíveis sobre a transmissão, as manifestações clínicas, as complicações e os grupos de risco para doença grave na MPX, bem como a incerteza sobre a transmissão do MPXV pelo leite materno, as recomendações de isolamento, separação mãe-bebê e suspensão do aleitamento (até que o caso suspeito seja descartado ou até a**

resolução do caso confirmado ou provável) visam a proteção dos indivíduos mais vulneráveis à doença.

14 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=ER7Y39373K>. As orientações para preenchimento da ficha constam no **Anexo 2**. Caso o serviço esteja sem acesso à internet no momento do atendimento, deve-se preencher a forma impressa da ficha (**Anexo 1**) e, assim que possível, fazer a notificação online.

Após a notificação, pode-se gerar uma cópia em formato PDF da ficha de notificação para fins de registro interno da unidade. **Caso a notificação envolva aglomerados de casos (2 ou mais no mesmo ambiente), caso suspeito em ambiente prisional, socio-educativo e instituições de longa permanência, deve-se encaminhar a ficha ao CIEVS-DF** (pelo e-mail notificadf@saude.df.gov.br), com cópia para a GEVITHA (pelo e-mail exantematicas.df@gmail.com) e o NVEPI da respectiva Região de Saúde. Em caso de dúvidas, entrar em contato com o CIEVS pelo telefone (61) 99221-9439.

É de grande utilidade o registro fotográfico das lesões no campo apropriado da ficha de notificação. As fotografias, que podem ser obtidas por câmeras de aparelhos celulares, auxiliam as equipes assistenciais e os serviços de Vigilância Epidemiológica a definir casos suspeitos, fazer diagnósticos diferenciais, acompanhar os casos e documentar as apresentações clínicas das MPX observadas no território, possibilitando posteriores definições mais acuradas e atualizadas das manifestações típicas e atípicas da doença no surto em curso. As fotografias não são obrigatórias para o registro da notificação, mas, quando possível, devem ser anexadas no campo apropriado da ficha do REDCap.

Todos os profissionais e serviços de saúde, públicos e privados, civis e militares, em todos os níveis de atenção devem estar atentos para detectar e notificar imediatamente os pacientes que se enquadram nas definições de caso descritas neste documento.



As fotos devem focar exclusivamente na lesão evitando a identificação do paciente, após sua autorização verbal.

15 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

São etapas da Vigilância Epidemiológica no contexto da MPX a detecção, notificação e investigação de todos os casos suspeitos e de seus contatos, de forma sistemática e oportuna. A Vigilância da MPX tem como objetivo reduzir a disseminação viral, interromper as cadeias de transmissão na ocorrência de surtos, e proporcionar o estudo da epidemiologia da doença para subsidiar a implementação das ações de medidas de mitigação e controle no DF.

Seguindo a linha mundial e nacional de classificação de emergências, o DF adotou a estratificação em três níveis para preparação e resposta frente à emergência de saúde pública da MPX.

- Nível I: corresponde a uma situação em que há risco de introdução do vírus Monkeypox no DF, com casos suspeitos sob investigação.
- Nível II: corresponde a uma situação em que há confirmação de caso.
- Nível III: corresponde a uma situação em que há confirmação de transmissão comunitária do primeiro caso de Monkeypox, no território do DF.

O nível a ser considerado para o presente Plano é o Nível III, considerando o aumento de casos confirmados da doença no DF, com transmissão comunitária, e ainda não há no território nacional disponibilidade de medidas de imunização e de tratamento.

A partir do conhecimento do caso suspeito, por meio da notificação imediata, os profissionais da VE deverão proceder à investigação em conjunto com as demais áreas de atenção à saúde. Essa investigação abrange o levantamento de dados de diversas fontes, incluindo, mas não se limitando a entrevista telefônica, visita domiciliar, revisão de prontuários, exames, laudos e outros documentos.

A investigação deve garantir a coleta de todos os dados necessários para melhor compreensão e documentação do caso notificado. A ficha de notificação/investigação está disponível no **Anexo 1**.

Um dos objetivos principais da investigação é a identificação da provável fonte de infecção e a detecção de potenciais novos casos. Para isso, faz-se necessário

levantar informações sobre viagens, exposições e contatos que o paciente fonte apresentou no período provável de exposição (até 21 dias antes do início dos sinais e sintomas), considerando o período de incubação da doença. Deve-se identificar o que aconteceu com ele no seu período de transmissão (desde o início dos sintomas até a resolução completa das erupções cutâneas), visando desencadear as ações necessárias para impedir a disseminação do vírus. Com isso, faz-se necessário o rastreamento de seus contatos.



Faz parte da investigação epidemiológica a educação em saúde sobre os fatores de risco da doença e as medidas que podem ser realizadas para reduzir a exposição ao vírus, visando a contenção de um provável surto. Durante o período de transmissibilidade da doença, mesmo que o caso suspeito ainda esteja em investigação quanto à etiologia de seu quadro, ele e seus contatos deverão ser orientados quanto às precauções de contato e para gotículas e, ainda, quanto aos serviços de saúde de referência para atender a quaisquer manifestações de sinais e sintomas ou complicações relacionadas à doença.

16 MONITORAMENTO DE CASOS E CONTATOS

Com o intuito de reduzir a dispersão do vírus na comunidade, a organização do monitoramento de casos e contatos se dará segundo três estratos, que consideram o cenário epidemiológico presente na região administrativa no momento da investigação:

Estrato 1 - RA que apresenta ausência de casos confirmados nos últimos 30 dias.

Ações a serem desenvolvidas: aumentar a sensibilidade para a detecção de casos suspeitos (por exemplo, realização de ações educativas para profissionais de saúde e comunidade); monitoramento ativo ou direto dos contatos residentes na RA;

Estrato 2 - RA que apresenta até 4 casos novos nos últimos 30 dias.

Ações a serem desenvolvidas: aumentar a sensibilidade para a detecção de casos suspeitos (por exemplo, realização de ações educativas para profissionais de saúde e comunidade); monitoramento ativo ou direto dos casos residentes na RA; monitoramento ativo ou passivo dos contatos residentes na RA.

Estrato 3 - RA que apresenta 5 ou mais casos novos OU surtos ativos² nos últimos 30 dias.

Ações a serem desenvolvidas: monitoramento ativo dos casos e contato pertencentes à população de risco; monitoramento passivo dos demais casos e contatos;

Para sistematizar o rastreamento e o monitoramento dos casos e contatos, um instrumento para a coleta de dados foi elaborado e deverá ser utilizado como parte da investigação epidemiológica de todos os casos notificados (**Anexo 3**). 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, conforme detalhado abaixo.

16.1 MONITORAMENTO DE CASOS

Caso seja identificado um caso suspeito de MPX no serviço de saúde, deve-se iniciar a investigação epidemiológica incluindo a identificação de seus contatos, a fim de se estabelecer as medidas necessárias para prevenção da disseminação desse vírus para outras pessoas.

Os casos podem ser monitorados passivamente, ativamente ou diretamente. Em **monitoramento passivo**, os casos identificados recebem informações sobre os sinais e sintomas de gravidade a serem monitorados, orientações de isolamento, como entrar em contato com a vigilância local e unidade de referência para atendimento, se surgirem sinais de agravamento. O **monitoramento ativo** é quando a equipe de saúde local é responsável por verificar, por meio de ligação telefônica ou mensagens eletrônicas, se um caso confirmado sob monitoramento apresenta sinais/sintomas de gravidade (no máximo a cada 7 dias). O **monitoramento direto** é uma variação do monitoramento ativo que envolve visitas presenciais diárias ou que o paciente seja examinado visualmente por meio de vídeo para averiguar a presença de sinais de doença.

O monitoramento dos casos deverá ser realizado até a resolução da doença, com registro em planilha específica disponibilizada pelo CIEVS. Se o caso for descartado durante a investigação epidemiológica, o monitoramento do caso e de

² Considera-se surto a ocorrência de três ou mais casos confirmados de MPX, no mesmo ambiente (sala, dormitório, alojamento ou ambiente laboral, entre outros), com vínculo epidemiológico, em um intervalo igual ou menor que 21 dias.

seus contatos deverá ser interrompido e os mesmos serão comunicados quanto ao ocorrido.

16.2 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/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 ou lesões cutâneas de pessoa suspeita ou confirmada, materiais e superfícies contaminados.

16.3 MONITORAMENTO DE CONTATOS

O objetivo do monitoramento de contatos é a identificação oportuna de sinais e sintomas visando interromper, o mais rapidamente possível, as cadeias de transmissão e desencadear as medidas de controle necessárias. A equipe responsável pelo monitoramento dos contatos residentes na sua área deve ser definida pelos gestores de cada Região de Saúde.

Após a identificação dos contatos, deve-se comunicar a Região de Saúde de residência do contato, para que esta inicie o monitoramento. 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 a equipe de saúde

local é responsável por verificar, por meio de ligação telefônica ou mensagens eletrônicas, se uma pessoa sob monitoramento apresenta sinais/sintomas auto-relatados (no máximo a cada 7 dias). O **monitoramento direto** é uma variação do monitoramento ativo que envolve visitas presenciais diárias 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 suspeito, **e uma amostra deve ser coletada** para análise laboratorial.

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, como ir trabalhar e frequentar a escola (ou seja, a quarentena não é necessária).

Qualquer profissional de saúde que tenha cuidado de uma pessoa com MPX provável ou confirmada deve estar alerta para o desenvolvimento de sinais e/ou sintomas que possam sugerir infecção pelo vírus MPX, especialmente no período de 21 dias após a última data de atendimento. A OMS recomenda que os profissionais de saúde com exposição ocupacional ao MPXV notifiquem controle de infecção, saúde ocupacional, vigilâncias locais para avaliação e orientações de tratamento.

17 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Considerando que a MPX pode ocorrer devido à exposição ocupacional, tanto de indivíduos que podem transmitir a doença a outros no ambiente de trabalho, profissionais que atuam no cuidado dos indivíduos infectados ou mesmo que possam ter contato com objetos contaminados, o trabalho e as condições em que este é realizado podem constituir fatores determinantes para a ocorrência e transmissão da doença.

Nesta ótica, reforça-se a importância das equipes de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) participarem ativamente na identificação dos casos de MPX relacionados ao trabalho, seja na realização da investigação epidemiológica da relação desta doença com o trabalho ou no apoio matricial à Rede de Atenção à Saúde (RAS) sobre a importância da identificação desta relação doença-trabalho.

Para isso, a execução das seguintes ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador estão recomendadas:

- Investigar a relação dos casos suspeitos e confirmados com o trabalho;
- Investigar se houve contato de casos suspeitos ou confirmados com outras pessoas em ambientes e processos do trabalho;
- Avaliar a necessidade de realização de inspeção sanitária em Saúde do Trabalhador nos ambientes e processos de trabalho em situações de casos relacionados ao trabalho;
- Orientar empregadores e trabalhadores sobre medidas de prevenção e mitigação da MPX nos ambientes e processos de trabalho;

São objetivos das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador:

- Tentar identificar fonte e modo de transmissão nos ambientes e processos de trabalho, assim como se esta ocorreu de modo típico ou no trajeto;
- Identificar grupos de trabalhadores expostos a maior risco e fatores determinantes;
- Confirmar o diagnóstico, determinar as principais características epidemiológicas e se a doença está ou não relacionada ao trabalho;
- Orientar medidas de controle para impedir a ocorrência de novos casos nos ambientes e processos de trabalho.

18 AGLOMERADO DE CASOS E SURTOS EM INSTITUIÇÕES

Visando reduzir e/ou impedir a continuidade da cadeia de transmissão do MPXV deve-se proceder com a adequada notificação, investigação, acompanhamento e encerramento de aglomerados e surtos da doença, levando em conta o exposto neste Plano de Contingência. Considera-se aglomerado de casos a presença de três ou mais casos confirmados em até 21 dias, sem vínculo epidemiológico entre eles. Considera-se surto de MPX a ocorrência de três ou mais casos confirmados de MPX, no mesmo ambiente (sala, dormitório, alojamento ou ambiente laboral, entre outros), com vínculo epidemiológico, em um intervalo igual ou menor que 21 dias.

Os surtos demandam urgência na investigação e agilidade na implementação das ações de controle com vistas a interromper a cadeia de transmissão e, desta forma, prevenir a ocorrência de novos casos com conseqüente agravamento da situação. As ações de monitoramento a serem realizadas pelas instituições devem ocorrer em todos os períodos e em todas as unidades, setores, salas de aula, abrigos e etc. Deve ser verificado diariamente as ausências/faltas/afastamentos, se houver falta verificar junto ao profissional ou família/ responsável, o motivo da ausência. Caso a ausência tenha se dado por MPX, a instituição deve comunicar os responsáveis dos contactantes ou contactantes para averiguar a possibilidade de surgimento de sinais e sintomas.

18.1 NOTIFICAÇÃO DO AGLOMERADO OU SURTO

Em caso de identificação de aglomerados de casos ou surtos, reforça-se a necessidade de que os responsáveis pelas unidades onde o aglomerado/surto estiver ocorrendo comuniquem imediatamente o CIEVS e núcleo de vigilância epidemiológica da região de saúde (ou no caso de hospitais à vigilância hospitalar) as quais deverão acionar os demais setores envolvidos (vigilância sanitária, DIRAPS, dentre outros).

O CIEVS juntamente com NHEP e/ou NVEPI da região de saúde definirão a equipe condutora da investigação do surto que poderá incluir profissionais da UBS, da vigilância de saúde do trabalhador e outros que se fizerem necessários. A equipe da Gerência de Apoio a Fiscalização (GEAF/DIVISA) poderá ser acionada via SEI para realização de inspeção sanitária, caso necessário.

No caso do surto/aglomerado estar vinculado à uma instituição, a equipe condutora deverá realizar o monitoramento do surto, orientando a instituição quanto

ao afastamento dos casos suspeitos e confirmados, suspensão ou restrição de visitas e atividades de grupo e outras medidas necessárias para contenção do evento. A identificação dos contatos deve ser realizada com apoio dos casos e da direção da instituição. Deve ser realizada também busca ativa de novos casos suspeitos nos 21 dias que antecederam a data de início de sintoma do primeiro caso. Todos os contatos devem ser identificados e orientados conforme o recomendado nos tópicos [15.2. DEFINIÇÃO DE CONTATO](#) e [15.3. MONITORAMENTO DE CONTATOS](#).

Se configurado surto, este deverá ser notificado no Sinan como “Surto de MonkeyPox (CID B04)”. Após 21 dias de início de sintomas do último caso, sem nenhum novo caso vinculado, o surto pode ser considerado encerrado.

18.2 ORIENTAÇÕES PARA CENÁRIOS ESPECÍFICOS

Unidades de ensino: além do exposto, a instituição de ensino deverá garantir comunicação clara, direta e objetiva, com todos os envolvidos (incluindo sempre os pais e responsáveis), de forma a não causar pânico, auxiliando no monitoramento dos contatos (assegurando a privacidade dos envolvidos). O afastamento dos contatos ou suspensão das turmas não é indicado, a não ser em casos excepcionais quando sinalizado pela equipe condutora da investigação.

Unidades de saúde hospitalares: as unidades de saúde hospitalares deverão:

- Promover o isolamento em coorte³ dos pacientes e dos contatos, por 21 dias a contar da data de início dos sintomas ou até a completa cicatrização das lesões, garantindo a presença dos acompanhantes respaldados por lei, desde que estes também tenham sua segurança resguardada em relação à possibilidade de contaminação;
- Emitir alerta epidemiológico para os demais setores da unidade para adoção oportuna de medidas de controle;
- Evitar o revezamento de acompanhantes e suspender as visitas.

Unidades de saúde não hospitalares: nas unidades de saúde não hospitalares a comunicação deve ser realizada para a Unidade Básica de Saúde da área de abrangência ou equipe de vigilância epidemiológica da região de saúde.

³ Entende-se por isolamento em coorte separar em um mesmo ambiente ou área os pacientes com mesmo tipo de infecção ou agente etiológico.

Deve-se iniciar investigação do surto imediatamente para adoção oportuna de medidas de controle.

Instituições de longa permanência (ILP): a equipe de saúde das instituições de longa permanência deverão:

- Promover o isolamento em coorte dos casos confirmados até que as lesões de pele estejam completamente cicatrizadas;
- Sempre que possível, os profissionais que prestam assistência aos casos de MPX devem evitar trabalhar em outras unidades/alas no mesmo dia/turno;
- Monitorar os casos rigorosamente quanto aos sinais de agravamento (falta de ar, prostração, desorientação, dor abdominal, desidratação, mais de 100 lesões no corpo, cegueira, dor ao urinar, etc.). Em caso de gravidade encaminhar para unidade de saúde;

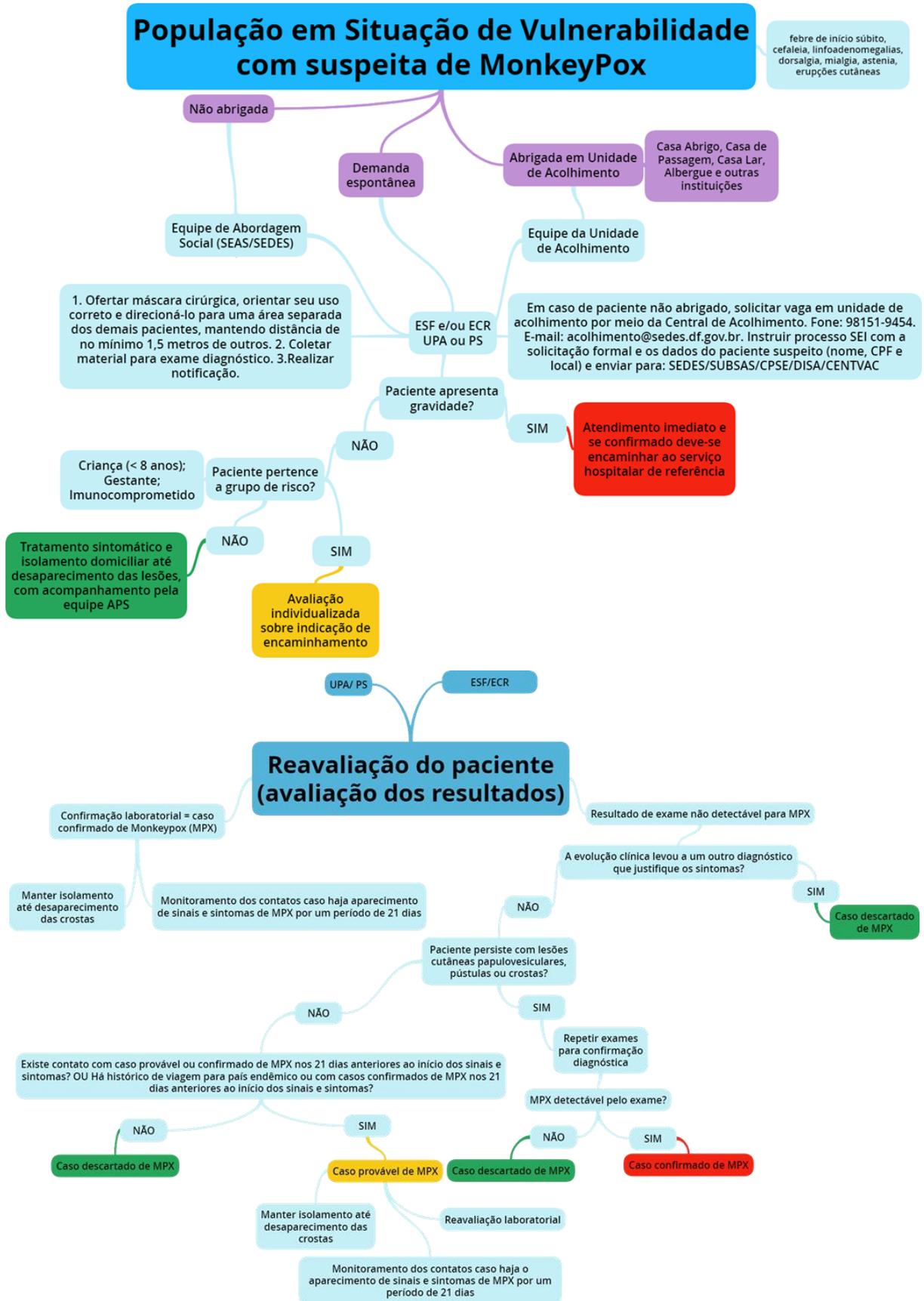
19 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

A população em situação de vulnerabilidade inclui pessoas em situação de rua, vítimas de violência, refugiadas/migrantes, indígenas, ciganas, institucionalizadas, privadas de liberdade entre outras.

Ao identificar um caso suspeito em um indivíduo pertencente à população em situação de vulnerabilidade, o profissional responsável pelo atendimento deverá seguir todos os fluxos já descritos para manejo do caso e comunicar imediatamente a vigilância epidemiológica da região de saúde de residência do caso, bem como a gerência de atenção à saúde de populações em situação vulnerável e situações especiais (GASPVP).

Caso a suspeita ou confirmação ocorra em uma pessoa em situação de rua, o atendimento pode ser realizado pela equipe Consultório na Rua (eCR) da Região ou por qualquer outra equipe de saúde da APS, conforme descrito na Figura 2.

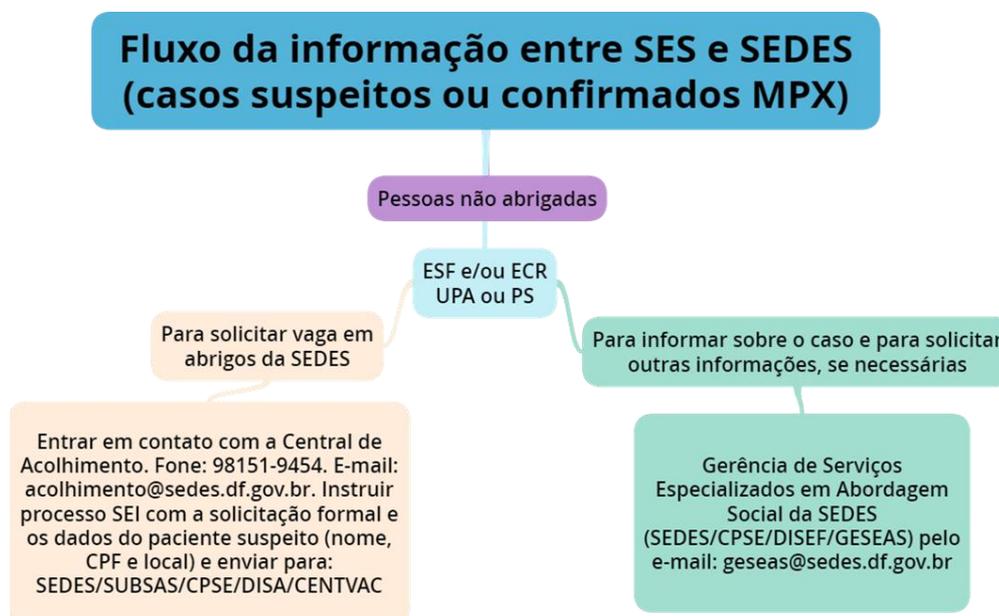
Figura 2. Atendimento da população em situação de vulnerabilidade.



O caso suspeito identificado pela equipe da Gerência de Serviços Especializados em Abordagem Social da SEDES (SEDES/CPSE/DISEF/GESEAS) deve ser direcionado para o atendimento pela equipe Consultório na Rua (eCR) da Região ou por qualquer outra equipe de saúde da APS. A equipe da GESEAS também deve ser atualizada pelo telefone 33221441 ou e-mail geseas@sedes.df.gov.br quanto à confirmação ou descarte do caso, de modo que possa colaborar na identificação de novos casos na região. Da mesma forma, casos confirmados entre indivíduos em situação de rua devem ser comunicados à equipe da GESEAS.

Sendo necessária a solicitação de vaga em unidade de acolhimento específica para isolamento do caso suspeito, até que o resultado do exame diagnóstico seja liberado. o caso de confirmação da MPX, até a completa cicatrização das lesões a equipe responsável pelo atendimento deve entrar em contato com a Central de Acolhimento da SEDES ⁴ (CENTRALAC) por meio dos telefones: 37737566, 37737567, 981519454 ou e-mail: acolhimento@sedes.df.gov.br. A dinâmica de troca de informações entre SES e SEDES, no que se refere aos casos suspeitos e confirmados de MPX, deve se dar conforme descrito na Figura 3.

Figura 3. Fluxo de informações entre SES e SEDES



⁴ Unidade de funcionamento ininterrupto, para recepção de crianças e adolescentes encaminhadas para acolhimento emergencial, sob medida protetiva de acolhimento prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente. Também é responsável pela Gestão das Vagas de Acolhimento ofertadas, no âmbito da Política de Assistência Social do Distrito Federal, pelas Organizações da Sociedade Civil e Unidades de Execução Direta.

Após a solicitação por e-mail ou telefone, a solicitação de vaga deve ser formalizada no processo SEI, direcionando para SEDES/SUBSAS/CPSE/DISA/CENTVAC, com os dados da pessoa desabrigada (nome completo, CPF) e onde está localizado.

Em relação às pessoas institucionalizadas (unidades de acolhimento, casa abrigo, casa lar, casa de passagem, albergues e outros), a instituição deverá fazer contato com a UBS da área de referência para notificar o caso e, em conjunto, avaliar a melhor estratégia para o atendimento, podendo o caso ser referenciado para atendimento em uma unidade de saúde ou se um profissional de saúde da UBS realizará o atendimento na própria instituição.

O caso suspeito deve ser mantido, sempre que possível, em quarto privativo, ou em caso de impossibilidade deve ser garantido o uso de máscara e de distanciamento, bem como frequente higiene das mãos e das superfícies.

Se confirmado, o caso deve permanecer em isolamento podendo permanecer em quarto compartilhado com outros casos confirmados de MPX.

O monitoramento do caso confirmado em unidade de acolhimento ou em instituição de longa permanência deverá ser realizado pela UBS da região, juntamente com a equipe do NVEPI. A instituição deve estar atenta quanto à ocorrência de novos casos suspeitos dentre sua população institucionalizada.

O monitoramento dos contatos institucionalizados deverá ser realizado até o período máximo de incubação da doença, ou seja, até 21 dias da data do último contato com o caso confirmado de MPX; ou até que o contato apresente sinais e sintomas e se torne um caso suspeito. O monitoramento deve ser realizado de forma ativa a cada 3 dias, seguindo as orientações dispostas no tópico [16. MONITORAMENTO DE CASOS E CONTATOS](#).

O atendimento à população em situação de vulnerabilidade deve seguir o fluxo geral de atendimento à pessoa suspeita de MPX (vide tópico 8. [REFERÊNCIAS DE ATENDIMENTO](#)).

O atendimento deve ser feito independente do indivíduo portar documentos, estar com situação cadastral atualizada ou serem de outra área de abrangência. A falta de documentação NÃO é barreira para o atendimento à população!

19.1 ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA EQUIPES DE SAÚDE E SEGURANÇA NO ÂMBITO DO SISTEMA PRISIONAL DO DISTRITO FEDERAL

ORIENTAÇÕES GERAIS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO

É importante que as equipes de saúde e segurança, atuantes nas unidades penais estejam atentas à situação da transmissão MPX, tanto em relação aos custodiados, como quanto aos trabalhadores e visitantes do sistema penitenciário.

Deve-se alertar os familiares, advogados, parceiros sobre a importância da não realização de visitas presenciais à população privada de liberdade quando houverem sinais e/ou sintomas sugestivos de MPX.

A equipe de saúde deve realizar educação em saúde com a população privada de liberdade, para que estes conheçam os sinais e sintomas da doença e que relatem a ocorrência imediatamente. Todos os casos suspeitos devem ter atendimento prioritário.

As medidas de biossegurança apresentadas no tópico [21. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E BIOSSEGURANÇA](#) devem ser adotadas a fim de reduzir o risco de transmissão e de surtos institucionais.

Também deve ser realizado treinamento da equipe de agentes penais e demais trabalhadores do sistema quanto a prevenção, identificação e manejo dos casos de MPX.

Implementar a quarentena de 21 dias para custodiados transferidos da DCCP para as unidades prisionais, buscando adequar o fluxo de transferências da DCCP ao período de incubação da MXP. Custodiados oriundos de outras unidades prisionais do DF devem seguir as rotinas de inspeção e acolhimento estabelecidas para cada unidade.

MEDIDAS A SEREM ADOTADAS A PARTIR DA IDENTIFICAÇÃO DE UM CASO SUSPEITO ENTRE A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

Na identificação de um caso, o profissional deverá notificar imediatamente o gestor da unidade penal e a equipe de saúde local que deverá:

- Avaliar se a pessoa atende definição de caso suspeito;
- Ofertar máscara cirúrgica ao caso suspeito;

- Recomendar isolamento imediato do caso suspeito, em cela privativa, com comunicação por parte do gestor da unidade penal à VEP para suspensão dos benefícios (saídas, trabalho externo, visitas, etc);
- Notificar o CIEVS de forma imediata pelo telefone (61) 99145-6114 e por e-mail (notificadf@saude.df.gov.br);
- Recomendar higienização total da cela onde o caso suspeito estava alojado, incluindo roupas de cama e pertences pessoais;
- Orientar a equipe da segurança quanto à necessidade de oferta de blusa/camisa de mangas longas e calças compridas para o indivíduo que apresente lesões nos braços ou pernas;
- Coletar material biológico do caso suspeito para o diagnóstico laboratorial conforme tópico [9. DIAGNÓSTICO](#).
- Comunicar o LACEN para que haja priorização no resultado diagnóstico;
- Listar todos os possíveis contatos do caso suspeito, incluindo os detentos da mesma cela, visitantes, profissionais e, no caso de detentos do regime semiaberto, pessoas da comunidade;
- No caso de confirmação de MPX, iniciar monitoramento direto dos contatos de convívio dentro do sistema prisional e monitoramento ativo para os demais contatos, conforme tópico [16. MONITORAMENTO DE CASOS E CONTATOS](#).
- Atentar para o monitoramento dos casos (suspeitos ou confirmados) que se enquadram nos critérios de população de risco - imunodeprimidos, portadores de HIV, idosos e gestantes.
- Em caso de agravamento do caso ou necessidade de hospitalização deve-se seguir as orientações indicadas no tópico [8. REFERÊNCIAS DE ATENDIMENTO](#). A internação de pacientes adultos e gestantes, será direcionada para Hospital Regional da Asa Norte – HRAN. Os pacientes imunossuprimidos e da ATP (saúde mental), devem ser direcionados ao Hospital de Base - HBDF.

Em caso de identificação de aglomerados de casos ou surtos, reforça-se a necessidade de comunicar imediatamente o CIEVS e NVEPI da região de saúde que deverá acionar os demais setores envolvidos (vigilância sanitária, DIRAPS, dentre outras).

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA EQUIPES DE SAÚDE E SEGURANÇA NO ÂMBITO DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO DO DISTRITO FEDERAL

É importante que as equipes atuantes nas unidades de internação socioeducativas estejam atentas à situação da transmissão MPX, tanto em relação aos adolescentes e jovens, como quanto aos trabalhadores e visitantes.

A equipe de saúde deve realizar educação em saúde com os adolescentes e jovens, para que estes conheçam os sinais e sintomas da doença e que relatem a ocorrência imediatamente. Todos os casos suspeitos devem ter atendimento prioritário.

As medidas de biossegurança apresentadas no tópico [21. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E BIOSSEGURANÇA](#) devem ser adotadas a fim de reduzir o risco de transmissão e de surtos institucionais.

MEDIDAS A SEREM ADOTADAS A PARTIR DA IDENTIFICAÇÃO DE UM CASO SUSPEITO

Na identificação de um caso, o profissional deverá notificar imediatamente o gestor da unidade e a equipe de saúde local que deverá:

- Avaliar se a pessoa atende definição de caso suspeito;
- Ofertar máscara cirúrgica ao caso suspeito;
- Recomendar isolamento imediato do caso suspeito em quarto privativo, com comunicação por parte do gestor da unidade para suspensão das atividades externas;
 - No período do isolamento, deve-se realizar a suspensão de visitas, atividades da jornada pedagógica em grupo, e manter as medidas de prevenção (uso de máscaras, distanciamento de 1,5 m e utilizar roupas de manga longa e calças);
- Notificar o CIEVS de forma imediata pelo telefone (61) 99145-6114 e por e-mail (notificadf@saude.df.gov.br);
- Recomendar higienização total do quarto onde o caso suspeito estava alojado, incluindo roupas de cama e pertences pessoais;
- Coletar material biológico do caso suspeito para o diagnóstico laboratorial conforme tópico [9. DIAGNÓSTICO](#);
- Comunicar o LACEN para que haja priorização no resultado diagnóstico;

- Após a confirmação do caso, realizar busca ativa dos casos sintomáticos nos últimos 21 dias do primeiro caso;
- Atentar para o monitoramento dos casos (suspeitos ou confirmados) que se enquadram nos critérios de população de risco - imunodeprimidos, portadores de HIV e gestantes.
- Na situação de agravamento do caso ou necessidade de hospitalização deve-se seguir as orientações indicadas no tópico [8. REFERÊNCIAS DE ATENDIMENTO](#);
- Listar todos os possíveis contatos do caso suspeito, incluindo adolescentes ou jovens do mesmo quarto, da mesma turma, visitantes, profissionais, entre outros;
- No caso de confirmação de MPX, iniciar monitoramento direto dos contatos de convívio dentro da unidade e monitoramento ativo para os demais contatos, conforme tópico [16. MONITORAMENTO DE CASOS E CONTATOS](#).
- Os contatos que permanecem assintomáticos podem ser autorizados a continuar as atividades diárias de rotina (por exemplo, ir ao trabalho, à escola, etc.). Se um contato desenvolver sintomas durante o período de monitoramento, ele deverá então ser isolado e avaliado como caso suspeito, conforme descrito no tópico [16. MONITORAMENTO DE CASOS E CONTATOS](#).
- Adolescentes e jovens confirmados com MPX podem cumprir o isolamento com outros casos confirmados;

Em caso de identificação de aglomerados de casos ou surtos, reforça-se a necessidade de comunicar imediatamente o CIEVS e NVEPI da região de saúde que deverá acionar os demais setores envolvidos (vigilância sanitária, DIRAPS, dentre outras).

19.2 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS PARA AS UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS

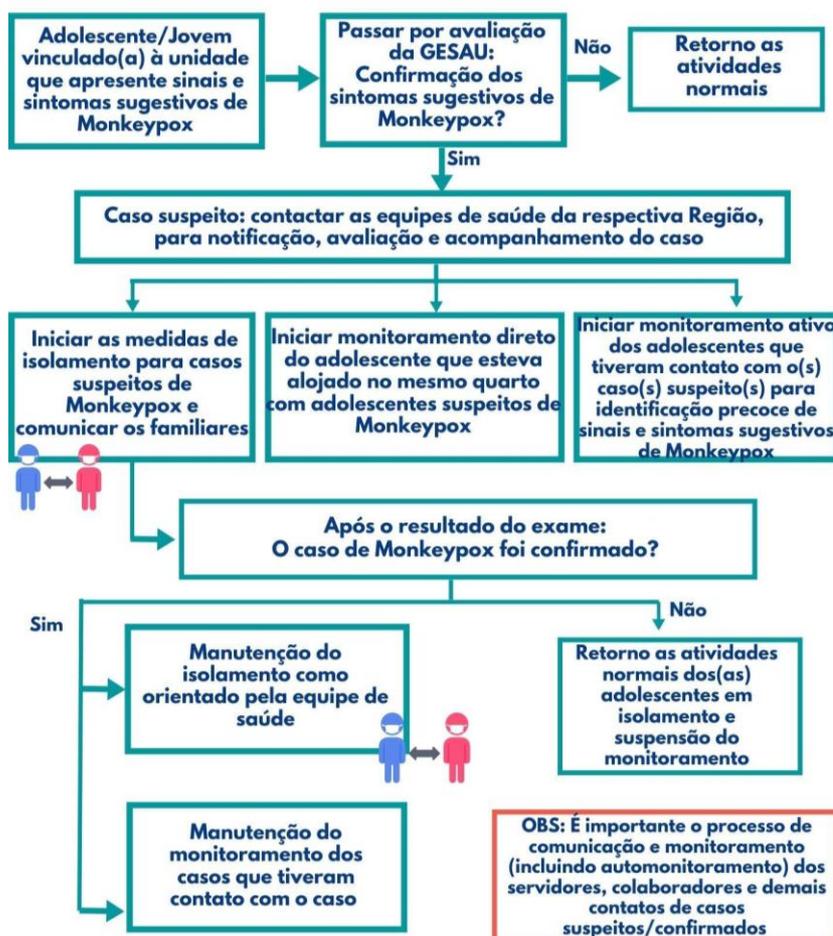
UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Conforme disposto neste plano, caso se identifique um caso suspeito de MPX nas unidades de internação, as Gerências de Saúde devem entrar em contato com o NVEPI (Núcleos de Vigilância Epidemiológica e Imunização) da região e CIEVS.

As gerências de saúde devem ainda avaliar os casos suspeitos e/ou confirmados, visando iniciar as medidas cabíveis, conforme descrito na Figura 4.

Orienta-se ainda, para o manejo clínico, medir a temperatura caso haja adolescente/jovem com suspeita de febre. Usar preferencialmente termômetros de “infravermelho”, em que a temperatura é medida à distância. No caso de termômetros tradicionais, utilizar um para cada usuário, ou, se não for possível, higienizar com álcool 70% entre os usos.

Figura 4. Manejo dos casos de Monkeypox em unidades de internação

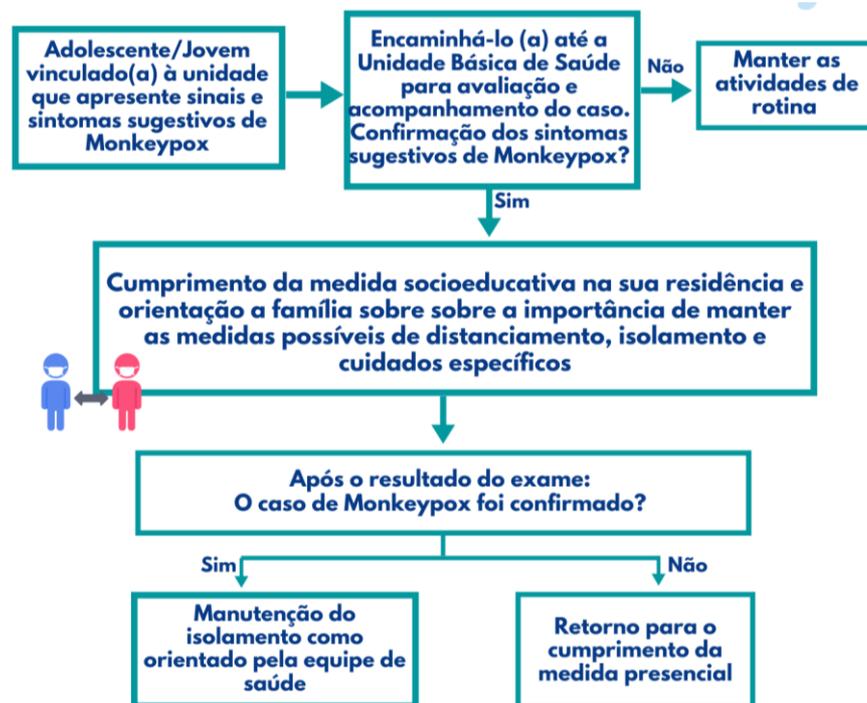


UNIDADES DE SEMILIBERDADE

Conforme disposto neste plano, caso se identifique um caso suspeito de MPX nas unidades de semiliberdade, o adolescente/jovem deve ser encaminhado e/ou orientado a buscar a Unidade Básica de Saúde, conforme descrito na Figura 5.

Em caso de identificação de casos suspeitos/confirmados de MPX, orienta-se, ainda, que o adolescente/jovem permaneça em cumprimento da medida socioeducativa na sua residência, até a elucidação do caso ou fim do período de transmissibilidade da doença. Neste caso, as famílias devem ser orientadas sobre a importância de manter as medidas possíveis de distanciamento, isolamento e cuidados específicos que devem ser observados para os casos suspeitos/confirmados.

Figura 5. Manejo dos casos de Monkeypox em unidades de semiliberdade



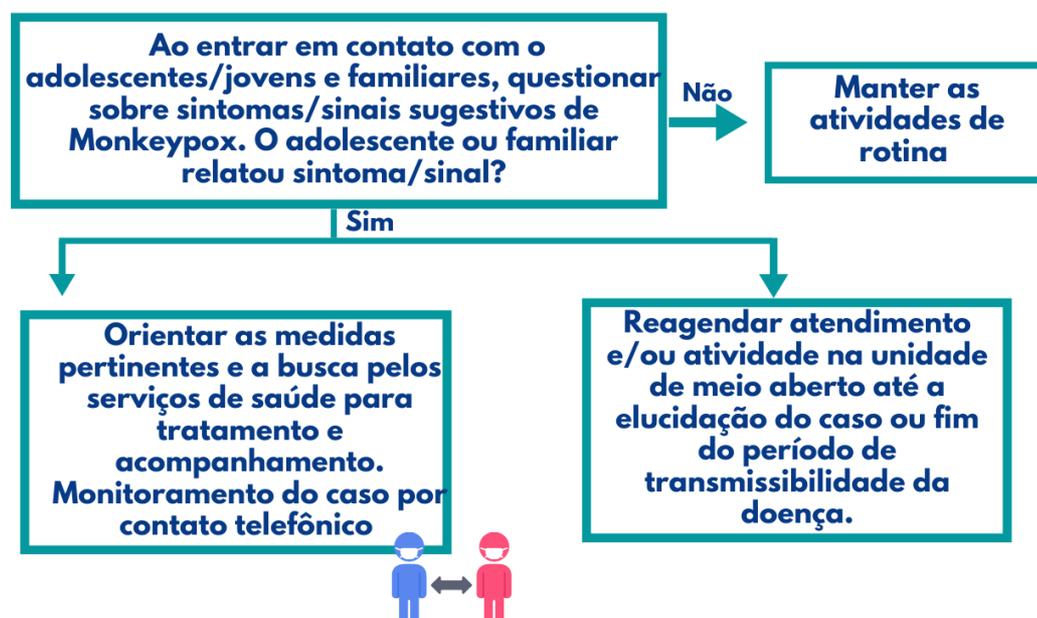
UNIDADES DE MEIO ABERTO

Conforme disposto neste plano, caso se identifique um caso suspeito de MPX nas unidades meio aberto, o adolescente/jovem deve ser encaminhado e/ou orientado a buscar a Unidade Básica de Saúde, conforme Figura 6.

Sugere-se que Unidades de Meio Aberto realizem ações de educação em saúde e auxiliem no processo de comunicação e informação aos adolescentes/jovens e familiares a respeito das formas de transmissão, identificação e prevenção da MPX por meio de medidas de proteção individual.

No contato telefônico com os adolescentes/jovens e familiares para agendamento de atendimentos e atividades individuais e em grupo, orienta-se que se busque identificar a presença de sinais e sintomas sugestivos de MPX, e, em caso positivo, orientar o não comparecimento à Unidade de Meio Aberto até a elucidação do caso ou fim do período de transmissibilidade da doença.

Figura 6. Manejo dos casos de Monkeypox em unidades de meio aberto



20 MANEJO DO ÓBITO

Na ocorrência de óbito em um caso suspeito, provável ou confirmado de MPX, deve-se prosseguir com a notificação e investigação do óbito. É importante analisar as causas diretas e fatores determinantes do óbito.

Notificar o CIEVS-DF através do e-mail: notificadf@saude.df.gov.br ou telefone: 61 99221-9439

Classificação no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

- Atribuir o código B04 (Varíola dos macacos [Monkeypox]), contido no Capítulo I da CID-10, na classificação e codificação das causas de morte no contexto da MPX, no âmbito do SIM, conforme orientado na Nota Informativa 118/2022/CGIAE/DAENT/SVS/MS.

SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DO ÓBITO (SVO)

- Adotar medidas de biossegurança aqui descritas;
- Observar os casos passíveis de serem recebidos pelo SVO, que constam de óbitos ocorridos em residências, instituições de longa permanência e via pública;
- Fornecer orientações aos familiares/responsáveis sobre manuseio e limpeza dos pertences dos falecidos, incluindo aquelas preconizadas para as demais doenças infecciosas com risco biológico ⁵, sobretudo utilizando-se solução clorada [0,5%] ou outro saneante desinfetante que seja regularizado junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
- Envolver o corpo em dois lençóis de tecido e após, acondicioná-lo em saco plástico para cadáver, impermeável e biodegradável (equipe de remoção);
- Orientar as equipes de atendentes/secretariados do SVO à adoção do uso de máscara cirúrgica e luvas de procedimento descartáveis. O uso do álcool a 70% na mobília e objetos de trabalho deve ser frequente;
- Recomendar que os serviços de saúde, públicos e privados, NÃO enviem os casos de óbitos confirmados ou suspeitos de MPX aos SVOs, a fim de minimizar o manuseio dos corpos com risco de contaminação das equipes;
- Ao SVO: para os falecidos em unidades de saúde, suspeitos de MPX, com lesões em pele e orofaringe, e se a coleta de material biológico não tiver sido realizada em vida, deve-se proceder à coleta post mortem no serviço de saúde, por meio de swab de pele e/ou orofaringe, para diagnóstico laboratorial e posterior investigação pela equipe de vigilância local.

⁵ Risco 3 (alto risco individual e moderado risco para a comunidade): Inclui os agentes biológicos que possuem capacidade de transmissão, em especial por via respiratória, e que causam doenças em humanos ou animais potencialmente letais, para as quais existem usualmente medidas profiláticas e terapêuticas.

- Diante da necessidade do envio de corpos ao SVO, deve ser realizada a comunicação prévia (2017 2000 – Ramal 3200 ou 61 9249-9367) para certificação de capacidade para o recebimento e para informação de que se trata de caso suspeito de MPX, necessitando, portanto, de equipamentos de biossegurança adequados por parte da equipe de remoção.

21 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E BIOSSEGURANÇA

As precauções padrão assumem que todas as pessoas podem estar infectadas ou colonizadas por um patógeno que poderia ser transmitido no contexto de assistência à saúde e, por isso, devem ser implementadas em todos os atendimentos, independentemente do diagnóstico do paciente. Durante a assistência a pacientes com suspeita ou confirmação de MPX, medidas adicionais de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas, a fim de reduzir o risco de transmissão e de surtos institucionais.

Os serviços de saúde devem elaborar, disponibilizar de forma escrita e manter disponíveis normas e rotinas dos procedimentos envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de MPX, tais como: fluxo dos pacientes dentro do serviço de saúde, procedimentos de colocação e retirada de EPI, procedimentos de remoção e processamento de roupas/artigos e produtos utilizados na assistência, rotina de limpeza e desinfecção de superfícies, rotinas para remoção dos resíduos, rotina de transporte dos pacientes, entre outros.

21.1 ORIENTAÇÕES GERAIS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As unidades de saúde que prestam atendimento aos usuários com suspeita ou confirmação de MPX devem seguir as seguintes orientações:

- Precauções de contato e gotículas: assistência direta ao paciente com suspeita ou confirmação de MPX.
- Os 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 entre pacientes.

- **O paciente deve usar máscara cirúrgica bem ajustada à face cobrindo nariz, boca e queixo (se necessário, ofertado pela equipe).** Também deverá cobrir as lesões cutâneas o máximo possível (com vestimentas, avental com mangas longas e/ou lençol). Manter o distanciamento de no mínimo 1,5 m entre os pacientes no ambiente de espera.
- Caso haja a necessidade de coleta de amostra de naso/orofaringe ou de realização de algum procedimento que gere aerossóis, deve-se realizá-lo 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.
- Estabelecer critérios de triagem para identificação e pronto-atendimento dos casos;
- Casos suspeitos devem permanecer preferencialmente em área separada ou com distanciamento de 1,5m dos demais usuários até o atendimento, sempre que possível em ambiente ventilado;
- Nos casos em que seja necessário, ou legalmente previsto um acompanhante, este poderá permanecer junto ao paciente, mas deverá utilizar máscara cirúrgica e ser orientado a realizar a higiene frequente das mãos;
- Prover condições para higiene das mãos: lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual e dispensadores com preparações alcoólicas para a higiene das mãos (sob as formas gel ou solução a 70%) nas salas de espera;
- Eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados por pacientes como caneta e telefones;

- Realizar a limpeza e desinfecção das superfícies do consultório e de outros ambientes utilizados pelo paciente e pelas equipes assistenciais a cada atendimento. 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;
- Realizar a limpeza e desinfecção de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência ao paciente a cada atendimento;
- 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.
- 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.
- 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);
- Notificar previamente o serviço referenciado, se houver necessidade de encaminhamento do paciente para outro serviço de saúde;
- Orientar os profissionais de saúde quanto às medidas de precaução a serem adotadas;



É importante que no primeiro atendimento levante-se informações sobre viagens, exposições e contatos que o paciente fonte apresentou no período provável de exposição (até 21 dias antes do início dos sinais e sintomas), considerando o período de incubação da doença. Deve-se identificar o que aconteceu com ele no seu período de transmissão (até a resolução completa das erupções cutâneas), visando desencadear as ações necessárias para impedir a disseminação do vírus. Com isso, faz-se necessário o rastreamento de seus contatos.

21.2 ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS ÀS UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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 1,5 m e os pacientes deverão utilizar máscara cirúrgica. Cada serviço pode individualizar o seu fluxo de assistência de forma que os pacientes com suspeita ou confirmação de MPX evitem o compartilhamento dos mesmos ambientes que os demais pacientes, e sejam respeitadas as medidas de biossegurança.

Adicionalmente também deve ser observadas as seguintes recomendações:

- O quarto, enfermaria ou área destinada à coorte dos pacientes deve permanecer com a porta fechada, com sinalização de precaução para gotículas e contato e acesso restrito aos profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente;
- Designar banheiros exclusivos para pacientes suspeitos ou confirmados para MPX. Caso não seja possível, realizar limpeza concorrente após o uso;
- Restringir o número de pessoas a esta área. Recomenda-se a ponderação entre a alta gestão e o corpo clínico para proibição de visitas e acompanhantes, com exceção apenas para os casos previstos em lei;
- Caso a infecção por MPX seja descartada, deve-se ajustar as precauções e o isolamento de acordo com a doença diagnosticada.

21.3 ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA OS SERVIÇOS DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS (LAVANDERIAS DOMÉSTICAS OU HOSPITALARES)

Têxteis e tecidos (por exemplo, roupas de proteção, roupas de cama, roupas) devem ser manuseados com o mínimo de agitação para evitar contaminação do ar, superfícies e pessoas. Isso evita a dispersão de crostas descamadas contaminadas e escamas da pele no ar em caso de contaminação.

Em se tratando de enxoval hospitalar / de serviços de saúde, têxteis e roupas devem ser ensacados / acondicionados no ponto de uso de acordo com as normas sanitárias vigentes. Não há a necessidade de classificação destes itens antes da lavagem. A maioria, senão todas as normativas para a lavagem de rotina, são aceitáveis para conter a propagação da doença através de têxteis e tecidos gerados em áreas de cuidados ou de repouso / isolamento destes pacientes. Tecidos molhados devem ser ensacados primeiro e depois colocados em um recipiente à prova de vazamentos.

Sacos de roupa de tecido reutilizáveis comumente usados para transporte de roupas podem ser lavados em conjunto com as roupas e outros tecidos. O uso de sacos solúveis em água é outra opção para minimizar o contato direto e a manipulação desses tecidos e roupas antes da lavagem. Se a roupa for transportada para uma instalação fora do local, os procedimentos que são atualmente usados para o transporte e manuseio seguro de têxteis contaminados são adequados para essas situações. O pessoal da lavanderia e do transporte de enxoval hospitalar / de serviços de saúde deve usar EPI apropriado e manusear a roupa com um mínimo de agitação.

A área de lavanderia em uma unidade de saúde que recebe têxteis e roupas deve, preferencialmente, ser ajustada em pressão de ar negativa conforme normas vigentes, e estar fisicamente separada da área onde a roupa limpa e seca, dobrada, e embalada para transporte e distribuição.

Têxteis e tecidos de áreas de atendimento para pacientes com MPX podem ser lavados usando protocolos de rotina para instalações de saúde (ou seja, água quente [71°C] lavando com detergente e alvejante e secagem com ar quente). Nenhum protocolo especial de lavagem é necessário, nem é necessário lavar materiais de áreas de tratamento de MPX separadamente dos materiais de outras partes da instalação.

Observação 1: Se roupas e roupas de cama contaminadas ou não forem ser lavadas em casa ou em lavanderias domésticas, deve-se utilizar, quando possível, ciclo de água quente na temperatura mais alta possível com detergente, seguida de secagem com ar quente. O uso de alvejante de cloro durante a água quente na lavagem pode fornecer medida adicional de segurança. O uso de lavagem com água fria não foi avaliado em relação à inativação do vírus da MPX. Se não houver outros ciclos de lavagem além da água fria, use preferencialmente detergentes que são especificamente formulados para lavar e secar com água fria.

21.4 ORIENTAÇÕES PARA HIGIENIZAÇÃO DE SUPERFÍCIES

As superfícies que são frequentemente tocadas à mão podem ser limpas e submetidas à desinfecção de nível baixo a intermediário com produto químico / germicidas de acordo com as instruções do rótulo e normas vigentes. Grandes superfícies de limpeza, como pisos e tampos de mesa podem ser limpos usando um detergente desinfetante de acordo com as instruções do fabricante / normas vigentes.

Observação 1: Não há evidência de transmissão do vírus da MPX em superfícies não porosas, portanto não há indicação para a utilização de procedimentos extraordinários para limpar e desinfetar as superfícies em geral, como as internas das ambulâncias ou outros espaços ocupados por pacientes com a doença. As abordagens de rotina para limpeza e desinfecção, a princípio, são adequadas.

Observação 2: É recomendado o uso de aspirador de pó equipado com filtro de ar particulado de alta eficiência (filtro HEPA) para limpar pisos alcatifados ou móveis estofados. Não é necessária a limpeza interna do aspirador quando um filtro HEPA está instalado corretamente e permanece intacto durante o uso. Sacos de aspirador de pó cheios podem ser colocados em outro recipiente que pode ser fechado e descartado como um resíduo sólido normal. Se tapetes e móveis estofados precisarem de limpeza para remover sujeira visível, produtos comercialmente disponíveis para este fim são aceitáveis para uso conforme as normas vigentes.

21.5 TRANSPORTE DE PASSAGEIROS E SEUS TRABALHADORES

Indicações para descontaminação do ar em salas ou veículos: Não há evidências para apoiar a descontaminação do ar em salas, instalações ou veículos

(por exemplo, fumigação). Portanto, a fumigação não é indicada para controle do vírus da MPX.

21.6 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.

22 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação em saúde é uma importante ferramenta para o sucesso do Plano de Contingência da MPX no DF. Com isso, um plano de comunicação será implementado visando: informar, orientar, mobilizar, prevenir e alertar a população, gerando consenso popular positivo em relação à importância de prevenir e controlar a MPX.

A comunicação em saúde será desenvolvida com base nas seguintes estratégias:

- Divulgação de informes epidemiológicos, de forma contínua e sistemática, contendo a descrição dos casos suspeitos e confirmados segundo as características de tempo, lugar e pessoa;
- Criação de matérias para serem distribuídos aos veículos de imprensa e publicados no link: <https://www.saude.df.gov.br/monkeypox>.

23 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este documento orienta medidas de prevenção, controle, diagnóstico e manejo da MPX no DF considerando as informações disponíveis até o momento, podendo, portanto, ser atualizado ao surgimento de novas evidências científicas e recomendações de agências reguladoras de saúde.

Os serviços de saúde têm autonomia para determinar outras ações de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), bem como adaptar as orientações contidas neste Plano, considerando as características do serviço, dos seus pacientes e dos recursos disponíveis, de forma a melhorar a segurança do paciente e dos profissionais que atuam no serviço de saúde.

24 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Adler, Hugh, et al. "Clinical Features and Management of Human Monkeypox: A Retrospective Observational Study in the UK". *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 22, no 8, agosto de 2022, p. 1153–62. DOI.org (Crossref), [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00228-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00228-6).

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada- RDC Nº 15, de 15 de março de 2012. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>. Acessado em: 01 de agosto 2022.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada- RDC Nº 222, de 15 de 28 de março de 2018 Disponível em: <. Acessado em: 01 de agosto 2022.

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>

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>.

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>

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.328, de 22 de agosto de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnóstico para detecção do Monkeypox Vírus realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Edição 162, Seção 1, Pág 263. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de contingência para Monkeypox – Versão 1. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública: COE Monkeypox. Brasília, DF. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de contingência para Monkeypox – Versão 2. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública: COE Monkeypox. Brasília, DF. 2022

Best Practice, BMJ: Monkeypox. Disponível em <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1611> Acessado em 21/07/2022.

Centers for Disease Control and Prevention. Monkeypox. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/about.html>

Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>

CDC. “Monkeypox in Animals” Centers for Disease Control and Prevention, 17 de agosto de 2022, <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/veterinarian/monkeypox-in-animals.html>.

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.

Clinical Considerations for Monkeypox in Children and Adolescents, CDC. Atualizado em 22/08/2022.

Clinical Considerations for Monkeypox in People Who are Pregnant or Breastfeeding, CDC. Atualizado em 18/07/2022 Clinical Considerations for Monkeypox in People Who are Pregnant or Breastfeeding, CDC. Atualizado em 18/07/2022 e (re)acessado em 22/08/2022. 2 e (re)acessado em 22/08/2022.

Clinical Considerations for Monkeypox in People Who are Pregnant or Breastfeeding, CDC, atualizado em 18/07/2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/pregnancy.html> e acessado em 01/08/2022.

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.

Interim Clinical Guidance for the Treatment of Monkeypox, CDC, acessado em 19/07/2022. Monkeypox, WHO, acessado em 19/07/2022.

Lapa, Daniele, et al. “Monkeypox Virus Isolation from a Semen Sample Collected in the Early Phase of Infection in a Patient with Prolonged Seminal Viral Shedding”. *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 22, no 9, setembro de 2022, p. 1267–69. DOI.org (Crossref), [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00513-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00513-8).

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>

Monkeypox ou Varíola do Macaco e atendimentos em Clínicas de Reprodução - atenção e cuidados, Posicionamento das Sociedades Latino-americanas de Reprodução Humana e Ginecologia e Obstetrícia, Agosto/2022.

NOTA INFORMATIVA Nº 6/2022 CGGAP/DESF/SAPS/MS, Orientações às equipes da atenção primária à Saúde.

Rev Esp Quimioter; 2022 Jul 6; doi: 10.37201/req/059.2022. Online ahead of print. Monkeypox in humans: a new outbreak; M C Martín-Delgado et al; doi: 10.37201/req/059.2022.

Nota Técnica Nº 46/2022 CGPAM/DSMI/SAPS/MS: Nota Técnica de recomendações sobre Monkeypox no Ciclo Gravídico-puerperal.

Nota Técnica Nº 46/2022 CGPAM/DSMI/SAPS/MS: Nota Técnica de recomendações sobre Monkeypox no Ciclo Gravídico-puerperal.

OPAS. Epidemiological Alert Monkeypox in non-endemic countries. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-monkeypox-nonendemiccountries-20-may-2022>.

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

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>

WHO. Monkeypox - United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON381>
<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Tecovirimat>

World Health Organization. Monkeypox. May 2022. Disponível em: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/monkeypox>.

25 ANEXOS

ANEXO 1. FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE MONKEYPOX

A FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO PARA CASOS SUSPEITOS DE MONKEYPOX PODE SER ACESSADA ATRAVÉS DO LINK:

<https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=ER7Y39373K>

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIAS (COE)		
Dados Gerais	Record ID Paciente	
	Código de Retorno	
	Notificação UF	
	Município da Notificação	
	Data de Notificação	
	Unidade de Saúde Notificadora	
	Código CNES	
Notificador	Nome Completo Notificador	
	Telefone (DDD) do Notificador	
	E-mail do Notificador	
Notificação Individual	Nome do paciente	
	Data de nascimento do paciente	
	Idade (anos)	
	Sexo de nascimento	1, Masculino 2, Feminino 3, Ignorado
	Identidade de gênero	1, Mulher Trans 2, Mulher Cis 3, Travesti 4, Homem Trans 5, Homem Cis 6, Não-binário
	Orientação Sexual	1 Heterossexual 2 Homossexual 3 Bissexual 4 Pansexual 5 Ignorado 6 Outro"
	Outro especifique	
	Homens que fazem sexo com homens?	1, Sim 2, Não 3, Ignorado
	Outros comportamentos sexuais:	1, Relações sexuais com Homens 2, Relações sexuais com Mulheres 3, Relações sexuais com Homens e Mulheres
Parcerias Múltiplas:	1, Sim 2, Não 3, Ignorado	

Notificação Individual	Paciente é Gestante?	1, 1ºTrimestre 2, 2ºTrimestre 3, 3ºTrimestre 4, Idade gestacional Ignorada 5, Não 6, Não se aplica 7, Ignorado
	Ocupação	
	Atividade Economica	
	Raça/cor	1, Branca 2, Preta 3, Amarela 4, Parda 5, Indígena 6, Ignorado
	Etnia	
	Escolaridade	1, Analfabeto 2, 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3, 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 4, 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 5, Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 6, Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 7, Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 8, Educação superior incompleta 9, Educação superior completa 10, Ignorado 11, Não se aplica
	Nacionalidade	1, Brasileiro 2, Estrangeiro
	País de residência:	1, Brasil 2, Outro País
	Especifique o país:	
	Cidade onde reside:	
	Número de identificação	1, CPF 2, Cartão SUS 3, Passaporte
	CPF	
	Cartão do SUS	
	Passaporte	
	Nome da mãe	
	UF Residência	
	Município de Residência	
	Distrito	
	Bairro	
	Logradouro (rua, avenida)	
	Número	
	CEP	
	Zona	1, Urbana 2, Rural 3, Periurbana 4, Ignorado
Endereço:		
(DDD) Telefone (celular)		
(DDD) Telefone (fixo)		

Dados Clínicos	Apresentou sinais e/ou sintomas?	1, Sim 2, Não
	Data do início dos sinais/sintomas	
	O paciente apresentou algum dos seguintes sinais e sintomas nos últimos 21 dias?	1 Febre de início súbito 2 Adenomegalia 3 Erupção cutânea aguda 4 Cefaleia 5 Dor nas costas 6 Astenia/fraqueza 7 Dor Muscular 8 Conjuntivite 9 Náusea/vômito 10 Fotosensibilidade 11 Suor/calafrios 12 Dor de garganta 13 Sinais hemorrágicos 14 Artralgia 15 Tosse 16 Linfadenopatia generalizada 17 Linfadenopatia localizada 18 Lesão em mucosa (excluindo oral ou região genital/perianal) 19 Lesão genital/perianal 20 Lesão oral 21 Edema peniano 22 Proctite (ex dor anorretal)
	Outros sinais e sintomas	
	Data de início da erupção	
	Data de início das lesões	
	Característica da (s) Lesão (ões)/ Erupção (ões):	1, Única 2, Múltiplas
	Local da Lesão (ões)/ Erupção (ões):	1, Face 2, Tronco 3, Membros inferiores 4, Membros superiores 5, Genital 6, Anal 7, Oral 8, Palma 9, Planta dos pés 10, Outros Locais
	Especificar Outros Locais:	
	Anexar imagens das erupções cutâneas /lesões em mucosas	
	O paciente é imunossuprimido?	1, Sim - devido alguma doença 2, Sim - devido a medicação 3, Sim - causa desconhecida 4, Não 5, Ignorado
	O paciente é HIV Positivo?	1, Sim 2, Não 3, Ignorado
	Contagem das células CD4	
	O paciente está com alguma IST ativa?	1, Sim 2, Não 3, Ignorado
	Qual IST?	1 Clamídea 2 Gonorreia 3 Herpes genital 4 Linfogranuloma venéreo (LGV) 5 Mycoplasma genitalium 6 Sífilis 7 Trichomonas vaginalis (Tricomoniase) 8 Verruga genital 9 Cancro mole (cancroide) 10 HPV 11 Doença Inflamatória Pélvica (DIP) 12 Donovanose 13 Infecção pelo vírus T-linfotrófico humano (HTLV) 14 Outra"
	Especifique qual doença?	
	Possui histórico de vacinação para Smallpox (varíola humana)?	1, Sim - devido a vacinação prévia não relacionada ao evento atual 2, Sim - pré-exposição profilática para o evento atual 3, Sim - pós-exposição profilática para o evento atual 4, Não 5, Ignorado
Data da vacina		
Dados Laboratoriais - Diagnóstico Molecular para Monkeypox (qPCR)	Existe coleta de amostra laboratorial para Monkeypox?	1, Sim 2, Não
	Data de coleta	
	Tipo de amostra	1, Swab de secreção de vesícula (incluindo swabs da superfície e/ou exsudado, de mais de uma erupção) 2, Crosta da erupção cutânea 3, Swab orofaríngeo 4, Soro 5, Sêmen 6, Urina 7, Swab retal 8, Swab genital 9, Outro tipo de amostra
	Especifique outro tipo de amostra	
	Método laboratorial	1, MPX PCR (positivo para monkeypox poxvirus - específico PCR) 2, Ortho PCR (positivo para orthopoxvirus PCR) 3, Sequenciamento 4, Sorologia 5, Sanger 6, Next Generation Sequencing (NGS) 7, Outro
	Específico outro método:	
	Resultado	1, Detectável 2, Não Detectável 3, Inconclusivo/Indeterminado 4, Pendente
	Valor do Ct	
Caracterização genômica:	1, Sim 2, Não 3, Ignorado	

Dados Laboratoriais - Diagnóstico Molecular para Monkeypox (qPCR)	Clado	1, WA = clado da África Ocidental 2, CB = clado da Bacia do Congo 3, Outro clado
	Outro Clado	
	Número de adesão	
Diagnóstico Diferencial	Existe coleta de amostra laboratorial para diagnóstico diferencial?	1, Sim 2, Não
	Tipo de amostra e data de coleta	1, Sangue Total (data_teste)
	Data da coleta	
	Inserir resultados de diagnóstico diferenciais?	1, Sim 2, Não 3, Aguardando resultados
	Varicela/Herpes Zoster	1 Confirmado Clinicamente 2 Descartado Clinicamente 3 Confirmado Laboratorialmente 4 Descartado Laboratorialmente 5 Não Realizado 6 Aguardando resultado"
	Herpes Simples	1 Confirmado Clinicamente 2 Descartado Clinicamente 3 Confirmado Laboratorialmente 4 Descartado Laboratorialmente 5 Não Realizado 6 Aguardando resultado"
	Infecções bacterianas das pele	1 Confirmado Clinicamente 2 Descartado Clinicamente 3 Confirmado Laboratorialmente 4 Descartado Laboratorialmente 5 Não Realizado 6 Aguardando resultado"
	Sífilis Primária ou Secundária	1 Confirmado Clinicamente 2 Descartado Clinicamente 3 Confirmado Laboratorialmente 4 Descartado Laboratorialmente 5 Não Realizado 6 Aguardando resultado"
	Linfogranuloma Venéreo	1 Confirmado Clinicamente 2 Descartado Clinicamente 3 Confirmado Laboratorialmente 4 Descartado Laboratorialmente 5 Não Realizado 6 Aguardando resultado"
	Cancroide	1 Confirmado Clinicamente 2 Descartado Clinicamente 3 Confirmado Laboratorialmente 4 Descartado Laboratorialmente 5 Não Realizado 6 Aguardando resultado"
	Molusco Contagioso (Poxvírus)	1 Confirmado Clinicamente 2 Descartado Clinicamente 3 Confirmado Laboratorialmente 4 Descartado Laboratorialmente 5 Não Realizado 6 Aguardando resultado"
	Infecção Gonocócica Disseminada	1 Confirmado Clinicamente 2 Descartado Clinicamente 3 Confirmado Laboratorialmente 4 Descartado Laboratorialmente 5 Não Realizado 6 Aguardando resultado"
	Granuloma Inguinal	1 Confirmado Clinicamente 2 Descartado Clinicamente 3 Confirmado Laboratorialmente 4 Descartado Laboratorialmente 5 Não Realizado 6 Aguardando resultado"
	Reação Alérgica	1 Confirmado Clinicamente 2 Descartado Clinicamente 3 Confirmado Laboratorialmente 4 Descartado Laboratorialmente 5 Não Realizado 6 Aguardando resultado"
	Quaisquer outras causas de erupção cutânea papular ou vesicular	

Evolução Clínica	Ocorreu Hospitalização?	1, Sim - Devido à necessidades clínicas 2, Sim - Para propósitos de isolamento
	Data de Internação:	
	O paciente foi para UTI?	1, Sim 2, Não 3, Ignorado
	Nome do Hospital:	
	CNES do Hospital:	
	UF do Hospital de Internação	
	Município de Hospitalização	
	Tratamento para monkeypox	1, Tecovirimat 2, Brincidofovir 3, Cidofovir 4, Não informado 5, Sim, mas o nome do tratamento antiviral não é conhecido 6, Não, sem tratamento antiviral 7, Outro(s)
	Outro(s) Tratamento (s)	
Investigação - Exposição Provável	Evolução do Caso	1, Ignorado 2, Cura 3, Óbito por Monkeypox 4, Óbito por outra causa
	Data de Evolução	
	Houve exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, com caso provável ou confirmado de monkeypox?	1, Sim 2, Não 3, Ignorado
	Em que data?	
	Houve contato físico direto, incluindo sexual, com desconhecido/a(s) e ou parcerias múltiplas, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?	1, Sim 2, Não 3, Ignorado
	Em que data?	
	Houve história de contato íntimo, incluindo sexual, com algum caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?	1, Sim 2, Não 3, Ignorado
	Em que data?	
	Onde?	1, Brasil 2, Outro País
	Em que País?	
UF de Contato		
Município de Contato		
Qual foi o local do contato com caso provável ou confirmado de Monkeypox?	1, Domicílio 2, Vizinhaça 3, Trabalho 4, Creche/Escola 5, Posto de Saúde/Hospital 8, Evento social sem contato sexual 9, Evento social com contato sexual 10, Ignorado 11, Outro	
Outro local		
Qual o nome do contato?		
Qual o (DDD)telefone do contato?		

Investigação - Exposição Provável	Houve contato com materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a caso provável ou confirmado de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas?	1, Sim 2, Não 3, Ignorado
	O paciente é trabalhador de saúde que não fez 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?	1, Sim 2, Não 3, Ignorado
	A doença em investigação tem relação com o trabalho? Nome da empresa/empregador	1, Sim 2, Não 3, Não se aplica 4, Ignorado
Investigação - Exposição Provável	Forma provável de transmissão	1, Do animal para o homem 2, Associado ao cuidado de saúde 3, Transmissão em laboratório, devido a exposição profissional 4, Contato com material contaminado (ex: roupas, lençóis e objetos) 5, Pessoa a pessoa (excluindo mãe - filho, associado ao cuidado de saúde ou transmissão sexual) 6, Transmissão via uso de drogas intravenosas e transfusão 7, Transmissão vertical (mãe - filho) 8, Transmissão sexual 9, Outra transmissão 10, Desconhecido
	Outra Transmissão	
	Contato com quais animais:	1, Pets: cão, gato (excluindo roedores) 2, Pets roedores 3, Animal silvestre (excluindo roedor silvestre) 4, Roedor silvestre 5, Outro Animal
	Outro Animal	
	O caso tem vínculo epidemiológico com caso provável ou confirmado de Monkeypox?	1, Sim 2, Não
Classificação - Monkeypox	Classificação:	1, Suspeito 2, Provável 3, Confirmado 4, Descartado
	Observações:	

ANEXO 2. INSTRUCIONAL DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO E USO DO REDCAP

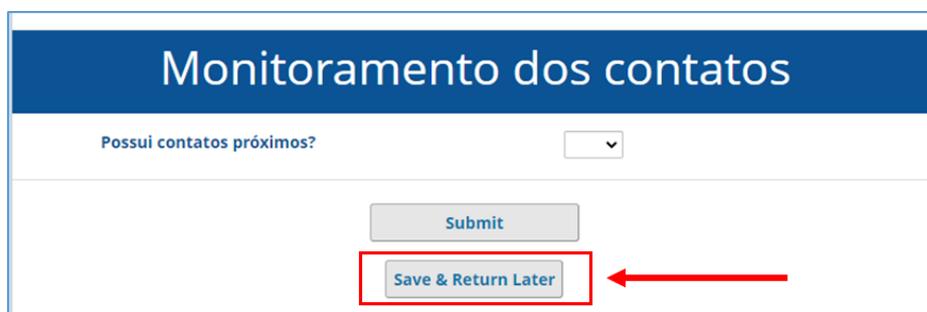
NOTIFICAÇÃO DOS CASOS NO REDCap

1. Para realizar notificação para Monkeypox acessar o “REDCap” (<https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=ER7Y39373K>)
2. Preencher ficha de notificação com as informações do caso. Atenção para os campos obrigatórios.

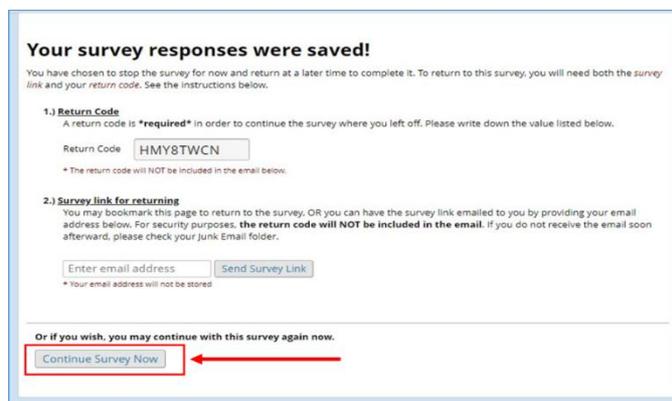
ATENÇÃO:

- Ao criar uma notificação, o campo “Código de Retorno” ficará inicialmente em branco. Este código será gerado pelo sistema ao final da notificação e deverá ser guardado pelo notificador.
- Ao notificar um caso, o campo “Tipo de Amostra” só deve ser preenchido caso tenha sido feita a coleta. Do contrário, este campo deve ficar em branco (mesmo que obrigatório) e ser atualizado após a coleta.

3. Clicar em “Save & Return Later”.



4. Copiar Código de Retorno e clicar em fechar (Close). *Esse código será utilizado novamente e deve ser salvo em um controle paralelo.
5. Clicar na opção destacada na figura abaixo.



SALVAR A FICHA EM PDF

1. Acesse a ficha de notificação, atualizar o campo “Código de Retorno”. Caso não esteja preenchido, colar o código no campo indicado.

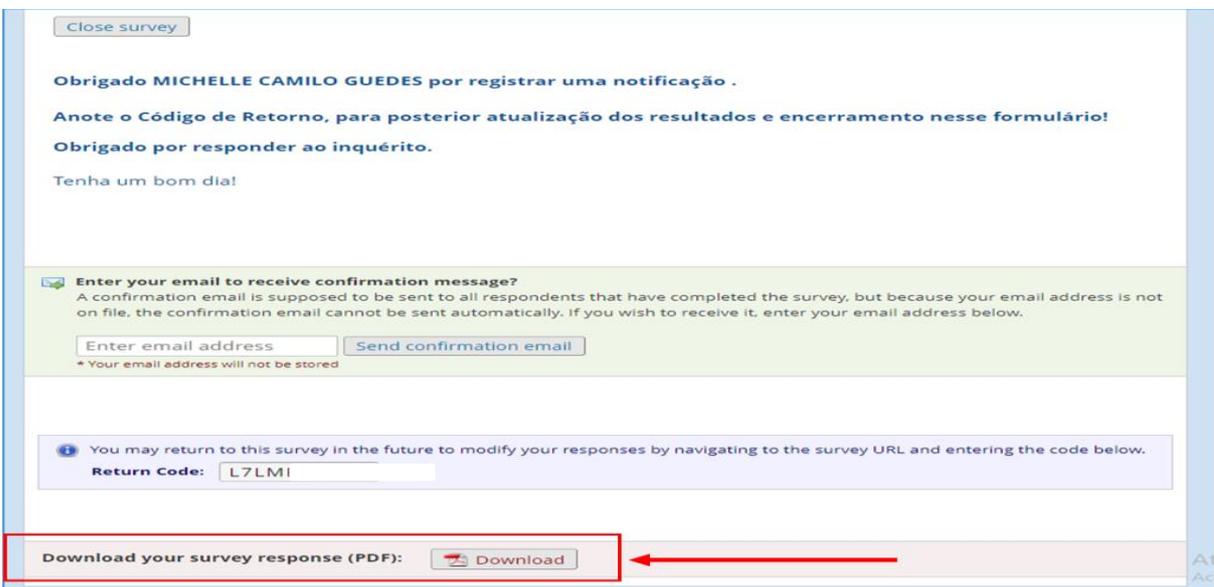


Código de Retorno
* must provide value

L7LMEJ

Ao finalizar o formulário, salvar o código de retorno, para atualização dos resultados laboratoriais, após recebimento dos laudos (seguir os passos do tutorial)

2. No final do formulário clicar na opção “**Submit**” para submeter o formulário.
3. Na nova tela, pode-se fazer Download da ficha em PDF.



Close survey

Obrigado MICHELLE CAMILO GUEDES por registrar uma notificação .

Anote o Código de Retorno, para posterior atualização dos resultados e encerramento nesse formulário!

Obrigado por responder ao inquérito.

Tenha um bom dia!

Enter your email to receive confirmation message?
A confirmation email is supposed to be sent to all respondents that have completed the survey, but because your email address is not on file, the confirmation email cannot be sent automatically. If you wish to receive it, enter your email address below.

Enter email address Send confirmation email

* Your email address will not be stored

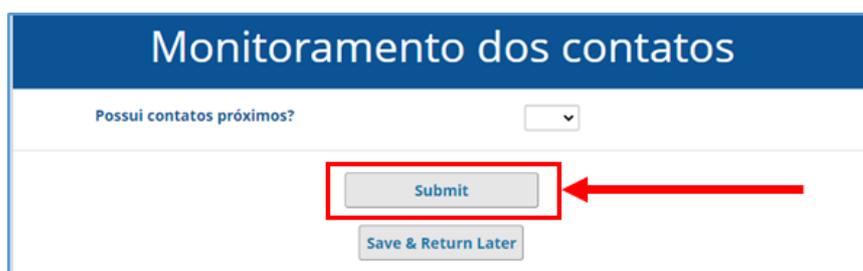
You may return to this survey in the future to modify your responses by navigating to the survey URL and entering the code below.

Return Code:

Download your survey response (PDF):

PROCEDIMENTOS PARA CONSULTAR OU ATUALIZAR FICHAS NOTIFICADAS

1. Acessar a ficha de notificação para Monkeypox no “REDCap” (<https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=ER7Y39373K>)



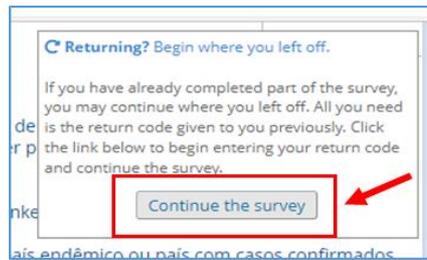
Monitoramento dos contatos

Possui contatos próximos?

2. Acessar a opção “**Returning?**” para pesquisar uma ficha já notificada.



3. Clicar em “Continue the survey” para seguir com a busca.



4. Na tela seguinte, fazer a busca usando o **Código de Retorno** da notificação que deseja atualizar/consultar.

ANEXO 4. ORIENTAÇÕES DE BIOSSEGURANÇA

Os profissionais que prestam assistência a pacientes com suspeita ou confirmação de MPX devem aderir às precauções de contato e por gotículas. No caso de necessidade de execução de procedimentos que gerem aerossóis, devem ser adotadas medidas de precaução para aerossóis.

Equipamentos de proteção individual (EPI)

Máscara:

- A máscara cirúrgica deve sempre ser utilizada na prestação da assistência ao paciente suspeito ou confirmado de MPX (precaução por gotícula).
- A máscara deve estar apropriadamente ajustada à face, de modo a cobrir adequadamente o nariz e a boca, para garantir sua eficácia e reduzir o risco de transmissão. Vale ressaltar ainda que as máscaras cirúrgicas devem seguir os requisitos descritos pela ABNT NBR 15052, norma que também dispõe sobre tais produtos. A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante e nunca deve ser compartilhada entre profissionais.
- Quando o profissional atuar em procedimentos com risco de geração de aerossol nos pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo MPXV, deve utilizar a máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 μ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3).
 - São exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossóis: intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, nebulização, procedimentos que geram tosse: coleta de amostra naso/orofaringe, avaliação de orofaringe com abaixador de língua.

Luas de procedimentos:

- As luvas de procedimento devem ser utilizadas em qualquer contato com o paciente suspeito ou confirmado de MPX ou seus pertences (precaução de contato).

- As luvas devem ser colocadas antes da entrada na unidade do paciente ou área em que o paciente está isolado e devem ser removidas dentro do quarto ou área de isolamento. Jamais deve-se sair do quarto ou área de isolamento com as luvas e/ou permanecer com elas em ambientes coletivos, tais como postos de enfermagem, salas de preparo de medicamentos, salas de prescrição, copa, entre outros.
- As luvas nunca devem ser reutilizadas. O uso de luvas não substitui a higiene das mãos.
- Proceder a higiene das mãos imediatamente após a retirada das luvas.
- Observar a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos

Capote / avental:

- O capote ou avental deve ser utilizado em qualquer contato com o paciente suspeito ou confirmado de MPX ou seu entorno (Precaução de Contato).
- O capote ou avental sujo deve ser removido e descartado como resíduo infectante após a realização do procedimento e antes de sair do quarto do paciente ou da área de assistência. Após a remoção do capote deve-se proceder a higiene das mãos para evitar a transmissão dos vírus para o profissional, pacientes e ambiente.
- Na impossibilidade da disponibilização de avental descartável e sendo necessária a utilização de avental de tecido, este pode ser utilizado pelo profissional de saúde desde que trocado a cada uso (atendimento) e submetido a processo de lavagem.
- Um mesmo avental não deve ser utilizado entre pacientes distintos.
- O profissional deve avaliar a necessidade do uso de capote ou avental impermeável a depender do quadro clínico do paciente (vômitos, diarreia, hipersecreção orotraqueal, sangramento etc.).
- Não se deve permanecer com o avental utilizado no atendimento aos pacientes em ambientes coletivos, tais como postos de enfermagem, salas de preparo de medicamentos, salas de prescrição, copa, entre outros.

Óculos de proteção ou protetor facial (face shield):

- Os óculos de proteção ou protetores faciais devem ser utilizados quando houver risco de exposição do profissional a respingos de sangue, secreções corporais e excreções na mucosa ocular.
- Os óculos de proteção ou protetores faciais devem ser de uso individual, devendo após o uso sofrer limpeza com água e sabão e posterior desinfecção com álcool líquido a 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante.

Gorro:

- O gorro está indicado para a proteção dos cabelos e cabeça dos profissionais em procedimentos que podem gerar aerossóis. Deve ser de material descartável e removido após o uso.

Higienização das mãos:

- Deve ser realizada prioritariamente com água e sabonete líquido ou com produto alcoólico a 70%, seguindo a técnica e os momentos preconizados.
- É proibido o uso de adornos (alianças, anéis, pulseiras, relógio).

Sequência recomendada para a paramentação dos profissionais de saúde no atendimento a pacientes suspeitos e confirmados para Monkeypox:

a. Em caso de leitos/boxes sem antecâmara:

Fora do quarto/box:

1. Higienizar as mãos;
2. Colocar avental descartável ou impermeável;
3. Colocar a máscara cirúrgica ou, em caso de procedimentos que gerem aerossóis, colocar máscara N95 (realizar teste de vedação);
4. Colocar protetor facial ou óculos de proteção, caso necessário (quando houver risco de contato com sangue ou secreções, para proteção da mucosa dos olhos).

Dentro do quarto/box:

5. Higienizar as mãos;
6. Calçar luvas de procedimento.

b. Em caso de leitos/boxes com antecâmara:

Fora do quarto/box:

1. Higienizar as mãos;
2. Colocar a máscara cirúrgica ou, em caso de procedimentos que gerem aerossóis, colocar máscara N95 (realizar teste de vedação);
3. Colocar protetor facial ou óculos de proteção, caso necessário (quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa dos olhos).

Na antecâmara:

4. Higienizar as mãos;
5. Colocar avental.

Dentro do quarto/box:

6. Higienizar as mãos;
7. Calçar luvas de procedimento.

Sequência recomendada para a desparamentação dos profissionais de saúde no atendimento a pacientes suspeitos e confirmados para Monkeypox:

a. Em caso de leitos/boxes sem antecâmara:

Dentro do quarto/box:

1. Retirar as luvas de procedimento;
2. Higienizar as mãos;
3. Retirar o avental;
4. Higienizar as mãos.

Fora do quarto/box:

5. Higienizar as mãos;
6. Retirar protetor facial ou óculos de proteção (caso utilizado);
7. Retirar a máscara;
8. Higienizar as mãos.

b. Em caso de leitos/boxes com antecâmara:

Dentro do quarto/box:

1. Retirar as luvas de procedimento;
2. Higienizar as mãos.

Na antecâmara:

3. Retirar o avental;
4. Higienizar as mãos.

Fora do quarto/box:

5. Higienizar as mãos;
6. Retirar protetor facial ou óculos de proteção (caso utilizado)
7. Retirar a máscara.
8. Higienizar as mãos.

ANEXO 5. ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE KITS E CADASTRO DE EXAMES PARA DIAGNÓSTICO DE MONKEYPOX

Os kits de coleta para MPX serão disponibilizados aos Hospitais, UPAs e NVEPIs mediante solicitação pelo site <http://lacendf.saude.df.gov.br/> por meio da aba “Serviços”. Na sub-aba “Solicitação de kit”, deverá ser inserida a senha. O nome do kit para solicitação é Kit para MPX. Após o pedido realizado no site do LACEN, os kits serão entregues da seguinte maneira:

- Para as unidades que fazem parte da rota de captação de amostras realizada pelo LACEN: os kits serão entregues diretamente na unidade solicitante;
- Para as unidades que não fazem parte das rotas de captação de amostras: os kits deverão ser retirados diretamente no Núcleo de Recepção do LACEN, de segunda à sexta, das 7:00 às 17:00.

Os Hospitais de Base e de Santa Maria (regidos pelo IGES) poderão retirar seus kits diretamente no Núcleo de Recepção do LACEN.

E as Unidades Básicas de Saúde (UBS) serão abastecidas por meio do NVEPI da Região de Saúde a que pertencem.

As amostras 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.

Cadastro

Para cadastrar amostra, acessar <http://lacendf.saude.df.gov.br/> e direcionar-se ao final da página, onde há encaminhamento ao Cadastro de Acesso no GAL.



Cadastro de acesso

Cadastro no sistema GAL para envio e consulta de exames ao LACEN

Cadastro com acesso ao SEI

1- Abrir um processo no SEI do Tipo **Gestão de Sistema: Cadastro e Manutenção**

* Informar na descrição do processo: "Senha do GAL – seu nome – nome da unidade de saúde"

Exemplo: Senha do GAL – Maria – HRT

2- Incluir um documento do tipo **Termo de Compromisso de Manutenção de Sigilo** e escolher o documento modelo número **73452466**.

* O nível de acesso do processo deve ser **restrito**, opção: Informação Pessoal.

3- Preencha corretamente **todos os dados** assinando o servidor e a chefia imediata.

* Verifique se o seu cartão do SUS (CNS) está vinculado ao CNES da unidade onde trabalha pelo site <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/consulta.jsp>

* O campo E-mail Funcional deverá ser preenchido com o e-mail institucional do solicitante, não sendo permitido e-mails gratuitos.

4- Encaminhe via SEI para CGAL (**SES/SVS/LACEN/CGAL**)

Cadastro sem acesso ao SEI (rede particular e laboratórios externos ao DF)

1- Preencher o termo off-line.

[TERMO GAL Versão 1.4 Off-line – arquivo modelo 2021](#)

2- Enviar um e-mail para gal.lacendf@saude.df.gov.br. O título do e-mail deve ser cadastro GAL + o número CNES da unidade de saúde e nome da unidade de saúde. O termo assinado deve ser enviado por **e-mail institucional da unidade de saúde/laboratório**, não sendo aceitos termos enviados por e-mail gratuitos como gmail, hotmail, uol e outros.

ANEXO 6. ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE ESPÉCIMES CLÍNICOS PARA DIAGNÓSTICO DE MONKEYPOX

Os seguintes materiais devem ser coletados:

- Swab de lesão de líquido vesicular ou pustular (3 lesões);
- Swab de crosta (3 lesões);



ACONDICIONAMENTO PARA ENVIO DAS AMOSTRAS

Temperatura: os materiais devem ser mantidos congelados a $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ (ou temperaturas inferiores). Na ausência de freezers, pode-se manter em geladeira ($4\text{ }^{\circ}\text{C}$) por até 7 dias

Envio: até 48h

PASSO A PASSO PARA REALIZAÇÃO DA COLETA

SEPARAÇÃO MATERIAL

- EPI (máscara cirúrgica, gorro, capote, luvas cirúrgicas, propé, óculos ou face shield);
- 02 Tubos secos estéreis com tampa de rosca (criotubo ou tipo falcon)
- 06 swabs sintéticos para coleta (nylon, poliéster, rayon, drácon)
- Etiquetas para identificação dos tubos

PARAMENTAÇÃO

- Luvas cirúrgicas
- Avental
- Gorro
- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção

ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

- O paciente deve ser orientado quanto ao procedimento. Devem ser avaliadas as vesículas e selecionadas as com maior quantidade de líquido para coleta.

IDENTIFICAÇÃO DOS TUBOS

- Os tubos devem ser identificados com: nome do paciente, data de nascimento, tipo de material (secreção de vesícula ou crosta).

ANTISSEPSIA E LIMPEZA DA PELE

- Não é recomendada realização de antissepsia da pele, apenas limpeza leve de sujidades visíveis quando necessário.

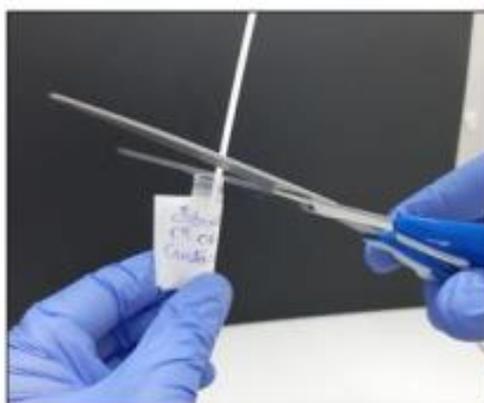
COLETA DA AMOSTRA

- Coletar amostra realizando esfregão forte e intenso sobre uma ou mais lesões, dando preferência às lesões vesiculares ou das pústulas (não há recomendação de perfurar a lesão, contudo, não há prejuízo para a coleta caso ocorra o rompimento).



COLOCAR O SWAB NO TUBO FALCON

- Quebrar/cortar a haste do swab.



- Repetir o procedimento em mais 2 vesículas e colocar todos os swabs no mesmo tubo.

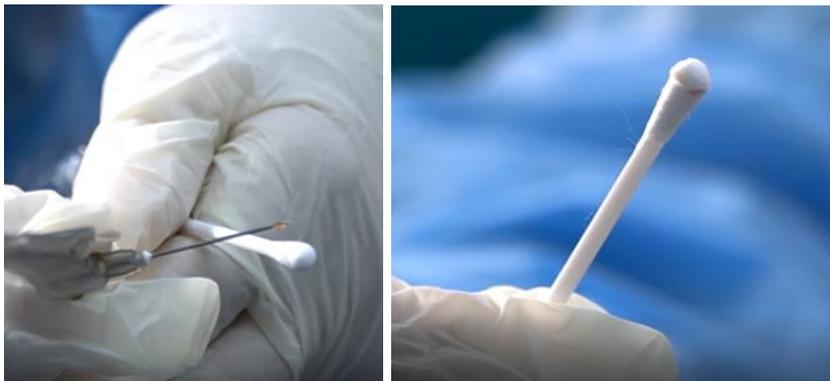
RETIRAR A CROSTA

- Escolher as vesículas em fase de crosta e utilizar o swab (ou agulha se necessário) para a retirada da crosta.



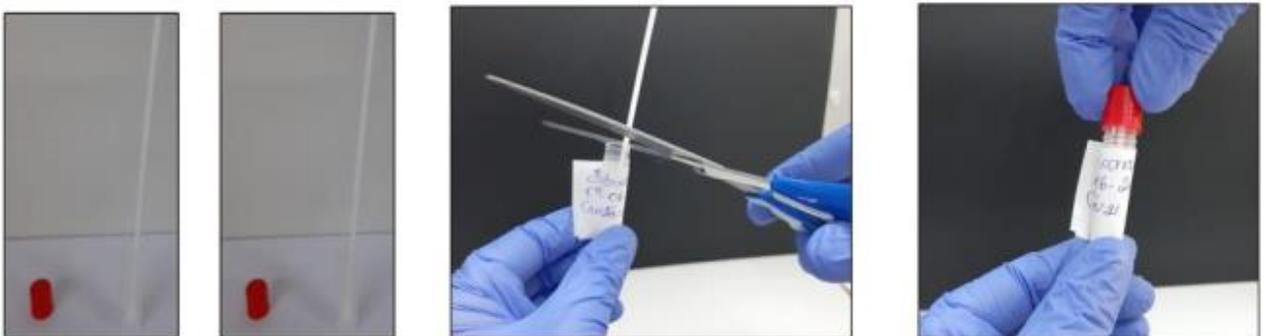
COLETA DA CROSTA

- Coletar o material da crosta.



COLOCAR O SWAB NO TUBO FALCO

- Quebrar/cortar a haste do swab.



- Repetir o procedimento em mais 2 crostas e colocar todos os swabs no mesmo tubo.

As orientações sobre como realizar a coleta estão demonstradas no vídeo disponível em: www.youtube.com/watch?v=leQMzmJ_eDo&t