

NOTA TÉCNICA 001/2022

Setembro de 2022

# Monkeypox



GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Diretor-Presidente

Welfane Cordeiro Júnior

Diretora

Maria do Carmo Paixão Rausch

Equipe técnica:

Cíntia Alcantara de Carvalho

Paula Tássia Barbosa Rocha

Gabriela Fontoura Lana Nascimento

A Monkeypox (MPXV) é uma doença zoonótica viral, também conhecida como varíola dos macacos, cuja transmissão para humanos pode ocorrer por meio do contato com animal ou humano infectado ou com material corporal humano contendo o vírus. Geralmente é uma doença autolimitada, cujos sintomas duram de 2 a 4 semanas. Os sintomas são semelhantes aos observados no passado em pacientes com varíola, porém com uma apresentação clínica de menor gravidade. O nome “Monkeypox” foi originado em 1958, quando dois surtos de uma doença semelhante à varíola ocorreram em colônias de macacos mantidos para pesquisa.

Na tentativa de evitar que haja um estigma e ações contra os primatas não humanos, o Ministério da Saúde no Brasil optou por não denominar como varíola dos macacos. O reservatório natural da doença ainda está sendo investigado, principalmente em pequenos roedores. Assim, apesar do estrangeirismo, uma tentativa de solucionar a situação foi a de usar a denominação dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS): Monkeypox. (NUCOM/SAPS/MS)

O primeiro caso humano foi registrado em 1970 na República Democrática do Congo, durante um período de esforços intensificados para eliminar a varíola. A Monkeypox ocorre principalmente na África central e ocidental, em regiões próximas de florestas tropicais mas tem aparecido cada vez mais em áreas urbanas.

Em 15 de maio de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada de 4 casos confirmados de Monkeypox do Reino Unido, em 20 de maio de 2022 11 países já haviam notificado casos: Austrália, Bélgica, Canadá, França, Alemanha, Itália, Portugal, Espanha, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos da América. Em 13 de junho de 2022 foi registrado o terceiro caso confirmado no Brasil. (Nota Técnica nº 4/FHEMIG/DIGEPE/GSST/2022)

A transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio de gotículas respiratórias ou contato com lesões cutâneas ou fluidos corporais de pessoa infectada. Pode ocorrer transmissão vertical via placentária também. O contato com superfícies ou objetos contaminados pode ser fonte de transmissão, uma vez que o MPXV sobrevive por até 90 horas em superfícies e pode entrar num organismo suscetível através da pele não íntegra, trato respiratório ou mucosas (dos olhos, nariz ou boca).

A transmissão via gotículas respiratórias usualmente requer contato mais próximo entre o indivíduo infectado e o indivíduo suscetível, o que aumenta o risco de contaminação

para trabalhadores da saúde, membros da família e outros contactantes do caso. O período de transmissão da MPX ocorre desde o início dos sintomas (raramente no período pré-sintomático) até o desaparecimento das crostas, que são o estágio final nas lesões cutâneas. (Nota Técnica N.º 3/2022 - SES/SAIS)

A transmissibilidade do vírus é considerada como moderada entre humanos quando ocorre o contato íntimo entre parceiros sexuais e baixa probabilidade de transmissão entre indivíduos sem contato próximo.

O período de incubação da MPX é em média de 6 a 13 dias, podendo variar de 5 a 21 dias.

Pode-se dividir a manifestação clínica em 2 períodos:

- Período febril (entre os dias 0 e 5 de sintomas): caracterizado por febre de início súbito, cefaleia, linfadenomegalias, dor nas costas, mialgia e astenia.

- Período de erupção cutânea (entre 1 e 3 dias após o início da febre): surgem erupções cutâneas com distribuição geralmente crânio-caudal. As áreas mais afetadas são a face (em 95% dos casos) e as extremidades (em 75% dos casos). Também podem ser afetadas as mucosas orais (em 70% dos casos), genitália (30%) e conjuntiva (20%), bem como a córnea. A erupção evolui sequencialmente por diferentes estágios: máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas, o que ocorre em cerca de 10 dias e após isso as crostas secam e caem. O número de lesões é variado. Em casos graves, as lesões podem coalescer até que grandes porções de pele percam a sua integridade, levando a dor, ulceração e, em alguns casos, infecção bacteriana secundária - que deve ser oportunamente diagnosticada e tratada. (Nota Técnica N.º 3/2022 - SES/SAIS)

A taxa de mortalidade de casos da Monkeypox foi de cerca de 3%, nos últimos tempos.

Como medidas de prevenção da transmissão da monkeypox, as unidades de saúde devem destinar o paciente, suspeito ou confirmado, para um ambiente isolado seguindo as precauções para contato e gotícula, envolvendo ainda 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).

O paciente deve usar máscara cirúrgica bem ajustada à face cobrindo nariz, boca e queixo e cobrir as lesões cutâneas o máximo possível (com vestimentas, avental com mangas longas e/ou lençol). Manter o distanciamento de 2 metros entre os pacientes em ambientes de

espera. Caso haja a necessidade de coleta de amostra de naso/orofaringe, deve-se realizá-la em local de isolamento respiratório. O isolamento do caso suspeito/confirmado só deverá ser encerrado após o desaparecimento completo das lesões.

A demanda de possíveis pacientes (suspeitos/confirmados) da Monkeypox nas salas de classificação de risco dos serviços de saúde, não altera a metodologia do Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR). Assim como acontece nas epidemias de Dengue, Chikungunya ou Zika, ou na Pandemia de COVID-19, os princípios básicos do SMCR permanecem inalterados.

O reconhecimento da queixa principal e a identificação do primeiro discriminador positivo ou que não se exclui, irá determinar o risco clínico do paciente, independente de seu diagnóstico clínico.

O Protocolo de Manchester de Classificação de Risco não possui um fluxograma específico para classificar os pacientes com suspeita/confirmado Monkeypox, pois mantém-se sua missão de não definir diagnóstico clínico. A classificação do risco clínico será realizada considerando os sinais e sintomas e a queixa de apresentação referida e a partir daí a instituição deve elaborar fluxos internos para atender os pacientes conforme a necessidade clínica.

A partir de alguns fluxogramas e/ou discriminadores sentinela – “sinais e sintomas de alerta” o paciente deve ter seu fluxo de atendimento separado do fluxo rotineiro, devido à necessidade de isolamento, sendo que o manejo clínico específico e protocolado deve ser feito por equipes capacitadas.

Alguns fluxogramas do Protocolo de Manchester estão relacionados com as queixas mais comuns de pacientes com suspeita/confirmado Monkeypox, como por exemplo: Cefaleia, Doença sexualmente transmissível, Dor de Garganta, Erupção Cutânea, Infecções locais e abscessos, Mal-estar em adulto/criança/bebê/neonato, dentre outros.

Assim como os discriminadores podem estar relacionados com os sinais e sintomas sentinela dessa doença, como por exemplo, Imunossupressão conhecida ou provável, Adulto muito quente, Erupção ou vesículas disseminadas, Início Súbito, História de viagem recente, Dor ou coceira intensa, dentre outros.

Alguns exemplos de fluxogramas e discriminadores de alerta:

<b>Fluxograma</b>	<b>Discriminadores</b>
<b>Cefaleia</b>	Respiração inadequada, Alteração do nível de consciência, Muito Quente/Quente/Febril, Sepse possível, Dor Intensa/Moderada/Leve, Redução recente da acuidade visual.
<b>Doença sexualmente transmissível</b>	Respiração inadequada, Alteração do nível de consciência, Imunossupressão conhecida ou provável, Muito Quente/Quente/Febril, Sepse possível, Dor Intensa/Moderada/Leve, Erupção ou vesículas disseminadas.
<b>Dor de Garganta</b>	Respiração inadequada, Criança não reativa, Alteração do nível de consciência, Imunossupressão conhecida ou provável, Risco especial de infecção, Muito Quente/Quente/Febril, Sepse possível, Dor Intensa/Moderada/Leve, Início súbito, História de viagem recente.
<b>Erupção Cutânea</b>	Respiração inadequada, Criança não reativa, Edema de língua, Alteração do nível de consciência, Muito Quente/Quente/Febril, Sepse possível, Dor ou coceira Intensa/Moderada/Leve, Erupção ou vesículas disseminadas.
<b>Infecções locais e abscessos</b>	Respiração inadequada, Alteração do nível de consciência, Muito Quente/Quente/Febril, Sepse possível, Dor Intensa/Moderada/Leve.
<b>Mal-estar em adulto/criança/bebê/neonato</b>	Respiração inadequada, Criança não reativa, Alteração do nível de consciência, Imunossupressão conhecida ou provável, Risco especial de infecção, Muito Quente/Quente/Febril, Sepse possível, Dor Intensa/Moderada/Leve, Início súbito, Erupção ou vesículas disseminadas, História de viagem recente. Para crianças/bebês/neonato: sinais de desidratação e não se alimenta.

Em outros fluxogramas, e na dependência da queixa de apresentação, segue-se a metodologia do Protocolo de Manchester garantindo a informação sobre a gravidade dos sinais e sintomas que podem estar correlacionados com a possibilidade do paciente ser um possível caso de Monkeypox.

O ponto extremamente relevante é garantir que todo paciente que chega à Instituição tenha seu risco definido pela classificação de risco o mais breve possível, em no máximo 10 minutos.

Vale destacar mais uma vez que se qualquer um dos fluxogramas / discriminadores sentinela forem selecionados deverá ser encaminhado para o circuito interno previsto para atendimento ao paciente suspeito/confirmado para Monkeypox.

Atenciosamente,

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco.

