

MANEJO CLÍNICO, PREVENÇÃO E CONTROLE PARA MONKEYPOX EM PERNAMBUCO

MONKEYPOX
VIRUS
+
-

EXPEDIENTE

GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Paulo Henrique Saraiva Câmara

VICE-GOVERNADORA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Luciana Barbosa de Oliveira Santos

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE

André Longo Araújo de Melo

CHEFE DE GABINETE

Eduardo de Carvalho Cavalcanti Flório

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SEGTES)

Fernanda Tavares Costa Souza Araújo

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA (SEGEP)

Humberto Maranhão Antunes

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS (SEAF)

Caio Eduardo Silva Mulatinho

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SEAS)

Cristina Valença Azevedo Mota

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE (SERS)

Giselle Fonseca de Carvalho

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SEVS)

Patrícia Ismael de Carvalho

DIRETOR GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS (DGAJ)

Taciano Florentino da Silva

DIRETORA GERAL DE MONITORAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA (DGMOG)

Juliana Cáu Durante

DIRETORIA GERAL DE CONTROLE INTERNO (DGCI)

Elton Rodolfo Assunção da Silva

SUPERINTENDÊNCIA DE COMUNICAÇÃO

Rafael de Barros Correia Montenegro

ELABORAÇÃO:

Giselle Fonseca de Carvalho

Raphael Ferreira dos Anjos

CONTRIBUIÇÃO:

Cleonúcia Vasconcelos

REVISÃO:

Cristina Valença Azevedo Mota

Giselle Fonseca de Carvalho

CAPA E DIAGRAMAÇÃO:

Rafael Azevedo de Oliveira

SUMÁRIO

1.INFORMAÇÕES GERAIS	04
2.DEFINIÇÃO DE CASO	04
2.1 Caso suspeito	04
2.2 Caso provável	05
2.3 Caso confirmado	05
2.4 Caso descartado	05
2.5 Algoritmo de decisão para registro e classificação dos casos	05
3. NOTIFICAÇÃO DE CASOS	06
4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA DOENÇA	07
4.1 Agente etiológico	07
4.2 Modo de transmissão	07
4.3 Manifestações clínicas	07
4.4 Diagnóstico e coleta de amostras	10
4.5 Avaliação dos exames laboratoriais confirmatórios e para diagnóstico diferencial	11
4.6 Tratamento	12
5. MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO DOMICILIAR	14
6. RECOMENDAÇÕES SOBRE MONKEYPOX NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	15
6.1 Avaliação fetal	15
6.2 Momento e a via do parto	16
6.3 Amamentação e cuidados com o RN em mulheres com monkeypox	17
7. IMUNIZAÇÃO	18
8. REFERÊNCIAS	19

1. INFORMAÇÕES GERAIS

Desde o início de maio de 2022, casos de pacientes confirmados para monkeypox (MPX) vem sendo registrados inicialmente em países da Europa, propagando-se atualmente para 106 países/lugares distribuídos pelos demais continentes do mundo.

Trata-se de uma enfermidade viral, ocasionada pelo vírus Monkeypox com manifestação clínica majoritariamente dermatológica. No continente africano, nas regiões de floresta tropical da África Central e Ocidental, ocorre de forma endêmica.

Alteração no padrão de ocorrência do evento atual decorre da transmissão desses casos, apresentando-se de forma incomum e sustentada, a partir de contatos com histórico de viagens para essas regiões, fora das áreas endêmicas. Esta é a primeira vez em que casos de varíola pelo vírus da monkeypox foram relatados simultaneamente em países não endêmicos e endêmicos, em áreas geográficas muito díspares.

Em 20 de maio, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu alerta sobre o aumento de casos confirmados da doença em países não endêmicos. Em 23 de julho, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto, uma emergência de saúde pública de interesse internacional (PHEIC), elevando o status do surto para uma emergência de saúde global.

Em 29 de julho a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde estabeleceu a Sala de Situação para organizar a preparação e resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) para o enfrentamento da doença.

O primeiro caso confirmado de MPX no Brasil foi registrado no estado de São Paulo, pelo laboratório de referência Adolfo Lutz e informado pelo Ministério da Saúde em 09 de junho/2022. Em Pernambuco, o primeiro paciente foi notificado em 05 de julho/2022, sendo caso importado residente em São Paulo.

2. DEFINIÇÃO DE CASO

2.1 Caso suspeito

Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas E/OU erupção cutânea aguda sugestiva* de monkeypox, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, oral) E/OU proctite (por exemplo, dor anorretal, sangramento), E/OU edema peniano, podendo estar associada a outros sinais e sintomas.

*lesões profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central; e progressão da lesão através de estágios sequenciais específicos – máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas.

2.2 . Caso provável

Caso que atende à definição de caso suspeito, que apresenta um OU mais dos seguintes critérios listados abaixo, com investigação laboratorial de monkeypox não realizada ou inconclusiva e cujo diagnóstico de monkeypox não pode ser descartado apenas pela confirmação clínico-laboratorial de outro diagnóstico:

- a. Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória OU contato físico direto, incluindo contato sexual, com parcerias múltiplas e/ou desconhecidas nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
- b. Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU história de contato íntimo, incluindo sexual, com caso provável ou confirmado de monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
- c. Contato com materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a com caso provável ou confirmado de monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
- d. Trabalhadores de saúde sem uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI)** com história de contato com caso provável ou confirmado de monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas.

** ** óculos de proteção ou protetor facial, avental, máscara cirúrgica, luvas de procedimentos

2.3 Caso confirmado

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

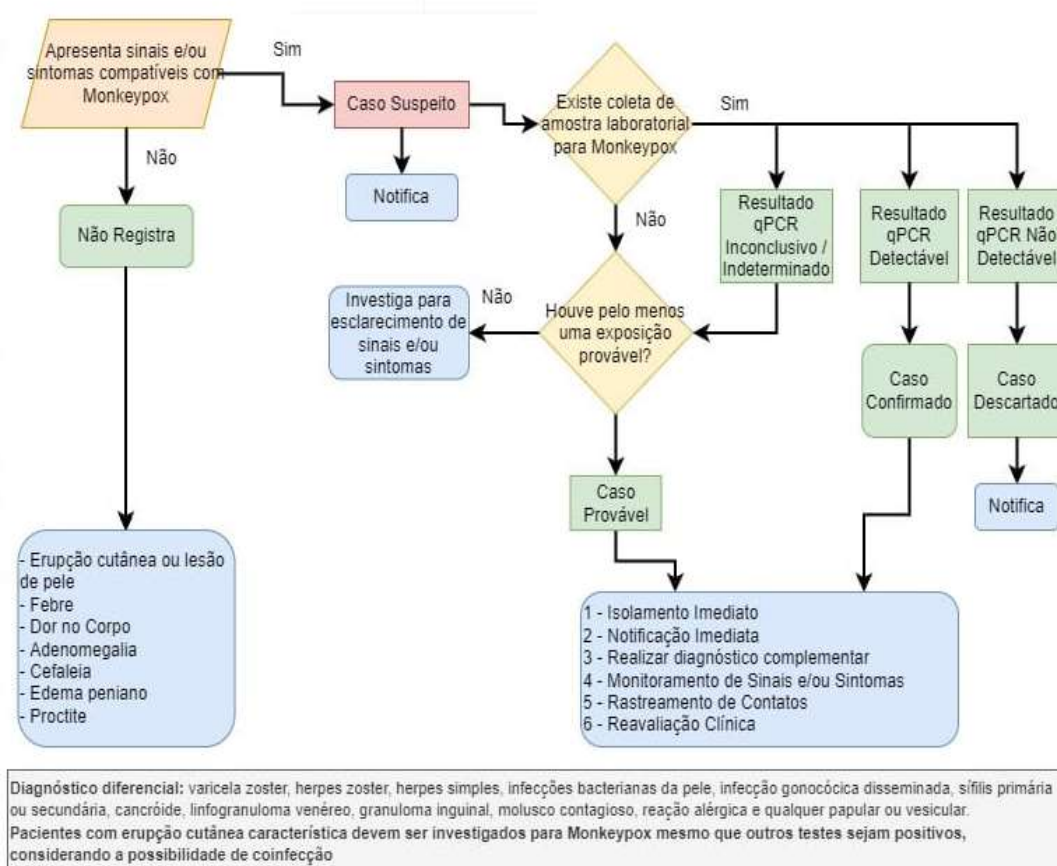
2.4. Caso descartado

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

2.5 Algoritmo de decisão para registro e classificação dos casos

Abaixo são apresentados os algoritmos de decisão para registro e classificação da doença de acordo com as definições apresentadas.

Figura 01: Algoritmo de classificação de casos de monkeypox



Fonte: COE-Monkeypox, 2022.

3. NOTIFICAÇÃO DE CASOS

Os serviços de saúde devem realizar a notificação compulsória e imediata (em até 24 horas) dos casos suspeitos e/ou confirmados de monkeypox. Em caso suspeito da doença, as vigilâncias municipais devem realizar o rastreamento de contatos em tempo oportuno.

As notificações devem ser realizadas por meio do preenchimento do formulário eletrônico específico, disponível no link: <https://www.cievspe.com/notifique-aqui>.

Um instrutivo de preenchimento ficha de notificação de Monkeypox (Redcap) está disponível na página: <https://www.cievspe.com/informacoes-estrategicas>

Outros contatos do Cievs-PE são:

- **E-mail:** cievs.pe.saude@gmail.com;
- Telefones: (81) 3184-0191 / (81) 3184-0192 (horário comercial) ou (81) 99488-4267 (apenas para profissionais de saúde).

4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA DOENÇA

4.1 Agente Etiológico

Monkeypox - MPX é causada pelo vírus monkeypox (MPXV) pertencente ao gênero *Orthopoxvirus* da família *Poxviridae*. Trata-se de uma doença zoonótica viral, cuja transmissão para humanos pode ocorrer por meio do contato com animal silvestre ou humano infectado ou com material corporal humano contendo o vírus.

Ocorre de forma endêmica no continente africano, nas regiões de floresta tropical da África Central e Ocidental. Nessa região destaca-se a participação de pequenos roedores (como esquilos, ratos, camundongos, entre outros) na cadeia de transmissão, caracterizando assim o elo zoonótico da savária.

Apesar do nome, é importante destacar que os primatas não humanos (macacos) podem ser acometidos pela doença, mas não são reservatórios do vírus.

4.2 Modo de transmissão

A transmissão da Monkeypox ocorre por contato direto pessoa a pessoa (pele, secreções) e exposição a gotículas e outras secreções respiratórias. A transmissão pode se dar também por meio de objetos recentemente contaminados, como roupas de camas e toalhas.

O período de transmissão começa com o aparecimento dos sintomas e se encerra quando as crostas das lesões desaparecem. Pessoas com monkeypox transmitem a doença até a erupção ter cicatrizado completamente e uma nova camada de pele se forme. Mulheres grávidas podem transmitir o vírus para o feto através da placenta.

Trabalhadores da saúde, membros da família, trabalhadores domésticos, profissionais de hotelaria e outras ocupações que exponham o indivíduo ao contato próximo são as com maior risco de contaminação.

4.3 Manifestações clínicas

A doença geralmente evolui de forma benigna com duração dos sinais e sintomas entre 2 a 4 semanas.

O diagnóstico de infecção pelo MPX deve considerar a anamnese e o exame físico, associados ao vínculo epidemiológico, conforme definição para caso suspeito. O período de incubação é geralmente de 6 a 13 dias, podendo variar de 5 a 21 dias, seguido de período prodromico, quando podem se manifestar febre, sudorese, cefaleia, mialgia e fadiga. A manifestação cutânea típica é do tipo pápulo-vesicular, podendo ser precedida ou não de febre, geralmente de início subido, e de linfadenopatia. As lesões de pele evoluem de máculas para pápulas, vesículas, pústulas e, posteriormente, crostas. As lesões começam planas, depois se enchem de líquido antes de formar crostas, secar e cair, com uma nova camada de pele se formando por baixo. São bem circunscritas,

profundas e com frequência desenvolvem umbilicação. São frequentemente descritas como dolorosas até a fase de cicatrização, quando começam a apresentar prurido. No caso da erupção cutânea disseminada esta tem característica centrífuga.

Os locais mais frequentes de aparecimento das lesões são rosto, olhos, palmas das mãos, solas dos pés, região genital, região anal e mucosas (retal, oral e uretral). Proctite e faringite podem ocorrer. Há ainda relato de casos confirmados sem erupção cutânea visível, com manifestação clínica de proctite, uretrite ou retenção urinária.

O diagnóstico diferencial inclui sífilis secundária, herpes simples, molusco contagioso e varicela zoster. Devem também ser diferenciadas das dermatoses da gravidez, varicela zoster ou infecções sexualmente transmissíveis (IST), com importância para observar se não existe coinfeção com essas últimas.

A doença se apresenta na maioria dos casos de maneira leve a moderada com sintomas autolimitados. Os dados apresentados em nível global apontam que hospitalizações representam menos de dez por cento da população infectada.

A evolução para a forma grave pode estar relacionada a fatores como forma de transmissão, suscetibilidade do indivíduo e quantidade de vírus inoculado no momento da transmissão.

São considerados vulneráveis imunossuprimidos (síndrome da imunodeficiência adquirida, leucemia, linfoma, câncer avançado, transplantados - órgãos sólidos, terapia com agentes alquilantes, antimetabólitos, radioterapia, inibidores do fator de necrose tumoral, corticosteróides 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), gestantes, puérperas e crianças.

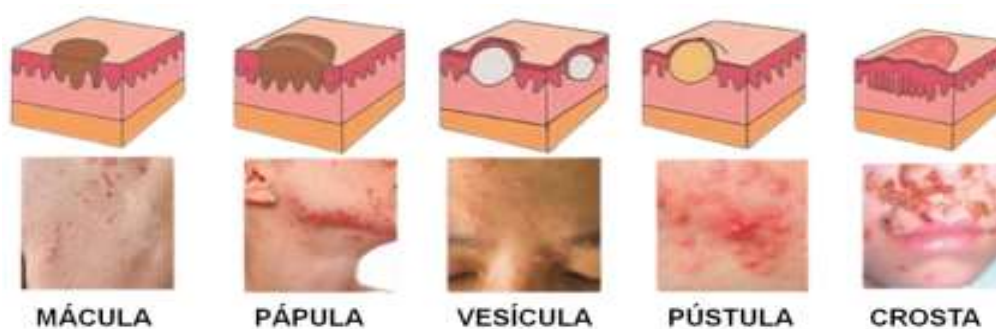
As deficiências imunológicas podem levar a resultados menos favoráveis, com maior risco de doença grave ou complicações, crianças com menos de oito anos, pessoas com histórico de doenças inflamatórias na pele, gestantes e lactantes. As gestantes apresentam quadro clínico semelhante às não gestantes, mas podem apresentar maior gravidade, sendo consideradas grupo de risco para evolução desfavorável.

As complicações mais frequentes são as cutâneas, como as infecções oportunistas (como bacterianas e fúngicas). Outras complicações mais raras incluem pneumonia grave e dificuldade respiratória, infecção avançada da córnea que pode levar à perda de visão, perda de apetite, vômitos e diarreia que pode levar à desidratação grave, anormalidades eletrolíticas e sinais de choque, linfadenopatia cervical, abscesso retrofaringeo, sepse, choque séptico e encefalite. Abaixo encontram-se listados os critérios clínicos de gravidade.

Critérios clínicos de gravidade:

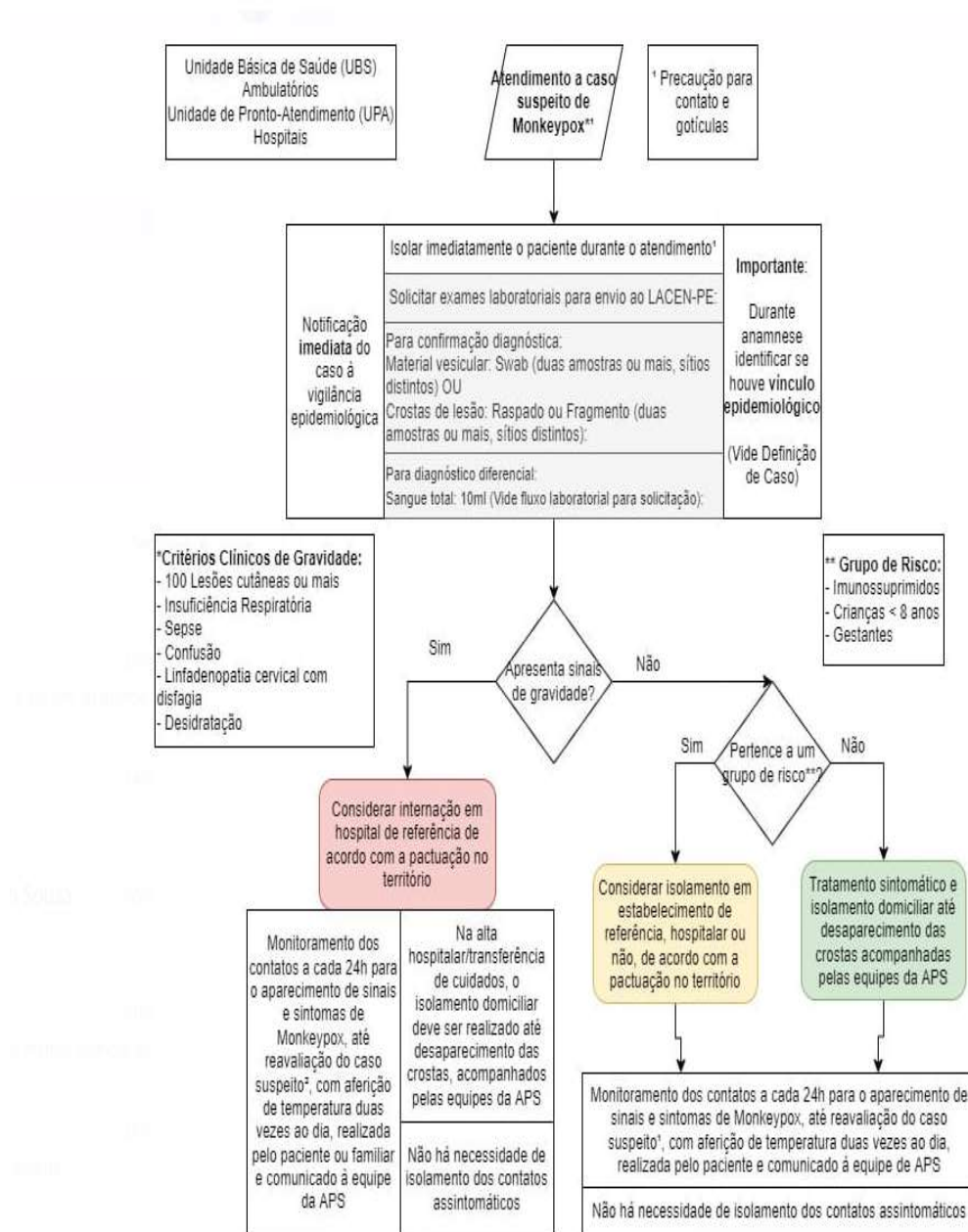
- Score de severidade de lesão cutânea grave (100 a 250 lesões) ou muito grave (mais de 250 lesões)
- Insuficiência respiratória
- Sepses
- Confusão mental
- Hepatomegalia
- Adenomegalia cervical com disfagia
- Desidratação

Figura 2 - Esquema exemplificador de lesões associadas aos casos de monkeypox



Fonte: OPAS/OMS

Figura 3: Fluxo de atendimento para casos suspeitos de Monkeypox



Fonte: Sala de Situação Monkeypox/Ministério da Saúde, junho de 2022

4.4 Diagnóstico e coleta de amostras

Para confirmação diagnóstica:

O tipo de amostra recomendado para a confirmação laboratorial da monkeypox é o material da lesão cutânea, que inclui:

- Material vesicular (secreção de vesícula): swab da secreção; e
- Crosta da vesícula: raspado ou fragmento.

Para diagnóstico diferencial:

- Sangue total: 10ml em adultos, 5ml em crianças - (herpes simplex 1 e 2, teste rápido para sífilis).

Solicitar outros exames a depender do quadro clínico do paciente.

Para contatos de alto risco de um caso confirmado e que já apresentem febre e linfonodomegalia, mas sem erupção cutânea ou lesões de mucosas, o material a coletar será o swab de orofaringe ou swab anal.

O material coletado deve ser encaminhado ao LACEN-PE com as páginas 7 e 8 (páginas com a identificação do paciente) do formulário de notificação. <https://bit.ly/3TZJLml>

Vale destacar que até o momento não estão disponíveis os testes sorológicos e nem a detecção de antígenos. O Ministério da Saúde indica, portanto, apenas teste de biologia molecular, podendo-se utilizar diferentes métodos.

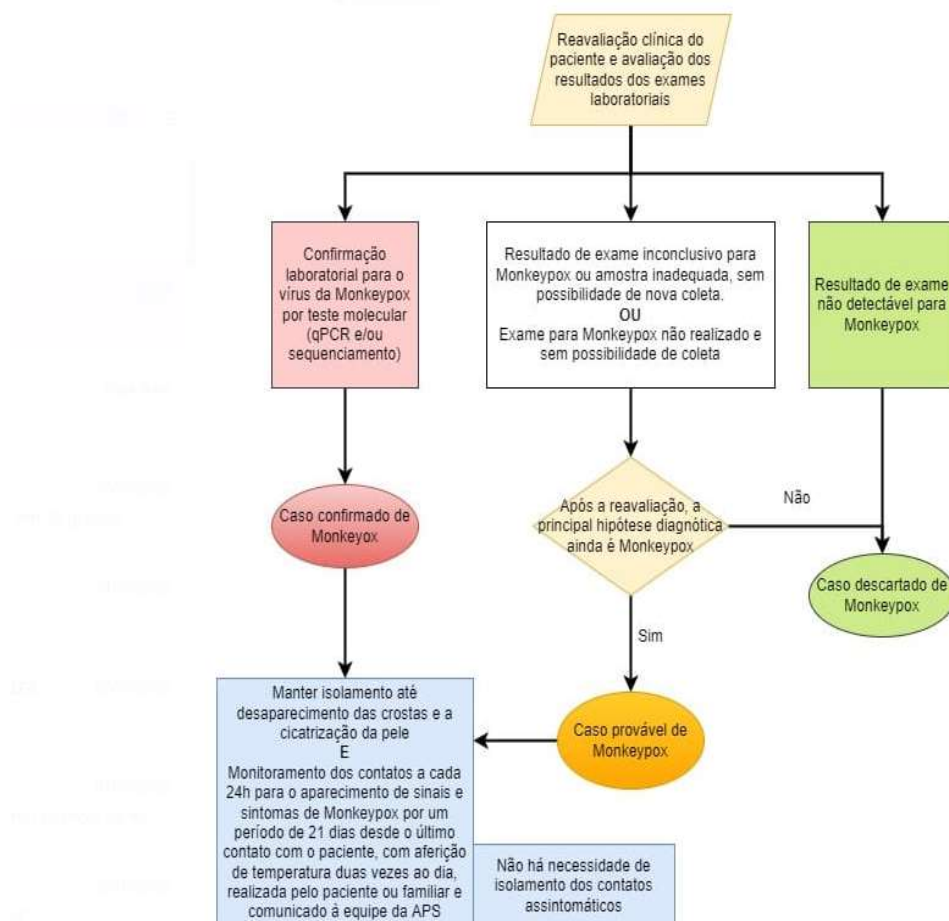
4.5 Avaliação dos exames laboratoriais confirmatórios para Monkeypox e para diagnóstico diferencial

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

Se houver confirmação laboratorial para o vírus da Monkeypox por teste molecular (qPCR e/ou sequenciamento), o caso é considerado confirmado. 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 Monkeypox o caso é considerado como descartado, exceto em caso de persistência de quadro clínico sugestivo, 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 4. Fluxo de reavaliação do paciente



Fonte: Sala de Situação Monkeypox/Ministério da Saúde, junho de 2022

4.6 Tratamento

O tratamento dos casos de monkeypox se baseia em medidas de suporte voltadas ao manejo da dor e do prurido, cuidados de higiene na área afetada e manutenção do balanço hidroeletrolítico, uma vez que a maioria dos casos se apresenta com sintomas leves a moderados.

Nos casos de infecções bacterianas secundárias às lesões de pele, deve-se considerar antibioticoterapia.

Manifestações incomuns da Monkeypox podem incluir lesão ocular, proctite e uretrite, e podem necessitar de avaliação por médico especialista.

Para os casos graves com comprometimento pulmonar o oxigênio suplementar pode ser necessário.

Até o momento não se encontra disponível medicamento aprovado especificamente para monkeypox. Alguns antivirais, no entanto, demonstram alguma atividade contra o Monkeypox vírus, entre eles brincidofovir, cidofovir e tecovirimat. Nenhum dos medicamentos possui registro para uso no Brasil.

O antiviral tecovirimat foi aprovado recentemente pela Agência Europeia de Medicamentos para tratamento de monkeypox, e a Agência Americana de Alimentos e Medicamentos (FDA) autorizou seu uso compassivo para casos específicos. O Ministério da Saúde, considerando os dados científicos atualmente disponíveis e a aprovação por agências internacionais de saúde, busca junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) a aquisição do tecovirimat para uso em casos específicos.

Critérios de elegibilidade para uso de Tecovirimat no cenário atual

A maioria das pessoas acometidas pela Monkeypox evoluem sem gravidade, apresentando um quadro clínico leve e autolimitado. Considerando o cenário epidemiológico vigente, sem a disponibilidade de um tratamento específico para Monkeypox aprovado para uso no Brasil, identificou-se a possibilidade da utilização do antiviral Tecovirimat na modalidade de uso compassivo.

O uso compassivo de medicamentos no Brasil é regido pela RDC No 608, de 25 de fevereiro de 2022, que limita essa modalidade aos casos em que o paciente apresente doença debilitante e grave, com risco de óbito, no contexto da ausência de alternativa terapêutica satisfatória no país e que apresente relação benefício-risco favorável ao uso da terapêutica proposta.

Nesse contexto, considera-se a prescrição de Tecovirimat, segundo ministério da saúde, para tratamento compassivo na seguinte situação:

● Paciente internado com resultado laboratorial positivo/detectável para Monkeypox evoluindo com a forma grave da doença, apresentando uma ou mais das seguintes manifestações clínicas:

- Encefalite - presença de alteração clínico-radiológica e/ou líquórica compatível com acometimento de Sistema Nervoso Central - SNC;
- Pneumonite - presença de manifestações respiratórias associadas a alterações radiológicas sem outra etiologia provável;
- Lesões cutâneas com mais de 200 erupções espalhadas pelo corpo;
- Lesão extensa em mucosa oral, limitando a alimentação e hidratação via oral;
- Lesão extensa em mucosa anal/retal, evoluindo com quadro hemorrágico e/ou infeccioso secundário a ulceração; e
- Lesão ocular.

Inelegibilidade

- Pacientes (ou representantes legais) que não aceitam o termo de consentimento livre e esclarecido
- Pacientes com histórico de alergia a Tecovirimat e/ou excipientes
- Pacientes com menos de 13kg de peso

5. MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO DOMICILIAR

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 obanheiro.
- 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.

Precauções do paciente:

- Isolar o paciente de outros membros da família, quando possível, em quarto/ambiente ventilados e em cama separada. Quando não possível isolar individualmente, manter o distanciamento de pelo menos um metro. Pessoas com MPX devem ser consideradas infectantes e isoladas até que todas as crostas da lesão tenham caído e a reepitelização tenha ocorrido.
- 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.
- Evitar sair de casa de forma desnecessária, e ao sair utilizar máscara (trocando quando úmidas ou danificadas), protegendo as lesões (usando camisas com mangas compridas e calças), evitando aglomerações e transporte coletivo.

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.

6. RECOMENDAÇÕES SOBRE MONKEYPOX NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

As publicações sobre Monkeypox e gravidez são escassas. Muito da preocupação com essa doença em gestantes, se baseia no que acontecia em gestantes que foram acometidas pela varíola. Os desfechos da infecção pelo vírus da varíola, que é do mesmo grupo (Orthopoxvirus) do MPXV, associavam-se ao aumento na morbidade e mortalidade materna e perinatal, com riscos maiores de abortamento espontâneo, morte fetal e parto pré-termo.

Na população não vacinada contra a varíola, as gestantes eram consideradas a população com o estado fisiológico de maior susceptibilidade à doença grave e morte. Uma publicação recente sobre a evolução da gestação em quatro mulheres confirmadamente infectadas pela Monkeypox, mostrou abortamento espontâneo de 1º trimestre em 2 pacientes, sem testagem dos produtos da concepção; e uma morte intrauterina de 2º trimestre, com evidência clínica, histológica e laboratorial de doença fetal intrauterina na ausência de malformações congênitas, deformidades ou anormalidades grosseiras da placenta, membranas e cordão umbilical.

Uma gestante com doença leve teve parto a termo de um recém-nascido saudável. A OMS reconhece a transmissão materno-fetal, a partir da passagem placentária, originando a doença congênita e/ou através de contágio no contato íntimo, durante e após o parto. 9.6. Deste modo, com esse aumento de morbimortalidade materna e fetal, embora mais estudos sejam necessários, há uma preocupação das autoridades de saúde nos cuidados para essa população. Gestantes estão entre as prioridades para o diagnóstico laboratorial da infecção, visto que complicações oculares, encefalite e óbito são mais frequentes neste grupo.

Torna-se importante conscientizar as equipes de saúde para que incluam no questionário para gestantes, indagando sobre a presença de sinais clínicos ou contato com pessoa portadora.

Em caso positivo, manter em isolamento com orientação de automonitoração (temperatura e lesões cutâneas) e estratégia de contato da equipe de saúde a cada 24h. Indica-se hospitalização nos casos moderados, graves e críticos.

6.1 AVALIAÇÃO FETAL

Há poucos relatos sobre Monkeypox na gestação.

Sabe-se que o vírus pode atravessar a placenta e atingir o feto, levando à MPX congênita. Assim como em outras infecções virais, pode aumentar o risco de abortamento, óbito fetal, prematuridade e outras alterações ligadas ao acometimento fetal. No entanto, ainda não há como quantificar esses riscos. Ainda assim, cuidados redobrados com a gestante e o feto são recomendados diante da suspeita ou confirmação da infecção, até que dados mais robustos estejam disponíveis.

Na vigência de infecção aguda, a supervisão fetal vai depender da idade gestacional. No primeiro trimestre, recomenda-se avaliação ultrassonográfica para análise da viabilidade da gestação. Nos

casos moderados, graves e críticos no segundo trimestre, sugere-se ultrassonografia detalhada com biometria, avaliação anatômica cuidadosa e quantificação do líquido amniótico. No terceiro trimestre, quando disponível, pode-se associar perfil biofísico fetal e a Dopplerfluxometria para complementar a avaliação do bem-estar fetal.

Após a 26ª semana, ainda é recomendada a cardiotocografia nos casos moderados, graves e críticos. Após a resolução da infecção, o risco para o feto é baixo. Após a resolução da infecção, deve-se realizar ultrassonografia a cada 4 semanas para avaliação de crescimento e do bem-estar fetal. Seguimentos individualizados podem ser necessários se houver evidência de Hepatomegalia ou hidropisia fetal. A sensibilidade para detecção molecular do vírus no líquido amniótico é desconhecida. Pela analogia com outras infecções virais, supõe-se que o vírus possa ser encontrado no líquido amniótico a partir de 18 a 21 semanas de gestação. A indicação de amniocentese, até o momento, não é rotineira, ficando reservada a casos específicos ou cenários de pesquisa clínica.

6.2 MOMENTO E A VIA DO PARTO

Ainda há poucos estudos sobre o momento do parto na literatura.

Em geral, as gestantes com MPX apresentam quadros leves e autolimitados, não havendo indicação de antecipar o parto. Nos casos graves ou com comprometimento fetal deve-se considerar o parto, avaliando a idade gestacional e peso fetal estimado. Nos casos de resolução da gestação em fetos prematuros, deve-se considerar o uso de corticoide e sulfato de magnésio, seguindo os protocolos para situações de prematuridade.

Durante o trabalho de parto e parto, deve-se garantir a presença do acompanhante saudável e enfatizar a importância do uso de EPI durante a permanência no hospital. A via de parto deve ser individualizada, com base nas indicações obstétricas e na decisão da paciente. É provável que a transmissão transplacentária seja possível, podendo a criança já estar infectada antes do nascimento, portanto, a cesariana não apresentaria benefícios.

Nos casos em que a paciente apresenta lesões genitais, pode acarretar maior risco de infecção neonatal através do contato no canal de parto. Nesta situação, a cesariana está indicada. Não existem dados na literatura ou divulgação de experiências que possam fundamentar indicação de cesárea em casos assintomáticos. Desta forma, a via de parto nestas situações obedece a critérios obstétricos. Recomenda-se que deve ser mantido o clampeamento tardio do cordão umbilical, pois não há evidências de que este procedimento aumente a possibilidade de transmissão viral da mãe para o recém-nascido.

6.3 AMAMENTAÇÃO E CUIDADOS COM O RN EM MULHERES COM MONKEYPOX

Há poucas evidências para fazer recomendações sobre o cuidado de recém-nascidos de mulheres com Monkeypox.

As recomendações aqui apresentadas se baseiam no conhecimento de que o vírus pode ser transmitido ao recém-nascido por contato próximo durante ou após o parto, e de que a doença pode ter evolução severa em neonatos.

Uma vez que a melhor estratégia para impedir o contágio do RN é evitar o contato direto com a mãe, as seguintes normas devem ser seguidas em instituições de assistência ao parto. Desaconselhar o contato pele a pele entre a mãe e o RN. Fazer exame macroscópico do RN imediatamente após o nascimento. Quando disponível, colher swab de garganta e de eventuais lesões cutâneas do RN.

Informar à mulher sobre os riscos da infecção e da necessidade de manter mãe e filho em quartos separados durante a fase de isolamento materno.

Se por qualquer motivo não for possível manter a mãe e o RN em quartos separados, precauções estritas devem ser seguidas durante o contato mãe-filho:

- a) o RN deve estar totalmente vestido ou envolto por um cobertor. Após o contato, a roupa ou cobertor deve ser imediatamente substituídos;
- b) a mãe deve usar luvas e avental, deixando coberta toda área de pele abaixo do pescoço; e
- c) a mãe deve usar uma máscara cirúrgica bem ajustada à face.

As precauções devem ser mantidas até que os critérios para encerrar o isolamento tenham sido alcançados: resolução de todas as lesões, queda das crostas e formação de uma nova camada de pele;

Quando a testagem do RN tiver sido realizada e o resultado for positivo, pode se cancelar o isolamento e permitir a permanência da mãe com o bebê (19);

O momento da alta deve ser ajustado considerando o tempo de isolamento materno, a capacidade de aderir às recomendações para evitar o contágio do RN e a disponibilidade de pessoas para auxiliar no cuidado do recém-nascido.

Dispõe-se de pouca informação sobre o efeito das drogas antivirais e da imunoglobulina vacinal endovenosa na produção láctea ou sobre a excreção desses produtos no leite materno. Em lactentes com indicação de tratamento farmacológico, o tecovirimat tem sido recomendado como tratamento de primeira linha.

Atualmente, não se sabe se as vacinas utilizadas para prevenção da MPX têm algum efeito na produção láctea ou se são excretadas no leite materno. No entanto, o conhecimento do tipo de vacina e do seu mecanismo de ação, permite pressupor o risco de transmissão ao recém-nascido. Mulheres lactentes elegíveis para a vacinação devem receber a informação de que as vacinas com

vírus vivo atenuado, não replicante, provavelmente não apresentam riscos para bebê e são seguras durante a lactação. As vacinas com vírus replicantes são contraindicadas em gestantes e lactentes.

7. IMUNIZAÇÃO

Os programas de vacinação devem ser apoiados por vigilância completa e rastreamento de contatos, campanha de informação, farmacovigilância. As decisões sobre o uso de vacinas contra varíola ou monkeypox devem ser baseadas em uma avaliação completa dos riscos e benefícios caso a caso.

A vacinação em massa não é necessária nem recomendada para monkeypox no momento.

A profilaxia Pré-Exposição é recomendada para profissionais de saúde em risco, pessoal de laboratório que trabalha com Orthopoxvirus, pessoal de laboratório clínico realizando testes de diagnóstico para varíola símia e outros que possam estar em risco de acordo com a política nacional.

Para a Pós-Exposição, a prioridade são as pessoas sob maior risco de gravidade (ex. imunossuprimidos) e que tiveram contato próximo a um caso suspeito sem uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Nessa modalidade, recomenda-se vacinar dentro de quatro dias da primeira exposição (e até 14 dias na ausência de sintomas), para prevenir o aparecimento da doença.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as opções de vacina que podem ser consideradas para uso aprovado ou off-label para pré-exposição ou pós-exposição da Monkeypox incluem: ACAM2000 (USA); LC16 (JAPÃO); MVA-BN (DINAMARCA) - (JYNNEOS, IMVAMUNE OU IMVANEX).

No Brasil, o imunizante MVA-BN da BavarianNordic será utilizado para imunização contra a monkeypox. Foi solicitado à OPAS a aquisição de 50 mil unidades do imunizante com previsão de chegada ao Brasil em setembro.

8. REFERÊNCIAS

1. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox> Acesso em 30 de agosto de 2022.
2. CDC. <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/index.html> Acesso em 30 de agosto de 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano De Contingência Nacional Para Monkeypox. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/coes/monkeypox/plano-de-contingencia/plano-de-contingencia> Acesso em 30 de agosto de 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações Às Equipes Que Atuam Na Atenção Primária À Saúde Acerca Da Doença Monkeypox (Mpx). Disponível em <https://aps.saude.gov.br/noticia/17936> Acesso em 30 de agosto de 2022.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações Sobre Monkeypox No Ciclo Gravídico-Puerperal, Disponível em https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220801_O_SEIMS-0028381567-NotaTecnicaGraviadsmonkeypoxfinal_1567282545601784855.pdf
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Definição De Caso De Monkeypox. Disponível em file:///C:/Users/Saude/Downloads/Defini%C3%87%C3%83o%20de%20caso_Monkeypox_29-07-22.Pdf Acesso em 03 de setembro de 2022.
7. BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. Comunicação De Risco Rede Cievs Nº6 22/05/2022, 2022.
8. BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. Informe Sala De Situação Monkeypox Nº9 31/05/2022, 2022.
9. BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária Anvisa. Nota Técnica Gvims/Ggtes/Anvisa Nº03/2022 31/05/2022. Atualizada Em 02/06/2022. Orientações Para Prevenção E Controle Da Monkeypox Nos Serviços De Saúde, 2022. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-03-2022-orientacoes-para-prevencao-e-controle-da-monkeypox-nos-servicos-de-saude> Acesso em 03 de setembro de 2022.
10. BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária Anvisa. Rdc 222 De 28 De Março De 2018.
11. Regulamenta As Boas Práticas De Gerenciamento Dos Resíduos De Serviços De Saúde E Dá Outras Providências. Dom, Edição 61, Seção 1, Página 76; 2018. Acesso em 03 de setembro de 2022.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. NOTA INFORMATIVA Nº 6/2022-CGGAP/DESF/SAPS/MS. Orientações às equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde acerca da doença Monkeypox (MPX). https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220707_N_SEIMS-0027761288-NotaInformativa-Monkeypoxcompressed_2689728990280792060.pdf Acesso em 30 de agosto de 2022.
13. FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/images/arquivos/MonkeyPox-port.pdf> Acesso em 04 de setembro de 2022.
14. PERNAMBUCO. NOTA TÉCNICA SEVS Nº 28/2022. Atualização Das Diretrizes De Vigilância E Resposta Aos Casos Suspeitos E Confirmados De Monkeypox. Disponível em

- https://www.cievspe.com/files/ugd/3293a8_a2b868e4188b4705b10a4ea49c89ab1f.pdf Acesso em 12 de setembro de 2022.
15. PERNAMBUCO. Diretrizes De Diagnóstico E Vigilância Laboratorial Dos Casos Suspeitos De Monkeypox, disponível em <https://bit.ly/3TZJLmI> Acesso em 12 de setembro de 2022.
16. PERNAMBUCO. Plano de Resposta de Saúde Pública aos casos de Monkeypox em Pernambuco. Disponível em https://www.cievspe.com/files/ugd/3293a8_28241c66fbb541acb9b0c13f61d7cbb0.pdf Acesso em 12 de setembro de 2022.
17. UPTODATE. Tratamento e prevenção da varíola dos macacos. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-monkeypox?search=monkeypox%20na%20gesta%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=1~18&usage_type=default&display_rank=1 Acesso em 04 de setembro de 2022.