

PLANO DE AÇÃO DA SALA DE SITUAÇÃO MONKEYPOX



SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

APRESENTAÇÃO

Devido à circulação do vírus *Monkeypox* no mundo, o Ministério da Saúde (MS) ativou a Sala de Situação, no dia 23 de maio de 2022, com a finalidade de estruturar a detecção e investigação pela vigilância epidemiológica e coordenar a resposta rápida aos casos suspeitos da doença no Brasil, permitindo a identificação dos casos de forma oportuna, bem como a notificação imediata, o isolamento, tratamento e rastreamento dos contatos, de modo a reduzir o risco de ocorrência de novos casos. Salienta-se que o vírus *Monkeypox* já circula no Brasil, contudo, não há até o momento a transmissão comunitária.

Para tanto, apresenta-se o Plano de Ação da Sala de Situação que tem por objetivo orientar os profissionais da saúde para a resposta rápida ao atual evento de saúde pública, bem como direcionar as ações da assistência e vigilância quanto à definição de caso de *Monkeypox*, processo de notificação, fluxo laboratorial e investigação epidemiológica no país.

PLANO DE AÇÃO DA SALA DE SITUAÇÃO MONKEYPOX
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização – CGPNI
Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis – DEIDT
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Ministério da Saúde – MS

Secretário da SVS

Arnaldo Correia de Medeiros

Diretora do DEIDT

Cássia de Fátima Rangel Fernandes

Coordenadora da CGPNI

Adriana Regina Farias Pontes Lucena

Comando da Sala de Situação

Patrícia Gonçalves Carvalho – CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Equipe Técnica de Elaboração

Antônio Alvarado – EpiSUS/CGEMSP/DSASTE/SVS/MS
Bruna Gisele de Oliveira – CGGAP/DESF/SAPS/MS
Carolina Pacheco - EpiSUS/CGEMSP/DSASTE/SVS/MS
Cláudio Nishizawa – ANVISA
Cristiano Gregis - ANVISA
Denizard André - CGZV/DEIDT/SVS/MS
Douglas Lima - CGSAT/DSASTE/SVS/MS
Emerson Araújo - CGLAB/DAEVS/SVS/MS
Fernanda Bordalo - CGEMSP/DSASTE/SVS/MS
Fernando Avendanho – CONASS
Francly Webster Pereira – CGGAP/DESF/SAPS/MS
Hariadny Saraiva - RENAVEH/CGEMSP/DSASTE/SVS/MS
Ho Yeh Li – OPAS/OMS
Isabela de Lucena - EpiSUS/CGEMSP/DSASTE/SVS/MS
Izabela Trindade - CGLAB/DAEVS/SVS/MS
Jonatas Lima - DAF/SCTIE/MS
Kandice Falcão - CONASEMS
Laís Ferrari - EpiSUS/CGEMSP/DSASTE/SVS/MS
Leonardo Freitas - EpiSUS/CGEMSP/DSASTE/SVS/MS
Lívia Vinhal - DECIT/SCTIE/MS
Lucimeire Campos - CGPNI/DEIDT/SVS/MS
Marcelo Wada - CGZV/DEIDT/SVS/MS
Marcio Haro - DAPES/SAPS/MS
Nereu Mansano - CONASS
Nina Luiza - CIEVS/ CGEMSP/DSASTE/SVS/MS
Rejane Alves - CGSAT/DSASTE/SVS/MS
Rivaldo Venâncio - FIOCRUZ
Rodrigo Frutuoso - OPAS/OMS
Sebastião Taveira - EpiSUS/CGEMSP/DSASTE/SVS/MS
Wildo Navegantes - OPAS/OMS

Colaboração

Caroline Gava – CGPNI/DEIDT/SVS/MS
Clarissa Damaso - UFRJ
Francieli Fontana - CGPNI/DEIDT/SVS/MS
Janaina Sallas -
CIEVS/CGEMSP/DSASTE/SVS/MS
Michelle Soares Pinto - CGPNI /DEIDT/SVS/MS
Viviane Batista - CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Projeto Gráfico e Revisão

Área Editora GSB/SVS

Sumário

I.	INTRODUÇÃO	5
II.	OBJETIVOS.....	6
III.	OPERACIONALIZAÇÃO DA SALA DE SITUAÇÃO	6
	ATRIBUIÇÕES DO COMANDO	9
	ATRIBUIÇÕES DO PORTA-VOZ E DA COMUNICAÇÃO	10
	ATRIBUIÇÕES DO ADMINISTRATIVO.....	10
	ATRIBUIÇÕES DO GERENTE DE OPERAÇÕES.....	11
	ATRIBUIÇÕES DO LÍDER DO PLANEJAMENTO.....	11
	ATRIBUIÇÕES DO LÍDER DE LOGÍSTICA.....	12
	ORGANIZAÇÃO DAS ÁREAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA RESPOSTA AO CASO.....	13
IV.	DEFINIÇÃO, NOTIFICAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E COMUNICAÇÃO DE CASOS	16
V.	SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL	18
VI.	SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL.....	19
VII.	FLUXO LABORATORIAL PARA DIAGNÓSTICO E VIGILÂNCIA GENÔMICA	20
	ORIENTAÇÕES PARA COLETA, TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DE AMOSTRAS CLÍNICAS	20
	LISTA DE CONTATOS DOS LABORATÓRIOS CENTRAIS DE SAÚDE PÚBLICA POR UNIDADE FEDERADA	22
	FLUXO OPERACIONAL DO SISTEMA GAL.....	24
	SOLICITAÇÃO DE EXAMES.....	24
VIII.	MEDIDAS DE PRECAUÇÃO	27
IX.	ASSISTÊNCIA À SAÚDE	29
	AVALIAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS CONFIRMATÓRIOS PARA MPX E PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	33
	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	35
	CUIDADOS COM AS LESÕES CUTÂNEAS	35
	ORIENTAÇÕES PARA O ISOLAMENTO DOMICILIAR	36
X.	MONITORAMENTO DOS CONTATOS	38
XI.	MONITORAMENTO DOS PACIENTES.....	38
XII.	ATENÇÃO HOSPITALAR	39
XIII.	GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS.....	43
XIV.	VIGILÂNCIA DE RUMORES E EVENTOS, MONITORAMENTO E APOIO À INVESTIGAÇÃO DE CASOS NO MUNDO E NO PAÍS	44
XV.	MECANISMOS ESTRATÉGICOS DE COMUNICAÇÃO	45
XVI.	PASTA E DOCUMENTOS DISPONIBILIZADOS NA REDE	46
XVII.	AÇÕES DE CARÁTER PERMANENTE	46
XVIII.	REFERÊNCIAS	47

I. INTRODUÇÃO

A *Monkeypox* (MPX) é uma doença viral de caráter zoonótico, endêmica na África Central e Ocidental, causada pelo vírus *Monkeypox* (MPXV) do gênero *Orthopoxvirus* da família *Poxviridae*. O nome deriva da espécie em que a doença foi inicialmente descrita em 1958. O reservatório ainda é desconhecido, e a principal hipótese é que seja pequenos roedoresⁱ.

No dia 7 de maio de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada pelo Reino Unido, sobre um caso confirmado de MPX importado da Nigéria. Em 15 de maio de 2022 foram confirmados mais 4 casos no país, no entanto, sem vínculo epidemiológico com o primeiro caso^{ii, iii}. Posteriormente, em 20 de maio de 2022, 11 países notificaram casos de Monkeypox: Austrália, Bélgica, Canadá, França, Alemanha, Itália, Portugal, Espanha, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos^{iv, v}.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), ativou a Sala de Situação de Monkeypox em 23 de maio de 2022, com o objetivo de divulgar de maneira rápida e eficaz as orientações para resposta ao evento de saúde pública de possíveis casos de Monkeypox, bem como direcionar as ações de vigilância em saúde, quanto à definição de caso, processo de notificação, fluxo laboratorial, fluxo assistencial e investigação epidemiológica no país.

A MPX é geralmente uma doença autolimitada, cujos sinais e sintomas duram de 2 a 4 semanas. O período de incubação é tipicamente de 6 a 16 dias, mas pode chegar a 21 dias. A pessoa infectada é assintomática no período de incubação.

Os sinais e sintomas iniciais clássicos incluem febre súbita, dor de cabeça, dores musculares, dores nas costas, adenomegalia, calafrios e exaustão. A detecção de linfadenopatia é uma característica clínica importante, auxiliando no diagnóstico diferencial entre MPX e outras doenças.

A manifestação cutânea ocorre entre um e três dias após os sinais e sintomas iniciais. A erupção cutânea da MPX passa por diferentes estágios: mácula, pápula, vesícula, pústula e crostas. Inicialmente, as lesões têm diâmetro entre meio centímetro e um centímetro, e podem ser confundidas pelas causadas por varicela ou sífilis, e a principal diferença é a evolução uniforme das lesões na MPX.

Os casos de MPX descritos no surto atual apresentam algumas características atípicas. A erupção pode começar nas áreas genital e perianal, a erupção nem sempre se dissemina para outras partes do corpo e 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). Ainda que não tenham sido até o momento registradas mortes por este vírus neste surto, nos países onde a MPX é endêmica a mortalidade varia entre 1% e 10%^{vi}.

A transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio de contato com lesões de pele de pessoas infectadas ou objetos contaminados. A transmissão via gotículas usualmente requer contato próximo e prolongado com o paciente infectado. O período de transmissibilidade é encerrado quando o paciente não apresenta mais crostas, e a pele encontra-se cicatrizada.

II. OBJETIVOS

Objetivo geral

Coordenar a resposta rápida aos possíveis casos de *Monkeypox* no Brasil e organizar as ações de vigilância e assistência à saúde.

Objetivos específicos

- Estabelecer e divulgar orientações sobre definição, notificação, investigação e comunicação dos casos;
- Analisar o perfil epidemiológico e série temporal dos casos notificados no país;
- Descrever cenários de risco: análise de ameaças e vulnerabilidade;
- Elaborar fluxo de notificação;
- Elaborar o fluxo laboratorial para diagnóstico e vigilância genômica para os diagnósticos diferenciais;
- Elaborar fluxo assistencial à saúde;
- Realizar vigilância de rumores e eventos de *Monkeypox* no mundo e no país; e
- Identificar as evidências científicas disponíveis sobre os casos humanos.

III. OPERACIONALIZAÇÃO DA SALA DE SITUAÇÃO

A Sala de Situação é um espaço de inteligência em saúde, onde conta com uma visão integral e intersetorial, que partindo de análise e avaliação sistemática da situação de saúde, atuam como instância integradora da informação que gera a vigilância em saúde pública nas diferentes áreas e níveis, constituindo assim um órgão de assessoria direta capaz de aportar informação oportuna e relevante para apoiar, com uma base técnico-científica, o processo de tomada de decisões.

A seguir, apresentam-se as atividades e as responsabilidades da Sala de Situação da Monkeypox:

- Acompanhar e avaliar as informações enviadas pelo Comitê de Monitoramento de Eventos (CME), assim como pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) e outras áreas técnicas e por fontes externas;
- Análise das informações relevantes, que irá nortear a tomada de decisão para as operações de resposta;
- Estabelecimento das prioridades de resposta e desencadeamento das ações;
- Definição do tipo de suporte necessário às ações desencadeadas na resposta à emergência, levando em conta a previsão de evolução dos impactos do evento;
- Mobilização de recursos humanos e materiais necessários;
- Elaboração de relatórios de progresso do evento, incluindo resumo das decisões e ações de resposta, e emissão de recomendações técnicas;
- Preparação e disseminação de informes/relatórios;
- Articulação entre as diversas áreas da esfera federal envolvidas na resposta;
- Coordenação da avaliação pós-evento (lições aprendidas).

Para a operacionalização da Sala de Situação da Monkeypox, conta-se com equipe de técnicos e especialistas representantes das seguintes áreas:

- Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações - CGPNI/DEIDT/SVS/MS
- Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial - CGZV/DEIDT/SVS/MS
- Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública – CGEMSP/DASSTE/SVS/MS
- Coordenação – Geral de Saúde do Trabalhador – CGSAT/DASSTE/SVS/MS
- Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública - CGLAB/DAEVS/SVS/MS
- Departamento de Estratégia de Saúde da Família – DESF/SAPS/MS
- Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – DAPES/SAPS/MS
- Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos - CGFPS/ DECIT/SCTIE/MS
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – GGTES/GGMED/GGPAF/ANVISA
- Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS

- Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS

Tendo em vista que os processos de trabalho da Sala são dinâmicos, outros integrantes poderão ser convidados, no decorrer das atividades, de acordo com as necessidades.

No que se refere ao período de atividades da Sala, a previsão inicial de duração foi de 15 (quinze) dias, porém ocorreram prorrogações, devido à necessidade de continuidade da avaliação do cenário epidemiológico. A desmobilização da sala acontecerá a partir do cumprimento deste Plano de Ação e da identificação de área técnica responsável pela condução das ações de vigilância em saúde.

- **Data de Ativação:** 23/05/2022
- **Horário de funcionamento:** 8h00 às 18h00 e após às 18h00 em regime de plantão.
- **Dias de funcionamento:** 2ª a 6ª feira
- **Sábados, domingos e feriados:** em regime de plantão
- **Reuniões:** *Briefing* e *debriefing*: 09h00 e 16h00 (respectivamente)

Local: Sala 602, 6º andar, Edifício PO 700. Setor de Rádio e TV. Quadra 702. Via W5 Norte, Brasília/DF. CEP: 70.723-040.

Para implementação e operacionalização da Sala de Situação, é necessário o conhecimento dos princípios básicos que orientam seu funcionamento; das atividades e responsabilidades da sala; e de como se dá a administração quando ativada e desativada. Assim, foram nomeados técnicos para compor a estrutura de gestão e de operação que proporcione direção, efetividade e eficiência à resposta.

O Sistema de Comando de Operações está baseado em cinco funções: (i) Comando do Evento; (ii) Planejamento; (iii) Operações; (iv) Logística; (v) Análise de Dados; e Administrativo (vi), conforme apresentado na Figura 1.



Figura 1. Organograma da Sala da Monkeypox, maio de 2022.

Fonte: Sala de Situação Monkeypox/Ministério da Saúde. Maio/2022.

ATRIBUIÇÕES DO COMANDO

O Comando da Sala de Situação é o coordenador do evento. Portanto, cabe ao comando:

- Assumir e estabelecer o comando deliberativo da Sala de Situação;
- Identificar e convocar profissionais do MS designando suas atribuições enquanto líder de Planejamento, Operações, Logística, Análise de Dados e líder Administrativo;
- Garantir o desenvolvimento de ações visando a segurança da população e dos trabalhadores de saúde envolvidos na resposta;
- Avaliar (determinar e elencar) as prioridades da emergência em saúde pública;
- Determinar os objetivos operacionais;
- Supervisionar o desenvolvimento e a execução do Plano de Ação do Evento (PAE) no âmbito da Sala de Situação;
- Gerenciar os recursos alocados e solicitar os pedidos adicionais necessários ao funcionamento da sala de situação;
- Articular a coordenação das ações entre as instituições;
- Articular com os gestores de saúde estaduais e do Distrito Federal, informando da ativação da Sala de Situação e das atividades previstas no Plano de Ação do Evento;
- Autorizar a informação a ser divulgada;

- Apresentar relatórios periódicos;
- Coordenar a oficina sobre as lições aprendidas no encerramento de cada evento.

ATRIBUIÇÕES DO PORTA-VOZ E DA COMUNICAÇÃO

O porta-voz é o ponto de contato com os meios de comunicação ou outras instituições que busquem informação direta sobre o evento. Toda a informação deverá ser aprovada pelo gerente de Operações. Assim, fica a cargo do porta-voz:

- Obter informação com o gerente de Operações sobre a situação geral do evento;
- Estabelecer um centro único de informações, sempre que possível;
- Participar das reuniões da Sala de Situação de *briefing* e *debriefing* para atualizar a divulgação de informação;
- Obter cópias atualizadas de relatórios oficiais;
- Realizar levantamento de rumores na mídia;
- Elaborar notas para a imprensa acerca da atuação do setor Saúde no evento;
- Elaborar boletins periódicos para disponibilizar informação nos meios de comunicação do MS;
- Obter a aprovação do gerente de Operações para divulgar a informação;
- Receber e encaminhar ao gerente de Operações as demandas da mídia (rádio, TV, jornal etc.);
- Apresentar ao gerente de Operações informes periódicos acerca das atividades de comunicação.

ATRIBUIÇÕES DO ADMINISTRATIVO

O Administrador do Coes deverá desenvolver atividades como:

- Determinar, com o gerente de Operações, as necessidades de espaço físico, equipe e insumos necessários;
- Coordenar, com outras instâncias do MS, as necessidades logísticas adicionais e identificar as já existentes;
- Manter em funcionamento as instalações e os equipamentos necessários à resposta;

- Assegurar, em articulação com o líder de Operações, o controle de acesso às salas de Situação e do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS);
- Estabelecer os plantões de pessoal operacional para garantir o apoio e a manutenção da Sala ativa.

ATRIBUIÇÕES DO GERENTE DE OPERAÇÕES

O líder de Operações é o responsável pela execução das ações de resposta em campo. Estará em contato constante com as áreas técnicas do MS e com o comando. O líder de Operações deve:

- Assumir e estabelecer o comando operacional;
- Identificar e convocar profissionais do MS designando suas atribuições enquanto líderes de Planejamento; Operações; Logística, Análise de Dados e Administrativo;
- Garantir o desenvolvimento de ações visando a segurança da população e dos profissionais envolvidos na resposta, conforme determinado pelo comando;
- Executar as prioridades da emergência em saúde pública;
- Desenvolver e supervisionar a execução do Plano de Ação do Evento (PAE);
- Monitorar os recursos alocados e solicitar os pedidos adicionais necessários;
- Atuar em articulação com a coordenação das ações entre as instituições;
- Manter o comando atualizado sobre as ações desenvolvidas e os nós críticos, para a garantia do alcançar os objetivos;
- Prestar informação ao comando para avaliação do que será divulgado;
- Responder pela documentação e pelo controle de custo;
- Apresentar relatórios periódicos;
- Coordenar a oficina sobre as lições aprendidas no encerramento de cada evento. De acordo com a complexidade da resposta exigida e a disponibilidade de recursos, o gerente de Operações poderá estabelecer os setores de Planejamento, Operação, Logística, Análise de Dados e Administrativo.

ATRIBUIÇÕES DO LÍDER DO PLANEJAMENTO

O líder de Planejamento irá recolher, avaliar e difundir a informação acerca do desenvolvimento da emergência em saúde pública e manter o controle dos recursos. É ele quem deve

elaborar o Plano de Ação do Evento (PAE), o qual define as atividades de resposta e o uso dos recursos durante um período operacional. Cabe ao líder do Planejamento:

- Obter informação com o líder de Operações sobre a situação geral do evento;
- Ativar as unidades do Setor de Planejamento, em conformidade com a magnitude do evento;
- Estabelecer a rotina de repasse de informação interna da Sala com realização de reuniões (*briefing 09h00 e debriefing 16h00*);
- Supervisionar a elaboração do Plano de Ação do Evento;
- Identificar e mobilizar as áreas técnicas do MS envolvidas na resposta e desmobilizar, quando necessário;
- Identificar a necessidade de recursos especializados;
- Apresentar ao gerente de Operações informes periódicos acerca do desenvolvimento do evento;
- Compilar as informações dos setores (operações, logística e financeiro) e disponibilizar informe ao CME acerca da situação do evento.

ATRIBUIÇÕES DO LÍDER DE LOGÍSTICA

O líder de Logística deve prover instalações, serviços e materiais, bem como:

- Participar no desenvolvimento do Plano de Ação do Evento;
- Planejar a organização da área de logística;
- Identificar os serviços e requisitos de suporte para as operações planejadas;
- Coordenar e processar os pedidos de recursos adicionais;
- Checar o Plano de Ação do Evento e estimar as necessidades para o período operacional seguinte;
- Avaliar as capacidades dos serviços disponíveis e de apoio, e identificar necessidades adicionais;
- Garantir recursos necessários para a execução da desmobilização das atividades da sala;
- Apresentar ao líder de Operações informes periódicos acerca das atividades de logística.

Para organizar as demandas relacionadas à Sala, foram elencadas as seguintes atividades para cada uma das áreas técnicas referidas a seguir:

I. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunização (CGPNI)

- Coordenar a Sala de Situação em articulação com áreas parceiras;
- Articular com a CGEMSP a disponibilização de equipes de resposta rápida;
- Acompanhar os rumores, dados oficiais nos países com casos e atualizações internacionais sobre o tema;
- Verificar os dados oficiais de casos fornecidos pelos Pontos focais do Regulamento Sanitário Internacional;
- Articular com a OPAS e/ou possível aquisição de vacina, se este for o caso;
- Acompanhar os dados epidemiológicos dos casos no país;
- Validar o formulário de notificação, requisição e investigação dos casos;
- Enviar orientações técnicas, caso necessário;
- Conduzir as reuniões de *briefing e debriefing*;
- Validar e enviar os Informes diários;
- Consolidar e divulgar o Boletim Semanal;
- Participar do Comitê de Monitoramento de Eventos (CME).

II. Coordenação-Geral de Emergência em Saúde Pública (CGEMSP)

- Disponibilizar equipes de resposta rápida;
- Monitorar dados de rumores, dados oficiais nos países com casos e atualizações internacionais sobre o tema;
- Solicitar dados oficiais de casos e óbitos aos Pontos focais do Regulamento Sanitário Internacional;
- Analisar os dados epidemiológicos dos casos no país;
- Elaborar o formulário de notificação, requisição e investigação dos casos;
- Produzir os documentos com as Relatorias e Atas de reuniões realizadas pela Sala;
- Conduzir as reuniões de *briefing e debriefing*;

- Elaborar e enviar os Informes diários;
- Consolidar e divulgar o Boletim Semanal;
- Elaborar e conduzir o Comitê de Monitoramento de Eventos (CME).

III. Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB)

- Coletar os dados laboratoriais referentes aos diagnósticos diferenciais do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), Módulo Biologia Médica;
- Adequar o GAL com campo de descrição da investigação relacionado ao evento e orientar quanto a configuração de pesquisa de exames no GAL;
- Realizar levantamento da capacidade de resposta ao evento pela Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP), contendo o tempo de liberação de resultado por exame, a capacidade de diagnóstico e sequenciamento e, estoque de insumos;
- Orientar a Rede de Laboratórios quanto ao fluxo de envio de amostras para diagnóstico e sequenciamento;
- Orientar sobre coleta, armazenamento e transporte das amostras;
- Enviar o informe diário;
- Enviar orientações técnicas, caso necessário;
- Participar das reuniões de *briefing e debriefing*;
- Consolidar informações laboratoriais referentes aos diagnósticos diferenciais para o CME.

IV. Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT)

- Participar das discussões dos casos notificados;
- Participar de reuniões de *briefing e debriefing*;
- Compartilhar as informações com os Centros de Referência Saúde do Trabalhador (Cerest);
- Monitorar os casos suspeitos em trabalhadores dos serviços de saúde (caso necessário);
- Enviar orientações técnicas para os Cerest;
- Enviar os informes diários, o card e o Boletim semana para os Cerest estaduais.

V. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES)

- Construir documento contendo as orientações para assistência dos casos;
- Criar estratégia de sensibilização dos profissionais de saúde da rede;
- Enviar orientações técnicas aos estados, distrito federal e municípios;
- Participar das discussões dos casos notificados;
- Enviar o informe diário.

VI. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)

- Participar das discussões dos casos notificados;
- Participar de reuniões de briefing e debriefing;
- Apoiar o Ministério da Saúde nas necessidades que se fizerem necessárias, de acordo com as suas competências;

VII. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

- Colaborar com as discussões que envolvam deliberações e ações interfederativas
- Compartilhar as informações com os Secretários estaduais de saúde e com as Câmaras Técnicas;
- Participar nas reuniões de *briefing* e *debriefing*;
- Auxiliar na divulgação dos documentos produzidos pela Sala, como o Informe diário, o card e o Boletim Semanal;
- Enviar o informe diário aos Secretários Estaduais de Saúde.

VIII. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

- Colaborar com as discussões que envolvam deliberações e ações interfederativas
- Compartilhar as informações com os COSEMS;
- Participar nas reuniões de *briefing* e *debriefing*;
- Auxiliar na divulgação dos documentos produzidos pela Sala, como o Informe diário, o card e o Boletim Semanal;
- Enviar o informe diário aos COSEMS.

IX. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

- Atualizar a sala de situação sobre o monitoramento/identificação de casos suspeitos em portos e aeroportos;
- Enviar orientações de procedimentos de vigilância de portos e aeroportos;
- Enviar orientações técnicas, caso necessário;
- Disponibilizar lista de viajantes contactantes à vigilância em saúde quando na identificação de caso suspeito em viagem
- Participar das discussões dos casos notificados;

X. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)

- Atualizar a Sala de Situação quanto as deliberações, atualizações e condutas da OMS sobre a Monkeypox;
- Atualizar a Sala de Situação e a CGPNI no que se refere as orientações da OMS quanto ao cenário de vacinas contra varíola;
- Enviar orientações técnicas, caso necessário;
- Participar das discussões dos casos notificados;
- Apoiar nas solicitações de dados de casos suspeitos e confirmados oficiais;
- Compartilhar informações sobre os casos dos países.

IV. DEFINIÇÃO, NOTIFICAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E COMUNICAÇÃO DE CASOS

É importante que os trabalhadores da saúde estejam sensíveis para identificar os possíveis casos suspeitos de Monkeypox nos serviços de saúde ou território, atentando-se as definições abaixo e realizar a notificação imediata, se este for o caso.

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

E

- Histórico de viagem a país endêmico ou com casos confirmados de Monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sintomas. **OU**

- Ter vínculo epidemiológico** com pessoas com histórico de viagem a país endêmico ou país com casos confirmados de Monkeypox, desde 15 de março de 2022, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas **OU**

-Ter vínculo epidemiológico** com casos suspeitos, prováveis ou confirmados de Monkeypox, desde 15 de março de 2022, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas **OU**

- Histórico de contato íntimo com desconhecido/a(s) e/ou parceiro/a(s) casual(is), nos últimos 21 dias que antecederam o início dos sinais e sintomas

* A erupção característica associada às lesões da MPX envolve o seguinte: 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; isso às vezes pode ser confundido com outras doenças que são mais comumente encontradas na prática clínica (por exemplo, sífilis secundária, herpes e varicela zoster). Historicamente, relatos esporádicos de pacientes coinfectados com o vírus Monkeypox e outros agentes infecciosos foram relatados, portanto, pacientes com erupção cutânea característica devem ser considerados para testes, mesmo que outros testes sejam positivos.

exposição próxima e prolongada sem proteção respiratória E/OU contato físico direto, incluindo contato sexual, **mesmo com uso de preservativo; E/OU contato com materiais contaminados, como roupas ou roupas de cama.

Caso confirmado: Indivíduo que atende à definição de caso suspeito com resultado/laudo de exame laboratorial "Positivo/Detectável" para Monkeypox virus (MPXV) por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento).

Caso descartado: Indivíduo que atende à definição de caso suspeito com resultado/laudo de exame laboratorial "Negativo/Não Detectável" para Monkeypox virus (MPXV) por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento), **OU**

Caso suspeito que durante a investigação clínica, epidemiológica e laboratorial foi diagnosticada outra doença compatível com o quadro apresentado pelo paciente, exceto ISTs.

Caso provável: Caso suspeito, submetido a investigação clínica e epidemiológica, **E** que cursou com quadro clínico compatível com Monkeypox, porém sem possibilidade de confirmação laboratorial por qPCR e/ou sequenciamento.

A **notificação/investigação** de casos suspeitos de Monkeypox é **obrigatória e imediata**, em todo território nacional, em até 24 horas, pelos profissionais de saúde de serviços públicos ou privados, conforme Lei nº6 259 de 30 de outubro de 1975, por meio dos canais de comunicação do Ministério da Saúde, disponíveis 24 horas por dia.

Link de notificação: <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=YC4CFND7MJ> .

V. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL

Desde 1970, casos humanos de MPX foram relatados em 11 países africanos: Benin, Camarões, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Gabão, Costa do Marfim, Libéria, Nigéria, República do Congo, Serra Leoa e Sudão do Sul. Em 1996 e 1997, um surto foi relatado na República Democrática do Congo com uma taxa de mortalidade de casos mais baixa e uma taxa de ataque mais alta do que o normal. Desde 2017, a Nigéria passou por um grande surto, com mais de 500 casos suspeitos e mais de 200 casos confirmados e uma taxa de mortalidade de aproximadamente 3%.

A MPX é uma doença de importância para a saúde pública global, pois afeta não apenas os países da África Ocidental e Central, mas o resto do mundo. Em 2003, o primeiro surto de MPX fora da África ocorreu nos Estados Unidos da América e estava relacionado ao contato com cães de pradaria de estimação infectados. Esses animais de estimação foram alojados com ratos e arganazes da Gâmbia que foram importados para o país de Gana. Este surto causou levou a mais de 70 casos de varíola nos EUA.

Em maio de 2022, vários casos de varíola foram identificados em vários países não endêmicos. Em 15 de maio de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada de 4 casos confirmados de MPX do Reino Unido. Dois dias mais tarde, dois outros países relataram casos: Portugal e Suécia. Todos os casos não relataram história de viagem para uma área endêmica para varíola e não houve ligação entre os casos relatados em diferentes países. Em 20 de maio de 2022, 11 países tiveram casos notificados: Austrália, Bélgica, Canadá, França, Alemanha, Itália, Portugal, Espanha, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos da América.

Na Região das Américas, três (3) casos de MPX foram relatados, no Canadá (2 casos) e os Estados Unidos da América (1 caso). Esses casos não têm histórico recente de viagem para uma área endêmica na África Ocidental ou Central África, e a maioria dos casos iniciais foram detectados em

clínicas de saúde sexual. O escopo geográfico dos casos na Europa sugere que a transmissão pode estar em andamento por algum tempo, portanto, a ocorrência de casos adicionais em outros países não pode ser descartada. É importante destacar que nenhuma morte associada foi relatada até o momento.

A situação está evoluindo e a OMS espera que haja mais casos da MPX identificados à medida que a vigilância se expande em países não endêmicos. As ações imediatas se concentram em informar aqueles que podem estar em maior risco de infecção com informações precisas, a fim de impedir uma maior disseminação. As evidências atuais disponíveis sugerem que aqueles que estão em maior risco são aqueles que tiveram contato físico próximo com alguém com MPX, enquanto são sintomáticos.

VI. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL

No Brasil, até o dia 22/06/2022, foram **notificados 48 casos**: São Paulo (10), Rondônia (2), Ceará (5), Santa Catarina (3), Rio Grande do Sul (5), Maranhão (2), Mato Grosso do Sul (1), Rio de Janeiro (7), Acre (1), Bahia (1), Minas Gerais (7), Espírito Santo (2), Distrito Federal (1) e Sergipe (1). Destes, **11 casos foram confirmados**, 7 em São Paulo, 2 no Rio de Janeiro e 2 no Rio Grande do Sul (Figura 3); 9 permanecem suspeitos e 28 casos foram descartados por exame laboratorial, sendo 2 no Ceará, 2 no Mato Grosso do Sul, 2 em Rondônia, 5 no Rio de Janeiro, 2 em Santa Catarina, 7 em Minas Gerais, 2 Maranhão, 1 Bahia, 1 Sergipe, 1 no Espírito Santo e 3 em São Paulo (Figura 2). Os pacientes seguem em recuperação, sendo monitorados pelas equipes de vigilância em saúde. A investigação dos casos suspeitos está em andamento e as coletas para análise laboratorial já foram realizadas. Os resultados são aguardados.

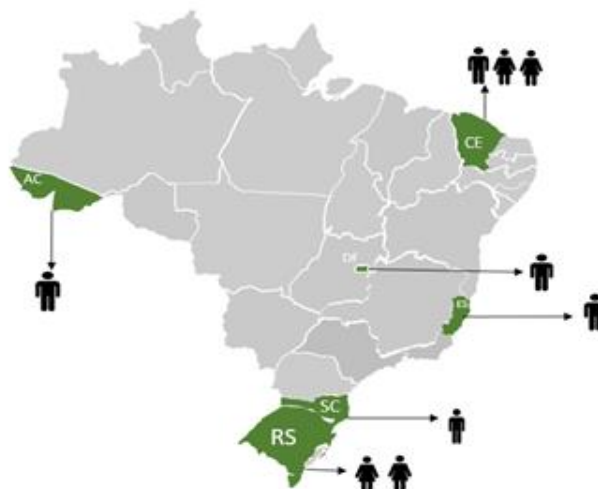


Figura 2. Distribuição dos casos atualmente suspeitos de Monkeypox no Brasil até o dia 22/06/2022.

Fonte: Sala de Situação



Figura 3. Distribuição dos casos confirmados de Monkeypox no Brasil até o dia 22/06/2022

Fonte: Sala de Situação

Todos os casos são caracterizados em tempo, pessoa e lugar, de acordo com as principais variáveis presentes no instrumento de notificação (data da notificação, data de início de sintomas, faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade, ocupação, principais sinais e sintomas, contato com casos suspeitos, bem como a classificação de risco, visto que são informações de fundamental importância para monitoramento e ação estratégica para identificação e interrupção da cadeia de transmissão do vírus.

Para atualização contínua da situação epidemiológica global de Monkeypox, tem sido realizado pela sala de situação, às 14 horas diariamente, a busca sistemática em *sites* oficiais internacionais, incluindo Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o “*European Center for Disease Prevention and Control*” (ECDC) para monitoramento e acompanhamento da situação epidemiológica, contagem de casos confirmados em cada país. É realizada a revisão e atualização da tabela em Microsoft Excel, além da construção do mapa com a distribuição geográfica dos casos confirmados por meio do programa QGIS 3.24.

VII. FLUXO LABORATORIAL PARA DIAGNÓSTICO E VIGILÂNCIA GENÔMICA

ORIENTAÇÕES PARA COLETA, TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DE AMOSTRAS CLÍNICAS

1) Material vesicular (Secreção de Vesícula): O ideal é a coleta na fase aguda ainda com pústulas vesiculares. É quando se obtém carga viral mais elevada na lesão. Portanto, swab do conteúdo da lesão

é o material mais indicado. Swabs estéreis de nylon, poliéster, Dacron são os indicados, bem como o Swab de Rayon. Também pode-se puncionar com seringa o conteúdo da lesão, mas prefere-se o swab para evitar a manipulação de perfurocortantes. Colocar o swab preferencialmente em tubo seco, SEM líquido preservante, uma vez que os poxvírus mantêm-se estáveis na ausência de qualquer meio preservante. Se optar por usar algum líquido preservante, indica-se o VTM (meio de transporte viral), no máximo cerca de 300 ul, porém o ideal é manter o swab sem líquido (4). Havendo lesões na cavidade bucal, pode-se recolher material das lesões com swab.

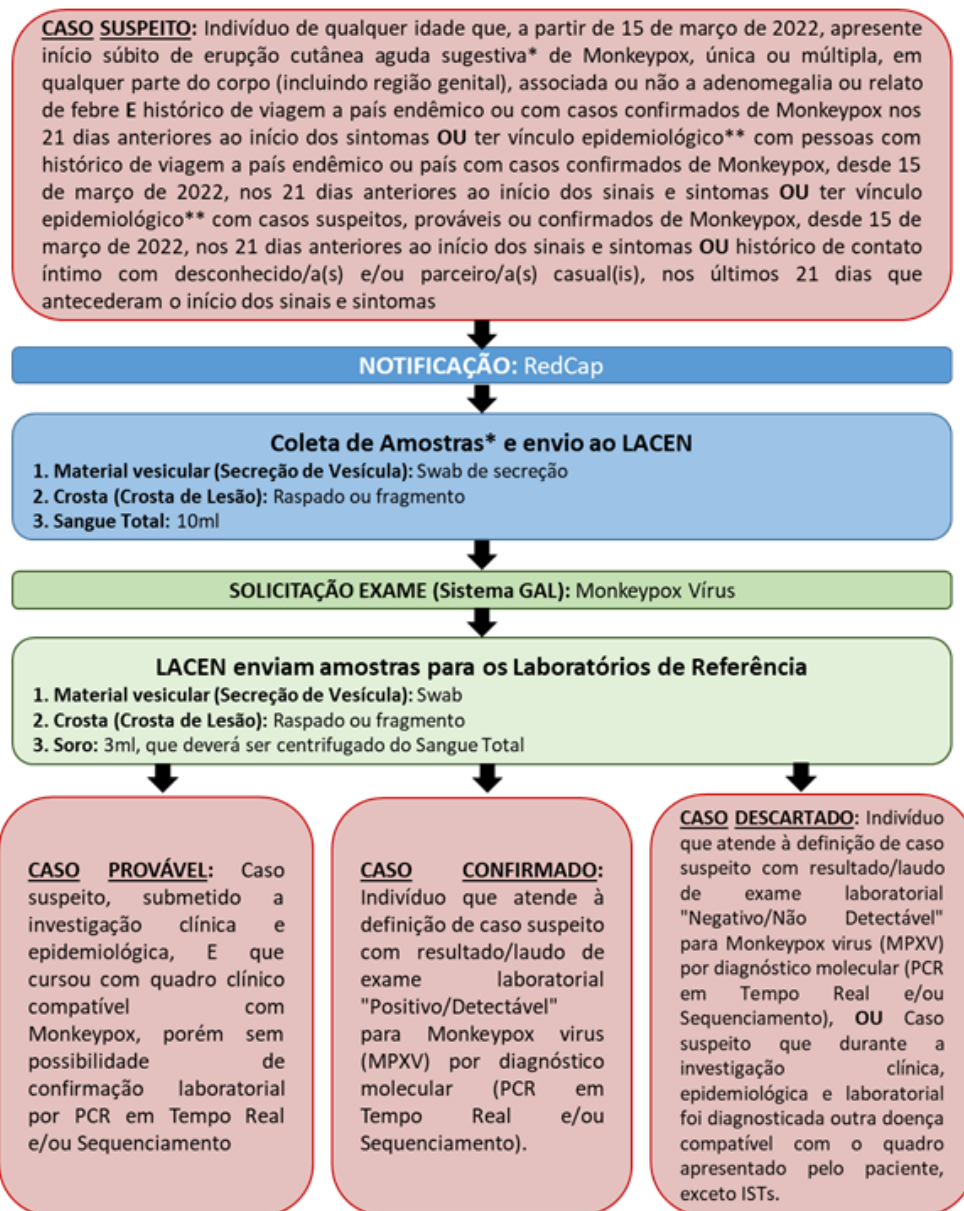
2) Crosta (Crosta de Lesão): Quando o paciente é encaminhado para coleta em fase mais tardia na qual as lesões já estão secas, o material a ser encaminhado são crostas das lesões, preferencialmente optar pelas crostas menos secas, ou seja, coletar aquelas em fase mais inicial de cicatrização, pois a chance de detecção de genoma viral ou da partícula viral é maior. As crostas devem ser armazenadas em frascos limpos SEM líquido preservante (neste caso, o uso de qualquer líquido preservante reduz em muito as chances de detecção).

Observações:

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

Para o armazenamento, todos os materiais devem ser mantidos congelados a -20 °C (ou temperaturas inferiores), preferencialmente, por 1 mês ou até mais. Na ausência de freezers, pode-se manter em geladeira (4 °C) por até 7 dias. Este deve ser feito para chegada em no máximo 48 horas para que o transporte possa ser feito de forma refrigerada apenas com gelo-pack. Caso contrário, enviar congelado.

Para a investigações laboratorial de casos suspeitos de infecção pelo *Monkeypox vírus* a Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/DAEVS/SVS-MS) em parceria com a Sala de Situação e a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) sugerem o seguinte fluxo/algoritmos para investigação:



*A erupção característica associada às lesões da MPX envolve o seguinte: 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; isso às vezes pode ser confundido com outras doenças que são mais comumente encontradas na prática clínica (por exemplo, sífilis secundária, herpes e varicela zoster). Historicamente, relatos esporádicos de pacientes coinfectados com o vírus Monkeypox e outros agentes infecciosos (por exemplo, varicela zoster, sífilis) foram relatados, portanto, pacientes com erupção cutânea característica devem ser considerados para testes, mesmo que outros testes sejam positivos.

**Exposição próxima e prolongada sem proteção respiratória; contato físico direto, incluindo contato sexual, mesmo com uso de preservativo; ou contato com materiais contaminados, como roupas ou roupas de cama.

Figura 4. Fluxo laboratorial para diagnóstico do Monkeypox.

Fonte: Sala de Situação Monkeypox/Ministério da Saúde. Maio/2022.

LISTA DE CONTATOS DOS LABORATÓRIOS CENTRAIS DE SAÚDE PÚBLICA POR UNIDADE FEDERADA

Para dar suporte aos procedimentos de coletas laboratoriais, apresenta-se abaixo os contatos dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública por estado, distribuído em todo o País.

Laboratório de Enterovírus da FIOCRUZ-RJ

Responsáveis: Dr. Edson Elias da Silva e Fernanda Burlandy

Endereço: Avenida Brasil, nº 4.365, Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ

CEP: 21.040-360

Telefone: (21) 2562-1804/1828/1734

E-mail: enterolb@ioc.fiocruz.br; edson@ioc.fiocruz.br; fburlandy@ioc.fiocruz.br

Estados de Cobertura: AL, BA, CE, MA, PB, PE, PI, RN, SE

Laboratório Central de Saúde Pública de Minas Gerais/Fundação Ezequiel Dias (LACEN/FUNED-MG)

Responsável: Dr. Glauco de Carvalho Pereira

Endereço: Rua Conde Pereira Carneiro, nº80, Bairro Gameleira, Belo Horizonte/MG

CEP: 30.510-010

Telefone: (31) 3314-4668

E-mail: liomlacen@funed.mg.gov.br

Estados de Cobertura: MG, AC, AM, AP, PA, RO, RR, TO

Laboratório Central de Saúde Pública de São Paulo/Instituto Adolfo Lutz (LACEN/IAL-SP)

Responsável: Dra. Adriana Bugno

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, nº355, Bairro Cerqueira Cesar, São Paulo/SP

CEP: 01.246-902

Telefone: (11) 3068-3088/3041

Geral: (11) 3068-2802/2801/ 2977

E-mail: expedientedg@ial.sp.gov.br; diretoria_geral@ial.sp.gov.br

Estados de Cobertura: SP, PR, SC, RS

Laboratório de Biologia Molecular de Vírus do Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho e Laboratório de Virologia Molecular do Instituto de Biologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (LBMV/IBCCF/UFRJ e LVM/IB/UFRJ)

Responsável: Profa. Dra. Clarissa Damaso

Endereço: Av. Carlos Chagas Filho, n.373, CCS, Bloco C, Sala C1-028, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro (RJ),

CEP: 21941-902

Telefones: (21) 3938-6510 / 9.9525-5201

E-mail: damasoc@biof.ufrj.br

Estados de Cobertura: ES, DF, GO, MT, MS, RJ



Figura 5. Laboratórios de referência para diagnóstico do Monkeypox no Brasil.

Fonte: Sala de Situação Monkeypox/Ministério da Saúde. Maio/2022.

FLUXO OPERACIONAL DO SISTEMA GAL

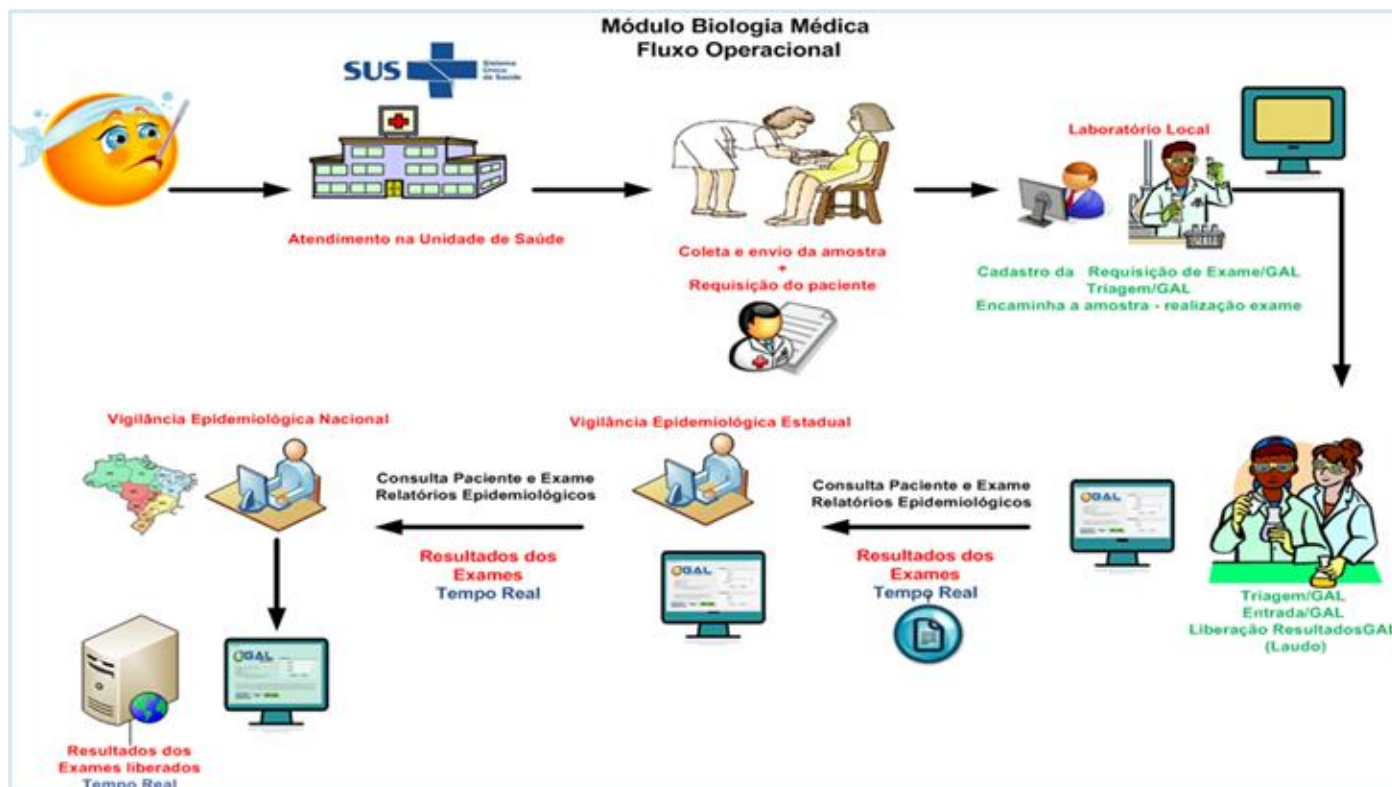


Figura 6. Fluxo laboratorial (Sistema GAL)

Fonte: CGLAB - Sala de Situação Monkeypox/Ministério da Saúde. Junho/2022.

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Diagnóstico Diferencial

O paciente com suspeita de infecção pelo Monkeypox virus admitido em uma unidade de saúde deve ter amostras coletadas de Material vesicular (Secreção de Vesícula), Crosta (Crosta de Lesão); Sangue Total, respeitando os cuidados relacionados a biossegurança, com utilização de todos os EPIs (Gorro, Mascara, Óculos, Avental e Luvas).

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

- Finalidade:** Investigação
- Descrição:** Monkeypox Vírus
- Agravo/Doença:** Varíola
- Data 1º sintomas:** (data do início dos sintomas)
- Nova Amostra:** Sangue Total OU Secreção OU Fragmento

-**Nova Pesquisa:** Monkeypox virus - Secreção de Vesícula (Secreção) OU Monkeypox Virus - Crosta de Lesão (Fragmento) OU Monkeypox Virus - Sangue Total

***Lembrar de vincular o tipo da “Nova Amostra” com o tipo da “Nova Pesquisa”.**

Seguem os modelos de “Nova Pesquisa” disponíveis na Biologia Médica/Configurações/ Pesquisas na área do administrador do **APP GAL BETA** (<http://appgalbeta.datasus.gov.br/administrador/>), que deverão ser configuradas no fluxo do Laboratório Solicitante e Executor

ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DOS DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (Sistema GAL)

Biologia Médica :: Visualização de Pesquisas		
<input type="checkbox"/> Incluir <input type="checkbox"/> Alterar <input checked="" type="checkbox"/> Ativar <input type="checkbox"/> Desativar		
Código	Nome	Status
10407	Monkeypox virus - Secreção de Vesícula (Secreção)	Ativa
10408	Monkeypox virus - Crosta de Lesão (Fragmento)	Ativa
10404	Monkeypox virus - Sangue Total	Ativa

Monkeypox virus - Secreção de Vesícula (Secreção)		
Exame	Metodologia	Material
Variola	PCR em Tempo Real	Secreção
Varicela Zoster, Biologia Molecular	PCR em Tempo Real	Secreção

Monkeypox Virus - Crosta de Lesão (Fragmento)		
Exame	Metodologia	Material
Variola	PCR em Tempo Real	Fragmento
Varicela Zoster, Biologia Molecular	PCR em Tempo Real	Fragmento

Monkeypox Virus - Sangue Total		
Exame	Metodologia	Material
Herpes Simplex 1 e 2 - Biologia Molecular	PCR duplex em tempo real	Sangue Total
Sífilis, Teste Rápido	Imunocromatografia	Sangue Total

Figura 7. Orientação para solicitação do diagnóstico diferencial

Fonte: Sala de Situação Monkeypox/Ministério da Saúde. Maio/2022.

Amostra Clínica	Tipo de Diagnóstico	Procedimento de Coleta	Armazenamento e Conservação	Acondicionamento e Transporte	Observações
Secreção de Lesão	Biologia Molecular (qPCR e Sequenciamento)	Coletar amostras de secreção das lesões com swab de dácron, poliéster, nylon secos ou Rayon, em fase aguda da doença. Sugere-se coletar secreção de mais de uma lesão.	Armazenar, preferencialmente em tubo de transporte seco, sem adição de meios de transporte. Se necessário, utilizar 300 ul de meio de transporte viral (VTM). Refrigerar (2-8°C) ou congelar (-20°C ou menos) dentro de uma hora após a coleta; -20°C ou menos após 7 dias.	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (Categoria B UN/3373) com gelo reciclável. Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (Categoria B UN/3373) com gelo reciclável.	Os frascos devem, obrigatoriamente, conter rótulo com as seguintes informações: nome completo do paciente, data da coleta e natureza da amostra (tipo de espécime biológico). A confiabilidade dos resultados dos testes laboratoriais depende dos cuidados durante a coleta, o manuseio, o acondicionamento e o transporte dos espécimes biológicos.
Crosta de Lesão	Biologia Molecular (qPCR e Sequenciamento)	Coletar fragmentos ou crosta ressecada da lesão em fase mais tardia da doença. Sugere-se coletar crosta de lesão de mais de uma lesão.	Armazenar em tubo de transporte seco, sem adição de meios de transporte. Refrigerar (2-8°C) ou congelar (-20°C ou menos) dentro de uma hora após a coleta; -20°C ou menos após 7 dias.		
Sangue Total	Biologia Molecular	Coletar cerca de 5 ml (criança) e 10 ml (adulto) de sangue total, sem anticoagulante, para obtenção do soro ou com EDTA para obtenção do plasma, sendo a coleta realizada até o 5º dia a partir do início dos sintomas. Aliquotar 2-3 ml do soro/plasma para realizar testes moleculares.	Utilizar tubo plástico estéril, com tampa de rosca e anel de vedação. Refrigerar (2-8°C) ou congelar (-20°C ou menos) dentro de uma hora após a coleta; -20°C ou menos após 7 dias.		

Quadro 1. Orientações para coleta, armazenamento e transporte de coletas clínicas para exame laboratorial

Fonte: Sala de Situação Monkeypox/Ministério da Saúde. Maio/2022.

As ações e atividades de vigilância dos casos de Monkeypox conduzirá uma gestão do risco mais eficaz e, por conseguinte, a uma proteção mais efetiva da saúde da população brasileira ao nortear um processo de tomada de decisão sólido e coerente pelas autoridades de saúde do país.

VIII. MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

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

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

***Observação:** alguns procedimentos realizados em pacientes com Monkeypox podem gerar aerossóis, como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias, etc. Para esses casos, as precauções para gotículas devem ser substituídas pelas precauções para aerossóis. Em resumo, os profissionais de saúde que cuidam de casos suspeitos ou confirmados de varíola dos macacos devem implementar precauções padrão, de contato e de gotículas. Durante os procedimentos onde há a geração de aerossóis, os profissionais de saúde devem trocar a máscara cirúrgica pela máscara N95/PPF2 ou equivalente (precauções para aerossóis), além de usar proteção para os olhos, aventais e luvas descartáveis.

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

Precauções padrão e baseadas na transmissão devem ser implementadas em combinação com outras medidas de controle administrativo e de engenharia. Amostras coletadas de pessoas ou animais com suspeita de varíola devem ser manuseadas com segurança por pessoal treinado que trabalha em laboratórios devidamente equipados.

As regulamentações nacionais e internacionais sobre o transporte de substâncias infecciosas devem ser rigorosamente seguidas durante o acondicionamento das amostras e transporte para os laboratórios de referência. Os laboratórios de referência transporte para os laboratórios de referência. Os laboratórios de referência devem ser informados com antecedência sobre o envio dessas amostras para que possam minimizar o risco aos trabalhadores do laboratório.

Observação: as precauções-padrão assumem que todas as pessoas estão potencialmente infectadas ou colonizadas por um patógeno que pode ser transmitido no ambiente de assistência à saúde e devem ser implementadas em todos os atendimentos, independente do diagnóstico do paciente, mediante o risco de exposição a sangue e outros fluidos ou secreções corporais. A Anvisa publicou cartazes contendo orientações sobre as medidas de precauções, que podem ser acessados no link: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_precaues.pdf/view

Precaução Padrão

Devem ser seguidas para TODOS OS PACIENTES, independente da suspeita ou não de infecções.



Higienização das mãos



Luvras e Avental



Óculos e Máscara



Caixa pérfuro-cortante

- **Higienização das mãos:** lave com água e sabonete ou fricione as mãos com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue ou secreções.
- Use luvas apenas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.
- Descarte, em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.

Figura 8. Precaução padrão

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA

Precaução de Contato



Higienização das mãos



Avental



Luvas



Quarto privativo

■ **Indicações:** infecção ou colonização por microrganismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, etc.

■ Use luvas e avental durante toda manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.

■ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.

■ Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

Figura 9. Precaução de Contato

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA

Precauções para Aerossóis



Higienização das mãos



Máscara PFF2 (N-95)
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

■ **Precaução padrão:** higienize as mãos antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, descarte adequadamente os perfuro-cortantes.

■ Mantenha a porta do quarto SEMPRE fechada e coloque a máscara antes de entrar no quarto.

■ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros pacientes com infecção pelo mesmo microrganismo. Pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.

■ O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

Figura 10. Precauções para Aerossóis

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA

IX. ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O atendimento inicial deve ser realizado, preferencialmente, nas Unidades Básica de Saúde (UBS) da Atenção Primária, indicando-se internação hospitalar para casos que apresentem sinais de gravidade. Os pacientes que fazem parte do grupo de risco devem ser analisados caso a caso em relação à indicação de internação.

Para prevenção de casos preconiza-se aos trabalhadores da saúde o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), desde o momento do acolhimento, como máscaras cirúrgicas, óculos, luvas e avental, além da higienização das mãos antes e após cada atendimento^{li}.

No momento do acolhimento, recomenda-se que o paciente receba uma máscara cirúrgica, com orientação quanto à forma correta do seu uso, e seja conduzido para uma área separada dos outros usuários, mantendo-se distância de 1 (um) metro ou mais entre eles, enquanto aguarda a consulta médica.

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

Apresentando os critérios para um caso suspeito de MPX, o paciente deve ser mantido isolado (precauções para contato com lesões e gotículas^{viii[1]}). As lesões de pele em áreas expostas devem ser protegidas por lençol, vestimentas ou avental com mangas longas. A notificação à vigilância epidemiológica deve ser imediata. Exames laboratoriais devem ser solicitados pela equipe assistencial:

- Para confirmação diagnóstica^{viii}:
 - duas amostras ou mais de material vesicular, swab coletado em diferentes lesões; ou
 - duas amostras ou mais de crosta de lesão, raspado ou fragmento, de diferentes lesões.
- Para diagnóstico diferencial:
 - sangue total: 10ml

A condução do caso vai depender da presença ou ausência de sinais de gravidade. Caso presente um ou mais critérios, recomenda-se internação em hospital de referência, de acordo com a pactuação no território.

Critérios clínicos de gravidade^{ix}:

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

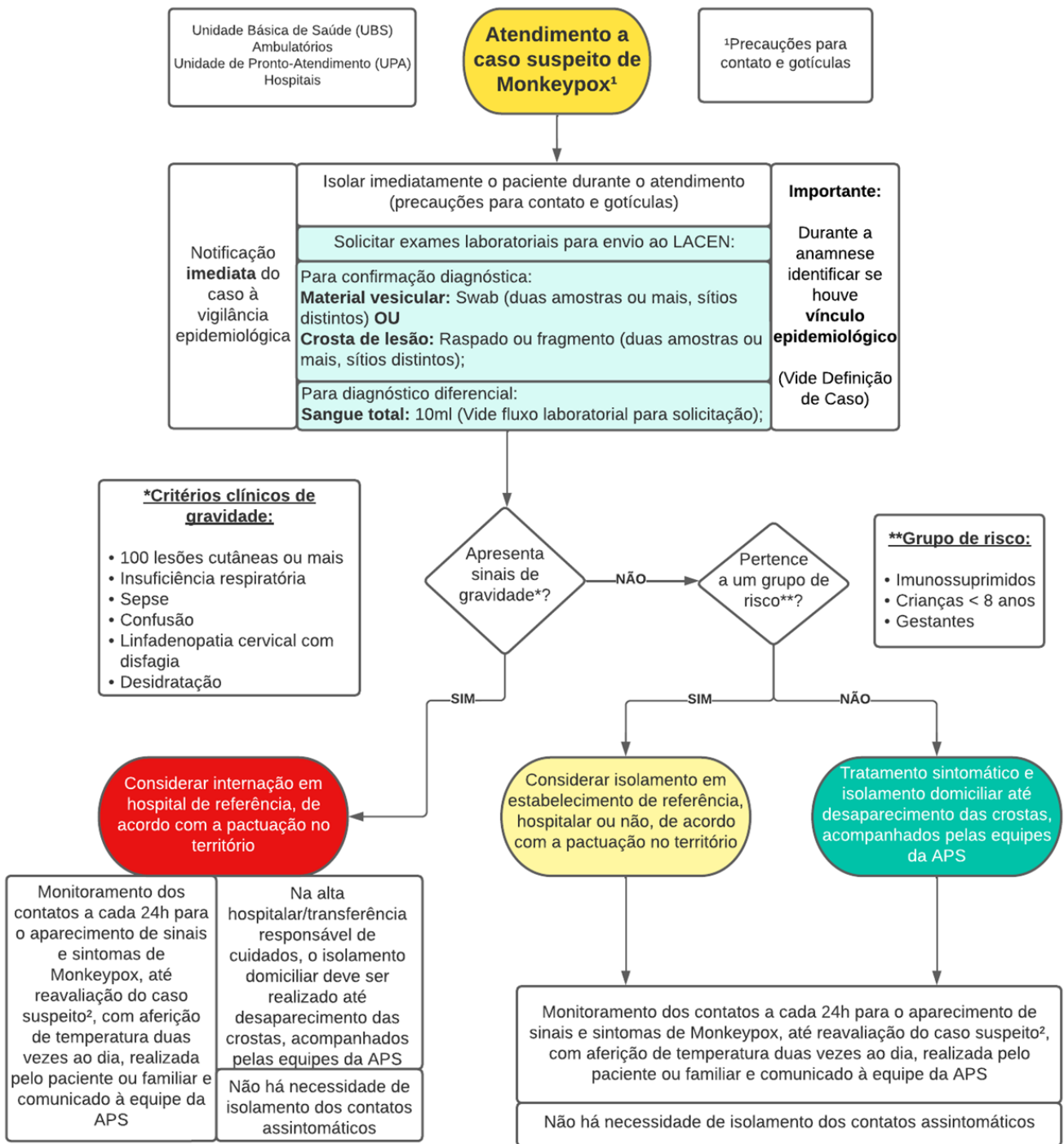
A condução do caso para a população de risco sem sinais de gravidade, incluindo o local de isolamento desta população, deverá ser analisada caso a caso. Em situações nas quais as condições sociais ou geográficas dificultem o isolamento domiciliar, recomenda-se acomodação em estabelecimento de referência, hospitalar ou não, de acordo com a pactuação no território.

População de Risco^x:

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

Em relação aos pacientes com bom estado geral, que não fazem parte da população de risco, recomenda-se que seja prescrito tratamento sintomático. O paciente deve permanecer isolado, preferencialmente em ambiente domiciliar, até a liberação dos resultados laboratoriais, momento no qual o paciente será reavaliado e reorientado quanto ao tratamento, e a continuidade ou não do isolamento e do monitoramento dos contatos.

Figura 11: Fluxo de atendimento para casos suspeitos de Monkeypox



Fonte: Elaboração da Sala de Situação, Ministério da Saúde, 2022.

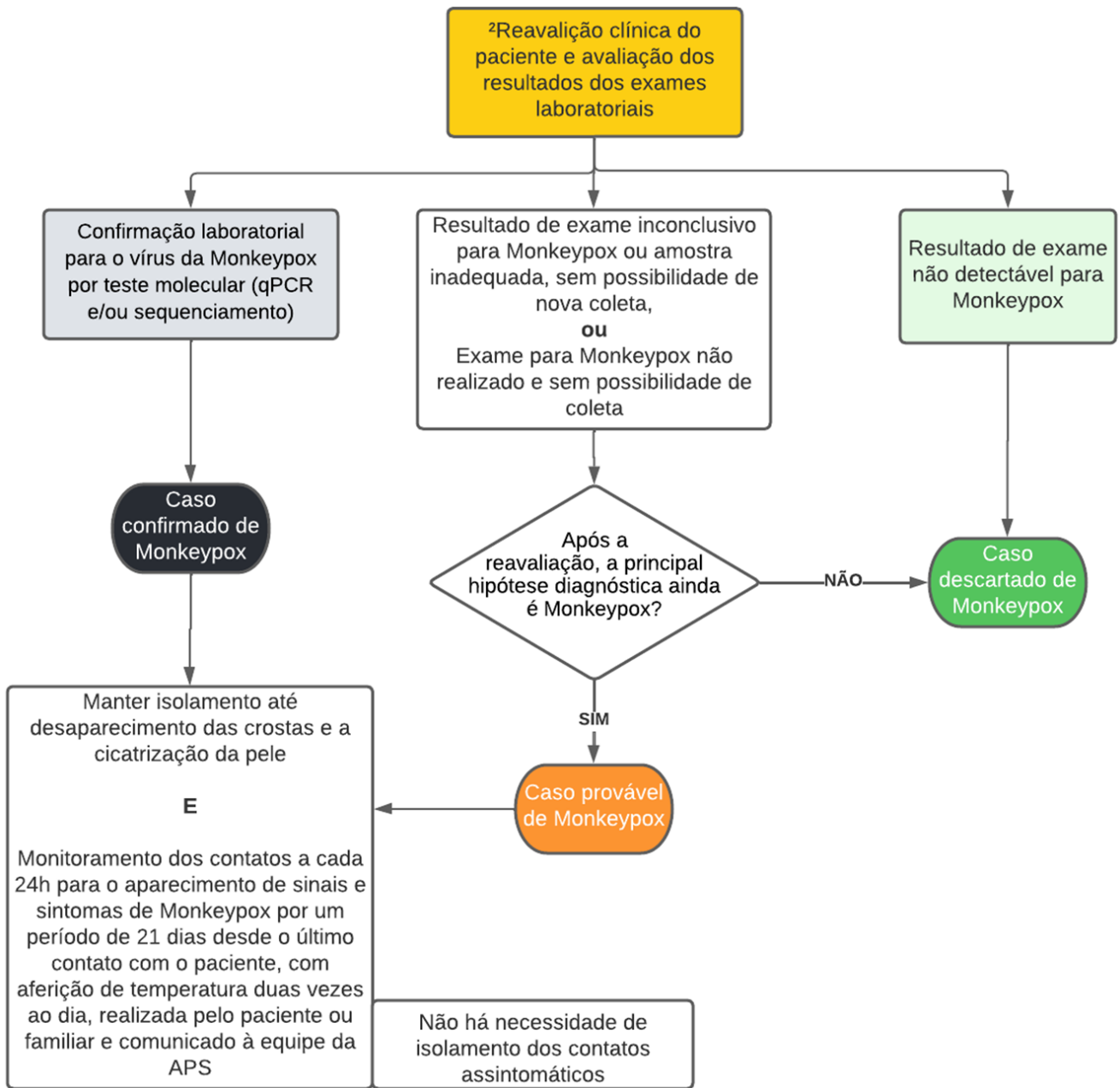
AVALIAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS CONFIRMATÓRIOS PARA MPX E PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

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

Se houver confirmação laboratorial para o vírus da MPX por teste molecular (qPCR e/ou sequenciamento), o caso é considerado confirmado para MPX. A conduta recomendada é a manutenção do isolamento até desaparecimento das crostas e a pele encontra-se cicatrizada, e o monitoramento dos contatos a cada 24h, observando o aparecimento de sinais e sintomas de MPX, por um período de 21 dias, desde o último contato com o paciente, com aferição de temperatura duas vezes ao dia, realizada pelo paciente ou familiar e comunicado à equipe de saúde da Atenção Primária. Não há necessidade de isolamento dos contatos assintomáticos.

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

Figura 12. Reavaliação clínica e avaliação dos resultados dos exames laboratoriais



Fonte: Elaboração da Sala de Situação, Ministério da Saúde, 2022.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Os antivirais utilizados para tratamento de MPX no mundo, até o presente momento, não estão disponíveis no Brasil. Neste sentido, o tratamento da MPX é sintomático, com o objetivo de aliviar sintomas, prevenir e tratar complicações, além de medidas preventivas e de vigilância

Medicamentos podem ser utilizados em caso de dor ou febre:

1ª opção:

Dipirona (solução gotas 500mg/ml ou 500mg/cp) em caso de dor ou febre, de 6/6 horas.

- Crianças: > 3 meses: (lactentes 10 mg/kg/dose; pré-escolares: 15 mg/kg/dose)
- Adultos: 500-1000 mg VO (dose máxima no adulto 4 gramas)

2ª opção:

Paracetamol (200 mg/ml ou 500mg/cp), a cada 4/4 horas ou 6/6 horas 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 3mg/dia)

Para casos mais severos, uso de opióides pode ser necessário.

CUIDADOS COM AS LESÕES CUTÂNEAS

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

Antibioticoprofilaxia não é rotina recomendada para Monkeypox.

1) Precauções gerais:

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

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

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

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

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

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

Quando for descartar o lixo do paciente, utilizar sempre que possível, luvas descartáveis.

Não descartar os resíduos infectantes/contaminados em lixo comum do domicílio, aterros ou lixões.

2) Precauções do paciente:

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

Evitar visitas e contato com animais.

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

Não utilizar barbeador em áreas com lesão cutânea.

Não sair de casa de forma desnecessária, e ao sair utilizar máscara (trocando quando úmidas ou danificadas), protegendo as lesões (usando camisas com mangas compridas e calças)^[4], evitando aglomerações e transporte coletivo.

3) Precauções do cuidador:

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

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

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

4) Precauções com animais:

Pessoas com MPX devem evitar o contato com animais (especificamente mamíferos), incluindo animais de estimação. Se possível, amigos ou familiares devem cuidar de animais saudáveis até que o proprietário esteja totalmente recuperado.

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

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

X. MONITORAMENTO DOS CONTATOS

Um contato é definido como uma pessoa que foi exposta à um caso suspeito, provável ou confirmado de MPX, desde o início dos sinais e sintomas até o desaparecimento de todas as crostas. A exposição considera as seguintes situações:

- exposição sem EPI (particularmente relevante para os trabalhadores da saúde);
- contato físico direto com lesões de pele e/ou gotículas;
- contato com materiais e superfícies contaminados, como roupas, termômetros, talheres ou roupas de cama.

Recomenda-se o monitoramento dos contatos a cada 24h por um período de 21 dias desde o último contato com o paciente. No monitoramento, deve ser realizada aferição de temperatura duas vezes ao dia, realizada pelo paciente ou familiar e comunicado à equipe de saúde da Atenção Primária.

Não há necessidade de isolamento dos contatos assintomáticos.

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

XI. MONITORAMENTO DOS PACIENTES

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

Complicações cutâneas:

- infecções secundárias;
- lesões cutâneas permanentes;
- perda de fluidos por exudação;
- lesões dolorosas em mucosas.

Complicações oculares:

- infecções secundárias;
- redução da acuidade visual;
- úlceras na córnea;
- cegueira.

Complicações pulmonares:

- broncopneumonia;
- insuficiência respiratória.

Complicações nutricionais: As lesões cutâneas podem levar a considerável perda de fluido por exudação. Lesões em mucosa oral podem levar a dificuldade para alimentação e hidratação.

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

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

XII. ATENÇÃO HOSPITALAR

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

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

Considerando a possibilidade do aumento do número de casos de pacientes suspeitos ou confirmados da Monkeypox, para casos que requerem hospitalização, quartos individuais ou áreas de coorte (pacientes confirmados com confirmados, suspeitos com suspeitos) com ventilação adequada e banheiros designados são recomendados. Recomenda-se ainda a adoção de coorte de profissionais (se possível, equipes exclusivas para atendimento preferencial desses pacientes a cada turno). O

isolamento e as precauções adicionais baseadas na transmissão devem continuar até o desaparecimento das crostas.

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

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

Imediatamente antes da entrada do quarto, enfermaria, área de isolamento, devem ser disponibilizadas:

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

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

As precauções específicas (contato, gotículas ou aerossóis) e o isolamento de pacientes com Monkeypox devem ser implementados até o completo desaparecimento das crostas das lesões e uma nova camada de pele tenha se formado, pois esse é o período em que se encerra a transmissibilidade da doença. No entanto, mesmo após esse período deve-se manter as precauções padrão. Caso seja descartada a suspeita de Monkeypox, deve-se ajustar as precauções e o isolamento de acordo com a forma de transmissão da doença diagnosticada.

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

- Sempre que possível, equipamentos e produtos para saúde utilizados na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Monkeypox devem ser de uso exclusivo no paciente, como no caso de estetoscópios, esfigmomanômetro e termômetros, caso não seja possível, todos os produtos para saúde utilizados nestes pacientes devem ser limpos e desinfetados ou esterilizados (de acordo com a sua finalidade) antes de serem utilizados em outros pacientes. Considerando que se trata de uma doença cuja forma de transmissão também ocorre por meio do contato, orienta-se, considerando as precauções para contato, que todos os produtos para saúde utilizados pelo paciente sejam submetidos a no mínimo desinfecção, mesmo produtos classificados como não críticos.

- Os pacientes e acompanhantes devem ser orientados a não compartilhar pratos, copos, talheres, toalhas, roupas, roupas de cama ou outros itens com outras pessoas.

- Os trabalhadores da saúde devem ser orientados quanto aos cuidados ao manusear equipamentos usados na assistência ao paciente de forma a evitar a contaminação da pele e das roupas.

- Os trabalhadores da saúde devem ser orientados a verificar se os produtos e equipamentos usados no paciente foram limpos e reprocessados de forma correta e segura, antes de serem utilizados em outros pacientes.

- Os trabalhadores da saúde devem ser orientados quanto aos cuidados ao manusear roupas sujas (por exemplo, roupas de cama, toalhas, roupas pessoais) para evitar o contato com o material da lesão. A roupa suja nunca deve ser sacudida ou manuseada de forma que possa dispersar partículas infecciosas. Deve ser acondicionada e encaminhada para a unidade de processamento de roupas de serviços de saúde. Não há necessidade de descarte de roupas utilizadas por pacientes suspeitos ou confirmados. Seguir as orientações do Manual de Processamento de roupas de serviços de saúde, publicado pela Anvisa:

https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/processamento_roupas.pdf

- Garantir que os procedimentos de limpeza e desinfecção das superfícies, móveis e ambientes estejam sendo realizadas de forma adequada. Para isso, devem ser utilizados produtos saneantes devidamente regularizados junto à Anvisa (ainda não há recomendações especiais para este vírus). Siga as recomendações do fabricante para concentração, tempo de contato e cuidado no

manuseio e as orientações contidas no Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies publicado pela Anvisa:

<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-delimpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf/view>

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

- Os profissionais envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Monkeypox devem ser capacitados quanto às medidas de prevenção que devem ser adotadas.

Além disso, essas outras medidas devem ser implementadas:

- Deve-se limitar o número de acompanhantes de pacientes suspeitos ou confirmados de Monkeypox apenas àqueles essenciais para o bem-estar físico ou emocional do paciente, aos garantidos por lei e aos que podem ajudar no cuidado do paciente (por exemplo, cuidadores treinados).

- Recomenda-se a suspensão de visitas ao paciente infectado. As liberações de visitas devem ser muito bem avaliadas pela equipe assistencial e SCIH/CCIH do serviço de saúde, levando-se em consideração:

- ✓ Incentivar o uso de mecanismos alternativos para interação entre pacientes e visitantes, como aplicativos de videochamadas em telefones celulares ou tablets (atentar para a higienização desses dispositivos entre os usos, caso sejam ofertados pelo próprio serviço de saúde).
- ✓ Nas unidades pediátricas deve-se desencorajar a troca de acompanhantes, além de evitar visitas para crianças.
- ✓ Disponibilizar orientações, antes da entrada dos acompanhantes nos quartos/áreas/box dos pacientes, sobre higiene das mãos, superfícies limitadas de serem tocadas e uso de EPI, de acordo com a política atual do serviço de saúde.
- ✓ Estabelecer procedimentos para orientar, monitorar e gerenciar todos os acompanhantes, que contemplem:

- instruções para o uso de máscaras faciais em todos os locais do serviço de saúde e higiene frequente das mãos;
- restrição de circulação dentro do serviço, mantendo-se somente ao quarto/box do paciente ou áreas designadas pelo serviço;
- informações para uso apropriado de EPIs, de acordo com a política atual de acompanhantes da instituição;
- orientar o acompanhante a não tocar ou segurar no colo outras crianças, no caso das unidades pediátricas.

Implementação de controles de engenharia e medidas administrativas no âmbito hospitalar

Recomenda-se projetar e instalar controles de engenharia para reduzir ou eliminar as exposições, protegendo o trabalhador da saúde e pacientes de indivíduos infectados. Alguns exemplos de controles de engenharia podem incluir:

- Adaptação dos ambientes com espaço apropriado para disponibilizar os EPI e facilitar a paramentação e desparamentação dos profissionais;
- Barreiras ou partições físicas para orientação e atendimento dos pacientes/acompanhantes;
- Adoção de divisórias entre pacientes nas áreas compartilhadas.

Além disso, recomenda-se a adoção de algumas medidas administrativas para evitar aglomeração de pessoas nas áreas comuns como, por exemplo, refeitórios, copas, lanchonetes e salas de descanso/repouso; instalação de marcações e sinalizadores para o controle do distanciamento entre trabalhador da saúde, pacientes e acompanhantes dentro dos serviços de saúde.

XIII. GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

De acordo com o que se sabe até o momento, a Monkeypox pode ser enquadrada como Classe de risco 3 (alto risco individual e moderado risco para a comunidade), seguindo a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos, publicada em 2017, pelo Ministério da Saúde http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao_risco_agentes_biologicos_3ed.pdf.

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

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

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

XIV. VIGILÂNCIA DE RUMORES E EVENTOS, MONITORAMENTO E APOIO À INVESTIGAÇÃO DE CASOS NO MUNDO E NO PAÍS

O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) como centro de captação de notificações, mineração, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da vigilância em saúde, realiza ativamente a busca por rumores e eventos relacionados a Monkeypox.

Conforme previsto no artigo 2º da Portaria nº 1.865, o CIEVS/SVS atua como a estrutura operacional básica para o funcionamento do PFN-RSI na comunicação de possíveis emergências ao Ponto de Contato da OMS para o RSI. Dessa forma, o CIEVS estabelece comunicação com os Pontos Focais do RSI para verificação e solicitação de informações adicionais referente aos casos de Monkeypox no mundo.

A Sala de Situação realiza diariamente a detecção de rumores através dos maiores *sites* de notícias e plataforma *Epidemic Intelligence from Open Sources* (EIOS). A partir disso, as informações são verificadas em *sites* oficiais para inclusão e atualização no informe e card que são produzidos diariamente.

Lista de Sites Oficiais utilizados:

OMS: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON385>

CDC: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/index.html>

ECDC: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-monkeypox-multi-country-outbreak>

Reino Unido: <https://www.gov.uk/government/news/monkeypox-cases-confirmed-in-england-latest-updates>

Canadá: <https://www.canada.ca/en/public-health/news/2022/05/update-on-monkeypox-in-canada--may-25-2022.html>

Portugal: <https://www.dgs.pt/>

Argentina: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-informa-que-el-resultado-de-la-muestra-pcr-tomada-por-anlis-malbran-al-primer-caso>

XV. MECANISMOS ESTRATÉGICOS DE COMUNICAÇÃO

A comunicação é uma importante ferramenta para atingirmos em tempo ágil milhares de cidadãos brasileiros, pessoas das mais diversas classes sociais e econômicas. Desta forma, especialmente por se tratar de um tema novo para a maioria dos brasileiros, a comunicação sobre Monkeypox deve ser de fácil entendimento e constante, com o objetivo de explicar as principais informações de interesse da população e quebrar crenças negativas sobre o tema, alcançando, assim, os resultados e metas almejadas. É importante a realização de ações específicas com as características mais apropriadas para diferentes públicos (profissionais de saúde, imprensa, população em geral), de forma a esclarecer as dúvidas mais frequentes de cada um desses públicos sobre o assunto.

Mensagens-chave

Os materiais de comunicação terão como premissa a transparência e a publicidade, tendo como mensagens-chave:

- O sistema de saúde pública está preparado para atender essa emergência de saúde e todas as medidas necessárias estão sendo tomadas para a proteção da população brasileira;
- O Ministério da Saúde está monitorando os casos pelo mundo e já está atuando na vigilância, preparação e resposta para possíveis casos da doença no Brasil;
- A Organização Mundial da Saúde (OMS) não recomenda a vacinação universal;

- Sinais e sintomas, formas de transmissão e ações recomendadas para prevenção;
- O que fazer em caso de suspeita da doença.

Medidas estratégicas

- Definição de um único porta-voz, para não haver conflito de informações, que tenha conhecimento e experiência sobre o assunto nos diferentes níveis de gestão;
- Manter um fluxo contínuo de comunicação com a imprensa para informar sobre o cenário nacional da Monkeypox;
- Elaboração e divulgação de materiais informativos sobre o assunto, por meio de canais direto de comunicação, para a população, profissionais da saúde, jornalistas e formadores de opinião;
- Manter atualizada a página eletrônica sobre Monkeypox;
- Aproximar as assessorias de comunicação das instituições ligadas à Sala de Situação para alinhamento de discurso e desenvolvimento de ações.

XVI. PASTA E DOCUMENTOS DISPONIBILIZADOS NA REDE

Foi produzido uma página no site do MS, em conjunto pela Sala de Situação com o auxílio da ASCOM, para disponibilização de informações para a população. A página tem como intuito o acesso as produções realizadas pela Sala de maneira clara e direta, além de esclarecimentos sobre a doença, definição de caso, notificação e atualização sobre os casos notificados. À medida que ocorrerem atualizações sobre o evento.

Maiores informações estão disponíveis no site: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-monkeypox>

XVII. AÇÕES DE CARÁTER PERMANENTE

- Monitoramento e atualização da situação epidemiológica mundial (frequência diária);
- Monitoramento e atualização dos casos suspeitos e/ou confirmados notificados;
- Atualização dos Informes;
- Atualização do site da Sala de Situação Monkeypox;
- Monitoramento dos insumos e fluxos;

- Reuniões presenciais e online (*briefing - 9h00 e debriefing - 16h00*) através do link:
- Apresentação dos dados conforme demanda;
- Indicação de profissionais para apoio à gestão de emergência.

XVIII. REFERÊNCIAS

ⁱ ECDC. Epidemiological update: Monkeypox multi-country outbreak. Disponível em: [https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-monkeypox-multi-country-outbreak#:~:text=A%20multi%2Dcountry%20outbreak%20of,sex%20with%20men%20\(MSM\)](https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-monkeypox-multi-country-outbreak#:~:text=A%20multi%2Dcountry%20outbreak%20of,sex%20with%20men%20(MSM)). Acesso em: 07/06/2022

ⁱⁱ WHO. Monkeypox - United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON381>. Acesso em: 07/06/2022

ⁱⁱⁱ OPAS. Epidemiological Alert Monkeypox in non-endemic countries. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-monkeypox-non-endemic-countries-20-may-2022>. Acesso em: 07/06/2022

^{iv} WHO. Monkeypox - United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON381>. Acesso em: 07/06/2022

^v PAS. Epidemiological Alert Monkeypox in non-endemic countries. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-monkeypox-non-endemic-countries-20-may-2022>. Acesso em: 07/06/2022

^{vi} WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_and_IPC/2022.1

^{vii} https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_precaues.pdf/view

^{viii} <https://www.cdc.gov/smallpox/lab-personnel/specimen-collection/specimen-collection-procedures.html#lesion-fluid>

^{ix} <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1>

^x <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/treatment.html>

^{xi} Jezek Z, Szczeniowski M, Paluku KM, Mutombo M. Human monkeypox: clinical features of 282 patients. J Infect Dis. 1987 Aug;156(2):293-8. doi: 10.1093/infdis/156.2.293. PMID: 3036967.