



GOVERNO DE PERNAMBUCO
Secretaria de Saúde

NOTA TÉCNICA SEVS Nº 28/2022
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Recife, data da assinatura eletrônica.

ASSUNTO: ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES DE VIGILÂNCIA E RESPOSTA AOS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS DE MONKEYPOX

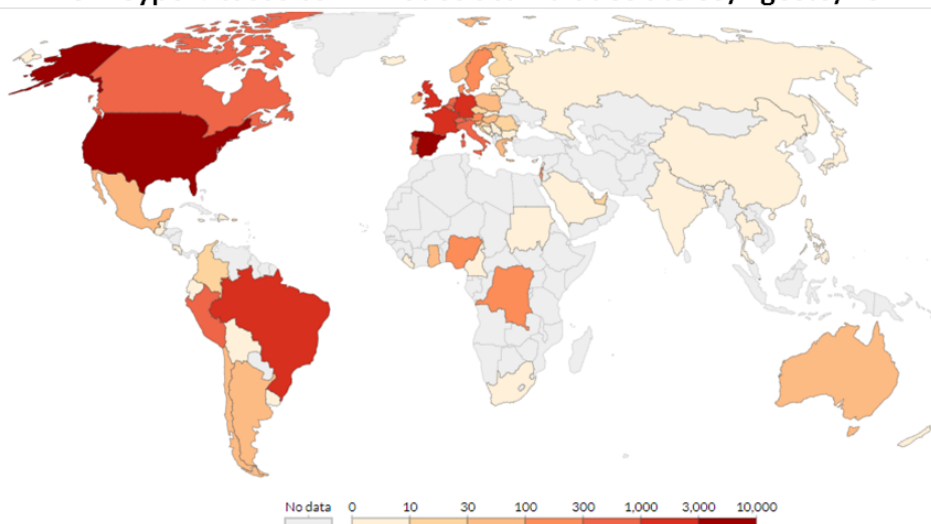
1. APRESENTAÇÃO

A **monkeypox (MPX) ou varíola símia** é uma enfermidade/doença viral, causada pelo vírus monkeypox (MPXV), do gênero *Orthopoxvirus* e família *Poxviridae*. No continente africano, nas regiões de floresta tropical da África Central e Ocidental, ocorre de forma endêmica. Destaca-se, nesses locais, a importante participação de espécies de pequenos roedores (como esquilos, ratos, camundongos, arganazes, entre outros) na cadeia de transmissão, caracterizando assim o elo zoonótico dessa varíola. Surto anteriores fora da África tinham relação com importação de animais de estimação ou de biotérios infectados.

Ainda que a nomenclatura “monkeypox” derive da espécie em que a doença foi inicialmente descrita em 1958, em um surto de macacos infectados, é importante reforçar que **os primatas não-humanos não são reservatórios do vírus**. Contextos recentes de incidência da MPX não apontaram vinculação dos casos com nenhuma espécie de macaco (primatas não humanos). Assim, deve-se evitar denominar a doença, no Brasil, como “varíola dos macacos”, prevenindo desvio dos focos de vigilância e ações contra esses animais.

Desde o início de maio de 2022, **casos de varíola símia foram relatados em países onde a doença não é endêmica**. A origem comum deste novo evento teve provável relação com o contato próximo de viajantes do Reino Unido e de outros países europeus, com outros doentes vinculados à região endêmica. A partir de 18 de maio, foram notificados números crescentes de casos em países e regiões européias e também na América do Norte e do Sul, na Ásia, na África e na Oceania. Em 23 de julho, a **Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto uma emergência de saúde pública de interesse internacional (ESPII)**, elevando o status do surto para uma **emergência de saúde global**. Até 07 de agosto/2022, registrou-se um total de 27.561 casos confirmados em quase 80 países não endêmicos.

Monkeypox: casos confirmados acumulados até 05/Agosto/2022



Fonte: Dados produzidos pela equipe 'Global.health' — disponíveis em github.com/globaldothealth/monkeypox

O primeiro caso confirmado de monkeypox 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 registrado em 6 de julho/2022, sendo o caso importado, residente em São Paulo. Até 5 de agosto/2022 houve registro de 1.721 casos confirmados no Brasil. Em Pernambuco, até 6 de agosto/2022, foram 44 notificados casos, sendo 13 confirmados, 30 em investigação e 1 descartado.

1.1. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

O vírus MPX faz parte da mesma família do vírus da varíola humana (doença cuja infecção natural foi declarada erradicada pela OMS em nível mundial em 1980). A **manifestação clínica** da monkeypox é **geralmente leve e raramente fatal**. A maioria das pessoas se recupera em até três semanas. O risco de agravamento está mais relacionado a indivíduos imunocomprometidos.

O diagnóstico de infecção pelo MPX pode ser feito pela anamnese e achados clínicos, com destaque à identificação de vínculo epidemiológico, conforme a definição de caso suspeito. O período de incubação é geralmente de 6 a 13 dias, podendo variar de 5 a 21 dias, seguido de período prodrômico, quando se manifestam febre, sudorese, cefaleia, mialgia e fadiga. Cerca de 1 a 3 dias após a febre, aparece a erupção cutânea. Esta lesão evolui de máculas para pápulas, vesículas, pústulas e, posteriormente, crostas. A erupção cutânea disseminada é centrífuga. A presença de aumento de gânglios é uma importante característica da doença. A história clínica do paciente é importante para a identificação dos suspeitos.

O número de lesões pode variar de poucas a milhares, sendo que a grande maioria dos casos apresenta menos de 10 vesículas. Os locais mais frequentes de aparecimento destas lesões são rosto, palmas das mãos, solas dos pés, olhos, boca, garganta, virilha e regiões genitais e/ou anais do corpo. 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.



Fonte: NHS England High Consequence Infectious Diseases Network



Fonte: Medscape Medical News © 2022 WebMD, LLC



Fonte: NHS England High Consequence Infectious Diseases Network



Fonte: Kalil et al(31)

Para identificar a infecção por MPX, observa-se que as lesões são bem circunscritas, profundas e com frequência desenvolvem umbilicação. As lesões são frequentemente descritas como dolorosas até a fase de cicatrização, quando começam a apresentar prurido. Podem ser confundidas com sífilis secundária, herpes simples, molusco contagioso e varicela zoster. Proctite e faringite podem ocorrer. Devem ser diferenciadas das dermatoses da gravidez, varicela zoster ou infecções sexualmente transmissíveis (IST), com importância para observar se não existe coinfeção com essas últimas. **O diagnóstico diferencial com outras ISTs deve ocorrer quando a erupção começar nas áreas genital e perianal.**

As deficiências imunológicas podem levar a resultados menos favoráveis, com maior risco de doença grave ou complicações (ex. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), quimioterapia e tratamento com corticosteroides), crianças com menos de oito anos, pessoas com histórico de doenças inflamatórias na pele, gestantes e lactantes. As gestantes apresentam quadro clínico com características semelhantes às não gestantes, mas podem apresentar gravidade maior, sendo consideradas grupo de risco para evolução desfavorável.

Os sintomas graves mais frequentes são as complicações cutâneas, nas quais ocorrem infecções oportunistas (como bacterianas e fúngicas). Também podem se apresentar complicações pulmonares (ex. insuficiências respiratórias), oculares, hepatomegalia, encefalites, confusão mental, desidratação, sepse e outras.

Óbitos são eventos raros nos surtos fora da África. Dentre os quase 27,5 mil casos confirmados, 99,9% dos pacientes infectados se recuperam bem. Não obstante, foram registrados 5 óbitos, distribuídos no Brasil (1), Índia (1), Peru (1) e Espanha (2), que estão sendo avaliados se ocorreram devido a doença ou a condições adjacentes prévias dos pacientes. A primeira morte de pacientes fora do continente africano de pessoa acometida pela monkeypox ocorreu no Brasil, em paciente de 41 anos, residente do estado de Minas Gerais.

Nos eventos passados na região endêmica, entre 1% a 10% das pessoas com monkeypox morreram. Este cenário foi muito determinado pelas **dificuldades de acesso aos cuidados de saúde** nas áreas endêmicas e por **limitações da vigilância da doença (dificuldade de detecção e diagnóstico dos casos)** nas quais apenas os casos mais graves chamavam a atenção e registro das autoridades.

É importante ressaltar, entretanto, que dentre os casos de MPX diagnosticados em 2022, apresentações clínicas atípicas foram relatadas. A erupção pode começar nas áreas genital e perianal e nem sempre se dissemina para outras partes do corpo. Os sinais e sintomas prodrômicos podem ser leves ou estar ausentes. A OMS relata casos confirmados sem erupção cutânea visível, com manifestação clínica de proctite, uretrite ou retenção urinária.

1.2 TRANSMISSÃO

O período de **transmissão começa com o aparecimento dos sintomas e se encerra quando as crostas das lesões desaparecem**. Pessoas com monkeypox permanecem infecciosas até que uma nova camada de pele tenha se formado por baixo. Desta forma, o isolamento deve ser feito até o desaparecimento das lesões, que ocorre em média com 21 dias.

A transmissão de pessoa a pessoa ocorre por **contato direto com lesões de pele ou secreções respiratórias de pessoas que tenham erupção de monkeypox**. Vale salientar que a varíola por monkeypox não é uma IST (Infecção Sexualmente Transmissível), mas sim uma infecção de contato. Por esse motivo, o uso de preservativo sexual (camisinha) não protege contra esta doença. Os principais mecanismos relacionados a doença envolvem histórico de contato face a face, pele a pele, boca a boca ou boca a pele. Esse contato pode acontecer por abraço, massagem, beijos e por meio de contato íntimo, incluindo o contato sexual.

Também pode se dar por meio de **superfícies contaminadas, tecidos e objetos** que foram usados por uma pessoa doente e que não foram desinfetados, como roupas, roupas de cama, toalhas, brinquedos, eletrônicos e superfícies. Trabalhadores da saúde, membros da família, trabalhadores domésticos, profissionais de hotelaria e outras ocupações que exponham o indivíduo ao contacto próximo são as com maior risco de contaminação.

Nos casos de gestação, estando a pessoa gestante infectada, o vírus pode ser transmitido para o feto através da placenta.

Ressalta-se que o monitoramento após uma exposição requer que todos os indivíduos, independentemente do nível de risco de exposição, sejam monitorados para identificar o aparecimento de sintomas, por 21 dias após última exposição.

1.3 TRATAMENTO

Em geral os casos não necessitam de tratamentos mais complexos, devendo apenas ser mantido em isolamento respiratório domiciliar até cicatrização das lesões, sempre sob o monitoramento dos serviços de vigilância epidemiológica (VE) municipais.

O objetivo do tratamento é o alívio dos sintomas e o gerenciamento de possíveis complicações em pacientes sob risco. Em geral, a prioridade é prevenir e/ou tratar infecções bacterianas secundárias. A hidratação e o consumo de alimentos saudáveis são importantes para manter o estado nutricional adequado.

Até o momento, não se dispõe de medicamento aprovado especificamente para monkeypox. Entretanto, alguns antivirais demonstraram alguma atividade contra o monkeypox vírus, entre eles o **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.

O uso desses medicamentos só deve ser feito a partir de prescrição médica, nos casos de maior gravidade.

1.4 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 Bavarian Nordic 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.

2. ORIENTAÇÕES SOBRE DEFINIÇÃO, NOTIFICAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E COMUNICAÇÃO DOS CASOS

2.1. DEFINIÇÃO DE CASO

- **Caso suspeito**

Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas E/OU erupção cutânea aguda sugestiva de monkeypox (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), 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.

- **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.

- 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

- 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
- Contato com **materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a um caso provável ou confirmado de monkeypox** nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
- **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.

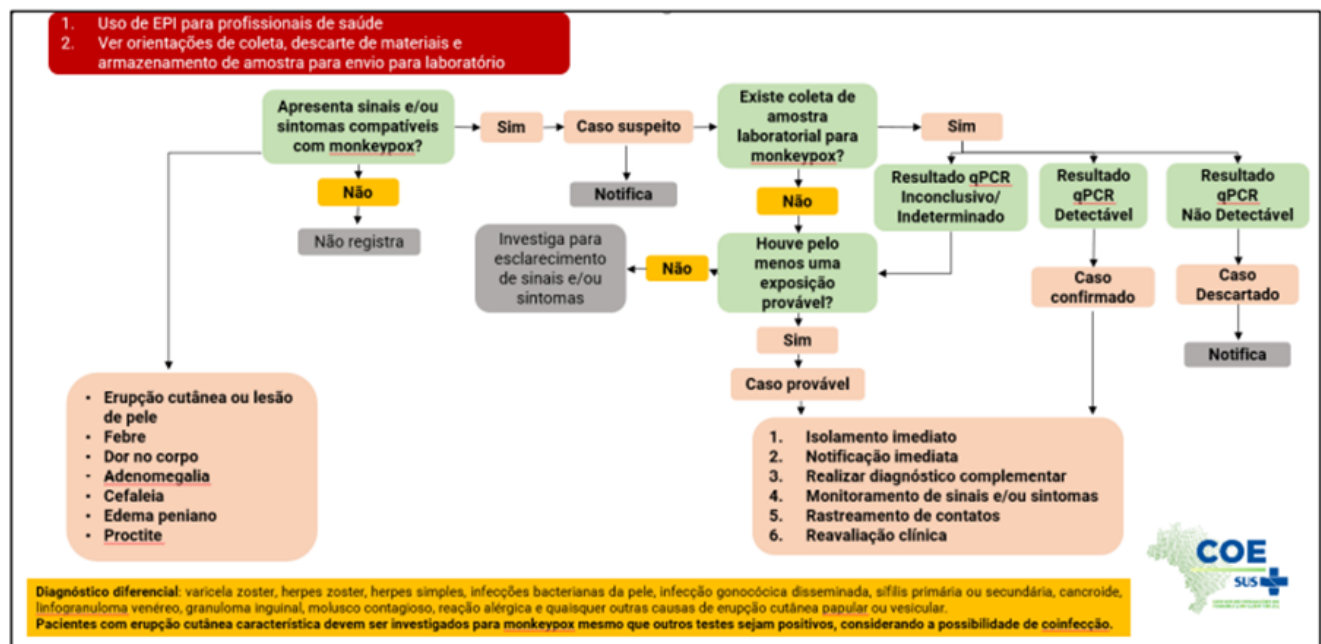
• Caso confirmado

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

• Caso descartado

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

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



Fonte: COE-Monkeypox, 2022.

2.2. NOTIFICAÇÃO DE CASOS

A notificação de casos suspeitos e prováveis de varíola monkeypox deve ser realizada imediatamente (em até 24h a partir da suspeita inicial) por todos os profissionais de saúde, dos serviços públicos ou privados, para a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco/Cievs-PE, por meio do preenchimento do formulário eletrônico, disponível no link: <https://www.cievspe.com/notifique-aqui>. Também é possível entrar em contato com o Cievs-PE por:

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

A figura a seguir destaca na página “**Notifique aqui**” o ícone de acesso ao formulário eletrônico do Ministério da Saúde de notificação e investigação de casos de monkeypox. Esse formulário atualmente utiliza a plataforma para coleta, gerenciamento e disseminação de dados denominada **REDCap** (*Research Electronic Data Capture*). Deve-se preencher a ficha com todas as informações disponíveis solicitadas.



3. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL PARA MONKEYPOX

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 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.

Considerando objetivamente os recursos laboratoriais disponíveis até o momento, o Ministério da Saúde indica apenas teste de biologia molecular, usando diferentes métodos. Ainda não estão disponíveis os testes sorológicos e nem a detecção de antígenos.

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.

Atenciosamente,

PATRÍCIA ISMAEL DE CARVALHO

Secretária Executiva de Vigilância em Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Patricia Ismael de Carvalho**, em 10/08/2022, às 12:18, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **27134121** e o código CRC **FDA18CBF**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongi - Recife/PE - CEP 50751-530 - Telefone: (81) 3184-0000