

PLANO DE

CONTIN GÊN CIA

2ª versão

MONKEYPOX

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DO
MARANHÃO





Plano Estadual de Contingência

de enfrentamento da Monkeypox / MARANHÃO



ESTADO DO MARANHÃO

Secretaria de Estado da Saúde

Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde

PLANO DE CONTINGÊNCIA DE ENFRENTAMENTO DA MONKEYPOX

2ª versão

Atualizada até 26 set/2022



GOVERNADOR DO ESTADO DO MARANHÃO

Carlos Orleans Brandão Júnior

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO

Tiago José Mendes Fernandes

SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Waldeise Pereira

SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Carlos Vinícius Quadros Ribeiro

SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS

Tayara Costa Pereira

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Willian Vieira Ferreira

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Edmilson Silva Diniz Filho

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A REDE

Josélia Alves dos Santos

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A REDE

Kátia Cristina de Castro Veiga Trovão

LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DO MARANHÃO – LACEN-MA

Diretoria LACEN-MA

Lídio Gonçalves Lima Neto

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS

Mayrlan Ribeiro Avelar

CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIEVS

Jakeline Maria Trinta Rios

CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA - CEREST

Mayra Nina Araújo

COORDENAÇÃO DAS UNIDADES REGIONAIS DE SAÚDE

Aristeu Marques de Almeida

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO – ESP/MA

Diretoria Administrativa

Ana Lúcia Nunes

Diretoria Científica

Ananda Beatriz Rodrigues Marques

ELABORAÇÃO

Adriana Maria Feijão de Carvalho - CEREST/ MA

Ângela Augusta Pereira Silva - CIEVS/MA

Márcia Jessé B. N. Pereira - CEREST/ MA

Maria dos Aflitos Silva - CEREST/ MA

Maria do Socorro Silva - CIEVS/MA

Orlando Santos Frazão Júnior - CIEVS/MA

Silvia Maria Costa Amorim - CIEVS/MA

Djayna Serra Nunes - CIEVS/MA

Pallomma Christhine Pereira da Silva – CIEVS/MA

Mayra Nina Araújo – SUVISA – CEREST/MA

REVISÃO

Maria de Jesus Bezerra de Paiva - Assessoria Técnica SECD/MA

Osvaldina Silva Mota - Assessoria Técnica SECD/MA

Dalila de Nazaré Vasconcelos dos Santos - Assessoria Técnica SECD/MA

Eudes Alves Simões Neto – Infectologista

Bernardo Bastos Wittlins - Infectologista

Jakeline Maria Trinta Rios - CIEVS/MA

Anna Cindy Araújo Leite – SAAS/MA

Myllena Carvalho Veras - SAAS/SES/MA

Deborah Fernanda Campos da Silva - RENAVEH/MA

Patrícia Raquel Pinheiro Santos Galvão – APS/SES/MA

Mirtes Castelo Branco Rocha – LACEN/MA

Lécia Maria Sousa Santos Cosme – LACEN/MA

Etevaldo do Carmo Castro – SUVISA/SES/MA

João Nery Silva Costa – SUVISA/SES/MA

Rosemary de Batista Medeiros – SUVISA/SES/MA

COLABORAÇÃO

Luana Miranda de Almeida – DSEI/MA

Luciana Rodrigues da Silva – CIEVS/DSEI/MA

APOIO**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO**

Ana Lúcia Nunes - Diretora Administrativa ESP-SES/MA

Ananda Beatriz Rodrigues Marques - Diretora Científica ESP-SES/MA

DIAGRAMAÇÃO

Daniele Ramaianne Rocha da Silva –ESP/SES-MA

NORMALIZAÇÃO

Josélia Pereira Rodrigues - ESP/SES-MA

Ficha Catalográfica elaborada por: Josélia Pereira Rodrigues – CRB13/918.
Bibliotecária da Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

Maranhão, Secretaria da Saúde do Estado.

Plano de contingência de enfrentamento / Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. São Luís: SES-MA / SAPAPVS, 2022. (2ª versão)

59 f.

1. Emergências. 2. Saúde Pública. 3. Vigilância epidemiológica. 4. Monkeypox I. Título.

CDU 614.4 (812.1)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMI	- Autopsias Minimamente Invasivas
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	- Atenção Primária em Saúde
ASCOM	- Assessoria de Comunicação
CASAI_s	- Casas de Saúde Indígena
CCIH	- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	- Centro de Controle de Doenças
CIEVS	- Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
CIPA	- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONDISI	- Conselho Distrital de Saúde Indígena
COE	- Centro de Operações de Emergência
COVISA	- Coordenação de Vigilância Sanitária
CRIE	- Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
CRM	- Conselho Regional de Medicina
CVPAF	- Coordenação de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras
DIASI	- Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DSEI	- Distrito Sanitário Especial Indígena
EAS	- Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
EIOS	- <i>Epidemic Intelligence from Open Sources</i>
EMA	- Agência Europeia de Medicamentos
EPI	- Equipamentos de Proteção Individual
GAL	- <i>Gerenciador de Ambiente Laboratorial</i>
IRAS	- Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISST	- Inspeção Sanitária em Saúde do Trabalhador
LACEN	- Laboratório Central de Saúde Pública
MPXV	- Monkeypox Vírus
MS	- Ministério da Saúde
NAAT	- Teste de Amplificação de Ácido Nucléico (do inglês <i>Nucleic Acid Amplification Testing</i>)
NEH	- Núcleo de Epidemiologia Hospitalar
NSP	- Núcleo de Segurança do Paciente

OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PCR	- Proteína C Reativa
PESTT	- Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PGRSS	- Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde
PIIRC	- Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato
PNI	- Programa Nacional de Imunizações
PNSTT	- Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
POP	- Procedimentos Operacionais Padrão
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIH	- Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
SESMT	- Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SIM	- Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNC	- Sistema Nervoso Central
SUS	- Sistema Único de Saúde
SUVISA	- Superintendência de Vigilância Sanitária
SVO	- Serviços de Verificação do Óbito
SVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UPAs	- Unidade de Pronto Atendimento
URS	- Unidade Regional de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VMT	- Meio de Transporte Viral
WHO	- <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específicos	12
3 EPIDEMIOLOGIA	13
3.1 Cenário mundial	13
3.2 Cenário nacional	13
3.3 Cenário Maranhão	13
4 ASPECTOS CLÍNICOS	14
4.1 Transmissão	14
4.2 Período de incubação	14
4.3 Manifestações clínicas	14
4.4 Diagnóstico	15
4.5 Tratamento	16
4.5.1 Critérios de elegibilidade	16
4.5.2 Critérios de inelegibilidade	17
5 NÍVEIS DE RESPOSTA DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA NO MARANHÃO	18
6 COMPONENTES ESTRATÉGICOS DO PLANO	18
6.1 Gestão	19
6.1.1 Ações da gestão	19
6.2 Vigilância epidemiológica	19
6.2.1 Definição de casos	19
6.2.2 Notificação de casos	21
6.2.3 Vigilância laboratorial	22
6.2.3.1 Diagnóstico Laboratorial	22

6.2.3.2 Coleta, transporte e armazenamento de amostras clínicas	22
6.2.3.3 Material necessário para a coleta das amostras	23
6.2.3.4 Amostras clínicas a serem coletadas	23
6.2.3.5 Acondicionamento e transporte das amostras	25
6.2.3.6 Fluxo laboratorial para a rede privada da assistência	27
6.2.4 Ações de Imunização	27
6.2.5 Vigilância do Óbito	28
6.2.5.1 Manejo de cadáver	28
6.3 Atenção Primária à Saúde	29
6.3.1 Ações de Atenção Primária à Saúde	29
6.3.2 Rastreamento de Contatos	30
6.3.2.1 Critérios considerados contatos (OMS)	31
6.3.2.2 Rastreamento de contatos de viajantes	31
6.3.2.3 Monitoramento de contatos	31
6.3.2.4 Cuidados domiciliares em caso de contaminação pelo vírus Monkeypox (MPXV)	32
6.4 Vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador	34
6.4.1 Isolamento de pacientes	36
6.4.2 Implementação de coortes	37
6.4.3 Gestão dos resíduos de serviços de saúde como medida de prevenção	38
6.4.4 Orientações para a equipe de saúde que irá realizar o transporte de paciente infectado	40
6.4.5 Orientações quanto ao uso de saneantes e produtos médicos	40
6.4.6 Higiene das mãos	41
6.4.7 Vigilância em Saúde do trabalhador	41
6.5 Assistência à saúde	44
6.5.1 Critérios clínicos de gravidade	45
6.5.2 População de risco	45
6.5.3 Mapeamento do processo e fluxos para condução de Monkeypox na rede de assistência à saúde do Maranhão	46
6.5.4 Orientações para os profissionais de saúde em exposição no manejo de pacientes suspeitos ou confirmados de Monkeypox	46
6.5.5 Orientações para as unidades hospitalares	47

6.5.6 Vigilância e Assistência em Saúde nos territórios indígenas	47
6.6 Comunicação em Saúde	48
7 VIGILÂNCIA DE RUMORES E EVENTOS, MONITORAMENTO E APOIO À INVESTIGAÇÃO DE CASOS NO ESTADO	49
8 VIGILÂNCIA DE PORTOS, AEROPORTOS E FRONTEIRAS	50
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	55
ANEXO A - CONDUÇÃO DE MONKEYPOX EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICO NO ESTADO DO MARANHÃO	56
ANEXO B - PORTAS DE ENTRADA PARA MONKEYPOX	58

APRESENTAÇÃO

Diante da introdução do Vírus Monkeypox (MPXV) em território maranhense, estabelece-se os alinhamentos, as condutas, mapeamento de processos e fluxos assistenciais com o objetivo de subsidiar os serviços de saúde no enfrentamento da doença. Dessa forma, as orientações aqui apontadas, encontram-se fundamentadas no alerta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (MS).

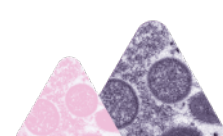
Sugere-se que estruturas dos serviços de saúde como serviço/Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH/CCIH), Núcleo de Epidemiologia Hospitalar (NEH) e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), atuem conjuntamente com representantes das equipes multiprofissionais dos setores/unidades, do Serviço 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.

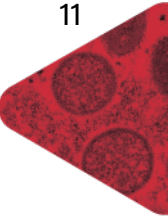
Esse Plano deve definir as ações práticas necessárias para o enfrentamento dessa situação de crise dentro do serviço, entre as quais: vigilância e gestão de dados de pacientes e profissionais infectados ou contatos de casos; notificação de casos, elaboração e implantação de protocolos clínicos e fluxos 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 Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); monitoramento dos profissionais quanto a 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.

No que diz respeito ao *Alerta Epidemiológico: Monkeypox em países não endêmicos*, emitido pela OPAS/OMS, datado de 20 de maio de 2022, aponta-se as considerações em relação à detecção de casos, isolamento, identificação e acompanhamento de contatos, manejo clínico e prevenção e tratamento. Em relação à Comunicação de Risco da Rede CIEVS da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, emitida em 22 de maio de 2022, destaca-se a definição de caso e diretrizes quanto ao diagnóstico, tratamento, profilaxia e vacinação.

Em 23 de julho de 2022 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou Emergência de Importância Internacional em Saúde Pública (ESPII). Em 29 de julho de 2022, no Brasil, houve ativação do Centro de Operações de Emergências (COE) Nacional objetivando avaliar, mapear e subsidiar estrategicamente a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) na resposta a emergência da Monkeypox, buscando atuação coordenada nas três esferas de governo.

Em consonância com a realidade local, pontua-se ações e estratégias para dar respostas de controle ao Monkeypox, conforme a **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 03/2022 - ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA MONKEYPOX NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**, que ressalta a importância dos serviços de saúde elaborarem planos de contingência baseados nas orientações da Sala de Situação criada pelo Ministério da Saúde.





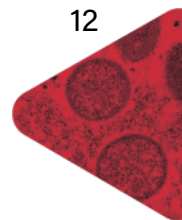
1 INTRODUÇÃO

A Monkeypox (varíola dos macacos) 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, acredita-se que roedores e pequenos mamíferos sejam os mais prováveis (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 estão relacionadas a viagens para áreas onde a Monkeypox é endêmica. A transmissão para humanos ocorre, principalmente, por meio de contato direto ou indireto com sangue, fluidos corporais, lesões de pele ou mucosa de animais infectados.

A doença pelo vírus Monkeypox, apesar de ter manifestações predominantemente cutâneas, pode se apresentar com sintomas sistêmicos. A forma clássica da infecção se assemelha à varíola humana, porém com baixas taxas de transmissão secundária e letalidade.

No dia 7 de maio de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada pelo Reino Unido, sobre um caso confirmado de MPX importado da Nigéria. Em 15 de maio de 2022 foram confirmados mais 4 casos no país, no entanto, sem vínculo epidemiológico com o primeiro caso. Posteriormente, em 20 de maio de 2022, 11 países notificaram casos de Monkeypox: Austrália, Bélgica, Canadá, França, Alemanha, Itália, Portugal, Espanha, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos. A doença continua se espalhando mundialmente, inclusive no Brasil (BRASIL, 2022).



2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Orientar os serviços de saúde do setor público e privado, de forma coordenada, para o enfrentamento em situações de casos de Monkeypox.

2.2 Específicos

- a)** Definir responsabilidades e prioridades nas esferas estadual, regional, municipal, bem como organizar o fluxo de vigilância epidemiológica, diagnóstico laboratorial e assistência para os casos suspeitos e confirmados de Monkeypox;
- b)** Orientar a detecção, identificar, notificar e investigar os casos suspeitos de Monkeypox;
- c)** Orientar o manejo oportuno de casos suspeitos ou confirmados de Monkeypox;
- d)** Divulgar as informações;
- e)** Promover ações de educação em saúde;
- f)** Estabelecer cuidados e protocolos relacionados para redução do risco geral de contaminação pelo Monkeypox dos profissionais envolvidos nos atendimentos.

3 EPIDEMIOLOGIA

3.1 Cenário mundial

Até 25/09/2022, no mundo, 111 países já foram afetados pela Monkeypox, sendo registrados 64.415 confirmados e 29 óbitos*. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), os 10 países mais afetados globalmente são: Estados Unidos da América (n = 24.402), Brasil (n = 7.445), Espanha (n = 7.083), França (n = 3.943), Alemanha (n = 3.300), Reino Unido (n = 3.585), Peru (n = 2.311), Colômbia (n = 1.653), Canadá (n = 1.389) e México (n = 1.367). Juntos, esses países respondem por 86,7% dos casos notificados globalmente (WHO, 2022).

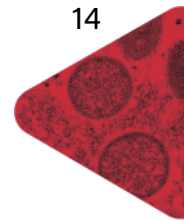
3.2 Cenário nacional

No Brasil, até dia 25 de setembro de 2022, todas as 26 Unidades Federadas e o Distrito Federal já confirmaram casos de Monkeypox, totalizando 7.445 confirmados, 17.942 descartados e 2 óbitos (01 em Minas Gerais e 01 no Rio de Janeiro) (BRASIL, 2022).

3.3 Cenário Maranhão

Até dia 25 de setembro 2022, o Maranhão registrou 16 casos confirmados de Monkeypox, 35 suspeitos e 108 descartados. O estado segue com as ações de vigilância e monitoramento de casos.

*- 06 Nigéria, 04 Gana, 03 Espanha, 02 Brasil, 02 República CentroAfricana, 02 Camarões, 02 Estados Unidos da América, 01 Cuba, 01 Equador, 01 Índia, 01 México, 01 Bélgica, 01 Jamaica, 01 Sudão, 01 República Tcheca (BRASIL, 2022).



4 ASPECTOS CLÍNICOS

4.1 Transmissão

A transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio de contato pessoal com lesões de pele ou fluidos corporais de uma pessoa infectada ou objetos recentemente contaminados, tais como toalhas e roupas de cama. A transmissão por meio de gotículas geralmente requer contato mais próximo entre o paciente infectado e outras pessoas, o que torna trabalhadores da saúde, familiares e parceiros íntimos pessoas com maior risco de infecção.

Uma pessoa pode transmitir a doença desde o momento em que os sintomas começam até a erupção ter cicatrizado completamente e uma nova camada de pele se forme (que dura em torno de 2 a 4 semanas). Adicionalmente, mulheres grávidas podem transmitir o vírus para o feto através da placenta.

4.2 Período de incubação

O período de incubação é tipicamente de 6 a 16 dias, em média, podendo chegar a 21 dias.

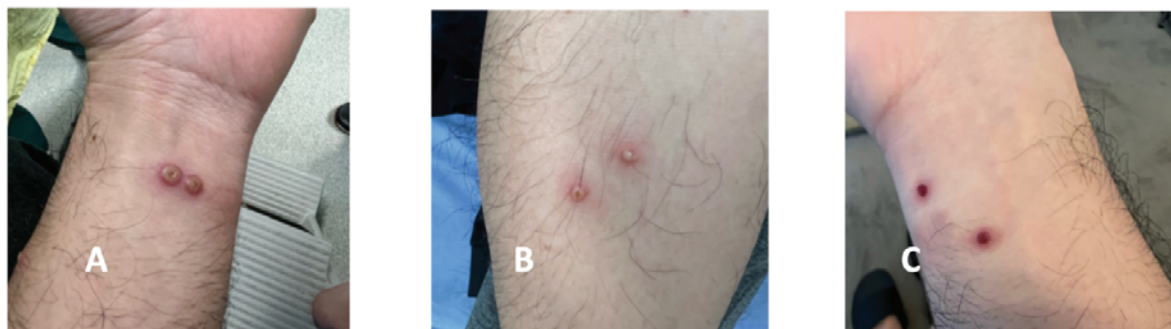
4.3 Manifestações clínicas

A doença tem uma forma clássica, que se assemelha à varíola humana. Geralmente tem evolução benigna, com letalidade baixa e dura em torno de 2 a 4 semanas. Na apresentação clássica da doença (que ocorre de forma endêmica em algumas regiões do continente africano), o paciente geralmente apresenta sintomas sistêmicos como febre, astenia, mialgia, associado a linfonodomegalia. Este último antecede em um a dois dias ao surgimento de lesões cutâneas, que se caracterizam por serem profundas, dolorosas, bem circunscritas e evoluírem em 05 estágios sequenciais (mácula, pápula, vesícula, pústula e crosta) de forma centrífuga e geralmente disseminada. As lesões pustulares são tipicamente umbilicadas com reentrância (depressão central), muito típicas de *poxviroses*. Uma característica importante é a presença na mesma região de lesões em mesmo estágio evolutivo (diferentemente da varicela). Há ainda acometimento de mucosas, palma das mãos e planta dos pés. Outros sintomas incluem cefaleia, lombalgia, dorsalgia, calafrios, exaustão.

Importante frisar que os casos atuais, tem se apresentado de maneira distinta, muitas vezes sem febre e com poucas lesões cutâneas, dificultando o diagnóstico clí-

nico. A maioria dos relatos tem preponderância de **lesões nas áreas genital, anal e oral**. As lesões em pênis têm sido comuns em casos de parafimose. Entretanto, as características das lesões se mantêm as mesmas: **profundas, bem circunscritas, dolorosas e com evolução em estágios bem definidos**.

FIGURA 1: Lesões de pele causadas por Monkeypox com (A e B) 7 dias; (C) 10 dias.



Fonte: Sharon *et al.* (2022).

As complicações são infrequentes e os sinais e sintomas desaparecem em poucas semanas. A doença se apresenta em sua maioria de maneira leve a moderada e autolimitada. As hospitalizações representam até 10% da população infectada pela doença, segundo os dados divulgados atualmente. A taxa de mortalidade em áreas endêmicas varia de 0 a 11%, afetando principalmente crianças. Atualmente, nos países não endêmicos com detecção da doença a taxa de mortalidade é de 0,022%.

No entanto, é possível a ocorrência de casos graves como proctite, retite, infecções respiratórias, lesões de córnea, sepse, encefalite e óbito. 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. Os indivíduos com algum grau de imunossupressão, gestantes e crianças menores de 8 anos são mais suscetíveis às formas graves da doença.

4.4 Diagnóstico

O diagnóstico laboratorial é realizado por detecção molecular do vírus por reação em cadeia da polimerase em tempo real (qPCR), e este deve ser solicitado para todos os casos suspeitos.

O profissional médico deverá avaliar o caso e solicitar Rt-PCR para Monkeypox em material de acordo com o estágio da lesão cutânea: secreção (da vesícula ou da pústula); ou fragmento de tecido da crosta. Deverá ainda solicitar Rt-PCR no sangue.

Além disso, é de fundamental importância solicitar exames dos diagnósticos diferenciais mais prováveis para cada situação clínica (p. ex.: cultura de secreção, Rt-P-CR para varicela ou herpes simples, VDRL, etc.).

Para mais informações sobre coleta, armazenamento e transporte vide **item 6.2.3.1 diagnóstico laboratorial**.

4.5 Tratamento

Atualmente, o tratamento dos casos de Monkeypox se baseia em medidas de suporte clínico (manejo da dor e do prurido, cuidados de higiene na área afetada e hidratação). Em casos graves, com acometimento pulmonar, pode ser necessária oxigenoterapia. Quando houver infecções bacterianas secundárias, deve-se iniciar antibioticoterapia com cobertura para germes de pele por tempo curto (5-7 dias).

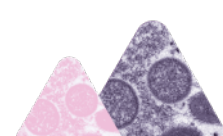
Eventualmente o paciente deve passar por avaliação especializada, por exemplo, quando apresentar lesão ocular, manifestações de encefalite, proctite e uretrite. Até o momento, não há medicamento aprovado especificamente para Monkeypox. Entretanto, alguns antivirais demonstraram alguma atividade contra o vírus, entre eles *cidofovir*, *brincidofovir* e *tecovirimat*. Esse último foi aprovado recentemente pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA) para tratamento de Monkeypox, o Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América desenvolveu protocolo de uso compassivo do *tecovirimat* para Monkeypox durante o surto e a ANVISA autorizou, em caráter excepcional e temporário a dispensa do registro e importação deste medicamento.

O Plano de Contingência do Ministério da Saúde (versão 2, atualizado em 12 de setembro de 2022), estabeleceu critérios para o uso compassivo do *tecovirimat* no tratamento da Monkeypox. É obrigatória a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5.1 Critérios de elegibilidade

Paciente com **resultado laboratorial positivo/detectável** para MPXV com lesão ocular e/ou internado com a forma grave da doença, apresentando *uma ou mais* das seguintes manifestações clínicas:

I. Encefalite: presença de alteração clínico-radiológica e/ou líquórica compatível com o acometimento de Sistema Nervoso Central (SNC).



II. Pneumonite: presença de manifestação respiratória associada a alteração radio-lógica sem outra etiologia provável.

III. Lesões cutâneas com mais de 250 erupções espalhadas pelo corpo.

IV. Lesão extensa em mucosa oral, limitando a alimentação e hidratação via oral.

V. Lesão extensa em mucosa anal/retal, evoluindo com quadro hemorrágico e/ou infeccioso secundário à ulceração.

4.5.2 Critérios de inelegibilidade

I. Pacientes (ou representantes legais) que não aceitam o termo de consentimento livre e esclarecido.

II. Pacientes com histórico de alergia a *tecovirimat* e/ou excipientes.

III. Pacientes com menos de 13 kg de peso.

Em virtude da atual disponibilidade do *tecovirimat*, para liberação do fornecimento do medicamento deverá ser avaliado pela equipe assistencial do paciente que as manifestações clínicas atuais são causadas pela atividade viral do MPXV e não por complicações de outras etiologias após a resolução da viremia. A solicitação de avaliação de para uso do tecovirimat deve ser encaminhado ao CIEVS estadual, que após análise de que se trata de paciente elegível para uso da medicação enviará o pedido para o Centro de Operações de Emergência (COE) Nacional. Equipe de infectologistas do COE Monkeypox avaliará o pedido e manifestará a orientação sobre a elegibilidade do paciente.

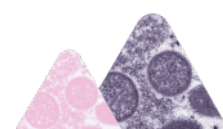
O serviço de saúde que optar por utilizar a medicação, deve sempre:

I. Verificar os critérios de elegibilidade;

II. Apresentar resumo clínico do paciente, constando comorbidades, medicamentos de uso contínuo e se teve uso de corticosteróides, tópico ou sistêmico, bem como resultado de exames laboratoriais compatíveis com as situações clínicas elegíveis para o uso da medicação;

III. Informações do hospital de internação (com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES), médico responsável, nome completo, Conselho regional de Medicina (CRM), e-mail e telefone;

IV. Enviar ao e-mail coe@saude.gov.br e notifica@saude.gov.br (24h/7 dias da semana).



5 NÍVEIS DE RESPOSTA DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA NO MARANHÃO

Considerando a situação da Monkeypox no Brasil, o Ministério da Saúde adotou a ferramenta de classificação de emergência em três níveis de resposta, seguindo a mesma linha mundialmente utilizada. Cada nível é baseado na avaliação do risco da doença e seu impacto para a saúde pública e serviços do SUS.

Para a avaliação dos riscos são considerados os seguintes fatores: transmissibilidade da doença, gravidade, letalidade, vulnerabilidade da população, grupos alvo com maiores taxas de ataque ou maior risco de agravamento da doença, disponibilidade de medidas preventivas (como vacinas e possíveis tratamentos), recomendações da OMS e evidências científica.

No presente plano foi estabelecido o nível III, assim como no Plano Nacional, considerando, no Maranhão, o aumento de casos confirmados da doença, a transmissão comunitária, e que ainda não há no território nacional disponibilidade de medidas de imunização e de tratamento.

6 COMPONENTES ESTRATÉGICOS DO PLANO

O Plano de Contingência é executado de acordo com cada nível de resposta, atuando desde a detecção oportuna da circulação viral e vigilância epidemiológica para a redução da morbimortalidade, o diagnóstico para cuidado dos pacientes desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até os cuidados na assistência perpassando pelos cuidados sanitários.

- a)** Gestão;
- b)** Vigilância Epidemiológica;
- c)** Atenção Primária à Saúde;
- d)** Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador;
- e)** Assistência à Saúde;
- f)** Comunicação em Saúde.

6.1 Gestão

Este componente do Plano, contempla todos os demais, visto que é o componente por onde ocorrem tomadas de decisões baseadas em critérios técnicos, político-administrativos, organizacionais e operacionais, buscando sempre articulação intra e intersetorial que implementa políticas e estratégias para o fortalecimento das suas capacidades de resposta, e ainda o uso racional e sustentável de recursos, reduzindo os fatores de riscos.

6.1.1 Ações da gestão

- I. Articular com as áreas o desenvolvimento das ações e das atividades propostas para esse nível de alerta;
- II. Garantir estoque estratégico de insumos;
- III. Divulgar informações estratégicas de prevenções e controle da Monkeypox;
- IV. Estabelecer estratégias de enfrentamento por meio de reuniões, capacitações e ações educativas.

6.2 Vigilância epidemiológica

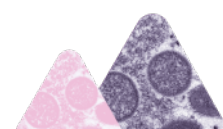
É importante que os serviços de saúde estejam sensíveis para identificação de casos suspeitos de Monkeypox nos seus territórios, atentando-se para definição de caso, classificação, notificação, diagnóstico laboratorial, assistência à saúde, rastreamento e monitoramento de contatos.

6.2.1 Definição de casos

- I. **Caso suspeito:** Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas **E/OU** erupção cutânea aguda sugestiva* 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 peniano, podendo estar associada a outros sinais e sintomas.

***lesões profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central.**

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



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

IV. **Caso provável:** Indivíduo que atenda a descrição de caso suspeito, que apresente um OU mais dos seguintes critérios listados abaixo, com investigação laboratorial de MPX não realizada ou inconclusiva e cujo diagnóstico de MPX não pode ser descartado apenas pela confirmação clínico-laboratorial de outro diagnóstico.

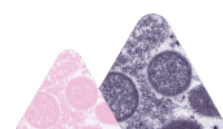
- a) Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU contato físico direto, incluindo contato sexual, com parcerias múltiplas e/ou desconhecidas nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
- b) Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU história de contato íntimo, incluindo sexual, com caso provável ou confirmado de MPX 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 caso provável ou confirmado de MPX 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 MPX nos 21 dias anteriores ao início dos sintomas.

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

V. **Exclusão:** Notificação que não atenda às definições de caso suspeito (anterior e nova).

VI. **Perda de Seguimento:** Caso que atenda à definição de caso suspeito e que atenda aos critérios listados abaixo:

- a) Não tem registro de vínculo epidemiológico; E
- b) Não realizou coleta de exame laboratorial OU realizou coleta de exame laboratorial, mas a amostra foi inviável OU teve resultado inconclusivo; E
- c) Não tem oportunidade de nova coleta de amostra laboratorial (30 dias após o início da apresentação de sinais e sintomas).



6.2.2 Notificação de casos

O Ministério da Saúde do Brasil definiu a ficha de notificação e investigação (formulário Redcap) para o território nacional, com estabelecimento da obrigatoriedade de notificação imediata, em até 24 horas, por se tratar de evento de saúde pública conforme disposto na Portaria nº 1.102, de 13 de maio de 2022, em formulário eletrônico conforme link disponibilizado abaixo.

A notificação deverá ser feita utilizando-se o instrumento de coleta dos dados que devem ser preenchidos de forma conjunta, sendo:

Formulário eletrônico de notificação oficial e imediata a nível nacional através do novo formulário de notificação Monkeypox (COE) (Verde) que está disponível no link: <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=ER7Y39373K> desde de 01/08/2022.

Os casos suspeitos de Monkeypox devem também ser notificados de forma imediata aos seguintes centros, conforme local de ocorrência do caso suspeito ou confirmado:

CIEVS/SES MA - (98) 3194-6207 ou cievs@saude.ma.gov.br

CIEVS SÃO LUÍS - (98) 99162-2923 ou cievsslz@gmail.com

CIEVS REGIONAL CAXIAS - (99) 98146-8566 ou
cievsregionalcaxias@saude.ma.gov.br

CIEVS REGIONAL IMPERATRIZ - (98) 99232-2679 ou
cievsregionalimperatriz@saude.ma.gov.br

RENAVEH/SES MARANHÃO (para Unidades Hospitalares que possuam NHE) -
(98) 3194-6200 ou nveh@saude.ma.gov.br

Acrescenta-se ainda a Portaria Nº 3.418 de 31 de agosto de 2022 que altera a Portaria de Consolidação nº 4, de 18 de setembro de 2017, incluindo a Monkeypox a Lista Nacional de Notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional, conforme Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975, por meio dos canais de comunicação do MS, disponíveis 24 horas por dia.

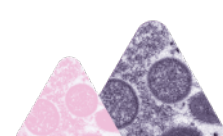
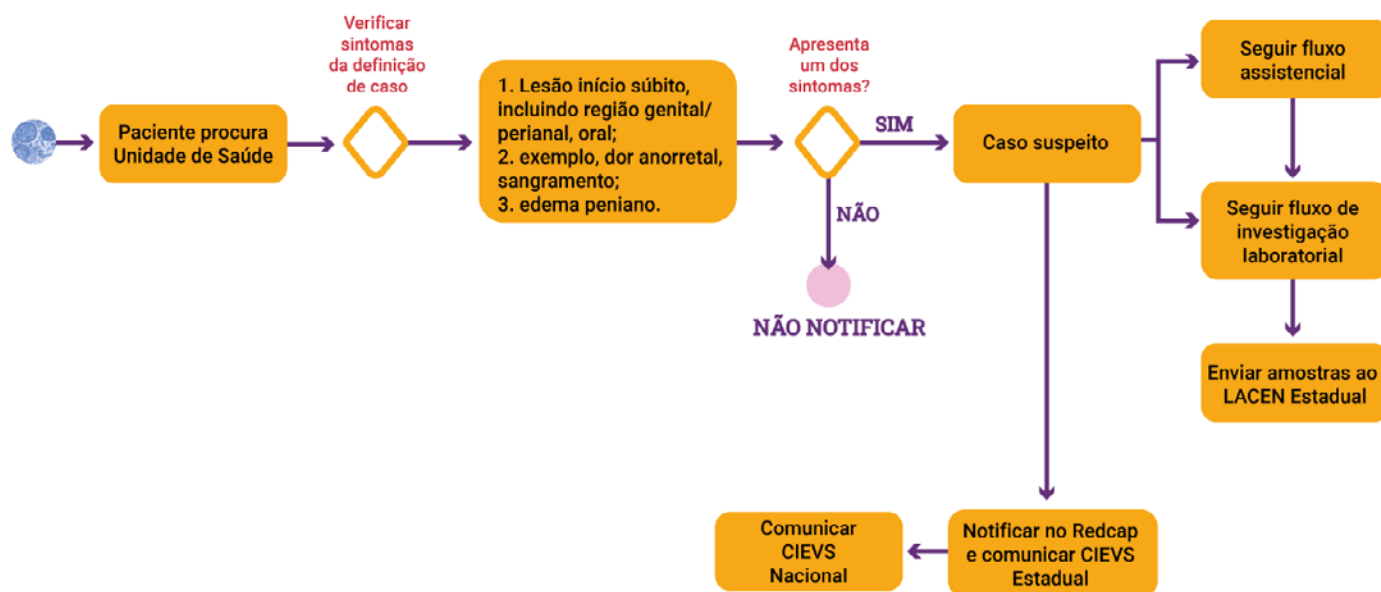


FIGURA 2 - Fluxo de notificação de caso suspeito de Monkeypox.



Fonte: CIEVS/SES/MA.

6.2.3 Vigilância laboratorial

6.2.3.1 Diagnóstico Laboratorial

O diagnóstico laboratorial é realizado pela metodologia Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real - qPCR (Protocolo Centers for Disease Control and Prevention - CDC), adotado pelo Ministério da Saúde, e/ou Sequenciamento.

Os laboratórios da rede pública, rede privada e universitários devem obrigatoriamente notificar todos os resultados à Vigilância Epidemiológica (Portaria GM/MS Nº 3.328, de 22.08.2022).

No estado, o laboratório de referência para o diagnóstico de Monkeypox é o Laboratório Central de Saúde Pública do Estado (LACEN-MA), com uma unidade em São Luís e outra em Imperatriz.

6.2.3.2 Coleta, transporte e armazenamento de amostras clínicas

A coleta de amostras para diagnóstico de casos suspeitos deve ser realizada por profissionais de saúde capacitados. Durante o procedimento de coleta devem ser respeitados os cuidados de Biossegurança com a utilização dos seguintes EPI: gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara N95, avental descartável e luvas de procedimento. Outra medida de precaução é a higienização das mãos com água e sabão ou uso de álcool 70%.

6.2.3.3 Material necessário para a coleta das amostras

- a)** Tubo seco e estéril (tipo *falcon*);
- b)** *Swabs* em *rayon*;
- c)** Tubo sem anticoagulante com gel separador;
- d)** Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

6.2.3.4 Amostras clínicas a serem coletadas

- a)** Material vesicular (Secreção da vesícula);
- b)** Crosta (Crosta da lesão);
- c)** *Swab* (Orofaríngeo/Anal);
- d)** Sangue (Soro).

A erupção característica associada às lesões do Monkeypox vírus, pode ser confundida com outras doenças que são mais comumente encontradas na prática clínica, com por exemplo sífilis secundária e herpes, porém o principal diagnóstico diferencial é a varicela.

Para realização de cada diagnóstico diferencial devem ser encaminhadas amostras da lesão (mesma amostra para diagnóstico de Monkeypox) e amostra de sangue (soro).

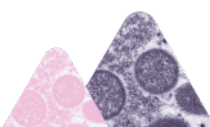
a) Material vesicular (secreção de vesícula):

O IDEAL é a coleta na fase aguda ainda com pústulas vesiculares. Para a coleta deve ser utilizado 1 tubo seco e estéril tipo falcon e 2 swabs;

I. Identificar o frasco, com o nome do paciente, data e o tipo de amostra;

II. Fazer antisepsia local com álcool a 70°, esperar secar;

III. Coletar a secreção das vesículas pressionando com o *swab* até a liberação da secreção (líquido), que deve ser absorvida pelo *swab*. Quando o paciente suspeito apresentar mais de uma vesícula, sugere-se coletar um *swab* de cada lesão, totalizando o máximo de três *swabs* por paciente, e armazenar



todos os *swabs* num mesmo tubo seco, formando um pool (conjunto) de amostras do mesmo paciente.

b) Material da Crosta:

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 e recomenda-se:

- I. Identificar o frasco, com o nome do paciente, data de nascimento, data e horário da coleta e o tipo de amostra;
- II. Quando o paciente suspeito apresentar mais de uma lesão, sugere-se coletar mais de uma crosta por paciente e armazenar todas num mesmo tubo seco, formando um pool (conjunto) de amostras do mesmo paciente;
- III. Retirar as crostas com o auxílio do swab, pinça ou bisturi e acondicioná-las no tubo seco tipo falcon;
- IV. 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.

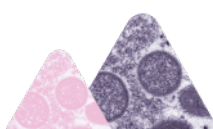
c) Swab:

OBS. 1. Para lesões apenas de mucosas (oral/região perianal) sugestivas de monkeypox:

- Coletar o material dessas lesões em swab, seguindo as orientações descritas para a coleta de material vesicular.

OBS. 2. Indivíduos sem erupção cutânea e sem lesões mucosas (para contato de caso confirmado que inicie com quadro de febre e linfonodomegalia):

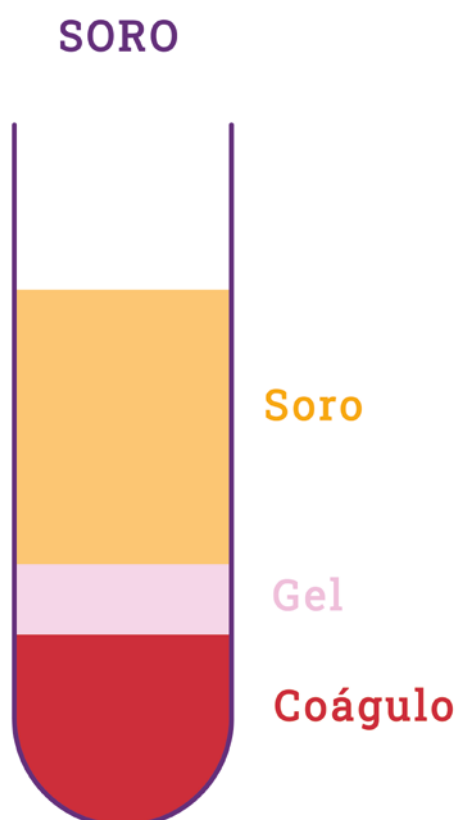
- Coletar swab de orofaringe e swab anal, seguindo as orientações descritas para a coleta de material vesicular.



d) Sangue (Soro):

- I. Coletar 5 ml de sangue venoso (criança) e 10 ml (adulto), colocar em tubo estéril sem anticoagulante (gel separador) para que seja obtido o soro;
- II. Após a coleta, colocar o tubo na estante para tubos, deixar a amostra em temperatura ambiente até a retração do coágulo;
- III. Centrifugar os tubos contendo as amostras, por 15 minutos a 3.500 rpm. Retirar o tubo após a completa parada da centrífuga. Importante observar o gel separador entre o soro e o coágulo (figura abaixo);
- IV. Após a centrifugação separar o soro transferindo para um tubo plástico estéril, com tampa. Rotular o tubo com as mesmas informações do tubo primário (nome completo do paciente, data da coleta da amostra e Unidade de Saúde).

FIGURA 3 – Tubo.



6.2.3.5 Acondicionamento e transporte das amostras

- I. As amostras devem ser refrigeradas ou congeladas em, no máximo, 1 hora após a coleta;
- II. As amostras devem ser mantidas conservadas sob refrigeração entre 4°C a 8°C (geladeira) até o envio para o LACEN-MA, o que deve ocorrer no prazo máximo de 48h;
- III. Na impossibilidade de envio dentro do prazo indicado, recomenda-se congelar as amostras em freezer (congelador) a -20° até o envio;
- IV. O transporte deverá ocorrer em caixa isotérmica contendo gelo reciclável em quantidade suficiente para manter a temperatura até a chegada ao LACEN-MA;
- V. Os tubos devem ser mantidos na posição vertical e manuseados suavemente para prevenir hemólise;

- VI. Recipientes isotérmicos, impermeáveis e identificados com a simbologia de risco biológico, além dos dizeres “Espécimes para Diagnóstico”, seguindo todas as normas de biossegurança;
- VII. Serão recebidas no LACEN/MA de segunda a sexta-feira das 8h às 16h;
- VIII. Em caso de dúvidas entrar em contato: [rede.lacenma@gmail.com](mailto:redelacenma@gmail.com) ou atendimento.lacen@gmail.com;
- IX. Todas as amostras devem estar acompanhadas da Ficha Epidemiológica (Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN), devidamente preenchida e a requisição do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).

IMPORTANTE: os tubos tipo falcon e swab em rayon são fornecidos para os municípios pelo LACEN-MA via Unidade Regional de Saúde (URS) e para as unidades da Região Metropolitana fornecido diretamente pelo LACEN-MA.

QUADRO 1 - Orientações sobre amostra clínica, tipo de diagnóstico, procedimento de coleta, armazenamento e conservação de amostras.

AMOSTRA CLÍNICA	TIPO DE DIAGNÓSTICO	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO
Secreção da Lesão	Biologia Molecular (q-PCR e Sequenciamento)	Coletar amostras de secreção e das lesões com swab de dácron, poliéster ou nylon secos, em fase aguda da doença. Sugere-se coletar secreção de mais de uma lesão.	Armazenar, preferencialmente em tubo de transporte seco, sem adição de meios de transporte. Se necessário, utilizar 300 ul de Meio de Transporte Viral (VTM). Refrigerar (2 -8 ° C) ou congelar (-20° C ou menos após 7 dias).
Sangue Total	Biologia Molecular	a) coletar cerca de 5 ml (criança) e 10 ml (adulto) de sangue total, sem anticoagulante, para obtenção do soro ou com EDTA, para obtenção do plasma, sendo a coleta realizada até o 5° dia a partir dos sintomas. Aliquotar 2-3 ml de soro/ plasma para realizar testes moleculares.	Utilizar tubo plástico estéril, com tampa de rosca e anel de vedação. Refrigerar (2-8° C) OU Congelar (-20°C) ou menos dentro de 1 hora após a coleta; - 20° C ou menos após 7 dias.



Secreção de Oro/ Anal	Biologia Molecular (q-PCR em tempo real)	Coletar a amostra de orofaringe com o swab e colocar em um tubo identificado com o nome do paciente e a amostra biológica; Coletar o swab anal e colocar em um tubo identificado com o nome do paciente e a amostra biológica.	Refrigerar (2-8° C) ou congelar (-20° C ou menos) dentro de uma hora após a coleta; -20° C ou menos após 7 dias.
------------------------------	---	---	--

Fonte: LACEN/SES-MA (2022).

6.2.3.6 Fluxo laboratorial para a rede privada da assistência

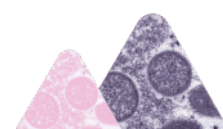
Em observância ao direcionamento das ações de serviços de saúde para o enfrentamento da MPX, faz-se necessário o fortalecimento, também, da rede privada para que o paciente seja assistido conforme sua complexidade, seja ela leve, moderada e grave, visto que a internação hospitalar somente é indicado em casos que apresentem sinais de gravidade. Para tanto, os hospitais da rede privada que, assim como os da rede pública, irão atender casos de Monkeypox no Maranhão, devem organizar seus protocolos para atendimento de casos seguindo o fluxo de coleta de amostras, sendo o Laboratório Central do Maranhão - LACEN/MA a referência para envio de amostras para pesquisa de MPXV. Os demais exames para diagnóstico diferencial podem ser realizados no próprio hospital da rede privada.

6.2.4 Ações de Imunização

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) representa uma das intervenções em saúde pública mais importantes no cenário de saúde brasileiro. As ações de vacinação e vigilância apresentam impacto positivo na prevenção e controle de Doenças Imunoprevíáveis refletindo positiva e diretamente na qualidade e expectativa de vida da população.

Vale ressaltar que o êxito das ações de imunização resulta de uma associação de fatores por parte das instâncias gestoras envolvidas, incluindo aquisição, planejamento, infraestrutura, logística, treinamento e, recursos humanos que nas diferentes atuações asseguram imunobiológicos de qualidade à população.

A vacinação contra a varíola demonstrou ajudar a prevenir ou atenuar a doença e proteger contra a Monkeypox, com uma eficácia de 85%. As pessoas vacinadas contra a



varíola demonstraram, no passado, ter alguma proteção contra Monkeypox. No entanto, deve-se notar que a vacinação contra a varíola terminou em 1980; depois disso, a doença foi declarada erradicada.

Atualmente, somente uma vacina (MVA-BN) foi aprovada para aplicação específica contra a Monkeypox. Destaca-se que a vacinação em massa não é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), portanto, a OMS orienta que sejam adotadas estratégias robustas de vigilância e monitoramento dos casos, investigação e rastreamento de contatos para a doença.

Ainda tendo em vista o quantitativo limitado de imunizantes a ser disponibilizado ao Brasil, não será iniciada a vacinação em larga escala, sendo que as recomendações de uso das vacinas a serem disponibilizadas estão sendo avaliadas e serão publicadas em documentos posteriores pelo Ministério da Saúde.

6.2.5 Vigilância do Óbito

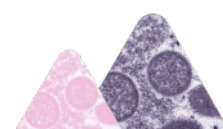
A vigilância do óbito oportuniza a classificação e codificação no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que tem por objetivo:

- Analisar as causas diretas e fatores determinantes do óbito.
- Atribuir o código B04 (Varíola dos macacos [Monkeypox]), contido no Capítulo I da CID-10, na classificação e codificação das causas de morte no contexto da Monkeypox, no âmbito do SIM, conforme orientado na **Nota Informativa nº 118/2022/CGIAE/DAENT/SVS/MS Serviços de Verificação do Óbito (SVO)**;
- Recomendar que os serviços de saúde públicos e privados encaminhem os casos de óbitos confirmados para monkeypox ao SVO apenas em situações que necessitem de informações complementares;

No Estado do Maranhão estão instalados 03 (três) Serviços de Verificação de Óbitos (SVO), sendo localizados nos municípios de São Luís, Imperatriz e Timon, atualmente implantados nos termos da Portaria GM nº 183, de 30/01/2014 e Portaria GM nº 732, de 02/05/2014, Resolução CIB nº 106/2014 e habilitados junto ao Ministério da Saúde, através da Portaria GM nº 048, de 20/01/2015/MS.

6.2.5.1 Manejo de cadáver

Devem ser adotadas medidas de biossegurança para quaisquer outras doenças infecciosas de biossegurança³, conforme Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 03/2022.



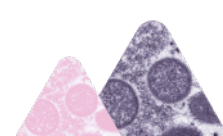
- Orientar que diante da necessidade do envio de corpos ao SVO, deve ser realizada a comunicação prévia ao gestor do serviço para certificação de capacidade para o recebimento e para informação de que se trata de caso suspeito de Monkeypox, necessitando, portanto, de equipamentos de biossegurança adequados por parte da equipe de remoção.
- A equipe para a autópsia deve ser constituída prioritariamente por profissionais que não estejam gestantes ou imunocomprometidos.
- Evitar a realização de autópsias convencionais ou abertas em casos suspeitos de Monkeypox;
- Se houver a premente necessidade de serem realizadas, devem ser feitas em ambiente com nível de biossegurança.
- Realizar as Autópsias Minimamente Invasivas (AMI) em salas com nível de biossegurança, conforme procedimentos operacionais e de biossegurança padrão do serviço;
- Manter na sala de autópsia uma equipe mínima necessária para a realização da autópsia, conforme Portaria GM/MS nº 1.764, de 29 de julho de 2021.
- Minimizar o número e a extensão dos procedimentos, tanto para diminuir as oportunidades de risco do trabalhador quanto para o potencial de contaminação ambiental. Realizar autópsias apenas na medida necessária para obter informações.

Outras orientações sobre manejo de corpos no SVO são descritas na **Nota Informativa 04/2022/CGIAE/DAENT/SVS/MS**, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/variola-dos-macacos/notas-informativas/nota-informativa-no-4-2022-cgiae-daent-svs-ms-1/view> e no Protocolo com orientações sobre atribuição de código e manejo de corpos no contexto do Monkeypox.

6.3 Atenção Primária à Saúde

6.3.1 Ações de Atenção Primária à Saúde

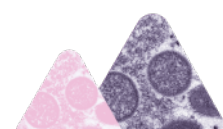
- 1) Orientar quanto ao acompanhamento da população adscrita, no que se refere a casos suspeitos da Monkeypox;



- 2) Dispor de forma ordenada o processo de trabalho das equipes para garantir o atendimento prioritário para indivíduos com erupções cutâneas agudas e relato de febre (Ver Figura 4 - Fluxo assistencial para Monkeypox);
- 3) Como há possibilidade de transmissão por gotículas, recomenda-se que o indivíduo sintomático com suspeita de Monkeypox seja identificado já na recepção da Unidade Básica de Saúde para que ele seja direcionado à área de atendimento, mantendo-o idealmente isolado de outros usuários. Se o isolamento não for possível, manter distância de, no mínimo, 1 metro entre os usuários;
- 4) Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) em atendimentos de usuários com sintomatologia suspeita;
- 5) Informar a Vigilância Epidemiológica local quaisquer casos com sintomatologia suspeita;
- 6) Desenvolver ações intersetoriais em interlocução com escolas, associações de moradores, entre outros, que tenham relevância na comunidade com orientações de medidas preventivas, como a higiene das mãos e uso de máscara em aglomerações, identificação dos sinais e sintomas, entre outros;
- 7) Elaborar estratégias para garantir o rastreamento e monitoramento dos casos suspeitos e seus contatos.

6.3.2 Rastreamento de Contatos

O rastreamento de contatos consiste na identificação imediata de contatos de casos suspeitos de Monkeypox daqueles expostos e diagnóstico imediato de potenciais casos secundários para permitir o controle do surto, incluindo identificar grupos populacionais onde intervenções sejam necessárias. A investigação da exposição deve abranger o período de 21 dias antes do início de sintomas. O rastreamento de contato deve considerar o período retrospectivo, além dos casos ativos. A partir de casos suspeitos, deve ser iniciada a entrevista para obter os nomes e informações de contatos do número máximo de pessoas, bem como identificar os locais visitados, enquanto o diagnóstico está em andamento, até que possa ser classificado como provável ou confirmado. Em caso descartado, o rastreamento de contatos pode ser suspenso.



6.3.2.1 Critérios considerados contatos (OMS)

- I. Contato físico direto, incluindo contato sexual, com parcerias múltiplas e/ou desconhecidas nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU;
- II. 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;
- III. 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;
- IV. 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.

6.3.2.2 Rastreamento de contatos de viajantes

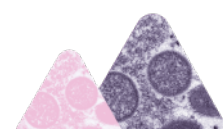
O rastreamento de contatos de viajantes deve ser avaliado frente aos riscos potenciais. Assim, deve ser realizado contato com passageiros e outras pessoas que possam ter sido expostas a um caso de Monkeypox durante o percurso ou em trânsito.

6.3.2.3 Monitoramento de contatos

O monitoramento de contatos é de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde. Os casos suspeitos, prováveis e confirmados devem ser isolados. O monitoramento de contatos de casos prováveis e confirmados inclui os automonitorados, diariamente para qualquer sinal ou sintoma por um período de 21 dias a partir do último contato. Os descartados poderão ter o monitoramento suspenso. O monitoramento depende dos recursos disponíveis.

Os contatos podem ser monitorados passivamente, ativamente ou diretamente.

- a) **Em monitoramento passivo**, os contatos identificados recebem informações sobre os sinais e sintomas a serem monitorados, atividades permitidas e como entrar em contato com a vigilância local, se surgirem sinais ou sintomas.
- b) **O monitoramento ativo** é quando vigilâncias locais são responsáveis por verificar pelo menos uma vez por dia se uma pessoa sob monitoramento apresenta sinais/sintomas auto-relatados.



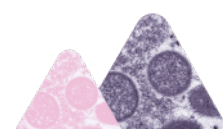
c) O monitoramento direto é uma variação do monitoramento ativo que envolve pelo menos visita presencial diária ou que o paciente seja examinado visualmente por meio de vídeo para averiguar a presença de sinais de doença.

6.3.2.4 Cuidados domiciliares em caso de contaminação pelo vírus Monkeypox (MPXV)

O caso confirmado de MPXV deverá se manter em isolamento até que a erupção cutânea esteja totalmente resolvida, ou seja, até que todas as crostas tenham caído e uma nova camada de pele intacta tenha se formado.

É importante que o caso seja orientado com as seguintes medidas no período de isolamento:

- I. Em caso confirmado, monitorar o isolamento do indivíduo, bem como dos contatos a cada 24h para o aparecimento dos sinais e sintomas;
- II. Não sair de casa, exceto quando necessário para emergências ou cuidados médicos de acompanhamento;
- III. Contato com amigos, familiares somente em emergências;
- IV. Não praticar atividade que envolva contato íntimo;
- V. Não compartilhar itens potencialmente contaminados, como roupas de cama, roupas, toalhas, panos de prato, copos ou talheres;
- VI. Limpe e desinfete (hipoclorito de sódio ou produto alcoólico) rotineiramente superfícies e itens comumente tocados, como balcões ou interruptores de luz, usando desinfetante acordo com as instruções do fabricante;
- VII. Use máscaras cirúrgicas bem ajustado quando estiver em contato próximo com outras pessoas em casa;
- VIII. Higiene das mãos (ou seja, lavagem das mãos com água e sabão ou uso de desinfetante para as mãos à base de álcool) deve ser realizada por pessoas infectadas e contatos domiciliares após tocar no material da lesão, roupas, lençóis ou superfícies ambientais que possam ter tido contato com o material da lesão;
- IX. Caso utilize lentes de contato evite para prevenir possíveis infecções oculares;



- X. Cuidado ao manusear a roupa suja para evitar o contato direto com o material contaminado;
- XI. Evite depilar áreas do corpo cobertas de erupções cutâneas, pois isso pode levar à propagação do vírus;
- XII. Se possível, use um banheiro separado de outras pessoas que moram no mesmo domicílio; se houver outras pessoas que morem na mesma casa;
- XIII. Se não tiver a possibilidade de um banheiro separado em casa, o paciente deverá limpar e desinfetar superfícies como balcões, assentos sanitários, torneiras, usando um desinfetante depois de usar um espaço compartilhado. Isso inclui: atividades como tomar banho, usar o banheiro ou trocar bandagens que cobrem a erupção cutânea. Considere o uso de luvas descartáveis durante a limpeza se houver erupção nas mãos;
- XIV. Tente evitar a contaminação de móveis estofados e outros materiais porosos que não podem ser lavados colocando lençóis, capas de colchão, cobertores sobre essas superfícies;
- XV. A roupa suja não deve ser sacudida para evitar a dispersão de partículas infecciosas;
- XVI. Roupas de cama, toalhas e vestimentas devem ser lavadas separadamente. Podem ser lavadas em uma máquina de lavar, se possível com água morna e com detergente; não é obrigatório o uso de hipoclorito de sódio;
- XVII. Pratos e outros talheres não devem ser compartilhados. Não é necessário que a pessoa infectada use utensílios separados se devidamente lavados. A louça suja e os talheres devem ser lavados com água morna e sabão na máquina de lavar louça ou à mão;
- XVIII. Pessoas com MPXV devem evitar o contato próximo com animais (especificamente mamíferos), incluindo animais de estimação em casa. Em geral, qualquer mamífero pode ser infectado com MPXV.

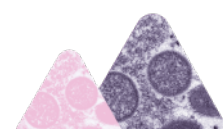
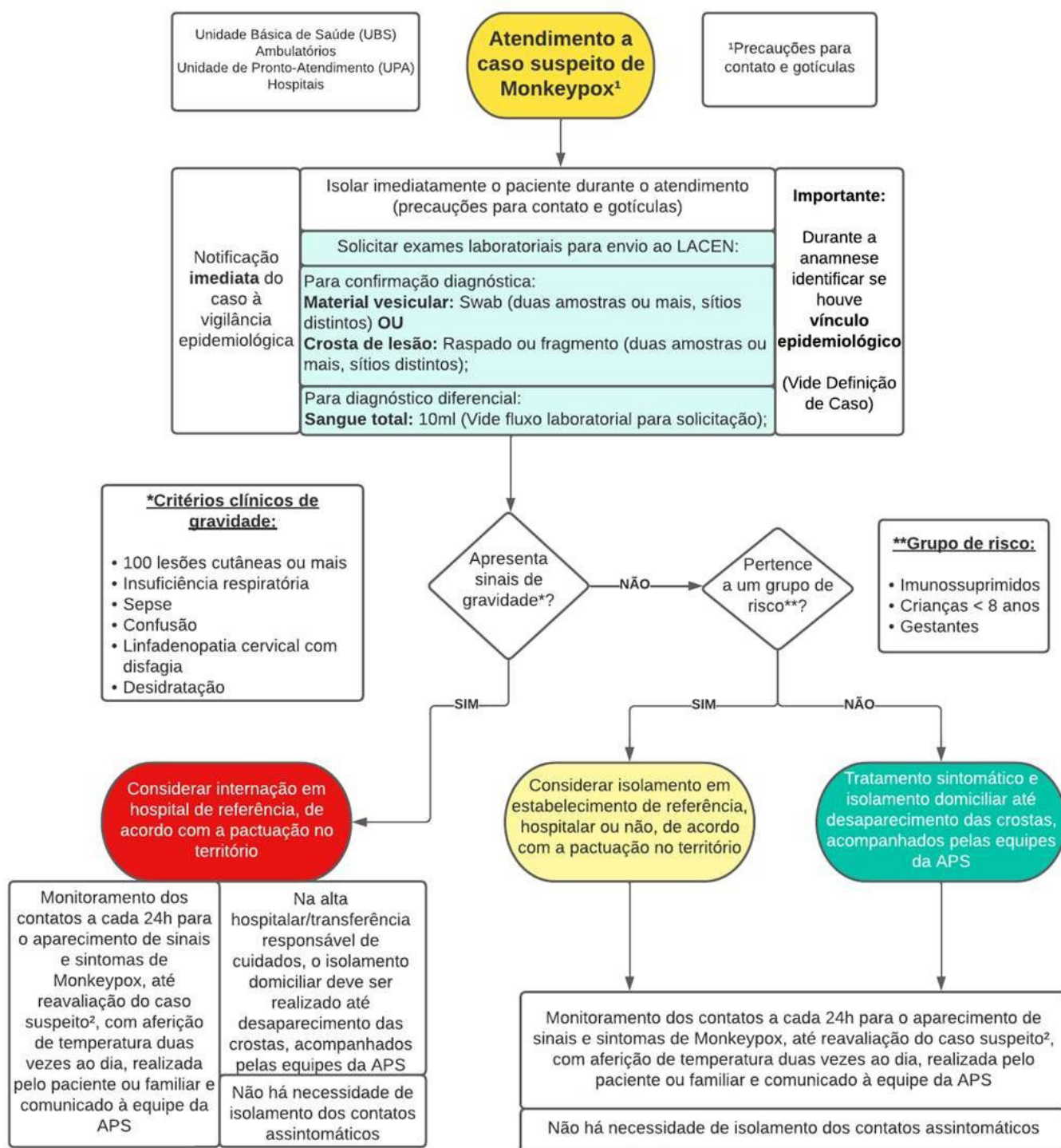


FIGURA 4 - Fluxo de atendimento na APS para casos suspeitos de Monkeypox.



Fonte: Brasil (2022).

6.4 Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador

Considerando a “NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 03/2022: Orientações para prevenção e controle da Monkeypox nos serviços de saúde”, ressaltamos que compete à Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA), e às Coordenações Municipais de Vigilância Sanitária, a inspeção, o monitoramento e o licenciamento

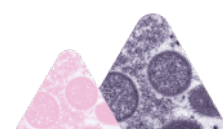
sanitário dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) dos municípios do Estado do Maranhão.

Fazem parte das ações de vigilância sanitária a implantação e monitoramento das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e fomenta a elaboração e implantação do Programa de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (IRAS) e o Plano de Segurança do Paciente, que têm como objetivos a identificação, notificação e providências para o controle das IRAS e eventos adversos.

No Plano de Contingência constam 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 ou 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.

Considerando que a transmissibilidade se dá por contato direto e indireto com sangue, fluidos corporais, lesões de pele ou mucosa de animais infectados e também de forma secundária, ou seja, de pessoa para pessoa, podendo ocorrer por contato próximo com secreções respiratórias infectadas, lesão de pele de uma pessoa infectada ou com objetos e superfícies contaminadas, a SUVISA exige que sejam mantidas as medidas de precaução padrão para todos os pacientes, independente de suspeita ou não. A comprovação do cumprimento das medidas de precaução nos serviços será durante a inspeção pela existência dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), implementação no serviço, comprovação das capacitações e atuação da CCIH e NSP.

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.



Para os casos suspeitos e confirmados a SUVISA exige que sejam adotadas medidas específicas para o caso, tais como:

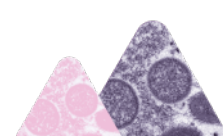
- I. Precaução de contato: isolamento do paciente, o profissional de saúde deve manter a higiene das mãos, uso de avental e luvas.
- II. Precaução para gotículas: envolve o isolamento do paciente e requer o uso de máscara cirúrgica toda vez que o profissional de saúde que for prestar assistência a uma distância inferior a 1 metro ou quando adentrar no quarto/área de isolamento do paciente, entre outras medidas.
- III. Precaução para aerossóis: 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 e 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.

ATENÇÃO:

- A. Essas precauções devem ser implementadas em TODAS as unidades de saúde, incluindo serviços de internação, atenção primária à saúde e ambulatórios;
- B. As precauções padrão, juntamente com as precauções baseadas na forma de transmissão (contato + gotículas ou aerossóis) devem ser implementadas em combinação com outras medidas de prevenção e de controle administrativo e de engenharia.

6.4.1 Isolamento de 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.



6.4.2 Implementação de coortes

Considerando a possibilidade do aumento do número de casos de pacientes suspeitos ou confirmados da Monkeypox, para casos que requerem hospitalização, quartos individuais ou áreas de coorte (pacientes confirmados com confirmados, suspeitos com suspeitos) com ventilação adequada e banheiros exclusivos são recomendados. Reforça-se ainda a adoção de coorte de profissionais (se possível, equipes específicas para atendimento preferencial desses pacientes a cada turno). O isolamento e as precauções adicionais baseadas na transmissão devem continuar até a resolução da erupção vesicular.

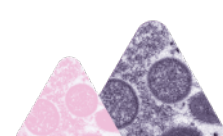
É fundamental que seja mantida uma distância mínima de 1 metro entre os leitos dos pacientes e deve-se restringir ao máximo o número de acessos a essa área de coorte, inclusive visitantes, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação de pessoas, evitando-se o tráfego indesejado e o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços.

O quarto, enfermaria ou área de isolamento ou área de coorte deve permanecer com a porta fechada, ter a entrada sinalizada com placas identificando as precauções para gotículas/aerossóis e contato, a fim de evitar a entrada/passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do serviço de saúde.

ATENÇÃO:

Ressalta-se que mesmo nas áreas de isolamento, os profissionais de saúde devem remover o avental e luvas após cada atendimento, não sendo permitido o uso de um mesmo avental ou luvas para atendimento de mais de um paciente. Atentar sempre para a paramentação e desparamentação desses EPIs, utilizando-se da técnica correta.

Sempre que possível, equipamentos e produtos para saúde utilizados na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Monkeypox devem ser de uso exclusivo no paciente, como no caso de estetoscópios, esfigmomanômetro e termômetros. Caso não seja possível, todos os produtos para saúde utilizados nestes pacientes devem ser limpos e desinfetados ou esterilizados (de acordo com a sua finalidade)



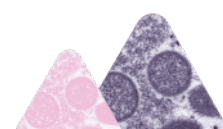
antes de serem utilizados em outros pacientes. Considerando que se trata de uma doença cuja forma de transmissão também ocorre por meio do contato, orienta-se, considerando as precauções para contato, que todos os produtos para saúde utilizados pelo paciente sejam submetidos a no mínimo desinfecção, mesmo produtos classificados como não críticos.

Aos cuidados ao manusear equipamentos usados na assistência ao paciente de forma a evitar a contaminação da pele e das roupas:

- I. Certificar-se de que produtos e equipamentos usados no paciente foram limpos e reprocessados de forma correta e segura, antes de serem utilizados em outros pacientes.
- II. Cuidados ao manusear roupas sujas (por exemplo, roupas de cama, toalhas, roupas pessoais) para evitar o contato com o material da lesão. A roupa suja nunca deve ser sacudida ou manuseada de forma que possa dispersar partículas infecciosas. Deve ser acondicionada e encaminhada para a unidade de processamento de roupas de serviços de saúde. Não há necessidade de descarte de roupas utilizadas por pacientes suspeitos ou confirmados. Seguir as orientações do Manual de Processamento de roupas de serviços de saúde, publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- III. Garantir que os procedimentos estejam sendo realizados de forma correta para a limpeza e a desinfecção de superfícies ambientais no local de atendimento ao paciente. Devem ser utilizados produtos saneantes devidamente regularizados junto à Anvisa (ainda não há recomendações especiais para este vírus), seguindo as recomendações do fabricante para concentração, tempo de contato e cuidado no manuseio e as orientações contidas no Manual de Limpeza e desinfecção de superfícies publicado pela Anvisa.
- IV. Os pacientes e acompanhantes devem ser orientados a não compartilhar pratos, copos, talheres, toalhas, roupas, roupas de cama ou outros itens com outras pessoas.
- V. Os pacientes e acompanhantes devem ser orientados a não compartilhar pratos, copos, talheres, toalhas, roupas, roupas de cama ou outros itens com outras pessoas.

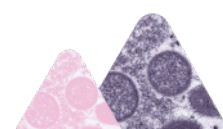
6.4.3 Gestão dos resíduos de serviços de saúde como medida de prevenção

Todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de Monkeypox devem ser enquadrados no Grupo A - Subgrupo A1, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018.



Os resíduos devem ser acondicionados, em sacos vermelhos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 48 horas, independentemente do volume e identificados pelo símbolo de substância infectante. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Estes resíduos devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

- I. Todo gerador deve elaborar e implantar o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com a complexidade dos serviços prestados, atualizado e manter cópia disponível em meio físico ou eletrônico para consultas dos órgãos de saúde, ambientais funcionários, pacientes e público em geral.
- II. Todos os resíduos gerados pelos pacientes suspeitos ou confirmados de Monkeypox – Varíola do Macaco, classificados com Grupo A Subgrupo A1, inclusive os perfurocortantes, devem ser acondicionados em saco vermelho. Poderão ser substituídos pelo saco branco leitoso, sempre que a regulamentações estaduais, municipais ou do Distrito Federal exigirem tratamento indiscriminado de todos os resíduos do Grupo A exceto do subgrupo A5, conforme o Parágrafo Único do Artigo 16 da RDC 222/2018.
- III. Por motivo de segurança, estes resíduos devem ser coletados e transportados imediatamente para o Abrigo de Resíduos, em caso de pacientes suspeitos ou confirmados de Monkeypox – Varíola do Macaco, portanto fica proibido a permanência no Abrigo Temporário, Expurgo ou Sala de Utilidades.
- IV. Todos os cestos para acondicionamento dos resíduos infectantes, devem possuir tampa acionada com pedal, identificado com a simbologia de Risco Biológico ou Infectante.
- V. Todos os carros de coleta e transporte interno dos resíduos infectantes, devem ser identificados com a simbologia Risco Biológico ou Infectante. Deve ser constituído de material liso, rígido, lavável e impermeável, com tampa articulada, cantos e bordas arredondadas. Estas especificações visam proteger a saúde dos trabalhadores envolvidos com o Gerenciamento dos Resíduos, profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes. A coleta e o transporte interno devem atender a rota e horários definidos, descritos no PGRSS, e os trabalhadores devem ser treinados e enfatizando principalmente a utilização dos EPIs recomendados.



6.4.4 Orientações para a equipe de saúde que irá realizar o transporte de paciente infectado

A equipe deverá seguir a sequência de paramentação e desparamentação conforme Protocolo, devendo ficar paramentada durante todo o transporte. Após o término do transporte e o paciente transferido para o serviço de destino, a equipe de saúde deverá trocar o avental e as luvas e proceder à desinfecção da ambulância.

Durante o transporte:

- I. A ventilação do veículo deverá ser melhorada, visando o aumento da troca de ar (manter as janelas abertas);
- II. O serviço de saúde para onde o paciente será encaminhado deverá ser notificado previamente;
- III. O paciente deve obrigatoriamente utilizar máscara cirúrgica durante todo o percurso caso em ar ambiente.

OBS: As portas e janelas da ambulância devem ser mantidas abertas durante a limpeza interna do veículo.

6.4.5 Orientações quanto ao uso de saneantes e produtos médicos

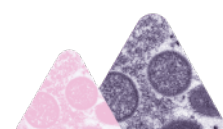
Todos os produtos para a saúde utilizados devem ser limpos e desinfetados ou esterilizados, de acordo com a finalidade, antes de ser utilizado em outro paciente. Como a transmissão ocorre também por contato, é recomendado a desinfecção de produtos mesmo classificados como não críticos.

Os saneantes usados em processos de desinfecção de ambientes e equipamentos devem ser registrados e ou notificados na Anvisa.

Não existem produtos saneantes específicos para este tipo de vírus. Portanto, orienta-se que seja mantida a rotina tradicional, utilizando-se produtos aprovados pela Anvisa.

Os resíduos devem ser tratados como do grupo de risco 3 (alto risco individual e moderado risco para a comunidade) devendo estar acondicionados em sacos apropriados, da cor vermelha.

As farmácias e drogarias são regulamentadas por força da Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973 e, em caráter complementar, por meio da Resolução de



Diretoria Colegiada nº 44, de 17 de agosto de 2009, no âmbito federal. Sobre os produtos que podem ser comercializados nestes estabelecimentos, a regulamentação federal dispõe: Além de medicamentos, o comércio e dispensação de determinados correlatos poderá ser extensivo às farmácias e drogarias em todo território nacional, conforme relação, requisitos e condições estabelecidos em legislação sanitária específica (art. 29 da RDC/Anvisa nº 44/2009). Assim, a Anvisa editou a Instrução Normativa - IN nº 9, de 17 de agosto de 2009, que aprova a lista de produtos permitidos para dispensação e comercialização em farmácias e drogarias, incluindo diversos produtos de interesse à saúde, que dispõe: É vedado utilizar qualquer dependência da farmácia ou da drogaria para outro fim diverso do licenciamento, conforme disposto na legislação vigente.

PARÁGRAFO ÚNICO: É vedado às farmácias e drogarias comercializar, expor à venda, ter em depósito para vender ou, de qualquer forma, distribuir ou entregar ao consumo produtos não permitidos por esta Instrução Normativa. art. 13 da In/Anvisa nº 44/2009. As máscaras de uso não profissional não são enquadradas como produtos para saúde, para fins regulatórios.

A Anvisa enquadra como produtos para saúde, apenas os equipamentos de proteção individual destinados a profissionais de saúde, como as máscaras cirúrgicas, luvas e aventais cirúrgicos.

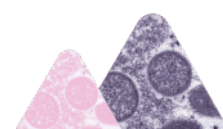
Entretanto, as máscaras de uso não profissional atuam como barreiras físicas, contribuindo para a saúde pública na redução da propagação do vírus e, pode contribuir para a redução do risco de infecções em um contexto de pandemia, juntamente com outras medidas como a redução do contato social, etiqueta respiratória e higiene de mãos.

6.4.6 Higiene das mãos

Os profissionais de saúde que atendem pacientes com Monkeypox suspeita ou confirmada devem manter 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 e estabelecimentos de saúde.

6.4.7 Vigilância em Saúde do trabalhador

Na execução da Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PESTT) 320/17.03.2022, baseada na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) instituída através da Portaria nº 1.823/2012, (Portaria de



Consolidação do SUS nº 02), o estado do Maranhão desenvolve ações de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador(a) dando ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade.

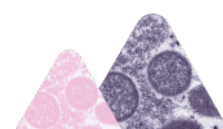
Trabalhadores são expostos a diversos riscos nas atividades laborais, principalmente os que atuam nos serviços de saúde, pois apresentam maior risco devido a exposição, contaminação e infecção por agentes biológicos patogênicos, incluindo o Monkeypox. Além dos profissionais de saúde, correm risco também, os trabalhadores confinados em locais fechados em contato com pessoa infectada, e também aqueles que trabalham diretamente com animais.

Vale ressaltar que a Monkeypox é transmitida principalmente por meio de contato direto ou indireto com sangue, fluidos corporais, lesões de pele ou mucosa de animais infectados. A transmissão secundária, ou seja, de pessoa a pessoa, pode ocorrer por contato próximo com secreções respiratórias infectadas, lesões de pele de uma pessoa infectada ou com objetos e superfícies contaminadas, sendo os trabalhadores da saúde aqueles com maior exposição (BRASIL, 2022).

Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), os casos da Monkeypox serão identificadas à proporção que ações de vigilância se ampliem pelos países não endêmicos (BRASIL, 2022). Até o momento, as informações epidemiológicas e laboratoriais ainda são limitadas e subestimadas, em parte, devido aos seguintes fatores:

- I. Os sintomas relativamente leves em muitos casos com erupção cutânea localizada e linfadenopatia, de modo que muitas pessoas podem não procurar os serviços de saúde;
- II. Falta de reconhecimento clínico precoce por profissionais de saúde de uma infecção previamente conhecida em apenas alguns países;
- III. Dificuldade para vigilância dos possíveis casos em diferentes regiões geográficas e possibilidade de falta de testes de diagnóstico, reagentes e outros suprimentos (BRASIL, 2022).

É importante a atuação conjunta das equipes multiprofissionais dos setores/unidades, envolvidos nas 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), nos Serviços Especializados de Engenharia



e Medicina do Trabalho (SESMT), na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), nas representações dos trabalhadores, de forma que configurem um Comitê Estratégico de Crise, para implementação e monitoramento dos casos.

Durante a assistência à pacientes com Monkeypox (suspeita ou confirmada), deve-se instituir precauções padrão, para contato, para gotículas e para aerossóis, reforçando 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).

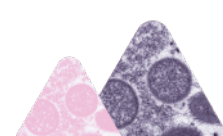
É importante lembrar que os trabalhadores devem ser orientados sobre os cuidados no manuseio de roupas e resíduos da unidade de internação do paciente, segundo o Manual da ANVISA que trata do assunto.

Medidas eficazes de prevenção e de promoção da saúde devem ser adotadas e desenvolvidas de forma efetiva pela Vigilância em Saúde do Trabalhador articulada com outras áreas, no estado, nas unidades regionais de saúde e nos municípios.

O processo de notificação deste agravo deve seguir o fluxo que está neste plano, atentando-se para o preenchimento qualificado dos campos: “Ocupação”, “Atividade econômica”, “Relação com o Trabalho”, e “Empresa ou Contratante”.

Baseado no Plano Nacional de Contingência compete a Vigilância em Saúde do Trabalhador:

- I. Investigar a relação dos casos suspeitos e confirmados com o trabalho;
- II. Realizar Inspeção Sanitária em Saúde do Trabalhador (ISST) para investigação da relação da doença com o trabalho;
- III. Mapear riscos e propor intervenções em ambientes e processos de trabalho;
- IV. Orientar trabalhadores e empregadores sobre medidas de prevenção e mitigação da Monkeypox nos ambientes e processos de trabalho;
- V. Dar apoio especializado e matriciamento de vigilância em saúde do trabalhador para a Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- VI. Realizar ações de educação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde da RAS;



VII. Articular ações intersetoriais de saúde do trabalhador no território.

As notificações serão realizadas através do link: <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=ER7Y39373K>

6.5 Assistência à saúde

Com o avanço dos casos da varíola causada pelo vírus Monkeypox, no Brasil e registro dos primeiros casos confirmados no Maranhão, a rede estadual de assistência à saúde vem se organizando para melhor condução dos casos, articulando diferentes estratégias com as unidades de saúde visando um atendimento de qualidade e segurança.

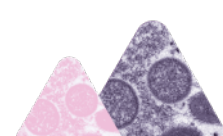
Caso o paciente apresente algum sintoma, deverá se deslocar para o serviço de saúde mais próximo. O atendimento inicial deve ser realizado, preferencialmente, nas Unidades Básica de Saúde (UBS) da Atenção Primária ou Unidades Mistas. Em caso de urgência/emergência as unidades de pronto atendimento ou hospitais de urgência/emergência poderão realizar o atendimento. Não há indicação de internação apenas pela suspeita ou diagnóstico de Monkeypox. Indica-se internação hospitalar para casos que apresentem critérios clínicos de gravidade. Em caso de infecção bacteriana secundária (celulite e/ou úlceras purulentas), deve-se prescrever antibióticos.

Para prevenção de casos preconiza-se aos trabalhadores da saúde o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), desde o momento do acolhimento, como máscaras cirúrgicas, óculos, luvas e avental, além da higienização das mãos antes e após cada atendimento.

No momento do acolhimento, recomenda-se que o paciente receba uma máscara cirúrgica, com orientação quanto à forma correta do seu uso, e seja conduzido para uma área separada dos outros usuários, mantendo-se distância de 1 (um) metro ou mais entre eles, enquanto aguarda a consulta médica.

A anamnese e o exame físico são fundamentais para diferenciar MPX de outras doenças, conforme a definição de caso suspeito.

Apresentando os critérios para um caso suspeito de MPX, o paciente deve ser mantido isolado (precauções para contato e gotículas). As lesões de pele em áreas ex-



postas devem ser protegidas. A notificação à vigilância epidemiológica deve ser imediata. Exames laboratoriais devem ser solicitados pela equipe assistencial:

I. Para confirmação diagnóstica:

- a)** Duas amostras ou mais de material vesicular, *swab* coletado em diferentes lesões; ou
- b)** Duas amostras ou mais de crosta de lesão, raspado ou fragmento, de diferentes lesões.

II. Para diagnóstico diferencial:

- c)** Sangue total: 5 ml para criança e 10 ml para adultos (tubo sem anticoagulante).

A condução do caso vai depender da presença ou ausência de sinais de gravidade. Caso apresente um ou mais critérios, recomenda-se internação em hospital de referência, de acordo com a pactuação no território.

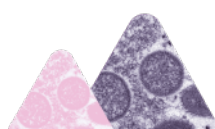
6.5.1 Critérios clínicos de gravidade

- I. *Score* de severidade de lesão cutânea grave (100 a 250 lesões) ou muito grave (mais de 250 lesões).
- II. Insuficiência respiratória.
- III. Sepses.
- IV. Confusão.
- V. Hepatomegalia.
- VI. Adenomegalia cervical com disfagia.
- VII. Desidratação.

OBS.: A condução do caso para a população de risco sem sinais de gravidade, incluindo o local de isolamento desta população, deverá ser analisada caso a caso.

6.5.2 População de risco

- I. Crianças (<8 anos de idade);
- II. Gestantes;



III. Imunossuprimidos (síndrome da imunodeficiência adquirida, leucemia, linfoma, câncer avançado, transplantados - órgãos sólidos, terapia com agentes alquilantes, antimetabólitos, radioterapia, inibidores do fator de necrose tumoral, corticosteroides 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).

Em relação aos pacientes com bom estado geral, que não fazem parte da população de risco, recomenda-se que seja prescrito tratamento sintomático. O paciente deve permanecer isolado, preferencialmente em ambiente domiciliar, até a liberação dos resultados laboratoriais, momento no qual o paciente será reavaliado e reorientado quanto ao tratamento, e a continuidade ou não do isolamento e do monitoramento dos contatos.

6.5.3 Mapeamento do processo e fluxos para condução de Monkeypox na rede de assistência à saúde do Maranhão

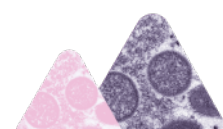
Para maior agilidade e oportunidade na condução dos casos foram definidos os fluxos de portas de entrada para Monkeypox e de condução de Monkeypox em unidades de urgência e emergência adulto e pediátrico no estado do Maranhão (Anexo A e B).

Em caso de dificuldades de locomoção por instabilidade clínica, o usuário deverá acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Todos os profissionais de saúde que atuam em qualquer tipo de serviço de saúde devem estar atentos aos pacientes que apresentam erupção cutânea aguda que progride em estágios sequenciais de máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas que podem estar associadas a febre, adenopatia e mialgia. Os casos suspeitos, incluindo trabalhadores de saúde potencialmente expostos, devem ser imediatamente notificados, conforme orientações do Ministério da Saúde, para que ações oportunas possam ser implementadas.

6.5.4 Orientações para os profissionais de saúde em exposição no manejo de pacientes suspeitos ou confirmados de Monkeypox

Os profissionais de saúde que tenham exposições desprotegidas (ou seja, não usem EPIs adequados) no manejo de pacientes com Monkeypox ou tenham contato com materiais possivelmente contaminados não precisam ser excluídos do trabalho



se não apresentarem sintomas durante o período de monitoramento, mas devem ser monitorados quanto a sintomas, o que inclui a medição da temperatura pelo menos duas vezes ao dia, durante 21 dias após a exposição. Antes de se apresentar para o trabalho todos os dias, o profissional de saúde deve ser entrevistado quanto à evidência de quaisquer sinais/sintomas relevantes (mal-estar, dor de cabeça, febre, calafrios, dor na boca ou garganta, fadiga, erupção cutânea e linfadenopatia/linfonodos inchados ou inflamados).

Um contato que desenvolva sinais/sintomas iniciais diferentes de erupção cutânea deve ser isolado e observado de perto quanto a sinais de erupção cutânea nos próximos 7 (sete) dias. Se nenhuma erupção se desenvolver, o contato do caso suspeito ou confirmado pode retornar ao trabalho.

6.5.5 Orientações para as unidades hospitalares

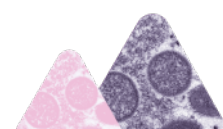
Conforme recomendações do Ministério da Saúde as unidades hospitalares deverão elaborar e implementar um Plano de Contingência, contendo ações estratégicas para o enfrentamento de possíveis casos de Monkeypox, incluindo o gerenciamento dos recursos humanos e materiais. Para isso, é necessário seguir as orientações contidas nas Notas Técnicas e nas publicações do Centro de Operações de Emergências (COE) ativado no dia 29 de julho de 2022, no âmbito do Ministério da Saúde.

É importante que o serviço de saúde monitore, periodicamente, a implementação e a adesão às ações do Plano de Contingência Estadual, 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.

6.5.6 Vigilância e Assistência em Saúde nos territórios indígenas

Nos territórios indígenas, além das recomendações contidas na Nota Informativa n.º 05/2022-CGIAE/DAENT/SVS/MS, recomenda-se que a população indígena não realize o manuseio de corpos em rituais fúnebres e de luto.

- I. Articular com o Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI/MA para a organização dos serviços de atenção à saúde nos territórios indígenas para atendimento aos casos de MPX;

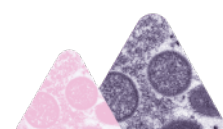


- II. Promover a articulação da rede assistencial com o DSEI/MA para o transporte sanitário nos territórios indígenas às unidades municipais e estaduais de referência conforme fluxo da Assistência (Anexo A e B);
- III. Garantir o diagnóstico laboratorial à população indígenas (aldeados e não aldeados);
- IV. Monitorar, junto aos municípios e DSEI/MA os indicadores epidemiológicos relacionados a MPX nos territórios indígenas;
- V. Monitorar, em articulação com o DSEI/MA, o cenário epidemiológico nas regiões com presença de Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato (PIIRC) e estabelecer medidas de prevenção e controle;
- VI. Articular, junto ao DSEI/MA para orientação da elaboração de planos de contingência distritais para o fortalecimento dos fluxos de atenção à saúde e de vigilância da MPX nos territórios indígenas;
- VII. Articular com o DSEI/MA para promover ações de educação em saúde voltadas a prevenção e controle da MPX, com apoio das lideranças indígenas e membros dos CONDISI/MA (Conselho Distrital de Saúde Indígena do Maranhão);
- VIII. Articular junto ao DSEI/MA a orientação para o cumprimento dos protocolos sanitários na recepção, na permanência e no isolamento de indígenas infectados e seus familiares, nas três unidades de Casas de Saúde Indígena (CASAI);
- IX. Viabilizar, junto ao DSEI/MA, capacitação/atualização técnica para os profissionais de saúde das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EM-SIs), CASAI e Divisão de Atenção à Saúde Indígena do Maranhão (DIASI/MA).

6.6 Comunicação em Saúde

A Assessoria de Comunicação - ASCOM da SES/MA recomenda as seguintes ações de comunicação, mobilização e publicidade:

- I. Intensificar mídia localizada em todo o Estado;
- II. Divulgar boletins epidemiológicos da Monkeypox;
- III. Estabelecer parcerias intersetoriais;
- IV. Veicular campanha publicitária nas regiões onde houver maior incidência de casos da doença com enfoque nos sinais, nos sintomas e na gravidade.



7 VIGILÂNCIA DE RUMORES E EVENTOS, MONITORAMENTO E APOIO À INVESTIGAÇÃO DE CASOS NO ESTADO

O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão como centro de captação de notificações, mineração, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da vigilância em saúde, realiza ativamente a busca por rumores e eventos relacionados a Monkeypox. O CIEVS estabelece comunicação com os Pontos Focais dos CIEVS Regionais de Imperatriz e Caxias, CIEVS Capital e CIEVS DSEI/MA para verificação e solicitação de informações adicionais referente a possíveis casos suspeitos de Monkeypox.

A partir disso, as informações são verificadas e atualizadas em informes produzidos de acordo com o cenário.

Para mais informações:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-monkeypox>

8 VIGILÂNCIA DE PORTOS, AEROPORTOS E FRONTEIRAS

O Plano Estadual de Contingência de Enfrentamento da Monkeypox do Maranhão visa ainda:

- I. Atualizar as orientações técnicas para o setor regulado, em especial aos administradores de pontos de entrada, empresas aéreas e de navegação, bem como para autoridades que atuam na fronteira, de forma a operacionalizar as medidas indicadas para controle e redução do risco de disseminação do agravo;
- II. Apoiar na revisão dos planos de contingência dos pontos de entrada para atendimentos de casos de Monkeypox;
- III. Compartilhar informações de saúde que atendem eventos de saúde em portos e aeroportos sobre as atualizações de definições de caso e fluxo para notificação e atendimento de casos nas unidades de referência do estado;
- IV. Apoiar investigações de casos e contatos de viajantes quando solicitado pela ANVISA/CVPAF (Coordenação de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Processamento de roupas em serviços de saúde**: prevenção e controle de riscos. Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosauade/manuais/processamento_roupas.pdf. Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 44, de 17 de agosto de 2009**. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0044_17_08_2009.pdf. Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde**: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-de-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf/view>. Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.html. Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.533, de 18 de agosto de 2016**. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1533_18_08_2016.html. Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 222, de 28 de março de 2018**. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providên-

cias. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 11 jun. 2022.

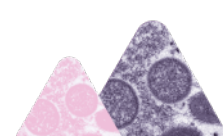
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ação da sala de situação Monkeypox**. 2. versão. atual. Brasília, DF, 09 jul. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-monkeypox/publicacoes/plano-de-acao-da-sala-de-situacao-da-sala-de-situacao-monkeypox-2a-versao-11-07-2022>. Acesso em: 08 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de contingência nacional para monkeypox**. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública: COE Monkeypox - Versão 01. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/coes/monkeypox/plano-de-contingencia/plano-de-contingencia/view>. Acesso em: 09 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Monkeypox. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública: COE Monkeypox**. Versão 02 de 12 de setembro de 2022. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/coes/monkeypox/plano-de-contingencia/plano-de-contingencia>. Acesso em: 09 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.102, de 13 de maio de 2022. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir o Sars-CoV-2 no item da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associada a coronavírus e incluir a covid-19, a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à covid-19 e a Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à covid-19 na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ed. 91, p. 66, 16 maio 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.102-de-13-de-maio-de-2022-400069218>. Acesso em: 26 maio 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2022**. Orientações para prevenção e controle da monkeypox nos serviços de saúde – **atualizada em 02/06/2022**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://>



www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/monkeypox-anvisa-orienta-servicos-de-saude-quanto-ao-manejo-de-casos. Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 21/2022-CGSAT/DSAST/SVS/MS**. Orientações Gerais à Renast e demais interessados sobre as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador nos casos de Monkeypox. Brasília, DF, 27 jul. 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/05150811-nota-tecnica-n-21-2022-cgsat-dsast-svs-ms-monkeypox.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2022.

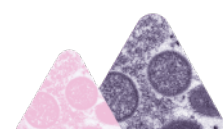
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3328, de 22 de agosto de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnósticos para detecção do Monkeypox Vírus realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ed. 162, p. 263, 25 agosto 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/variola-dos-macacos/publicacoes/portarias/portaria-gm_ms-no-3-328-de-22-de-agosto-de-2022-portaria-gm_ms-no-3-328-de-22-de-agosto-de-2022-dou-imprensa-nacional.pdf/view. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.418, de 31 de agosto de 2022. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ed. 167, p. 127, 01 setembro 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.418-de-31-de-agosto-de-2022-426206193>. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atualização dos Casos. **Card Situação Epidemiológica de Monkeypox no Brasil nº 69**. Brasília, DF, 25 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/coes/monkeypox/atualizacao-dos-casos>. Acesso em: 02 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergência Nacional de Monkeypox. **Informe Diário nº 69 – casos Brasil**. Brasília, DF, 25 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa Nº 3/2022-CGIAE/DAENT/SVS/MS**. Atribuição de código da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 para Monke-



ypox no Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM. Brasília, DF, 29 jul. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/variola-dos-macacos/notas-informativas/nota-informativa-no-3-2022-cgiae-daent-svs-ms>. Acesso em: 02 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa Nº 4/2022-CGIAE/DAENT/SVS/MS**. Orientações gerais aos Serviços de Verificação de Óbito (SVO) sobre manejo de corpos no contexto do Monkeypox. Brasília, DF, 05 ago. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/variola-dos-macacos/notas-informativas/nota-informativa-no-4-2022-cgiae-daent-svs-ms-1/view>. Acesso em: 20 set. 2022.

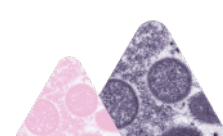
MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica Nº 05/CIEVS/SECD/LACEN/SAPAPVS**. Orientações de vigilância epidemiológica Monkeypox. São Luís, 21 de jun. 2022.

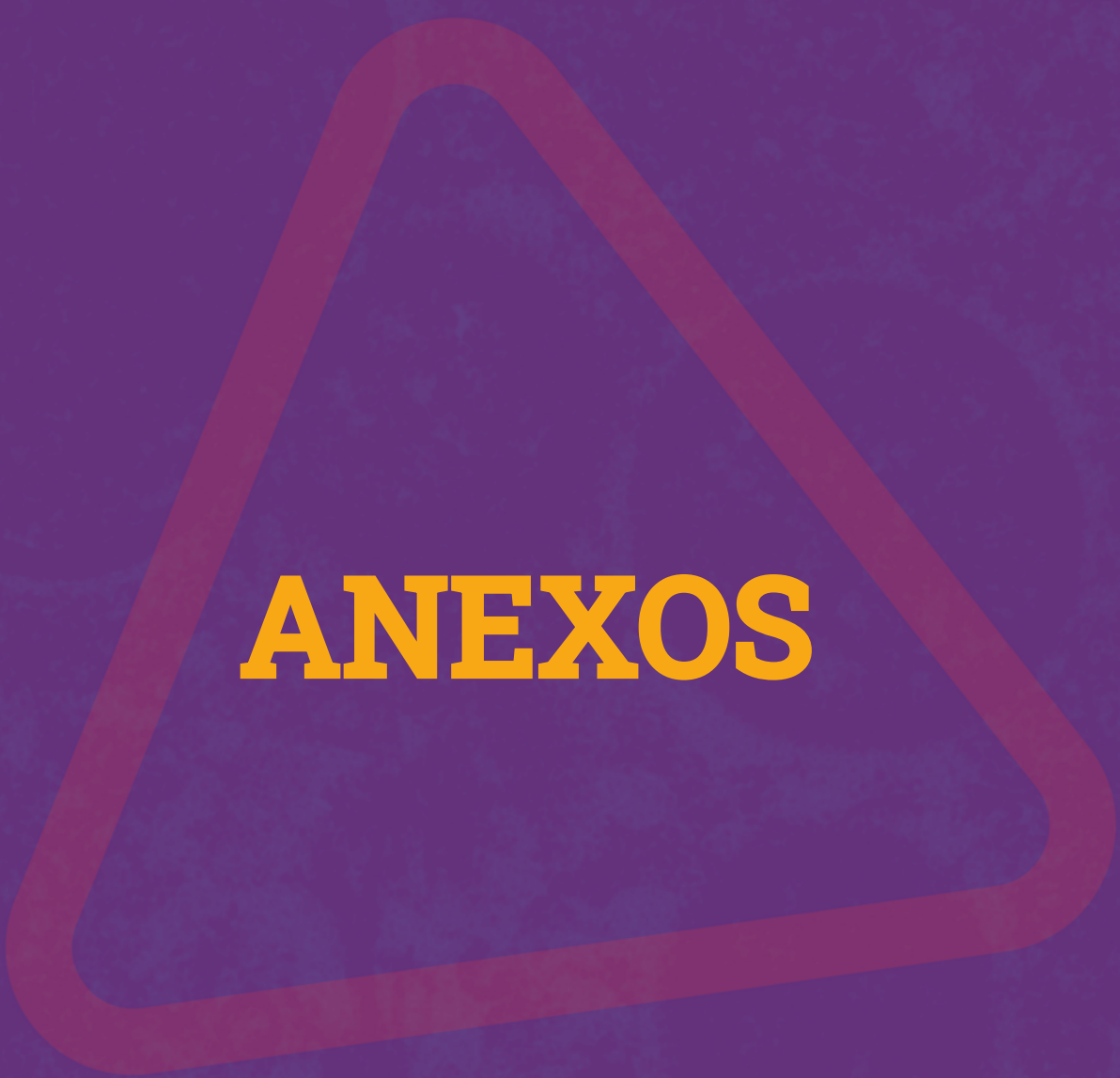
MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria Nº 320/2022**. Institui a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. São Luís, 17 de mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Manejo clínico e prevenção e controle de infecção para varíola dos macacos**: orientação provisória de resposta rápida - 10 de junho de 2022. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.ccih.med.br/wp-content/uploads/2022/07/Manejo-clinico-e-prevencao-de-controle-de-infeccao-para-monkeypox.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2022.

SHARON, S. *et al.* A case of human monkeypox in Canada. **CMAJ**, v. 194, n. 29, E1031-E1035, aug. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.220886>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Surto de varíola em 2022**: tendências globais. Atualização da situação global. [S.l]: Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/. Acesso em: 25 set. 2022.



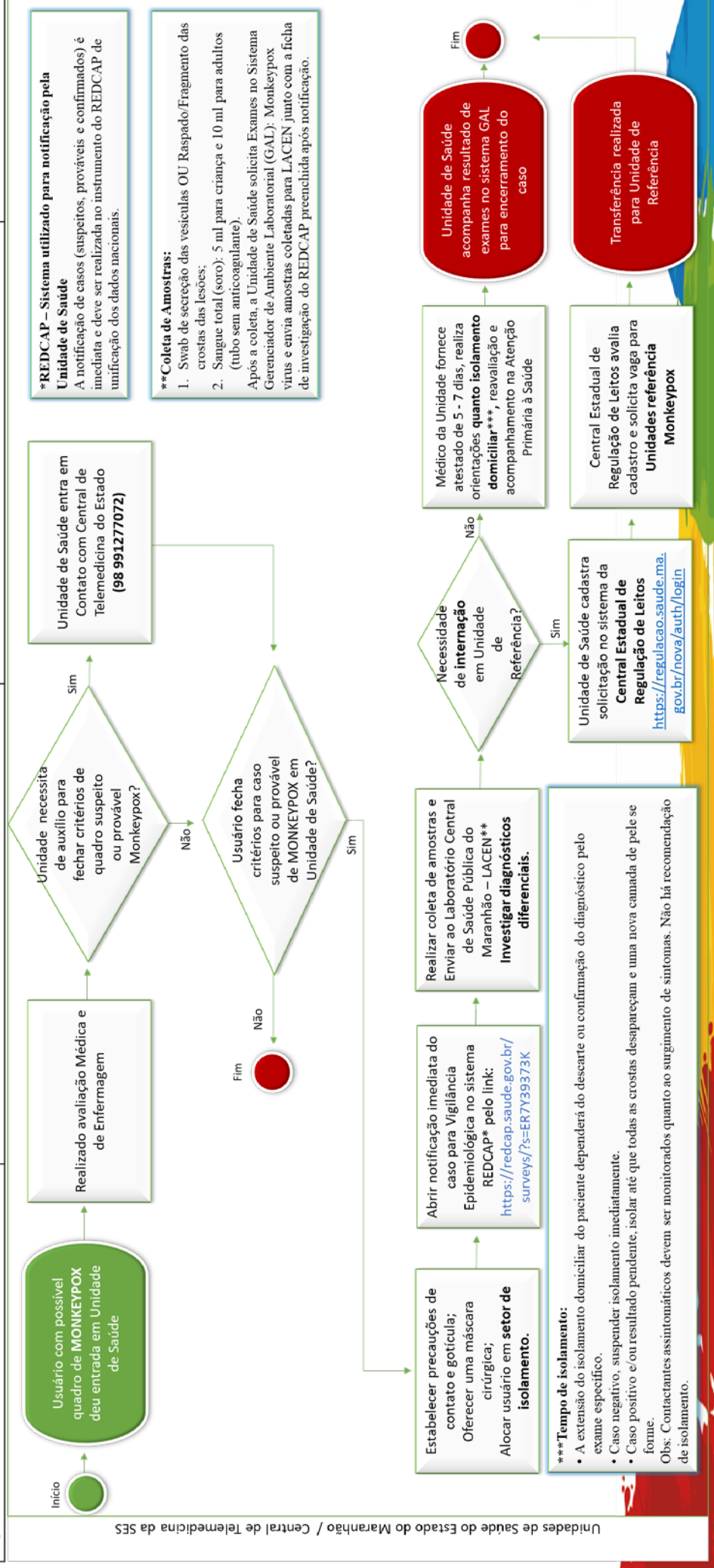


ANEXOS

ANEXO A

CONDUÇÃO DE MONKEYPOX EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICO NO ESTADO DO MARANHÃO

GOVERNO DO MARANHÃO Secretaria de Saúde		MAPEAMENTO DE PROCESSO		DOC Nº SAAS/QUA/ASS/MA/0013
ELABORAÇÃO Anna Cindy Araújo Leite – Chefe do Departamento da Qualidade e Projetos Especiais de Saúde SAAS/SES-MA Jorgiane de Lourdes Rocha de Oliveira – Assessora Técnica Departamento RAMI-SAAS/SES-MA		CONDUÇÃO DE MONKEYPOX NO ESTADO DO MARANHÃO		VERSÃO 02
REVISÃO Josélia dos Santos – Superintendente de Assistência à Saúde Kátia Trovão – Superintendente de Acompanhamento à Rede de Serviços Tayara Costa Pereira – Superintendente de Epidemiologia e Controle de Doenças		APROVAÇÃO Carlos Vinícius – Secretário Adjunto de Assistência à Saúde Eudes Simões – Médico Infectologista - Assessor Técnico da SES Bernardo Bastos Wittlin – Médico Infectologista – Assessor Técnico da SES		DATA 24/08/2022



Unidades Referência para internação de casos suspeitos ou prováveis de Monkeypox na Rede Estadual de Saúde do Maranhão

Adulto - Região de São Luís:

UTI - Hospital de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira
Enfermaria - Hospital da Ilha

Pediatrica - Região de São Luís

UTI - Hospital Dr. Juvêncio Matos
Enfermaria - Hospital Geral da Vila Luizão

Demais Região de Saúde - Transferir para Hospitais Macrorregionais mais próximos da identificação do caso:

Hospital Macrorregional Dr. Everaldo Ferreira Aragão - Caxias
Hospital Macrorregional Dra Ruth Noleto - Imperatriz
Hospital Macrorregional Dr Alexandre Mamede Trovão - Coroatá
Hospital Macrorregional da Baixada maranhense Dr Jackson Lago - Pinheiro
Hospital Macrorregional Dr Tomaz Martins - Santa Inês
Hospital Macrorregional de Urgência e Emergência de Presidente Dutra

MONKEYPOX em pacientes cirúrgicos:

Cirurgias eletivas: suspender procedimento; agendar para após o término do período de isolamento; se possível, alta hospitalar.
Cirurgias de urgência e emergência: equipe com precaução contato e gotícula (em caso de intubação, utilizar precaução aerossol). Limpeza terminal imediatamente após o procedimento.

Central de Telemedicina

Disponível de Segunda a Sexta, nos horários de 08h às 12h e 14h às 18h.

Atenção 1

1. Ambulatórios especializados que identificarem em consulta algum caso suspeito ou provável, deverão orientar o usuário a procurar uma Porta de Entrada do SUS de acordo com a classificação do risco (Unidades Básicas de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento ou Hospital de Urgência e Emergência) mais próximo e orientar quanto as medidas de prevenção;
2. Gestantes poderão receber a primeira avaliação para confirmação de quadro suspeito ou provável em qualquer Unidade de Saúde mais próxima, em caso de confirmação de caso suspeito ou provável pelo médico da Unidade, o mesmo deverá fornecer um encaminhamento para uma Maternidade de Alto Risco.

Atenção 2

Não há indicação de internação apenas pela suspeita ou diagnóstico de Monkeypox. Sugere-se atenção especial para grupos vulneráveis (gestantes, crianças < 8 anos, imunodeprimidos) e quadros extensos (mais de 100 lesões cutâneas). Em caso de infecção bacteriana secundária (celulite e/ou úlceras purulentas), prescrever antibióticos.

Critérios de gravidade:

- Insuficiência respiratória;
- Sepses;
- Confusão mental (risco de encefalite);
- Linfadenopatia cervical com disfgia;
- Lesão extensa em mucosa oral, limitando alimentação e hidratação oral;
- Lesão extensa em mucosa anal/retal, evoluindo com hemorragia ou infecção secundária;
- Lesão ocular;
- Dor intensa, com necessidade de analgesia parenteral;
- Desidratação grave.

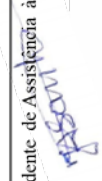
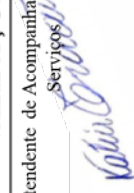
As indicações de alocação em enfermaria ou UTI permanecem as indicações habituais para outras condições clínicas.

Plantão do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde –
CIEVS: (98) 99135-2692

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Monkeypox. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública: COE Monkeypox. Brasília – DF, 2022.
MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 06. Orientações de Vigilância Epidemiológica Monkeypox. Tercera Versão. Agosto de 2022. (NOTA TÉCNICA Nº 06/CIEVS/SECD/LACEN/SAPAPVS)

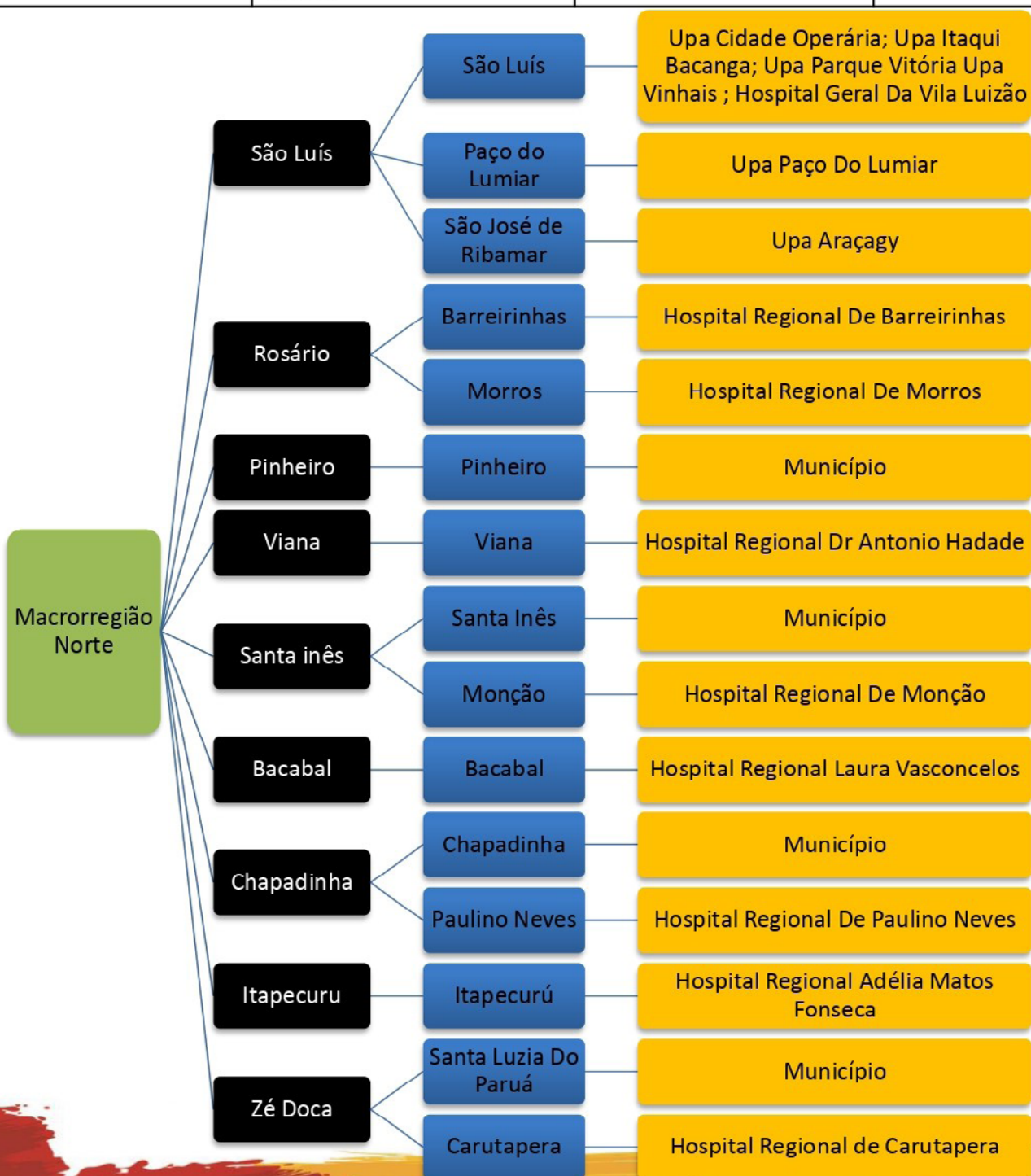
VALIDAÇÕES

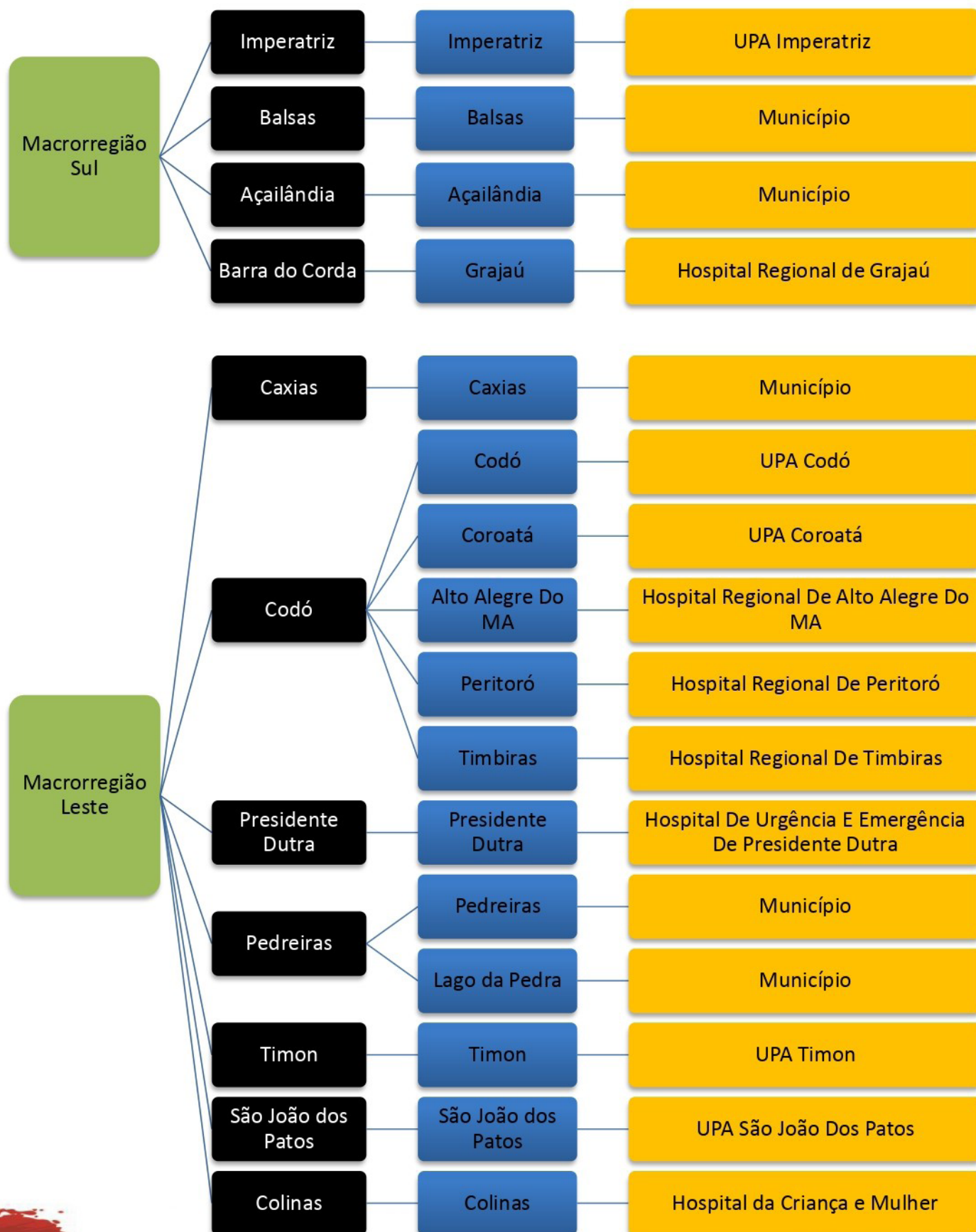
Secretário Adjunto de Assistência à Saúde	Superintendente de Assistência à Saúde	Superintendente de Acompanhamento à Rede de Serviços	Superintendente de Epidemiologia e Controle de Doenças	Chefe do Departamento da Qualidade e Projetos Especiais de Saúde
				
Data: 29/08/2022	Data: 29/08/2022	Data: 29/08/2022	Data: 29/08/2022	Data: 29/08/2022

ANEXO B

PORTAS DE ENTRADA PARA MONKEYPOX

GOVERNO DO MARANHÃO Secretaria de Saúde	FLUXO		DOC Nº SAAS/QUA/ASS/FL U/0136
	PORTAS DE ENTRADA PARA MONKEYPOX NA REDE ESTADUAL DE SAÚDE DO MARANHÃO		VERSÃO 02
ELABORAÇÃO Anna Cindy Araújo Leite – Chefe do Departamento da Qualidade e Projetos Especiais de Saúde - SAAS	REVISÃO Josélia Alves – Superintendente de Assistência à Saúde Kátia Trovão – Superintendente de Acompanhamento a Rede de Serviços	APROVAÇÃO Carlos Vinícius – Secretário Adjunto de Assistência à Saúde	DATA 31/05/2022
			VALIDADE 31/05/2024







SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



Este documento utiliza a família tipográfica Roboto Slab (Títulos) e Roboto (corpo). Imagens microscópicas do vírus Monkeypox presentes na capa, contracapa e elementos triangulares de páginas é de autoria da Cynthia S. Goldsmith e Russell Regnery (Public Health Image Library - PHIL/ CDC). Os demais elementos usados no material são de responsabilidade das equipes de criação e editoração Escola de Saúde Pública, Secretaria de Estado da Saúde - Governo do Maranhão.



Plano Estadual de Contingência

de enfrentamento da Monkeypox / MARANHÃO



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DO
MARANHÃO



GOVERNO COM O
POVO.
O MARANHÃO
NÃO CAMBIA
NOVO!

Monkeypox virus particles. Cr.Photo: CDC / Cynthia S. Goldsmith