



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA
ESTADUAL DE ATENDIMENTO
SOCIOEDUCATIVO

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA INFECÇÃO DO **MONKEYPOX (MPXV)**

FORTALEZA, AGOSTO/2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Governadora

Maria Izolda Cella de Arruda Coelho

Secretaria de Proteção Social, Justiça, Mulheres e Direitos Humanos

Onélia Maria Moreira Leite de Santana

Superintendente do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo

Roberto Bassan Peixoto

Superintendente Adjunto do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo

Jean Marçal Lima Cunha

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Fabiana Duarte Pimenta de Souza
Assessora Especial de Gestão e Comunicação

Marden Marques Soares Filho
Gestor de Saúde do Eixo Saúde da Seas

Mayara Virgínia Brito Frota
Luciana Maria Silva Lima
Assessoras do Eixo Saúde da Seas

Luiz Fernando Farias Bispo
Médico da Seas

George Henrique dos Santos Braga
Marconi Alves de Sousa
Assessoria de Comunicação da Seas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

2. OBJETIVOS DO PLANO DE CONTINGÊNCIA

3. CONTEXTO MUNDIAL DO MONKEYPOX (2022-MPX)

A) SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL DO MONKEYPOX (2022-MPX)

B) DIAGNÓSTICO

C) MODO DE TRANSMISSÃO

D) MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS

E) DEFINIÇÃO DE CASOS

F) MANEJO CLÍNICO EM POPULAÇÕES ESPECIAIS - ADOLESCENTES

G) MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Recomendações de uso de Equipamento de Proteção Individual – EPI

3. VIGILÂNCIA E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS SUSPEITOS/CONFIRMADOS.

3.1) Notificação

3.2) Fluxo de encaminhamentos de casos suspeitos nos Centros Socioeducativos

4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO NAS UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS

4.1) Educação permanente aos profissionais, socioeducandos e visitantes sobre a temática

4.2) Vigilância nas portas de entrada e nos Centros de Internação do Sistema Socioeducativo

4.3) Vigilância da Semiliberdade do Sistema Socioeducativo

4.4) Vigilância nas Unidades Socioeducativas

4.5) Isolamento de casos suspeitos/ confirmados

REFERÊNCIAS

APRESENTAÇÃO

O Plano de Contingência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo do Estado do Ceará (Seas) para infecção do MONKEYPOX (2022-MPX) apresenta recomendações técnicas para o desenvolvimento e a estruturação de uma vigilância que objetiva atualizar, informar e orientar os profissionais atuantes nos Centros de Atendimento Socioeducativo, visitantes e os socioeducandos, quanto aos aspectos epidemiológicos e medidas de prevenção e controle do MONKEYPOX (2022-MPX), com vistas a alertar a possível ocorrência de casos confirmados da doença no Estado do Ceará.

O Plano abrange diferentes áreas que devem atuar de forma articulada para garantir que intervenções sejam tomadas de forma rápida, evitando, assim, a disseminação nos Centros Socioeducativos.

Desta forma, a Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo do Estado do Ceará elabora um Plano de Contingência no sentido de controlar a entrada e disseminação do vírus nas Unidades Socioeducativas, incluindo estratégias de vigilância, capacitação dos profissionais, notificações de casos suspeitos e assistência adequada aos casos.

Roberto Bassan Peixoto

Superintendente do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo

1.INTRODUÇÃO

Em 23 de julho de 2022, preocupados com mais de 16 mil casos notificados em 75 países desde o início de maio deste ano, o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, declarou que o atual surto de monkeypox (varíola dos macacos) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

Segundo informações da OMS (2022), o Monkeypox é uma zoonose viral (um vírus transmitido aos seres humanos a partir de animais) com sintomas semelhantes aos observados no passado em pacientes com varíola, embora seja clinicamente menos grave. Com a erradicação da varíola em 1980 e a subsequente cessação da vacinação contra a varíola, a varíola dos macacos emergiu como o ortopoxvírus mais importante para a saúde pública. Monkeypox ocorre principalmente na África central e ocidental, muitas vezes nas proximidades de florestas tropicais, e tem aparecido cada vez mais em áreas urbanas. Os hospedeiros animais incluem uma variedade de roedores e primatas, atualmente já existem casos de transmissão de humanos para animais domésticos.

Segundo informações do Ministério da Saúde, apesar de levar o nome de “varíola dos macacos”, a transmissão da doença não está relacionada aos macacos. O nome vem da descoberta inicial do vírus em macacos em um laboratório dinamarquês em 1958. As transmissões do surto atual, que atinge mais de 75 países, foram atribuídas à contaminação de pessoa para pessoa, com contato próximo.

Várias espécies animais foram identificadas como suscetíveis ao vírus da varíola dos macacos. Isso inclui esquilos de corda, esquilos de árvore, ratos gambianos, arganazes, primatas não humanos e outras espécies. A incerteza permanece sobre a história natural do vírus da varíola dos macacos e mais estudos são necessários para identificar o(s) reservatório(s) exato(s) e como a circulação do vírus é mantida na natureza.

A varíola humana foi identificada pela primeira vez em humanos em 1970 na República Democrática do Congo em um menino de 9 meses de idade em uma região onde a varíola havia sido eliminada em 1968. Desde então, a maioria dos casos foi relatada em regiões rurais de florestas tropicais do Bacia do Congo, particularmente na República Democrática do Congo, e casos humanos têm sido cada vez mais relatados em toda a África Central e Ocidental.

Desde 1970, casos humanos de varíola dos macacos foram relatados em 11 países africanos: Benin, Camarões, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Gabão, Costa do Marfim, Libéria, Nigéria, República do Congo, Serra Leoa e Sudão do Sul. O verdadeiro fardo da varíola dos macacos não é conhecido. Por exemplo, em 1996-97, um surto foi relatado na República Democrática do Congo com uma taxa de mortalidade de casos mais baixa e uma taxa de ataque mais alta do que o normal. Foi encontrado um surto concomitante de varicela (causado pelo vírus da varicela, que não é um ortopoxvírus) e varicela dos macacos, o que poderia explicar mudanças reais ou aparentes na dinâmica de transmissão neste caso. Desde 2017, a Nigéria passou por um grande surto, com mais de 500 casos suspeitos e mais de 200 casos confirmados e uma taxa de mortalidade de aproximadamente 3%. Os casos continuam a ser relatados até hoje.

Monkeypox é uma doença de importância para a saúde pública global, pois afeta não apenas os países da África Ocidental e Central, mas o resto do mundo. Em 2003, o primeiro surto de varíola fora da África ocorreu nos Estados Unidos da América e estava relacionado ao contato com cães de pradaria de estimação infectados. Esses animais de estimação foram alojados com ratos e arganazes da Gâmbia que foram importados para o país de Gana. Este surto levou a mais de 70 casos de varíola nos EUA. Monkeypox também foi relatado em viajantes da Nigéria para Israel em setembro de 2018, para o Reino Unido em setembro de 2018, dezembro de 2019, maio de 2021 e maio de 2022, para Cingapura em maio de 2019, e para os Estados Unidos da América em julho e novembro de 2021. Em maio de 2022, vários casos de varíola foram identificados em vários países não endêmicos. Atualmente, estudos estão em andamento para entender melhor a epidemiologia, as fontes de infecção e os padrões de transmissão.

A transmissão de animal para humano (zoonótica) pode ocorrer por contato direto com sangue, fluidos corporais ou lesões cutâneas ou mucosas de animais infectados. Na África, evidências de infecção pelo vírus da varíola dos macacos foram encontradas em muitos animais, incluindo esquilos de corda, esquilos de árvore, ratos gambianos, arganazes, diferentes espécies de macacos e outros. O reservatório natural da varíola dos macacos ainda não foi identificado, embora os roedores sejam os mais prováveis. A ingestão de carne e outros produtos de origem animal mal cozidas de animais infectados é um possível fator de risco. As pessoas que vivem em ou perto de áreas florestais podem ter exposição indireta ou de baixo nível a animais infectados (OMS, 2022).

Segundo o Plano de Contingência para o MONKEYPOX da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (2022), a transmissão da MPX ocorre principalmente por meio de contato com lesões de pele de pessoas infectadas ou objetos recentemente contaminados. A transmissão via gotículas usualmente requer contato próximo e prolongado com o paciente infectado. Após infecção, o período de incubação é tipicamente de 6 a 16 dias, podendo chegar a 21 dias, porém a transmissibilidade é encerrada quando o paciente não apresenta mais crostas e a pele encontra-se reepitelizada.

A transmissão de humano para humano pode resultar de contato próximo com secreções respiratórias, lesões na pele de uma pessoa infectada ou objetos recentemente contaminados. A transmissão por partículas respiratórias por gotículas geralmente requer contato pessoal prolongado, o que coloca os profissionais de saúde, membros da família e outros contatos próximos de casos ativos em maior risco. No entanto, a cadeia de transmissão documentada mais longa em uma comunidade aumentou nos últimos anos de 6 para 9 infecções sucessivas de pessoa para pessoa. Isso pode refletir o declínio da imunidade em todas as comunidades devido à cessação da vacinação contra a varíola. A transmissão também pode ocorrer através da placenta da mãe para o feto (o que pode levar à varíola congênita) ou durante o contato próximo durante e após o nascimento. Estudos são necessários para entender melhor esse risco (OMS, 2022).

Nesse sentido, este plano tem o objetivo de informar e sistematizar as intervenções de prevenção e controle da Infecção, com definição de fluxos em casos de pacientes suspeitos e confirmados no Sistema Socioeducativo cearense.

2. OBJETIVOS DO PLANO DE CONTINGÊNCIA

Geral

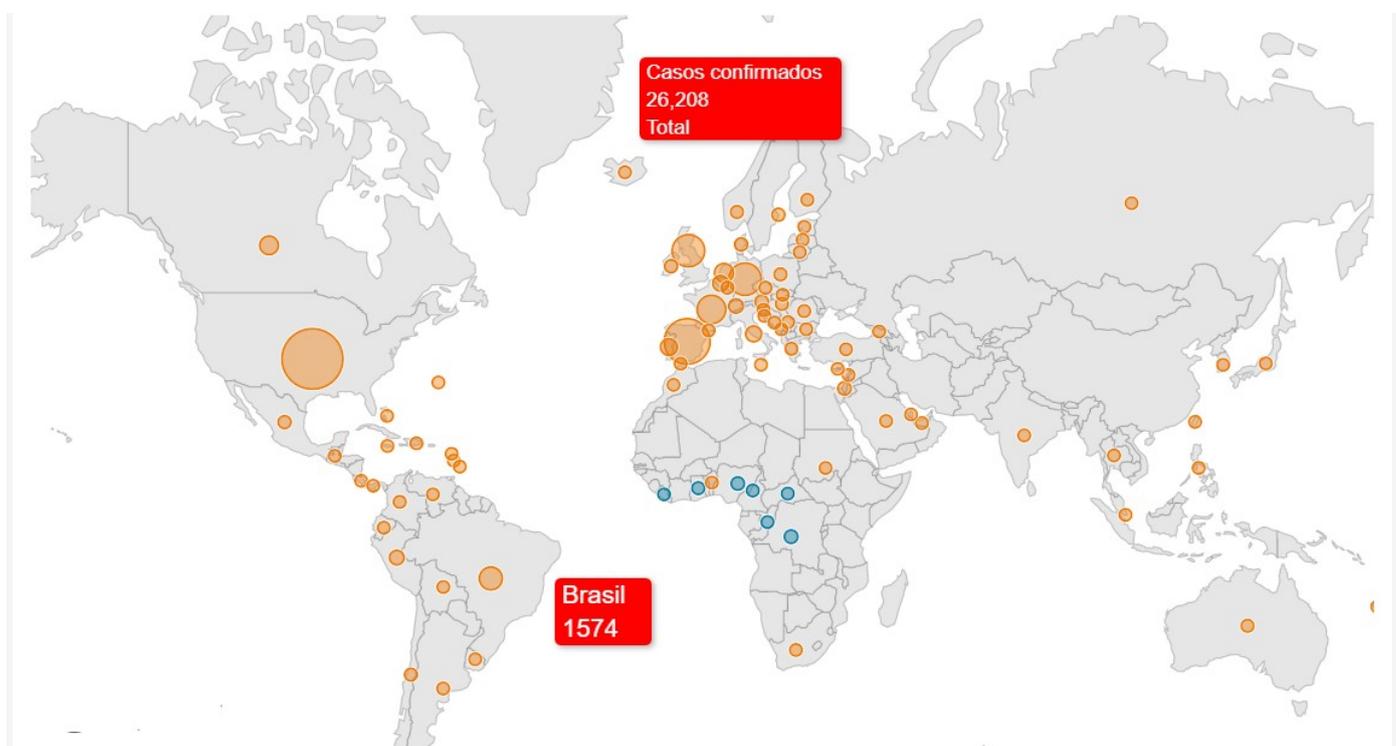
Orientar os profissionais da Superintendência do Sistema Socioeducativo para atuação na identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos de Infecção Humana pelo MONKEYPOX (2022-MPX), diminuindo a transmissão.

Específicos

- Atualizar os Centros de Atendimento Socioeducativos com base nas evidências técnicas e científicas nacionais e/ou internacionais sobre o vírus;
- Evitar transmissão do vírus para a comunidade socioeducativa, sobretudo profissionais de saúde, socioeducadores e contatos próximos;
- Orientar sobre a conduta frente aos casos suspeitos/confirmados pelo MONKEYPOX (2022-MPX);
- Informar sobre as medidas de prevenção da doença.

3. CONTEXTO MUNDIAL DO MONKEYPOX(2022-MPX)

O vírus Monkeypox é um vírus de DNA de fita dupla envelopado que pertence ao gênero Orthopoxvirus da família Poxviridae. Existem dois clados genéticos distintos do vírus da varíola dos macacos: o clado da África Central (Bacia do Congo) e o clado da África Ocidental. O clado da Bacia do Congo historicamente causou doenças mais graves e foi considerado mais transmissível. A divisão geográfica entre os dois clados tem sido até agora em Camarões, o único país onde ambos os clados de vírus foram encontrados (OMS, 2022).



Fonte: OMS, 03/08/2022.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o mundo registra, até o momento, 41,5 mil casos de varíola dos macacos, também conhecida como monkeypox. Os diagnósticos confirmados estão distribuídos em 96 países. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras instituições internacionais, os dez países com maior número de casos são: Estados Unidos: 14,5 mil; Espanha: 5,7 mil; Brasil: 3,7 mil; Alemanha: 3,2 mil; Reino Unido: 3,1 mil; França: 2,8 mil; Canadá: 1,1 mil; Holanda: 1 mil; Peru: 938; Portugal: 770.

No mundo, de acordo com a OMS, 98,5% dos casos estão entre pessoas do sexo masculino. Desse percentual, 76,5% é de homens entre 18 e 44 anos; 0,5% de 0 a 17 anos e 0,1% de 0 a 4 anos. A idade mediana dos infectados é 36 anos.

A) SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL DO MONKEYPOX (MPX)

Quando avaliado o número de casos por milhão de habitantes, o Brasil é o 27º país com maior número, com 15,49 casos/milhão de habitantes. Até agora, 16 países não relataram novos casos nos últimos 21 dias. No total, foram 13 óbitos no mundo, sendo um deles no Brasil.

Segundo o Plano de Contingenciamento do MONKEYPOX da Secretaria de Saúde do estado do Ceará, o Brasil teve seu primeiro caso confirmado no dia 7 de junho de 2022. Até o dia 14 de agosto, 2.985 casos foram confirmados em 22 unidades federadas do Brasil: Minas Gerais (133), Espírito Santo (8), Rio de Janeiro (355), São Paulo (2.019), Santa Catarina (36), Paraná (62), Rio Grande do Sul (44), Goiás (116), Distrito Federal (116), Mato Grosso do Sul (10), Mato Grosso (4), Amazonas (9), Acre (1), Pará (2), Tocantins (1), Bahia (26), Ceará (14), Paraíba (1), Pernambuco (15), Piauí (1) e Rio Grande do Norte (10). 3.895 casos são suspeitos, 3.489 descartados e 01 óbito (em Minas Gerais).

No Brasil, segundo dados do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs), dos 3,7 mil casos confirmados, 93,2% são entre pessoas do sexo masculino. Desse percentual, 93,9% são em homens entre 18 e 49 anos; 3,5% de 0 a 17 anos e 0,6% de 0 a 4 anos. A idade mediana é de 31 anos.

Ainda segundo o Plano de Contingenciamento supracitado, o Ceará, até o dia 18 de agosto de 2022, 358 casos foram notificados, sendo 29 (8,1%) casos confirmados, 155 (43,3%) descartados laboratorialmente, 19 (5,3%) casos classificados como prováveis e 155 (43,3%) permanecem em investigação. Para mais dados, acessar o Painel de Monitoramento dos Casos da Monkeypox, na área da Vigilância, no IntegraSUS, que contém informações em tempo real, disponível no link: <https://integrasus.saude.ce.gov.br/#/area/4>.

B) DIAGNÓSTICO

Segundo a OMS (2022), o diagnóstico diferencial clínico que deve ser considerado inclui outras doenças, como varicela, sarampo, infecções bacterianas da pele, sarna, sífilis e alergias associadas a medicamentos. A linfadenopatia durante o estágio prodrômico da doença pode ser uma característica clínica para distinguir a varicela dos macacos da varicela ou da varíola.

O sintoma mais comum nas pessoas diagnosticadas com varíola dos macacos é a febre. No Brasil, além da reação térmica do corpo, pacientes relataram inchaço de gânglios, erupções na pele e dores musculares. Quanto aos locais das erupções, 59,9% acometeram órgãos genitais dos infectados, 44,4% no tronco e 40,3% em membros superiores.

Se houver suspeita de varíola, os profissionais de saúde devem coletar uma amostra apropriada e transportá-la com segurança para um laboratório com capacidade adequada. A confirmação da varíola dos macacos depende do tipo e qualidade da amostra e do tipo de teste laboratorial. Assim, as amostras devem ser embaladas e enviadas de acordo com as exigências nacionais e internacionais.

A reação em cadeia da polimerase (PCR) é o teste de laboratório preferido devido à sua precisão e sensibilidade. Para isso, as amostras diagnósticas ideais para a varíola dos macacos são de lesões de pele – o teto ou fluido de vesículas e pústulas e crostas secas. Sempre que possível, a biópsia é uma opção. As amostras de lesão devem ser armazenadas em um tubo seco e estéril (sem meio de transporte viral) e mantidas frias. Os exames de sangue de PCR geralmente são inconclusivos devido à curta duração da viremia em relação ao momento da coleta da amostra após o início dos sintomas e não devem ser coletadas rotineiramente dos pacientes. O diagnóstico laboratorial é realizado, então, por detecção molecular do vírus por reação em cadeia da polimerase em tempo real (qPCR).

Como os ortopoxvírus são sorologicamente reativos, os métodos de detecção de antígenos e anticorpos não fornecem confirmação específica para varíola de macaco. Portanto, os métodos de sorologia e detecção de antígenos não são recomendados para

diagnóstico ou investigação de casos onde os recursos são limitados. Além disso, a vacinação recente ou, por exemplo, qualquer pessoa vacinada antes da erradicação da varíola ou vacinada mais recentemente pode levar a resultados falsos positivos.

Para interpretar os resultados dos testes, é fundamental que as informações do paciente sejam fornecidas com as amostras, incluindo: a) data de início da febre, b) data de início da erupção cutânea, c) data da coleta da amostra, d) estado atual do indivíduo (estágio da erupção cutânea) e idade do paciente.

O diagnóstico complementar deve ser realizado considerando as seguintes doenças: varicela zoster, herpes zoster, herpes simples, infecções bacterianas da pele, infecção gonocócica disseminada, sífilis primária ou secundária, cancróide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reação alérgica e quaisquer outras causas de erupção cutânea papular ou vesicular. Há relatos esporádicos de pacientes coinfectados com o MPXV e outros agentes infecciosos, portanto, pacientes com erupção cutânea característica devem ser investigados mesmo quando outros testes sejam positivos.

DOENÇA	IMAGENS ILUSTRATIVAS	
VARICELA/ HERPES ZOSTER		
HERPES SIMPLES		
IMPETIGO		

DOENÇA	IMAGENS ILUSTRATIVAS		
SÍFILIS			
MOLUSCO CONTAGIOSO			
			

C) MODO DE TRANSMISSÃO

A principal forma de transmissão da varíola dos macacos ocorre por contato direto pessoa a pessoa (pele, secreções) e exposição próxima e prolongada com gotículas e outras secreções respiratórias. Úlceras, lesões ou feridas na boca também podem ser infectantes, o que significa que o vírus pode ser transmitido por meio da saliva. A infecção também pode ocorrer no contato com objetos recentemente contaminados, como roupas, toalhas, roupas de cama, ou objetos como utensílios e pratos.

D) MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TERAPÊUTICA

Os sinais e sintomas, em geral, incluem: Erupções cutâneas ou lesões de pele; Adenomegalia - Linfonodos inchados (ínguas); Febre; Dores no corpo; Dor de cabeça; Calafrio; Fraqueza (BRASIL, 2022).

Todas as pessoas com sintomas compatíveis de varíola dos macacos devem procurar uma Unidade Básica de Saúde imediatamente e adotar as medidas de isolamento. O diagnóstico é realizado de forma laboratorial, por teste molecular ou sequenciamento genético. As amostras são direcionadas para oito laboratórios de referência no Brasil (BRASIL, 2022).

Os cuidados clínicos para a varíola dos macacos devem ser totalmente otimizados para aliviar os sintomas, gerenciar complicações e prevenir sequelas a longo prazo. Os pacientes devem receber líquidos e alimentos para manter o estado nutricional adequado. As infecções bacterianas secundárias devem ser tratadas conforme indicado. Um agente antiviral conhecido como tecovirimat que foi desenvolvido para a varíola foi licenciado pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA) para varíola em 2022 com base em dados em estudos em animais e humanos. Ainda não está amplamente disponível (OMS, 2022).

Se usado para atendimento ao paciente, o tecovirimat deve idealmente ser monitorado em um contexto de pesquisa clínica com coleta de dados prospectiva.

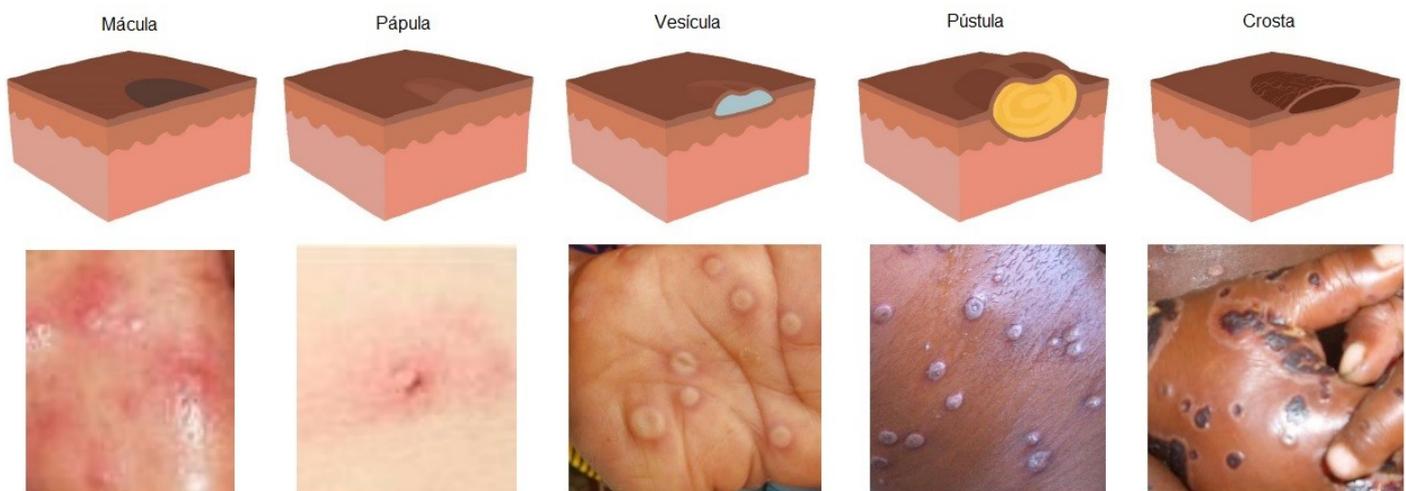
Ainda segundo a OMS (2022), a vacinação contra a varíola foi demonstrada através de vários estudos observacionais como sendo cerca de 85% eficaz na prevenção da varíola. Assim, a vacinação prévia contra a varíola pode resultar em doença mais leve. A evidência de vacinação prévia contra a varíola geralmente pode ser encontrada como uma cicatriz na parte superior do braço. Atualmente, as vacinas originais (de primeira geração) contra a varíola não estão mais disponíveis para o público em geral. Alguns funcionários de laboratório ou profissionais de saúde podem ter recebido uma vacina mais recente contra a varíola para protegê-los no caso de exposição a ortopoxvírus no local de trabalho. Uma vacina ainda mais recente baseada em um vírus vaccinia atenuado modificado (cepa Ankara) foi aprovada para a prevenção da varíola dos macacos em 2019. Esta é uma vacina de duas doses para a qual a disponibilidade permanece limitada. As vacinas contra a varíola e a varíola do macaco são desenvolvidas em formulações baseadas no vírus vaccinia devido à proteção cruzada proporcionada pela resposta imune aos ortopoxvírus.

Segundo o Plano de Contingência do Monkeypox do estado do Ceará, a transmissão da MPX ocorre principalmente por meio de contato com lesões de pele de pessoas infectadas ou objetos recentemente contaminados. A transmissão via gotículas usualmente requer contato próximo e prolongado com o paciente infectado. Após infecção, o período de incubação é tipicamente de 6 a 16 dias, podendo chegar a 21 dias, porém a transmissibilidade é encerrada quando o paciente não apresenta mais crostas e a pele encontra-se reepitelizada (OPAS, 2022).

Ainda, segundo o referido Plano de Contingência, após alguns sintomas inespecíficos, o paciente evolui com lesões de pele. A erupção pode começar nas áreas genital e perianal e nem sempre se dissemina para outras partes do corpo. As lesões se

iniciam geralmente de 1 a 3 dias após o aparecimento da febre e apresentam-se com diâmetro entre 0,5 a 1 cm, profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central. O número de lesões de pele varia de algumas a centenas. A erupção pode acometer todo o corpo, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés, podendo envolver ainda mucosas orais, conjuntiva, córnea e/ou genitália. Normalmente, as lesões cutâneas evoluem, ao mesmo tempo e sequencialmente, de máculas para pápulas, vesículas, pústulas e crostas, que escarificam até que sejam substituídas por novo epitélio. Casos em que lesões se apresentam em vários estágios de maturação distintos concomitantemente têm sido descritos. As maiores preocupações sobre as lesões são o prurido e a dor, bem como infecções secundárias.

Figura 1. Evolução das lesões cutâneas da monkeypox



Adaptado de <https://www.ufrgs.br/telessauders>.

É importante reforçar que, em situações de epidemia, casos de apresentação incomum podem acontecer. Dentre os casos de MPX diagnosticados em 2022, apresentações clínicas atípicas foram relatadas. Nesses casos, sinais e sintomas prodrômicos podem ser leves ou estar ausentes. Apesar das características clássicas das lesões, têm sido descritos casos de pacientes com erupções que se iniciam em áreas mucosas (oral, genital, perianal). Em alguns desses casos, as lesões se espalharam exclusivamente para determinada área do corpo. Alguns pacientes têm apresentado quadros oftalmológicos, uretrites ou dor anorretal, tenesmo e sangramento retal, causados por lesões vesiculares, pustulares ou ulcerativas perianais e proctite.

Cicatrizes e/ou áreas de hipocromia ou hiperpigmentação podem permanecer após a queda das crostas. Uma vez que todas as crostas caíam e a pele foi reepitelizada, o

paciente com MPX não transmite mais a infecção. A MPX é, geralmente, uma doença autolimitada com duração de 2 a 4 semanas.

O MPXV pode ser transmitido ao feto durante a gravidez ou ao recém-nascido por contato próximo, durante e após o nascimento. Resultados adversos da gravidez, incluindo perda espontânea da gravidez e natimorto, foram relatados em casos de infecção confirmada por varíola dos macacos durante a gravidez.

E) DEFINIÇÃO DE CASOS

Os casos de Monkeypox são epidemiologicamente classificados como suspeitos, prováveis, confirmados e descartados, conforme procedimentos destacados pelo Plano de Contingenciamento da SESA:

CASO SUSPEITO

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

CASO PROVÁVEL

Caso suspeito SEM investigação laboratorial para monkeypox ou com resultado inconclusivo e que não pode ser descartado pela confirmação clínico-laboratorial de outra doença/agravo, com um OU mais das exposições definidas abaixo:

- Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória OU contato físico direto, incluindo contato sexual com parcerias múltiplas e/ou desconhecidas nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU

- Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU história de contato íntimo, incluindo sexual, com caso provável ou confirmado de monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU

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

- Trabalhadores de saúde sem uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI)** com história de contato com caso provável ou confirmado de monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas.

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

** avental, óculos de proteção, máscara cirúrgica, luvas de procedimentos

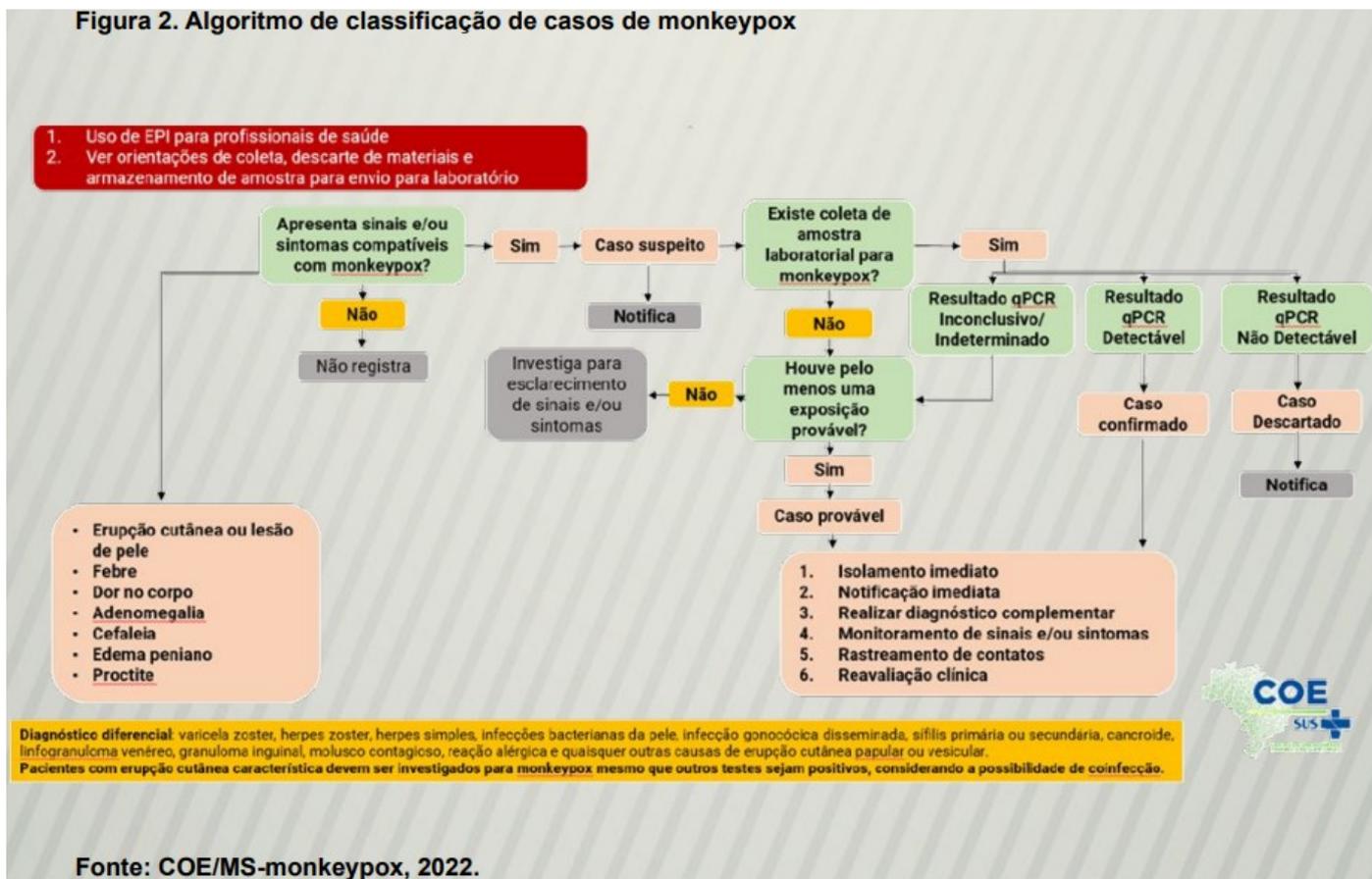
CASO CONFIRMADO

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

CASO DESCARTADO

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

Figura 2. Algoritmo de classificação de casos de monkeypox



F) MANEJO CLÍNICO EM POPULAÇÕES ESPECIAIS - ADOLESCENTES

Na população pediátrica, a erupção cutânea que se desenvolve na monkeypox pode assemelhar-se a outras doenças infecciosas típicas da infância, como varicela, doença mão-pé-boca, sífilis congênita, molusco contagioso, sarampo, Síndrome de Gianotti Crosti, chikungunya com manifestações bolhosas, além de outras doenças cutâneas, conforme detalhamento apresentando abaixo constante no Plano de Contingenciamento para o MPX do estado do Ceará.

Tal como acontece com os adultos, as crianças e adolescentes com monkeypox devem ser cuidadosamente monitorizados durante toda a sua doença. Os antivirais utilizados para tratamento pediátrico específico no mundo, até o presente momento, não estão disponíveis no Brasil.

Além disso, para a população pediátrica, atenção especial deve ser dada para manter as lesões de pele cobertas e evitar que as crianças cocem as lesões ou toquem nos olhos; estes podem resultar em auto-inoculação e doenças mais graves

Crianças e adolescentes com monkeypox devem receber tratamento sintomático, como

antipiréticos para febre e analgesia para dor, e serem avaliados quanto ao seu estado nutricional, recebendo nutrição e reidratação adequadas.

O prurido das erupções cutâneas também pode ser incômodo. Nesse caso, considerar a utilização de anti-histamínicos orais. Para as lesões orais, lavar a boca com antiséptico oral pelo menos quatro vezes ao dia para manter as lesões limpas ou anestésico local (por exemplo, lidocaína viscosa).

Para lesões genitais ou anorretais, está indicado banho de assento morno (banho morno composto de água e bicarbonato de sódio para curar e limpar a área perineal e/ou lidocaína tópica), que podem oferecer alívio de sintomas.

Recomenda-se tratamento conservador das lesões cutâneas, dependendo do seu estágio de evolução, com o objetivo de aliviar o desconforto, acelerar a cicatrização e prevenir as complicações, como a infecção secundária ou esfoliação.

Limpar as lesões suavemente com água estéril ou solução antisséptica. As lesões cutâneas em pacientes com monkeypox podem ser inflamadas, causando eritema leve e/ou hiperpigmentação da pele, portanto, não precisam ser tratadas com antibióticos.

O uso empírico terapêutico ou profilático de antibióticos deve ser desencorajado, pois aumenta o risco de surgimento e transmissão de bactérias multidrogarresistentes (MDR) e risco de possíveis efeitos colaterais dos antibióticos, como diarreia associada a *Clostridium difficile*.

Administrar uma vacina contendo toxóide tetânico apropriada à idade para lactentes e crianças com vacinação infantil incompleta e para qualquer pessoa que não tenha completado o esquema de vacinação antitetânico é recomendado.

Considerar suplementos de vitamina A de acordo com as recomendações padrão, especialmente para crianças que não receberam uma dose recentemente. Eles desempenham um papel importante em todas as etapas da cicatrização de feridas e saúde ocular.

G) MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Aumentar a conscientização sobre os fatores de risco e educar as pessoas sobre as medidas que podem tomar para reduzir a exposição ao vírus é a principal estratégia de prevenção da varíola. Estudos científicos estão em andamento para avaliar a viabilidade e adequação da vacinação para a prevenção e controle da varíola dos macacos. O Brasil começou recentemente a oferecer vacina a pessoas expostas a maior risco, como profissionais de saúde.

Mapear os locais e atividades com maiores exposições aos riscos e promover a orientação dos profissionais atuantes no Sistema Socioeducativo, são as primeiras medidas a serem adotadas. Insumos (máscaras, óculos, luvas, avental) e medidas utilizadas para desinfecção e higienização das mãos: Álcool gel 70% e Lavagem das mãos.

Recomendações de uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Recomenda-se o uso dos seguintes EPI'S:

Máscara Cirúrgica:

Em exposições eventuais de baixo risco;



Protetor Ocular (óculos de segurança):

Quando houver risco de exposição do profissional a respingo de sangue, secreções corporais e excreções. Os óculos devem ser exclusivos de cada profissional responsável pela assistência, devendo, após o uso, sofrer processo de limpeza com água e sabão/ detergente e desinfecção. Sugere-se a desinfecção por fricção com álcool 70% após cada uso ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante;

Luvas de Procedimento:

Devem ser utilizadas, conforme recomendada nas precauções padrão, quando houver risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e artigos ou equipamentos contaminados;



Arial MTCapote/Avental:

Impermeável Descartável.



3. VIGILÂNCIA E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS SUSPEITOS

A vigilância epidemiológica (VE) do 2019-nCoV tem como objetivo identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos de infecção humana pelo Novo Coronavírus de modo a diminuir os riscos de transmissão

3.1 Notificação

A notificação de casos suspeitos, confirmados e prováveis de monkeypox deve ser realizada de forma imediata, ou seja, até 24 horas após o conhecimento do caso para os demais níveis de gestão (**secretaria municipal de saúde, Cievs Regional, Cievs Estadual, Cievs Nacional, vigilância estadual**). O instrumento para notificação está disponível no Redcap até que seja disponibilizada a ficha de notificação/investigação no e-SUS.

Em 29 de julho de 2022, foi disponibilizada a nova versão da ficha de notificação, acessível no link: <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=ER7Y39373K>.

Os casos de monkeypox registrados no Redcap até o dia 31 de julho de 2022 podem ser atualizados por meio do link: <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=YC4CFND7MJ>. No entanto, todos os casos suspeitos de monkeypox (varíola dos macacos) no Ceará deverão ser comunicados de forma IMEDIATA, em até 24 horas, para o Cievs Estadual, por meio dos canais listados abaixo, por se tratar de eventos de saúde pública (ESP), conforme disposto na PORTARIA do MS Nº 1.102, de 13 de maio de 2022 e portaria do estado do Ceará Nº 2.854 de 09 de agosto de 2011.

É importante que todos os serviços envolvidos na investigação, condução e manejo, desde o local até o nível nacional, sejam comunicados oportunamente e continuamente sobre o caso notificado.

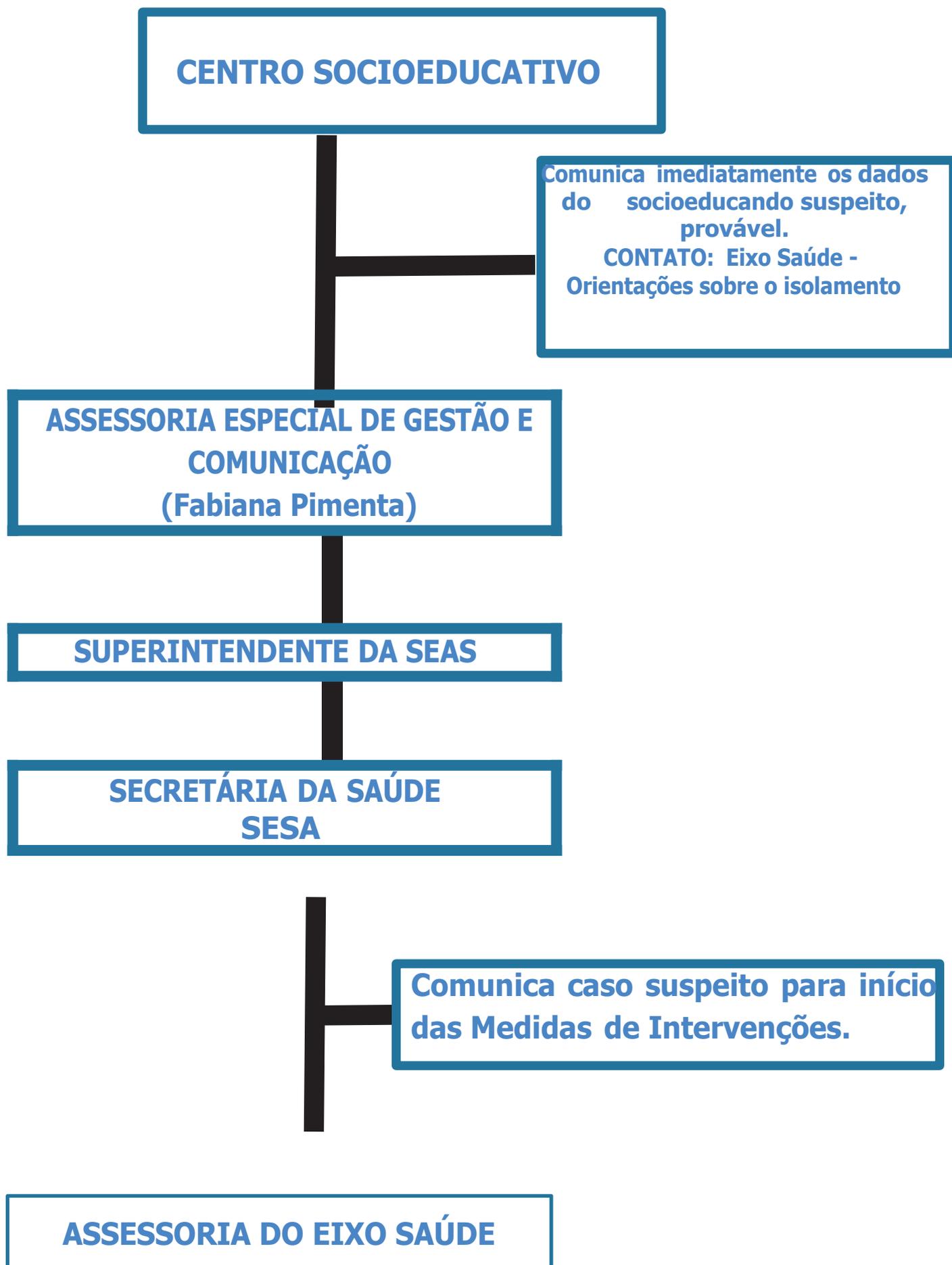
Para Comunicar ao CIEVS/CE:

Telefon: (85) 98724-0455

E-mail: cievsceara@gmail.com

Os dados da notificação devem ser inseridos na ficha de notificação através do link <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=ER7Y39373K> (clique no link ou digite na barra de endereços da internet) com o CID 11: B04 – varíola dos macacos [Monkeypox]. Após a notificação a ficha deve ser encaminhada para o email: saude@seas.ce.gov.br

3.2 Fluxo de encaminhamentos de casos suspeitos nos Centros Socioeducativos



4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO NAS UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS

4.1) Educação permanente aos profissionais, socioeducandos e visitantes sobre a Temática

A Educação permanente e continuada contribui na prevenção e controle dos agravos em saúde, com a inclusão de ações de educação, conhecimento e informação tendo as seguintes intervenções:

- **Treinamento dos profissionais de saúde e socioeducadores para prevenção, controle e cuidado aos casos suspeitos e contatos.**
- **Divulgação de materiais educativos e informativos divulgados por órgão especialista sobre a temática;**
- **Peças visuais para redes sociais (whatsapp, instagram, facebook) com informações sobre o vírus e medidas de prevenção.**
 - **Abordagem da temática com a família através do momento: Abraço em família;**
 - **Inclusão do tema na sala de aula, ensinando e orientando aos adolescentes sobre a patologia e medidas de prevenção e promoção da saúde.**
- **Inclusão do tema no Dia D de saúde, como medida de informações e esclarecimentos de dúvidas.**
 - **Explicação aos socioeducando através das assembléias, sobre as medidas que estão sendo tomadas como forma de prevenção e promoção da saúde.**

4.1) Vigilância nas portas de entrada e nos Centros de Internação do Sistema Socioeducativo

Os principais pontos de entrada identificados no Socioeducativo: Unidade de Recepção Luis Barros Montenegro, Centro Socioeducativo Dr. Zequinha Parente, Centro Socioeducativo José Bezerra de Menezes.

- **Avaliação e identificação dos dados epidemiológicos e sociodemográficos dos adolescentes em seu ingresso ao sistema socioeducativo, com ênfase e avaliação criteriosa nos casos de estrangeiros e/ou contatos com casos suspeitos/confirmados;**
- **Testagem rápida na porta de entrada;**
- **Conforme critério acima, os adolescentes devem ficar em isolamento em um período de 07 (sete) dias para observação de quadro clínico, com acompanhamento pela equipe de saúde da Unidade de Internação; Por enquanto não há necessidade de novo período de isolamento quando o adolescente for transferido da unidade de internação provisória para a internação definitiva;**
 - **Em caso suspeitos, seguir o fluxo de notificação definido e isolamento;**
 - **Em caso de confirmado, o adolescente deve permanecer em isolamento no próprio Centro Socioeducativo pelo período de incubação de 5 a 21 dias ou até a alta médica. Os contatantes de convívio do adolescente devem ser testados.**

4.1) Vigilância da Semiliberdade do Sistema Socioeducativo

Os principais pontos de entrada identificados no Socioeducativo: Centro de Semiliberdade Mártir Francisca, Centro Socioeducativo Aldaci Barbosa Mota, Centro de Semiliberdade de Crateús, Centro de Semiliberdade de Sobral, Centro de Semiliberdade de Iguatu, Centro de Semiliberdade de Juazeiro do Norte.

- **Avaliação e identificação dos dados epidemiológicos e sociodemográficos dos adolescentes em seu ingresso ao sistema socioeducativo, com ênfase e avaliação criteriosa nos casos de estrangeiros e/ou contatos com casos suspeitos/confirmados;**

- Conforme critério acima, os adolescentes devem ficar em isolamento em um período de 07 (sete) dias para observação de quadro clínico, com acompanhamento pela equipe de saúde da Unidade;
- Em caso suspeito, seguir o fluxo de notificação definido.

4.2) Vigilância nas Unidades Socioeducativas

- Avaliação clínica, por profissional de saúde capacitado, nos dias de visita, com identificação de visitantes com quadro suspeito. Os visitantes que apresentarem sinais e sintomas suspeitos **NÃO SÃO AUTORIZADOS** a entrar na Unidade Socioeducativa, sendo orientados a procurarem uma unidade de Saúde.
- A equipe de saúde da Unidade deve ficar em constante vigilância para a busca de casos suspeitos, através de ações de educação e saúde para adolescentes, visitas, profissionais e socioeducadores;
 - Em caso suspeito, seguir o Fluxo de notificação definidos e isolamento;

Cada Centro Socioeducativo deverá definir local para isolamento de casos suspeitos/confirmados, sob os cuidados da equipe de saúde especializada para acompanhamento clínico em parceria com os equipamentos de saúde da Rede SUS. O local pode ser alterado conforme avaliação da gestão. Em caso de agravamento do quadro clínico, encaminhar para os Hospitais de referências da Secretaria da Saúde do Estado:

a) Hospital São José de Doenças Infecciosas (Fortaleza)

b) Hospital Regional Norte (Sobral)

c) Hospital Regional do Sertão Central (Quixeramobim)

d) Hospital Regional do Cariri (Juazeiro do Norte)

REFERÊNCIAS

Plano Estadual Cearense de Contingência para Infecção do Monkeypox (MPX), 2022.

ANVISA. NOTA TÉCNICA Nº 002/2022 SESA/SSVS/GEVS. orientações e condutas frente ao surgimento de caso suspeito de Monkeypox. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Imuniza%C3%A7%C3%A3o/NT%20002_2022%20Monkeypox%2009.06.22.pdf. Acesso em 29/08/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. ago. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/conheca-o-cenario-epidemiologico-da-variola-dos-macacos-no-mundo-e-o-perfil-dos-casos#:~:text=O%20mundo%20registra%2C%20at%C3%A9%20o,est%C3%A3o%20distribu%C3%ADdos%20em%2096%20pa%C3%ADses>>. Acesso em 29/08/2022

Organização Mundial da Saúde (OMS). Monkeypox. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>. Acesso em 29/08/2022.



CEARÁ

GOVERNO DO ESTADO
SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA
ESTADUAL DE ATENDIMENTO
SOCIOEDUCATIVO