PLANO DE CONTIGÊNCIA
MONKEYPOX - MPX

Atualizado em Agosto/2022.

ELABORAÇÃO

Rosana Gravena
Secretária de Saúde

Aguida Elena Fernandes Cambauva
Secretária Adjunta de Saúde

Carlos Henrique Gonçalves Vilela
Diretor de Urgência

Daniel Freitas Alves Pereira
Diretor de Atenção Especializada

Fábio Santos Prianti de Carvalho
Diretor de Vigilância em Saúde

Joyce Regina dos Santos Monteiro da Silva
Diretora de Atenção Básica

Aprovado em reunião do COMUS em: 22/08/2022.

Sumário

1 Introdução 5
2 Transmissão 7
3 Nomenclatura da Doença 8
4 Definição de Caso 8
4.1 Caso suspeito 8
4.2 Caso Confirmado 9
4.3 Caso Descartado 9
4.4 Caso Provável 9
5 Notificação 9
6 Manejo Clinico 10
6.1 Aspectos Clínicos 10
6.2 Tratamento 10
6.3 Diagnóstico Diferencial 10
6.4 Fases das lesões 11
7 Prevenção e controle de infecções 11
7.1 Prevenção da Infecção 11
7.2 Orientações para Prevenção e Controle da Transmissão da Monkeypox nos Serviços de Saúde 12
7.3 Medidas de Precaução 13
7.3.1 Precauções para contato + Precauções para gotículas 13
7.3.2 Precauções para contato + para aerossóis (em algumas situações específicas) 14
7.3.3 Higiene das Mãos 15
7.3.4 Isolamento dos Pacientes 15
7.3.5 Duração do Isolamento 15
7.4 Tipos de Precaução 16
8 Fluxo de Atendimento Municipal 17
9 Diagnóstico Laboratorial 18
9.1 Coleta de Fluido das Lesões (swab) 18
9.2 Coleta de Lesão Seca 19
9.3 Envio das Amostras 20
10 Identificação e Monitoramento dos Contatos 20
10.1 Identificação de Contato 20
10.2 Monitoramento dos Contatos 21

11 Recomendações aos Serviços Funerários e Sobre o Funeral em Caso de Óbito pelo Vírus Monkeypox 22

12 Referências 25

1 Introdução

A Monkeypox, também conhecida como varíola dos macacos, é uma zoonose viral (vírus transmitido aos seres humanos a partir de animais) com sintomas semelhantes aos observados no passado em pacientes com varíola, porém com uma apresentação clínica de menor gravidade. Foi descoberta em 1958, quando dois surtos de uma doença semelhante à varíola ocorreram em colônias de macacos mantidos para pesquisa, daí o nome "Monkeypox". O primeiro caso humano da Monkeypox foi registrado em 1970 na República Democrática do Congo, durante um período de esforços intensificados para eliminar a varíola.

Desde então, a Monkeypox foi relatada em humanos em outros países da África Central e Ocidental. A declaração de erradicação da varíola nas Américas se deu em 1973, na 22a reunião do Conselho Diretor da OPAS e, em 1980, com a declaração de erradicação da varíola no mundo foi estabelecido a não obrigatoriedade da vacinação no Brasil. Desde então, a Monkeypox emergiu como o ortopoxvírus mais importante para a saúde pública. A Monkeypox ocorre principalmente na África central e ocidental, muitas vezes nas proximidades de florestas tropicais, e tem aparecido cada vez mais em áreas urbanas. Os hospedeiros animais incluem uma variedade de roedores e primatas não humanos.

A Monkeypox é causada pelo vírus Monkeypox, que é um vírus de DNA de fita dupla envelopado que pertence ao gênero Orthopoxvirus da família Poxviridae. Existem dois clados genéticos distintos do vírus da Monkeypox: o clado da África Central (Bacia do Congo) e o clado da África Ocidental. O clado da Bacia do Congo historicamente causou doenças mais graves e foi considerado mais transmissível. A divisão geográfica entre os dois clados tem sido até agora em Camarões, o único país onde ambos os clados de vírus foram encontrados.

Várias espécies animais foram identificadas como suscetíveis ao vírus Monkeypox. Isso inclui esquilos de corda, esquilos de árvore, ratos gambianos, arganazes, primatas não humanos e outras espécies. A incerteza permanece sobre a história natural do vírus Monkeypox e mais estudos são necessários para identificar o(s) reservatório(s) exato(s) e como a circulação do vírus é mantida na natureza.

Desde 1970, casos humanos de Monkeypox 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. Nos anos de 1996 e 1997, foi relatado um surto 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. Foi encontrado um surto concomitante de varicela (causado pelo vírus da varicela, que não é um ortopoxvírus) e varicela dos macacos, o que poderia explicar mudanças reais ou aparentes na dinâmica de transmissão neste caso. Desde 2017, a Nigéria passou por grandes surtos, com mais de 500 casos suspeitos e mais de 200 casos confirmados e uma taxa de mortalidade de aproximadamente 3%.

No cenário mundial, até 29 de julho de 2022, foram notificados 23.454 casos suspeitos de Monkeypox (MPX), sendo 21.775 casos confirmados em 77 países conforme descrito: Estados Unidos (4.898), Espanha (3.738), Alemanha (2.595), Reino Unido (2.469), França (1.957), Países Baixos (878), Canadá (744), Portugal (633), Itália (479), Bélgica (393), Suíça (272), Peru (251), Nigéria (133), Israel (133), República Democrática do Congo (107), Áustria (99), Irlanda (85), Suécia (85), Dinamarca (81), México (60), Polônia (53), Noruega (53), Chile (45), Austrália (45), Hungria (37), Eslovênia (35), Gana (34), Grécia (32), Luxemburgo (23), Romênia (20), Argentina (20), Malta (17), Finlândia (17), Emirados Árabes (16), República Tcheca (16), Porto Rico (13), Colômbia (12), Cingapura (11), Croácia (10), Islândia (9), República Centro-Africana (8), Camarões (6), Estônia (5), Gibraltar (5), Índia (4), Bulgária (4), Líbano (4), Andorra (3), Costa Rica (3), Arábia Saudita (3), Eslováquia (3), Equador (3), República Dominicana (3), Benin (3), África do Sul (3), Letônia (3), República do Congo (2), China (2), Taiwan (2), Tailandia (2), Japão (2), Qatar (2), Nova Zelândia (2), Jamaica (2), Filipinas (1), Nova Caledônia (1), Bermuda (1), Barbados (1), Bósnia e Herzegovina (1), Rússia (1), Panamá (1), Turquia (1), Coréia do Sul (1), Sérvia (1), Geórgia (1), Venezuela (1), Marrocos (1).

No Brasil, segundo Ministério da Saúde, até 30 de julho de 2022 foram confirmados 1.342 casos, com maior concentração na Região Sudeste.

Até às 16h do dia 30 de julho de 2022, o Estado de São Paulo registrou 1.031 casos confirmados de MPX distribuídos em 51 (7,9%) Municípios paulistas, com a Capital do Estado concentrando 81% dos casos. Do total de casos confirmados, 96,5% são do sexo masculino e se concentram na faixa etária de 30 a 34 anos (29,0%), seguida de 25 a 29 anos (20,0%), com mediana de 33 anos. Foram confirmados 3 (três) casos em menores de 10 anos, sendo que 1 (um) possui vínculo epidemiológico com caso confirmado e os demais estão em investigação. Em relação

às lesões por MPX, 300 (31%) casos apresentaram lesões no mesmo estágio. Quanto ao local da lesão, a maior frequência ocorreu em genitais (60,7%) seguida por tronco (41%) e membros superiores (34,7%).

MPX é uma doença zoonótica viral e sua transmissão para humanos pode ocorrer por meio do contato com animal ou humano infectado ou com material corporal humano contendo o vírus. Apesar do nome, os primatas não humanos não são reservatórios do vírus da varíola. Este agravo é comumente encontrado na África Central e Ocidental, em locais de florestas tropicais, onde vivem animais que podem carregar o vírus, como macacos ou roedores – sendo estes o potencial reservatório.

Em Jacareí tivemos dois casos suspeitos que foram descartados e um caso suspeito que foi confirmado em 21/07/2022, outro caso suspeito surgiu em 29/07/2022, foi confirmado em 02/08/2022. O perfil do caso confirmado é: paciente do sexo masculino, com idade entre 30 e 39 anos, que evoluiu com cura e não foram encontrados novos casos derivados deste caso fonte. O segundo caso confirmado é: paciente do sexo masculino, 28 anos, HSH, segundo relato do paciente, teve contato com caso confirmado de SP, Paciente segue em isolamento domiciliar, com boa evolução e sem complicações.

2 Transmissão

A MPX é transmitida principalmente por contato direto ou indireto com sangue, fluidos corporais, lesões de pele ou membranas mucosas de animais infectados.

A transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio de contato próximo/íntimo com lesões de pele de pessoas infectadas, como por exemplo pelo abraço, beijo, massagens, relações sexuais ou secreções respiratórias. A transmissão também pode ocorrer por meio de secreções em objetos, tecidos (roupas, roupas de cama ou toalhas) e superfícies que foram utilizadas pelo doente.

A transmissão do vírus via gotículas respiratórias usualmente requer contato mais próximo entre o paciente infectado e outras pessoas, o que torna trabalhadores da saúde, membros da família e outros contactantes, as pessoas com maior risco de serem infectadas. Outro meio de transmissão é via placentária (varicela congênita).

O período de incubação é tipicamente de 6 a 13 dias e pode variar de 5 a 21 dias de intervalo. Após infectada, a pessoa comumente inicia os sintomas com febre, mialgia,

fadiga, cefaleia, astenia, dor nas costas e linfadenopatia. Após três dias 1 a 3 do pródromo, o indivíduo apresenta erupção maculopapular centrífuga a partir do local da infecção primária e que se espalha rapidamente para outras partes do corpo. As lesões progridem, no geral dentro de 12 dias, do estágio de máculas para pápulas, vesículas, pústulas e crostas.

A diferença na aparência da varicela ou da sífilis é a evolução mais uniforme das lesões. Quando a crosta desaparece, a pessoa deixa de infectar outras pessoas, o que ocorre em geral em 2 a 4 semanas.

3 Nomenclatura da Doença

Apesar de o vírus receber a nomenclatura de varíola dos macacos, o atual surto não tem a participação de macacos na transmissão para seres humanos. Todas as transmissões identificadas até o momento pelas agências de saúde no mundo foram atribuídas à contaminação por transmissão entre pessoas. É importante ressaltar que os macacos (primatas não-humanos) não são os “vilões”, e sim vítimas como nós (humanos), e não devem sofrer nenhuma retaliação, tais como agressões, mortes, afugentamento, ou quaisquer tipos de maus tratos por parte da população. Orienta-se para tanto o uso do termo “Monkeypox” (MPX) para evitar que haja um estigma e ações contra os Primatas Não Humanos (PNH).

4 Definição de Caso

4.1 Caso suspeito

Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas;

E/OU

Erupção cutânea aguda sugestiva1 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 peniana, podendo estar associada a outros sinais e sintomas.

4.2 Caso Confirmado

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

4.3 Caso Descartado

Indivíduo que atende à definição de caso suspeito com resultado/laudo de exame laboratorial "Negativo/Não Detectável" para MPX por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento).

4.4 Caso Provável

Caso suspeito, submetido a investigação clínica e epidemiológica, E que cursou com quadro clínico compatível com MPX, porém sem possibilidade de confirmação laboratorial por PCR em tempo real e/ou sequenciamento. Caso suspeito deve ser isolado, realizar teste laboratorial e notificados imediatamente por meio do CeVeSP.

5 Notificação

Os **casos suspeitos de MPX devem ser notificados de forma imediata**, em até 24 horas, por um dos seguintes meios (preferencialmente no "Formulário de notificação"):

a) Formulário de notificação do Estado de São Paulo: https://cevesp.saude.sp.gov.br/notifica/monkeypox
b) E-mail: notifica@saude.sp.gov.br
c) Telefone: 08000-555466
d) Sempre anexar fotos no respectivo campo da Ficha de Notificação CeVeSP. A imagem é para auxiliar profissionais da saúde a terem uma base de como é a lesão dos casos atuais de MPX. Essas imagens não serão utilizadas para canais de imprensa ou publicidade. **Sempre assinar o Termo de Uso Imagem (Anexo I) deste Plano.**

6 Manejo Clinico

6.1 Aspectos Clínicos

As lesões são em geral múltiplas e se curam entre 2 e 4 semanas; o número de lesões varia de algumas a milhares e afetam as membranas mucosas da boca (70% dos casos), genitália (30%), conjuntiva palpebral (20%) e córnea.

A maioria dos casos humanos de MPX apresenta sintomas leves a moderados. A gravidade da doença também pode variar dependendo da via de transmissão, suscetibilidade do hospedeiro e da quantidade de vírus inoculado.

Quanto aos casos graves, as complicações incluem encefalite, infecções bacterianas secundárias da pele, desidratação, conjuntivite, ceratite e pneumonia. A taxa de mortalidade de casos de MPX variou de 0% a 11% em surtos em áreas endêmicas, com mortalidade afetando principalmente crianças pequenas. Indivíduos imunocomprometidos estão especialmente em risco de doença grave. No entanto, ainda há pouca informação disponível sobre MPX em pacientes imunocomprometidos.

De forma geral, o prognóstico é bom, e o cuidado geral e paliativo das lesões é o tratamento para os casos sem complicações.

6.2 Tratamento

Não existe tratamento específico para a infecção pelo MPX. O tratamento é sintomático e envolve a prevenção e tratamento de infecções bacterianas sintomáticas.

Atualmente há uma vacina desenvolvida para o MPX (MVA-BN) que foi aprovada em 2019, mas ainda não está amplamente disponível. A Organização Mundial de Saúde está coordenando com o laboratório fabricante o melhor o acesso a esta vacina.

Como a infecção por MPX é rara, a vacinação universal não é recomendada. A vacina poderá ser recomendada para profilaxia para profissionais de saúde, pós exposição de contatos íntimos, levando-se em consideração o risco-benefício.

6.3 Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial deve considerar as doenças agudas exantemática e causas mais frequentes de erupção vesicular e papular como: varicela, herpes zoster, sarampo, zika, dengue, Chikungunya, herpes simples, infecções bacterianas da pele, infecção gonocócica disseminada, sífilis primária ou secundária, cancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso e reação alérgica.

6.4 Fases das lesões

As manifestações clínicas observadas em casos com histórico de viagem para países endêmicos geralmente apresentam quadros leves, com poucas lesões ou lesão única. Neste surto de 2022, muitos casos apresentaram erupções cutâneas na região anogenital. A próxima figura ilustra os estágios das lesões de MPX.

Disponível em: https://www.gov.uk/guidance/monkeypox#infection-prevention-and-control

7 Prevenção e controle de infecções

7.1 Prevenção da Infecção

Profissionais de saúde em atendimento de casos suspeitos ou confirmados de MPX devem implementar precauções padrão, de contato e de gotículas, o que inclui uso de proteção ocular, máscara cirúrgica, avental e luvas descartáveis. Durante a execução de procedimentos que geram aerossóis, os profissionais de saúde devem adotar máscara N95 ou equivalente. O isolamento e as precauções adicionais baseadas na transmissão devem continuar até resolução da erupção vesicular.

7.2 Orientações para Prevenção e Controle da Transmissão da Monkeypox nos Serviços de Saúde

Todos os serviços de saúde, públicos e privados, devem elaborar e implementar um Plano de Contingência contendo ações estratégicas para o enfrentamento de possíveis casos de Monkeypox, incluindo o gerenciamento dos recursos humanos e materiais, sendo este o Plano da rede pública de Jacareí.

Para a rede privada sugere-se que estruturas dos serviços de saúde como Serviço/Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH/CCIH), Núcleo de Epidemiologia Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), atuem conjuntamente com representantes das equipes multiprofissionais dos setores/unidades, do Serviço Especializado de Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMT) da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), de representantes dos trabalhadores e da direção do serviço, de forma que configurem um Comitê Estratégico de Crise, responsável por elaborar, implementar e monitorar o Plano de Contingência.

Esse Plano deve definir as ações práticas necessárias para o enfrentamento dessa situação de crise dentro do serviço, entre as quais: vigilância e gestão de dados de pacientes e profissionais infectados ou contatos de casos; notificação de casos, elaboração e implantação de protocolos clínicos e fluxos de trabalho (triagem de pacientes e profissionais suspeitos e infectados, afastamento e retorno laboral de profissionais positivos, entre outros); comunicação interna para todos os profissionais da instituição; capacitação e divulgação de protocolos, fluxos e uso adequados de EPIs; monitoramento dos profissionais quanto à adesão às ações implementadas; monitoramento diário de suprimentos; além de mecanismos que promovam a sensibilização de toda equipe do serviço de saúde sobre ações que devem ser tomadas para o enfrentamento dessas infecções.

É importante que o serviço monitore, periodicamente, a implementação e a adesão às ações do Plano de Contingência, a fim de realizar os ajustes e melhorias necessárias. O monitoramento do Plano também favorece a detecção de pontos de melhoria, como, por exemplo, reforçar orientações para um determinado grupo de profissionais do hospital, readequação de fluxos, ações emergenciais em casos de escassez de recursos materiais e humanos, etc. Esse monitoramento e os ajustes no plano de contingência também devem levar em conta a situação epidemiológica do momento, bem como todo o

aprendizado e experiências adquiridos ao longo do tempo ou disseminadas por outras instituições.

7.3 Medidas de Precaução

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

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

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

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

7.3.1 Precauções para contato + Precauções para gotículas

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

Já as precauções para gotículas visam prevenir a transmissão da Monkeypox por meio de gotículas respiratórias, que possuem tamanho maior que 5 µm e podem atingir a via respiratória alta, ou seja, mucosa das fossas nasais e mucosa da cavidade bucal. Esse tipo de precaução envolve o isolamento do paciente e requer o uso de máscara cirúrgica toda vez que o profissional de saúde que for prestar assistência a uma distância inferior a

1 metro ou quando adentrar no quarto/área de isolamento do paciente, entre outras medidas.

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

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

As precauções para aerossóis (que são partículas menores que 5µm) e mais leves que as gotículas, que permanecem suspensas no ar por longos períodos e, quando inaladas, podem penetrar mais profundamente no trato respiratório) envolvem, o isolamento do paciente, preferencialmente em uma unidade de proteção respiratória, e o uso de máscara N95/PFF2 ou equivalente pelos profissionais responsáveis pela assistência.

Devido a possibilidade de alguns procedimentos realizados em pacientes com Monkeypox gerarem aerossóis, como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias, etc, orienta-se que durante a realização desses procedimentos, as precauções para gotículas sejam substituídas pelas precauções para aerossóis. Nesse caso, o profissional de saúde deve substituir a máscara cirúrgica pela máscara N95/PFF2 ou equivalente.

Em resumo, durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis em pacientes com Monkeypox suspeita ou confirmada, deve-se implementar as precauções padrão, juntamente com as precauções para contato e para aerossóis, o que envolve entre outras orientações, a higiene das mãos (água e sabonete OU preparações alcoólicas) e o uso correto dos EPIs: óculos de proteção ou protetor facial, avental, máscara N95/PFF2 ou equivalente, luvas de procedimentos e isolamento do paciente (preferencialmente, em um quarto privativo).

7.3.3 Higiene das Mãos

Os profissionais de saúde que atendem pacientes com Monkeypox suspeita ou confirmada devem realizar a correta higiene das mãos, utilizando água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%, seguindo os 5 momentos para a higiene das mãos em serviços de saúde.

7.3.4 Isolamento dos Pacientes

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 uma 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.

7.3.5 Duração do Isolamento

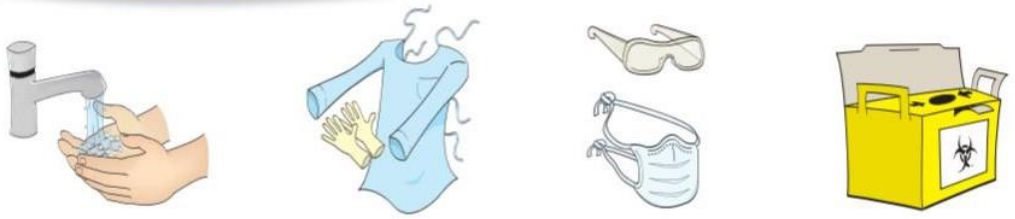
As precauções específicas (contato, gotículas ou aerossóis) e o isolamento de pacientes com Monkeypox devem ser implementadas até o completo desaparecimento das crostas das lesões e uma nova camada de pele tenha se formado, pois esse é o período em que se encerra o período de transmissibilidade da doença.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

Caso seja descartada a suspeita de Monkepox, deve-se ajustar as precauções e o isolamento de acordo com a forma de transmissão da doença diagnosticada.

7.4 Tipos de Precaução

Precaução Padrão

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



Higienização das mãos | Luvas e Avental | Óculos e Máscara | Caixa pérfuro-cortante

- **Higienização das mãos:** lave com água e sabonete ou friccione 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.

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, esfignomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA

8 Fluxo de Atendimento Municipal

Todos os pacientes com suspeita ou confirmados para MPX, dentro do Município de Jacareí, serão atendidos em todas as Unidades de Saúde, toda via, as unidades de preferência para atendimento e coleta de exame serão as seguintes:

- **UPA Dr Thelmo de Almeida Cruz;**
- **UPA Parque Meia Lua;**
- **UBS Parque Santo Antônio;**
- **UBS Santa Cruz dos Lázaros;**
- **UMSF Jardim das Industrias; e**

- **UMSF Cidade Salvador.**

Todas devem seguir as recomendações de precaução descritas neste plano e demais documentos de apoio da Secretaria de Estado de Saúde e Ministério da Saúde.

A coleta de amostra de material biológico deverá ser realizada por qualquer Unidade citada acima, conforme está descrito neste plano.

Os insumos para coleta (Swab e Tubo) serão fornecidos pelo almoxarifado central mediante pedido prévio.

A notificação deverá ser realizada pela unidade que identificar a suspeita do caso, o paciente será encaminhado para a unidade de referência após contato telefônico entre as mesmas e já estará com a notificação no CeVeSP feita pela unidade que identificou o caso, conforme está descrito neste plano.

9 Diagnóstico Laboratorial

O diagnóstico é realizado por detecção molecular do genoma por PCR pelo Instituto Adolfo Lutz (IAL). Com relação ao cadastro no GAL, encontra-se liberada a pesquisa "Monkeypox vírus". No campo "agravo das informações clínicas" deverá ser cadastrado Varíola e no campo de metodologia: isolamento viral. A amostra deverá ser enviada ao IAL Regional ou Central.

A ficha de notificação CeVeSP deve ser entregue junto com a amostra e a requisição do GAL. Não é necessária a inclusão do número SINAN.

9.1 Coleta de Fluido das Lesões (swab)

O ideal é a coleta na fase aguda, ainda com pústulas vesiculares (amostra ideal). São indicados swabs estéreis de nylon, poliéster ou dacron. Também pode-se puncionar o conteúdo da lesão com seringa, 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. Havendo lesões na cavidade bucal, pode-se recolher material das lesões com swab.

<u>Atenção: Recomenda-se, preferencialmente, a coleta dos fluidos de lesões das vesículas.</u>

Materiais necessários:

- 2 - Bisturi descartável com lâmina nº 10, ou
- 2 - Agulha 13 x 0,45mm
- 2 - Tubo estéril de rosca com O-ring ou batoque (tipo criotubo), de 1,5 a 2 ml
- 2 - Swab sintético para coleta

Procedimento:

1. Desinfectar o local da lesão com álcool 70% e deixar secar.
2. Utilizar o bisturi ou a agulha para remover a parte superior da lesão (não envie o bisturi ou a agulha). Manter a parte inferior.
3. Coletar o material da base da lesão com o swab.
4. Inserir o swab no tubo de rosca e quebrar a haste (um swab por tubo).

9.2 Coleta de Lesão Seca

Em casos de lesão seca, coletar aquelas em fase mais inicial de cicatrização, pois a chance de detecção de genoma viral ou da partícula viral é maior.

Materiais necessários:

- 2 - Agulha 13 x 0,45mm
- 2 - Tubo estéril de rosca com O-ring (tipo criotubo), de 1,5 a 2 ml

Procedimento:

1. Desinfectar o local da lesão com álcool 70% e deixar secar.
2. Use a agulha para retirar pelo menos 4 crostas; duas crostas de cada lesão
3. Inserir as crostas de cada uma das lesões em tubos de rosca separados.

ARMAZENAMENTO: 2°C a 8°C

TRANSPORTE: 2°C a 8°C

Enviar a amostra o mais rápido possível. No caso de impossibilidade do envio, a amostra poderá ser mantida à temperatura de 2° a 8°C por **até** 7 (sete) dias.

Ressaltamos a importância quando possível, a coleta de várias lesões p/ gerar o maior número de amostras possível, uma vez que o material coletado por lesão é muito pouco.

Reforçamos que a coleta em tubo de rosca de 1,5-2,0mL é importante não apenas em virtude da escassez da amostra, para que possa ser recuperada para a realização das

reações, mas também por questão de biossegurança, uma vez que este tubo possui o´ring ou batoque p/ impedir derramamentos. No manual de coleta do CDC é indicado que se corte o swab com tesoura para inserção no tubo.

OBS: NÃO ADICIONAR QUALQUER LÍQUIDO À AMOSTRA COLETADA (NEM MEIO VIRAL DE TRANSPORTE).

9.3 Envio das Amostras

As amostras coletadas nas UBS's e UMSF's devem ser encaminhadas, devidamente identificadas, junto com a Notificação CeVeSP, ao Laboratório Municipal para cadastro no GAL e envio ao IAL-Taubaté, mediante contato prévio com o Laboratório Municipal.

As amostras coletadas pelas UPA's devem ser encaminhadas, devidamente identificadas, junto com a Notificação CeVeSP e Guia de Cadastro no GAL, diretamente ao IAL-Taubaté.

As amostras coletadas pelas Unidades de Saúde Privadas, devem ser encaminhadas ao IAL-Taubaté, devidamente identificadas e junto com a Notificação CeVeSP e Guia de Cadastro no GAL.

10 Identificação e Monitoramento dos Contatos

No contexto atual, assim que for constatado um caso suspeito, a identificação e o rastreamento de contatos deve ser realizado em um prazo de 24 horas.

10.1 Identificação de Contato

Pessoa que foi exposta em diferentes contextos a um caso provável ou confirmado no período infeccioso, entre o início dos sintomas do caso até que todas as crostas das lesões cutâneas tenham caído.

É considerado como exposição as seguintes situações:

- Exposição sem proteção respiratória (particularmente relevante para trabalhadores da saúde).
- Contato físico direto, incluindo contato sexual;
- Contato com materiais contaminados, como roupas ou roupas de cama.

10.2 Monitoramento dos Contatos

Todas as pessoas identificadas como contato devem ser monitoradas para avaliar possíveis novos casos.

O monitoramento de contatos é recomendado a cada 24 horas, para detecção do aparecimento de sinais e sintomas, por um período de 21 dias a partir do último contato com um paciente no período infeccioso.

Os sinais e sintomas incluem:

Contatos			
Sinais e Sintomas	Dor de Cabeça	Febre	Calafrios
	Dor de Garganta	Mal-estar	Fadiga
	Lesões Maculopapulares	Linfadenopatia	

Os contatos devem verificar a temperatura corporal duas vezes por dia.

Caso os contatos assintomáticos sejam crianças pré-escolares, recomenda-se que elas evitem frequentar locais como creches ou outros ambientes de grupo.

Caso o contato desenvolva erupção cutânea, o indivíduo deve ser isolado e avaliado como um caso suspeito, com coleta de amostra para análise laboratorial (RT-PCR) para detectar possível MPX.

Baseada em evidências de casos detectados, pesquisadores da European Center for Disease Prevention and Control avaliaram o risco de transmissão da MPX nos diferentes grupos populacionais – o risco geral foi determinado a partir da combinação entre a probabilidade da infecção e o impacto da doença na população afetada, conforme a figura abaixo.

	Pessoas com Múltiplos Parceiros Sexuais	População Ampliada	Profissionais de Saúde			
			Profissionais de Saúde		Trabalhadores de Laboratório	
			EPI Apropriado	Sem uso de EPI	Procedimento Adequado e Uso de EPI	Sem uso de EPI
Probabilidade	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Alto	Muito Baixo	Alto
Impacto	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Moderado
Risco Geral	Moderado	Baixo	Baixo	Moderado	Baixo	Alto

Resumo do risco avaliado para as diferentes categorias populacionais. Adaptado de: Monkeypox multicountry outbreak. Acesso em 23 de maio de 2022. Disponível em: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Monkeypox-multi-country-outbreak.pdf

Até o momento é baixo o risco para a população em geral. No entanto, há um maior risco para crianças, gestantes, idosos ou imunocomprometidos entre os contatos próximos de MPX.

O monitoramento do caso fonte e/ou suspeito será realizado pela DVS/VE, os contatos serão monitorados pela DAB através da unidade de saúde de referencia da pessoa.

A DVS/VE enviará listagem dos contatos a serem monitorados para a DAB e esta repassará as respectivas unidades responsáveis segundo endereço do paciente para monitoramento dos contatos por um período de 21 dias.

11 Recomendações aos Serviços Funerários e Sobre o Funeral em Caso de Óbito pelo Vírus Monkeypox

Os trabalhadores dos serviços funerários (administrativos, motoristas, transportadores, gestão de resíduos, limpeza e manutenção) deverão sempre utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados, incluindo: óculos de proteção ou protetor facial, avental, máscara cirúrgica e luvas de procedimentos. Além disso, todos os trabalhadores devem ter acesso a suporte para a higiene das mãos (água e sabonete líquido ou álcool a 70%).

A atuação de prestadores de serviços funerários deve ser restrita à acomodação dos corpos nas urnas, já previamente embalados pelas equipes de saúde, e ao transporte dos corpos até os cemitérios. No entanto, na ausência do serviço de saúde para o manejo de corpos e, de acordo com a organização do serviço funerário local, as equipes da funerárias poderão, excepcionalmente, realizar as atividades descritas a seguir:

1. Deve-se higienizar e tapar/bloquear os orifícios de drenagem de feridas e punção de cateter com cobertura impermeável.
2. As secreções dos orifícios orais e nasais devem ser limpos com compressas.
3. Deve-se, ainda, realizar o tamponamento dos orifícios naturais (boca, nariz, ouvido, ânus) para evitar extravasamento de fluidos corporais.

4. Sempre que possível, o corpo deve ser identificado com nome, número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), data de nascimento e nome da mãe.
5. Utilizar lacres pré-numerados ou numerados manualmente, e de preferência indeléveis. Pode ser usado esparadrapo com letra legível na região torácica quando não houver etiqueta específica para este fim. Para facilitar a identificação do falecido, sempre que possível e, adicionalmente, manter uma etiqueta ou adesivo próximo ao pescoço, para facilitar seu reconhecimento.
6. Durante a embalagem do corpo, deve-se manipulá-lo o mínimo possível e evitar procedimentos que possam gerar aerossóis ou extravasamento de fluidos corpóreos.
7. Os casos que cumprirem critério de liberação de isolamento e estiverem fora do período de transmissão do vírus poderão manter a urna aberta, desde que o médico assistente emita declaração anexada à Declaração de Óbito. **Exceto nessas situações, todos os demais deverão ter a urna lacrada antes da entrega aos familiares/responsáveis**.

Após lacrada, a urna NÃO deverá ser aberta. O prestador desse serviço deverá garantir todos os meios para realização prévia do reconhecimento do falecido por familiares/responsáveis, mantendo etiquetas/lacres de identificação no caixão, evitando, dessa forma, que haja violação.

Deve-se limpar a superfície externa da urna lacrada com solução clorada [0,5% a 1%], ou álcool a 70% ou outro desinfetante autorizado pela Anvisa.

A urna deve ser disponibilizada em local aberto ou ventilado.

Os locais onde são realizados os velórios devem ofertar dispensadores de álcool em gel 70%, sabonete líquido, papel toalha, lixeira com tampa acionada por pedal nos banheiros e nos locais onde houver lavatório. Também deve ser ofertado dispensador de álcool em gel 70% nas entradas dos velórios para higienização das mãos.

Orientar as pessoas presentes no velório a manterem a maior distância possível entre si, evitando-se os toques, apertos de mãos e abraços. Recomenda-se incentivar o uso de máscara e orientar sobre a necessidade de higienização das mãos, por meio de cartazes.

Proceder à limpeza e desinfecção da sala de velório, imediatamente após a saída do corpo para sepultamento ou cremação. Deve-se utilizar álcool a 70%, ou solução clorada [0,5% a 1%] ou outro saneante regularizado pela Anvisa indicado para este fim.

Todas as superfícies internas dos veículos utilizados para transporte dos corpos devem ser limpas e desinfectadas utilizando álcool a 70%, ou solução clorada [0,5% a 1%] ou outro saneante regularizado pela Anvisa indicado para este fim.

O transporte do corpo até o cemitério deverá observar as medidas de precaução e ser realizado, preferencialmente, em carro mortuário/rabecão ou outros destinados a esse fim.

Após o transporte, o veículo deve ser limpo e desinfectado com solução clorada [0,5% a 1%] ou outro saneante regularizado pela Anvisa. As orientações contidas neste Plano de Contingência podem ser atualizadas a qualquer tempo, a partir do surgimento de novas evidências científicas a respeito da doença.

12 Referências

1. Global.health. THE GLOBAL HEALTH NEWSLETTER, 2022. Acesso em: 21 de julho de 2022. Disponível em: < https://map.monkeypox.global.health/country >.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Diário de Monkeypox Número 05 SE29. 21 de julho de 2022. Brasília; 2022.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Comunicação de Risco Rede CIEVS Número 06. 22 de maio de 2022. Brasília; 2022.
4. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Viruela símica en países no endémicos, 20 de mayo de 2022. Washington; 2022.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Monkeypox Multi-Country Outbreak – 23 May 2022. ECDC: Stockholm; 2022.
6. Sociedade Brasileira de Primatologia. Informativo - Tema: Varíola dos Macacos. Acesso em: 31 de maio de 2022. Disponível em: https://www.sbprimatologia.org.br
7. UK Health Security Agency. Guidance Monkeypox: Background Information. Acesso em: 15 de junho de 2022. Disponível em: < https://www.gov.uk/guidance/monkeypox >
8. CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Acesso em: 14 de junho de 2022. Disponível em: https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/infection-control-home.html
9. Likos AM, Sammons SA, Olson VA, Frace AM, Li Y, Olsen-Rasmussen M, Davidson W, Galloway R, Khristova ML, Reynolds MG, Zhao H, Carroll DS, Curns A, Formenty P, Esposito JJ, Regnery RL, Damon IK. A tale of two clades: monkeypox viruses. J Gen Virol. 2005 Oct;86(Pt 10):2661-2672. doi: 10.1099/vir.0.81215-0. PMID: 16186219.
10. Elbe, S. and Buckland-Merrett, G. (2017) Data, disease and diplomacy: GISAID's innovative contribution to global health. Global Challenges, 1:33-46. doi:10.1002/gch2.1018 PMCID: 31565258.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas OFÍCIO Nº 121/2022/CGIAE/DAENT/SVS/MS. 6 de Agosto de 2022. Brasília; 2022.

12. Secretaria de Estado da Saúde. CCD. Central/CIEVS. Alerta Epidemiológico – Número 9/2022 – 30/07/2022.