

COMUNICAÇÃO DE RISCO

CIEVS/DVS - Nº 03 – 17 de junho de 2022

1. APRESENTAÇÃO

A Comunicação de risco tem como objetivo apoiar na divulgação rápida e eficaz de conhecimentos às populações, parceiros e partes intervenientes possibilitando o acesso às informações fidedignas que possam apoiar nos diálogos para tomada de medidas de proteção e controle em situações de emergência em saúde pública.

O CIEVS Sergipe vem através deste comunicado de risco alertar e orientar a rede de saúde pública e privada sobre o risco de casos de Monkeypox para que sejam reforçadas as medidas de vigilância e monitoramento de casos suspeitos com notificação imediata, bem como divulgar de maneira rápida e eficaz as orientações para resposta ao evento de saúde pública.

2. CENÁRIO MUNDIAL E BRASILEIRO

Até 16 de junho de 2022, foram confirmados 2.149 casos distribuídos em 37 países, conforme descrito: Reino Unido (524), Espanha (313), Portugal (241), Alemanha (305), Canadá (159), França (183), Países Baixos (95), Estados Unidos (84), Itália (50), Bélgica (52), República Tcheca (7), Emirados Arabes (13), Suíça (28), Irlanda (15), Austrália (8), Eslovênia (7), Suécia (10), Israel (5), Dinamarca (7), Finlândia (3), Argentina (3), Letônia (2), Noruega (2), Brasil (6), Hungria (3), Malta (1), México (5), Tailândia (1), Áustria (4), Gibraltar (1), Marrocos (1), Grécia (2), Polônia (1), Islândia (3), Venezuela (1), Romênia (3) e Georgia (1).

No Brasil, 30 casos foram notificados até o momento. Destes, 6 casos foram confirmados, 4 em São Paulo, 1 no Rio de Janeiro e 1 no Rio Grande do Sul; 09 permanecem suspeitos e 15 casos foram descartados por exame laboratorial, sendo 2 no Ceará, 1 no Mato Grosso do Sul, 2 em Rondônia e 1 no Rio de Janeiro, 2 em Santa Catarina, 4 em Minas Gerais, 1 Maranhão, 1 Bahia e 1 em São Paulo (Figura 4). Os pacientes seguem em recuperação, sendo monitorados pelas equipes de vigilância em saúde. A investigação dos casos suspeitos está em andamento e as coletas para análise laboratorial já foram realizadas. Os resultados são aguardados.

3. ORIENTAÇÃO DE USO DO TERMO “MONKEYPOX” PARA VARÍOLA DOS MACACOS

Para evitar que haja um estigma e ações contra os Primatas Não Humanos (PNH) do gênero *Macaca* optou-se por não denominar a doença no Brasil como Varíola dos macacos, pois embora tenha se originado em animais desse gênero, o surto atual não tem relação com ele. Apesar do estrangeirismo, uma tentativa de solucionar a situação foi a de usar a denominação dada pela OMS “Monkeypox”. Isso tudo com intuito de se evitar desvio dos focos de vigilância e ações contra os animais.

4. O QUE É A MONKEYPOX?

A Monkeypox é uma doença causada pelo vírus Monkeypox do gênero Orthopoxvirus e família Poxviridae. O nome deriva da espécie em que a doença foi inicialmente descrita em 1958. Trata-se de uma doença zoonótica viral, em que 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.

Embora o reservatório seja desconhecido, os principais candidatos são pequenos roedores (p. ex., esquilos) nas florestas tropicais da África, principalmente na África Ocidental e Central. Monkeypox é comumente encontrado nessas regiões e pessoas com o vírus são ocasionalmente identificadas fora delas, normalmente relacionadas a viagens para áreas onde a Monkeypox é endêmica.

5. TRANSMISSÃO E SINTOMAS

A transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio de contato pessoal com secreções respiratórias, lesões de pele de pessoas infectadas ou objetos recentemente contaminados. A erupção geralmente se desenvolve pelo rosto e depois se espalha para outras partes do corpo, incluindo os órgãos genitais (Figura 1). Os casos recentemente detectados apresentaram uma preponderância de lesões na área genital. A erupção cutânea passa por diferentes estágios e pode se parecer com varicela ou sífilis, antes de finalmente formar uma crosta, que depois cai. Quando a crosta desaparece, a pessoa deixa de infectar outras pessoas. A diferença na aparência com a varicela ou com a sífilis é a evolução uniforme das lesões.

A transmissão 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, pessoas com maior risco de contaminação. O vírus também pode infectar as pessoas por meio de fluidos corporais. O período de incubação é tipicamente de 6 a 16 dias, mas pode chegar a 21 dias. Os sintomas incluem febre, dor de cabeça, dores musculares, dores nas costas, adenomegalia, calafrios e exaustão.

O tratamento da Monkeypox é baseado em medidas de suporte com o objetivo de aliviar sintomas, prevenir e tratar complicações e prevenir sequelas. Para prevenção de casos recomenda-se para profissionais da saúde o uso de equipamentos de proteção individual como máscaras, óculos, luvas e avental, além da higienização das mãos regularmente. A população em geral pode se prevenir também fazendo o uso de máscara e higienizar as mãos.

Em caso suspeito da doença, realizar o isolamento imediato do indivíduo e coletar amostras clínicas. Sendo confirmado para Monkeypox o isolamento do indivíduo só deverá ser encerrado após o desaparecimento completo das lesões. Para os casos descartados, verificar a necessidade de permanência do isolamento considerando diagnóstico diferencial. O rastreamento e monitoramento dos contatos dos casos suspeitos deverão ser realizados por no mínimo 21 dias.

6. DEFINIÇÃO DE CASO

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

E

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

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

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

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

* A erupção característica associada às lesões da MPX envolve o seguinte: lesões profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central; e progressão da lesão através de estágios sequenciais específicos – máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas; isso às vezes pode ser confundido com outras doenças que são mais comumente encontradas na prática clínica (por exemplo, sífilis secundária, herpes e varicela zoster).

Historicamente, relatos esporádicos de pacientes coinfectados com o vírus Monkeypox e outros agentes infecciosos (por exemplo, varicela zoster, sífilis) foram relatados, portanto, pacientes com erupção cutânea característica devem ser considerados para testes, mesmo que outros testes sejam positivos.

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

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

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

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

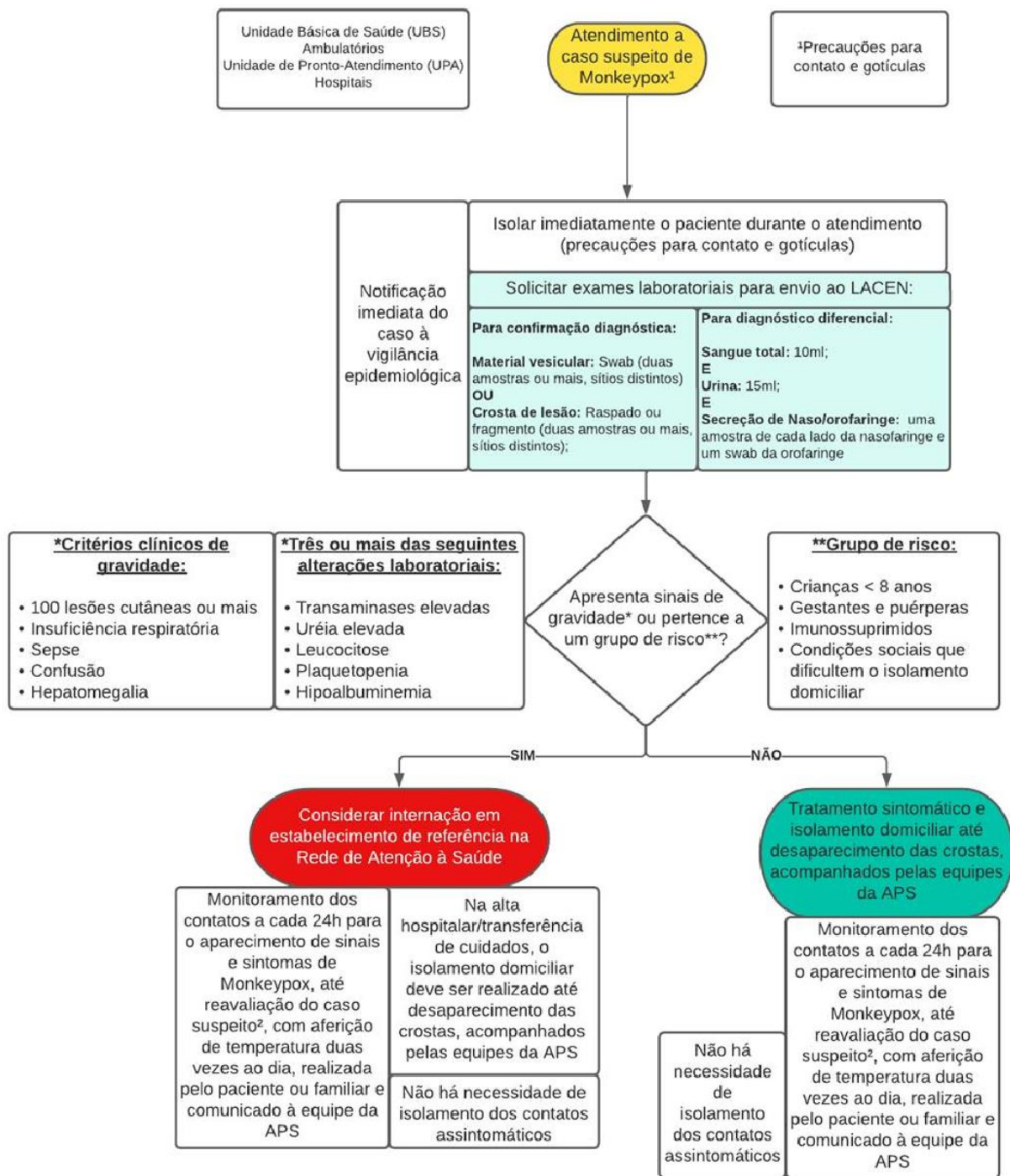
7. ORIENTAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA

O atendimento inicial deve ser realizado, preferencialmente, nas Unidades Básica de Saúde (UBS) da Atenção Primária, indicando-se internação hospitalar para os casos que apresentem sinais de gravidade.

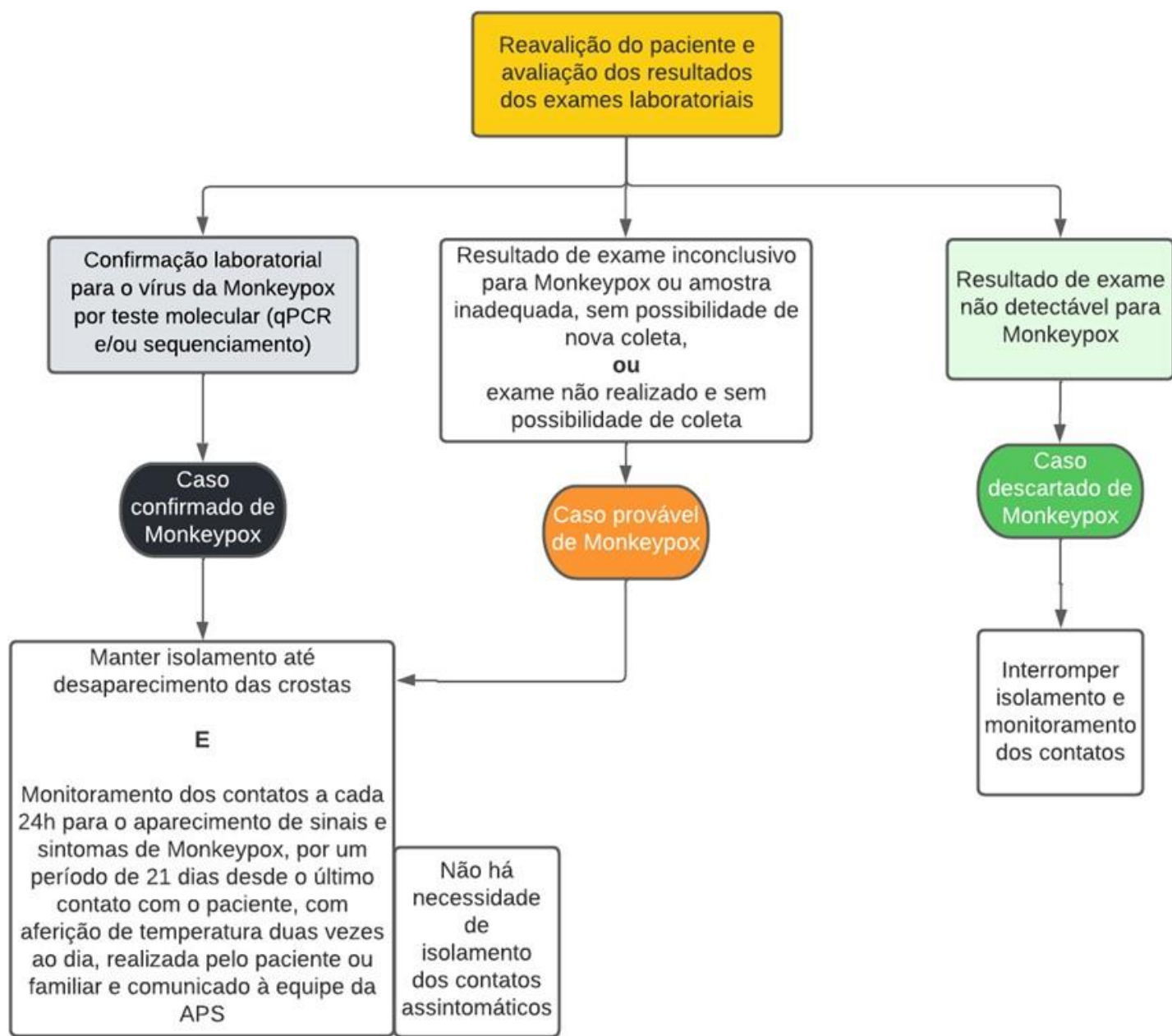
No momento do acolhimento, o paciente deverá receber uma máscara cirúrgica, com orientação quanto ao correto uso, e conduzido para uma área separada dos outros usuários.

Sendo classificado como caso suspeito de Monkeypox, o paciente deve ser mantido isolado (precauções para contato e gotículas). As lesões de pele em áreas expostas devem ser protegidas por lençol, vestimentas ou avental com mangas longas. Notificar imediatamente à vigilância epidemiológica.

Figura 1. Fluxo assistencial para Monkeypox.



Continuação da Figura 1. Fluxo assistencial para Monkeypox.



Fonte: Elaboração da Sala de Situação.

8. NOTIFICAÇÃO DE CASOS

O Ministério da Saúde do Brasil, através da Sala de Situação Nacional de Monkeypox, estabeleceu a obrigatoriedade de notificação imediata, em até 24 horas, pelos profissionais de saúde de serviços públicos ou privados, conforme Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975.

Os casos suspeitos de monkeypox em Sergipe, deverão ser notificados de forma imediata, em até 24 horas, para o CIEVS Estadual, através dos canais listados abaixo, por se tratarem de eventos de saúde pública (ESP), conforme disposto na portaria do ministério da saúde nº 1.102, de 13 de maio de 2022.

Formulário de notificação de casos suspeitos de monkeypox:
<https://forms.gle/UqziuN8AHu8GnPPN9>

E-mail: notifica@saude.se.gov.br

Telefone: 0800 282 282 2

9. ORIENTAÇÕES PARA COLETA, TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DE AMOSTRAS CLÍNICAS

TIPOS DE AMOSTRAS

Material vesicular (secreção de vesícula)

1. Material vesicular (Secreção de Vesícula): O ideal é a coleta na fase aguda ainda com pústulas vesiculares. É quando se obtém carga viral mais elevada na lesão. Portanto, swab do conteúdo da lesão é o material mais indicado. Swabs estéreis de nylon, poliéster ou Dacron são os indicados. Também pode-se puncionar com seringa o conteúdo da lesão, mas prefere-se o swab para evitar a manipulação de perfurocortantes. Colocar o swab preferencialmente em tubo seco, SEM líquido preservante, uma vez que os poxvírus mantêm-se estáveis na ausência de qualquer meio preservante. Se optar por usar algum líquido preservante, indica-se o VTM (meio de transporte viral), no máximo cerca de 300 ul, porém o ideal é manter o swab sem líquido. Havendo lesões na cavidade bucal, pode-se recolher material das lesões com swab.

2. Crosta (Crosta de Lesão)

Quando o paciente é encaminhado para coleta em fase mais tardia na qual as lesões já estão secas, o material a ser encaminhado são crostas das lesões, preferencialmente optar pelas crostas menos secas, ou seja, coletar aquelas em fase mais inicial de cicatrização, pois a chance de detecção de genoma viral ou da partícula viral é maior.

As crostas devem ser armazenadas em frascos limpos SEM líquido preservante (neste caso, o uso de qualquer líquido preservante reduz em muito as chances de detecção).

OBSERVAÇÕES:

A) Sangue não é um material indicado para detecção de poxvírus, pois o período de viremia alta é anterior ao aparecimento das pústulas que, normalmente, é quando o paciente comparece a um posto de atendimento;

B) A coleta de soro é importante para verificar a soroconversão. Para fins de diagnóstico, só se for associado a uma clínica muito clara e sugestiva;

C) O principal diagnóstico diferencial de infecção por Monkeypox vírus é a Varicela.

ARMAZENAMENTO

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

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As orientações e informações descritas acima são fundamentadas nas evidências científicas disponíveis, aliadas à análise do cenário epidemiológico mundial e poderão ser modificadas diante de novas constatações. Orienta-se que a partir da identificação de um caso suspeito ou provável seja realizada a notificação e definição da conduta respeitando os protocolos clínicos de cada instituição.

A Rede CIEVS segue monitorando, 24 horas, 07 dias por semana, eventuais novas ocorrências.

REFERÊNCIAS

Informe da Sala de Situação Monkeypox – nº 25 – 16.06.2022 – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-monkeypox>

[Nota Técnica nº 011/2022 – 15/06/2022 – Laboratorio Central de Saúde Pública de Sergipe – Sergipe, 2022. Recebido através do e-mail: cievs.sergipe@saude.se.gov.br.



DANIELA CABRAL PIZZI TEIXEIRA

Coordenadora do Centro de Informações
Estratégicas em Vigilância em Saúde



MARCO AURÉLIO DE OLIVEIRA GÓES

Diretor de Vigilância em Saúde