

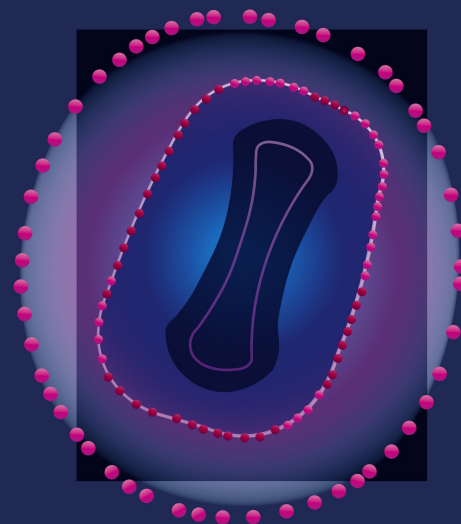
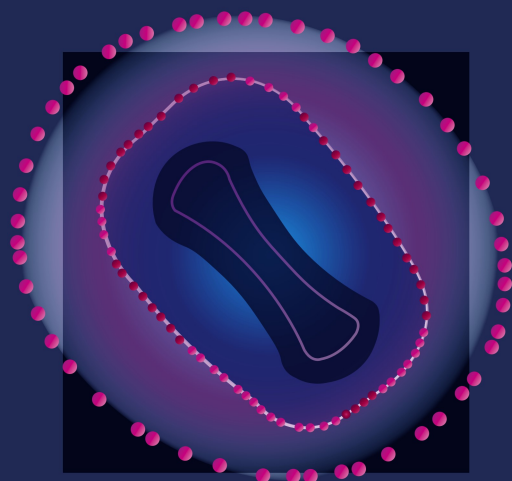
OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde

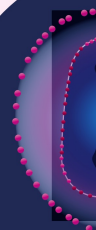
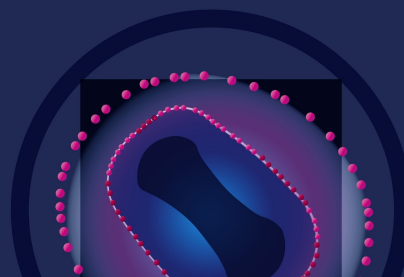
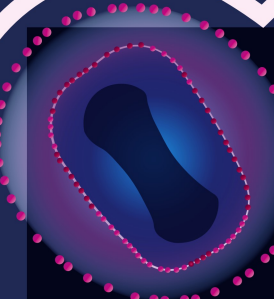
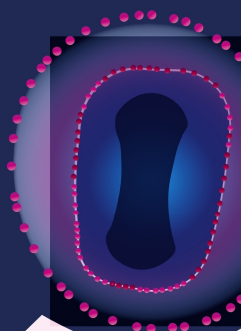


Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas



MANEJO CLÍNICO E PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO PARA VARÍOLA DOS MACACOS

.....
Orientação provisória de resposta rápida
10 de junho de 2022



OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

MANEJO CLÍNICO E PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO PARA VARÍOLA DOS MACACOS

.....

Orientação provisória de resposta rápida

10 de junho de 2022

© **Organização Mundial da Saúde 2022**

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Número de referência da OMS: WHO/MPX/Clinical_and_IPC/2022.1

SUMÁRIO

Agradecimentos	v
Abreviaturas	vii
Sumário executivo	ix
Sumário de recomendações	x
1 Metodologia	1
2 Caracterização clínica	3
2.1 Retrospectiva	3
2.2 História natural e gravidade da doença	3
2.3 Sinais e sintomas	3
2.4 Diagnóstico diferencial	4
2.5 Transmissão e excreção viral	4
2.6 Mulheres e gestantes ou pós-parto	5
2.7 Efeitos a médio e longo prazo	6
2.8 Sumário dos cuidados clínicos e prevenção e controle de infecção	6
3 Seleção, triagem, isolamento e avaliação clínica (3 recomendações)	7
4 Manejo da varíola dos macacos leve ou não complicada (9 recomendações)	10
4.1 Considerações gerais para cuidados na comunidade	10
4.2 Considerações de PCI na comunidade	11
4.3 Considerações clínicas	13
4.4 Manejo clínico das lesões cutâneas	14
5 Cuidados de saúde mental para pacientes com varíola dos macacos (2 recomendações)	16
6 Antivirais e outras terapias (1 recomendação)	18
6.1 Antivirais	18
6.2 Imunoglobulina	19
7 Prevenção e controle de infecção em estabelecimentos de saúde (7 recomendações)	20
7.1 Considerações de PCI para pacientes com suspeita de MPX	20
7.2 Considerações de PCI para pacientes com confirmação de MPX	21
8 Considerações para certas populações (9 recomendações)	24
8.1 Cuidados para populações sexualmente ativas (2 recomendações)	24
8.2 Cuidados com a mulher durante e após a gravidez (4 recomendações)	25
8.3 Cuidados para bebês e crianças pequenas com varíola dos macacos (2 recomendações)	27
8.4 Alimentação de lactentes em mães infectadas com MPX (1 recomendação)	28

9	Manejo de pacientes de alto risco e com complicações ou varíola dos macacos grave (2 recomendações)	29
10	Cuidados para pacientes com varíola dos macacos após infecção aguda (1 recomendação)	33
11	Manejo de pacientes falecidos (1 recomendação)	34
12	Manejo de profissionais de saúde expostos (1 recomendação)	35
13	Compilação de coletas de dados padronizados e a plataforma clínica da OMS	36
14	Incertezas e áreas de pesquisa	37
	Definições	38
	Referências	40
	Anexo 1. Definições de caso da oms para surto de varíola em países não endêmicos (em 21 de maio de 2022) (acesse o site para definições atualizadas)	46
	Anexo 2. Medicamentos e dosagem para cuidados sintomaticos	48
	Anexo 3. Recomendações e dosagem antimicrobiana para infecção bacteriana da pele	49
	Anexo 4. Sumário do licenciamento regulatório de antivirais para varíola dos macacos	50
	Anexo 5. Via de atendimento clínico para a varíola dos macacos	55

AGRADECIMENTOS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) gostaria de agradecer os esforços colaborativos de todos os envolvidos para tornar este processo rápido, eficiente, confiável e transparente.

Equipe principal da OMS responsável por esta orientação: (em ordem alfabética) April Baller (Chefe, Prevenção e Controle de Infecção [PCI], Fortalecimento da Prontidão do País, Programa de Emergências de Saúde [WHE]); Vanessa Cramond (WHE); Janet V Diaz (Chefe, Unidade de Gestão Clínica e Operações, Reforço da Prontidão do País, WHE); Krutika Kuppalli (Unidade de Doenças Emergentes e Zoonoses, WHE); Marta Lado (WHE); Rosamund Lewis (Unidade Global de Preparação para Riscos Infecciosos/Doenças Emergentes e Zoonoses, WHE); Julie Viry (oficial de projeto, WHE); Victoria Willet (Unidade PCI, WHE) Agradecimentos especiais ao SHOC por fornecer suporte de TI para essas reuniões (AEM/WHE).

Comitê Diretor da OMS: Benedetta Allegranzi (Líder Técnica, PCI, Serviços Integrados de Saúde); Lisa Askie (Departamento de Garantia de Qualidade de Normas e Padrões); Silvia Bertagnolio (Divisão de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis); Mercedes Bonet-Semanas (Saúde e Pesquisa Sexual Reprodutiva); Astrid Chojnacki (PCI, WHE, Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental); Landry Cihambanya (PCI, WHE, Escritório Regional da OMS para a Região Africana); Georgio Commetti (Força de Saúde); Ana Paula Coutino Rehse (Unidade de Gestão de Riscos Infecciosos, Escritório Regional da OMS para a Europa); Kirrily de Polnay (Departamento de Nutrição e Segurança Alimentar); Meg Doherty (Programas Globais de HIV, Hepatite e DSTs); Luca Fontana (Saúde e Logística Técnica, WHE); Fahmy Hanna (Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias); Ivan Ianov (Saúde Ocupacional e do Trabalho); Kathryn Johnston [Gestão de Riscos Infecciosos, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)]; Manish Kakkar (Gestão de Casos, WHE, Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático); Edna Karra (Saúde e Pesquisa Sexual Reprodutiva); Chiori Kodama (Líder, Gestão de Casos, WHE, Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental); Marta Lado Castro-Rial (Manejo de Casos, WHE); Rosamund Lewis (Preparação Global para Riscos Infecciosos/Doenças Zoonóticas Emergentes, WHE); Stacey Mearns (Equipe de Apoio Rápido à Saúde Pública do Reino Unido, destacada para a PCI da OMS, WHE); Antons Mozalevskis (Programa Global de Tuberculose); Deus Mumbagizi (Regulamento e Pré-qualificação); PierreYves Oger (WASH, UNICEF); Pilar Ramon Pardo (Departamento de Doenças Transmissíveis e Determinantes Ambientais da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)); Dina Pfeifer (Líder, Manejo de Casos, WHE, Escritório Regional da OMS para a Europa); Kamara Rashidatu (Líder, Manejo de Casos, WHE, OMS Escritório Regional para a Região Africana); Ludovic Reveiz (Departamento de Evidência e Inteligência para Ação em Saúde, OPAS); Aparna Shah (Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde, Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático); Alice Simniceanu (Doenças Emergentes e Zoonoses Unidade, WHE); Valeska Stempliuk (OPAS/ Escritório da OMS para Jamaica, Bermudas e Ilhas Caimã); Omar Sued (Departamento de Doenças Transmissíveis e Determinantes Ambientais da Saúde, OPAS); Nishijima Takeshi (Líder, Manejo de Casos, WHE, OMS Escritório Regional para o Pacífico Ocidental); Maha Talaat (AMR e PCI, Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental); João Toledo (PCI, Serviços Integrados de Saúde); Wilson Were (Saúde Materna, Neonatal, Infantil e Adolescente); Teodora Wi (Programas Globais de HIV, Hepatites e DSTs); Pushpa Wijesinghe (Líder, Manejo de Casos, WHE, Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático); Marjam Esmail (UNICEF); Jerome Pfaffman (UNICEF).

Agradecimentos especiais são devidos ao Grupo de Desenvolvimento de Orientações (GDG) por fornecer informações e revisão: Copresidentes: Tochi Okwor (Nigeria Center for Disease Control, Nigéria); Tom Fletcher (Liverpool School of Tropical Medicine, Royal Liverpool e Broadgreen University Hospitals NHS Trust NHS, Liverpool, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte) Rodrigo Angerami (Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas/UNICAMP, Brasil); Enrique Castro-Sánchez.

(Universidade de West London, Imperial College London; Universitat Oberta de Catalunya, Espanha); Nizam Damani (Southern Health and Social Care Trust, Reino Unido; Sindh Institute of Urology and Transplant Center, Paquistão); Jake Dunning (Chefe de Infecções Emergentes e Zoonoses, Saúde Pública da Inglaterra); Candida Fernandes (Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Portugal); Carole Fry (Agência de Proteção à Saúde do Reino Unido); Lindsay Grayson (Universidade de Melbourne, Austin Health, Melbourne, Austrália); Lisa Hensley (Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, EUA); Thierry Kalonji, Ministério da Saúde, Kinshasa, República Democrática do Congo); Jason Kindracuk (Universidade de Manitoba, Canadá); Aaron Kofman (Centros de Controle e Prevenção de Doenças [CDC], Atlanta, Geórgia, EUA); Fernanda Lessa (CDC, Atlanta, Geórgia, EUA); Laurens Liesenborghs (Instituto Belga de Medicina Tropical, Bélgica); Kalisvar Marimuthu (Centro Nacional de Doenças Infecciosas, Hospital TanTock Seng, Cingapura); Placide Mbala (Instituto Nacional de Pesquisa Biomédica, República Democrática do Congo); Geeta Mehta (Faculdade de Medicina Lady Hardinge, Nova Deli, Índia); Marc Mendelson (Hospital Groote Schuur, Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul); Emmanuel Nakoune (Instituto Pasteur de Bangui e Universidade de Bangui, República Centro-Africana); Pius Okong (Comissão de Serviços de Saúde, Kampala, Uganda); Diamantis Plachouras (Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças); Anne Rimoin (UCLA Jonathan e Karin Fielding School of Public Health and Infectious Disease Division da David Geffen School of Medicine, EUA); Mitchell Schwaber (Centro Nacional de Controle de Infecções, Ministério da Saúde de Israel, Israel); Elena Sendagorta (Hospital Universitário La Paz, Espanha); Mark Sobsey (Gillings School of Global Public Health University of North Carolina em Chapel Hill, EUA); Shalini Sri Ranganathan (Universidade de Colombo, Sri Lanka); Julian Tang (Hospitais Universitários Leicester, Reino Unido); Margarida Tavares (Centro Hospitalar Universitário de São João, Programa Nacional de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Infecção pelo HIV, Espanha); Pierre Van de Perre (Universidade de Montpellier, França); Laura Waters (University College London, Reino Unido); Adesola Yinka (Centro de Controle de Doenças da Nigéria, Nigéria).

Agradecimentos especiais aos seguintes colaboradores do rascunho do guia de campo para varíola dos macacos, desenvolvido pela OMS: Alexandra Hill, Rosamund Lewis, Nohelly Nombela, Bernard Onoja e Nikola Sklenovska em estreita colaboração com Andrea McCollum e Brett Peterson do Poxvirus and Rabies Branch, CDC EUA; e com a contribuição de especialistas externos: Jake Dunning, Placide Mbala e Dimie Ogoina.

Agradecimentos especiais a Karren Staniforth (Cientista Clínico Consultor, Agência de Segurança da Saúde do Reino Unido); Ginny Moore (Grupo de Microbiologia de Biossegurança, Ar e Água, Agência de Segurança da Saúde do Reino Unido); e Thomas Pottage (Grupo de Microbiologia de Biossegurança, Ar e Água, Agência de Segurança da Saúde do Reino Unido) por conduzir uma rápida revisão sobre a adição de cloro ao lavar a roupa de cama de casos identificados com varíola dos macacos; que pode reduzir significativamente o risco de transmissão.

ABREVIATURAS

ABCD	via aérea, respiração, circulação, déficits (do inglês <i>airway, breathing, circulation, disability</i>)
ACH	trocas de ar por hora (do inglês <i>air changes per hour</i>)
AGP	procedimento de geração de aerossol (do inglês <i>aerosol-generating procedure</i>)
AII	isolamento de infecções transmitidas por aerossol (do inglês <i>airborne infection isolation</i>)
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
TARV	terapia antirretroviral
AVPU	alerta, voz, dor, arresponsiva (escala) (do inglês <i>alert, voice, pain, unresponsive</i>)
IMC	Índice de massa corpórea
CA-MRSA	<i>Staphylococcus aureus</i> metilino-resistente adquirido na comunidade
CB	Bacia do Congo (do inglês <i>Congo basin</i>)
TCC	terapia cognitivo-comportamental
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças (do inglês <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>)
CFR	taxa de letalidade (do inglês <i>case fatality ratio</i>)
LCR	líquido cefalorraquidiano
DGI	infecção gonocócica disseminada (do inglês <i>disseminated gonococcal infection</i>)
DOI	declaração de interesse (do inglês <i>declaration of interest</i>)
EMA	Agência Europeia de Medicamentos (do inglês <i>European Medicines Agency</i>)
GDG	Grupo de Desenvolvimento de Guias (do inglês <i>Guideline Development Group</i>)
HSV	Herpes vírus simples
DI	doença infecciosa
IFRC	Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (do inglês <i>International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies</i>)
PCI	prevenção e controle de infecção
IITT	Ferramenta de Triage Integrada Interagências (do inglês <i>Interagency Integrated Triage Tool</i>) (OMS/IFRC)
IO	intraósseo
IV	intravenoso
LGV	linfgranuloma venéreo
MDR	multidroga resistente (do inglês <i>multidrug-resistant</i>)
MEURI	Emergência monitorada de uso de intervenções não registradas e investigacionais (do inglês <i>Monitored Emergency Use of Unregistered and Investigational Interventions</i>)
MPX	variola dos macacos (do inglês <i>monkeypox</i>)
HSH	homens que fazem sexo com homens
MSSA	<i>Staphylococcus aureus</i> metilino sensível
MUAC	circunferência do braço médio (do inglês <i>mid-upper arm circumference</i>) (em crianças)
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCR	reação em cadeia da polimerase (do inglês <i>polymerase chain reaction</i>)
PPE	profilaxia pós-exposição
EPI	equipamento de proteção individual
TEPT	transtorno de estresse pós-traumático
ECR	ensaio controlado randomizado
RT-PCR	reação em cadeia da polimerase em tempo real (do inglês <i>real-time polymerase chain reaction</i>)
ISTs	infecções sexualmente transmissíveis

FDA EUA	Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos
VIG	imunoglobulina vacinal
VZV	vírus varicella zoster
WA	África Ocidental (do inglês <i>West Africa</i>)
WHE	Programa de Emergências em Saúde (do inglês <i>Health Emergencies Programme</i>) (OMS)
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO EXECUTIVO

Doze anos após a descoberta do novo ortopoxvírus em um laboratório dinamarquês em 1958, o primeiro caso de varíola dos macacos humana (MPX) foi identificado em 1970 em um menino de 9 meses na República Democrática do Congo (1,2). Desde então, a maioria dos casos foi relatada na África Central e Ocidental (1). As erupções da MPX podem se assemelhar a várias doenças infecciosas, como varicela zoster, herpes simples e sífilis. Em 6 de junho de 2022, um total de 1.002 casos de MPX confirmados laboratorialmente foram notificados à OMS a partir de 29 Estados Membros da Europa e da América do Norte, em quatro regiões da OMS e nenhuma morte foi relatada. Até o momento, o atual surto de MPX ocorre principalmente entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e foi predominantemente identificado entre homens que procuram atendimento em clínicas de atenção primária e saúde sexual devido a sintomas semelhantes a outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Para os números de casos mais atualizados, consulte o site (3).

Devido à natureza multinacional deste surto, a OMS desenvolveu orientações provisórias rápidas para o manejo clínico e a prevenção e controle de infecção (PCI) da MPX. Consulte a Seção 1 sobre a metodologia para obter mais detalhes.

Público-alvo

Este documento visa fornecer orientação provisória para médicos, gestores de unidades de saúde, profissionais de saúde e profissionais de PCI, incluindo, entre outros, aqueles que trabalham em clínicas de atenção primária, clínicas de saúde sexual, pronto atendimento, consultórios odontológicos, clínicas de doenças infecciosas, clínicas genituri-nárias, serviços de maternidade, pediatria, obstetrícia e ginecologia e unidades de cuidados intensivos que prestam cuidados a pacientes com suspeita ou confirmação de MPX. Para a totalidade deste documento, para facilitar, vamos nos referir aos pacientes que estão sendo avaliados e entrando no sistema de atendimento clínico da MPX como suspeitos, incluindo no termo ambos os grupos epidemiológicos (casos suspeitos e casos prováveis).

SUMÁRIO DE RECOMENDAÇÕES

Seleção, triagem, isolamento e avaliação clínica

A OMS recomenda:

- No primeiro contato com o sistema de saúde, devem ser realizadas a seleção e a triagem de todas as pessoas que apresentarem erupção cutânea e febre ou linfadenopatia, de acordo com a definição de caso da OMS (👤) adaptada localmente, para identificar indivíduos com suspeita ou confirmação de MPX.
- Após triagem e isolamento, faça a triagem de pacientes com suspeita de MPX usando uma ferramenta de triagem padronizada (como a Ferramenta de Triagem Integrada Interagências da OMS/IFRC); e avalie o paciente para determinar fatores de risco e presença de doença grave.
- Teste os pacientes suspeitos para MPX.

Manejo da varíola dos macacos leve ou não complicada

A OMS recomenda:

- Os pacientes com suspeita ou confirmação de MPX com doença leve, sem complicações e sem alto risco de complicações podem ser isolados em casa, durante o período transmissível, desde que uma avaliação domiciliar determine que as condições de prevenção e controle de infecção (PCI) sejam cumpridas no ambiente doméstico.
- Uma avaliação domiciliar deve ser realizada ao decidir isolar e cuidar de uma pessoa com suspeita ou confirmação de MPX com doença leve não complicada em um ambiente domiciliar.
- Um paciente com MPX leve e sem complicações atendido em casa deve ser isolado em uma área separada de outros membros da família e longe de áreas compartilhadas da casa (ou seja, um quarto separado ou área com cortina ou tela)
- Deve-se ter cuidado ao manusear e limpar roupas de cama, superfícies domésticas e durante o descarte de resíduos. Os pacientes com MPX devem receber tratamento sintomático, como antipiréticos para febre e analgesia para dor.
- Os pacientes com MPX devem ser avaliados quanto ao seu estado nutricional e receber nutrição e reidratação adequadas.
- Oriente os pacientes com MPX leve sobre os sinais e sintomas de complicações que devem suscitar atendimento urgente.
- Deve ser realizado tratamento conservador das lesões dependendo do estágio com o objetivo de aliviar o desconforto, acelerar a cicatrização e prevenir complicações, como infecções secundárias ou esfoliação.
- Não deve ser usada antibioticoterapia ou profilaxia nos pacientes com MPX não complicada. No entanto, as lesões devem ser monitoradas para infecção bacteriana secundária (ou seja, celulite, abscesso) e, se presentes, tratadas com antibióticos com atividade contra a flora normal da pele, incluindo *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA)

A OMS recomenda: Cuidados de saúde mental para pacientes com varíola dos macacos

A OMS recomenda:

- Devem ser feitas a identificação e avaliação imediatas de sintomas de ansiedade e depressão no contexto da MPX. Devem-se iniciar estratégias básicas de apoio psicossocial e intervenções de primeira linha para manejo de novos sintomas de ansiedade e depressão.
- As estratégias de apoio psicossocial devem ser as intervenções de primeira linha para manejo de problemas de sono no contexto de estresse agudo.

Antivirais e outras terapias

- Em pacientes com MPX, o uso de antivirais é preferível em ensaios clínicos randomizados (ECRs) com coleta de dados clínicos e de resultados padronizados para aumentar rapidamente a geração de evidências sobre eficácia e segurança. Quando não for possível, antivirais podem ser usados em protocolos de acesso expandido, como MEURI (Emergência Monitorado de Uso de Intervenções Não Registradas e Investigacionais) (3).

Prevenção e controle de infecção em estabelecimentos de saúde

A OMS recomenda:

- Devem ser implementadas precauções de contato e gotículas para qualquer paciente confirmado com MPX. Além das precauções de contato e gotículas, devem ser implementadas precauções de aerossol se houver suspeita de vírus da varicela zoster (ou seja, catapora) até que seja excluída.
- Devem ser implementadas precauções de contato e gotículas para qualquer paciente confirmado com MPX. Além das precauções de contato e gotículas, devem ser usados respiradores.
- Devem ser implementadas precauções de aerossol se forem realizados procedimentos geradores de aerossol (AGPs).
- As áreas do estabelecimento de saúde frequentemente utilizadas pelo paciente ou onde ocorrem atividades de atendimento ao paciente e os equipamentos de atendimento ao paciente devem ser limpos e desinfetados de acordo com as orientações nacionais ou do estabelecimento.
- Roupa de cama, aventais hospitalares, toalhas e quaisquer outros itens de tecido devem ser manuseados e coletados com cuidado. Todos os fluidos corporais e resíduos sólidos de pacientes com MPX devem ser tratados como resíduos infecciosos.
- Os pacientes isolados com MPX devem ter medidas implementadas para apoiar a interação do paciente com familiares e visitantes para promover seu bem-estar.

Cuidados para populações sexualmente ativas

A OMS recomenda:

- Todos os pacientes devem ser aconselhados a se abster de sexo até que TODAS as lesões cutâneas da MPX tenham crostas, as crostas tenham caído e uma nova camada de pele tenha se formado por baixo.
- Com base no princípio da precaução, a OMS sugere o uso de preservativo de forma consistente durante a atividade sexual (oral/anal/vaginal receptivo e insertivo) por 12 semanas após a recuperação para prevenir uma possível transmissão da MPX.

Cuidados para a mulher durante e após a gravidez

A OMS recomenda:

- Gestantes ou mulheres que engravidaram recentemente com MPX leve ou sem complicações talvez não precisem de cuidados agudos em hospital, mas o monitoramento em uma unidade de saúde pode ser preferível; aquelas com doença grave ou complicada devem ser internadas em uma unidade de saúde para atendimento, pois requerem cuidados de suporte otimizados ou intervenções para melhorar a sobrevivência materna e fetal.
- Gestantes e mulheres recentemente grávidas com MPX devem ter acesso a cuidados especializados, respeitosos e centrados na mulher, incluindo assistência ao parto, obstetrícia, ginecologia, medicina fetal e neonatal, bem como saúde mental e apoio psicossocial, com prontidão para a oferta de cuidados para complicações maternas e neonatais.
- O tipo de parto deve ser individualizado, com base nas indicações obstétricas e nas preferências da mulher. A OMS recomenda que a indução do parto e a cesariana só devem ser realizadas quando clinicamente justificadas e com base nas condições maternas e fetais.
- Mulheres grávidas e recentemente grávidas que se recuperaram da MPX devem ser habilitadas e encorajadas a receber atenção rotineira pré-natal, pós-parto ou de aborto, conforme apropriado. Cuidados adicionais devem ser fornecidos se houver alguma complicação.

Cuidados para bebês e crianças pequenas com varíola dos macacos

A OMS recomenda:

- Recém-nascidos de mães com MPX devem ser monitorados de perto para evidência de potencial exposição ou infecção congênita ou perinatal. Mães e bebês ou crianças pequenas também podem ser expostos através de contato próximo.
- As crianças expostas à MPX devem ser totalmente vacinadas para a idade de acordo com o calendário nacional de vacinação de rotina e ter suas vacinas em dia, quando possível.

Alimentação de bebês de mães infectadas com varíola dos macacos

A OMS recomenda:

- As práticas de alimentação infantil, incluindo se interrupção ou não do aleitamento materno para uma mãe com MPX, devem ser avaliadas caso a caso, considerando-se o estado físico geral da mãe e a gravidade da doença, o que pode afetar o risco de transmissão de MPX da mãe para o bebê.

Manejo de pacientes de alto risco e com complicações ou varíola dos macacos grave

A OMS recomenda:

- Os pacientes com alto risco de complicações (ou seja, crianças pequenas, gestantes e imunossuprimidos) ou aqueles com MPX grave ou complicada devem ser hospitalizados para monitoramento mais próximo e cuidados clínicos sob precauções de isolamento apropriadas para prevenir a transmissão do vírus da MPX.
- Os pacientes com MPX que desenvolvem complicações ou doença grave devem ser tratados com intervenções otimizadas de cuidados de suporte.

Cuidados para pacientes com varíola dos macacos após infecção aguda

A OMS recomenda:

- Os pacientes com suspeita ou confirmação de MPX devem ter acesso a cuidados de acompanhamento. Todos os pacientes com MPX (e seus cuidadores) devem ser aconselhados a monitorar quaisquer sintomas persistentes, novos ou em mudança. Se isso ocorrer, eles devem procurar atendimento médico, de acordo com os fluxos de atendimento nacionais (locais)

Manejo de óbitos

A OMS recomenda:

- O manuseio de restos humanos de indivíduos falecidos com MPX deve ser feito com medidas apropriadas de PCI.

Manejo de profissionais de saúde expostos

- A OMS recomenda que os profissionais com exposição ocupacional à MPX tenham um plano de avaliação e manejo.

Compilação de coletas de dados padronizadas e a plataforma clínica da OMS

1 METODOLOGIA

Esta orientação provisória de resposta rápida foi desenvolvida de acordo com os padrões e métodos descritos no *Manual de desenvolvimento de orientações da OMS* (4). O conteúdo inicial foi derivado de uma versão preliminar do *Guia de campo para varíola dos macacos* (não publicado, ver agradecimentos) nos capítulos sobre cuidados clínicos e PCI. Esses capítulos foram convertidos em recomendações práticas “espantalho” pelo Comitê Diretor da OMS, liderado pela Unidade de Gestão e Operações Clínicas, e pela equipe de PCI, Departamento de Fortalecimento da Prontidão do País, WHE. Em 25 de maio de 2022, o Comitê Diretor da OMS foi convocado para concordar com o escopo da orientação e a versão preliminar das recomendações “espantalho” da orientação.

Orientações relacionadas: Quando possível, foram usadas orientações da OMS já publicadas para apoiar recomendações rápidas (ver Referências)

Cronograma: Isso foi publicado como *Manejo clínico e prevenção e controle de infecção para varíola dos macacos: orientação provisória de resposta rápida*, com uma atualização proposta 2 meses a partir da publicação e conversão para uma orientação baseada no GRADE que adere aos padrões para orientações confiáveis.

Abordagem gradual

Etapa 1. Monitoramento de evidências: Para as recomendações clínicas, uma pesquisa abrangente foi realizada on-line via PubMed, usando os seguintes critérios de pesquisa: “Monkeypox”, “Orthopoxvirus or Poxvirus” “Clinical outcomes” “Maternal outcomes” “Immunosuppression” e “Antivirals or therapeutic” Ensaios controlados randomizados, estudos de coorte, meta-análises, relatos de casos e artigos de revisão foram revisados. Por causa do cronograma acelerado e amplo escopo da orientação, não era viável realizar um processo GRADE formal (perguntas PICO; revisões sistemáticas; documentação formal de valores e preferências; e incorporação de considerações de custos, recursos e viabilidade).

Para as recomendações de PCI, foi desenvolvido um projeto de orientação com base em precauções baseadas na transmissão. Isso foi distribuído a um painel de especialistas de PCI e especialistas em doenças infecciosas (DI) que solicitaram uma revisão rápida da literatura. A unidade técnica realizou uma pesquisa rápida da literatura no PubMed usando a estratégia de busca “Monkeypox”, “Orthopoxvirus or Poxvirus” AND “transmission”. Revisões sistemáticas e documentos relevantes foram incluídos e revisados. Em 25 de maio de 2022, foi realizada uma consulta com especialistas em PCI e DI de todas as regiões da OMS para discutir as medidas de PCI e os resultados da pesquisa rápida da literatura foi compartilhada nessa reunião. Em 24 de maio de 2022, a OMS organizou uma reunião da rede clínica para reunir informações sobre manejo e características clínicas de médicos com experiência recente no atendimento de pacientes.

Etapa 2. Convocação do GDG: Em 27, 28 e 30 de maio de 2022, a OMS convocou um GDG de especialistas composto por um painel multidisciplinar de profissionais de saúde com experiência no manejo clínico e PCI de pacientes com doenças zoonóticas emergentes, HIV, DSTs e sepse. Em preparação para essa reunião, o projeto de orientação foi distribuído ao painel juntamente com as principais referências usadas em seu desenvolvimento. A unidade técnica coletou e gerenciou declarações de interesse (DOIs) e não encontrou nenhum membro do GDG com conflito de interesse. Além da distribuição de um formulário DOI, durante a reunião, o secretariado da OMS descreveu o processo do DOI sendo dada oportunidade aos membros do GDG para declarar quaisquer interesses não fornecidos por escrito. Nenhum conflito verbal foi declarado. As pesquisas na internet não identificaram quaisquer interesses adicionais que pudessem ser percebidos como algo que afetasse a objetividade e a independência de algum indivíduo durante o desenvolvimento das recomendações.

Etapa 3. Recomendações finais: O GDG foi convocado e moderado por dois presidentes externos. As recomendações preliminares foram compartilhadas com o painel de antemão e a discussão foi moderada até que fosse alcançado consenso. Os seguintes elementos da estrutura de evidência para decisão foram discutidos: benefícios e danos, viabilidade, considerações sobre recursos, equidade e valores e preferências dos pacientes. A evidência disponível, de muito baixa qualidade (pequenos estudos observacionais) e a opinião de especialistas apoiaram as discussões. Além disso, o princípio da precaução foi levantado devido às informações limitadas disponíveis e à incerteza atual relacionada aos modos de transmissão e aos riscos em potencial para os profissionais de saúde e o público. O documento preliminar foi compartilhado com o GDG em um processo interativo todos os dias após as reuniões para revisão. O Comitê Diretor da OMS pré-especificou as regras de votação no caso de o consenso não ser claramente alcançado. Uma maioria simples seria usada para determinar a direção da recomendação

Etapa 4. Revisão, publicação e disseminação: O documento final foi submetido ao Comitê de Revisão de Orientações (GRC) e aprovado para liberação executiva por Mike Ryan (Diretor Executivo, WHE).

A OMS terá como objetivo atualizar essa orientação com uma orientação padrão da OMS baseada no GRADE dentro de 8 a 12 semanas após a publicação.

2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

2.1 Retrospectiva

A varíola dos macacos (MPX) é uma doença zoonótica viral que pertence ao gênero *Orthopoxvirus* da família *Poxviridae*. A doença humana foi identificada pela primeira vez em 1970 em um menino de 9 meses na República Democrática do Congo e, desde então, a maioria dos casos foi relatada na África Central e Ocidental (1,2). Existem dois clados conhecidos de MPX, um na África Ocidental (WA) e outro na região da Bacia do Congo (CB) (5). Historicamente, o clado CB parece ser mais virulento, com uma taxa de letalidade (CFR) variando de 1% a 10%, (2,6,7) ao passo que o clado WA está associado a uma taxa de letalidade geral menor de < 3% (7,8). Dados recentes sobre este último relatam uma CFR de 1,4% (9). É importante notar que a mortalidade pode diferir substancialmente em diferentes contextos.

2.2 História natural e gravidade da doença

O período de incubação da MPX é geralmente de 6 a 13 dias após a exposição, mas pode variar de 5 a 21 dias (10). Embora a maioria das pessoas se recupere em semanas, foram relatadas complicações e sequelas graves mais comumente entre os não vacinados contra varíola do que nos vacinados (74% contra 39,5%) (11). Não está claro se há diminuição da imunidade contra varíola devido à vacinação ao longo do tempo; no entanto, estudos indicam que a vacinação contra a varíola é aproximadamente 85% efetiva na prevenção da MPX (12). Como a vacinação prévia contra a varíola pode resultar em uma evolução mais leve da doença, é importante verificar o estado vacinal em qualquer pessoa exposta à MPX (9). A evidência da vacinação prévia contra a varíola geralmente pode ser encontrada como uma cicatriz na parte superior do braço. Indivíduos com mais de 40 a 50 anos de idade (dependendo do país) podem ter sido vacinados contra a varíola antes da interrupção das campanhas globais de vacinação contra a varíola após a OMS declarar a erradicação da doença em 1980 (1). Além disso, alguns funcionários de laboratório ou profissionais de saúde podem ter recebido a vacina.

Até o momento, a maioria das mortes relatadas ocorreu em crianças pequenas e indivíduos imunocomprometidos, como aqueles com HIV mal controlado (8,11,13). Um estudo recente na República Democrática do Congo relatou que, em uma coorte de 216 pacientes, houve três óbitos de pacientes < 12 anos. Quando comparados com os sobreviventes, os pacientes com doença fatal apresentaram maior carga de DNA viral MPX no sangue, maior quantidade de lesões cutâneas e valores de AST e ALT no dia da admissão (9).

2.3 Sinais e sintomas

A MPX pode causar uma variedade de sinais e sintomas clínicos. A fase inicial da doença clínica geralmente dura de 1 a 5 dias, durante os quais os pacientes podem apresentar febre, dor de cabeça, dor nas costas, dores musculares, falta de energia e linfadenopatia – que é uma característica distintiva dessa doença (9). Segue-se uma segunda fase, que ocorre tipicamente 1 a 3 dias após o desaparecimento da febre com o aparecimento de uma erupção cutânea (12,14,15). A erupção apresenta-se em fases sequenciais – máculas, pápulas, vesículas, pústulas, umbilicação antes da formação de crostas e descamação por um período de 2 a 3 semanas. As lesões variam em tamanho de 0,5 a 1 cm de diâmetro, e de algumas a vários milhares em número (1,2). A erupção tende a ser centrífuga, iniciando-se na face e estendendo-se até a palma das mãos e a planta dos pés, podendo envolver as mucosas orais, conjuntiva, córnea e/ou genitália (2,11,16). A observação de surtos atuais em países europeus e norte-americanos descreve lesões que iniciam na área genital, porém mais informações se fazem necessárias (17). Os pacientes podem desenvolver linfadenopatia – que foi descrita em 98,6% de uma coorte de mais de 200 pacientes com MPX na República Democrática do Congo (2,9). As úlceras orais são comuns e podem afetar a capacidade do paciente de ingerir alimentos e beber, levando à

desidratação e desnutrição (14,18). Também pode ocorrer inflamação das mucosas faríngea, conjuntival e genital (10,14). Um grande estudo observacional prospectivo recente que relatava a história natural de 216 pacientes com MPX na República Democrática do Congo descreveu os sintomas clínicos mais comuns como exantema (96,8%), mal-estar (85,2%) e dor de garganta (78,2%); linfadenopatia [98,6% – a região cervical foi a mais afetada (85,6%), seguida pela região inguinal (77,3%)] e lesões na boca/garganta (28,7%) (9).

Embora incomum, os pacientes com MPX podem desenvolver complicações graves e ameaçadoras de vida. Por exemplo, a confluência das lesões cutâneas é suscetível às infecções bacterianas da pele e dos tecidos moles, como celulite, abscessos, infecções necrosantes dos tecidos moles, exigindo cuidados locais meticulosos; acúmulo subcutâneo de líquido na fase de crostas levando à depleção intravascular e choque; e esfoliação que resulta em áreas da pele que podem exigir desbridamento cirúrgico e enxerto (14,15,18). Outras complicações mais raras incluem pneumonia grave e dificuldade respiratória, infecção da córnea que pode levar à perda de visão, perda de apetite, vômitos e diarreia que pode levar à desidratação grave, anormalidades eletrolíticas e choque, linfadenopatia cervical que pode levar a abscesso retrofaríngeo ou comprometimento respiratório, sepse, choque séptico e encefalite e óbito (8-11,13-15).

Pequenos estudos que analisaram alterações laboratoriais em pacientes com MPX indicaram que leucocitose, transaminases elevadas, baixo teor de uréia e hipoalbuminemia foram características comuns durante a doença, e a linfocitose e plaquetopenia foram observadas em mais de um terço dos pacientes avaliados (2,9,18).

2.4 Diagnóstico diferencial

A erupção cutânea que se desenvolve na MPX pode assemelhar-se a outras doenças infecciosas ou outras afecções, incluindo vírus varicela zoster (VZV, varicela), vírus herpes simples (HSV), sífilis primária ou secundária, infecção gonocócica disseminada (DGI), febre aftosa, cancro mole, linfogranuloma venéreo (LGV), granuloma inguinal, molusco contagioso, sarampo, escabiose, riquetsia, hikungunya, zika vírus, dengue, vasculite e outras infecções bacterianas da pele e tecidos moles.

Frequentemente, a erupção cutânea causada pelo VZV pode ser confundida com MPX, mas pode ser distinguida porque a erupção na varicela geralmente progride mais rapidamente, está localizada mais centralmente do que a distribuição centrífuga da MPX, está em múltiplos estágios de desenvolvimento (em vez do mesmo estágio visto na MPX) e os pacientes geralmente não apresentam lesões na palma das mãos e na planta dos pés (2,11). Além disso, os pacientes com VZV geralmente não apresentam linfadenopatia, que é uma característica da MPX (11). Apesar das diferenças clínicas entre as duas doenças, um estudo da República Democrática do Congo relatou coinfeção com MPX/VZV com incidência de 10-13% (19,20). Os pacientes com coinfeção relataram fadiga, calafrios, cefaleia e mialgias. Esses indivíduos eram menos propensos a relatar sinais/sintomas de feridas orais, linfadenopatia axilar, tosse ou dor de garganta. Os pacientes com coinfeção tiveram uma carga de lesões maior do que a observada apenas com VZV, mas uma carga de erupção cutânea menor do que a observada com MPX isoladamente, sugerindo que a coinfeção com esses dois vírus pode modular a gravidade da infecção geral – uma área para investigação adicional (19,20).

2.5 Transmissão e excreção viral

Apesar de décadas de circulação em animais com disseminação ocasional para humanos, há dados limitados disponíveis que descrevem a transmissão e a excreção viral da MPX. As informações disponíveis apoiam o fato de que a transmissão possa ocorrer de animal para humano, de humano para humano e de ambientes contaminados para humanos. Até o momento, a maioria das informações é disponível de países da África Ocidental e Central e menos em áreas de outras regiões da OMS (18).

O vírus da MPX é transmitido de animais infectados para humanos por contato direto ou indireto (12). A transmissão pode ocorrer por mordidas ou arranhões, ou durante atividades como caça, esfolagem, captura, ao cozinhar, brincar com carcaças ou alimentos, tais como primatas não humanos, roedores terrestres, antílopes e gazelas e esquilos arborícolas (14). A extensão da circulação viral em populações animais não é totalmente conhecida e mais estudos estão em andamento (11).

A transmissão de humano para humano pode ocorrer através do contato direto com as lesões de pele ou mucocutâneas infectadas, isso inclui contato face a face, pele a pele, boca a boca ou boca a pele, e gotículas respiratórias (e possivelmente aerossóis de curto alcance que requerem contato próximo prolongado) (2,21,22). O vírus então entra no organismo através de soluções de continuidade da pele, superfícies mucosas (por exemplo, oral, faríngea, ocular e genital) ou através do trato respiratório (21,23). O período infeccioso pode variar, mas geralmente os pacientes são considerados transmissíveis até que as lesões da pele tenham crostas, as crostas tenham caído e uma nova camada de pele tenha se formado por baixo (também descrita como transmissão por fômites). Se chacoalhadas, essas partículas podem se dispersar no ar e ser inaladas, pousar em soluções de continuidade da pele ou nas membranas mucosas e levar à transmissão e infecção; uma infecção documentada em profissionais de saúde foi publicada sugerindo que o vírus da MPX tenha sido transmitido através do contato com roupas de cama contaminadas (15,24). Foi visto que a persistência do vírus da varíola dos macacos no ambiente e em diferentes tipos de superfícies dura entre 1-56 dias, dependendo da temperatura e umidade do ambiente; (25,26) no entanto, existem atualmente dados limitados sobre contaminação de superfície e transmissão de fômites, além de roupas contaminadas (15). Os vírus da varíola dos macacos são geralmente mais resistentes às condições ambientais e apresentam alta estabilidade ambiental (25,26). Durante nossa pesquisa na literatura, não foram encontradas informações sobre a presença de vírus em resíduos de águas.

Um estudo recente publicado em maio de 2022 no Reino Unido relatou a caracterização clínica, a cinética viral e a reação em cadeia da polimerase (PCR) e a resposta a antivirais em sete pacientes infectados com MPX entre 2018 e 2021. Todos os sete pacientes tiveram DNA viral da MPX detectado por PCR em lesões de pele e em amostras do trato respiratório superior; seis pacientes tiveram DNA detectado no sangue; quatro pacientes tiveram DNA detectado na urina e uma pessoa teve DNA detectado em abscessos cutâneos. Outro estudo recente publicado em maio de 2022 sobre a caracterização clínica de 216 pacientes diagnosticados entre 2007 e 2011 na República Democrática do Congo sugeriu que o vírus pode ser detectado no trato respiratório superior antes do início da erupção cutânea e que esse pico de carga viral pode ocorrer precocemente no curso da doença (9). Os dados também sugerem que as crostas da MPX contêm quantidades significativas de DNA viral até, e inclusive, quando elas caem e que essa quantidade é superior aos níveis encontrados no sangue e na garganta (9). Deve-se notar que não foi determinada a infectividade viral das amostras. No momento, o significado desses achados em relação à transmissão viral e período infeccioso permanece incerto (12). Mais informações se fazem necessárias para se entender melhor outros possíveis modos de transmissão e persistência através do contato com outros fluidos corporais (como leite materno, sêmen, líquido amniótico ou sangue) e compreender melhor a transmissão por gotículas respiratórias e aerossóis.

Nos países com surto atual e entre os casos da MPX relatados, a transmissão parece ocorrer principalmente por meio de contato físico próximo, incluindo contato sexual (oral, vaginal e anal).

2.6 Mulheres e gestantes ou pós-parto

Foi documentada transmissão *in utero* da MPX, assim como a transmissão de mãe para filho por contato direto (27,28). Este último caso foi visto em uma série longitudinal de casos que relatava o desfecho de quatro gestantes: uma deu à luz um bebê sadio, duas tiveram abortos espontâneos prematuros e uma apresentou morte fetal em que o natimorto estava coberto por um exantema difuso com confirmação virológica de MPX. Isso sugere que a infecção pelo vírus da

MPX pode resultar em desfechos adversos para o feto, como morte ou aborto espontâneo (9,28). A associação entre a gravidade da doença materna e esses desfechos não são claros (28,29).

2.7 Efeitos a médio e longo prazo

São necessárias mais informações sobre a caracterização clínica dos efeitos da MPX a médio e longo prazo. Um estudo relatou que > 90% dos sobreviventes da MPX não apresentam complicações, independentemente do estado vacinal contra a varíola (14). Dentre os que desenvolvem complicações a longo prazo, as sequelas mais comuns são cicatrizes desfigurantes da pele e cegueira (11,14,30). Cicatrizes atróficas podem desenvolver nas chamadas cicatrizes varioliformes (11,14). Os dados também sugerem que os pacientes podem estar em risco de desenvolver complicações de saúde mental (15).

2.8 Sumário dos cuidados clínicos e prevenção e controle de infecção

O cuidado de pacientes com suspeita ou confirmação de MPX requer reconhecimento precoce dos suspeitos, implementação rápida de medidas apropriadas de PCI, teste de patógenos prováveis para confirmar o diagnóstico, manejo sintomático de pacientes com MPX leve ou não complicada, e monitoramento e tratamento de complicações e condições de risco de vida como desidratação grave, pneumonia grave e sepse. O papel da tratamento específico para MPX permanece experimental e pode ser usado em ECRs (preferenciais) ou protocolos de acesso expandido. A implementação de medidas apropriadas de PCI com controles de engenharia, administrativos e de equipamentos de proteção individual (EPI) é essencial para mitigar e controlar a transmissão da MPX nos cuidados de saúde e ambientes comunitários (31). Todos os pacientes com MPX devem receber cuidados respeitosos e centrados no paciente que mantenham a dignidade, a privacidade e a confidencialidade.

3 SELEÇÃO, TRIAGEM, ISOLAMENTO E AVALIAÇÃO CLÍNICA (3 RECOMENDAÇÕES)

A OMS recomenda, no primeiro contato com o sistema de saúde, a seleção e triagem de todas as pessoas que apresentem erupção cutânea e febre ou linfadenopatia, de acordo com a definição de caso da OMS (31) (ver Anexo 1), para identificar indivíduos que tenham suspeita ou confirmação de MPX.

Observações:

- Um questionário simplificado e um protocolo de triagem com base na definição de caso da OMS adaptado à epidemiologia local podem ser implementados no ponto de entrada nos cuidados de saúde (ou durante o rastreamento de contatos) para rastrear pacientes com base na definição de caso da OMS e na epidemiologia local. Por exemplo: durante este surto, isso pode ser feito em clínicas de atenção primária, clínicas de saúde sexual, prontos-socorros, clínicas de doenças infecciosas, clínicas geniturinárias, clínicas de dermatologia, maternidades e clínicas pediátricas e outros.
- Dependendo dos fluxos de coordenação nacionais (locais), a telemedicina pode ser cogitada como meio de triagem de pacientes.
- Máscaras médicas e desinfetante para as mãos à base de álcool devem estar disponíveis para os pacientes que se apresentarem nas áreas de triagem. Devem ser colocados cartazes sobre higiene respiratória e lavagem das mãos e instruções de uso de máscara médica bem ajustada se houver sintomas respiratórios.
- As atividades de triagem devem ser realizadas mantendo-se uma distância de pelo menos 1 m dos pacientes e usando-se uma abordagem “sem toque”. Quando essas medidas não puderem ser implementadas ou mantidas, a instalação deve realizar uma avaliação de risco para determinar o nível de EPI necessário de acordo com as recomendações de PCI para estabelecimentos de saúde no contexto da MPX (ver Seção 7 sobre PCI). Os profissionais de saúde que realizam triagem devem seguir os 5 momentos da OMS para higienização das mãos (31,32) (33).
- Durante a espera, deve-se evitar aglomerações entre os pacientes e ser mantida uma distância de pelo menos 1 m entre os pacientes (32).
- As pessoas com sintomas que se enquadram na definição de caso para suspeita de MPX devem entrar na via de atendimento clínico da MPX e receber imediatamente uma máscara médica bem ajustada, sendo isoladas em um quarto individual bem ventilado. Se um quarto individual bem ventilado não estiver disponível, então agrupe os pacientes com diagnóstico clínico semelhante com base em fatores de risco epidemiológicos, com separação espacial (pelo menos 1 m entre os pacientes). Os casos suspeitos não devem ser agrupados com os casos confirmados (ver Seção 7 sobre PCI).
- Cogite a implementação de vigilância hospitalar para MPX, dependendo da epidemiologia local.

A OMS recomenda, após seleção e isolamento, fazer a triagem de pacientes com suspeita de MPX usando uma ferramenta de triagem padronizada (como a Ferramenta de Triagem Integrada Interagências da OMS/IFRC); e a avaliar o paciente para determinar os fatores de risco e a presença de doença grave.

Observações:

- A triagem se refere à classificação dos pacientes por prioridade após a seleção, com base em critérios específicos (por exemplo, gravidade) e pode ser realizada em qualquer ponto de acesso ao sistema de saúde, inclusive em locais de pré-cuidados de saúde e nos estabelecimentos (33). Isso também pode ser feito em enfermarias hospitalares, durante o monitoramento de pacientes.
- A triagem baseada em acuidade é a ação de classificar e priorizar os pacientes com base na estimativa de sua gravidade. Isso é usado para identificar pacientes que exigem intervenção médica imediata e aqueles que podem esperar com segurança ou que precisam ser transportados para um destino específico com base em sua condição de saúde (33).
- A Ferramenta de Triagem Integrada Interagências (IITT) é uma nova ferramenta de triagem desenvolvida para fornecer um conjunto integrado de protocolos para triagem de rotina de adultos e crianças. A ferramenta se concentra em um sistema de triagem de três níveis e pode ser encontrada no *Conjunto de ferramentas de cuidados clínicos para infecção respiratória aguda grave* da OMS (33).
- A avaliação clínica deve se concentrar na identificação de sinais e sintomas de agravamento do quadro ou complicações e aqueles com maior risco de doença grave (ver Tabela 3.1)

Tabela 3.1 – Fatores de risco e achados clínicos associados a agravamento da doença e desfechos desfavoráveis (com base em pequenos estudos observacionais não controlados)

Grupos de pacientes com maior risco de doença grave ou complicações	• Crianças, gestantes, pessoas imunocomprometidas tais como pessoas com HIV com a doença mal controlada (5,6,10,11,13,26). • Embora faltem dados, pacientes com doenças crônicas da pele (por exemplo, dermatite atópica), doenças agudas da pele (ou seja, queimaduras) também podem ter maior risco de complicações, como infecção bacteriana (33).
Sinais e sintomas clínicos de complicações	• Náuseas e vômitos, (11,16) linfadenopatia cervical dolorosa causando disfagia, ingestão oral inadequada, dor ocular, anormalidades da visão, hepatomegalia, sepse, desidratação, desconforto respiratório/pneumonia e/ou confusão.
Alterações laboratoriais	• Elevação de transaminases (AST e/ou ALT), baixo nível de ureia (BUN), hipoalbuminemia, leucocitose (WBC) ou plaquetopenia (16).
Escore de gravidade da lesão cutânea	• Da experiência com varíola: (28,94) • Leve (< 25 lesões de pele) • Moderada (25-99 lesões de pele) • Grave (100-250 lesões de pele) • Muito grave (> 250 lesões de pele)

A OMS recomenda testar pacientes suspeitos para MPX.**Observações:**

- A testagem para MPX deve ser realizada o mais rápido possível para confirmar o diagnóstico (ver *Testes laboratoriais para o vírus da varíola dos macacos: orientação provisória* [\[13\]](#), atualizado em 23 de maio de 2022)
- Em áreas com outras infecções endêmicas que causam erupção cutânea e febre ou linfadenopatia, ou se o paciente tiver fatores de risco para outras doenças, como parte da triagem, os pacientes febris devem ser testados e tratados de acordo com protocolos de rotina (por exemplo, ISTs como sífilis, HSV e HIV para pessoas sexualmente ativas, testes de malária em áreas endêmicas para pacientes com febre e outras doenças infecciosas por contexto clínico e epidemiologia local) (ver Seção 2) (9,34,35). Pode haver coinfeção (ver Seção 1), mas a prevalência permanece desconhecida (13,19). Foi relatada coinfeção em até 13% dos pacientes na República Democrática do Congo.

4 MANEJO DA VARÍOLA DOS MACACOS LEVE OU NÃO COMPLICADA (9 RECOMENDAÇÕES)

4.1 Considerações gerais para cuidados na comunidade

Os ministérios da saúde e os parceiros intersetoriais em nível nacional e subnacional devem-se envolver com as comunidades e outros atores para identificar e fornecer os recursos necessários, implementar estratégias de comunicação de risco a fim de fornecer apoio e procurar em outros contextos as possíveis soluções para garantir que as medidas de PCI possam ser cumpridas de modo a prover cuidados seguros nos locais onde os pacientes serão atendidos (36).

A OMS recomenda que pacientes com suspeita ou confirmação de MPX com doença leve, não complicada e sem alto risco de complicações sejam isolados em casa, durante o período infeccioso, desde que uma avaliação domiciliar determine que as condições de PCI sejam cumpridas no ambiente domiciliar.

Justificativa:

- O painel de orientação concordou que, para pacientes com MPX leve ou sem complicações, o isolamento domiciliar seria razoável, desde que medidas de PCI sejam implementadas para reduzir o risco de transmissão e que essa seja a preferência dos pacientes e dos sistemas de saúde para reduzir a carga de trabalho dos hospitais. As autoridades sanitárias nacionais ou subnacionais podem recomendar o isolamento na comunidade ou na unidade de saúde com base em sua análise dos benefícios e danos.

Considerações clínicas

- A decisão de isolar e monitorar um paciente em casa deve ser feita caso a caso e baseada em sua gravidade clínica, presença de complicações, necessidades de cuidados, fatores de risco para doença grave e acesso no encaminhamento para hospitalização se as condições clínicas se deteriorarem.
- Os pacientes isolados em casa devem conseguir deambular, ter boa alimentação e ingestão de água, ser capazes de se alimentar, tomar banho e vestir-se e exigir o mínimo ou nenhum auxílio de um cuidador.
- Aqueles com maior risco de doença grave, como crianças, gestantes ou pacientes imunossuprimidos, devem ser cogitados para admissão em um estabelecimento de saúde para monitoramento mais próximo devido à preocupação com a deterioração clínica.
- Se houver populações vulneráveis residindo no ambiente doméstico e se os requisitos adequados de PCI não puderem ser atendidos, cogite o isolamento em um estabelecimento de saúde (36). As pessoas vulneráveis que devem ser identificadas em casa devido ao risco aumentado de desfechos adversos caso infectadas com MPX incluem crianças pequenas, gestantes e pessoas imunossuprimidas, como pessoas com HIV que não estejam em terapia antirretroviral (TARV) (7,8,13,15,28). Embora não haja dados, os pacientes com doenças crônicas da pele (por exemplo, dermatite atópica) ou lesões agudas da pele (ou seja, queimaduras) também pode estar em maior risco de complicações (37).

A OMS recomenda que uma avaliação domiciliar deve ser realizada ao se decidir isolar e cuidar de uma pessoa com suspeita de MPX ou MPX confirmada com doença leve não complicada em um ambiente domiciliar.

Observações sobre PCI:

- Um profissional de saúde treinado deve avaliar e aconselhar se a casa em questão é adequada para isolamento e prestação de cuidados para um paciente com MPX, inclusive se o paciente e/ou outros membros da família têm a capacidade e as provisões necessárias (ver Anexo 5). Isso inclui a capacidade de aderir ao isolamento domiciliar. Acesso limitado ou inexistente à água, saneamento ou recursos para higiene pessoal e capacidade limitada de manter o isolamento e as medidas de PCI representam riscos para os membros da família e da comunidade. Essa avaliação pode ser feita na consulta inicial de saúde ou por telefone ou telemedicina e não requer visita domiciliar.
- O paciente e a pessoa designada que esteja facilitando o autocuidado devem ser aconselhados quanto aos riscos de transmissão.
- Se um isolamento adequado e as medidas de PCI não puderem ser assegurados em casa, talvez seja necessário providenciar o isolamento, com o consentimento informado do paciente e o consentimento do cuidador e dos membros da família, em um estabelecimento de saúde ou outra unidade designada (36).
- Se houver pessoas vulneráveis (aquelas com maior risco de complicações, ver Tabela 3.1) presentes no ambiente domiciliar que não possam ser mantidas separadas do paciente, o profissional de saúde deve oferecer um local alternativo para isolamento do paciente, se disponível.

4.2 Considerações de PCI na comunidade

A OMS recomenda que o paciente com MPX leve e sem complicações atendido em casa seja isolado em uma área separada dos outros membros da família e longe das áreas compartilhadas da casa (ou seja, um quarto separado ou área com cortina ou tela).

Observações:

- Os pacientes em casa com MPX devem ser capazes de gerenciar seu autocuidado. O acompanhamento clínico deve ser realizado usando-se outros métodos que não sejam visitas presenciais (por exemplo, telemedicina, telefone)
- Designe uma pessoa para facilitar o autocuidado do paciente com MPX leve e sem complicações: de preferência alguém que esteja em boas condições de saúde, não tenha comorbidades e tenha sido vacinada anteriormente contra varíola ou infecção pelo vírus da MPX. Por exemplo, isso pode incluir preparar refeições, ir ao supermercado, obter medicamentos, etc.
- O paciente com MPX deve ficar em um quarto dedicado e bem ventilado (por exemplo, com janelas que possam ser abertas com frequência) separado das outras pessoas da casa.
- Os membros da família e os pacientes com MPX devem higienizar frequentemente as mãos com água e sabão ou desinfetante para mãos à base de álcool. Além disso, os membros da família devem evitar entrar no quarto.
- Se a pessoa designada que esteja facilitando o autocuidado precisar entrar na área de isolamento, ela deve manter uma distância de pelo menos 1 m do paciente. Se essa distância não puder ser mantida, a pessoa designada deve usar uma máscara cirúrgica bem ajustada e luvas descartáveis. Devem higienizar as mãos com água e sabão ou desinfetante para mãos à base de álcool, antes e após o contato com o paciente ou com o ambiente circundante e antes de calçar e depois de retirar as luvas.
- Itens como talheres, lençóis, toalhas, aparelhos eletrônicos ou camas devem ser exclusivos à pessoa com MPX. Evite compartilhar itens pessoais.

- O paciente com MPX deve usar uma máscara cirúrgica bem ajustada e cobrir as lesões quando estiver próximo de outras pessoas e ao sair da área de isolamento designada (por exemplo, para usar o banheiro)
- Caso seja solicitado a um profissional de saúde que preste atendimento a pessoas com MPX no domicílio, ele deve usar EPIs adequados (luvas, avental, proteção ocular e máscara cirúrgica), realizar a higienização das mãos (conforme os 5 momentos da OMS e antes de colocar e após retirar o EPI) e limpar e desinfetar qualquer equipamento usado no atendimento ao paciente.
- Se as pessoas com MPX saírem de casa para procurar atendimento médico, devem preferencialmente informar seu médico ou o estabelecimento que visitarão antes da chegada (para que o estabelecimento possa implementar precauções baseadas na transmissão), usar uma máscara cirúrgica bem ajustada, garantir que todas as lesões estejam cobertas e evitar contato próximo, tal como em um transporte público lotado.
- Os pacientes com MPX que forem atendidos em casa devem permanecer em isolamento e evitar contato próximo até que suas lesões na pele tenham crostas, as crostas tenham caído e uma nova camada de pele tenha se formado por baixo.

A OMS recomenda que seja tomado cuidado ao manusear e limpar roupas de cama, superfícies domésticas e durante o descarte de resíduos.

Observações:

- Lençóis e roupas de cama devem ser cuidadosamente erguidos e enrolados para evitar a dispersão de partículas infecciosas de lesões e fluidos corporais. Não devem ser chacoalhados. Somente o paciente com MPX deve manusear e lavar suas próprias roupas de cama, roupas etc.
- Os lençóis, toalhas e roupas do paciente com MPX devem ser lavados separadamente de outras roupas domésticas. As roupas e lençóis da pessoa com MPX podem ser reutilizados após a lavagem com sabão e, de preferência, água quente (> 60°C) ou embebidos em cloro* se não houver água quente disponível (25,26,38).
- Pratos e utensílios e superfícies domésticas, como móveis, camas, banheiros ou pisos, ou qualquer local com o qual o paciente tenha tido contato devem ser limpos com água e sabão e desinfetados regularmente (por exemplo, desinfetantes domésticos comuns ou produtos alvejantes). Preste atenção em especial a superfícies tocadas com frequência.
- Use um esfregão úmido, evite varrer a seco para evitar a dispersão de partículas. Carpetes e móveis domésticos devem ser limpos com vapor sempre que possível. Evite aspirar.
- Os resíduos gerados no atendimento de um paciente com MPX, como bandagens e EPIs, devem ser colocados em sacos resistentes e bem amarrados antes do descarte e coleta final pelos serviços municipais de resíduos. Se esses serviços não estiverem disponíveis, como medida provisória e de acordo com as normas locais, enterre com segurança ou uma incineração controlada pode ser utilizada até que medidas mais sustentáveis e ecológicas possam ser implementadas.

* Devido à falta de pesquisas disponíveis com o vírus MPX, há incerteza sobre a concentração precisa de cloro ou a quantidade de redução de risco que pode ser alcançada. No entanto, há consenso geral com base em evidências provenientes de outros vírus que o acréscimo de cloro provavelmente reduzirá a contaminação residual e isso pode ser particularmente útil onde a desinfecção térmica, diluição e ação mecânica forem subótimas (39-41).

4.3 Considerações clínicas

4.3.1 Dor e nutrição

A OMS recomenda que os pacientes com MPX recebam tratamento sintomático, como antipiréticos para febre e analgesia para dor.

Observações sobre o tratamento sintomático da dor:

- Dor de cabeça e dor das erupções cutâneas, lesões orais, oculares e genitais, linfonodos inchados e dores musculares generalizadas são comuns. O prurido das erupções cutâneas também pode ser incômodo. Consulte o Anexo 2 para ver os medicamentos comuns que podem ser usados.
- Para as lesões orais, lave a boca com água limpa e salgada pelo menos quatro vezes ao dia (42). Cogite o uso de antisséptico oral para manter as lesões limpas (por exemplo, enxaguatório bucal com clorexidina) ou anestésico local (por exemplo, lidocaína viscosa) (43).
- Cuidados sintomáticos e de suporte são essenciais para manter uma boa nutrição e hidratação. Para lesões genitais ou anorretais banhos de assento mornos (banho morno composto de água e bicarbonato de sódio ou sal de epsom (sulfato de magnésio) para curar e limpar a área perineal) e/ou lidocaína tópica podem oferecer alívio de sintomas (42).

A OMS recomenda que os pacientes com MPX sejam avaliados quanto ao seu estado nutricional e recebam nutrição e reidratação adequadas.

Observações (ações principais):

- Avalie o estado nutricional e de hidratação de todos os pacientes com MPX, seja na admissão em uma unidade de saúde ou quando atendidos na comunidade. A ingestão nutricional pode estar comprometida devido a lesões orofaríngeas e/ou linfadenopatia cervical dolorosa. O suporte nutricional é descrito como uma intervenção importante (9).
 - **Adultos:** história de redução do apetite ou perda de peso, peso corporal, altura, cálculo do índice de massa corporal (IMC), procurar sinais de desnutrição (por exemplo, perda de massa muscular, edema nutricional etc); uma ferramenta padronizada pode ser usada (por exemplo, Ferramenta Universal de Triagem de Desnutrição (👤)) (44).
 - **Crianças:** igual as descritas acima mais circunferência do braço (MUAC) (6-59 meses). Um especialista em nutrição ou clínico treinado deve avaliar as crianças e pessoas com desnutrição grave.
 - Ver Tabela 9.2 para classificação de desidratação.
- A nutrição oral deve ser incentivada diariamente, pois os pacientes precisam de energia suficiente (kcal) e nutrientes essenciais, além de líquidos e eletrólitos. Se o paciente estiver bem o suficiente para ingestão oral de alimentos, ofereça alimentos terapêuticos densos em nutrientes; especialmente para crianças e pessoas com risco de desnutrição de acordo com o *Livro de bolso sobre cuidados hospitalares para crianças* da OMS: Seção 10.1 (👤) (45).
- Se a ingestão de alimentos não for tolerada, avalie o motivo e trate adequadamente. Por exemplo, se a má alimentação for resultado de náusea ou vômito, uma medicação antiemética pode melhorar a capacidade de ingestão; se for devido a fraqueza, o paciente deve ser auxiliado na alimentação por um profissional de saúde; ou, se tolerada, devido à dor de lesões orais ou adenopatia cervical, trate a dor.
- Forneça 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 (48).

4.3.2 Monitoramento

A OMS recomenda aconselhar os pacientes com MPX leve sobre sinais e sintomas de complicações que devem suscitar cuidados urgentes.

Observações:

- Deve ser estabelecida comunicação entre o paciente e os profissionais de saúde treinados durante o período de atendimento domiciliar.
- O monitoramento domiciliar de pacientes e cuidadores pode ser feito por agentes comunitários treinados ou equipes de extensão de serviços por telefone, telemedicina ou e-mail inicialmente todos os dias (quando possível) ou conforme considerado clinicamente necessário após as avaliações iniciais. A disposição do paciente em participar das avaliações médicas também deve ser levada em consideração.
- Os pacientes com MPX e sua família devem ser aconselhados sobre os sinais e sintomas de complicações e sobre como reconhecer uma deterioração em seu estado de saúde que exija atenção médica. Por exemplo, os pacientes devem ser orientados a contatar imediatamente seu profissional de saúde se suas lesões piorarem ou aumentarem em quantidade, se desenvolverem agravamento da dor, febre persistente, náuseas ou vômitos e diminuição da ingestão oral, sintomas visuais, dificuldade para respirar ou tonturas ou confusão.
- Se uma gestante optar por ser cuidada em casa, aconselhe a mulher sobre os sinais maternos-fetais e do recém-nascido e a procurar atendimento se desenvolverem agravamento da doença ou sinais de perigo. Devem ser incentivadas as intervenções de autocuidado.
- Aconselhe as mulheres sobre comportamentos saudáveis, incluindo dieta, atividade física, ingestão de micronutrientes, evitar uso de fumo, álcool e outras substâncias, de acordo com as recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais (50) e pós-natais (51).
- Para mulheres que necessitam de serviços de aborto, pense em modos alternativos de prestação de serviços, incluindo a autogestão de aborto medicamentoso até 12 semanas de gestação, em locais nos quais as mulheres tenham acesso a informações precisas e a um profissional de saúde em qualquer estágio do processo, de acordo com a *Orientação de atenção ao aborto* da OMS (51).

4.4 Manejo clínico das lesões cutâneas

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

Observações:

- Aconselhe o paciente a não coçar a pele.
- Os pacientes devem ser instruídos a manter as lesões de pele limpas e secas para prevenir infecção bacteriana. Devem ser instruídos a lavar as mãos com água e sabão ou usar desinfetante para as mãos à base de álcool antes e depois de tocar na erupção cutânea para prevenir infecção. Em seguida, as lesões podem ser limpas suavemente com água estéril ou solução anti-séptica. A erupção não deve ser coberta, mas deixada ao ar livre para secar.
- Para as complicações das lesões de pele, como esfoliação ou suspeita de infecção de tecidos moles mais profundos (piomiosite, abscesso, infecção necrotizante), cogite consultar um especialista adequado (ou seja, especialista em tratamento de feridas, infectologista e/ou cirurgião). Não se deve desbridar a pele, a menos que seja realizado por um especialista usando EPI apropriado (21).
- O manejo ideal das lesões de pele é incerto e precisa de mais pesquisas.

- **A OMS recomenda que não seja usado antibiótico profilático ou terapêutico em pacientes com MPX não complicada. No entanto, as lesões devem ser monitoradas para infecção bacteriana secundária (ou seja, celulite, abscesso) e, se presentes, tratadas com antibióticos com atividade contra a flora normal da pele, incluindo *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus* meticilino sensíveis (MSSA).**

Observações:

- As lesões cutâneas em pacientes com MPX podem ser inflamadas causando eritema leve e/ou hiperpigmentação da pele – não precisam ser tratadas com antibióticos (10). O uso empírico terapêutico ou profilático de antibióticos deve ser desencorajado, pois aumenta o risco de surgimento e transmissão de bactérias multi droga resistentes (MDR) e coloca os indivíduos em risco de possíveis efeitos colaterais dos antibióticos, como diarreia associada a *Clostridium difficile*. A infecção por bactérias MDR são mais difíceis de tratar e se associam a maior morbidade e mortalidade (52-54).
- Foi relatada infecção bacteriana secundária de lesões de pele como uma complicação comum da MPX e os pacientes devem ser monitorados de perto (10,13,16,21).
- É improvável que o swab de uma infecção superficial da pele seja útil, a menos que o paciente tenha tido uma hospitalização prolongada e haja preocupação com um organismo MDR. Os sinais de infecção bacteriana incluem eritema, endurecimento, calor, piora da dor, drenagem purulenta, corrimento fétido ou recorrência de febre. Ver o Anexo 3 para opções orais de antibióticos. Em casos selecionados com base em fatores de risco individuais, colonização conhecida e prevalência local, pode-se cogitar iniciar tratamento para *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente adquirido na comunidade (CA-MRSA).
- Os pacientes com superinfecção bacteriana das erupções da MPX podem desenvolver um abscesso que é uma coleção de pus na derme ou tecido subcutâneo e ocorre mais comumente devido a bactérias da pele (*Streptococcus* spp e *Staphylococcus* spp.) (55). Um abscesso pode aparecer como um nódulo doloroso, vermelho e brilhante com ou sem flutuação. Pode estar associado a celulite circundante, febre e piora da dor no local da infecção.
 - O tratamento de um abscesso é feito pela incisão e drenagem realizadas por técnica asséptica estéril por um profissional de saúde qualificado usando medidas de PCI apropriadas, para prevenir complicações relacionadas ao abscesso não tratado, como osteomielite, artrite séptica, piomiosite, sepse e choque. Dependendo da localização (por exemplo, adjacente aos principais vasos sanguíneos), tamanho e complexidade do abscesso, a incisão e a drenagem podem precisar ser realizadas em sala de cirurgia. O líquido deve ser aspirado e enviado para microbiologia e cultura para ajudar a direcionar a terapia antimicrobiana (55).
- A decisão de iniciar a terapia antimicrobiana deve ser baseada na avaliação clínica individual e nos padrões locais de resistência antimicrobiana. Se o paciente não melhorar clinicamente ou se a infecção continuar a se disseminar, reavalie o paciente e o regime de antibióticos para ponderar se são necessários ajustes. Ver *Lista de Medicamentos Essenciais: livro de antibióticos* (56) para obter mais informações sobre a seleção e uso apropriado de antimicrobianos (56).

5 CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL PARA PACIENTES COM VARÍOLA DOS MACACOS (2 RECOMENDAÇÕES)

A OMS recomenda a identificação e avaliação imediatas de sintomas de ansiedade e depressão no contexto da MPX e o início de estratégias básicas de apoio psicossocial e intervenções de primeira linha para manejo de novos sintomas de ansiedade e depressão.

Observações:

- O surto da MPX pode levar a efeitos mentais e psicossociais significativos, incluindo: (42,57).
- Medo da doença ou da morte, perda do sentido da vida ou perda da fé.
- Isolamento físico e social da família ou comunidade.
- Estigma associado ao diagnóstico e retorno à comunidade.
- Cicatrizes e déficits (por exemplo, cegueira) associadas à doença.
- Os pacientes com MPX devem receber cuidados compassivos, respeitosos e centrados nas pessoas de forma consistente, garantindo a proteção apropriada e adequada dos membros da família, visitantes e profissionais de saúde.
- É essencial que haja habilidades básicas de suporte psicossocial para o manejo de todos os pacientes, os quais representam parte integrante dos cuidados que devem ser prestados a todos. Eles devem ser informados sobre como a doença é transmitida e instruídos sobre as precauções que devem ser tomadas para evitar a propagação da doença. A família deve ser atualizada sobre a condição clínica do paciente e receber qualquer informação adicional.
- Idealmente, um psicólogo, assistente social ou enfermeiro psicossocial fluente no idioma local deverá estar envolvido desde o início da doença para aconselhar o paciente sobre o que acontecerá durante o isolamento. Se isso não for possível, os enfermeiros generalistas do centro de saúde devem ser treinados e supervisionados para fornecer apoio psicológico básico, usando recursos padronizados (*Primeiros socorros psicológicos* da OMS (🔗)) e a orientação sobre habilidades psicossociais básicas do Comitê Permanente Interagências (🔗) (58,59) da seguinte forma:
 - Fornecer cuidados e apoio práticos e não invasivos.
 - Avaliar as necessidades e preocupações.
 - Ajudar a atender às necessidades básicas (comida, água, informação).
 - Ouvir os pacientes e familiares, mas não os pressionar a falar.
 - Fornecer informações precisas sobre a condição clínica do paciente e o plano de tratamento em linguagem de fácil compreensão e não técnica, pois a falta de informação pode ser uma grande fonte de estresse.
 - Ajudar as pessoas a lidar com necessidades e preocupações urgentes e ajudar na tomada de decisões, conforme necessário.
 - Confortar os pacientes e familiares enquanto os ajuda a se sentirem calmos. Informá-los de que a grande maioria dos pacientes com MPX sobrevive, portanto, certificar-se de comunicar aos pacientes e seus familiares que a recuperação é esperada.
 - Ajudar as pessoas a se conectarem às informações, serviços e apoio social. Informações sobre MPX são importantes, pois ajudam a dissipar mitos, compartilhar mensagens claras sobre comportamento saudável e melhorar a compreensão da doença.
 - Incentivar os pacientes e cuidadores a usar ferramentas de manejo de estresse e autoajuda baseadas em evidências, como o guia de manejo de estresse da OMS *Problem management plus (PM+)* (🔗) (60).

- Após a recuperação, os pacientes podem sofrer de cicatrizes persistentes ou desfiguração e angústia psicológica, como resultado, devem ser incluídos cuidados psicológicos e sociais no plano de cuidados de acompanhamento e como parte de uma equipe multidisciplinar de atendimento.
- Para pessoas que apresentarem sintomas de depressão, intervenções psicológicas breves baseadas nos princípios da terapia cognitivo-comportamental (TCC), manejo de problemas e treinamento de relaxamento podem ser levadas em consideração (61). Cogite o uso de apoio remoto de saúde mental (isto é, terapia por telefone) quando o acesso aos serviços regulares for interrompido.
- Se a ansiedade ou os sintomas depressivos de uma pessoa persistirem além da recuperação da MPX, então pode-se suspeitar de um transtorno depressivo ou de ansiedade subjacente e um profissional de saúde mental deve ser consultado, e essas condições devem ser tratadas adequadamente. Consulte o *Guia de intervenções humanitárias da mhGAP para transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias em ambientes de saúde não especializados* (📖) (62,63).
- É importante perguntar sobre pensamentos ou atos de automutilação, principalmente durante a MPX, devido a fatores de risco para automutilação e suicídio, tais como sensação de isolamento, perda de um ente querido, perda de emprego ou perda financeira e desesperança. Remova possíveis meios de automutilação, ativar o apoio psicossocial, acompanhe a pessoa e consulte um profissional de saúde mental, conforme necessário. Consulte o *Guia de intervenções humanitárias da mhGAP para transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias em ambientes de saúde não especializados* (📖) (62,63).
- Para garantir atendimento integral e com base na avaliação inicial, após a alta, vincule a pessoa ao emprego, educação, serviços sociais (incluindo habitação) e outros setores relevantes (64).
- TCC com foco em trauma, dessensibilização do movimento ocular e reprocessamento ou manejo do estresse deve ser levado em consideração para adultos com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (📖) (58,62).

A OMS recomenda estratégias de apoio psicossocial como intervenções de primeira linha para o manejo de problemas de sono no contexto de estresse agudo.

Observações:

- Aconselhamento de higiene do sono (incluindo evitar o uso de psicoestimulantes como cafeína, nicotina ou álcool) e manejo do estresse (incluindo técnicas de relaxamento e práticas de atenção plena) são efetivos na redução de problemas de sono e podem ser oferecidos. Intervenções psicológicas baseadas nos princípios da TCC também podem ser levadas em consideração.
- Para pessoas hospitalizadas por MPX, outras causas de insônia podem incluir fatores ambientais (por exemplo, luz e ruído excessivos à noite), ansiedade, tosse persistente, delírio, agitação ou dor. A identificação e pronta abordagem das causas subjacentes devem ser priorizadas antes do uso de qualquer auxílio farmacológico para o sono.

6 ANTIVIRAIS E OUTRAS TERAPIAS (1 RECOMENDAÇÃO)

6.1 Antivirais

Em pacientes com MPX, o uso de antivirais é preferível em ensaios clínicos randomizados (ECRs) com coleta padronizada de dados clínicos e de desfechos para aumentar rapidamente a geração de evidências sobre eficácia e segurança e, quando não for possível, podem ser usados antivirais em protocolos de acesso expandido, como o MEURI (Emergência Monitorado de Uso de Intervenções Não Registradas e Investigacionais) (3).

Observações:

- Devido à oferta limitada de antivirais, seu uso pode ser considerado como tratamento para aqueles em risco de doença grave, ou aqueles que apresentam ou desenvolvem MPX grave. O uso ideal de antivirais, inclusive como profilaxia pós-exposição (PPE), precisará ser reconsiderado dependendo de haver mais informações disponíveis.
- A OMS desenvolveu um formulário padronizado de registro de casos localizado em nossa Plataforma Clínica (📄) que pode apoiar os Estados Membros na coleta, gerenciamento e análise de dados para acelerar nossa compreensão da caracterização clínica e resposta terapêutica, para mais informações, consulte nosso site (🌐).
- O **tecovirimat** é licenciado pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA) para o tratamento de varíola, MPX, varíola bovina e complicações da imunização com vaccinia e pela Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos e pela Health Canada para varíola (65-67). A efetividade do tecovirimat foi avaliada com base em estudos em animais infectados com doses letais de ortopoxvírus, em estudos sobre os efeitos do medicamento no organismo humano e na forma como o medicamento é absorvido, modificado e removido do organismo em humanos e animais (farmacodinâmica e farmacocinética) (65,68,69).
- Tecovirimat inibe a formação do envelope do vírus monkeypox através do alvo da proteína viral p37, o qual é altamente conservadora entre os ortopoxvírus (69). Ele é imediatamente disponível após a administração da cápsula oral, administrada duas vezes ao dia, por 14 dias (65,70). Uma formulação intravenosa foi aprovada pelo FDA-USA no dia 19 de maio de 2022 (71). Ensaios pré-clínicos sugerem que tecovirimat foi efetivo com primatas não humanas (15).
- Um estudo recente do Reino Unido descreveu uma paciente apresentou PCR no sangue e trato respiratório superior negativo 48 horas após o início do tratamento e permaneceu com PCR negativo em 72 horas (15). Os efeitos colaterais relatados do tecovirimat incluem cefaleia, náusea, dor abdominal e vômitos (70,72). É um fraco indutor do citocromo P450 e, portanto, pode ter interações medicamentosas com outros medicamentos metabolizados pela mesma via (15,74). São necessários mais estudos sobre segurança e eficácia para o tratamento da MPX em campo (15,74).
- O **brincidofovir** é aprovado pela EMA e FDA para o tratamento da varíola e demonstrou ter atividade antiviral contra vírus de DNA de fita dupla, incluindo poxvírus (73,75). Ele inibe a replicação do vírus da MPX inibindo a síntese de DNA mediada pela polimerase e está disponível como um comprimido oral ou suspensão administrada a pacientes em duas doses com 1 semana de intervalo (11). Os efeitos colaterais relatados deste medicamento incluem elevação das transaminases, diarreia, náusea, vômito e dor abdominal (73). O brincidofovir não é recomendado em mulheres gestantes devido ao risco de toxicidade embriofetal. É recomendado que pessoas em idade reprodutiva evitem engravidar e usem contracepção efetiva durante o tratamento e por pelo menos 2 meses após a última dose (15). Foi usado em três casos de MPX que foram relatados no Reino Unido desde 2018. Em todos os casos, os pacientes desenvolveram elevação de trans-

minases e nenhum completou o curso completo de terapia (15). Não foi observada associação consistente entre a dose de brincidofovir e parâmetros clínicos ou virológicos (15).

- O **cidofovir** é aprovado pelo FDA para o tratamento de citomegalovírus (76). Inibe a replicação do vírus MPX pela inibição da DNA polimerase e é administrado por via intravenosa (11). Mostrou atividade contra poxvírus em estudos de laboratório e animais (75). Foram relatadas toxicidade renal e anormalidades eletrolíticas associadas ao cidofovir (79).
- O **NIOCH-14** é um composto quimicamente sintetizado que está sendo desenvolvido pelo Centro Estadual de Pesquisa em Virologia e Biotecnologia Vector desde 2001 (79,80). O NIOCH-14 é um análogo do tecovirimat com atividade comparável contra ortopoxvírus (79,80). Estudos de desafio animal com MPX comparando o NIOCH-14 e o tecovirimat mostraram redução significativa da produção de vírus nos pulmões e animais infectados 7 dias após a infecção quando comparados com controles (79,80). Devido ao pequeno número de pacientes tratados, a eficácia clínica dessa terapêutica para MPX é incerta.

Esse é um campo rapidamente emergente. Para obter informações mais atualizadas sobre terapêutica e o roteiro do Plano de P&D da OMS, acesse o site (81). Ver Anexo 4 para mais detalhes.

6.2 Imunoglobulina

A imunoglobulina vacinal (VIG) é composta por anticorpos de indivíduos inoculados com a vacina contra a varíola. Não se sabe se uma pessoa com exposição à MPX ou com infecção grave se beneficiaria da VIG – caso usada deve ser em contexto de pesquisa clínica com coleta prospectiva de dados (81,82).

7 PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (7 RECOMENDAÇÕES)

A implementação de medidas apropriadas de PCI é essencial para mitigar e controlar os riscos de transmissão da MPX nos serviços de saúde e ambientes comunitários (31,83). A implementação de uma hierarquia de controles é fundamental para reduzir o risco de exposição à MPX em ambientes de saúde. Assim sendo, a aplicação de controles de engenharia e administrativos e o uso de EPI foram integrados ao longo das recomendações delineadas.

Em países nos quais os programas de PCI são limitados ou inexistentes, é fundamental garantir que os padrões básicos de PCI sejam implementados em nível nacional e de unidades de saúde para fornecer proteção básica aos pacientes, profissionais de saúde, cuidadores e visitantes e, assim, proteger a comunidade. A OMS fornece orientações sobre os requisitos mínimos (82) de PCI em nível nacional e nos estabelecimentos de saúde. É essencial atingir os requisitos mínimos de PCI e programas de PCI mais robustos e abrangentes com base nas *Orientações da OMS sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e no nível agudo das unidades de saúde* (84) em todos os sistemas de saúde para apoiar os esforços de controle de doenças infecciosas emergentes, infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência antimicrobiana (81).

Os profissionais de saúde devem sempre seguir as precauções padrão e realizar uma avaliação de risco para avaliar a necessidade de usar precauções adicionais. As precauções padrão incluem:

- higiene das mãos.
- higiene respiratória e etiqueta da tosse posicionamento do paciente.
- equipamento de proteção individual técnica asséptica.
- injeções seguras e prevenção de lesões perfurocortantes limpeza e desinfecção ambiental manuseio de roupas e lençóis.
- descontaminação e reprocessamento ou itens de cuidado ao paciente reutilizáveis e gerenciamento de resíduos de equipamentos.

7.1 Considerações de PCI para pacientes com suspeita de MPX

A OMS recomenda que as precauções de contato e gotículas sejam implementadas para qualquer paciente com suspeita de MPX. Além das precauções de contato e gotículas, as precauções de aerossol devem ser implementadas se houver suspeita de vírus varicela zoster (ou seja, catapora) e até que seja excluída.

Observações:

- Os profissionais de saúde devem realizar a higienização das mãos de acordo com os 5 momentos para higienização das mãos preconizada pela OMS, inclusive antes de colocar e após retirar o EPI.
- Se houver suspeita de vírus da varicela zoster (isto é, catapora), coloque o paciente em um quarto de isolamento de infecções transmitidas por aerossol (All) com banheiro ou vaso sanitário exclusivo.
 - Se não houver um quarto All disponível, coloque o paciente em um quarto individual bem ventilado com banheiro ou vaso sanitário exclusivo e mantenha a porta fechada.
 - Os profissionais de saúde devem usar o seguinte EPI: luvas, bata, máscara (por exemplo, N95, FFP2) e proteção ocular.
 - O quarto/área de isolamento deve ter sinalização na entrada indicando que o paciente está sob precauções de contato/gotículas/aerossol e o EPI necessário na ordem correta para os profissionais de saúde.

- Quando não houver suspeita do vírus da varicela zoster (isto é, catapora), coloque o paciente em um quarto individual bem ventilado com banheiro ou vaso sanitário dedicado.
 - Os profissionais de saúde devem usar EPI de acordo com a recomendação de EPI para pacientes confirmados [bata, luvas, máscara (por exemplo, N95, FFP2) e proteção ocular].
- Os profissionais de saúde devem ser treinados sobre os procedimentos para colocação e remoção do EPI com segurança.
- Use calçados específicos que possam ser descontaminados. Não são recomendadas coberturas descartáveis para calçados (84-86).
- Instrua o paciente a usar uma máscara cirúrgica bem ajustada e seguir a higiene respiratória e a etiqueta da tosse quando for necessário o transporte.
- Evite remoção desnecessária de pacientes suspeitos. Se o paciente suspeito precisar ser removido ou transportado dentro ou fora do estabelecimento, certifique-se de que as precauções de transmissão sejam mantidas (gotículas/contato/transmissão pelo ar), coloque uma máscara cirúrgica bem ajustada no paciente e cubra as lesões.
- O serviço/a enfermaria/a unidade receptora deve estar ciente de que são necessárias precauções de transmissão e, até a chegada, a necessidade de preparar o isolamento ou área designada.

7.2 Considerações de PCI para pacientes com confirmação de MPX

A OMS recomenda que as precauções de contato e gotículas sejam implementadas para qualquer paciente com confirmação de MPX. Além das precauções de contato e gotículas, devem ser usadas máscaras.

Justificativa: No contexto do surto em andamento em vários países e da evolução das evidências sobre os modos de transmissão, atualmente não há informações suficientes para apoiar uma recomendação para o uso contínuo de precauções de aerossol. Embora não seja a forma dominante de transmissão, o painel reconheceu a incerteza atual relacionada ao potencial de transmissão de aerossóis e os riscos para os profissionais de saúde que prestam cuidados diretos a pacientes com confirmação de MPX. Como resultado, o painel de orientação votou pelo uso de máscaras como proteção respiratória adicional, no contexto de um quarto bem ventilado como medida de precaução no momento

O painel enfatizou que os modos de transmissão da MPX e a gravidade da doença precisam ser melhor compreendidos e priorizados para pesquisa.

A OMS atualizará essa orientação dentro de um curto período de tempo (8-12 semanas) com base em evidências emergentes

Observações:

- Os profissionais de saúde devem realizar a higienização das mãos de acordo com os 5 momentos de higienização das mãos da OMS (87), inclusive antes da colocação e após a retirada do EPI.
- Coloque o paciente em um quarto individual bem ventilado com banheiro ou vaso sanitário exclusivo.
- Se não houver quartos individuais disponíveis, cogite uma coorte de casos confirmados, mantendo uma distância de pelo menos 1 m entre os pacientes (83).
- O quarto/área de isolamento deve ter sinalização na entrada indicando precauções de contato/gotículas. Use EPI incluindo: luvas, bata, máscara (por exemplo, N95, FFP2) e proteção ocular.

- Use calçados específicos que possam ser descontaminados. Não são recomendadas coberturas descartáveis de calçados (84-86). Os profissionais de saúde devem ser treinados sobre os procedimentos para colocação e retirada segura de EPI.
- Cubra as lesões expostas quando outras pessoas estiverem no quarto e se o paciente puder tolerar.
- Evite remoção desnecessário de pacientes confirmados. Se o paciente precisar ser removido ou transportado dentro ou fora do estabelecimento, certifique-se de que as precauções baseadas na transmissão sejam mantidas, coloque uma máscara médica bem ajustada no paciente e cubra as lesões (desde que o paciente seja capaz de tolerar).
- O serviço/a enfermaria/a unidade receptora deve estar ciente de que são necessárias precauções de transmissão e, até a chegada, a necessidade de preparar o isolamento ou área designada.
- As precauções devem ser mantidas até que as lesões tenham crostas, as crostas tenham caído e uma nova camada de pele se forme por baixo.
- Os casos graves (incluindo imunossuprimidos) que possam apresentar excreção viral prolongada do trato respiratório superior podem exigir avaliação clínica para determinar quando as precauções de transmissão poderão ser descontinuadas.

A OMS recomenda a implementação de precauções de aerossol se forem realizados procedimentos geradores de aerossol (AGPs).

Observações:

Os AGPs devem ser realizados em um quarto All. Se não houver um quarto All disponível ou se não for viável, realize AGPs em um quarto individual bem ventilado com a porta fechada.

Os profissionais de saúde devem usar uma máscara (por exemplo, N95, FFP2), bem como proteção ocular, bata e luvas ao realizar AGPs.

A OMS recomenda que as áreas da unidade de saúde frequentemente utilizadas pelo paciente ou onde ocorrem atividades de atendimento ao paciente* e os equipamentos de atendimento ao paciente sejam limpos e desinfetados de acordo com as orientações nacionais ou da unidade.

Observações:

- Deve ser usado EPI [luvas (trabalho pesado), bata, respirador (por exemplo, N95, FFP2) e proteção ocular] pelos profissionais de saúde durante a limpeza e desinfecção de equipamentos de atendimento ao paciente e das áreas de atendimento ao paciente ou quartos de isolamento de pacientes suspeitos ou confirmados como portadores da MPX.
- Use calçados específicos que possam ser descontaminados. Não são recomendadas coberturas descartáveis para calçados (84-86).
- Sempre limpe as superfícies primeiro com detergente e água, e depois realize a desinfecção com um desinfetante virucida aprovado com atividade (siga as orientações nacionais ou do estabelecimento). Os desinfetantes devem ser preparados e aplicados nas superfícies de acordo com as instruções do fabricante (87).
- Para evitar contaminação cruzada, a limpeza deve ser sempre realizada na área mais limpa primeiro, terminando na área mais suja por último, sempre limpando de cima para baixo.
- Atenção especial deve ser dada aos banheiros e superfícies tocadas com frequência (88).
- Use equipamentos descartáveis ou exclusivos ao cuidar do paciente e limpe e desinfete o equipamento antes de usá-lo em outros pacientes.

* As áreas de atendimento ao paciente incluem, por exemplo, ambulatórios, salas de espera, banheiros, quartos de pacientes e ambiente do paciente.

A OMS recomenda que roupas de cama, aventais hospitalares, toalhas e quaisquer outros itens de tecido sejam manuseados e coletados com cuidado.

Observações:

- Erga e enrole a roupa de cama com cuidado. Não chacoalhar a roupa de cama ou a roupa suja.
 - Esses itens devem ser cuidadosamente colocados em recipiente ou saco exclusivo e devidamente identificado para transporte até os serviços de lavanderia.
 - A roupa de cama pode ser lavada em máquina com água quente a $> 60^{\circ}\text{C}$ com sabão em pó e seca de acordo com os procedimentos de rotina, de preferência em alta temperatura (25,26,38). Se não for possível realizar a lavagem na máquina e não houver água quente disponível, a roupa de cama pode ser embebida em um grande tambor usando-se uma vareta para mexer com cuidado para evitar respingos. A roupa deve ser embebida em cloro*, enxaguada com água limpa e deixada secar completamente.
 - Os profissionais da área da lavanderia devem seguir as precauções padrão e embasadas na forma de transmissão, incluindo:
 - minimizar o manuseio, principalmente evitar sacudir a roupa de cama e a roupa suja;
 - usar luvas, avental ou bata, máscara (por exemplo, N95, FFP2) e proteção para os olhos.
- * Devido à falta de pesquisas disponíveis com o vírus MPX, há incerteza sobre a concentração precisa de cloro ou a quantidade de redução de risco que pode ser alcançada. No entanto, há consenso geral com base em evidências provenientes de outros vírus que o acréscimo de cloro provavelmente reduzirá a contaminação residual e isso pode ser particularmente útil onde a desinfecção térmica, diluição e ação mecânica forem subótimas (39-41).

A OMS recomenda que todos os fluidos corporais e resíduos sólidos de pacientes com MPX sejam tratados como resíduos infecciosos.

Observações:

- Os resíduos devem ser separados (resíduos gerais, resíduos infecciosos e perfurocortantes) e colocados em lixeiras apropriadas no ponto de uso (89).
- O gerenciamento e descarte de resíduos (incluindo EPI) devem ser feitos de acordo com os regulamentos locais para resíduos infecciosos.
- Garanta que os profissionais de saúde usem EPI adequado [por exemplo, luvas, bata, máscara (por exemplo, N95, FFP2), proteção para os olhos] durante o manuseio de resíduos.

A OMS recomenda que, para pacientes isolados com MPX, sejam implementadas medidas para apoiar a interação do paciente com familiares e visitantes para promover o bem-estar.

Observações:

- Os visitantes ou cuidadores devem realizar a higiene adequada das mãos antes e depois de entrar/sair do quarto do paciente, receber instruções e ser supervisionados de perto sobre o uso (colocação e remoção) de EPI para precauções de contato e gotículas.
- Os indivíduos vulneráveis devem ser aconselhados sobre os riscos, a fim de tomar uma decisão informada sobre uma visita ao paciente.
- Devem ser oferecidos modos alternativos de comunicação, como videoconferência.

8 CONSIDERAÇÕES PARA CERTAS POPULAÇÕES (9 RECOMENDAÇÕES)

8.1 Cuidados para populações sexualmente ativas (2 recomendações)

A OMS recomenda que todos os pacientes devem ser aconselhados a se abster de sexo até que TODAS as lesões cutâneas da MPX tenham crostas, as crostas tenham caído e uma nova camada de pele tenha se formado por baixo.

Justificativa:

- O GDG reconheceu que o risco de transmissão por contato direto com pele infectada ou lesões mucocutâneas pode amplificar a transmissão e, portanto, a abstenção da atividade sexual durante o período infeccioso deve reduzir a transmissão. E também, o potencial de transmissão sexual é desconhecido, sendo assunto para outras pesquisas.

Observações:

- Para pacientes sexualmente ativos: entre as pessoas que apresentam erupção cutânea com suspeita de MPX, a co-infecção com outras ISTs também deve ser levada em consideração. A avaliação do paciente deve incluir:
 - História sexual completa.
 - Exame físico completo usando medidas apropriadas de PCI com atenção especial no exame para:
 - linfadenopatia;
 - erupção cutânea nas mucosas orais, genitais, região anogenital e outras partes da pele;
 - devem ser realizadas testagens para HIV, sífilis, HSV genital e triagem para ISTs e gerenciados de acordo com as *Orientações para o manejo de infecções sexualmente transmissíveis sintomáticas* da OMS (34);
 - os pacientes devem ser encorajados a usar preservativo de forma consistente durante a atividade sexual para prevenção do HIV e de outras ISTs, mas devem estar cientes de que o uso de preservativos por si só não pode oferecer proteção contra aquisição e transmissão de doenças, inclusive MPX.
- Para pessoas com HIV: particularmente aquelas com doença mal controlada que tenham MPX podem estar em maior risco de doença grave. Os dados sugerem que elas podem estar em risco de úlceras genitais, infecção bacteriana secundária e duração prolongada da doença (13).
 - Se uma pessoa com HIV for diagnosticada com MPX, ela deve continuar a TARV como antes.
 - Para as pessoas com HIV que foram diagnosticadas recentemente com HIV, a OMS recomenda iniciar a TARV assim que a pessoa estiver pronta e dentro de 7 dias de acordo com as *Orientações consolidadas sobre prevenção, testagem, tratamento, prestação de serviços e monitoramento do HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública*, da OMS (90). As pessoas com contagem de CD4 mais baixa possivelmente correm maior risco de complicações relacionadas à MPX, portanto, devem ser priorizadas para início da TARV (13).
 - Caso uma pessoa seja diagnosticada com MPX e HIV ao mesmo tempo, aborde as questões mais urgentes e o tratamento para MPX (ver a Seção 6). Deve-se notar que os antivirais para MPX têm interações medicamentosas importantes com alguns dos antivirais usados para tratar o HIV.
 - As pessoas com HIV em uso de TARV com carga viral suprimida não são consideradas imunossuprimidas (90).

Com base no princípio da precaução, a OMS sugere o uso de preservativos consistentemente durante a atividade sexual (receptiva e insertiva oral/anal/vaginal) por 12 semanas após a recuperação para prevenir a possível transmissão da MPX.

Observações:

- Pequenas séries de casos relataram a detecção de DNA do vírus MPX em fluidos corporais após cicatrização de lesões cutâneas; isso aumenta a incerteza sobre a persistência do vírus da MPX em fluidos corporais, como sêmen, fluidos vaginais, saliva e sangue, e o risco de transmissão posterior.
- Como esta é uma orientação de emergência produzida em uma situação em rápida evolução, o princípio da precaução está sendo aplicado para esta intervenção de saúde pública. À medida que mais informações se tornarem disponíveis e nossa compreensão em relação à transmissão melhorar, a orientação será devidamente atualizada.

8.2 Cuidados com a mulher durante e após a gravidez (4 recomendações)

A OMS recomenda que gestantes ou mulheres recentemente grávidas com formas leves ou sem complicações de MPX talvez não precisem de cuidados agudos em hospital, mas o monitoramento em uma unidade de saúde pode ser preferido; as que tiverem doença grave ou complicada devem ser internadas em uma unidade de saúde para atendimento, pois requerem cuidados de suporte otimizados e/ou intervenções para melhorar a sobrevida materna e fetal.

Observações:

- Dados limitados sugerem que a infecção pelo vírus MPX em gestantes pode levar à transmissão vertical, bem como desfechos desfavoráveis para o feto, como aborto espontâneo e natimortos (9,28,29,91). Essa é uma área em que mais pesquisas e dados são necessários.
- Tendo em vista esses potenciais riscos, as gestantes com MPX com doença leve/sem complicações podem ser cogitadas para atendimento em uma unidade de saúde para monitoramento mais próximo da progressão da doença e, se ocorrerem complicações, para reconhecimento e tratamento dessas complicações com cuidados de suporte otimizados (ver a Seção 4 para outras considerações)
- Aconselhe as mulheres sobre alimentação saudável, mobilidade e exercícios, ingestão de micronutrientes para elas mesmas e para o bebê, evitar fumo e exposição ao fumo passivo, evitar o uso de álcool e outras substâncias, conforme as Orientações sobre cuidados pré-natais para uma experiência de gravidez positiva da OMS (48) e as Recomendações sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva da OMS (49,50).
- Aconselhe as mulheres de acordo com a Seção 8.1.

A OMS recomenda que as gestantes e as mulheres recentemente grávidas com MPX tenham acesso a cuidados especializados, respeitosos e centrados na mulher, incluindo assistência ao parto, obstetrícia, ginecologia, medicina fetal e cuidados neonatais, bem como saúde mental e apoio psicossocial, com prontidão para cuidar de complicações maternas e neonatais.

Observações:

- Cuidados centrados na mulher, respeitosos e qualificados se referem a cuidados organizados e prestados a todas as mulheres de uma maneira que mantenha sua dignidade, privacidade e confidencialidade, assegure a liberdade de danos e maus-tratos e permita uma escolha informada. Durante o trabalho de parto e o parto, isso inclui um acompanhante de escolha, alívio da dor, mobilidade durante o trabalho de parto e escolha da postura de parto.
- Triage de acompanhantes do parto usando a definição de caso da OMS para MPX (ver Anexo 1).
- Se o acompanhante tiver suspeita ou confirmação de MPX, providenciar um acompanhante de parto alternativo e saudável em consulta com a mulher. Saliente para todos e quaisquer acompanhantes a importância das medidas de PCI durante o trabalho de parto, o parto e a permanência pós-parto da mulher e do recém-nascido no estabelecimento de saúde. Inclua treinamento adequado e uso de EPI e limite o movimento no estabelecimento de saúde.

A OMS recomenda que o tipo de parto seja individualizado, com base nas indicações obstétricas e nas preferências da mulher. A OMS recomenda que a indução do trabalho de parto e a cesariana só devem ser realizadas quando medicamente justificadas e baseadas na condição materna e fetal.

Observações:

- As decisões de parto de emergência e interrupção da gravidez são desafiadoras e baseadas em muitos fatores, como idade gestacional, gravidade da condição materna e viabilidade e bem-estar fetal.
- As intervenções para acelerar o trabalho de parto e o parto (por exemplo, estimulação, episiotomia, parto vaginal operatório) só devem ser realizadas se medicamente justificadas e baseadas na condição clínica materna e fetal de acordo com as Recomendações para cuidados intraparto da OMS (92).
- O clampeamento tardio do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento) é recomendado para melhores desfechos de saúde e nutrição materno-infantil. Os benefícios comprovados da postergação de 1-3 minutos, pelo menos, no clampeamento do cordão superam os danos teóricos e não comprovados.
- Devem ser tomadas decisões individualizadas sobre o adiamento da indução planejada (eletiva) ou cesariana em gestantes com suspeita ou confirmação de MPX leve (93).
- A placenta e qualquer tecido ou fluido relacionado à gravidez, como fluido amniótico ou tecido fetal, devem ser descartados seguindo protocolos específicos de PCI para materiais potencialmente infecciosos (ver Seção 7).

A OMS recomenda que gestantes e mulheres recentemente grávidas que se recuperaram da MPX sejam habilitadas e encorajadas a receber atenção rotineira pré-natal, pós-parto ou de aborto, conforme apropriado. Cuidados adicionais devem ser fornecidos se houver alguma complicação.

Observações:

- Dados limitados sugerem que a infecção pelo vírus MPX em gestantes pode levar à transmissão vertical, bem como desfechos desfavoráveis para o feto, como aborto espontâneo e natimortos (9,28,29,91). Essa é uma área em que mais pesquisas e dados são necessários.
- Embora estejam surgindo informações atualmente, as gestantes com MPX ou que estejam se recuperando da MPX devem receber informações relacionadas ao risco em potencial de desfechos adversos da gravidez e receber aconselhamento, caso solicitem ou desejem.
- As escolhas e os direitos das mulheres aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva devem ser respeitados, incluindo o acesso à contracepção e ao aborto seguro de acordo com a *Orientação de atenção ao aborto da OMS* (51).
- As gestantes com MPX devem ser informadas de que não se sabe se pode ocorrer transmissão caso outras pessoas sejam expostas a fluidos ou tecidos relacionados à gravidez, como líquido amniótico, placenta ou tecido fetal. Devem ser fornecidas instruções sobre como manusear amostras potencialmente infecciosas (ver Seção 7).
- Aconselhe as mulheres sobre práticas sexuais seguras (ver Seção 8.1).
- Todas as gestantes com MPX confirmada e seus bebês devem ser acompanhados por meio de registros nacionais para sinais de complicações (ver Seção 13).

8.3 Cuidados para bebês e crianças pequenas com varíola dos macacos (2 recomendações)

A OMS recomenda que os recém-nascidos de mães com MPX sejam monitorados de perto quanto a evidências de possível exposição ou infecção congênita ou perinatal. Mães e bebês ou crianças pequenas também podem ser expostos através do contato próximo.

A OMS recomenda que as crianças expostas à MPX sejam totalmente vacinadas para a idade de acordo com o calendário nacional de vacinação de rotina e tenham suas vacinas em dia, quando possível.

Observações:

- A transmissão da MPX para crianças ocorre da mesma forma que nos adultos; animal-humano, humano-humano e de ambientes contaminados para humanos sendo que a maioria das informações foi gerada em países da África Ocidental e Central (5).
- As crianças não devem dormir no mesmo quarto ou cama ou beber/comer com os mesmos utensílios que um indivíduo com MPX.
- Dados de pequenos estudos e relatos de casos sugerem que as crianças podem estar em maior risco do que os adultos para forma grave da doença, como encefalite e sepse, bem como morte (9-11,16,28).
- Isso é especialmente importante para qualquer situação em que a MPX possa ter sido causada por uma mordida ou arranhão de animal, ou em que a integridade da pele esteja comprometida por qualquer motivo. Não apenas as crianças estão em risco de doença mais grave, mas os dados sugerem que a infecção que compromete a integridade da pele também pode ser um risco para doença mais grave (23).
- Tendo em vista esses riscos em potencial, pode-se cogitar o atendimento de crianças pequenas em estabelecimentos de saúde para monitorar a progressão da doença e, se ocorrerem, reconhecer e tratar essas complicações com cuidados de suporte otimizados. As crianças pequenas não devem ser isoladas sozinhas.

Deve haver uma pessoa (pais ou cuidador), que seja saudável e não esteja em alto risco, prestando cuidados à criança com MPX com medidas apropriadas de PCI (ver Seção 7.2).

- Administre 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 recomendado.

8.4 Alimentação de lactentes em mães infectadas com MPX (1 recomendação)

A OMS recomenda que as práticas de alimentação infantil, incluindo a interrupção da amamentação em uma mãe com MPX, sejam avaliadas caso a caso, considerando-se o estado físico geral da mãe e a gravidade da doença, o que pode impactar no risco de transmissão da MPX de mãe para filho.

Observações:

- Atualmente, não se sabe se o vírus da MPX ou anticorpos estão presentes no leite materno de mulheres lactantes.
- Os riscos conhecidos associados à exclusão das proteções conferidas pela amamentação e o sofrimento causado pela separação da mãe e do bebê devem ter um peso maior no cálculo de risco/benefício do que o risco em potencial e desconhecido de infecção por MPX no bebê.
- A prioridade é proteger a sobrevivência da criança e ao mesmo tempo manter a ingestão nutricional do bebê (por exemplo, evitar doenças diarreicas associadas a fórmulas de leite contaminadas devido a água impura ou práticas anti-higiênicas).
- Os bebês de mães com MPX devem ser monitorados de perto quanto a sinais e sintomas com o objetivo principal de fornecer cuidados de suporte precoces para prevenir o desenvolvimento de doença grave e desfechos ruins.
- Devem ser tomadas medidas de proteção geral de PCI pelas mães com MPX ao manusear e alimentar seus bebês, por exemplo, lavar as mãos antes e depois de cada mamada, usar máscara (se possível) e cobrir quaisquer lesões na aréola ou em áreas que tenham contato direto com o lactente. Alternativamente, se apenas uma mama tiver lesões, as mães podem ordenhar/bombear a mama com lesões na aréola e descartar o leite e alimentar o bebê a partir da mama não afetada. Em todos os casos, monitore de perto o par mãe-bebê para identificar o desenvolvimento de sinais e sintomas de MPX e tratar adequadamente.
- Se a criança tiver menos de 6 meses e estiver separada de sua mãe que tem MPX, a criança deve ser alimentada com leite humano de doadora ou substitutos apropriados do leite materno, orientado pela viabilidade, segurança, sustentabilidade, contexto cultural, aceitabilidade pela mãe e disponibilidade do serviço.
- Para bebês de 6 a 23 meses de idade que não podem ter acesso a leite humano de doadoras ou substitutos apropriados do leite materno, o leite animal pasteurizado é apropriado como parte de uma dieta balanceada juntamente com alimentos complementares.
- Deve ser fornecida assistência abrangente para toda mãe que parou de amamentar devido a MPX (ou qualquer outro motivo) para fazer a relactação a fim de restabelecer a produção de leite e continuar amamentando.
- No caso de substituição da alimentação por substituto do leite materno, é essencial acompanhar o crescimento, desenvolvimento e outras doenças do bebê, bem como sinais e sintomas da MPX.
- Se a mãe de um bebê ou criança pequena foi exposta ao MPX e não apresenta sintomas sugestivos de infecção, o bebê ou a criança não devem ser separados. A amamentação deve continuar, com monitoramento de perto para sinais e sintomas de MPX.

9 MANEJO DE PACIENTES DE ALTO RISCO E COM COMPLICAÇÕES OU VARÍOLA DOS MACACOS GRAVE (2 RECOMENDAÇÕES)

A OMS recomenda que pacientes com alto risco de complicações (ou seja, crianças pequenas, gestantes e imunossuprimidos) ou aqueles com MPX grave ou complicada sejam hospitalizados para monitoramento mais próximo e cuidados clínicos sob precauções de isolamento apropriadas para prevenir a transmissão do vírus da MPX.

Observações:

- Ver Tabela 9.1 para a avaliação sistemática a ser realizada em pacientes hospitalizados.

Tabela 9.1 – Sinais vitais e características clínicas para monitoramento sistemático

Sinais vitais e avaliação da dor	• Temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, saturação periférica de oxigênio, nível de consciência usando a escala de alerta, voz, dor, não responsividade (AVPU), glicemia no ponto de atendimento e peso corporal e altura para cálculo do IMC e a circunferência da parte superior do braço da criança (MUAC). • Escala de dor.
Condição geral	• O paciente consegue comer e beber sem ajuda? • O paciente é capaz de se sentar e deambular de forma independente? • O paciente teve perda de peso recente desde o início dos sintomas?
Caracterização da erupção	• Estágio da erupção: máculas, pápulas, vesículas, pústulas, crostas, esfoliação. • Localização da erupção (rosto, braços, tronco, genitais, pernas, mucosa). • Número de lesões: (28,94). – Leve (< 25 lesões de pele). – Moderada (25-99 lesões de pele). – Grave (100-250 lesões de pele). – Muito grave (> 250 lesões de pele). • Se houver esfoliação: % corpo afetado (> 10% é preocupante).
Presença de infecção secundária bacteriana	• Celulite, abscesso, piomiosite, infecção necrosante dos tecidos moles.
Estado neurológico	• AVPU, convulsões, coma.
Estado do volume	• Presença de desidratação: leve, moderada ou grave (ver a Tabela 9.2 para obter mais detalhes)
Sinais de perfusão	• Frequência de pulso, força, tempo de enchimento capilar. • Débito urinário (> 0,5 mL/kg/h = bom em adultos; 1,0 mL/kg/h em crianças). • Manchas na pele.
Sistema respiratório	• Frequência respiratória, SpO₂, sinais de desconforto respiratório.
Avaliação nutricional	• Alteração do apetite, perda de peso, peso corporal, altura, cálculo do IMC, MUAC em crianças. • Sinais de desnutrição – use ferramenta padronizada (por exemplo, Ferramenta Universal de Triagem de Desnutrição) (45).
Exames laboratoriais	• Na, K, HCO₃, ureia, creatinina, AST, ALT, glicemia, leucócitos, hemograma, plaquetas, TP/INR, Cl, cálcio, albumina.

Fonte: Esta tabela foi modificada a partir de *Cuidados de suporte otimizados para a doença do vírus Ebola da OMS* (57). e inclui informações do *Livro de bolso sobre cuidados hospitalares para crianças da OMS* (45).

Tabela 9.2 – Classificação de desidratação

	Leve (3-5% de depleção de volume)	Moderada (6-9% de depleção de volume)	Grave (> 10% de depleção de volume)
Pulso	Normal	Rápido	Rápido e fraco ou filiforme
Pressão arterial sistólica	Normal	Normal a baixa	Baixa
Mucosa bucal	Ligeiramente seca	Seca	Ressecada
Turgor da pele	Normal	—	Reduzido
Volume urinário	Normal Adulto (> 0,5 mL/kg/h) Criança (> 1 mL/kg/h)	Menor ou igual Adulto (< 0,5 mL/kg/h) Criança (< 1 mL/kg/h) × 3 horas	Marcadamente reduzido a anúrico (< 0,5 mL/kg/h x 3 horas)
Frequência respiratória	Sem alteração	Aumentada	Aumentada
Inspirações e expirações	Expirações > Inspirações	Expirações > Inspirações	Expirações >> Inspirações
Outro	Aumento da sede	Aumento da sede	Em bebês, fontanela deprimida, pele fria

Fonte: Esta tabela foi modificada a partir de *Cuidados de suporte otimizados para a doença do vírus Ebola* da OMS (57).

A OMS recomenda que os pacientes com MPX que desenvolverem complicações ou doença grave sejam tratados com intervenções otimizadas de cuidados de suporte.

Observações:

- Ver Tabela 9.3.

Tabela 9.3 – Manejo clínico de complicações e formas graves da MPX

Complicação	Tratamento
Esfoliação da pele	- Os pacientes com erupções cutâneas intensas podem desenvolver esfoliação (em casos graves, semelhante a queimaduras de espessura parcial), que pode ser significativa, levando à desidratação e perda de proteínas (21). - Estime a % de pele afetada e considere o tratamento como queimaduras. - Minimize a perda insensível de fluido e promova a cicatrização da pele. - Garanta hidratação e nutrição adequadas. - Consulte especialistas apropriados, como cirurgião, dermatologista e/ou especialistas em tratamento de feridas. - Realize desbridamento à beira do leito ou no centro cirúrgico, conforme necessário. - Enxerto de pele em casos raros e graves.
Infecção necrotizante dos tecidos moles	- Essa é uma afecção clínica dos tecidos moles profundos com risco de vida que afeta a fáscia muscular causando necrose, destruição tecidual e com repercussão sistêmica. Suspeite se o paciente desenvolver edema, crepitação, secreção fétida ou dor desproporcional à aparência da infecção. Embora possa ser causada pelo vírus da MPX, considere também os patógenos bacterianos. Inicie antibióticos de amplo espectro para cobrir <i>Staphylococcus</i> sp. e <i>Streptococcus</i> sp. Consulte o cirurgião para essa emergência cirúrgica (55). - Ver o Livro de antibióticos da Lista de Medicamentos Essenciais da OMS (56) para orientação sobre a seleção correta e uso apropriado de antimicrobianos (56).

Complicação	Tratamento
Piomiosite	- Ocorre quando há desenvolvimento de pus dentro do músculo e deve ser suspeitada quando o paciente apresenta alteração da sensibilidade muscular. Embora possa ser causada pelo vírus da MPX, também pode ser comumente causada pela flora da pele, como <i>Staphylococcus</i> sp. ou <i>Streptococcus</i> sp. (45,56). A ultrassonografia pode auxiliar no diagnóstico. Colete hemoculturas, inicie antibióticos de amplo espectro e prossiga para incisão cirúrgica e drenagem. Envie amostra para microbiologia e cultura para apoiar na seleção da terapia antimicrobiana (55). - Ver o <i>Livro de antibióticos da Lista de Medicamentos Essenciais</i> da OMS (📖) para orientação sobre a seleção correta e uso apropriado de antimicrobianos (56).
Adenopatia cervical	- Pode ocorrer em até 85,65% dos casos com linfadenopatia (9). - Quando uma grande adenopatia cervical é combinada com múltiplas lesões orofaríngeas, os pacientes podem estar em risco de complicações, como comprometimento respiratório e abscessos retrofaríngeos. Os pacientes também estão em risco de desidratação devido à diminuição da ingestão de alimentos e água (9,21). - Consulte especialistas apropriadas, como cirurgião, anestesiista e infectologistas clínicos. Sob seus cuidados, em casos graves, podem ser usados esteroides (9).
Lesões oculares	- Uma das sequelas mais significativas da MPX é a cicatrização da córnea e a perda de visão. (11,21,30,42). - Os pacientes podem apresentar sintomas oculares inespecíficos, como conjuntivite. - Cuidados oftalmológicos com avaliação oftalmológica (42). - Antibióticos/antivirais oftálmicos, se indicados para co-infecção. - Suplementação de vitamina A, especialmente para crianças desnutridas (45). - Bons cuidados com os olhos que incluem lubrificação ocular e compressas oculares embebidas em solução salina (45). - Evite pomadas esteroides (podem prolongar a presença da MPX no tecido ocular) (21,95). - Colírios de trifluridina (às vezes usados para outros ortopoxvírus ou infecções oculares herpéticas) podem ser cogitados para acelerar a resolução dos sintomas e prevenir danos a longo prazo por cicatrizes, quando disponíveis. (21,30,95,96).
Pneumonia	- Maneje de acordo com o <i>Conjunto de ferramentas de cuidados clínicos para infecções respiratórias agudas graves</i> da OMS (📖). - Ver o <i>Livro de antibióticos da Lista de Medicamentos Essenciais</i> da OMS (📖) para orientação sobre a seleção correta e o uso apropriado de antimicrobianos (56).
Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA)	- Oxigênio, ventilação não invasiva, ventilação mecânica. - Maneje de acordo com o <i>Conjunto de ferramentas de cuidados clínicos para infecções respiratórias agudas graves</i> da OMS (📖).
Desidratação grave	- Desidratação grave e choque hipovolêmico podem ser observados em pacientes com MPX devido à perda de volume intravascular devido a erupção cutânea extensa e/ou perdas gastrointestinais devido a diarreia e vômitos acompanhados de ingestão oral inadequada. - O tratamento para desidratação grave é a ressuscitação com fluido intravenoso ou intraósseo (IV/IO), administrado como um ou vários bolos com monitoramento cuidadoso da responsividade a fluidos. O aporte adequado de líquidos IV se refere ao volume que corrigirá os sinais de hipovolemia. Ver <i>Livro de bolso para cuidados hospitalares para crianças</i> (📖) (21,45).
Sepse e choque séptico	- A seps e o choque séptico diferem da desidratação grave, pois resultam de uma resposta imune a uma infecção. O manejo da seps requer identificação precoce, manejo da infecção e cuidados de suporte, incluindo ressuscitação volêmica para manter a perfusão do órgão para reduzir e prevenir lesões adicionais do órgão; e também pode exigir vasopressores, bem como o controle da infecção (21). - Ver o <i>Conjunto de ferramentas de cuidados clínicos para infecções respiratórias agudas graves</i> da OMS (📖) para mais informações sobre seps (33). - Ver o <i>Livro de antibióticos da Lista de Medicamentos Essenciais</i> da OMS (📖) para orientação sobre a seleção correta e uso apropriado de antimicrobianos (56).

Complicação	Tratamento
Encefalite	• Cogite punção lombar para avaliação do líquido cefalorraquidiano (LCR) para avaliar outras afecções tratáveis. • Monitore e avalie as vias aéreas, a respiração, a circulação, a incapacidade (ABCD) e forneça tratamentos de emergência. • Monitore o estado neurológico (AVPU). • Controle as convulsões com antiepilépticos (42). • Antibióticos/antivirais se indicados para co-infecções. • Ver o <i>Livro de antibióticos da Lista de Medicamentos Essenciais</i> da OMS (43) para orientação sobre a seleção correta e o uso apropriado de antimicrobianos (56).
Considerações nutricionais	• Avalie o estado nutricional de todos os pacientes. Se a ingestão de alimentos for limitada devido à fraqueza, o paciente deve ser auxiliado na alimentação por um profissional de saúde. Se o paciente for incapaz de tolerar a nutrição oral, cogite nutrição enteral. A colocação de uma sonda nasogástrica por um profissional experiente pode ser cogitada juntamente com a alimentação nasogástrica. Assegure sempre a colocação adequada da sonda nasogástrica antes de administrar os alimentos para evitar o risco de aspiração. • Tome especial cuidado com pacientes em risco de síndrome de realimentação (condições clínicas críticas, IMC baixo, ingestão alimentar reduzida por > 5 dias, histórico de abuso de álcool ou em uso dos seguintes medicamentos: insulina, quimioterapia, antiácidos ou diuréticos) e inicie a alimentação enteral lentamente com monitoramento. • Os pacientes com níveis reduzidos de consciência estão em risco de aspiração e não devem ser forçados a comer. Se houver desnutrição grave, consulte a orientação publicada da OMS (44) (42,45,47).

10 CUIDADOS PARA PACIENTES COM VARÍOLA DOS MACACOS APÓS INFECÇÃO AGUDA (1 RECOMENDAÇÃO)

A OMS recomenda que pacientes com suspeita ou confirmação de MPX tenham acesso a cuidados de acompanhamento. Todos os pacientes com MPX (e seus cuidadores) devem ser aconselhados a monitorar quaisquer sintomas persistentes, novos ou em mudança. Se isso ocorrer, eles devem procurar atendimento médico de acordo com o fluxo de atendimento nacional (local).

Observações:

- Devem ser estabelecidas fluxos nacionais (locais) de cuidados coordenados que possam incluir prestadores de cuidados primários (por exemplo, clínicos gerais), especialistas relevantes (por exemplo, saúde sexual, doenças infecciosas, dermatologistas, cirurgiões, especialistas em tratamento de feridas), profissionais de saúde mental e psicossociais, nutricionistas e serviços de assistência social para pacientes e familiares.
- O manejo deve ser adaptado de acordo com as necessidades do paciente e ser coordenado. As intervenções de manejo podem incluir educação, aconselhamento sobre estratégias de autogestão, apoio e educação do cuidador, grupos de pares, gerenciamento do estresse, mitigação do estigma e medicação em casa e/ou manejo especializado.

11 MANEJO DE PACIENTES FALECIDOS (1 RECOMENDAÇÃO)

A OMS recomenda que o manuseio de restos humanos de indivíduos falecidos com MPX seja feito com medidas apropriadas de PCI.

Observações:

- O manuseio do falecido deve ser reduzido ao mínimo.
- Realize a higienização das mãos e use EPI de acordo com as precauções de contato e gotículas [luvas, avental, respirador (por exemplo, N95, FFP2) e proteção ocular], pois os pacientes com erupções cutâneas que não cicatrizaram ainda podem ter vírus infecciosos.
- Certifique-se de que qualquer vazamento de fluidos corporais esteja contido.
- O corpo deve ser envolto em um pano ou mortalha e transferido para o necrotério o mais rápido possível.
- A dignidade dos mortos, suas tradições culturais e religiosas e suas famílias devem ser respeitadas e protegidas. Os familiares e amigos podem ver o corpo depois que ele tiver sido preparado para o sepultamento, de acordo com os costumes locais. Eles não devem tocar nem beijar o corpo e devem limpar as mãos com água e sabão ou desinfetante para as mãos à base de álcool após verem o corpo (97,98).

12 MANEJO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EXPOSTOS (1 RECOMENDAÇÃO)

A OMS recomenda que os profissionais com exposição ocupacional ao MPX devem ter um plano de avaliação e manejo.

Observações:

- Esses planos devem estar de acordo com as políticas nacionais ou subnacionais. O termo nacional descreve uma entidade governamental em nível nacional, e o termo subnacional descreve qualquer entidade governamental abaixo do nível nacional (independentemente da estrutura política, financeira e administrativa do país) envolvido na gestão de profissionais de saúde no contexto da MPX.
- Os profissionais de saúde devem notificar as autoridades de controle de infecções, saúde ocupacional e saúde pública sobre possíveis exposições para receber uma avaliação médica e instruções sobre o acompanhamento.
- Os profissionais de saúde que tiverem uma exposição ocupacional (ou seja, sem uso de EPI adequado) não precisam ser excluídos do trabalho se estiverem assintomáticos, mas devem ser submetidos à vigilância ativa dos sintomas por 21 dias após a exposição; e ser instruídos a não trabalhar com pacientes vulneráveis.
- Os profissionais de saúde que tiverem exposição a uma pessoa com MPX confirmado devem passar por avaliação médica e cogitados para possíveis intervenções (vacinação ou PPE) sob protocolo prospectivo de coleta de dados ou ensaio clínico.

13 COMPILAÇÃO DE COLETAS DE DADOS PADRONIZADOS E A PLATAFORMA CLÍNICA DA OMS

À medida que o cluster de casos de MPX continua a se expandir em países de todas as regiões da OMS, é importante que entendamos as características clínicas, fatores prognósticos e desfechos nos pacientes para que possamos informar melhor as orientações de manejo clínico e orientar a saúde pública. A Plataforma Clínica Global da OMS  coleta dados clínicos anônimos ao nível do paciente e tem sido usada para entender vários patógenos emergentes, como a doença do vírus Ebola e a COVID-19. Ao trabalharmos para entender mais sobre os casos atuais, desenvolvemos um formulário de notificação de caso e convidamos os Estados Membros a contribuir com dados nessa plataforma.

Os objetivos da plataforma são:

- Descrever as características clínicas da MPX.
- Avaliar as variações das características clínicas da MPX.
- Identificar a associação das características clínicas da MPX com os sintomas
- Descrever as tendências temporais nas características clínicas da MPX.

14 INCERTEZAS E ÁREAS DE PESQUISA

- Transmissão:
 - Compreender se existe na fase pré-sintomática ou assintomática da doença.
 - Compreender as rotas de transmissão humano-humano de modo a incluir estudos sobre como a dinâmica e as trajetórias virais se correlacionam com a cultura viral nos vários fluidos corporais e o impacto disso na transmissão, períodos infecciosos, subgrupo por manifestação da doença e gravidade da doença.
 - Potencial para zoonose reversa e eventos de *spillback*.
- História natural da doença: gravidade da doença e fatores de risco para doença grave, doença em diferentes subpopulações (neonatos, crianças e jovens, imunossuprimidos, gestantes e idosos).
- Coinfecção: outros vírus (VZV, HIV), ISTs (como HSV, sífilis, cancroide, LGV) e outros, infecções parasitárias (malária, dengue, filariose) etc.
- Melhor cuidado de sintomas cutâneos, manejo de erupções cutâneas, nutrição.
- Melhor otimização de pacote de cuidados para complicações tais como complicações oculares, infecções do sistema nervoso central.
- Desfechos a longo prazo para pacientes recuperados, incluindo mães e bebês, imunossuprimidos. Existe uma síndrome pós-viral?
- Eficácia e segurança da terapêutica, inclusive em gestantes e lactantes e crianças.
- Categorias de risco de exposição de profissionais de saúde e PPE.
- Compreender a suscetibilidade do vírus MPX aos desinfetantes e suas propriedades virucidas (ou seja, ingredientes ativos e concentrações, tempo de contato).
- Estabilidade do vírus no ambiente e em superfícies.
- Amostragem de águas residuais e previsão de tendências para resposta a surtos.
- Compreender a ventilação ideal para reduzir a transmissão de doenças.
- Duração das precauções baseadas na transmissão para manter os pacientes em isolamento (quando as precauções com foco em transmissão podem ser suspensas).
- Efeitos dos cuidados domiciliares (o que se pode aprender, modelos de cuidados, etc.).
- Caracterização da evolução viral.

DEFINIÇÕES

Procedimentos de geração de aerossóis: procedimentos médicos que foram relatados como sendo geradores de aerossóis e consistentemente associados a um risco aumentado de transmissão de patógenos. A lista atual de procedimentos reconhecidos pela OMS como geradores de aerossóis inclui aspiração ou aspiração aberta de espécimes do trato respiratório, broncoscopia, intubação, ressuscitação (99,100).

Quarto de isolamento de infecções transmitidas por aerossol (precaução): Um quarto com alta taxa de ventilação e direção controlada do fluxo de ar que possa ser usado para conter infecções transmitidas pelo ar e infecções respiratórias agudas causadas por um novo agente com potencial para representar um risco para a saúde pública. Esses quartos podem ser ventilados de modo natural ou mecânico (99):

- **Quarto de precaução contra transmissão por aerossol com ventilação natural:** o fluxo de ar deve ser direcionado para as áreas livres de trânsito, ou deve permitir a rápida diluição do ar contaminado nas áreas circundantes e ao ar livre; a taxa de ventilação média deve ser de 160 L/s por paciente.
- **Quarto de precaução contra transmissão por aerossol com ventilação mecânica:** uma pressão negativa é criada para controlar a direção do fluxo de ar; a taxa de ventilação deve ser de pelo menos 12 trocas de ar por hora (ACH).

Esse quarto é equivalente ao “quarto de isolamento de infecções transmitidas por aerossol” descrita pelo CDC.

Transmissão por aerossol: Propagação de um agente infeccioso causada pela disseminação de núcleos de gotículas que permanecem infecciosos quando suspensos no ar por longas distâncias e tempo. A transmissão por aerossol pode ser ainda categorizada em transmissão por aerossol obrigatória, preferencial ou oportunista (99):

- **Transmissão obrigatória por aerossol:** patógenos que são transmitidos apenas pela deposição de núcleos de gotículas em condições naturais (por exemplo, tuberculose pulmonar).
- **Transmissão preferencial por aerossol:** patógenos que podem iniciar a infecção por múltiplas vias, mas são predominantemente transmitidos por núcleos de gotículas (por exemplo, sarampo e varicela).
- **Transmissão oportunista por aerossol:** agentes que naturalmente causam doenças por outras vias, mas em circunstâncias especiais podem ser transmitidos por aerossóis de partículas finas (101).

Definição de *Prevenção e controle de infecção para infecções respiratórias agudas propensas a epidemias e pandemias nos cuidados de saúde* (OMS, 2014). A OMS realizará uma consulta global em 2022 para revisar ainda mais essa definição.

Transmissão por contato: Propagação de um agente infeccioso causada pelo contato físico de um hospedeiro suscetível com pessoas ou objetos. A transmissão por contato direto envolve tanto o contato corpo-superfície corporal quanto a transferência física de microrganismos entre uma pessoa infectada ou colonizada e um hospedeiro suscetível. A transmissão por contato indireto envolve o contato de um hospedeiro suscetível com um objeto intermediário contaminado (por exemplo, mãos contaminadas) que carrega e transfere os microrganismos (99).

Transmissão por gotículas: Propagação de um agente infeccioso causada pela disseminação de gotículas. As gotículas são geradas principalmente de uma pessoa infectada (fonte) durante a tosse, espirro e fala. A transmissão ocorre quando essas gotículas que contêm microrganismos são propelidas (geralmente <1 m) através do ar e se depositam na mucosa da conjuntiva, boca, nariz, garganta ou faringe de outra pessoa. A maior parte do volume (>99%) compreende gotículas grandes que percorrem distâncias curtas (<1 m) e não ficam suspensas no ar. Assim, não são necessários manuseio do ar e ventilação especiais para evitar a transmissão de gotículas (99).

Profissional de saúde: Pessoas engajadas principalmente em ações com a intenção primária de melhorar a saúde. Isso inclui prestadores de serviços de saúde, como médicos, profissionais de enfermagem e obstetrícia, profissionais de saúde pública, técnicos (de laboratório, saúde, médicos e não médicos), profissionais de cuidados pessoais, curandeiros e praticantes de medicina tradicional. Inclui também profissionais de gerenciamento e apoio da saúde, como faxineiros, motoristas, administradores hospitalares, gestores de saúde distritais, assistentes sociais e outros grupos ocupacionais em atividades relacionadas à saúde. Esse grupo inclui os que trabalham em estabelecimentos de atenção aguda e de cuidados de longo prazo, saúde pública, atenção comunitária e outras ocupações nos setores de saúde e assistência social (102).

Máscara: Também conhecido como máscara de peça facial filtrante. Um tipo de equipamento de proteção individual que utiliza um filtro como parte integrante da peça facial, ou no qual toda a peça facial é composta pelo meio filtrante e um meio de vedação ao rosto. As máscaras oferecem equilíbrio de filtragem, respirabilidade e ajuste. As máscaras cirúrgicas filtram gotículas de 3 micrômetros, ao passo que os FFRs classificados como “N95” e “FFP2” filtram partículas ou particulados mais desafiadoras de 0,075 micrômetros e o fazem em toda a superfície da máscara como resultado do design de ajuste europeu. As FFRs “FFP2”, de acordo com a norma EN 149, filtram pelo menos 94% das partículas de cloreto de sódio e gotículas de parafina (100).

REFERÊNCIAS

1. Jezek Z, Grab B, Szczeniowski MV, Paluku KM, Mutombo M Human monkeypox: secondary attack rates Bull World Health Organ 1988;66 (4):465-70 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2844429>, acessado em 9 de junho de 2022)
2. Brown K, Leggat PA Human monkeypox: current state of knowledge and implications for the future Trop Med Infect Dis 2016;1 (1). (<http://dx.doi.org/10.3390/tropicalmed1010008>, acessado em 9 de junho de 2022)
3. Orientação para gerenciamento de questões éticas em surtos de doenças infecciosas Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>, acessado em 9 de junho de 2022)
4. Manual de desenvolvimento de orientações da OMS Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>, acessado em 9 de junho de 2022)
5. Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, Baer LR, et al The changing epidemiology of human monkeypox – a potential threat? A systematic review PLoS Negl Trop Dis 2022;16 (2):e0010141 (<https://journals.plos.org/plosntds/article/file?id=10.1371/journal.pntd.0010141&type=printable>, acessado em 9 de junho de 2022)
6. Li Y, Zhao H, Wilkins K, Hughes C, Damon IK Real-time PCR assays for the specific detection of monkeypox virus West African and Congo Basin strain DNA J Virol Methods 2010;169 (1):223-7 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jviromet.2010.07.012>, acessado em 9 de junho de 2022)
7. Beer EM, Rao VB A systematic review of the epidemiology of human monkeypox outbreaks and implications for outbreak strategy PLoS Negl Trop Dis 2019;13 (10):e0007791 (<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0007791>, acessado em 9 de junho de 2022)
8. Yinka-Ogunleye A, Aruna O, Dalhat M, Ogoina D, McCollum A, Disu Y, et al Outbreak of human monkeypox in Nigeria in 2017-18: a clinical and epidemiological report Lancet Infect Dis 2019;19 (8):872-9 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309919302944>, acessado em 9 de junho de 2022)
9. Pittman PR, Martin JW, Placide M, Muyembe JJT, Wan Q, Reynolds M, et al Clinical characterization of human monkeypox infections in the Democratic Republic of the Congo medRxiv 2022 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.05.26.22273379v1>, acessado em 9 de junho de 2022)
10. Petersen E, Kantele A, Koopmans M, Asogun D, Yinka-Ogunleye A, Ihekweazu C, et al Human monkeypox: epidemiologic and clinical characteristics, diagnosis, and prevention Infect Dis Clin North Am 2019;33 (4):1027-43 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2019.03.001>, acessado em 9 de junho de 2022)
11. McCollum AM, Damon IK Human monkeypox Clin Infect Dis 2014;58 (2):260-7 (<http://dx.doi.org/10.1093/cid/cit703>, acessado em 9 de junho de 2022)
12. Damon IK Smallpox, monkeypox, and other poxvirus infections Goldman's Cecil Medicine 2012;2:2117-21 (<http://dx.doi.org/10.1016/b978-1-4377-1604-7.00380-8>, acessado em 9 de junho de 2022)
13. Ogoina D, Iroezindu M, James HI, Oladokun R, Yinka-Ogunleye A, Wakama P, et al Clinical course and outcome of human monkeypox in Nigeria Clin Infect Dis 2020;71 (8):e210-4 (<http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa143>, acessado em 9 de junho de 2022)
14. Damon IK Status of human monkeypox: clinical disease, epidemiology and research Vaccine 2011;29 Suppl 4:D54-9 (https://www.researchgate.net/publication/258043776_Human_Monkeypox, acessado em 9 de junho de 2022)
15. Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, et al Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK Lancet Infect Dis 2022 ([http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\).00228-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(22).00228-6), acessado em 9 de junho de 2022)
16. Weinstein RA, Nalca A, Rimoin AW, Bavari S, Whitehouse CA Reemergence of monkeypox: prevalence, diagnostics, and countermeasures Clin Infect Dis 2005;41 (12):1765-71 (<http://dx.doi.org/10.1086/498155>, acessado em 9 de junho de 2022)

17. UK Health Security Agency Monkeypox cases confirmed in England – latest updates Gov uk 2022 (<https://www.gov.uk/government/news/monkeypox-cases-confirmed-in-england-latest-updates>, acessado em 9 de junho de 2022)
18. Huhn GD, Bauer AM, Yorita K, Graham MB, Sejvar J, Likos A, et al Clinical characteristics of human monkeypox, and risk factors for severe disease *Clin Infect Dis* 2005;41 (12):1742-51 (<https://doi.org/10.1086/498115>, acessado em 9 de junho de 2022)
19. Hughes CM, Liu L, Davidson WB, Radford KW, Wilkins K, Monroe B, et al A tale of two viruses: coinfections of monkeypox and varicella zoster virus in the Democratic Republic of Congo *Am J Trop Med Hyg* 2020;104 (2):604-11 (<http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.20-0589>, acessado em 9 de junho de 2022)
20. Hoff NA, Morier DS, Kisalu NK, Johnston SC, Doshi RH, Hensley LE, et al Varicella coinfection in patients with active monkeypox in the Democratic Republic of the Congo *EcoHealth* 2017;14 (3):564-74 (<http://dx.doi.org/10.1007/s10393-017-1266-5>, acessado em 9 de junho de 2022)
21. Reynolds M, McCollum A, Nguete B, Lushima RS, Petersen B Improving the care and treatment of monkeypox patients in low-resource settings: applying evidence from contemporary biomedical and smallpox biodefense research *Viruses* 2017;9 (12):380 (<http://dx.doi.org/10.3390/v9120380>, acessado em 9 de junho de 2022)
22. Johnson RF, Dyall J, Ragland DR, Huzella L, Byrum R, Jett C, et al Comparative analysis of monkeypox virus infection of cynomolgus macaques by the intravenous or intrabronchial inoculation route *J Virol* 2011;85 (5):2112-25 (<http://dx.doi.org/10.1128/JVI.01931-10>, acessado em 9 de junho de 2022)
23. Reynolds MG, Yorita KL, Kuehnert MJ, Davidson WB, Huhn GD, Holman RC, et al Clinical manifestations of human monkeypox influenced by route of infection *J Infect Dis* 2006;194 (6):773-80 (<http://dx.doi.org/10.1086/505880>, acessado em 9 de junho de 2022)
24. Vaughan A, Aarons E, Astbury J, Brooks T, Chand M, Flegg P, et al Human-to-human transmission of monkeypox virus, United Kingdom, October 2018 *Emerg Infect Dis* 2020;26 (4):782-5 (<http://dx.doi.org/10.3201/eid2604.191164>, acessado em 9 de junho de 2022)
25. Rheinbaben F v , Gebel J, Exner M, Schmidt A Environmental resistance, disinfection, and sterilization of poxviruses In: Mercer AA, Schmidt A, Weber O, editors *Poxviruses* Basel: Birkhäuser Basel; 2007:397-405 (https://doi.org/10.1007/978-3-7643-7557-7_19, acessado em 9 de junho de 2022)
26. Wood JP, Choi YW, Wendling MQ, Rogers JV, Chappie DJ Environmental persistence of vaccinia virus on materials *Lett Appl Microbiol* 2013;57 (5):399-404 (<https://sfamjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/lam.12126>, acessado em 9 de junho de 2022)
27. Hobson G, Adamson J, Adler H, Firth R, Gould S, Houlihan C, et al Family cluster of three cases of monkeypox imported from Nigeria to the United Kingdom, May 2021 *Euro Surveill* 2021;26 (32). (<http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.32.2100745>, acessado em 9 de junho de 2022)
28. Mbala PK, Huggins JW, Riu-Rovira T, Ahuka SM, Mulembakani P, Rimoin AW, et al Maternal and fetal outcomes among pregnant women with human monkeypox infection in the Democratic Republic of Congo *J Infect Dis* 2017;216 (7):824-8 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jix260>, acessado em 9 de junho de 2022)
29. Jamieson DJ, Jernigan DB, Ellis JE, Treadwell TA Emerging infections and pregnancy: West Nile virus, monkeypox, severe acute respiratory syndrome, and bioterrorism *Clin Perinatol* 2005;32 (3):765-76 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2005.04.008>, acessado em 9 de junho de 2022)
30. Hughes C, McCollum A, Pukuta E, Karhemere S, Nguete B, Shongo Lushima R, et al Ocular complications associated with acute monkeypox virus infection, DRC *Int J Infect Dis* 2014;21:276-7 (<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2014.03.994>, acessado em 9 de junho de 2022)
31. Adams J, Bartram J, Chantier Y Normas essenciais de saúde ambiental para atenção à saúde Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43767>, acessado em 7 de junho de 2022)
32. Fortalecimento da prevenção e controle de infecção na atenção primária: coletânea de padrões, recursos de medição e implementação existentes Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345276>, acessado em 9 de junho de 2022)

33. Cuidados clínicos para infecção respiratória aguda grave: conjunto de ferramentas: adaptação para a COVID-19 Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352851>, acessado em 9 de junho de 2022)
34. Orientações para o manejo de infecções sexualmente transmissíveis sintomáticas Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>, acessado em 9 de junho de 2022)
35. Orientações para malária da OMS Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352687>, acessado em 9 de junho de 2022)
36. Cuidados domiciliares para pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 e manejo de seus contatos Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333782>, acessado em 9 de junho de 2022)
37. Blackford S, Roberts DL, Thomas PD Cowpox infection causing a generalized eruption in a patient with atopic dermatitis *Br J Dermatol* 1993;129 (5):628-9 (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.1993.tb00500.x>, acessado em 9 de junho de 2022)
38. Água, saneamento, higiene e gestão de resíduos para SARS-CoV-2, o vírus que causa a COVID-19 Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-WASH-2020.4>, acessado em 9 de junho de 2022)
39. Gerba CP, Kennedy D Enteric virus survival during household laundering and impact of disinfection with sodium hypochlorite *Appl Environ Microbiol* 2007;73 (14):4425-8 (<http://dx.doi.org/10.1128/AEM.00688-07>, acessado em 9 de junho de 2022)
40. Eterpi M, McDonnell G, Thomas V Disinfection efficacy against parvoviruses compared with reference viruses *J Hosp Infect* 2009;73 (1):64-70 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2009.05.016>, acessado em 9 de junho de 2022)
41. Rutala WA, Weber DJ Uses of inorganic hypochlorite (bleach) in health-care facilities *Clin Microbiol Rev* 1997;10 (4):597-610 (<http://dx.doi.org/10.1128/CMR.10.4.597>, acessado em 9 de junho de 2022)
42. National monkeypox public health response guidelines Nigeria Centre for Disease Control; 2019 (https://ncdc.gov.ng/themes/common/docs/protocols/96_1577798337.pdf, acessado em 9 de junho de 2022)
43. France K, Villa A Acute oral lesions *Dermatol Clin* 2020;38 (4):441-50 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2020.05.005>, acessado em 9 de junho de 2022)
44. Malnutrition universal screening tool (MUST) In: Flynn M, Mercer D, editors Oxford handbook of adult nursing Oxford: Oxford University Press; 2018 (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf, acessado em 9 de junho de 2022)
45. Livro de bolso de cuidados hospitalares para crianças (segunda edição) Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/81170>, acessado em 9 de junho de 2022)
46. Manual do clínico distrital do IMAI Cuidados hospitalares para adolescentes e adultos: orientações para o manejo de doenças comuns com recursos limitados Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77751>, acessado em 9 de junho de 2022)
47. Orientação: atualizações sobre o manejo da desnutrição aguda grave em bebês e crianças Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95584/9789241506328_eng.pdf?sequence=1, acessado em 9 de junho de 2022)
48. Zinder R, Cooley R, Vlad LG, Molnar JA Vitamin A and wound healing *Nutr Clin Pract* 2019;34 (6):839-49 (<http://dx.doi.org/10.1002/ncp.10420>, acessado em 9 de junho de 2022)
49. Recomendações sobre cuidados pré-natais para uma experiência de gravidez positiva, da OMS Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>, acessado em 9 de junho de 2022)
50. Recomendações sobre cuidados maternos e do recém-nascido para uma experiência pós-natal positiva, da OMS Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>, acessado em 9 de junho de 2022)
51. Orientação de atenção ao aborto Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>, acessado em 9 de junho de 2022)

52. Llor C, Bjerrum L Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem *Ther Adv Drug Saf* 2014;5 (6):229-41 (<https://doi.org/10.1177/2042098614554919>, acessado em 9 de junho de 2022)
53. Classificação de antibióticos para avaliação e monitoramento de uso de 2019 da AWaRe da OMS Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327957>, acessado em 9 de junho de 2022)
54. Duncan H, Hutchison J, Parshuram CS The Pediatric Early Warning System score: a severity of illness score to predict urgent medical need in hospitalized children *J Crit Care* 2006;21 (3):271-8 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2006.06.007>, acessado em 9 de junho de 2022)
55. Capítulo 10: Medical and minor surgical procedures In: Clinical guidelines: diagnosis and treatment manual Médecins Sans Frontières; 2021 (<https://medicalguidelines.msf.org/viewport/CG/english/cutaneous-abscess-18482406.html>, acessado em 9 de junho de 2022)
56. Livro de antibióticos da Lista de Medicamentos Essenciais da OMS: como melhorar a conscientização sobre antibióticos (AWaReness) Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/the-who-essential-medicines-list-antibiotic-book-improving-antibiotic-awareness>, acessado em 9 de junho de 2022)
57. Cuidados de suporte otimizados para a doença do vírus Ebola Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325000>, acessado em 9 de junho de 2022)
58. Primeiros socorros psicológicos: guia para profissionais de campo Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44615>, acessado em 9 de junho de 2022)
59. IASC guidance on basic psychosocial skills – a guide for COVID-19 responders Inter-Agency Standing Committee; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance-basic-psychosocial-skills-guide-covid-19-responders>, acessado em 9 de junho de 2022)
60. Manejo de problemas plus (PM+): ajuda psicológica individual para adultos prejudicados por sofrimento em comunidades expostas à adversidade Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206417>, acessado em 9 de junho de 2022)
61. Fazer o que importa em tempos de estresse: guia ilustrado Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331901>, acessado em 9 de junho de 2022)
62. Guia de intervenção humanitária da mhGAP (mhGAP-HIG): manejo clínico de condições mentais, neurológicas e de uso de substâncias em emergências humanitárias Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/162960>, acessado em 9 de junho de 2022)
63. Guia de intervenção da mhGAP – versão 2.0 Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>, acessado em 9 de junho de 2022)
64. Manuais de treinamento da mhGAP para o guia de intervenção da mhGAP para transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias em ambientes de saúde não especializados Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259161/WHO-MSD-MER-17-6-eng.pdf>, acessado em 9 de junho de 2022)
65. Tecovirimat SIGA European Medicines Agency; 2021 (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tecovirimat-siga>, acessado em 9 de junho de 2022)
66. FDA approves the first drug with an indication for treatment of smallpox Silver Spring, MD: U S Food and Drug Administration; 2018 (<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-drug-indication-treatment-smallpox>, acessado em 9 de junho de 2022)
67. SIGA announces health Canada regulatory approval of oral TPOXX® SIGA Technologies Inc ; 2021 (<https://www.globenewswire.com/news-release/2021/12/01/2344305/9738/en/SIGA-Announces-Health-Canada-Regulatory-Approval-of-Oral-TPOXX.html>, acessado em 9 de junho de 2022)
68. Mucker EM, Goff AJ, Shamblin JD, Grosenbach DW, Damon IK, Mehal JM, et al Efficacy of tecovirimat (ST-246) in nonhuman primates infected with variola virus (smallpox) *Antimicrob Agents Chemother* 2013;57 (12):6246-53 (<http://dx.doi.org/10.1128/AAC.00977-13>, acessado em 9 de junho de 2022)

69. Großenbach DW, Honeychurch K, Rose EA, Chinsangaram J, Frimm A, Maiti B, et al Oral tecovirimat for the treatment of smallpox *N Engl J Med* 2018;379 (1):44-53 (<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1705688>, acessado em 9 de junho de 2022)
70. EMA Tecovirimat-SIGA assessment report (https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/tecovirimat-siga-epar-public-assessment-report_en.pdf); Summary of product characteristics (https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tecovirimat-siga-epar-product-information_en.pdf, acessado em 9 de junho de 2022); European Medicines Agency; 2022
71. SIGA receives approval from the FDA for intravenous (IV) formulation of TPOXX® (tecovirimat) SIGA; 2022 (<https://investor.siga.com/news-releases/news-release-details/siga-receives-approval-fda-intravenous-iv-formulation-tpoxxr>, acessado em 9 de junho de 2022)
72. Russo AT, Großenbach DW, Chinsangaram J, Honeychurch KM, Long PG, Lovejoy C, et al An overview of tecovirimat for smallpox treatment and expanded anti-orthopoxvirus applications *Expert Rev Anti Infect Ther* 2021;19 (3):331-44 (<http://dx.doi.org/10.1080/14787210.2020.1819791>, acessado em 9 de junho de 2022)
73. Tembexa (brincidofovir) Silver Spring, MD: U S Food and Drug Administration; 2021 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/applletter/2021/214460Orig1s000ltr.pdf, acessado em 9 de junho de 2022)
74. Jezek Z, Marennikova SS, Mutumbo M, Nakano JH, Paluku KM, Szczeniowski M Human monkeypox: a study of 2,510 contacts of 214 patients *J Infect Dis* 1986;154 (4):551-5 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/154.4.551>, acessado em 9 de junho de 2022)
75. Hutson CL, Kondas AV, Mauldin MR, Doty JB, Grossi IM, Morgan CN, et al Pharmacokinetics and efficacy of a potential smallpox therapeutic, brincidofovir, in a lethal monkeypox virus animal model *mSphere* 2021;3;6 (1). (<http://dx.doi.org/10.1128/mSphere.00927-20>, acessado em 9 de junho de 2022)
76. Fact sheet on cidofovir Silver Spring, MD: U S Food and Drug Administration; 2000 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/1999/020638s003lbl.pdf, acessado em 9 de junho de 2022)
77. Lea AP, Bryson HM Cidofovir *Drugs* 1996;52 (2):225-30 (<http://dx.doi.org/10.2165/00003495-199652020-00006>, acessado em 9 de junho de 2022)
78. De Clercq E Cidofovir in the treatment of poxvirus infections *Antiviral Res* 2002;55 (1):1-13 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0166-3542\(02\)00008-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0166-3542(02)00008-6), acessado em 9 de junho de 2022)
79. Mazurkov OY, Kabanov AS, Shishkina LN, Sergeev AA, Skarnovich MO, Bormotov NI, et al New effective chemically synthesized anti-smallpox compound NIOCH-14 *J Gen Virol* 2016;97 (5):1229-39 (<http://dx.doi.org/10.1099/jgv.0.00042257>, acessado em 9 de junho de 2022)
80. Mazurkov OY, Shishkina LN, Bormotov NI, Skarnovich MO, Serova OA, Mazurkova NA, et al Estimation of absolute bioavailability of the chemical substance of the anti-smallpox preparation NIOCH-14 in Mice *Bull Exp Biol Med* 2020;170 (2):207-10 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33263846/>, acessado em 9 de junho de 2022)
81. Vaccinia Immune Globulin Silver Spring, MD: U S Food and Drug Administration; 2018 (<https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/approved-blood-products/vaccinia-immune-globulin-intravenous-human>, acessado em 9 de junho de 2022)
82. Wittek R Vaccinia immune globulin: current policies, preparedness, and product safety and efficacy *Int J Infect Dis* 2006;10 (3):193-201 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2005.12.001>, acessado em 9 de junho de 2022)
83. Orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de unidades de saúde aguda Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730>, acessado em 9 de junho de 2022)
84. Hall S, Poller B, Bailey C, Gregory S, Clark R, Roberts P, et al Use of ultraviolet-fluorescence-based simulation in evaluation of personal protective equipment worn for first assessment and care of a patient with suspected high-consequence infectious disease *J Hosp Infect* 2018;99 (2):218-28 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2018.01.002>, acessado em 9 de junho de 2022)
85. Poller B, Hall S, Bailey C, Gregory S, Clark R, Roberts P, et al "VIOLET": a fluorescence-based simulation exercise for training healthcare workers in the use of personal protective equipment *J Hosp Infect* 2018;99 (2):229-35 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2018.01.021>, acessado em 9 de junho de 2022)

86. Standard infection control precautions literature review: footwear Antimicrobial Resistance and Healthcare Associated Infection Scotland; 2021 (<https://www.nipcm.hps.scot.nhs.uk/media/1667/2021-08-05-sicp-lr-footwear-v3.pdf>, acessado em 9 de junho de 2022)
87. Environmental cleaning in resource-limited settings Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2019 (<https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/index.html>, acessado em 9 de junho de 2022)
88. Monkeypox multi-country outbreak Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2022 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Monkeypox-multi-country-outbreak.pdf>, acessado em 9 de junho de 2022)
89. Standard precautions: waste management OpenWHO; 2022 (<https://openwho.org/courses/IPC-WM-EN>, acessado em 9 de junho de 2022)
90. Orientações consolidadas sobre prevenção, testagem, tratamento, prestação de serviços e monitoramento do HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342899>, acessado em 9 de junho de 2022)
91. Kisalu NK, Mokili JL Toward understanding the outcomes of monkeypox infection in human pregnancy J Infect Dis 2017;216 (7):795-7 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jix342>, acessado em 9 de junho de 2022)
92. Recomendações da OMS: cuidados durante o parto para uma experiência de parto positiva Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>, acessado em 9 de junho de 2022)
93. Recomendações da OMS: indução do trabalho de parto a termo ou pós-termo Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277233>, acessado em 9 de junho de 2022)
94. Fenner F, Henderson DA, Arita I, Jezek Z, Ladnyi ID A varíola e sua erradicação Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1988 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39485>, acessado em 9 de junho de 2022)
95. Altmann S, Brandt CR, Murphy CJ, Patnaikuni R, Takla T, Toomey M, et al Evaluation of therapeutic interventions for vaccinia virus keratitis J Infect Dis 2011;203 (5):683-90 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jiq103>, acessado em 9 de junho de 2022)
96. Semba RD The ocular complications of smallpox and smallpox immunization Arch Ophthalmol 2003;121 (5):715-9 (<https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/415346>, acessado em 9 de junho de 2022)
97. Safe body handling and mourning ceremonies for COVID-19 affected communities: implementation guidance for national Red Cross and Red Crescent societies Genebra: IFRC; 2019 (https://preparecenter.org/wp-content/uploads/2020/07/COVID_MotD_IFRC-ICRC_July2020_web-1.pdf, acessado em 9 de junho de 2022)
98. Prevenção e controle de infecção para o manejo seguro de um cadáver no contexto da COVID-19: orientação provisória Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334156>, acessado em 9 de junho de 2022)
99. Prevenção e controle de infecção para infecções respiratórias agudas propensas a epidemias e pandemias na atenção à saúde Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112656>, acessado em 9 de junho de 2022)
100. Prevenção e controle de infecção no contexto da doença por coronavírus (COVID-19): orientação dinâmica Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352339>, acessado em 9 de junho de 2022)
101. Atkinson J, Chartier Y, Pessoa-Silva CL, Jensen P, Li Y, Seto W-H Ventilação natural para controle de infecção em ambientes de saúde Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2009 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44167/9789241547857_eng.pdf, acessado em 9 de junho de 2022)
102. Relatório Mundial de Saúde 2006: trabalhando juntos pela saúde Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>, acessado em 9 de junho de 2022)

ANEXO 1. DEFINIÇÕES DE CASO DA OMS PARA SURTO DE VARÍOLA EM PAÍSES NÃO ENDÊMICOS (EM 21 DE MAIO DE 2022) (ACESSE O SITE PARA DEFINIÇÕES ATUALIZADAS)

Caso suspeito

Uma pessoa de qualquer idade que apresenta erupção cutânea aguda inexplicável em um país não endêmico de varíola dos macacos.

E

um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas, desde 15 de março de 2022:

- ☐ dor de cabeça
- ☐ **febre de início** agudo (> 38.5°C);
- ☐ **linfadenopatia (linfonodos inchados);**
- ☐ **mialgia (dores musculares/corpóreas);**
- ☐ dor nas costas;
- ☐ astenia (fraqueza profunda).

E

para os quais as seguintes causas comuns de erupção cutânea aguda não explicam o quadro clínico: varicela zoster, herpes zoster, sarampo, herpes simples, infecções bacterianas da pele, infecção gonocócica disseminada, sífilis primária ou secundária, cancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reação alérgica (por exemplo, a plantas); e quaisquer outras causas comuns localmente relevantes de erupção cutânea papular ou vesicular.

Observação: Não é necessário obter resultados laboratoriais negativos para as causas comuns listadas de doenças exantemáticas para classificar um caso como suspeito.

Caso provável

Uma pessoa que atende à definição de caso para um caso suspeito.

E

um ou mais dos seguintes:

- ☐ tem vínculo epidemiológico (exposição face a face, incluindo profissionais de saúde sem EPI apropriado; contato físico direto com pele ou lesões de pele, incluindo contato sexual; ou contato com materiais contaminados, como roupas, lençóis ou utensílios) com um caso provável ou confirmado de varíola dos macacos nos 21 dias anteriores ao início dos sintomas;
- ☐ relatou histórico de viagem para um país endêmico de varíola dos macacos¹ nos 21 dias anteriores ao início dos sintomas;
- ☐ teve parceiros sexuais múltiplos ou anônimos nos 21 dias anteriores ao início dos sintomas;
- ☐ tem um resultado positivo de um teste sorológico de ortopoxvírus, na ausência de vacinação contra varíola ou outra exposição conhecida a ortopoxvírus;
- ☐ está hospitalizado devido à doença.

¹ 1 Países endêmicos para varíola dos macacos: Camarões, República Centro-Africana, Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Gabão, Libéria, Nigéria, Congo e Serra Leoa. Em Gana, o vírus da varíola dos macacos foi identificado apenas em animais. Benin e Sudão do Sul documentaram casos importados no passado. Os países que atualmente relatam casos do clado da África Ocidental são Camarões e Nigéria; e do clado da Bacia do Congo são Camarões, República Centro-Africana e República Democrática do Congo. Com a definição de caso, todos os países, exceto esses quatro (Camarões, República Centro-Africana, República Democrática do Congo e Nigéria), devem relatar novos casos de varíola dos macacos como parte do atual surto multi-países. Caso os países da África Central identifiquem algum caso de varíola dos macacos devido ao clado da África Ocidental, eles também devem ser relatados.

Caso confirmado

Um caso que atende à definição de caso suspeito ou provável.

E

é confirmado laboratorialmente para o vírus da varíola dos macacos pela detecção de sequências exclusivas de DNA viral por reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) e/ou sequenciamento.

Caso descartado

Um caso suspeito ou provável para o qual o teste laboratorial de fluido da lesão, amostras de pele ou crostas por PCR e/ou sequenciamento é negativo para o vírus MPX. Por outro lado, por exemplo, um caso provável detectado retrospectivamente para o qual o teste de lesão não pode mais ser realizado adequadamente (ou seja, após a queda das crostas) permaneceria classificado como um caso provável.

ANEXO 2. MEDICAMENTOS E DOSAGEM PARA CUIDADOS SINTOMÁTICOS

Febre – paracetamol

- **Adultos:** 1g VO/IV a cada 6-8 horas. Dose máxima 4g a cada 24 horas ou (2 g se história de doença hepática crônica).
- **Recém-nascidos:** Dose oral 10-15 mg/kg a cada 6 horas. Dose máxima 40 mg/kg/dia; Dose IV 7,5 mg/kg a cada 6 horas, dose máxima 30 mg/kg dia.
- **Todas as outras crianças:** 10-15 mg/kg a cada 6 horas, dose máxima 60 mg/kg/dia.

Controle de dor leve – paracetamol

- **Adultos:** 1g VO/IV a cada 6-8 horas. Dose máxima 4g a cada 24 horas ou (2 g se história de doença hepática crônica).
- **Crianças:** Por via oral ou IV 10-15 mg/kg/dose a cada 4-6 horas, conforme necessário, dose máxima usual de 60 mg/kg/dia, mas 90 mg/kg/dia podem ser administrados por curto período com supervisão médica.

Controle da dor severa – tramadol

- **Adultos:** 50-100 mg VO/IV a cada 4-6 horas conforme necessário, máximo diário de 400 mg/dia.
- **Crianças > 6 meses:** 1-2 mg/kg a cada 4-6 horas, máximo 400 mg/dia.

Controle da dor severa – morfina (dose oral preferida se o paciente puder tolerar; use apenas comprimidos de liberação imediata para dor aguda)

- **Adultos:** A dose oral é de 10 mg a cada 4 horas, conforme necessário; a dose máxima é de 60 mg/dia. A dose IV é de 1-4 mg SQ/IV a cada 4 horas conforme necessário – monitore a PAS e a FR antes da administração de morfina (não utilize com PAS ou frequência respiratória baixa).
- **Crianças:** A dose oral é de 0,2-0,4 mg/kg/dose a cada 4 horas. Titule a dose para a dor. A dose IV é de 0,05-0,1 mg/kg/dose a cada 4-6 horas, conforme necessário.

Anti-histamínico

- **Adultos:** Loratadina 10 mg VO uma vez ao dia.
- **Crianças (> 30 kg):** Loratadina 10 mg VO uma vez ao dia.

Nausea e vômito

1. Ondansetrom (associado ao prolongamento do intervalo QT, portanto, é importante observar outros medicamentos que também podem prolongar o intervalo QT e monitorar regularmente com ECGs, se disponíveis).
 - **Adultos:** 8 mg VO a cada 12 horas ou 4 mg IV a cada 8 horas, conforme necessário.
 - **Crianças:** 0,15 mg/kg por via oral ou 0,15 mg/kg IV a cada 12 horas, dose máxima de 8 mg.
2. Prometazina
 - **Apenas para adultos:** 12,5 a 25 mg por via oral a cada 4 a 6 horas, conforme necessário (pode prolongar o intervalo QT).

Dispepsia

- **Adulto:** Omeprazol 40 mg VO/IV a cada 24 horas.
- **Criança:** Omeprazol 5-10 kg: 5 mg uma vez ao dia; 10-20 kg: 10 mg uma vez ao dia; ≥ 20 kg: 20 mg uma vez ao dia.

Diarreia

- A diarreia deve ser tratada de forma conservadora. O uso de agentes antimotilidade geralmente não é recomendado devido à possibilidade de íleo paralítico.

Ansiedade

Esse pode ser um sintoma que os pacientes vivenciam de modo particularmente relacionado ao isolamento ou devido ao agravamento dos sintomas.

- A terapia de primeira linha é conversar com um profissional de saúde mental.
- Para ansiedade moderada a grave, pode ser cogitado o uso de diazepam, mas uma avaliação do estado mental do paciente deve preceder seu uso. Os benzodiazepínicos não devem ser administrados a pacientes com alteração mental.
- **Adultos:** Diazepam 5-10 mg VO a cada 8 horas, conforme necessário, desde que o raciocínio não seja afetado.
- **Crianças:** Diazepam 0,05-0,1 mg/kg VO a cada 6 horas, conforme necessário. A supervisão contínua por um profissional de saúde é indicada para manter a criança calma. Sedativos só devem ser usados se necessário para realizar procedimentos e intervenções.

ANEXO 3. RECOMENDAÇÕES E DOSAGEM ANTIMICROBIANA PARA INFECÇÃO BACTERIANA DA PELE

Para o tratamento de impetigo, erisipela ou celulite causada por um patógeno bacteriano. Exclui infecções de pele causadas por patógenos virais, fúngicos ou parasitários; fascíte necrosante; piomiosite; infecções graves com sepse; e infecções do sítio cirúrgico.

Para obter mais orientações sobre as recomendações da OMS para terapia antimicrobiana, consulte o *Livro de antibióticos da Lista de Medicamentos Essenciais da OMS: melhorando a conscientização sobre antibióticos (AWaRe)* (📖) e o *Livro de antibióticos da Lista de Medicamentos Essenciais da OMS: infográficos* (📖).

Adultos.

Antibiótico	Dose
Cloxacilina (flucloxacilina)	500 mg por via oral a cada 8 horas
Cefalexina	500 mg por via oral a cada 8 horas
Amoxicilina-ácido clavulânico	500-125 mg por via oral a cada 8 horas
Se houver preocupação com MRSA adquirido na comunidade, considere o seguinte tratamento:	
Clindamicina	600 mg por via oral a cada 8 horas
Sulfametoxazol-Trimetoprim	800-160 mg por via oral a cada 12 horas
Doxiciclina	100 mg por via oral a cada 12 horas

Observação: No caso de alergia à penicilina ou a beta-lactâmicos: use clindamicina ou trimetoprima-sulfametoxazol.

Crianças.

Peso	Amoxicilina-ácido clavulânico 40-50 mg/kg/dose de componente de amoxicilina a cada 12 horas OU 30 mg/kg/dose a cada 8 horas por via oral	Cefalexina 25 mg/kg/dose a cada 12 horas por via oral	Cloxacilina (flucloxacilina) em neonatos: 25-50 mg/kg/dose duas vezes ao dia; em crianças: 25 mg/kg/dose a cada 6 horas
3 < 6 kg	250 mg de amoxicilina/dose duas vezes ao dia	125 mg a cada 12 horas	125 mg a cada 6 horas
6 < 10 kg	375 mg de amoxicilina/dose duas vezes ao dia	250 mg a cada 12 horas	250 mg a cada 6 horas
10 < 15 kg	500 mg de amoxicilina/dose duas vezes ao dia	375 mg a cada 12 horas	250 mg a cada 6 horas
15 < 20 kg	750 mg de amoxicilina/dose duas vezes ao dia	500 mg a cada 12 horas	500 mg a cada 6 horas
20 < 30 kg	1000 mg de amoxicilina/dose duas vezes ao dia	625 mg a cada 12 horas	750 mg a cada 6 horas
> 30kg	Usar dose de adulto	Usar dose de adulto	Usar dose de adulto

Observação: Se houver preocupação com MRSA adquirido na comunidade, cogite o uso de clindamicina: neonatos 5 mg/kg/dose a cada 8 horas; crianças 10 mg/kg/dose a cada 8 horas.

ANEXO 4. SUMÁRIO DO LICENCIAMENTO REGULATÓRIO DE ANTIVIRAIS PARA VARÍOLA DOS MACACOS

	Tecovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
Dose de tratamento, via, duração (adultos) (65,66,71,73,76)	Dose <u>Oral</u> 600 mg VO a cada 12 horas <u>Intravenoso*</u> 3 kg a < 35 kg: 6 mg/kg cada 12 horas 35 kg a < 120 kg: 200 mg a cada 12 horas > 120kg: 300 mg a cada 12 horas *Deve ser administrado durante 6 horas Duração 14 dias	Dose <u>Oral</u> < 10 kg: 6 mg/kg 10-48 kg: 4 mg/kg > 48 kg: 200 mg (20 mL) Duração Uma vez por semana para 2 doses, nos dias 1 e 8	Dose <u>Intravenoso</u> 5 mg/kg IV uma vez por semana Deve ser administrado com probenecida oral: 2 gramas 3 horas antes de cada dose e 1 grama 2 e 8 horas após o término da infusão Deve ser administrado com pelo menos 1 L de solução salina normal a 0,9% durante um período de 1 a 2 horas antes de cada infusão Duração Uma vez por semana × 2 semanas, depois uma vez a cada duas semanas (com base no tratamento para retinite por CMV)
Dose de tratamento, via, duração (pediatria) (65,66,71,73,76)	Dose <u>Oral</u> 13-25 kg: 200 mg a cada 12 horas 25-40 kg: 400 mg a cada 12 horas > 40 kg: 600 mg a cada 12 horas <u>Intravenoso*</u> 3-35 kg: 6 mg/kg cada 12 horas 35-120 kg: 200 mg a cada 12 horas > 120 kg: 300 mg a cada 12 horas *Deve ser administrado em 6 horas Duração 14 dias	Dose <u>Oral</u> < 10 kg: 6 mg/kg 10-48 kg: 4 mg/kg > 48 kg: 200 mg (20 mL) Duração Uma vez por semana total 2 doses, nos dias 1 e 8	Dose <u>Intravenoso</u> 5 mg/kg IV uma vez por semana Deve ser administrado com probenecida oral: 2 gramas 3 horas antes de cada dose e 1 grama 2 e 8 horas após o término da infusão Deve ser administrado com pelo menos 1 L de solução salina normal a 0,9% durante um período de 1 a 2 horas antes de cada infusão. Duração Uma vez por semana × 2 semanas, depois uma vez a cada duas semanas (com base no tratamento para retinite por CMV)
Formas de dosagem e força	Cápsulas: 200 mg laranja e preto (65). Intravenoso: Injeção IV dose única 200 mg/20mL (71).	Comprimidos: 100 mg, azul, formato oval (73). Suspensão: suspensão aromatizada com sabor lima-limão contendo 10 mg/mL (73).	Intravenoso: fornecido como frascos de uso único 75 mg/mL para infusão intravenosa (76).

	Tecovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
Uso na gravidez	Não há dados do uso em gestantes (65,66)	Não recomendado A administração a pequenos animais resultou em embriotoxicidade, diminuição da sobrevivência embrionária e/ou malformações estruturais. Recomenda-se o uso de uma terapia alternativa, se possível (73).	Gravidez classe C Não há estudos bem controlados adequados em gestantes (76).
Uso na amamentação	É desconhecido se o medicamento ou seus metabólitos são excretados no leite humano (65,66,70).	Em estudos com taxas de lactação, o brincidofovir foi detectado no leite, mas não no plasma de filhotes em amamentação (73).	Desconhecido (76).
Dose, via, duração da PPE (adulto)	Sem dados	Sem dados	Sem dados
Mecanismo de ação	Inibe a atividade da proteína VP37 do ortopoxvírus e inibe a formação do envelope viral (65,69,70,72)	Inibe a síntese de DNA mediada pela polimerase (73).	Inibe a DNA polimerase (79,80).
Licenciado para varíola	Agência Europeia de Medicamentos (2022) (65). Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA (2021)(66). Health Canada (2021)(67).	FDA dos EUA (2021)(73). EMA (2016).	CDC dos EUA (EA-IND).
Licenciado para varíola dos macacos	Agência Europeia de Medicamentos (2022)(65,70). CDC dos EUA (protocolo EA-IND)	CDC dos EUA (protocolo EA-IND).	CDC dos EUA (EA-IND).

Observação: NIOCH-14: Análogo do tecovirimat (79,80).

	Tecovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
Dados do NHP (se testes em humanos não estiverem disponíveis)	Os dados do NHP e de pequenos animais mostraram sobrevida de 80–100% quando tratados com a dose mínima efetiva O atraso no tratamento foi associado à diminuição da sobrevida O aumento da dose do medicamento não levou a benefício de sobrevida, mas resultou no seguinte: • baixa carga viral circulante • menos lesões • menos sinais clínicos de infecção • falta de resposta • dispneia • febre • linfadenopatia (65,68–70)	Dados de pequenos animais mostraram melhora estatisticamente significativa na sobrevida em comparação com placebo naqueles tratados com brincidofovir (73).	Modelos de pequenos animais mostraram diminuição da gravidade da infecção com níveis reduzidos de vírus no nariz/sinusite e pulmões (76). Taxas de sobrevida de 80–100% (76). Carcinogênese O estudo de 26 semanas que avaliou a injeção subcutânea uma vez por semana em ratos foi encerrado em 19 semanas porque foi detectada uma massa palpável nas fêmeas após seis doses. As massas foram diagnosticadas como adenocarcinoma mamário. Em um estudo de toxicologia IV de 26 semanas em ratos, houve um aumento significativo no adenocarcinoma mamário, bem como uma incidência significativa de carcinoma da glândula de Zymbal em machos (76). Espermatogênese Em ratos e macacos, o cidofovir causou inibição da espermatogênese Sem efeitos adversos na fertilidade em ratos machos (79,80)

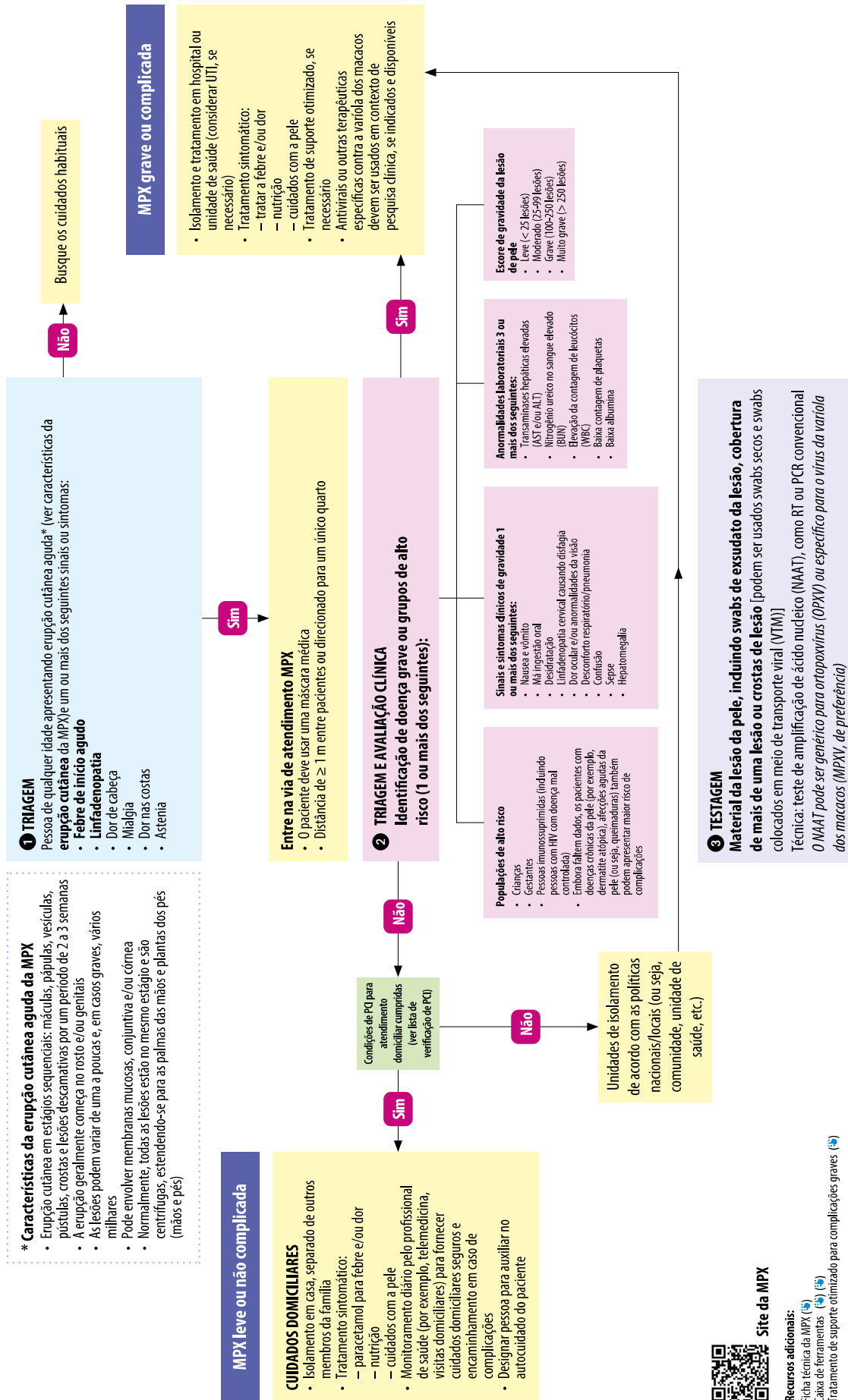
Observação: NIOCH-14: Estudos em pequenos animais mostraram redução da concentração do vírus em órgãos-alvo primários (pulmões, traqueia, nariz) e órgãos secundários (cérebro, fígado, rim, baço, pâncreas) (79,80).

	Tecovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
Testes de dados humanos	Ensaio clínico de fase 1: a co-administração com repaglinida causou hipoglicemia ligeira a moderada em 10/30 pacientes. (65,66,70) Ensaio clínico de fase 3: estudo de segurança expandido, 359 pacientes receberam tecovirimat e 90 receberam placebo Eventos adversos: dor de cabeça, náusea, dor abdominal (15). Relato de caso: (15). 1 paciente: PCR de sangue e trato respiratório superior negativo 48 horas após o início da medicação Permaneceu PCR negativo em 72 horas Os perfis hematológico, renal e hepático permaneceram normais Alta para casa para completar a terapia	Segurança baseada no uso de brincidofovir para prevenção de CMV e adenovírus (15). CMX001-201: Estudo de fase 2, duplo-cego, controlado por placebo em adultos para prevenção de CMV CMX001-202: Fase 2, estudo multicêntrico, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo para prevenção da doença por adenovírus CMX001-301: Fase 3, estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo em grupos paralelos em adultos para prevenção de CMV Relatos de caso: (15). 3 pacientes: Todos desenvolveram transaminases elevadas Nenhum completou um curso pleno de terapia Nenhuma associação consistente entre medicação e parâmetros clínicos ou virológicos	Três ensaios de fase 2/3 realizados em pacientes infectados pelo HIV com retinite por CMV (76). Estudo 105: Pacientes com retinite por CMV randomizados para tratamento imediato versus tratamento tardio até progressão da retinite por CMV Estudo 106: Ensaio aberto, 48 pacientes previamente não tratados com retinite por CMV randomizados para tratamento imediato ou retardado até a progressão da retinite por CMV Estudo 107: Ensaio aberto, 100 pacientes com retinite por CMV recidivante randomizados para 5 mg/kg uma vez por semana durante 2 semanas e depois 5 mg/kg ou 3 mg/kg a cada duas semanas 26/43 recebendo 5 mg/kg e 21/41 recebendo 3 mg/kg descontinuados devido a evento adverso, doença intercorrente, medicação excluída ou consentimento retirado
Toxicidade/efeitos colaterais (65,66,70,73,77)	Bem tolerado Muito comum: dor de cabeça Frequentes: tonturas, dor abdominal superior, desconforto abdominal, diarreia, náuseas, vômitos Interações medicamentosas: • Repaglinida • Omeprazol • Midazolam • Bupropiona • Atorvastatina • Flurbiprofeno • Metadona • Darunavir • Maraviroc • Rilpivirina • Sildenafil • Tadalafil • Vardenafil • Voriconazol • Tacrolimus	Toxicidade GI: • Diarreia • Náusea • Vômito • Dor abdominal Toxicidade hepática: • Elevação de transaminases • Elevação de bilirrubina total	Nefrotoxicidade Neutropenia Diminuição da pressão intraocular Uveíte/irite anterior Acidose metabólica Náusea Febre Alopecia Mialgia Hipersensibilidade à probenecida
Monitoramento (VS)	Por atendimento clínico usual Não é necessário monitoramento aprimorado	Por atendimento clínico usual Não é necessário monitoramento aprimorado	Monitorar de perto a função renal

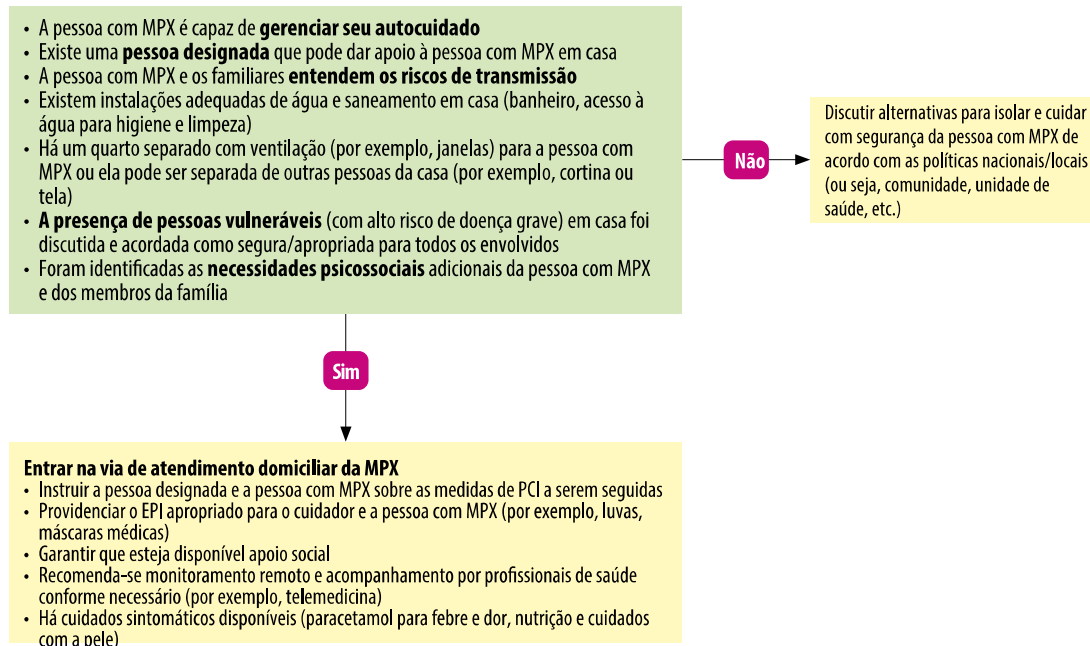
	Tecovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
Monitoramento laboratorial mínimo	Hematologia Função renal Função hepática	Devem ser realizados exames hepáticos antes do início e durante o tratamento com brincidofovir em intervalos regulares, conforme clinicamente apropriado	Função renal Hematologia Proteinúria Dentro de 48 horas antes de cada dose
Outro	Formulação intravenosa aprovada pelo FDA dos EUA em 19 de maio de 2022 para varíola (71).	Carcinogênese (73). Os dados de ratos mostraram pequenas massas palpáveis em ratos após apenas 26 doses orais em níveis sistêmicos inferiores à exposição humana esperada com base na dose recomendada de brincidofovir As massas foram diagnosticadas como adenocarcinomas mamários, carcinoma em células escamosas, glândula de Zymbal, útero e intestino delgado e hemangiossarcomas em linfonodo mesentérico e mediastinal, fígado e cavidade abdominal foram observados Nenhum tumor ocorreu em ratos após 9 doses intravenosas duas vezes por semana Fertilidade (73). Pessoas com potencial para engravidar devem usar métodos contraceptivos efetivos durante o tratamento e por pelo menos 2 meses após a última dose Toxicidade testicular (73). Devido a achados animais de toxicidade testicular, indivíduos com potencial reprodutivo com parceiros em idade fértil devem usar preservativos durante o tratamento por pelo menos 4 meses após a última dose	Deve ser administrado com probenecida e pré-hidratação salina intravenosa (76). Contra-indicações (76). CrCl $\leq$ 55 mL/min Creatinina $>$ 1,5 mg/dL Proteína urinária $\geq$ 100 mg/dL Pacientes que recebem agentes com potencial nefrotóxico Esses agentes devem ser descontinuados pelo menos 7 dias antes do início da terapia Hipersensibilidade ao cidofovir Hipersensibilidade à probenecida ou a outros medicamentos contendo sulfa Espectro de atividade (76). Vírus Herpes (CMV, VZV) Vírus JC Adenovírus Papilomavírus

ANEXO 5. VIA DE ATENDIMENTO CLÍNICO PARA A VARÍOLA DOS MACACOS

Fluxo de atendimento clínico para a varíola dos macacos (MPX) – algoritmo de tomada de decisão para ser usado em qualquer ponto de assistência médica
Para contatos de pacientes suspeitos ou confirmados, consulte as *Orientações de vigilância, investigação de casos e rastreamento de contatos para varíola dos macacos: orientações provisórias da OMS* (4).



Lista de verificação das condições de PCI para atendimento domiciliar no manejo de pessoas com varíola dos macacos não grave ou não complicada (MPX) a ser implementada no primeiro ponto de contato, seja no ponto de acesso à saúde ou remotamente via telefone ou telemedicina



Para mais informações contate:

Rede de Avaliação Clínica e Resposta a Doenças Emergentes

Organização Mundial da Saúde

Avenue Appia 20

CH-1211 Geneva 27

Switzerland

E-mail: CMTM@who.int



[Monkeypox \(who.int\)](https://www.who.int/monkeypox)