

TeleCondutas[®]

Mpox

Versão digital
2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

TelessaúdeRS-UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar

Bairro Rio Branco

CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS

Tel.: (51) 3333-7025

Site: www.telessauders.ufrgs.br

E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação Geral:

Roberto Nunes Umpierre

Natan Katz

Coordenação Científica:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização e Edição:

Elise Botteselle de Oliveira

Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Rudi Roman

Autoria:

Ana Cláudia Magnus Martins

Ana Flor Hexel Cornely

Elise Botteselle de Oliveira

Fabiane Elizabetha de Moraes Ribeiro

Ingrid da Silva Santos

Laureen Engel

Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Rafaela Fernandes Barrêto

Renata Rosa de Carvalho

Rudi Roman

Simone Perazzoli

Revisão Ortográfica e Normalização:

Bruna Rodrigues da Silva

Letícia Pereira de Souza

Diagramação:

Camila Hofstetter Camini

Luisa Maria do Nascimento

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **TeleCondutas**: MpoX: versão digital 2023. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 5 set. 2022 [atual. 5 jul. 2023]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/>. Acesso em: “dia, mês abreviado e ano da citação”.

Publicado em 5 de setembro de 2022.

Atualizado em 5 de julho de 2023.

TELECONDUTAS Nº 34 – MPOX

Sumário

Atualizações desta versão	3
Introdução	4
Etiologia	4
Virologia.....	4
Relação com a varíola.....	5
Transmissão.....	5
Quadro clínico.....	6
Diagnósticos diferenciais	13
Diagnóstico.....	14
Definição de casos	14
Notificação.....	15
Diagnóstico laboratorial	16
Manejo clínico	18
Grupos de risco.....	20
Tratamento sintomático.....	21
Tratamento específico.....	23
Recomendações no manejo de gestantes, puérperas e lactantes.....	25
Medidas para controle de infecção	28
Cuidados em serviços de saúde.....	28
Cuidados no domicílio	30
Cuidados com animais domésticos	32
Descontinuação do isolamento	33
Rastreamento de contatos	33
Vacinação.....	36
Referências.....	40
Apêndices.....	50
Apêndice A – Atlas com diagnósticos diferenciais da Mpx 50	50
Apêndice B – Tratamento sintomático das úlceras genitais	68
Apêndice C – Tratamento para impetigo	73
Apêndice D – Material informativo sobre Mpx, com orientações gerais para a população.....	74
Apêndice E – Material informativo com orientações para casos suspeitos, prováveis ou confirmados de Mpx.....	76

Atualizações desta versão

- Indicação de vacinação contra a Mpox.
- Apêndice B – Tratamento sintomático das úlceras genitais.

Introdução

Mpox, também conhecida como Monkeypox ou varíola dos macacos, é uma zoonose causada pelo vírus *mpox*. Apesar de endêmica em países da África Central e Ocidental, desde maio de 2022 há registros de surtos em regiões não endêmicas [1–4]. Em 23 de julho de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII) [2,3,5]. Diante da tendência global de queda dos casos da doença e com objetivo de desencadear uma resposta internacional coordenada, com desbloqueio de financiamento para colaboração no compartilhamento de vacinas e tratamentos, a OMS anunciou, em 11 de maio de 2023, que a Mpox não é mais uma ESPII [6].

Como o cenário epidemiológico atual não tem relação com macacos, já que a transmissão do vírus *mpox* ocorre também de humanos para humanos, o Ministério da Saúde (MS) optou por não denominar a doença no Brasil como “varíola dos macacos” ou “Monkeypox”, mas sim como “Mpox”. Essa mudança de nomenclatura segue as recomendações da OMS, publicada em novembro de 2022 [7,8].

Para fins de registro, orienta-se utilizar o código B04 do Código Internacional de Doenças - 10 (CID-10) para os casos suspeitos, prováveis ou confirmados de Mpox [5].

As definições dos critérios epidemiológicos, informações a respeito de transmissibilidade e história natural da doença serão atualizadas mediante avanços das evidências científicas.

Etiologia

Virologia

O vírus *mpox* foi descrito pela primeira vez em 1958, isolado em macacos. Ele é um vírus de DNA dupla hélice, envelopado, que pertence ao gênero *Orthopoxvirus*, família *Poxviridae*, mesma família do vírus causador da varíola [1–5]. Existem dois clados genéticos do vírus *mpox*, nomeados a partir da região em que foram inicialmente encontrados: o clado da África Central (Bacia do Congo) e o clado da África Ocidental. O clado da Bacia do Congo historicamente causou doenças mais graves e foi considerado mais transmissível [2,4].

A partir da erradicação de varíola na década de 1980 e subsequente redução da vacinação contra essa doença, o vírus *mpox* tornou-se o ortopoxvírus mais importante em saúde pública [9].

Há registros de surtos de Mpox em alguns países africanos, acometendo tanto animais como seres humanos, desde a década de 1970 [1–4]. Na década de 2000, foram também descritos casos fora do continente africano, mas sempre associados a viagens internacionais ou à importação de animais [2–4].

A partir de maio de 2022, houve aumento importante nos registros de Mpox em países não endêmicos, incluindo casos sem relação direta com viagens a áreas endêmicas [2–4]. A taxa de mortalidade em áreas endêmicas varia de 0 a 11%, afetando principalmente crianças. Atualmente, nos países não

endêmicos com detecção da doença, a taxa de mortalidade é de 0,022% [5], ocorrendo em pacientes com imunocomprometimento e naqueles que evoluem com encefalite [2].

Com vistas a evitar impactos negativos, a OMS renomeou os clados com números romanos e letras para os subclados. Pela nova convenção, o clado da Bacia do Congo é chamado de clado I e o antigo clado da África Ocidental é chamado de clado II. Este último apresenta dois subclados: IIa e IIb. O clado IIb é referente ao grupo de variantes que circulam amplamente no surto global de 2022 [2,4,10]. A nomeação das linhagens será proposta pelos cientistas à medida que o surto evoluir [10].

Relação com a varíola

A varíola foi declarada erradicada em todo o mundo em 1980, após campanha global de vacinação e contenção. Quando comparada com a Mpox, a varíola é uma infecção mais grave, com maior transmissibilidade e letalidade de aproximadamente 30%. Após a erradicação, há pouco mais de 40 anos, todos os países cessaram a vacinação de rotina contra a varíola com vacinas à base de *vaccinia*. Por isso, pessoas com menos de 40 a 50 anos (dependendo do país) podem ser mais suscetíveis à Mpox [1,4,9].

Apesar da varíola não ocorrer mais naturalmente, o setor de saúde global permanece vigilante no caso de reaparecer por meio de mecanismos naturais, acidente de laboratório ou liberação deliberada em ações de bioterrorismo. Para garantir a preparação global no caso de ressurgimento dessa doença, novas vacinas, métodos diagnósticos e agentes antivirais estão sendo desenvolvidos. Essas estratégias podem ser úteis para a prevenção e controle da Mpox [1].

Transmissão

Ainda não há conhecimento bem definido sobre a epidemiologia, as fontes de infecção e os padrões de transmissão de Mpox [1–4]. O homem e o macaco são considerados hospedeiros incidentais. O hospedeiro reservatório (principal portador da doença) da Mpox ainda é desconhecido. No continente africano, várias espécies foram identificadas como suscetíveis, incluindo alguns esquilos, os ratos da Gâmbia (também conhecido como rato gigante gambiano) e outros roedores [2–4].

O vírus é normalmente adquirido por meio do contato com fluidos corporais (saliva ou sangue, por exemplo) de um animal infectado ou por meio de uma lesão ocasionada por mordida ou arranhadura [1–4]. Há descrição de aquisição do vírus pela ingestão de carne crua ou minimamente cozida de animais selvagens de algumas regiões da África [2,4].

Já a transmissão de humano para humano pode resultar de contato próximo com secreções respiratórias ou com lesões na pele de uma pessoa infectada, como o contato pele-a-pele durante o sexo, incluindo beijos, toques, sexo oral e penetração com alguém que tenha sintomas. A transmissão também ocorre de forma indireta a partir do contato com objetos recentemente contaminados, como roupas ou lençóis contendo material infeccioso de lesões de pele ou fluidos corporais [1–5]. A persistência da partícula

viral em superfícies de diferentes tipos varia de 1 a 56 dias, dependendo das condições de temperatura e de umidade do ambiente [11].

Embora a transmissão sexual de Mpox não tivesse sido identificada antes de 2022, a detecção do *mpox* vírus no sêmen e em *swab* anal de pacientes acometidos pela infecção e relatórios epidemiológicos de contato sexual entre os casos permitem concluir que a Mpox pode ser transmitida por meio da atividade sexual [12,13]. Apesar do surto atual estar concentrado em homens que fazem sexo com homens, especialmente aqueles com múltiplas parcerias sexuais, destaca-se que qualquer pessoa pode transmitir ou contrair a Mpox, independentemente de suas práticas sexuais [1–3,12,13].

Como a transmissão por gotículas respiratórias geralmente requer contato pessoal prolongado, os profissionais de saúde, membros da família e outros contatos próximos de casos ativos apresentam maior risco de infecção. Pode haver também transmissão vertical transplacentária, durante o parto ou por contato próximo após o nascimento. Contudo, a taxa de transmissão transplacentária ou risco por trimestre não é conhecida [1–3,5,12].

Estudos soroepidemiológicos na África sugerem que alguns indivíduos podem ter Mpox subclínica ou assintomática. Já dados da emergência global iniciada em 2022 sugerem que infecções assintomáticas são eventos raros. Ainda não se sabe o potencial de transmissão de um paciente assintomático [2,4,11]. Alguns poucos estudos têm sugerido que alguns pacientes podem transmitir a Mpox antes do início dos sintomas, mas são necessárias maiores evidências para entender a importância clínica e epidemiológica desses achados [12].

O período de incubação de Mpox é geralmente de 6 a 13 dias, mas pode variar de 5 a 21 dias [1,4,14]. A pessoa contaminada é considerada infecciosa a partir do início da manifestação de sintomas, até que todas as lesões de pele tenham desaparecido, haja queda das crostas e uma nova camada de pele se forme [2,3,15].

Quadro clínico

A Mpox é uma doença zoonótica autolimitada, que dura de 2 a 4 semanas e se caracteriza classicamente por pródromo febril, acompanhado por erupções cutâneas. A partir da disseminação global da doença desde maio de 2022, observam-se apresentações clínicas distintas ao previamente descrito [1,2,4,12,15].

A apresentação típica pode ser dividida em:

- Período febril: duração de 0 a 5 dias, é caracterizado por febre, cefaleia intensa, linfadenopatia, dor nas costas, mialgia, astenia intensa, náuseas, vômitos, dor de garganta e tosse [1,2,4,12,15]. A linfadenopatia pode ser identificada nas cadeias submandibular, cervical, axilar e/ou inguinal, podendo ocorrer em um ou ambos os lados do corpo [1,2,4]. A linfonodomegalia e a febre, apesar

de serem achados comuns nos casos (56 a 71% e 62 a 85%, respectivamente) [2,4], não precisam estar presentes para definição de caso suspeito [1,5,12].

- Período de erupção cutânea: classicamente ocorre de 1 a 3 dias após o aparecimento da febre. O número de lesões de pele é bastante variável (de algumas a vários milhares) e apresentam-se com diâmetro entre 0,5 a 1 cm. A erupção tende a ser centrífuga, iniciando-se na face e estendendo-se para as palmas e as plantas das mãos e pés, podendo envolver as mucosas orais, conjuntiva, córnea e/ou genitália [1–4].

Na Mpox, as lesões cutâneas são profundas e circunscritas e, geralmente, evoluem sequencialmente de máculas para pápulas, vesículas, pústulas e crostas que escarificam (quadro 1, figura 1, figura 2, figura 3) [1–5,12,15]. Em formas graves, as lesões podem coalescer, causando grandes áreas de descamação [1,4].

Quadro 1 – Estágios evolutivos do exantema característico da Mpox*.

Estágio	Duração	Características
Enantema		Inicialmente observadas na língua e na boca.
Máculas	1 a 2 dias	Após o enantema, surge exantema macular, inicialmente na face que, em 24 horas, se espalha para membros superiores e inferiores e depois para mãos e pés, incluindo face palmar e plantar (distribuição centrífuga).
Pápulas	1 a 2 dias	A partir do 3º dia do exantema, as lesões progridem de máculas para pápulas.
Vesículas	1 a 2 dias	Entre o 4º e 5º dia, as lesões tornam-se vesiculares.
Pústulas	5 a 7 dias	Em torno do 6º ao 7º dia, as lesões tornam-se pustulares, acentuadamente elevadas, geralmente redondas e firmes ao toque. Pode haver umbilicação central. Elas se mantêm por 5 a 7 dias antes de começarem a formar crostas.
Crostas	7 a 14 dias	Por volta do fim da segunda semana, pústulas evoluem para crostas e pode haver escarificação após 1 semana.

*Esta é uma linha do tempo típica, mas ela pode variar.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de CDC (2023) [15].

Figura 1 – Figura esquemática e exemplos de estágios evolutivos do exantema da Mpox.



Fonte: WHO (2022) [16].

Figura 2 – Paciente com Mpox e erupções em face, lábios, língua e região distal de membro superior.



Fonte: Reynolds *et al.* (2013) [17].

Figura 3 – Criança com Mpox e erupções no corpo e região distal de membro superior.



Fonte: WHO (2022) [18].

Figura 4 – Lesões individuais da Mpox.



Fonte: Gov.UK (2022) [14].

Observações de surtos atuais de Mpox evidenciam os seguintes sintomas precedendo o surgimento da erupção cutânea: febre (62%), linfadenopatia (56%), letargia (41%), mialgia (31%), cefaleia (27%), faringite (21%) [19]. Além disso, alguns pacientes referem sintomas constitucionais após o surgimento da erupção cutânea e outros não apresentam sintomas associados às lesões cutâneas [4,19].

A erupção cutânea pode ser atípica e iniciar em áreas mucosas (por exemplo, bucal - [figura 5](#) e [figura 6](#), genital e perianal - [figura 7](#), [figura 8](#) e [figura 9](#), e ocular - [figura 10](#)) e, em alguns casos, lesões se espalham para um local específico do corpo ao invés de ter distribuição difusa, não envolvendo a face ou extremidades, ou acabam por não progredir para outras regiões do corpo, mantendo-se isoladas em determinada região ou até permanecendo como lesão única [1,4,12,19,20].

Embora a presença de lesões bucais tenha sido relatada, inclusive antecedendo as lesões cutâneas, a literatura ainda é escassa sobre características específicas dessas lesões [21–23]. Máculas eritematosas, enantema, pápulas, vesículas ou úlceras localizadas em língua, orofaringe e região perioral têm sido observadas - [figura 5](#) e [figura 6](#). É essencial que os profissionais de saúde estejam atentos à hipótese de Mpox diante de lesões bucais, ou sintomas de faringite, odinofagia e linfadenopatia que não são mais bem explicadas por outros diagnósticos diferenciais [19,23,24].

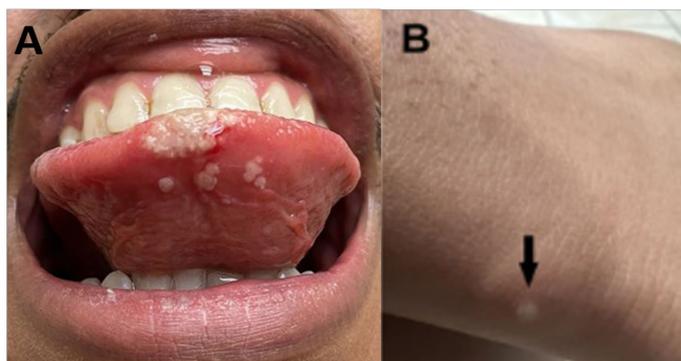
São também descritos casos de uretrite, edema peniano e retenção urinária [11].

Sintomas compatíveis com proctite, como dor anorretal, tenesmo, secreção purulenta e sangramento retal, estão presentes em até 14% dos casos. Na maioria dessas pessoas, esses achados foram associados a lesões vesiculares, pustulares ou ulcerativas na região perianal ([figura 8](#) e [figura 9](#)) [19]. Entretanto, há relatos de dor anal e sangramento sem lesões de pele associadas [2,4,12,19,20].

Além disso, em até um terço dos casos, as lesões de pele se apresentam em diferentes estágios de progressão em um local anatômico específico (por exemplo, vesículas e pústulas coexistindo lado a lado) [2,4,12,20]. Lesões únicas atípicas podem se assemelhar a abscessos cutâneos ou outras condições que acometem camadas mais profundas da pele [4].

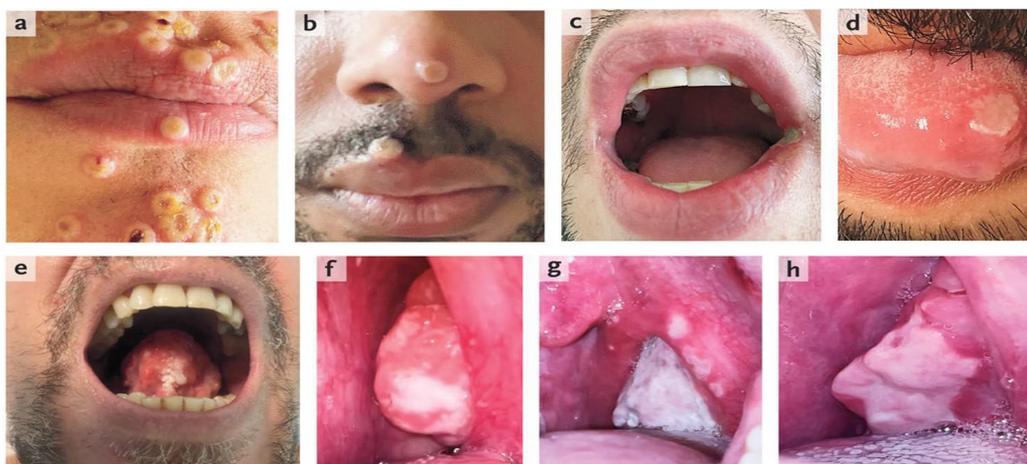
As lesões de pele podem apresentar prurido e dor [1,2,4,15]. Cicatrizes e/ou áreas de hipocromia ou hiperpigmentação podem permanecer após a queda das crostas [2,4,15]. Uma vez que todas as crostas tenham caído, a pessoa com Mpox não transmite mais o vírus [1,2,4,5,9,14,15].

Figura 5 – Lesões ulceradas dolorosas na língua (A) e erupção cutânea dias depois das lesões bucais (B).



Fonte: Peters *et al.* (2022) [22].

Figura 6 – Lesões bucais e periorais.



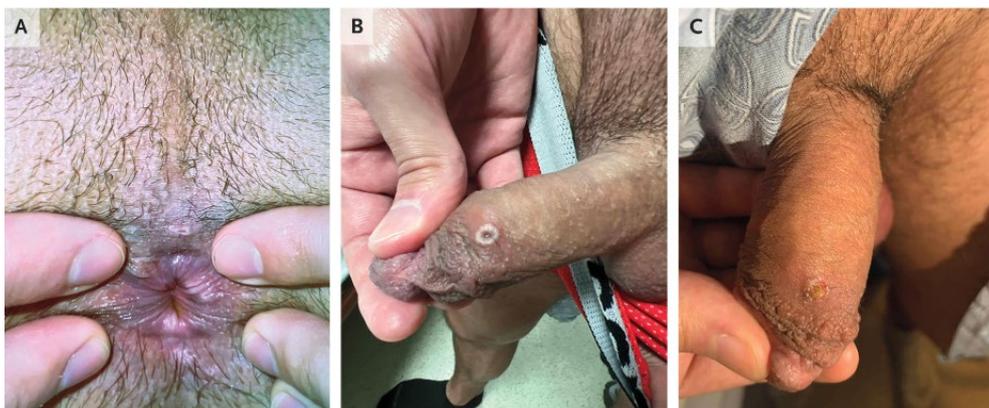
Fonte: Thornhill *et al.* (2022) [19].

Figura 7 – Pápulas com umbilicação central em dorso do pênis, com posterior evolução para edema de pênis.



Fonte: Patel *et al.* (2022) [25].

Figura 8 – Úlcera em região perianal (A) e em dorso do pênis (B), com margens elevadas e firmes e evolução de úlcera peniana com acúmulo das margens em torno de uma base central seca (C).



Fonte: Basgoz *et al.* (2022) [20].

Figura 9 – Pápulas e vesículas cinzentas a brancas com umbilicação central e necrose presentes na região perianal, e pápulas branco-amareladas com centro necrótico circundando o ânus.



Fonte: Escudero-Tornero *et al.* (2022) [26].

Figura 10 – Lesões maculopapulares em região periorcular (A e B), lesões ulceradas com secreção na pálpebra inferior (C) e múltiplas lesões infiltrativas na conjuntiva (D).



Fonte: Ly-Yang *et al.* (2022) [27].

São necessárias investigações mais abrangentes para melhor entendimento sobre os novos padrões clínicos e epidemiológicos identificados na atual emergência de saúde global. Até o momento, as diferenças entre a apresentação típica da Mpox em países onde o agente etiológico é endêmico, e as formas distintas identificadas em surtos desde maio de 2022 fora do continente africano, são resumidas no [quadro 2](#) [4].

Quadro 2 – Apresentação clínica da Mpox antes e após a emergência de saúde global de 2022.

Sinais e sintomas	Apresentação clássica	Apresentação dos surtos 2022
Manifestações mucocutâneas	<ul style="list-style-type: none"> ● Início após 1 a 3 dias de doença febril aguda. ● Distribuição centrífuga em 24 horas. ● Lesões em estágio similar de maturação em qualquer parte do corpo. ● Varia de poucas a milhares de lesões (figura 2 e figura 3). ● Podem ser confluentes. ● Podem acometer cavidade bucal, predispondo à desidratação e desnutrição (figura 2). ● Mucosa bucal: 70%. ● Genitália: 30%. ● Conjuntiva: 20%. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pode se iniciar antes do período prodrômico. ● Tendência à localização em região perioral (figura 5 e figura 6, genital e/ou perineal/perianal (figura 7, figura 8 e figura 9), sem disseminação posterior. ● Presentes em 95,2% dos casos. ● 64% dos casos com menos de 10 lesões. ● Lesões anogenitais: 65,7%. ● Lesões orais: 21%. ● Proctite ou dor anal (lesões cutâneas podem estar ausentes): 18,5%. ● 10% dos casos com lesão única genital. ● Lesões genitais podem se associar com edema (figura 7), dor, abscesso e sangramento (proctite). ● Nem sempre há acometimento palmar ou plantar. ● Lesões em diferentes estágios de evolução.
Febre	<ul style="list-style-type: none"> ● Tipicamente antecede o surgimento da erupção cutânea. ● Febre: 85%. ● Calafrios: 71%. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 58,4% dos casos.
Adenopatia	<ul style="list-style-type: none"> ● Pode ser localizada ou generalizada. ● Tipicamente junto com a febre, durante período prodrômico. ● 1 a 4 cm, firmes e dolorosos. ● 71% a 98,6% dos casos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 53% dos casos. ● 46,8% da adenopatia é inguinal
Cefaleia	<ul style="list-style-type: none"> ● 65% dos casos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 29,5% dos casos.
Lombalgia	<ul style="list-style-type: none"> ● 30% dos casos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 8,1% dos casos.
Mialgia	<ul style="list-style-type: none"> ● 56% dos casos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 30,8% dos casos.
Faringite/ tosse	<ul style="list-style-type: none"> ● 60% dos casos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 23,4% dos casos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de BMJ (2023), Liu *et al.* (2023) [4,28].

Infecções sexualmente transmissíveis (IST) concomitantes foram relatadas em uma faixa de 16 a 29% dos indivíduos testados nas coortes publicadas dos surtos de 2022 [2,18]. Assim, sugere-se oferecer testes rápidos para IST - HIV, sífilis (se história de sífilis prévia, solicitar testes não treponêmico, como o VDRL) e hepatites B e C - para todos os pacientes com lesões cutâneas de início súbito e/ou proctite e qualquer atividade sexual, mesmo que se enquadrem como suspeitos ou prováveis para Mpox [1,4,29,30]. Na presença de secreção oral, genital ou anal, recomenda-se realizar a coleta desse material por *swab* para avaliar a possibilidade de coinfeção ou diagnóstico diferencial com *N. gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, usando a técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) [11].

Indivíduos imunocomprometidos, como pessoas vivendo com HIV (PVHIV) com falhas em adesão terapêutica, $CD4 \leq 350/mm^3$ ou supressão virológica inadequada, além de outras causas de imunodeficiência celular, podem apresentar erupção cutânea atípica, incluindo quadro cutâneo disseminado e maior risco de infecção bacteriana secundária, o que pode dificultar o diagnóstico [4,30]. Nesse grupo, reduzir o limiar de suspeita clínica e sempre ofertar testagens para avaliação de IST [1,4,29–31].

Diagnósticos diferenciais

São diagnósticos diferenciais da Mpox as seguintes condições: varicela, herpes zoster, herpes simples, infecções bacterianas da pele, infecção gonocócica disseminada, sífilis primária ou secundária, cancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reação alérgica e quaisquer outras causas de erupção cutânea papular ou vesicular [1,2,4,5,11]. Apesar de não estar presente na totalidade dos casos, a linfadenopatia durante o estágio prodrômico de Mpox pode auxiliar nos diagnósticos diferenciais [1,2,4,9,12]. Em pacientes com doença febril deve-se fazer diagnóstico diferencial com malária ou outras doenças infecciosas de acordo com o contexto e epidemiologia local [1].

Em crianças e adolescentes, as lesões de pele da Mpox podem ser confundidas com outras doenças exantemáticas comumente identificadas nessa faixa etária, incluindo varicela, doença mão-pé-boca, sarampo, escabiose, molusco contagioso, herpes, sífilis (incluindo sífilis congênita), erupções cutâneas alérgicas e farmacodermias [32].

Gestantes com erupções cutâneas inicialmente consideradas características de dermatoses da gravidez (por exemplo, erupção polimórfica da gravidez) ou de infecções mais comuns, como varicela ou IST, devem ser cuidadosamente avaliadas quanto à possibilidade de Mpox, atentando-se aos critérios epidemiológicos que possam indicar testagem específica para detecção do vírus *mpox* [33,34].

Pacientes que apresentem lesões ulceradas em pênis, saco escrotal, vulva, vagina, períneo ou região perianal devem ser avaliados sindromicamente, mesmo que apresentem lesões de pele sugestivas de Mpox, já que pode haver coinfeção entre o vírus *mpox* e IST [1,2,4].

Em pacientes com sinais e sintomas de proctite, a anoscopia pode ser dolorosa e não é obrigatória para o diagnóstico e tratamento [2,11]. A clínica de proctite associada ao relato de relações sexuais anais receptivas permite o diagnóstico presuntivo de infecção entérica e intestinal sexualmente transmissível, mesmo na presença de outras lesões compatíveis com Mpox [2,4,11]. Devem ser ofertados testes rápidos para outras IST e recomenda-se realizar PCR por meio de coleta de *swab* anal/genital para a pesquisa de *N. gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* [30].

Imagens de diagnósticos diferenciais da Mpox são apresentadas no [Apêndice A](#). Para o manejo sintomático das úlceras genitais, consultar o [Apêndice B](#). Mais informações sobre o tratamento da proctite quando houver prática sexual anal insertiva estão disponíveis na seção [Tratamento sintomático](#).

Diagnóstico

Definição de casos

O Ministério da Saúde considera as definições de caso apresentadas no [quadro 3](#) [5].

Quadro 3 – Definições de caso para Mpox no Brasil.

Definições de caso para Mpox no Brasil
Caso suspeito
Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de UM OU MAIS dos sinais ou sintomas a seguir ¹ : <ul style="list-style-type: none"> ● lesão em mucosas; E/OU ● erupção cutânea aguda sugestiva² de Mpox, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, oral); E/OU ● proctite (por exemplo, dor anorretal, sangramento); E/OU ● edema peniano.
Caso provável
Caso que atende à definição de caso suspeito, que apresenta UM OU MAIS dos seguintes critérios listados abaixo, com investigação laboratorial de Mpox não realizada ou inconclusiva e cujo diagnóstico de Mpox não pode ser descartado apenas pela confirmação clínico laboratorial de outro diagnóstico. Os critérios são: <ol style="list-style-type: none"> a) exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU contato físico direto, incluindo contato sexual, com parcerias múltiplas e/ou desconhecidas nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU b) exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU história de contato íntimo, incluindo sexual, com caso provável ou confirmado de Mpox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU c) contato com materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a caso provável ou confirmado de Mpox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU d) trabalhadores de saúde sem uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI)³ com história de contato com caso provável ou confirmado de Mpox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas.
Caso confirmado
Caso suspeito com resultado laboratorial "Positivo/Detectável" para <i>mpox</i> vírus por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento).
Caso descartado⁴
Caso suspeito com resultado laboratorial "Negativo/Não Detectável" para <i>mpox</i> vírus por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento) OU sem resultado laboratorial para Mpox E realizado diagnóstico complementar que descarta Mpox como a principal hipótese de diagnóstico.

¹Esse quadro clínico pode estar associado a outros sinais e sintomas.

²Lesões profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central. Apesar da evolução característica das lesões de pele por meio de estágios sequenciais (mácula, pápula, vesícula, pústula e crosta), tanto o MS como a OMS não exigem a descrição desses estágios para definição de caso suspeito de Mpox [12].

³Equipamentos de Proteção Individual (EPI): óculos de proteção ou protetor facial, avental, máscara cirúrgica, luvas de procedimentos.

⁴Para mais informações veja a seção [Diagnóstico laboratorial](#).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022a) e WHO (2022) [5,12].

É fundamental a investigação clínica e/ou laboratorial para descartar as doenças que se enquadram como diagnóstico diferencial [1–5]. Como há descrição de pacientes coinfectados com o vírus *mpox* e outros agentes infecciosos, pacientes com erupção cutânea característica devem ser investigados, mesmo que outros testes sejam positivos [4,5,12].

Notificação

O MS incluiu a Mpox na Lista de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional [35]. Em caso suspeito ou provável de Mpox, realizar a notificação imediata, em até 24 horas [5]. As notificações devem ser realizadas por meio da nova versão do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, o e-SUS Sinan: <https://esussinan.saude.gov.br/login> [36].

Para acessar o e-SUS Sinan, o usuário deve inicialmente realizar o cadastro no Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso (SCPA) do Ministério da Saúde. Após cadastro no SCPA o acesso ao e-SUS Sinan com o perfil “Notificador” é liberado automaticamente. Para incluir novas notificações, o usuário deverá clicar no menu “Nova notificação” [37].

O manual instrutivo para acesso ao e-SUS Sinan está disponível no [link](#).

As fichas do e-SUS Sinan têm dois módulos: notificação e investigação. As notificações serão inseridas por meio do menu “Nova Notificação”. O módulo de notificação é formado por informações referentes aos dados de notificação, à identificação do indivíduo notificado e aos dados clínicos. O menu “investigação”, por sua vez, dá acesso à edição de informações relacionadas ao tratamento, dados laboratoriais, diagnósticos complementares, dados individuais (comportamento sexual, histórico de IST, imunossupressão), exposição provável e classificação do caso [36,37].

Ao final do preenchimento das fichas, as informações podem ser salvas para edição posterior ou prontamente finalizadas para envio à base de dados. As notificações podem ser consultadas quanto ao seu status de finalização, lembrando que a consulta é restrita à instância na qual o usuário está cadastrado [36,37].

Após notificação, a unidade notificadora deve comunicar o caso à vigilância epidemiológica municipal e/ou estadual, de acordo com os fluxos locais [5,36].

Em caso de dúvidas, o Ministério da Saúde disponibiliza os seguintes canais para esclarecimentos a respeito da notificação imediata de casos suspeitos de Mpox [5]:

- E-mail: notifica@saude.gov.br.
- Telefone: 0800 644 6645.

Além disso, orientar o isolamento imediato do indivíduo. As lesões de pele em áreas expostas devem ser protegidas por lençol, vestimentas ou avental com mangas longas. O isolamento do indivíduo só deverá ser encerrado após o desaparecimento completo das lesões [1–5,9]. Para mais informações ver seção [Medidas para controle de infecção](#).

Diagnóstico laboratorial

A confirmação do diagnóstico da Mpox é feita com a identificação de sequências específicas do vírus com a aplicação da reação em cadeia da polimerase em tempo real (qPCR) em amostras de lesões de pele (o teto ou fluido de vesículas e pústulas e crostas secas), de mucosas (oral, perianal ou genital) ou a partir de biópsias de pele, de acordo com a apresentação clínica [1,2,4,5,12].

O resultado de PCR em amostras de sangue geralmente é inconclusivo devido à curta duração da viremia e, por isso, não deve ser realizado rotineiramente [1,5]. Além disso, os métodos de detecção de antígenos e anticorpos não fornecem confirmação específica para Mpox, já que os ortopoxvírus são sorologicamente reativos. Portanto, os métodos sorológicos e a detecção de antígenos não devem ser utilizados isoladamente para o diagnóstico dos casos, exceto para fins de investigação epidemiológica [4,5].

Em pacientes com lesões de pele, deve-se coletar com *swab* o conteúdo da lesão, idealmente na fase aguda, ainda com pústulas vesiculares, que é quando se obtém carga viral mais elevada. Opta-se pelo *swab* para evitar a manipulação de perfurocortantes, a fim de minimizar o risco de acidente com a secreção. É recomendado colocar o *swab* preferencialmente em tubo seco, SEM líquido preservante, uma vez que os poxvírus mantêm-se estáveis na ausência de qualquer meio preservante. Havendo lesões na cavidade bucal, é possível recolher material das lesões com *swab* [29,38]. Quando o paciente suspeito apresentar mais de uma lesão, sugere-se coletar um *swab* de cada lesão, no mínimo 2 *swabs* por paciente, e armazenar todos num mesmo tubo seco, formando um conjunto de amostras do mesmo paciente [38].

Quando o paciente é encaminhado para coleta em fase mais tardia, com lesões já secas, o material a ser encaminhado são crostas das lesões. Devem ser coletadas, preferencialmente, as crostas menos secas, em fase mais inicial de cicatrização, para aumentar as chances de detecção viral. As crostas devem ser armazenadas em frascos limpos, SEM líquido preservante [29,38]. Se houver mais de uma lesão no mesmo paciente, sugere-se coletar, no mínimo, 4 amostras de crostas por paciente e, se possível, mais de uma crosta, e armazenar todas em um mesmo tubo seco, formando um conjunto de amostras do mesmo paciente [38].

Vários fatores podem contribuir para resultados falso-negativos, como baixa qualidade da amostra, manuseio ou envio incorretos, ou razões técnicas inerentes ao teste, como, por exemplo, falha na extração de DNA [38]. Assim, diante de caso suspeito ou provável de Mpox, com resultado de PCR negativo/não detectável para o vírus *mpox*, sugere-se manter as medidas de isolamento e discussão com a vigilância epidemiológica local para nova coleta de exames laboratoriais confirmatórios, com a maior brevidade possível [11,38].

Já para casos que se apresentem apenas com lesões em mucosas, como região oral ou perianal sugestivas de Mpox, o material dessas lesões deverá ser coletado em *swab*, seguindo as orientações para a coleta de material vesicular [4,12,38].

A coleta de *swab* de orofaringe está indicada em indivíduos sem erupção cutânea e sem lesões mucosas que iniciam quadro de febre e linfonodomegalia após exposição de risco a casos confirmados de Mpox [4,11,38]. As orientações para a coleta são as mesmas para a coleta de material vesicular [4,38]. Pode-se indicar *swab* perianal/genital para diagnóstico complementar para *N. gonorrhoeae* e *Clamidia trachomatis*, de acordo com as práticas sexuais, conforme detalhado em [Diagnósticos diferenciais](#) [11].

A OMS reforça que a interpretação dos resultados de *swabs* orofaríngeos, anais ou retais deve ser cautelosa. Um resultado positivo é indicativo de infecção pelo vírus *mpox* e esse paciente deverá manter isolamento por 21 dias. Contudo, um resultado negativo não é suficiente para excluir a infecção. Nos casos de exposição de risco e presença de sintomas que não lesões de pele e/ou mucosas e que apresentem resultado negativo em *swab* oral, perianal ou genital, orienta-se o isolamento por 5 dias. Se ao fim desse período não houver desenvolvimento de lesões cutâneas ou mucosas, o indivíduo pode retornar ao monitoramento dos sintomas por 21 dias após o último contato com o caso de Mpox [12].

As recomendações para a coleta de material estão resumidas no [quadro 4](#).

Quadro 4 – Orientações de coleta para a pesquisa do vírus *mpox*, de acordo com o tipo de material.

Material	Procedimento de coleta
Material vesicular (secreção de vesícula)	Material mais indicado para o diagnóstico. Coletar preferencialmente pústulas vesiculares, as quais apresentam maior carga viral. No mínimo 2 <i>swabs</i> para cada paciente. Sugere-se coletar secreção de mais de uma lesão, sendo um <i>swab</i> para cada lesão. 1. Identificar os tubos (nome do paciente, data de coleta, tipo de material, local da lesão). 2. Desinfetar o local da lesão com álcool 70% e deixar secar. 3. Coletar o material da base da lesão com o <i>swab</i> . 4. Inserir o <i>swab</i> no tubo de rosca, SEM líquido preservante, e quebrar a haste.
Crosta (crosta da lesão)	Optar preferencialmente pelas crostas menos secas, aquelas em fase inicial de cicatrização por maior chance de detecção de genoma viral ou da partícula viral. Sugere-se coletar crosta de mais de uma lesão, preferencialmente de, no mínimo, 4 crostas por paciente. 1. Identificar os tubos (nome do paciente, data de coleta, tipo de material, local da lesão). 2. Desinfetar o local da lesão com álcool 70% e deixar secar. 3. Coletar o material da crosta com a pinça anatômica em lesões mais desprendidas e utilizar bisturi para crostas mais aderidas (retirá-la inteira ou por fragmentos). 4. Acondicionar as crostas e/ou fragmentos em um único tubo de transporte com tampa de rosca.
Lesões apenas de mucosas (oral/região perianal e genital)	Sugere-se coletar a secreção dessas lesões. 1. Identificar os tubos (nome do paciente, data de coleta, tipo de material, local da lesão). 2. Coletar o material da base da lesão com o <i>swab</i> . 3. Inserir o <i>swab</i> no tubo de rosca, SEM líquido preservante, e quebrar a haste.
Secreção de orofaringe	Coletar <i>swab</i> da orofaringe. 1. Identificar os tubos (nome do paciente, data de coleta, tipo de material, local da lesão). 2. Utilizar <i>swab</i> ultrafino (alginato ou rayon), com haste flexível, alginatado e estéril. Realizar movimentos rotatórios e, em seguida, retirá-lo. 3. Inserir o <i>swab</i> no tubo de rosca, SEM líquido preservante, e quebrar a haste.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022) [38].

Os profissionais de saúde devem usar EPI para coleta das amostras para diagnóstico laboratorial, incluindo calçado fechado, óculos ou protetor facial, máscara cirúrgica ou N95/PFF2, avental descartável e luva de procedimento. Quando for realizada a coleta de *swab* de orofaringe e/ou nasofaringe, a máscara

utilizada deve ser a N95 ou PFF2 e, além dos EPI anteriores, o profissional deve estar de calça comprida e com gorro [38].

Para armazenamento e transporte, orienta-se que o profissional esteja usando calçado fechado, calça comprida, avental e luvas de procedimento [38]. Essas amostras devem ser transportadas em recipiente lacrado e desinfetado na parte externa, devido ao seu potencial infeccioso [9,29,38]. Elas devem ser enviadas ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) de referência da localidade [5].

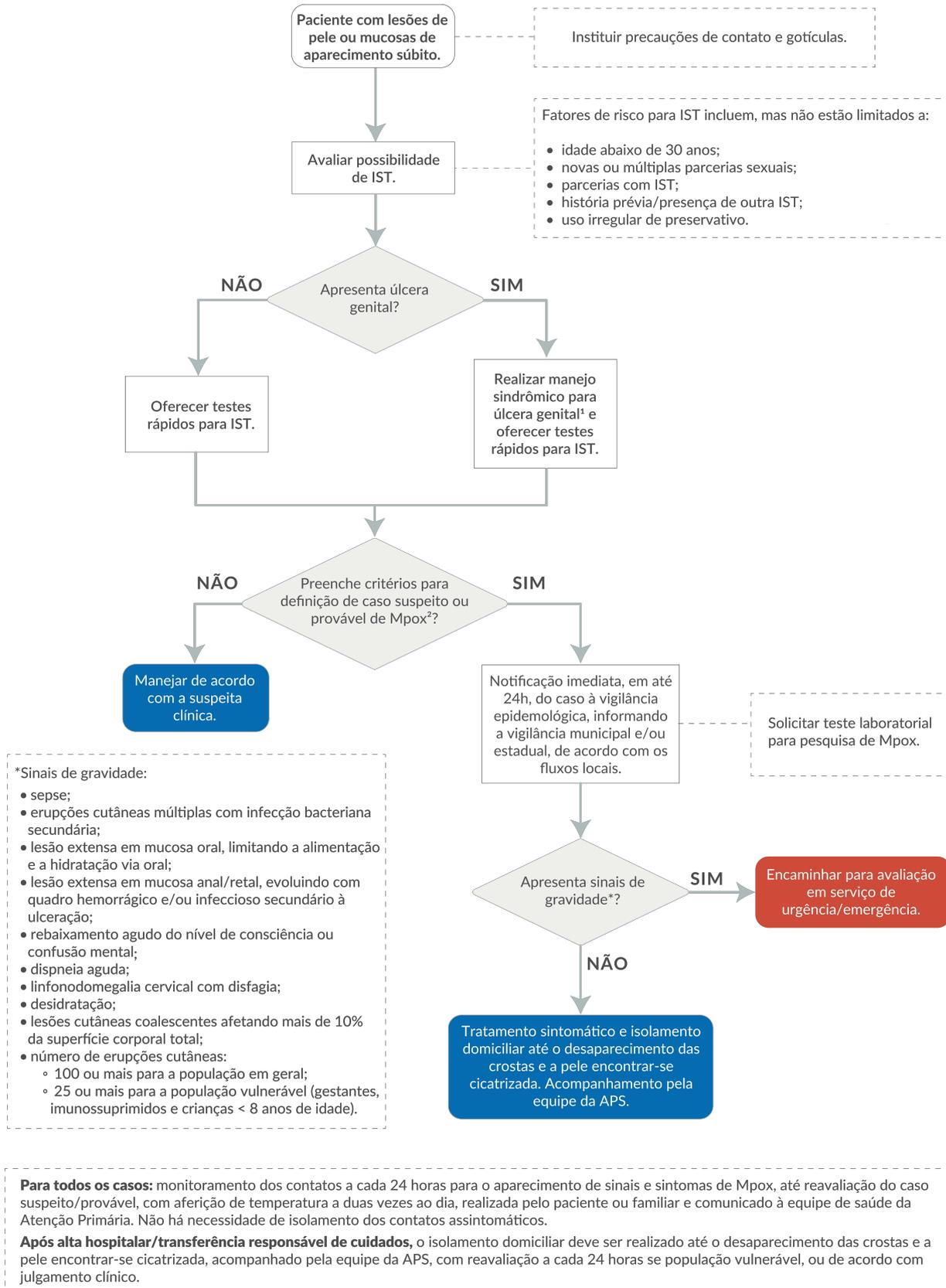
As amostras, independentemente do material coletado, devem ser mantidas congeladas a -20°C (ou temperaturas inferiores), por 1 mês ou mais. Na ausência de congeladores, pode-se manter em geladeira (2 a 8°C) por até 7 dias [38].

O Ministério da Saúde disponibiliza vídeo orientando a coleta de amostras laboratoriais de casos suspeitos de Mpox neste [link](#) [11].

Manejo clínico

O [Fluxograma 1](#) descreve esquematicamente o atendimento a pacientes com suspeita de Mpox [1,3,4,39].

Fluxograma 1 – Fluxo de atendimento para casos suspeitos de Mpox.



¹Para o manejo sintomático das úlceras genitais, consulte o [Apêndice B](#).

²As definições de caso para Mpox no Brasil podem ser consultadas na seção [Definição de casos](#).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022) [11,29,30].

Grupos de risco

A evolução para a forma grave de Mpox é incomum e pode estar relacionada a fatores como: forma de transmissão, suscetibilidade do indivíduo, quantidade de vírus inoculado no momento da transmissão, bem como a linhagem genética do vírus *mpox* [11].

As pessoas que fazem parte do grupo de risco para pior prognóstico da Mpox incluem crianças menores de 8 anos, gestantes e indivíduos imunossuprimidos ([quadro 5](#)) [1,3,4,11,29–31,33].

Pacientes suspeitos, prováveis ou confirmados para Mpox que tenham sinais de gravidade ([quadro 6](#)) devem ser encaminhados a serviços de urgência/emergência, conforme o [Fluxograma 1](#).

Quadro 5 – Situações envolvendo imunossupressão e apresentação grave de Mpox.

- Pessoas vivendo com HIV*;
- leucemia;
- linfoma;
- neoplasia avançada;
- tratamento com radioterapia ou quimioterapia;
- transplantados para órgãos sólidos;
- terapia com agentes alquilantes, antimetabólitos, inibidores do fator de necrose tumoral, corticosteroides em altas doses (≥ 20 mg de prednisona ou equivalente, por dia, quando administrado por 2 semanas ou mais);
- receptor de transplante de células-tronco hematopoiéticas com menos de 24 meses após o transplante;
- receptor de transplante de células-tronco hematopoiéticas com 24 meses ou mais, mas com doença do enxerto contra o hospedeiro ou recidiva da doença;
- doença autoimune com imunodeficiência como componente clínico;
- dermatite grave (como iciose, epidermólise bolhosa, psoríase e dermatite atópica grave).

*De acordo com dados disponíveis, de estudos limitados, há possivelmente maior risco de formas graves de Mpox em PVHIV inadequadamente tratadas, que têm contagem de $CD4 \leq 350/mm^3$ ou com supressão virológica inadequada. Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022) e CDC (2023) [11,33].

Quadro 6 – Principais sinais e sintomas de gravidade que indicam internação hospitalar.

Indica-se internação hospitalar na presença de qualquer um dos critérios abaixo:

- sepse;
- erupções cutâneas múltiplas com infecção bacteriana secundária;
- lesão extensa em mucosa oral, limitando a alimentação e a hidratação via oral;
- lesão extensa em mucosa anal/retal, evoluindo com quadro hemorrágico e/ou infeccioso secundário à ulceração;
- rebaixamento agudo do nível de consciência ou confusão mental;
- dispneia aguda;
- linfonodomegalia cervical com disfagia;
- desidratação;
- lesões cutâneas coalescentes afetando mais de 10% da superfície corporal total;
- número de erupções cutâneas:
 - > 100 ou mais para a população em geral; ou
 - 25 ou mais para a população vulnerável (gestantes, imunossuprimidos ([quadro 5](#)) e crianças com menos de 8 anos de idade).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022) [11].

Tratamento sintomático

Pacientes com Mpox suspeita, provável ou confirmada e sem sinais de complicações devem ser acompanhados na APS, com isolamento domiciliar durante o período infeccioso, tratamento sintomático e de suporte, como descrito no [quadro 7](#). Sugere-se que o acompanhamento dessas pessoas seja realizado por telemedicina ou por telefone, quando possível [1,11,29].

Para pessoas com maior risco de apresentações graves, como crianças menores de 8 anos, gestantes e imunossuprimidos, sem indicação de avaliação em emergência, recomenda-se acompanhamento diário pela equipe da APS [11]. Para os demais pacientes, a frequência do monitoramento pode ser diário ou de acordo com o julgamento clínico [1]. Em populações vulneráveis, em que as condições sociais e geográficas dificultam o isolamento, ou quando a atenção primária não pode fazer o monitoramento adequado, deve-se considerar a internação em serviço de referência, hospitalar ou não, de acordo com os recursos locais [29].

Quadro 7 – Sugestão de tratamento sintomático de pacientes com Mpox.

Sintoma	Tratamento sugerido
Febre	Paracetamol (comprimidos de 500 e 750 mg ou solução gotas 200 mg/mL) <ul style="list-style-type: none"> • Adultos: 1 g, VO, 6/6 h ou 8/8 h. Dose máxima: 4 g/dia (2 g/dia se doença hepática crônica). • Recém-nascidos: 10 a 15 mg/kg, 6/6 h. Dose máxima: 40 mg/kg/dia. • Todas as outras crianças: 10 a 15 mg/kg, 6/6 h. Dose máxima: 60 mg/kg/dia. Dipirona (solução oral gotas 500 mg/mL ou comprimido 500 mg) <ul style="list-style-type: none"> • Crianças > 3 meses: lactentes - 10 mg/kg/dose, VO, 6/6 h ou 8/8 h; pré-escolares - 15 mg/kg/dose, 6/6 h ou 8/8 h. • Adultos: 500 a 1000 mg, VO, 6/6 h ou 8/8 h. Dose máxima: 4 g/dia.
Dor leve	Paracetamol (comprimidos de 500 e 750 mg ou solução gotas 200 mg/mL) <ul style="list-style-type: none"> • Adultos: 1 g, VO, 6/6 h ou 8/8 h. Dose máxima: 4 g/dia (2 g/dia se doença hepática crônica). • Crianças: 10 a 15 mg/kg/dose, VO, 4/4 h ou 6/6 h, conforme necessário. Dose máxima usual: 60 mg/kg/dia; pode ser administrado 90 mg/kg/dia por curto período com supervisão médica. Dipirona (solução oral gotas 500 mg/mL ou comprimido 500 mg) <ul style="list-style-type: none"> • Crianças > 3 meses: lactentes - 10 mg/kg/dose, VO, 6/6 h ou 8/8 h; pré-escolares - 15 mg/kg/dose, 6/6 h ou 8/8 h. • Adultos: 500 a 1000 mg, 6/6 h ou 8/8 h. Dose máxima: 4 g/dia.
Dor moderada	Tramadol (cápsulas de 50 e 100 mg, solução oral 50 e 100 mg/mL ou ampola de 50 mg/mL, ampolas de 1 ou 2 mL) <ul style="list-style-type: none"> • Adultos: 50 a 100 mg, VO/EV, 4/4h ou 6/6 h, conforme necessário. Dose máxima: 400 mg/dia. • Crianças > 6 meses: 1 a 2 mg/kg, EV/VO, 4/4h ou 6/6 h. Dose máxima: 400 mg/dia. As cápsulas não devem ser usadas em crianças com menos de 12 anos.
Dor grave	Morfina ¹ (comprimidos com 10 e 30 mg, solução oral gotas 10 mg/mL) <ul style="list-style-type: none"> • Adultos: A dose oral é de 10 mg, 4/4 h, conforme necessário. Dose máxima: 60 mg/dia. A dose parenteral é de 1 a 4 mg SC/EV, 4/4 h, conforme necessário – monitorar a PAS e a FR antes da administração de morfina (não utilizar com PAS ou FR baixas). • Crianças: A dose oral é de 0,2 a 0,4 mg/kg/dose, 4/4 h. Titular a dose conforme dor. A dose EV é de 0,05 a 0,1 mg/kg/dose, 4/4 h ou 6/6 h, conforme necessário.
Dor genital ou anorretal	Banhos de assento mornos <ul style="list-style-type: none"> • Pode ser realizado de 2 a 3x/dia, ou após a evacuação, com água morna e por tempo limitado (10 a 15 minutos). É importante explicar que o banho de assento deve ser realizado com imersão, ficando a região genital e ânus submersos na água, utilizando banheira ou bacia de tamanho apropriado. Lidocaína gel 2% (uso tópico) <ul style="list-style-type: none"> • 3 a 4x/dia, conforme necessidade.
Proctite	Formulações em formato de supositório ou pomadas que contenham anestésicos tópicos associados ou

	<p>não a corticoide podem ser utilizadas por meio de aplicação de fina camada de pomada ou introdução do supositório conforme necessidade, como descrito abaixo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cinchocaína + policresuleno (Proctyl®): 2 a 3x/dia, até a melhora dos sintomas. ● Lidocaína + fluocortolona (Ultraproct®): 2 a 3x/dia, por até 2 semanas. ● Lidocaína + hidrocortisona (Xyloproct®): 2 a 3x/dia, por até 2 semanas. ● Lidocaína gel isolada: 3 a 4x/dia, até melhora dos sintomas. <p>Avaliar as práticas sexuais: se histórico de prática anal receptiva, proceder com tratamento de proctite infecciosa presuntiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tratamento preferencial: ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única. ● Tratamento alternativo: ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS doxiciclina³ 100 mg, VO, 12/12 h, por 10 dias. ● Realizar testes rápidos para IST e teste de biologia molecular para a detecção de clamídia e gonococo por <i>swab</i> anal/genital. ● Avaliar parcerias sexuais, indicar tratamento para contatos sintomáticos e realizar rastreamento de clamídia e gonococo por teste de biologia molecular em todos os contatos, de acordo com as práticas sexuais.
Dor em lesões bucais	<p>Lavar a boca com água limpa e salgada pelo menos 4 x/dia. Considerar o uso de antisséptico oral, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Clorexidina 0,12% sem álcool, bochechar 15 mL, 2x/dia (manhã e noite), ou anestésico local, como lidocaína 2% viscosa, no máximo de 3/3 horas. <p>Orientar o paciente: não enxaguar e evitar comer ou beber por 30 minutos após as aplicações.</p>
Prurido	<p>Loratadina (comprimidos de 10 mg, solução oral de 1 mg/mL)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Adultos: 10 mg, VO, 1x/dia. ● Crianças (> 30 kg): 10 mg, VO, 1x/dia.
Náuseas e vômitos	<p>Ondansetrona² (comprimidos de 4 e 8 mg, comprimidos de uso sublingual de 4 mg ou solução injetável de 2 mg/mL)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Adultos: 8 mg, VO, 12/12 h ou 4 mg, 8/8 h, EV, conforme necessário. ● Crianças: 0,15 mg/kg, VO, 12/12h ou 0,15 mg/kg, EV, 12/12 h, dose máxima de 8 mg. <p>Prometazina² (comprimidos revestidos de 25 mg)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apenas para adultos: 12,5 a 25 mg, 4/4 h ou 6/6 h, conforme necessário.
Diarreia	<p>A diarreia deve ser tratada de forma conservadora. O uso de agentes antimotilidade geralmente não é recomendado devido à possibilidade de íleo paralítico.</p>
Sintomas ansiosos e/ou depressivos	<p>Avaliar o sofrimento mental dos pacientes, que pode estar relacionado ao isolamento ou ao medo do agravamento dos sintomas ou das sequelas da doença. A terapia de primeira linha consiste em:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar amplamente a condição psicológica e emocional do paciente, fazer orientações sobre a evolução, acolher medos e prevenir estigmatização. ● Avaliar higiene do sono e necessidade de intervenções terapêuticas. ● Avaliar riscos de autoagressão ou suicídio. ● Acompanhar, mesmo após a recuperação da doença, o sofrimento gerado por cicatrizes ou sequelas e o impacto em funcionalidade. ● Se os sintomas forem graves ou persistentes, além da recuperação da Mpox, avaliar terapias farmacológicas.

EV: endovenosa; FR: frequência respiratória; PAS: pressão arterial sistólica; SC: subcutânea; VO: via oral.

¹Morfina: dose oral preferida se o paciente tolerar; usar apenas comprimidos de liberação imediata ou gotas para dor aguda.

²Fármacos associados com aumento do intervalo QT. Sugere-se cautela e monitoramento com eletrocardiograma quando utilizado por pessoas com insuficiência cardíaca, bradiarritmias ou naqueles que fazem uso de outras medicações que também prolonguem QT.

³A doxiciclina está contraindicada durante a gestação.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de WHO (2022a), BMJ (2023), Brasil (2022), Nigeria Centre for Disease Control (2019), Anvisa (2022), Duncan *et al.* (2022) [1,4,29,30,40–42].

Todos os pacientes devem receber líquidos e alimentos para manter hidratação e o estado nutricional adequado e devem ser orientados a manter as lesões cutâneas limpas e secas [1,4,5,29,39]. A higienização deve ser feita com água e sabão e as vesículas não devem ser rompidas. O tratamento medicamentoso de suporte deve ser voltado às queixas do paciente. Na maioria das vezes, só será necessário o uso de tratamento sintomático para febre e dor, como dipirona ou paracetamol. Recomenda-se evitar o ácido acetilsalicílico, especialmente em crianças e adolescentes com menos de 18 anos, para prevenir a síndrome de Reye. De acordo com o quadro clínico, pode-se incluir o uso de antieméticos, anti-histamínicos ou outras medicações, conforme descrito no [quadro 7](#). Antibioticoprofilaxia não é rotina recomendada para Mpox. Mas, quando presentes, infecções bacterianas secundárias devem ser tratadas [1,4,11,26]. Para informações sobre o tratamento de impetigo, consulte o [Apêndice C](#).

Além disso, os pacientes devem ser orientados a observar sinais de piora clínica, que podem sugerir outras complicações como disfagia, desidratação, encefalite, retenção urinária, pneumonia, sepse, abscesso perianal/inguinal, proctite, esfoliação da pele, parafimose e ceratite [1,3,4,11,29,39].

Após a recuperação, os pacientes podem sofrer de cicatrizes persistentes ou desfiguração e sofrimento psicológico como resultado. Os cuidados psicológicos e sociais devem ser incluídos no plano de cuidados de acompanhamento e como parte de um projeto terapêutico multidisciplinar [1,4].

Tratamento específico

Apesar de até o momento não existirem tratamentos específicos para a Mpox, alguns antivirais têm sido aprovados por agências internacionais diante da ESPII de 2022. Usualmente, o tratamento com esses fármacos é indicado para pacientes com sinais de gravidade ou com risco de desenvolver formas graves [1,3–5,9,39].

Um agente antiviral desenvolvido para o tratamento da varíola humana, o tecovirimat, foi licenciado pela Associação Médica Europeia para o tratamento de pacientes com Mpox, varíola e complicações devido à replicação do vírus vaccinia após a vacinação contra a varíola em adultos e crianças com peso corporal de pelo menos 13 kg [1,3–5,11,39]. Esse fármaco também teve autorização para seu uso compassivo nos Estados Unidos para tratamento da Mpox [5,39]. Estudos feitos em animais apontam ausência de teratogenicidade do tecovirimat. Não existem estudos sobre a teratogenicidade em seres humanos [4,39].

Outros antivirais, como cidofovir e brincidofovir, apresentam efeitos antivirais *in vitro* contra o poxvírus, mas ainda não há dados disponíveis sobre a efetividade desses fármacos no tratamento de indivíduos com a Mpox [3,4,39]. O cidofovir e o brincidofovir causaram alterações na morfologia dos animais em estudo e, por isso, não devem ser usados no primeiro trimestre de gestação ou em lactantes [4,39].

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorizou, em 25 de agosto de 2022, em caráter excepcional e temporário, a dispensa de Registro Sanitário do tecovirimat, 200 mg, cápsula, adquirido pelo

MS para prevenção ou tratamento da Mpox, conforme os termos da RDC nº 247, de 25 de agosto de 2022 [5,9,11,43,44].

Diante do contexto atual da Mpox e a RDC Nº 608, de 25 de fevereiro de 2022, que rege o uso compassivo de medicamentos no Brasil, considera-se a prescrição de tecovirimat para pacientes com lesão ocular e/ou internados com resultado laboratorial positivo/detectável para *mpox* vírus, incluindo gestantes, que apresentem uma ou mais das seguintes manifestações clínicas [5]:

- encefalite: presença de alteração clínico-radiológica e/ou líquórica compatível com o acometimento de sistema nervoso central;
- pneumonite: presença de manifestação respiratória associada a alteração radiológica sem outra etiologia provável;
- lesões cutâneas com mais de 250 erupções espalhadas pelo corpo;
- lesão extensa em mucosa oral, limitando a alimentação e hidratação via oral;
- lesão extensa em mucosa anal/retal, evoluindo com quadro hemorrágico e/ou infeccioso secundário à ulceração.

Não são candidatos ao uso de tecovirimat pacientes (ou representantes legais) que não aceitam o termo de consentimento livre e esclarecido, que tenham histórico de alergia a tecovirimat e/ou excipientes, ou com menos de 13 kg de peso [5,11].

O tecovirimat está disponível em cápsulas de 200 mg. O medicamento deve ser administrado dentro de 30 minutos após a refeição. Quando necessário, recomenda-se que a(s) cápsula(s) seja(m) diluída(s) em 30 mL de líquidos (leite, por exemplo) ou até misturadas a alimentos macios (iogurte, por exemplo). A sua posologia depende do peso corporal e está recomendada da seguinte forma [11,45]:

- 13 a 24,9 kg: 200 mg, via oral, 2x/dia, por 14 dias;
- 25 a 39,9 kg: 400 mg, via oral, 2x/dia, por 14 dias;
- 40 kg ou mais: 600 mg, via oral, 2x/dia, por 14 dias.

Diante da atual disponibilidade do tecovirimat no Brasil, a liberação do fornecimento do medicamento deverá ser avaliada pela equipe assistencial. As manifestações clínicas apresentadas pelo paciente devem ser causadas pela atividade do vírus *mpox* e não por complicações de outras etiologias após a resolução da viremia [5].

A solicitação da avaliação para uso do tecovirimat deve ser encaminhado ao CIEVS estadual que, após análise de que se trata de paciente elegível para uso da medicação, enviará o pedido para o COE Nacional. Equipe de infectologistas do COE Mpox avaliará o pedido e manifestará a orientação sobre a elegibilidade do paciente [5].

Atualmente, não há protocolos no Brasil para a utilização de imunoglobulina vaccinia para tratamento da Mpox [11]. Veja mais em [Vacinação](#).

Recomendações no manejo de gestantes, puérperas e lactantes

Gestantes, puérperas e lactantes com suspeita ou diagnóstico de Mpox devem ser prontamente avaliadas quanto à gravidade clínica, para manejo apropriado, que deve sempre incluir o tratamento sintomático e de suporte compatíveis com a gestação e o aleitamento [1,4,32,33]. A decisão sobre tratamento ambulatorial ou hospitalar vai depender da gravidade do caso e dos recursos disponíveis.

Gestantes e puérperas com escore de lesão moderado, grave ou muito grave ou que tenham outros sinais clínicos de gravidade ([quadro 6](#)) devem ser encaminhadas a serviços de urgência/emergência. Esse grupo tem indicação de tratamento em regime de internação hospitalar [11,27,33,34].

Os sinais e sintomas de Mpox em gestantes são semelhantes ao restante da população. Todas as gestantes com erupções cutâneas de início agudo devem ter Mpox como diagnóstico diferencial e, conforme preenchimento dos critérios de caso suspeito ou provável, devem ser submetidas ao fluxo de investigação previsto em sua localidade [33,34].

O monitoramento cuidadoso e diário da evolução clínica, com o acompanhamento da disseminação das lesões e o surgimento de sinais e sintomas de gravidade, é importante para a segurança da mãe e do feto ou do recém-nascido [11,33].

Os dados sobre a Mpox durante a gestação são limitados [33,34]. O vírus *mpox* pode ser transmitido ao feto durante a gravidez ou ao recém-nascido (RN) por contato próximo durante e após o nascimento [4,33]. Não há estudos sobre a presença do vírus *mpox* no leite materno. No entanto, a infecção pode ser transmitida por contato próximo durante a amamentação [4,5,33,46].

Ainda não se sabe se as grávidas são mais suscetíveis a adquirir a infecção pelo vírus *mpox* ou se a doença tende a ser mais grave durante a gravidez. Contudo, sabe-se que outros poxvírus causam infecções mais graves durante a gestação e já há alguns relatos de aborto espontâneo, natimorto, parto prematuro e infecção neonatal em gestantes com diagnóstico de Mpox [33,46]. A associação entre a gravidade da doença materna e esses desfechos não é clara e a frequência e os fatores de risco para gravidade e para os resultados adversos da gravidez ainda não são conhecidos [5,33]. Além disso, ainda persistem preocupações específicas ao período gravídico, como a vitalidade fetal, a transmissão vertical e o desfecho materno-fetal propriamente dito [33,35]. A avaliação fetal em mulheres com infecção pelo vírus *mpox* durante a gravidez está descrita no [quadro 8](#).

Quadro 8 – Avaliação fetal em gestantes com quadro de Mpox conforme o trimestre em que iniciou o quadro infeccioso.

Trimestre	Avaliação Fetal*
Primeiro	Em todos os casos: avaliação ultrassonográfica para análise da viabilidade da gestação.
Segundo	Casos moderados, graves ou muito graves: ultrassonografia detalhada com biometria, avaliação anatômica cuidadosa e quantificação do líquido amniótico.
Terceiro	Casos moderados, graves e muito graves (após 26 semanas): cardiotocografia. Para demais e conforme disponibilidade: perfil biofísico fetal e a dopplerfluxometria para avaliação do bem-estar fetal.

*Após a resolução da infecção, recomenda-se a realização de ultrassonografia com intervalos mínimos de 4 semanas, para avaliação de crescimento e do bem-estar fetal.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022) [11].

Gestantes, puérperas e lactantes devem ser priorizadas para tratamento farmacológico, se indicado e conforme disponibilidade, devido ao provável aumento do risco de doença grave durante a gravidez, risco de transmissão ao feto ou ao recém-nascido, por contato próximo durante e após o nascimento, e risco de infecção grave em recém-nascidos [4,33].

Os cuidados no domicílio para gestante com suspeita ou diagnóstico de Mpox são os mesmos daqueles recomendados para não gestante e devem incluir medidas para controle de infecção, prevenção e rastreamento de transmissão para contatos e isolamento [4,33]. Para mais informações, consulte a seção [Cuidados no domicílio](#).

O momento do parto é baseado em indicações médicas e obstétricas padrão; no entanto, a via de parto ideal não é clara. Nos casos graves ou com comprometimento fetal, deve-se avaliar a idade gestacional e peso fetal estimado para a decisão do momento e da via de parto. O parto cesáreo tem sido recomendado para pacientes com lesões genitais, para reduzir o risco de transmissão intraparto, mas o benefício é desconhecido, já que pode ter ocorrido transmissão pré-parto. Durante o trabalho de parto e no parto, deve-se garantir a presença do acompanhante saudável, o uso de EPI durante a permanência no hospital e deve ser mantido o clampeamento tardio do cordão umbilical [4,11,39].

Apesar de evidências limitadas sobre o cuidado de recém-nascidos de mulheres com Mpox, é possível fazer recomendações baseando-se no conhecimento da possibilidade de gravidade da doença em neonatos e de que o contato próximo é a principal forma de transmissão da doença [33,34].

Dessa forma, para impedir o contágio no recém-nascido, medidas devem ser instituídas em serviços de assistência ao parto e mantidas até que todas as lesões tenham sido resolvidas e uma nova camada de pele tenha se formado, mesmo que esse período não tenha sido concluído até a alta e o isolamento seja continuado em ambiente domiciliar. Orienta-se [33,34]:

- desaconselhar o contato pele a pele entre a mãe e o RN;
- fazer exame macroscópico do RN imediatamente após o nascimento;
- dar banho no RN imediatamente após o parto e, quando o recém-nascido apresentar lesões, realizar higiene cuidadosa com água e sabão e não romper vesículas, quando presentes;

- quando disponível, colher *swab* de orofaringe e de eventuais lesões cutâneas do RN;
- informar à mulher sobre os riscos da infecção e da necessidade de manter mãe e filho em quartos separados durante a fase de isolamento materno;
- se, por qualquer motivo, não for possível manter a mãe e o RN em quartos separados, precauções estritas devem ser seguidas durante o contato mãe-filho:
 - o RN deve estar totalmente vestido ou envolto por um cobertor. Após o contato, a roupa ou cobertor deve ser imediatamente substituídos;
 - a mãe deve usar luvas e avental, deixando coberta toda área de pele abaixo do pescoço;
 - a mãe deve usar uma máscara cirúrgica bem ajustada à face, cobrindo nariz e boca.

É importante destacar que o planejamento da alta deve levar em consideração a duração do isolamento, a capacidade de aderir estritamente às precauções de isolamento recomendadas e a disponibilidade de outras pessoas para auxiliar nos cuidados com o RN [33,34]. Além disso, pacientes em isolamento por Mpox podem experimentar um aumento do estresse devido à separação de seus recém-nascidos e pode haver sintomas de depressão pós-parto [33].

Se a testagem do RN tiver sido realizada e o resultado for positivo, as medidas de isolamento da criança podem ser suspensas, recomendando-se a permanência com a mãe. Deve ser mantido monitoramento diário domiciliar a partir da data da coleta do exame e, se surgirem sinais ou sintomas, avaliar necessidade de internação ([quadro 6](#)). Caso o teste seja negativo, deve-se manter o monitoramento durante 21 dias. Em caso de surgimento de sinais ou sintomas, seguir o fluxo de caso suspeito, descrito em [Diagnóstico laboratorial](#) e [Manejo clínico](#) [11,34]. Para mais detalhes sobre o acompanhamento de contatos, consultar a seção [Rastreamento de contatos](#).

Em lactantes com Mpox, deve-se avaliar individualmente a necessidade de suspensão temporária do aleitamento e o tempo dessa suspensão, conforme o quadro clínico materno e alternativas aceitáveis disponíveis para a nutrição do RN. Quando optado pela interrupção do aleitamento, um cuidador saudável deve alimentar o RN com leite humano pasteurizado ou fórmula infantil. Mulheres que estão amamentando devem receber apoio para a ordenha do leite e manipulação da mama, a fim de manter a produção de leite e evitar infecções bacterianas secundárias. Devido à incerteza quanto à transmissibilidade do vírus *mpox*, o leite ordenhado não deve ser oferecido ao RN enquanto durar o isolamento [33]. Os critérios para a retomada do aleitamento devem ser os mesmos da descontinuação do isolamento (até que todas as lesões desapareçam, haja queda das crostas e uma nova camada de pele se forme) [1,3,4,39].

Em gestantes e puérperas assintomáticas em que há suspeita de exposição ao vírus *mpox*, por contato com caso suspeito, provável ou confirmado, deve-se avaliar a possibilidade de vacinação contra a Mpox. Apesar de não existirem dados de segurança nessa população, a MVA-BN Jynneos é uma vacina contendo vírus não replicante e estudos em animais não demonstraram toxicidade ao feto. Dessa forma, é

considerada segura e pode ser realizada quando houver exposição de alto risco, em decisão compartilhada [47]. Para mais informações, veja a seção [Vacinação](#).

Já caso essas pessoas desenvolvam sinais e sintomas, mesmo que sinais e sintomas sistêmicos na ausência de lesões mucocutâneas, a investigação complementar por suspeita de Mpox deve seguir as orientações descritas em [Diagnóstico laboratorial](#) [11,34].

Medidas para controle de infecção

Cuidados em serviços de saúde

No atendimento de pacientes com quadro clínico suspeito ou confirmado de Mpox, os profissionais de saúde devem instituir precauções padrão para controle de infecção. Elas devem ser implementadas em TODOS os atendimentos, independente do diagnóstico do paciente, e envolvem [1,9,29,36,48]:

- uso de EPI, de acordo com a avaliação de risco de exposição a sangue e outros fluidos ou secreções corporais;
- higiene das mãos;
- limpeza e desinfecção de superfícies;
- manuseio seguro de produtos para saúde e roupas, além do seu reprocessamento;
- descarte adequado de resíduos.

As precauções padrão assumem que todas as pessoas estão potencialmente infectadas ou colonizadas por um patógeno que pode ser transmitido no ambiente de assistência à saúde [1,39,47]. Assim, após a identificação de indivíduo sintomático com suspeita de Mpox, idealmente já na recepção do serviço de saúde, deve-se [1,9,29,36,48]:

- Fornecer uma máscara cirúrgica, com orientação sobre o seu uso correto, bem ajustada à face, cobrindo nariz e boca.
- Direcionar o paciente para a área de atendimento, mantendo-o idealmente isolado de outros pacientes. Se o isolamento não for possível, manter distância de pelo menos 1 metro entre os pacientes, enquanto aguarda atendimento.
- Enfatizar a importância de higiene das mãos com água e sabão ou álcool em gel 70%.
- Seguir etiqueta respiratória.
- Manter lesões de pele cobertas.

No momento do atendimento clínico a pacientes com Mpox suspeita ou confirmada, o profissional de saúde deve implementar, além das precauções padrão, as precauções para contato e para gotículas, o que envolve a higiene das mãos e o uso correto dos EPI para contato direto de pacientes com suspeita de Mpox, além de contato com produtos e superfícies utilizadas pelos mesmos e isolamento do paciente, preferencialmente em um ambiente privativo [1,9,29,36,48].

As medidas de precaução também devem ser empregadas pelos profissionais que realizam a coleta de amostras para o diagnóstico laboratorial da Mpox, conforme descrito na seção [Diagnóstico laboratorial](#) [5,9].

Eventualmente pode ser necessária a implementação de precauções para aerossóis durante procedimentos geradores de aerossóis, como intubação e aspiração traqueal, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras orofaríngeas, nasotraqueais e broncoscopias. Nessas situações, orienta-se que as precauções para gotículas sejam substituídas pelas precauções para aerossóis. Nesse caso, o profissional de saúde deve substituir a máscara cirúrgica pela máscara N95/PPF2 ou equivalente [1,9,42].

O [quadro 9](#) resume as medidas e precauções para prevenção e transmissão de Mpox em ambiente de saúde.

Quadro 9 – Medidas e precauções para prevenção e transmissão de Mpox em ambiente de saúde.

Medidas e precauções para prevenção e transmissão de Mpox em ambiente de saúde	
Medidas de precauções padrão	
<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação de risco de contaminação. ● Higienização das mãos com álcool gel 70% ou água e sabonete, de acordo com os cinco momentos preconizados pela OMS¹. ● Medidas de etiqueta respiratória. ● Uso de equipamentos de proteção individual (EPI) quando necessário. ● Medidas de segurança para administração de medicamentos. ● Manejo de resíduos. ● Procedimentos de limpeza e desinfecção de objetos, equipamentos e superfícies. 	
Precauções de contato	
<ul style="list-style-type: none"> ● Higiene das mãos antes e após uso de EPI. ● EPI para contato direto de pacientes com suspeita de Mpox: luvas cirúrgicas, avental descartável, máscara cirúrgica, óculos ou protetor facial e sapatos fechados. ● Uso de equipamentos descartáveis ou dedicados para cada paciente. 	
Precauções para gotículas	
<ul style="list-style-type: none"> ● Higiene das mãos antes e após uso de EPI. ● Máscara cirúrgica para atendimentos com menos de 1 metro de distância do paciente. ● Manter distância de pelo menos 1 metro entre os pacientes. 	
Precauções para aerossóis (em algumas situações específicas²)	
<ul style="list-style-type: none"> ● Higiene das mãos antes e após uso de EPI. ● Isolamento do paciente, idealmente em unidade de proteção respiratória. ● Trocar a máscara cirúrgica por máscara N95/PPF2 ou equivalente para a realização de procedimentos geradores de aerossóis². 	

¹(1) Antes do contato com o paciente; (2) antes da realização de procedimentos assépticos; (3) após risco de exposição a fluidos corporais; (4) após contato com o paciente; (5) após contato com as áreas próximas ao paciente.

²Substituir as medidas de precauções para gotículas por medidas de precauções para aerossóis, junto com as precauções para contato apenas durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis em pacientes com Mpox: intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de WHO (2022a), Anvisa (2022) e Duncan *et al.* (2022) [1,9,42].

As superfícies ambientais no local de atendimento ao paciente devem ser higienizadas e desinfetadas com produtos saneantes devidamente regularizados junto à Anvisa [8]. Os desinfetantes devem ser

preparados e aplicados às superfícies de acordo com as instruções do fabricante. Ainda não há recomendações específicas para o vírus *mpox* [1,9]. Para mais informações sobre o cuidado e desinfecção de superfícies, consultar manual publicado pela Anvisa [aqui](#).

Não há necessidade de descarte de roupas utilizadas por pacientes com suspeita ou confirmação de Mpox. Contudo, os profissionais devem evitar o contato com o material da lesão ao manusear roupas sujas, nunca devendo sacudi-las ou manuseá-las de modo que possa dispersar partículas infecciosas [1,9]. Seguir as orientações do Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde, publicado pela Anvisa, neste [link](#).

Sobre o gerenciamento de resíduos, a Mpox pode ser enquadrada como Classe de risco 3 (alto risco individual e moderado risco para a comunidade), e todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados devem ser enquadrados no Grupo A - Subgrupo A1, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018, disponível [aqui](#) [9,36].

Quanto ao atendimento odontológico, não há diretrizes nacionais específicas para casos prováveis ou confirmados de Mpox, porém, devido ao risco potencial de transmissão do vírus, as precauções seguindo os princípios básicos de controle de infecção, e aprimoradas durante a pandemia da COVID-19, devem ser mantidas [49,50].

Os serviços de saúde devem elaborar e implementar um Plano de Contingência contendo ações estratégicas para o enfrentamento de possíveis casos de Mpox, incluindo o gerenciamento dos recursos humanos e materiais, e estruturação de ações de vigilância [1,9,36]. A OMS sugere que no primeiro contato seja aplicado um questionário simplificado, a partir da definição de caso de Mpox vigente, para identificar casos suspeitos e uma adequada orientação sobre as medidas de precauções padrão para controle de infecção [1,4]. As definições de caso para Mpox no Brasil podem ser consultadas na seção [Definição de casos](#).

A fim de mitigar a transmissão, sempre que possível, a avaliação por meio de telemedicina deverá ser considerada, especialmente na avaliação de sintomas entre contatos de casos confirmados e nas reavaliações clínicas [1].

Cuidados no domicílio

Os cuidados no domicílio para pessoas com sinais ou sintomas de Mpox (casos suspeitos, prováveis ou confirmados) devem incluir medidas para controle de infecção, prevenção de transmissão para contatos e isolamento [1,9,29,48]. Material informativo com orientações gerais sobre Mpox estão disponíveis no [Apêndice D](#). Já informações para casos suspeitos, prováveis ou confirmados de Mpox, estão disponíveis no [Apêndice E](#).

A maioria dos casos de Mpox é leve e esses pacientes deverão ser orientados a realizar isolamento em ambiente domiciliar [1,9,29,48]. Nessas situações, as pessoas com suspeita ou diagnóstico de Mpox devem usar máscaras cirúrgicas, especialmente se apresentarem sintomas respiratórios, como tosse, falta

de ar e dor na garganta. Se possível, o paciente deve ficar em área bem ventilada e separada dos demais moradores. Quando não for possível isolá-lo em ambiente individual, manter o distanciamento de pelo menos 1 metro dos outros habitantes do domicílio, reforçando as medidas de higiene das mãos e das superfícies e o uso de máscaras cirúrgicas. As lesões cutâneas devem ser cobertas o máximo possível, como, por exemplo, com uso de mangas longas ou calças compridas, para minimizar o risco de contato com outras pessoas [1,29,48].

É importante reforçar a necessidade de lavagem das mãos com água e sabão ou utilizar álcool 70% antes e depois de atividades com risco de transmissão, como contato com secreção das lesões, roupas, lençóis ou superfícies que possam ter contato direto com o paciente com Mpox. Ressalta-se que, ao lavar as mãos com água e sabão, deve-se secá-las com papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida [1,29,48].

Além disso, deve-se designar apenas um cuidador, que deve utilizar máscaras cirúrgicas e luvas para cuidados com o paciente, limpeza e desinfecção das áreas de contato. As superfícies que são frequentemente tocadas pelo paciente, incluindo o banheiro, devem ser higienizadas mais de uma vez ao dia, com solução contendo água sanitária [1,29,48].

As roupas devem ser lavadas com cuidado para não haver contato direto com material contaminado e deve-se evitar sacudi-las, o que pode dispersar partículas infecciosas [1,29,48]. Roupas de cama, toalhas, roupas de uso individual podem ser lavadas em uma máquina de lavar padrão, com água morna e sabão, separadamente das roupas dos demais moradores do domicílio. Preferencialmente, esse manejo deve ser realizado pela pessoa com a infecção [49]. Alvejante pode ser adicionado, mas não é necessário [1,29,48].

Utensílios como pratos e outros talheres não devem ser compartilhados, mas não é necessário que a pessoa infectada use utensílios separados, se devidamente lavados. A louça suja e os talheres devem ser lavados com água entre 60 e 90°C e sabão. Na indisponibilidade de água aquecida, pode ser utilizada solução contendo água sanitária [29,48].

Os resíduos contaminados, como máscaras, curativos e bandagens, devem ser descartados conforme orientação da autoridade sanitária local, podendo-se seguir os cuidados que já são preconizados pelos territórios em relação à COVID-19. Sempre que possível, no descarte do lixo do paciente, utilizar luvas descartáveis [29,48].

Durante o período de isolamento, o uso de lentes de contato deve ser desencorajado, objetivando reduzir a probabilidade de infecção ocular. Além disso, é necessário evitar o uso de barbeador em áreas com lesão cutânea. Deve-se orientar a abstenção sexual durante toda a evolução da doença, não por ser considerada uma IST, mas pela transmissão ocorrer por meio do contato íntimo, pele a pele [29].

Os casos suspeitos devem permanecer em isolamento até a liberação do resultado dos exames laboratoriais confirmatórios para a infecção, quando serão reavaliados e reorientados quanto à necessidade de continuidade ou não do isolamento [51]. Já o isolamento para casos confirmados e prováveis deve ser

mantido até que todas as lesões tenham sido resolvidas, com queda das crostas, cerca de 2 a 4 semanas [1,3,4,9,36,39,51].

O acompanhamento clínico deve ser realizado preferencialmente por meio de consultas remotas [1]. A interrupção do isolamento durante a doença só deverá ocorrer se houver necessidade de avaliação presencial em serviços de saúde. Nessa situação, o paciente deve fazer uso de máscara cirúrgica cobrindo nariz e boca e trocando quando úmidas ou danificadas, protegendo as lesões com roupas como camisas com mangas compridas e calças e evitando aglomerações e transporte coletivo [29,48].

Cuidados com animais domésticos

Pessoas com diagnóstico suspeito, provável ou confirmado de Mpox devem evitar contato com os animais domésticos, para evitar a transmissão de humanos para animais. Estes devem ser cuidados, preferencialmente, por pessoa sadia, até que o tutor esteja completamente recuperado ou a hipótese de Mpox seja descartada [52]. As recomendações para o cuidado de animais que tiveram contato com pacientes suspeitos ou confirmados para Mpox estão descritas no [quadro 10](#).

Quadro 10 – Recomendações para o cuidado de animais que estão na mesma residência que humanos suspeitos ou confirmados para Mpox.

- Lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool 70% antes e depois de cuidar do animal.
- Não está indicado aplicar produtos químicos (álcool 70%, lenços de limpeza) diretamente nos animais.
- Cobrir qualquer lesão cutânea, na medida do possível, preferindo o uso de roupas com mangas e calças compridas.
- Usar luvas e máscaras descartáveis.
- Garantir que o animal não entre em contato com objetos contaminados da casa, como roupas, lençóis, toalhas.
- Não permitir que o animal entre em contato com as lesões, curativos ou fluidos corporais.
- Alimentos, brinquedos e demais itens de uso do animal doméstico não devem ter contato com o paciente com suspeita/confirmação de Mpox.
- Comunicar o serviço de saúde pública e buscar assistência veterinária, caso o animal apresente manifestação clínica compatível com a doença*.
- Não está indicado a eutanásia, nem o abandono de animais que tiveram contato com pacientes com Mpox.
- Os animais que tiveram contato com Mpox devem ser mantidos sob observação por 21 dias após o último contato.

*O transporte do animal com sintomas suspeitos deve ser feito por pessoa sem suspeita de Mpox, utilizando roupas compridas, máscaras, luvas descartáveis, e o animal deve ser conduzido, preferencialmente, dentro de caixa de transporte.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022) [52].

Todo animal que teve contato direto com uma pessoa confirmada para a doença e desenvolver lesões cutâneas até 21 dias após o último contato é considerado suspeito para Mpox. As lesões cutâneas podem ser máculas, pápulas, pústulas ou vesículas e podem estar acompanhadas de prurido, irritabilidade, lambertura da região genital, letargia, falta de apetite, tosse, secreções ou crostas nasais e/ou oculares. É essencial a confirmação do vínculo epidemiológico para a suspeita. Todo caso de animal suspeito de Mpox deve ser comunicado ao órgão de saúde pública local e deve ter assistência veterinária garantida pelo tutor. O serviço de saúde deverá realizar a investigação e confirmar que se trate de caso suspeito, para então

realizar notificação ao Ministério da Saúde com as informações descritas em formulário específico, conforme Nota Técnica nº 96/2022 [52], disponível neste [link](#).

O [quadro 11](#) descreve as recomendações de cuidados para animais com suspeita de Mpox.

Quadro 11 – Recomendações de cuidados para animais suspeitos de Mpox.

- Separar o animal doente dos demais animais e evitar contato direto com pessoas sem Mpox. O animal deve ficar isolado em casa até recuperação total das lesões, portanto, não deve realizar passeio.
- Impedir lambedura das lesões para evitar auto inoculação e lesões em cavidade oral, podendo utilizar roupas cirúrgicas ou colar elizabetano.
- Lavar as mãos com água e sabão com frequência, principalmente antes e depois de cuidar do animal.
- Utilizar luvas e máscaras descartáveis ao cuidar do animal doente.
- Descartar os dejetos dos animais em dois sacos plásticos amarrados, junto do lixo doméstico. Antes de fechar o saco plástico, borrifar solução de hipoclorito de sódio (água sanitária a 0,5%) dentro do saco*.
- Lavar cobertores, camas e roupas com água e sabão.
- Desinfetar pratos de comida e água, brinquedos e demais itens que tenham contato direto com o animal infectado.
- Não compartilhar objetos com outros animais saudáveis, como potes de comida e água ou brinquedos.
- Se piora clínica do animal, consultar o médico veterinário para reavaliação do quadro.
- Não está indicado a eutanásia nem o abandono de animais suspeitos ou confirmados de Mpox.

*Em um recipiente de 1 litro, colocar 25 mL de água sanitária e completar com água, tampar e agitar. Evite deixar a solução exposta ao sol.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022) [52].

Descontinuação do isolamento

As pessoas com Mpox devem ser consideradas infecciosas até que todas as crostas da lesão tenham caído e tenha ocorrido a reepitelização, o que normalmente dura de 2 a 4 semanas [1,3,4,41]. Se houver dúvidas sobre a descontinuação das precauções de isolamento em paciente em isolamento domiciliar, sugere-se contato com a vigilância epidemiológica local [39,53].

Como o vírus *mpox* pode ser encontrado no sêmen e nos fluidos vaginais, a OMS sugere a abstenção sexual durante o período infeccioso e o uso consistente de preservativo durante qualquer atividade sexual por 12 semanas após a recuperação da doença [1,4,29,39].

Além disso, pessoas com história de Mpox não estão aptas à doação de sangue até que todas as lesões estejam totalmente resolvidas e, no mínimo, 21 dias após o início dos sintomas [54].

Rastreamento de contatos

O contato próximo com pessoas infectadas é o fator de risco mais significativo para a infecção pelo vírus *mpox*. Por isso, o rastreamento de contatos é parte essencial na estratégia de controle da infecção. Orienta-se identificação imediata de contatos de casos suspeitos, prováveis e confirmados de Mpox e diagnóstico em tempo hábil de potenciais casos secundários e consequente adoção de medidas para redução da transmissão viral [1,5,12].

A partir de casos suspeitos de Mpox, deve-se identificar seus contatos no período infeccioso, que se estende desde o início dos sintomas do caso e dura até que todas as crostas das lesões cutâneas tenham

caído [1,5,12]. A confirmação laboratorial de casos suspeitos é importante, mas não deve atrasar a implementação das ações de saúde pública [1]. Em pessoas com caso descartado, o rastreamento de contatos pode ser suspenso [1,5].

Um contato é definido como pessoa que teve alguma das seguintes exposições com pessoa com suspeita ou confirmação de Mpox no período infeccioso [1,5,12]:

- contato físico direto, pele a pele, como tocar, abraçar, beijar, contato íntimo e contato sexual;
- contato com materiais e superfícies contaminados, como roupas, termômetros ou roupas de cama e banho;
- exposição respiratória e prolongada, como diálogo a menos de 1 metro de distância sem uso de máscara;
- profissional de saúde durante a assistência à saúde:
 - sem uso ou uso incorreto de máscara cirúrgica durante o atendimento ao paciente suspeito ou confirmado; ou
 - sem uso ou uso incorreto de máscara de proteção respiratória (N95/PFF2 ou equivalente) durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis a pacientes suspeitos ou confirmados; ou
 - sem luvas e avental e sem a posterior higienização das mãos, após contato com as secreções, feridas/erupções cutâneas de pessoa suspeita ou confirmada e materiais e superfícies contaminados.

O rastreamento de contatos de casos de Mpox recém-identificados deve ser realizado com sensibilidade e discricção. Pacientes com suspeita de Mpox devem ser entrevistados para coleta de informações sobre nomes e contatos de todas as pessoas com quem tenham tido contato de risco, bem como identificar locais visitados em que possa ter havido contato com outras pessoas. Posteriormente, esses contatos identificados são informados de sua exposição, preferencialmente em 24 horas, e convidados a comparecer para aconselhamento e, quando necessário, para testes e/ou tratamento. Respeitando-se o princípio fundamental da confidencialidade, não deve ser revelada a identidade do caso índice, a menos que seja dado consentimento para isso [12].

Em situações em que os contatos não possam ser identificados, a utilização de material publicitário ou mensagens não individualizadas podem ser enviadas aos participantes de eventos ou locais informando sobre a possível exposição ao vírus *mpox* e as medidas de precauções relevantes, descrição de sinais e sintomas e informações de locais disponíveis para avaliação clínica [12].

O monitoramento de contatos depende dos recursos disponíveis e pode ser feito por meio de alguma das modalidades abaixo [12]:

- **monitoramento passivo:** os contatos identificados recebem informações sobre os sinais e sintomas a serem monitorados, atividades permitidas e como entrar em contato com a vigilância local, se surgirem sinais ou sintomas;
- **monitoramento ativo:** quando as vigilâncias locais são responsáveis por verificar, pelo menos 1 vez por dia, se a pessoa sob monitoramento apresenta sinais/sintomas autorrelatados;
- **monitoramento direto:** variação do monitoramento ativo que envolve pelo menos 1 visita presencial diária ou que o paciente seja examinado visualmente por meio de vídeo para averiguar a presença de sinais de doença.

Não há necessidade de isolamento dos contatos assintomáticos, mesmo que pertencentes ao grupo de risco (crianças menores de 8 anos, gestantes e imunossuprimidos). No entanto, recomenda-se o monitoramento dos contatos, a cada 24 horas, por um período de 21 dias desde o último contato com o paciente com Mpox suspeita, provável ou confirmada. No monitoramento, deve ser realizada a aferição da temperatura 2 vezes ao dia [1,12]. Os sinais e sintomas de preocupação incluem cefaleia, febre, calafrios, dor de garganta, mal-estar, fadiga, erupção cutânea e linfadenopatia, dor anal e edema peniano [5].

Um contato que desenvolva sinais/sintomas iniciais diferentes de erupção cutânea ou mucosa deve ser isolado e poderá ser indicada a coleta de teste molecular (PCR) de orofaringe para pesquisa do vírus *mpox*, de acordo com os fluxos locais [11]. Assim, nessas situações, sugere-se contato com a vigilância epidemiológica local para orientações de coleta. Se o resultado for positivo, esse contato deverá ser notificado como caso confirmado de Mpox e deverá manter isolamento. Já para aqueles com resultados negativos, manter isolamento e observar o surgimento de lesões de pele pelos próximos 5 dias [11,12]. Se nenhuma erupção se desenvolver, o contato pode sair do isolamento e retornar ao monitoramento da temperatura pelos 21 dias restantes. Se no período restante de monitoramento, o contato desenvolver erupção cutânea, ele deverá reiniciar o isolamento, devendo ser avaliado como um caso suspeito de Mpox, com necessidade de coleta de amostra para análise laboratorial [1,5,9,11,12,29,38].

Caso o contato tenha entre 18 e 49 anos, esteja assintomático e apresente-se na avaliação em até 4 dias após uma exposição de médio ou alto risco ([quadro 12](#)), é possível indicar a profilaxia pós-exposição, de acordo com a disponibilidade local e a ausência de contraindicações [47]. Para mais informações, veja em [Vacinação](#). Mesmo que indicada a vacinação pós-exposição contra a Mpox, medidas de precaução devem ser seguidas, como evitar contato próximo, pele a pele, incluindo contato íntimo, com alguém que tenha Mpox [55,56].

Durante o período de monitoramento de contatos, mesmo daqueles que tenham recebido vacina pré ou pós-exposição contra Mpox, devem ser evitadas outras atividades que podem causar risco de transmissão, como beijar, tocar o corpo de outros e atividade sexual de qualquer tipo (oral, anal, vaginal), assim como compartilhamento de objetos utilizados durante a relação sexual. Caso o indivíduo mantenha-se sexualmente ativo, deve-se reforçar a importância de uso de preservativo em todas as relações sexuais para

proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, além de medidas para reduzir o risco de transmissão do vírus *mpox*, como limitar o número de parcerias sexuais, evitar contato sexual com parcerias com sintomas suspeitos de Mpx, evitar beijos, ter o contato das parcerias sexuais para aconselhamento posterior de saúde caso venha desenvolver Mpx [56,57].

Profissionais de saúde que tenham exposições desprotegidas (ou seja, não usem EPI adequados) e pacientes com Mpx ou que tenham contato com materiais possivelmente contaminados não precisam ser excluídos do trabalho se não apresentarem sintomas durante o período de monitoramento, mas devem ser monitorados quanto a sintomas, o que inclui a medição da temperatura pelo menos 2 vezes ao dia, durante 21 dias após a exposição. Antes de se apresentar para o trabalho todos os dias, o profissional de saúde deve ser entrevistado quanto à evidência de quaisquer sinais/sintomas relevantes (cefaleia, febre, calafrios, dor na garganta, mal-estar, fadiga, erupção cutânea) [1,9].

Como medida de precaução adicional, os contatos assintomáticos (incluindo os profissionais de saúde) não devem doar sangue, células, tecidos, órgãos, leite materno ou sêmen durante o monitoramento. No caso do contato ser visitante ou acompanhante, deve ser orientado a não retornar ao serviço de saúde, na função de visitante ou acompanhante, antes do período de 21 dias de monitoramento. Além disso, devem tentar evitar o contato físico com crianças, gestantes, indivíduos imunossuprimidos e animais, incluindo animais de estimação. Viagens não essenciais são desencorajadas. É imprescindível enfatizar a importância de higiene das mãos com água e sabão ou álcool em gel 70% e seguir etiqueta respiratória [1,4,39,51].

Vacinação

Pela íntima relação entre os vírus, a vacina contra a varíola também pode proteger as pessoas contra a Mpx. Estudos observacionais realizados em países africanos sugerem que a vacina contra a varíola tem 85% de eficácia na prevenção da Mpx [1,9,14]. A vacinação, mesmo após a exposição à Mpx, parece prevenir a doença ou torná-la menos grave [1,4,9,39].

Se possível, pessoas previamente vacinadas contra varíola devem ser selecionadas para cuidar do paciente [1,4]. Ressalta-se que, no Brasil, a vacinação obrigatória contra varíola foi mantida até 1975, 2 anos após certificação de erradicação da doença no território nacional [58] e que as vacinas contra a varíola não estão mais disponíveis no mercado para a população geral [5,11].

Há três tipos de vacina atualmente disponíveis no mundo contra os membros do gênero *Orthopoxvirus*. A vacina ACAM2000, a LC16 e a *Vaccinia Ankara Modificada* (MVA-BN), também conhecida como JYNNEOS (EUA e Brasil), IMVAMUNE (Canadá) ou IMVANEX (União Europeia) [3,4,39,56]. A eficácia das vacinas ainda é inferida a partir de evidências indiretas e estudos em animais [56]. Apenas a vacina MVA-BN foi aprovada para aplicação específica contra a Mpx. É uma vacina não replicante e com bom perfil de segurança. A ACAM2000 e a LC16 são vacinas replicantes, administradas em dose única e também podem ser utilizadas contra Mpx em alguns países, mas em caráter de acesso expandido, de acordo com as

recomendações dos órgãos reguladores locais. Estão associadas a mais efeitos adversos do que a vacina MVA-BN e não podem ser usadas em pacientes com imunodeficiência [4,39,56].

No Brasil, a vacina MVA-BN (*Jynneos*) é a única aprovada para uso contra Mpox. É composta de cepa atenuada não replicante do vírus *vaccinia*. O esquema de vacinação é de 2 doses (0,5 mL cada), de administração subcutânea (preferencialmente no deltóide), com 4 semanas (28 dias) de intervalo entre as doses. Na vacinação pós-exposição, está indicada a aplicação em até 4 dias após a exposição. Excepcionalmente, pode ser realizada em até 14 dias, mas com redução da sua efetividade [1,3,4,39].

Essa vacina está disponível no país desde março de 2023, para uso pré e pós exposição ao vírus *mpox*, em pessoas que fazem parte do público prioritário [47,59]. Esse grupo, neste momento, é composto por:

- **Vacinação pré-exposição:**

- homens cisgêneros, travestis e mulheres transexuais, com 18 anos ou mais, que vivem com HIV/aids, independente do status imunológico identificado pela contagem de linfócitos T CD4 [60];
- profissionais de 18 a 49 anos que atuam diretamente em contato com o vírus, em laboratórios com nível de biossegurança 3 (locais em que se realiza manipulação de microrganismos com potencial de transmissão pela via respiratória e que podem causar infecções graves e potencialmente fatais) [47,59,61];
- indivíduos em situação de profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP). O uso nessa população pode ser indicado quando houver disponibilidade de vacinas contra a Mpox na Rede de Frio estadual/municipal que não serão destinadas para pessoas vivendo com HIV/aids [60].

- **Vacinação pós-exposição:**

- pessoas de 18 a 49 anos, que tiveram contato direto ou próximo com casos suspeitos ou confirmados para a doença, e com exposição de médio ou alto risco, conforme [quadro 12](#) [47,59].

Quadro 12 – Descrição do risco de exposição, segundo Organização Mundial da Saúde.

Riscos de exposição
<p align="center">Exposição de alto risco</p> <p>Contato direto da pele ou das mucosas da pessoa sem Mpox com lesões de pele, secreções respiratórias, fluidos corporais (lesão vesicular ou fluido pustuloso), ou material potencialmente infeccioso (incluindo vestimentas ou roupas de cama) de uma pessoa com Mpox confirmada, provável ou suspeita, se não estiver sendo usado EPI adequado. Isso inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inalação de gotículas ou poeira da limpeza de quartos contaminados. • Exposição da mucosa devido a respingos de fluidos corporais. • Contato físico com alguém que tenha Mpox, incluindo contato direto durante atividades sexuais. Isso inclui contato presencial, pele a pele ou boca a pele ou exposição a fluidos corporais, materiais ou objetos contaminados (fômites). • Compartilhar uma residência (permanente ou ocasionalmente) durante o período presumido de incubação com uma pessoa que foi diagnosticada com Mpox. • Ferimento penetrante por material perfurocortante contaminado ou por meio de luvas contaminadas.
<p align="center">Exposição de médio risco</p> <p>Sem contato direto, mas ainda com contato próximo, o que inclui estar na mesma sala ou outro ambiente fechado com uma pessoa sintomática com Mpox confirmada, se não estiver usando EPI adequado.</p>
<p align="center">Exposição de baixo risco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contato com uma pessoa com Mpox confirmada, provável ou suspeita, ou estar em um local que possa estar contaminado com o vírus, usando EPI apropriado e sem quaisquer violações conhecidas do uso do EPI e dos procedimentos de colocação e de retirada do EPI. • Contato comunitário, como estar em um local externo com um caso sintomático sem proximidade ou contato físico. • Nenhum contato conhecido com um caso sintomático de Mpox nos últimos 21 dias.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2023) e WHO (2022) [1,47].

São critérios de exclusão para vacinação em situação de pré e pós-exposição [47]:

- já ter sido diagnosticado com Mpox; ou
- apresentar lesão suspeita de Mpox no momento da vacinação; ou
- ter alguma contraindicação à vacinação ([quadro 13](#)).

Quadro 13 – Contraindicações e precauções à vacina MVA-BN Jynneos contra Mpox.

Contraindicações e precauções à vacina MVA-BN Jynneos contra Mpox
<p align="center">Contraindicações</p> <p>Histórico de reação alérgica grave (ex.: anafilaxia) após a administração de uma dose prévia da vacina.</p>
<p align="center">Precauções</p> <p>Reações de hipersensibilidade a componentes da vacina*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • História de reação alérgica grave após o uso de gentamicina ou ciprofloxacino. • História de reação alérgica grave à proteína do ovo ou da galinha e que não esteja fazendo uso de nenhum produto contendo proteína do ovo ou da galinha.
<p>Gestantes e lactantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não existem dados de segurança nesta população. No entanto, é uma vacina contendo vírus não replicante e estudos em animais não demonstraram toxicidade ao feto. Dessa forma, é considerada segura e pode ser realizada quando houver exposição de alto risco, em decisão compartilhada.

Doenças febris agudas:

- Indivíduos com quadros leves, como resfriados comuns, poderão ser vacinados.
- Como precaução, aqueles com doenças febris agudas deverão, idealmente, aguardar a recuperação para realizar a vacinação.

*Nesses casos, será necessária uma avaliação individualizada de riscos e de benefícios, com a possibilidade de realizar a vacinação sob observação por 30 minutos, em ambiente com capacidade de atendimento de reações alérgicas graves.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2023) [47,59,62].

Não se recomenda administração simultânea com outras vacinas. Para a vacinação pré-exposição, é recomendado respeitar um intervalo de 30 dias entre qualquer vacina previamente administrada. Em situação de pós-exposição, cujo principal objetivo é o bloqueio da transmissão, recomenda-se a aplicação independentemente da administração prévia de qualquer imunobiológico [59,62]. Quando administrada entre 4 e 14 dias após a data da exposição, a medida promete reduzir os sintomas da doença, mas não preveni-la [1,3,4,39,47].

Os eventos adversos identificados como mais frequentes nos indivíduos vacinados foram [47,63,64]:

- eventos locais: dor, eritema, edema, enduração, prurido;
- eventos sistêmicos: mialgia, cefaleia, fadiga, náusea, calafrios, febre.

Não foram identificados eventos adversos graves com relação causal com a vacinação até o presente momento. Todos os eventos supostamente atribuídos à vacinação ou imunização (ESAVI) devem ser notificados no sistema [e-SUS Notifica](#). Os eventos classificados como graves devem ser notificados dentro das primeiras 24 horas de sua ocorrência. Considera-se evento adverso grave qualquer evento clinicamente relevante que: requeira hospitalização, tenha risco de morte ou exija intervenção clínica imediata para evitar o óbito, cause disfunção significativa e/ou incapacidade permanente, resulte em anomalia congênita ou ocasione o óbito [47,63,64].

O MS anunciou que seguirá as recomendações da OMS e que, portanto, não planeja a vacinação em massa para Mpox. A principal estratégia de contenção da doença seguirá sendo a identificação de casos e o rastreamento de contatos [59,65]. Além disso, a estratégia de vacinação contra Mpox se encerra com o consumo de todas as 46 mil doses disponíveis para o Programa Nacional de Imunizações [47].

Não existem dados consistentes sobre a efetividade da imunoglobulina *vaccinia* no manejo pós-exposição para Mpox. O seu uso endovenoso pode ser considerado em pacientes imunocomprometidos com histórico de exposição e para os indivíduos em quem a vacina esteja contraindicada. Até o momento, não há protocolos no Brasil que sugiram ou orientem o seu uso [34,39].

Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Clinical management and infection prevention and control for Monkeypox: interim rapid response guidance**. Geneva, 10 jun. 2022a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1>. Acesso em: 6 maio 2023.
2. ISAACS, S. N.; MITJÁ, O. **Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of monkeypox**. Waltham (MA): UpToDate, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-monkeypox>. Acesso em: 6 maio 2023.
3. DYNAMED. **Orthopoxvirus infections (including smallpox and monkeypox)**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2022. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/orthopoxvirus-infections-including-smallpox-and-monkeypox>. Acesso em: 6 maio 2023.
4. BMJ BEST PRACTICE. **Mpox (monkeypox)**. London: BMJ Publishing Group, 2022. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1611>. Acesso em: 6 maio 2023.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de contingência Nacional para Monkeypox: Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública: COE Monkeypox**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 32 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/coes/monkeypox/plano-de-contingencia/plano-de-contingencia/view>. Acesso em: 6 maio 2023.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Fifth Meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR) Emergency Committee on the Multi-Country Outbreak of mpox (monkeypox) [Internet]. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/11-05-2023-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-\(ihr\)-emergency-committee-on-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox-\(mpox\)](https://www.who.int/news/item/11-05-2023-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr)-emergency-committee-on-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox-(mpox)). Acesso em: 15 maio 2023.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommends new name for monkeypox disease**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-11-2022-who-recommends-new-name-for-monkeypox-disease>. Acesso em: 6 maio 2023.
8. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Nota Informativa DVE/CEVS nº10/2022**. Atualizações sobre a Mpox. Porto Alegre, RS: Secretaria Estadual da Saúde, 26 dez. 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202301/09144538-nota-informativa-dve-mpox-19122022.pdf>. Acesso em: 6 maio 2023.
9. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 03/2022**. Orientações para prevenção e controle da Monkeypox nos serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-gvims-ggtes-dire3-anvisa-no-03-2022-orientacoes-para-prevencao-e-controle-da-monkeypox-nos-servicos-de-saude-2013-atualizada-em-02-06-2022/view>. Acesso em: 6 maio 2023.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Monkeypox: experts give virus variants new names**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/12-08-2022-monkeypox--experts-give-virus-variants-new-names>. Acesso em: 6 maio 2023.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Monkeypox**: orientações técnicas para a assistência à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 47 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/variola-dos-macacos/publicacoes/protocolos-1/monkeypox-orientacoes-tecnicas-para-a-assistencia-a-saude/view>. Acesso em: 6 maio 2023.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Surveillance, case investigation and contact tracing for mpox (monkeypox)**: interim guidance. Geneva: WHO, 2022. 17 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.4>. Acesso em: 6 maio 2023.
13. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **How It Spreads**. Georgia: CDC, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/if-sick/transmission.html>. Acesso em: 6 maio 2023.
14. GOV.UK. **Guidance**: Mpox (monkeypox): background information. London, 2022. Disponível em: <https://www.gov.uk/guidance/monkeypox#clinical-features>. Acesso em: 6 maio 2023.
15. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Clinical Recognition. Georgia: CDC, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/clinicians/clinical-recognition.html>. Acesso em: 6 maio 2023.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mpox**: Epidemiology, preparedness and response for African outbreak contexts. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://openwho.org/courses/monkeypox-intermediate>. Acesso em: 6 maio 2023.
17. REYNOLDS, M. G. *et al.* Detection of human monkeypox in the Republic of the Congo following intensive community education. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 88, n. 5, p. 982-5, 2013. DOI: 10.4269/ajtmh.12-0758. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23400570/>. Acesso em: 6 maio 2023.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Monkeypox**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>. Acesso em: 6 maio 2023.
19. THORNHILL, J. P. *et al.* SHARE-net Clinical Group. Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries - April-June 2022. **New England Journal of Medicine**, v. 387, n. 8, p. 679-691, 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2207323. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2207323>. Acesso em: 6 maio 2023.
20. BASGOZ, N. *et al.* Case 24-2022: a 31-year-old man with perianal and penile ulcers, rectal pain, and rash. **New England Journal of Medicine**, v. 387, n. 6, p. 547-56, 2022. DOI: 10.1056/NEJMcp2201244. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp2201244>. Acesso em: 6 maio 2023.
21. SOOKAROMDEE, P.; WIWANITKIT, V. Mouth sores and monkeypox: a consideration. **Journal of Stomatology Oral Maxillofacial Surgery**, 28 jun. 2022. DOI: 10.1016/j.jormas.2022.06.020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S246878552200180X?via%3Dihub>. Acesso em: 6 maio 2023.
22. PETERS, S. M.; HILL, N. B.; HALEPAS, S. Oral manifestations of monkeypox: a report of two cases. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 6 ago. 2022. DOI: 10.1016/j.joms.2022.07.147. Disponível em: [https://www.joms.org/article/S0278-2391\(22\)00715-7/fulltext](https://www.joms.org/article/S0278-2391(22)00715-7/fulltext). Acesso em: 6 maio 2023.
23. SAMARANAYAKE, L.; ANIL, S. The Monkeypox Outbreak and Implications for Dental Practice. **International Dental Journal**, v. 72, n. 5, p. 589-596, 2022. DOI: 10.1016/j.identj.2022.07.006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35934521/>. Acesso em: 6 maio 2023.

24. PANDEY, A.; REDDY, N. G. Monkeypox infection: Relevance of oral health screening. **Oral Diseases**, 4 ago. 2022. DOI: 10.1111/odi.14339. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/odi.14339>. Acesso em: 6 maio 2023.
25. PATEL, A. *et al.* Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series. **BMJ**, v. 378, p. e072410, 2022. DOI: 10.1136/bmj-2022-072410. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/378/bmj-2022-072410>. Acesso em: 6 maio 2023.
26. ESCUDERO-TORNERO, R.; SOBRAL-COSTAS, T.; SERVERA-NEGRE, G. Monkeypox Infection. **JAMA Dermatology**, v. 158, n. 10, 2022. DOI: 10.1001/jamadermatol.2022.3975. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2795693>. Acesso em: 6 maio 2023.
27. LY-YANG, F. *et al.* Conjunctivitis in an individual with Monkeypox. **JAMA Ophthalmol**, v. 140 n. 10, p. 1022-1024, 7 set. 2022. DOI: 10.1001/jamaophthalmol.2022.3743. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/2796171>. Acesso em: 6 maio 2023.
28. LIU, Q. *et al.* Clinical Characteristics of Human Mpox (Monkeypox) in 2022: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Pathogens**, v. 12, n. 1, p. 146, 15 jan. 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-0817/12/1/146>. Acesso em: 6 maio 2023.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária. **Nota informativa nº 6/2022-CGGAP/DESF/SAPS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 28 jun. 2022. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220707_N_SEIMS-0027761288-NotaInformativa-Monkeypoxcompressed_2689728990280792060.pdf. Acesso em: 6 maio 2023.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às Pessoas Com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022 p. 215. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 6 maio 2023.
31. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Clinical considerations for treatment and prophylaxis of mpox infection in people who are immunocompromised**. Georgia: CDC, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/clinicians/people-with-HIV.html>. Acesso em: 6 maio 2023.
32. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Clinical considerations for mpox in children and adolescents**. Georgia: CDC, 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/clinicians/pediatric.html>. Acesso em: 6 maio 2023.
33. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Clinical considerations for mpox in people who are pregnant or breastfeeding**. Georgia: CDC, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/clinicians/pregnancy.html>. Acesso em: 6 maio 2023.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil. Coordenação-Geral de Saúde Perinatal e Aleitamento Materno. **Nota Técnica nº 46/2022-CGPAM/DSMI/SAPS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220801_O_SEIMS-0028381567-NotaTecnicaGraviadsmonkeypoxfinal_1567282545601784855.pdf. Acesso em: 6 maio 2023.

35. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023**. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para substituir o agravo “Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes” por “Acidente de Trabalho” na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2 mar. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-217-de-1-de-marco-de-2023-467447344>. Acesso em: 6 maio 2023.
36. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. **Nota Informativa Conjunta CEVS/DAPPS nº 2**. Orientações de vigilância, diagnóstico laboratorial e condutas frente a casos suspeitos e confirmados Monkeypox no estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2022. 13 p. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/04185553-nota-informativa-conjunta-cevs-dapps-n-2-040822-pdf.pdf>. Acesso em: 6 maio 2023.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. **e-SUS SINAN: manual de instruções**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/e-sus-sinan-manual-de-instrucoes/view>. Acesso em: 6 maio 2023.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo laboratorial de orientações de coleta, armazenamento, conservação e transporte de amostras para o diagnóstico de monkeypox**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022, 8 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/variola-dos-macacos/publicacoes/protocolos-1/rotocolo-laboratorial-de-orientacoes-de-coleta-armazenamento-conservacao-e-transporte-de-amostras-para-o-diagnostico-de-monkeypox/view>. Acesso em: 6 maio 2023.
39. ISAACS, S. N.; SHENOY, E. S.; GOLDFARB, I. T. **Treatment and prevention of mpox (monkeypox)**. Waltham (MA): UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-mpox-monkeypox>. Acesso em: 6 maio 2023.
40. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Consultas. **Bulário eletrônico**. Brasília, DF: Anvisa. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/>. Acesso em: 6 maio 2023.
41. NIGERIA CENTRE FOR DISEASE CONTROL. **National Monkeypox Public Health Response Guidelines**. Abuja: Federal Ministry of Health, 2019, 72 p. Disponível em: https://ncdc.gov.ng/themes/common/docs/protocols/96_1577798337.pdf. Acesso em: 6 maio 2023.
42. DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. 2424 p.
43. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Anvisa aprova norma para agilizar o acesso da população a vacinas e medicamentos contra monkeypox**. Brasília, DF: Anvisa, 19 ago. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/anvisa-aprova-norma-para-agilizar-o-acesso-da-populacao-a-vacinas-e-medicamentos-contra-monkeypox>. Acesso em: 6 maio 2023.
44. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Extrato de Deliberação da DICOL**. Circuito Deliberativo. Conforme decisão da Diretoria Colegiada em reunião realizada por meio do Circuito Deliberativo – CD 863/2022 – Dispensa de Registro nos termos da RDC 747/2022, de 25/8/2022. Brasília, DF: Anvisa, 25 ago. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/composicao/diretoria-colegiada/reunioes-da-diretoria/extratos-dos-circuitos-deliberativos-1/2022/extrato-cd-862-2022-dispensa-de-registro-nos-termos-da-rdc-747_2022200b-sei_25351_9228312022_07.pdf/view. Acesso em: 6 maio 2023.

45. EUROPEAN MEDICINES AGENCY (EMA). **Tecovirimat SIGA**. ANEXO I - Resumo das características do medicamento, 28 jan. 2022. Disponível em: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tecovirimat-siga-epar-product-information_pt.pdf. Acesso em: 6 maio 2023.
46. MBALA, P. K. *et al.* Maternal and Fetal Outcomes Among Pregnant Women With Human Monkeypox Infection in the Democratic Republic of Congo. **Journal of Infectious Diseases**, v. 2016, v. 6, p. 824-828, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29029147/>. Acesso em: 6 maio 2023.
47. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. **Informe Técnico Operacional de Vacinação Contra a Mpox**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, mar. 2023, 34 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/variola-dos-macacos/publicacoes/informativos/informe-tecnico-operacional-de-vacinacao-contra-a-mpox/view>. Acesso em: 6 maio 2023.
48. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Infection prevention and control of mpox in healthcare settings**. Georgia: CDC, 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/clinicians/infection-control-healthcare.html>. Acesso em: 6 maio 2023.
49. VERSACI, M. B. **CDC urges health care providers to be on lookout for monkeypox symptoms, including oral lesions**. American Dental Association, 2022. Disponível em: <https://www.ada.org/publications/ada-news/2022/august/cdc-urges-health-care-providers-to-be-on-lookout-for-monkeypox-symptoms-including-oral-lesions>. Acesso em: 6 maio 2023.
50. LO MUZIO, L.; SPIRITO, F. Monkeypox infection: risk for oral healthcare provider. **Oral Diseases**, 23 ago. 2022. DOI: 10.1111/odi.14356. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/odi.14356?af=R>. Acesso em: 6 maio 2023.
51. BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE Monkeypox). **Protocolo de Orientação para Isolamento Domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 4 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/variola-dos-macacos/publicacoes/protocolos-1/protocolo_isolamento_domiciliar_08_setembro.pdf/view. Acesso em: 6 maio 2023.
52. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial. **Nota técnica nº 96/2022-CGZV/DEIDT/SVS/MS**. Trata-se de recomendações sobre o manejo de animais de companhia clinicamente suspeitos ou expostos à infecção pelo Monkeypox Vírus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 5 set. 2022. Disponível em: https://www.crmvrj.org.br/wp-content/uploads/2022/09/SEI_00610002.004191_2022_11.pdf. Acesso em: 6 maio 2023.
53. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Isolation and prevention practices for people with mpox**. Georgia: CDC, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/clinicians/isolation-procedures.html>. Acesso em: 6 maio 2023.
54. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados. **Nota Técnica nº 40/2022-CGSH/DAET/SAES/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 3 jul. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/NotaTecnicaVariolamacacoSangue.pdf>. Acesso em: 6 maio 2023.
55. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **JYNNEOS Vaccine**. Georgia: CDC, 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/interim-considerations/jynneos-vaccine.html>. Acesso em: 6 maio 2023.

56. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Vaccines and immunization for monkeypox**: interim guidance. Geneva: WHO, 2022. 20 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Immunization>. Acesso em: 6 maio 2023.
57. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Safer sex, social gatherings, and Mpox**. Georgia: CDC, 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/prevention/sexual-health.html>. Acesso em: 6 maio 2023.
58. HOCHMAN G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 375-82, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YWJ7XPqXpmNXNFtBtMbr8Sm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 maio 2023.
59. BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde distribui vacinas contra Mpox**. Saiba quem faz parte do público prioritário. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 15 mar. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/ministerio-da-saude-distribui-vacinas-contram-pox-saiba-quem-faz-parte-do-publico-prioritario>. Acesso em: 6 maio 2023.
60. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. **Nota Técnica no 49/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://cosemsma.org.br/wp-content/uploads/2023/06/Nota-Tecnica-49-2023-CGICI-DPNI-SVSA-MS-1.pdf>.
61. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Biossegurança em laboratórios biomédicos e de microbiologia**. 3. Ed Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
62. BRASIL. Ministério da Saúde. Vacinação em massa contra varíola dos macacos não é recomendada pela OMS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 25 ago. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/vacinacao-em-massa-contravariola-dos-macacos-nao-e-recomendada-pela-oms>. Acesso em: 6 maio 2023.
63. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 342 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vacinacao-imunizacao-pni/manual_eventos_adversos_pos_vacinacao_4ed_atualizada.pdf. Acesso em: 6 maio 2023.
64. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Técnica nº 255/2022-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
65. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Monkeypox**: questions and answers. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/monkeypox>. Acesso em: 6 maio 2023.
66. LAMB, C. A.; LAMB, E. I. M.; MANSFIELD, J. C; SANKAR, K. N. Sexually transmitted infections manifesting as proctitis. **Frontline Gastroenterol**, v. 4, n. 1, p. 32-40, jan. 2013. Disponível em: <https://fg.bmj.com/lookup/doi/10.1136/flgastro-2012-100274>. Acesso em: 6 maio 2023.
67. RALLIS, E.; PAPARIZOS, V. Malignant syphilis as the first manifestation of HIV infection. **Infectious Disease Reports**, v. 4, n. 1, p. e15, 2012. DOI: 10.4081/idr.2012.e15. Disponível em: <https://www.pagepress.org/journals/index.php/idr/article/view/idr.2012.e15>. Acesso em: 6 maio 2023.

68. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **STD Picture Cards**. Georgia: CDC, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/training/picturecards.htm>. Acesso em: 6 maio 2023.
69. NATIONAL STD CURRICULUM. **Syphilis**. National STD Curriculum, 13 jun. 2022. Disponível em: <https://www.std.uw.edu/go/comprehensive-study/syphilis/core-concept/all#clinical-manifestations>. Acesso em: 6 maio 2023.
70. FERREIRA, S. T. *et al.* Skin rash: a manifestation of early congenital syphilis. **BMJ Case Reports**, 2016. DOI: 10.1136/bcr-2016-216148. Disponível em: <https://casereports.bmj.com/content/2016/bcr-2016-216148>. Acesso em: 6 maio 2023.
71. ALBRECHT, M. A. **Clinical features of varicella-zoster virus infection**: Chickenpox. Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-of-varicella-zoster-virus-infection-chickenpox>. Acesso em: 6 maio 2023.
72. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Chickenpox (Varicella)**. Georgia: CDC, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/chickenpox/index.html>. Acesso em: 6 maio 2023.
73. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Photos of measles and people with measles**. Georgia: CDC, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/measles/symptoms/photos.html>. Acesso em: 6 maio 2023.
77. KOENIG, K. L.; ALASSAF, W.; BURNS, M. J. Identify-isolate-inform: a tool for initial detection and management of measles patients in the emergency department. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 16, n. 2, p. 212-9, 2015. DOI: 10.5811/westjem.2015.3.25678. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25834659/>. Acesso em: 6 maio 2023.
75. IMMUNIZE.ORG (IAC). **Measles Photos**. Saint Paul: Immunize.org, 13 abr. 2021 Disponível em: <https://vaccineinformation.org/measles/photos.asp>. Acesso em: 6 maio 2023.
76. SARMA, N. *et al.* Epidemic of hand, foot and mouth disease in West Bengal, India in August, 2007: a multicentric study. **Indian Journal of Dermatology**, v. 54, n. 1, p. 26-30, 2009. DOI: 10.4103/0019-5154.48982. Disponível em: <https://www.e-ijd.org/article.asp?issn=0019-5154;year=2009;volume=54;issue=1;spage=26;epage=30;aualast=Sarma>. Acesso em: 6 maio 2023.
77. KASHYAP, R. R.; KASHYAP, R. S. Hand, foot and mouth disease: a short case report. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 7, n. 2, p. e336-8, 2015. DOI: 10.4317/jced.52031. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26155357/>. Acesso em: 6 maio 2023.
78. ANDREONI, A. R.; COLTON, A. S. Coxsackievirus B5 associated with hand-foot-mouth disease in a healthy adult. **JAAD Case Reports**, v. 3, n. 2, p. 165-168, 2017. DOI: 10.1016/j.jdcr.2017.01.026. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28413820/>. Acesso em: 6 maio 2023.
79. DI, B. *et al.* Circulation of Coxsackievirus A6 in hand-foot-mouth disease in Guangzhou, 2010-2012. **Virology Journal**, v.11. n. 157, 2014. Acesso em: 6 maio 2023.
80. MANSOUR, N.; KALIAPERUMAL, C.; CHOUDHARI, K.A. Facial herpes zoster infection precipitated by surgical manipulation of the trigeminal nerve during exploration of the posterior fossa: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, v. 3, n. 7813, 2009. DOI: 10.4076/1752-1947-3-7813. Disponível em: <https://jmedicalcasereports.biomedcentral.com/articles/10.4076/1752-1947-3-7813>. Acesso em: 6 maio 2023.

81. MASSENGILL, J. S.; KITTREDGE, J. L. Practical considerations in the pharmacological treatment of postherpetic neuralgia for the primary care provider. **Journal of Pain Research**, v. 7, p. 125-32, 2014. DOI: 10.2147/JPR.S57242. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24648752/>. Acesso em: 6 maio 2023.
82. KATAKAM, B. K.; KIRAN, G.; KUMAR, U. A prospective study of Herpes Zoster in children. **Indian Journal of Dermatology**, v. 61, n. 5, p. 534-9, 2016. DOI: 10.4103/0019-5154.190121. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27688444/>. Acesso em: 6 maio 2023.
83. ERDMANN, N. *et al.* Disseminated Primary Herpes Simplex Virus Type 2 infection in a 22-year-old male. **Open Forum of Infectious Diseases**, v. 2, n. 3, p. ofv092, 2015. DOI: 10.1093/ofid/ofv092. Disponível em: <https://academic.oup.com/ofid/article/2/3/ofv092/246028>. Acesso em: 6 maio 2023.
84. JUSTICE, E. A. *et al.* Disseminated cutaneous Herpes Simplex Virus-1 in a woman with rheumatoid arthritis receiving infliximab: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, v. 2, n. 282, 2008. DOI: 10.1186/1752-1947-2-282. Disponível em: <https://jmedicalcasereports.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1947-2-282>. Acesso em: 6 maio 2023.
85. KUMAR, K. B.; KIRAN, A. G.; KUMAR, B. U. Diagnostic pitfalls of neonatal Herpes infection. **Indian Journal of Dermatology**, v. 61, n. 1, 2016. DOI: 10.4103/0019-5154.174140. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26955143/>. Acesso em: 6 maio 2023.
86. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Molluscum contagiosum**: transmission. Georgia: CDC, 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/molluscum-contagiosum/index.html>. Acesso em: 6 maio 2023.
87. ISAACS, S. N. **Molluscum contagiosum**. Waltham (MA): UpToDate, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/molluscum-contagiosum>. Acesso em: 6 maio 2023.
88. HASSAN, I. *et al.* Pattern of sexually transmitted infections in a Muslim majority region of North India. **Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS**, v. 36, n. 1, p. 30-34, 2015. DOI: 10.4103/0253-7184.156697. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26392651/>. Acesso em: 6 maio 2023.
89. GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O. **Scabies**: epidemiology, clinical features, and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis>. Acesso em: 6 maio 2023.
90. MELBOURNE SEXUAL HEALTH CENTRE. **STI Atlas**. Carlton: MSHC. Disponível em: <https://stiatlas.org/>. Acesso em: 6 maio 2023.
91. POMERANZ, M. K. **Dermatoses of pregnancy**. Waltham (MA): UpToDate, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/dermatoses-of-pregnancy>. Acesso em: 6 maio 2023.
92. YOO, S. D. *et al.* Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms syndrome induced by chloral hydrate in early childhood. **Allergy Asthma Immunol Research**, v. 6, n. 3, p. 270-2, 2014. DOI: 10.4168/aaair.2014.6.3.270. Disponível em: <https://e-aair.org/DOIx.php?id=10.4168/aaair.2014.6.3.270>. Acesso em: 6 maio 2023.
93. KIMYAI-ASADI, A. Drug-induced skin reactions: a 2-year study. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology**, v. 8, p. 53-6, 2015. DOI: 10.2147/CCID.S75849. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25709487/>. Acesso em: 6 maio 2023.

94. OH, C. W.; YOON, J.; KIM, C. Y. Pityriasis rosea-like rash secondary to intravesical bacillus calmette-guerin immunotherapy. **Annals of Dermatology**, v. 24, n. 3, p. 360-2, 2012. DOI: 10.5021/ad.2012.24.3.360. Disponível em: <https://anndermatol.org/DOIx.php?id=10.5021/ad.2012.24.3.360>. Acesso em: 6 maio 2023.
95. PATEL, R. M.; BHAVSAR, C.; MARFATIA, Y. A study of 113 cases of genital ulcerative disease and urethral discharge syndrome with validation of syndromic management of sexually transmitted diseases. **Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS**, v. 35, n. 1, p. 35-39, 2014. DOI: 10.4103/0253-7184.132426. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24958984/>. Acesso em: 6 maio 2023.
96. ZAMPETTI, A. *et al.* Psoriatic Pseudobalanitis Circinata as a Post-Viral Koebner Phenomenon. **Case Reports in Dermatology**, v. 2, n. 3, p. 183-8, 2010. DOI: 10.1159/000321012. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/321012>. Acesso em: 6 maio 2023.
97. ALBRECHT, M. A. **Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of genital herpes simplex virus infection**. Waltham (MA): UpToDate, 16 ago. 2022 Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-genital-herpes-simplex-virus-infection>. Acesso em: 6 maio 2023.
98. LIU, X. K.; WANG, Z. S.; LI, J. Kissing chancre of primary syphilis. **IDCases**, v. 7, p. 38-39, 2016. DOI: 10.1016/j.idcr.2016.12.004. Disponível em: <https://doaj.org/article/52f63f92ba2f4010a7324a9ef09597fc>. Acesso em: 6 maio 2023.
99. DEMIR, F.T. *et al.* An extraordinary case of syphilis presenting with a labial ulcer. **Saudi Medical Journal**, v. 37, n. 11, p. 1261-4, 2016. DOI: 10.15537/smj.2016.11.15674. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27761567/>. Acesso em: 6 maio 2023.
100. CRUZ, A. R. *et al.* Secondary syphilis in cali, Colombia: new concepts in disease pathogenesis. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 4, n. 5, p. e690,2010. DOI: 10.1371/journal.pntd.0000690. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0000690>. Acesso em: 6 maio 2023.
101. BOLOGNIA, J.; SCHAFFER, J. V.; CERRONI, L. **Dermatology**. 4. ed. Toronto: Elsevier, 2018.
102. EDWARDS, L.; LYNCH, P. J. **Manual e Atlas de Dermatologia Genital**. 3. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2020. 372 p.
103. HAMIL, M. **Lymphogranuloma venereum**. Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/lymphogranuloma-venereum>. Acesso em: 6 maio 2023.
104. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021**. Atlanta: CDC, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2023
105. TUDDENHAM, S.; GHANEM, K. G. **Approach to the patient with genital ulcers**. Waltham (MA): UpToDate, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-genital-ulcers>. Acesso em: 4 jul. 2023.
106. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>. Acesso em: 11 abr. 2023.

107. Klausner, J. D.; Hook III, E. W. (Eds.). **CURRENT Diagnosis & Treatment of Sexually Transmitted Diseases**. New York: McGraw Hill, 2007. Disponível em: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=369§ionid=39914774>. Acesso em: 5 jul. 2023.
108. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico da sífilis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_sifilis_1ed.pdf. Acesso em: 4 jul. 2023.
109. BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Ciência, Tecnologia, Inovação E Insumos Estratégicos Em Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf. Acesso em: 5 jul. 2023.
110. BADDOUR, L. M. **Impetigo**. Waltham (MA): UpToDate, 202. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/impetigo>. Acesso em: 6 maio 2023.
111. DYNAMED. **Impetigo**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2022. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/impetigo>. Acesso em: 6 maio 2023.
112. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. **Qual o tratamento para impetigo?** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-o-tratamento-para-impetigo/>. Acesso em: 6 maio 2023.

Apêndices

Apêndice A – Atlas com diagnósticos diferenciais da Mpox

Condições que cursam com lesões disseminadas

- Sífilis secundária

Figura 1 – Rash palmoplantar na sífilis secundária.



Fonte: Lamb *et al.* (2013) [66].

Figura 2 – Múltiplas lesões úlcero-nodulares em paciente com sífilis secundária (sífilis maligna).



Fonte: Rallis e Paparizos (2012) [67].

Foto 3 – Exantema difusa em paciente com sífilis secundária.



Fonte: CDC (2020) e National STD Curriculum (2022) [68,69].

- Sífilis congênita

Figura 4 – Máculas com halo eritematoso em mão e região plantar.



Fonte: Ferreira *et al.* (2016) [70].

- Varicela

Figura 5 – Exantema da varicela: lesões vesiculares em base eritematosa, em vários estágios (máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas).



Fonte: Albrecht (2021) [71].

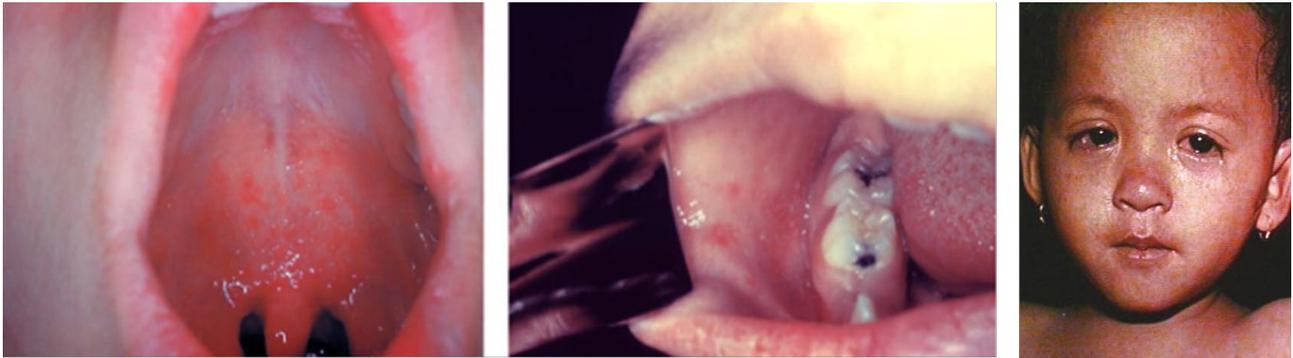
Figura 6 – Erupção pápulo-vesicular difusa com algumas crostas em paciente com varicela.



Fonte: CDC (2021) [72].

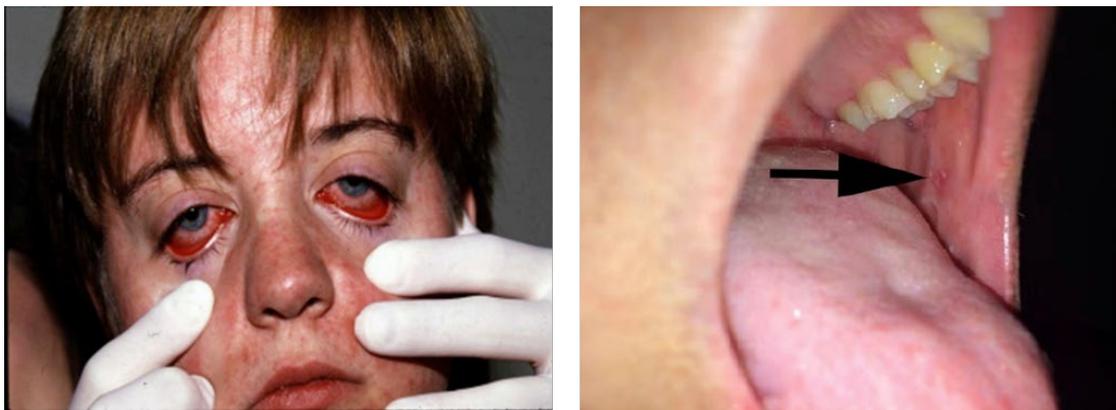
- Sarampo

Figura 7 – Manchas de Koplik e conjuntivite no sarampo.



Fonte: CDC (2020) [73].

Figura 8 – Conjuntivite e manchas de Koplik no sarampo.



Fonte: Koenig *et al.* (2015) [74].

Figura 9 – Exantema maculopapular (morbiliforme) em face, tronco e abdome em crianças com sarampo.



Fonte: CDC (2020) e Immunize.org (2021) [72,75].

Figura 10 – Exantema maculopapular em face, tronco e membros superiores em adultos com sarampo.



Fonte: Koenig *et al.* (2015) [74].

- Doença mão-pé-boca

Figura 11 – Pápulas eritematosas com vesiculações na margem da mão, lesões pápulo-vesiculares e crostas em membros inferiores e múltiplas vesículas em pé de crianças com doença mão-pé-boca.



Fonte: Sarma *et al.* (2009) [76].

Figura 12 – Vesícula com halo eritematoso em criança com doença mão-pé-boca.



Fonte: Sarma *et al.* (2009) [76].

Figura 13 – Eritema difuso na gengiva inferior e erosão de vesícula rompida em face interna de lábio inferior.



Fonte: Kashyap e Kashyap (2015) [77].

Figura 14 – Vesícula bem formada com halo eritematoso em criança com doença mão-pé-boca.



Fonte: Kashyap e Kashyap (2015) [77].

Figura 15 – Vesículas e máculas eritematosas e crostosas observadas na área perioral; máculas enantematosas em orofaringe posterior e erosões na porção posterior e anterior da língua e máculas nas palmas das mãos.



Fonte: Andreoni e Colton (2017) [78].

Figura 16 – Rash com vesículas e crostas em mãos, membros inferiores, nádegas e região perioral.



Fonte: Di *et al.* (2014) [79].

- Herpes zoster

Figura 17 – Paciente com herpes zoster em mento e região maxilar E.



Fonte: Mansour *et al.* (2009) [80].

Figura 18 – Lesões de pele compatíveis com herpes zoster.



Fonte: Massengill e Kittredge (2014) [81].

Figura 19 – Herpes zoster em tronco.



Fonte: Katakam *et al.* (2016) [82].

- Herpes disseminada

Figura 20 – Vesículas disseminadas com base eritematosas (A), com agrupamento de vesículas (B) em paciente com herpes disseminada.



Fonte: Erdmann *et al.* (2015) [83].

Figura 21 – Rash vesicular disseminado em paciente com herpes disseminada.



Fonte: Justice *et al.* (2008) [84].

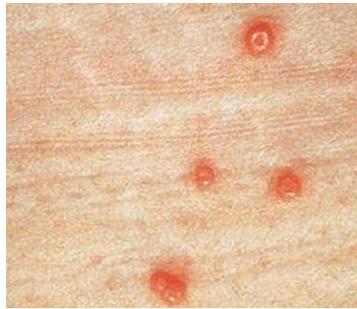
Figura 22 – Herpes neonatal.



Fonte: Kumar *et al.* (2016) [85].

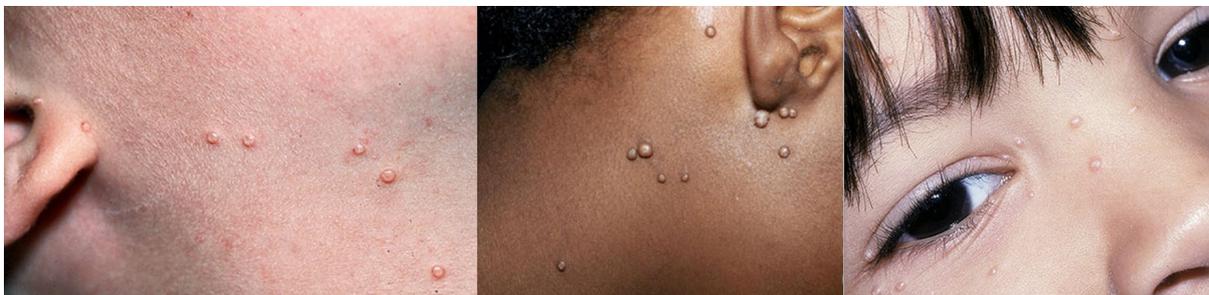
- Molusco contagioso

Figura 23 – Molusco contagioso (lesões pequenas, elevadas e peroladas, com umbilicação central).



Fonte: CDC (2015) [86].

Figura 24 – Molusco contagioso.



Fonte: Isaacs (2023) [87].

Figura 25 – Molusco contagioso em paciente com dermatite atópica.



Fonte: Isaacs (2023) [87].

Figura 26 – Molusco contagioso em genitália masculina e feminina.



Fonte: Hassan *et al.* (2015) [88].

- Escabiose

Figura 27 – Lesões da escabiose em dorso das mãos, região interdigital e punhos.



Fonte: Goldstein e Goldstein (2022) [89].

Figura 28 – Lesões papulares e nodulares com escoriações e crostas hemáticas em paciente com escabiose.



Fonte: Goldstein e Goldstein (2022) [89].

Figura 29 – Escabiose em lactentes.



Fonte: Goldstein e Goldstein (2022) [89].

Figura 30 – Escabiose com acometimento de genitália masculina.



Fonte: Goldstein e Goldstein (2022) [89].

Figura 31 – Escabiose nodular com acometimento genital.



Fonte: Melbourne Sexual Health Centre (2012) [90].

- Erupção polimórfica da gestação

Figura 32 – Pápulas e placas eritematosas em gestante.



Fonte: Pomeranz (2022) [91].

- Farmacodermia

Figura 33 – Exantema morbiliforme e edema generalizado em criança com síndrome DRESS.



Fonte: Yoo *et al.* (2014) [92].

Figura 34 – Pustulose exantemática generalizada desencadeada por uso de cefalexina.



Fonte: Kimyai-Asadi *et al.* (2015) [93].

Figura 35 – Máculas e pápulas eritematosas após tratamento com BCG.



Fonte: Oh *et al.* (2012) [94].

Condições que cursam com úlcera genital

- Herpes

Figura 36 – Vesículas na região da glândula em paciente com herpes genital.



Fonte: Patel *et al.* (2014) e Zampetti *et al.* (2010) [95,96].

Figura 37 – Herpes em região vulvar e perineal.



Fonte: Albrecht (2022) [97].

Figura 38 – Erosões da herpes genital.



Fonte: Liu *et al.* (2017) [98].

- Sífilis

Figura 39 – Lesão ulcerada no pênis acompanhada por adenopatia inguinal D em paciente com sífilis primária.



Fonte: National STD Curriculum (2022) [69].

Figura 40 – Úlcera endurecida, com bordos regulares e base limpa no pênis em paciente com sífilis primária.



Fonte: Liu *et al.* (2017) [98].

Figura 41 – Úlcera extragenital em região interglútea em paciente com sífilis primária.



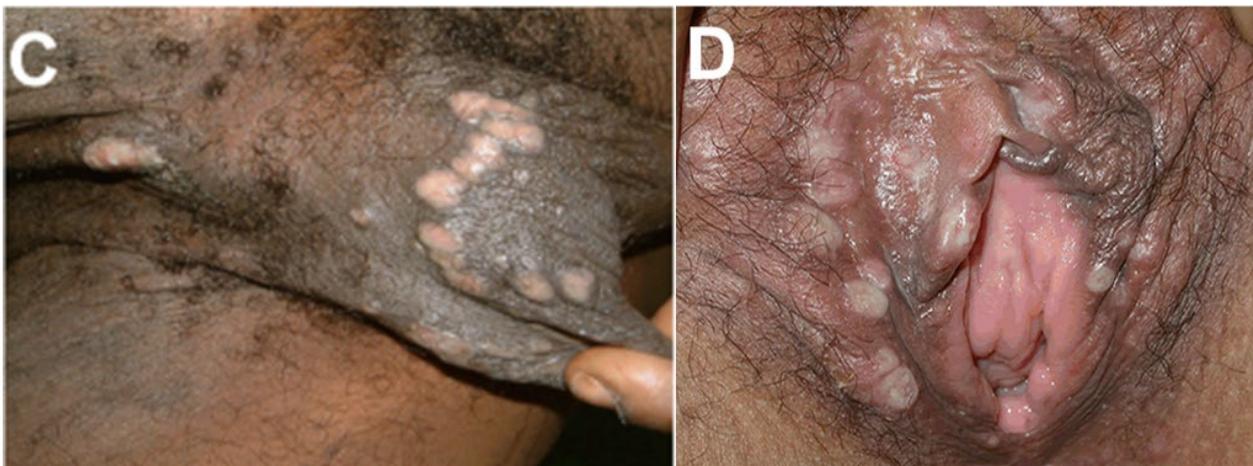
Fonte: Demir *et al.* (2016) [99].

Figura 42 – Cancro duro em região labial em pacientes com sífilis primária.



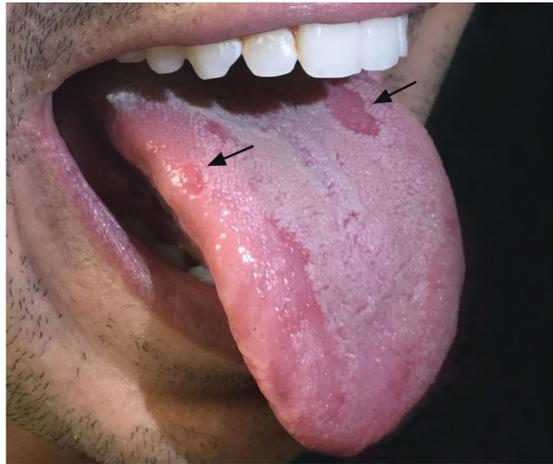
Fonte: CDC (2020) e National STD Curriculum (2022) [68,69].

Figura 43 – Múltiplas placas hipopigmentadas compatíveis com condiloma lata em região genital masculina (C) e feminina (D).



Fonte: Cruz *et al.* (2010) [100].

Figura 44 – Lesões orais compatíveis com sífilis secundária.



Fonte: National STD Curriculum (2022) [69].

Figura 45 – Manchas orais compatíveis com sífilis secundária.



Fonte: Cruz *et al.* (2010) [100].

- Cancroide

Figura 46 – Úlceras bem delimitadas, dolorosas no pênis (A), múltiplas úlceras purulentas com bordas solapadas (B) e linfadenite unilateral com eritema sobrejacente (C).



Fonte: Bologna *et al.* (2018) [101].

Figura 47 – Úlcera típica do cancroide, com bordas moles, irregulares e base mais purulenta.



Fonte: Edwards e Lynch (2021) [102].

Figura 48 – Úlceras atípicas no cancroide, com bordas regulares, bem delimitadas.



Fonte: Edwards e Lynch (2021) [102].

- Linfgranuloma venéreo

Figura 49 – Paciente com adenopatia inguinal bilateral.



Fonte: Hamill (2021) [103].

Figura 50 – Bulbão inguinal que foi rompido e drenado em paciente com linfgranuloma venéreo.



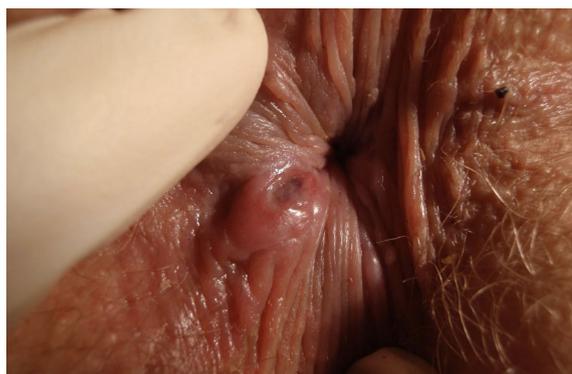
Fonte: Bologna *et al.* (2018) [101].

Figura 51 – Úlcera peniana profunda, dolorosa, em paciente com linfogranuloma venéreo.



Fonte: Melbourne Sexual Health Centre (2012) [90].

Figura 52 – Homem com úlcera dolorosa perianal.



Fonte: Melbourne Sexual Health Centre (2012) [90].

- Donovanose (granuloma inguinal)

Figura 53 – Grandes úlceras com aparência característica de “bife sangrento” da donovanose.



Fonte: Bologna *et al.* (2018) [101].

Figura 54 – Ulceração com bordas “subminadas” da donovanose.



Fonte: Edwards e Lynch (2021) [102].

Figura 55 – Donovanose.



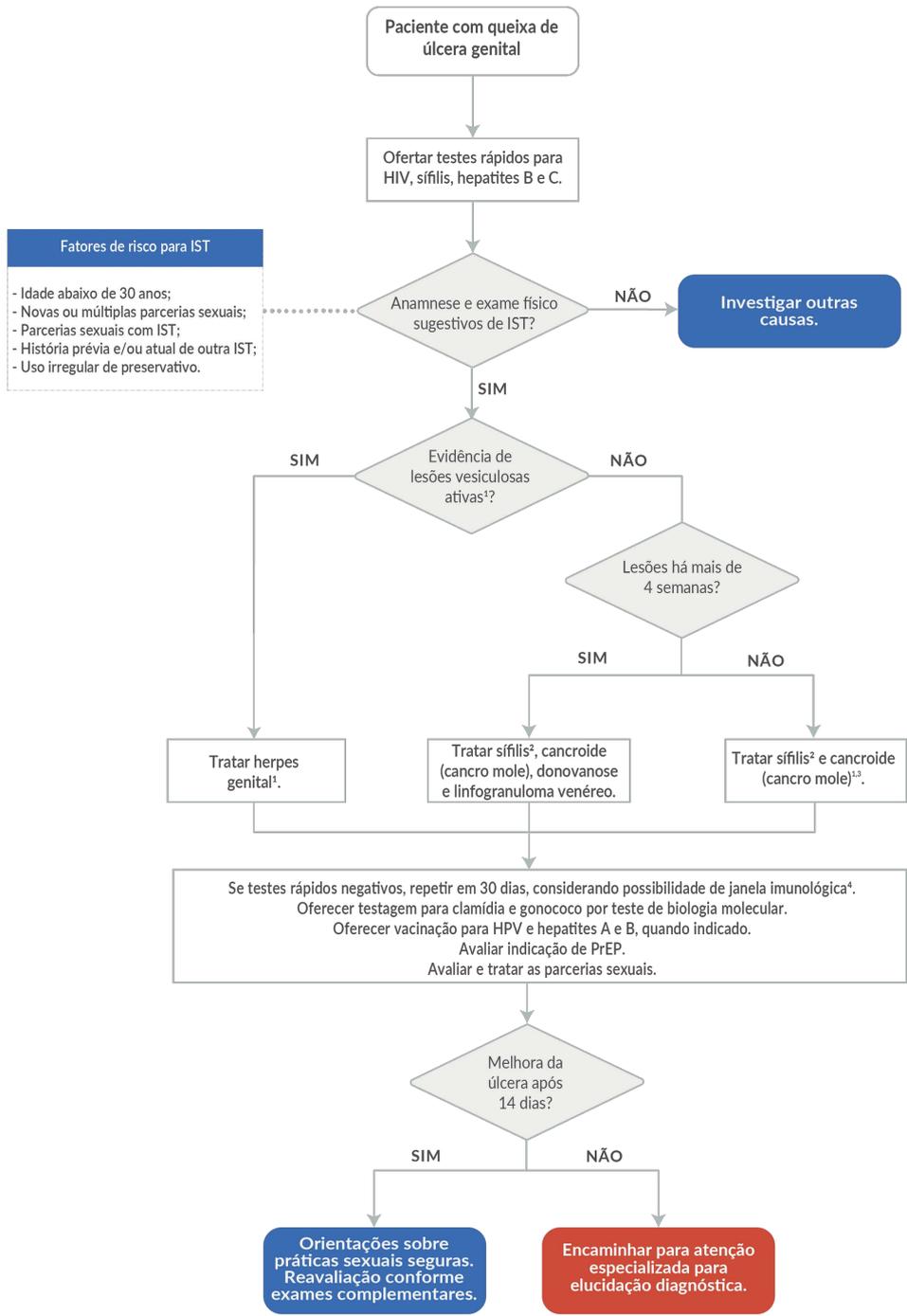
Fonte: Melbourne Sexual Health Centre (2012) [90].

Apêndice B – Tratamento sintrômico das úlceras genitais

O tratamento do paciente com úlceras genitais deve ser instituído o mais rapidamente possível, com posologia simples e no momento do diagnóstico [30,42,104–106].

Úlceras genitais são definidas por lesões ulceradas que acometem pênis, saco escrotal, vulva, vagina, períneo ou região perianal [106,107]. As características da lesão e o tempo de evolução são importantes para a definição do agente etiológico mais provável [30,42,104–106]. Se houver exames laboratoriais disponíveis, deve-se coletar material para bacterioscopia e microscopia de campo escuro [30,42,104,106,108] Em caso de indisponibilidade, o diagnóstico e o tratamento sintrômico devem ser feitos seguindo o [fluxograma 1](#) [30]. O tratamento deve ser realizado de acordo com os quadros a seguir. Mesmo após uma avaliação diagnóstica completa, mais de 25% dos pacientes com úlceras genitais podem não ter a etiologia da lesão confirmada por exames laboratoriais [104].

Fluxograma 1 – Manejo das úlceras genitais.



IST: infecções sexualmente transmissíveis, PrEP: profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV.
 ¹A primoinfecção herpética apresenta vesículas sobre base eritematosa, muito dolorosas. Nas recorrências, essas vesículas tendem a evoluir para pequenas úlceras arredondadas ou policíclicas. Nas mucosas, é incomum a visualização das vesículas, pois se rompem facilmente. Em pessoas com quadro clínico sugestivo de herpes, mas sem visualização de vesículas, sugere-se tratamento sintomático, considerando associação de tratamento para herpes genital.
 ²Os testes treponêmicos e não treponêmicos podem ser não reagentes na sífilis primária.
 ³O tratamento para linfogranuloma venéreo deve ser realizado em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital e estenose uretral ou retal.
 ⁴Em caso de teste rápido negativo, sugere-se repetir o teste em 30 dias ou solicitar coleta de amostra venosa para investigação laboratorial (teste não treponêmico e treponêmico), considerando a possibilidade de falso não-reagente do teste rápido. Nas pessoas com suspeita clínica e história prévia de sífilis, solicitar teste não treponêmico e, se negativo, repetir em 30 dias.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022) [30].

Quadro 1 – Tratamento das úlceras genitais.

Etiologia	Primeira escolha	Alternativas	Gestantes	Parcerias
Sífilis primária	Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, dose única. Coletar VDRL para monitorar o sucesso do tratamento (para mais informações, consulte o TeleCondutas de Sífilis).	Doxiciclina 100 mg, 12/12 h, por 15 dias.	Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, dose única.	Último contato até 90 dias antes do diagnóstico. Teste não reagente: tratar com Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, dose única. Teste reagente: tratar conforme avaliação clínica e diagnóstico. Teste indisponível ou risco de perda de seguimento: tratar presuntivamente com Penicilina G benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, dose única.
				Último contato há mais de 90 dias antes do diagnóstico. Teste não reagente: não tratar. Teste reagente: tratar conforme avaliação clínica e diagnóstico. Teste indisponível ou risco de perda de seguimento: tratar presuntivamente com Penicilina G benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, dose única.
Cancroide (Cancro mole)	Azitromicina 1 g, dose única.	Ceftriaxona 250 a 500 mg, intramuscular, dose única; OU Ciprofloxacino 500 mg, 12/12 h, por 3 dias.	Azitromicina 1 g, dose única; OU Ceftriaxona 250 a 500 mg, intramuscular, dose única.	O tratamento das parcerias sexuais dos últimos 10 dias é recomendado, mesmo quando assintomáticas. Tratar com Azitromicina 1 g, dose única; OU Ceftriaxona, 250 ou 500 mg, intramuscular, dose única.
Donovanose	Azitromicina 1 g, 1x/semana por ao menos 3 semanas ou até a cicatrização completa das lesões.	Doxiciclina 100 mg, 12/12 h; OU Ciprofloxacino ¹ 750 mg (1 comprimido e meio de 500 mg), de 12/12 h; OU Sulfametoxazol + trimetoprima 800/160 mg (2 comprimidos de 400/80 mg), 12/12 h, ambos os tratamentos por ao menos 3 semanas ou até a cicatrização completa das lesões.	Azitromicina 1 g, 1x/semana, por ao menos 3 semanas ou até a cicatrização completa das lesões.	Examinar as parcerias que tiveram contato nos últimos 60 dias e tratar se sintomáticas. Devido à baixa infectividade, não é necessário tratar as parcerias sexuais assintomáticas.
Linfogranuloma venéreo ²	Doxiciclina 100 mg, 12/12 h, por 21 dias.	Azitromicina 1 g, 1x/semana, por 21 dias.	Azitromicina 1 g, 1x/semana, por 21 dias.	As parcerias sexuais que tiveram contato nos últimos 60 dias devem ser examinadas e tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com Doxiciclina 100 mg, 12/12 h, por 21 dias. Se a parceria for assintomática, recomenda-se: Azitromicina 1 g, dose única; OU Doxiciclina 100 mg, 12/12 h, por 7 dias.

¹Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacino, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina 1 mg/kg/dia, endovenoso, 3x/dia, por pelo menos 3 semanas, ou até cicatrização das lesões.

²A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022) [30] e CDC (2021) [104].

Quadro 2 – Tratamento para herpes genital.

Condição clínica	Tratamento*	Observações
Primeiro episódio	Aciclovir 400 mg (2 comprimidos de 200 mg), 3x/dia, por 7 a 10 dias; OU Aciclovir 200 mg, 5x/dia enquanto o paciente estiver acordado (4/4 h), por 7 a 10 dias.	O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível. As parcerias devem ser tratadas se apresentarem sintomas. O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.
Recidiva	Aciclovir 200 mg (2 comprimidos de 200 mg), 3x/dia, por 5 dias; OU Aciclovir 800 mg (4 comprimidos de 200 mg), 2x/dia por 5 dias.	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico, havendo benefício se iniciado em até 24 horas do surgimento das lesões. As parcerias devem ser tratadas se apresentarem sintomas.
Profilaxia (supressão) de herpes genital	Aciclovir 400 mg (2 comprimidos de 200 mg), 2x/dia, por até 6 meses, podendo o tratamento ser prolongado por até 2 anos.	Indicado para pacientes que apresentam 6 ou mais episódios por ano.
Gestação	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio. Se a primoinfecção ocorreu na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional, sugere-se realizar terapia supressiva, a partir da 36ª semana, com aciclovir 400 mg, 3x/dia.	

*Sem ajuste de dose para função renal.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022) [30].

Na sífilis primária, os testes imunológicos podem ser não reagentes. O FTA-Abs é o primeiro teste a se tornar reagente, em torno de 10 dias da evolução do cancro, seguido dos outros testes treponêmicos. Os testes não treponêmicos tornam-se reagentes cerca de 1 a 3 semanas após o aparecimento do cancro duro [30]. Em pessoas com suspeita clínica e sem história prévia de sífilis, solicitar teste rápido (TR). Em caso de TR negativo, sugere-se repetir o teste em 30 dias ou solicitar coleta de amostra venosa para investigação laboratorial (teste não treponêmico e treponêmico), considerando a possibilidade de falso não-reagente do TR. Nas pessoas com suspeita clínica e história prévia de sífilis, solicitar teste não treponêmico e, se negativo, repetir em 30 dias [30,108].

Deve-se suspeitar de linfogranuloma venéreo em pacientes com linfadenite inguinal ou femoral, normalmente extensa e unilateral, bem como a presença de bubões inflamados e com flutuação [30]. Pacientes que tenham história de sexo anal podem ter sintomas de proctocolite acompanhando o quadro: dor anal, corrimento mucoso ou sanguinolento, tenesmo, constipação e febre. No linfogranuloma venéreo pode haver história de úlcera genital associada, mas, por ser indolor e cicatrizar espontaneamente, sua presença não é indispensável para a prescrição do tratamento [30,104,106].

A primoinfecção herpética apresenta-se de maneira exuberante, caracterizada pelo surgimento de lesões eritemato-papulosas de 1 a 3 milímetros de diâmetro, que rapidamente evoluem para vesículas (normalmente de conteúdo citrino, mas por vezes turvo) sobre base eritematosa, muito dolorosas e de localização variável na região genital (cutâneo e/ou mucosa). O quadro da primoinfecção costuma ser bastante sintomático e, na maioria das vezes, é acompanhado de manifestações gerais, podendo cursar com

febre, mal estar, mialgia e disúria, com ou sem retenção urinária. Em 50% dos casos existe linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral [30,104,106]. Já o quadro clínico das recorrências é menos intenso que o observado na primoinfecção e costuma ocorrer na mesma localização da lesão inicial. Apresentam-se como vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que evoluem para pequenas úlceras arredondadas ou policíclicas. Nas mucosas é incomum a visualização das vesículas, uma vez que suas superfícies rompem muito facilmente. As lesões têm regressão espontânea em 7 a 10 dias, com ou sem cicatriz [30,104,106].

Recomenda-se a pesquisa de clamídia e gonococo por teste de biologia molecular em material coletado dos sítios de contato sexual em todos os pacientes com diagnóstico de IST, se disponível na APS [30, 104–106].

Orienta-se a vacinação para hepatite B caso o paciente ainda não tenha sido vacinado, e deve-se avaliar se paciente tem indicação de vacinação contra hepatite A e HPV, conforme grupo populacional e faixa etária [30,104]. Enfatizar a adesão ao tratamento e tratar as parcerias sexuais. Agendar retorno para reavaliar o paciente em 7 a 14 dias [30,104–106]. Se a úlcera persistir após 14 dias, mesmo após tratamento sintomático adequado, deve-se indicar biópsia da lesão para elucidação diagnóstica [30]. Notificar os casos com diagnóstico de sífilis [30].

Sempre deve ser avaliado se o paciente tem risco aumentado para exposição ao HIV ou se pertence à população prioritária para o uso de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV [30,109]. Se houver indicação, essa estratégia de prevenção contra a infecção por HIV deve ser oferecida [109]. Saiba mais como prescrever a PrEP no [TeleCondutas HIV: acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids na Atenção Primária à Saúde](#).

Apêndice C – Tratamento para impetigo

Em lesões localizadas, o tratamento deve ser feito com antibiótico tópico, devido a menores efeitos adversos e menor resistência em relação aos antibióticos sistêmicos. A primeira opção é o tratamento com mupirocina 2%, aplicada 3 vezes ao dia, por 5 a 7 dias. Alternativamente pode-se utilizar ácido fusídico 2%, 3 vezes ao dia, até melhora completa das lesões ou por até 14 dias [110,111]. O uso de neomicina tópica não é eficaz para tratar o impetigo e pode causar dermatite de contato, por essa razão, não está indicado o seu uso [88]. Também é importante orientar a limpeza das áreas acometidas e a remoção das crostas [42,110].

Para lesões extensas, numerosas, com acometimento de várias pessoas concomitantemente ou ectima (forma profunda de impetigo não bolhoso, caracterizada pela extensão da infecção até a derme, produzindo uma úlcera rasa), recomenda-se o uso de cefalexina - conforme quadro abaixo. Pode-se utilizar eritromicina, principalmente em casos de alergia comprovada à cefalexina. Em casos de infecção refratária ao tratamento inicial ou suspeita de MRSA, deve-se utilizar sulfametoxazol/trimetoprima, doxiciclina ou clindamicina [110,111].

Quadro 1 – Antibióticos para tratamento sistêmico de impetigo.

Medicamento	Dose pediátrica	Dose adulto	Indicação
Cefalexina	50 mg/kg/dia, 6/6 h, por 7 dias.	250 a 500 mg, 6/6 h, por 7 dias.	Primeira escolha de tratamento sistêmico.
Eritromicina	50 mg/kg/dia, 6/6 h, por 10 dias.	250 mg, 6/6 h, por 7 dias.	Em casos de alergia comprovada à cefalexina.
Sulfametoxazol/ trimetoprima	8 a 10mg/kg por dia de trimetoprima, 12/12 h, por 7 dias.	800/160 mg, 12/12 h, por 7 dias.	Em casos de suspeita de MRSA: ausência de resposta ao tratamento inicial, internação hospitalar recente, paciente institucionalizado, paciente em uso de drogas injetáveis, pessoas vivendo com HIV.
Doxiciclina	Apenas para crianças maiores de 8 anos: até 45 kg: 2 mg/kg/dose, 12/12 h, por 5 a 10 dias; Acima de 45 kg: 100 mg, 12/12 h, por 5 a 10 dias.	100 mg, 12/12 h, por 5 a 10 dias.	
Clindamicina	10 a 25 mg/kg/dia, 6/6 h, por 7 dias.	300 a 600 mg, 6/6 h, por 7 dias.	

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020) [112].

Apêndice D – Material informativo sobre Mpox, com orientações gerais para a população

Mpox (Monkeypox)

orientações gerais para a população

O que é Mpox (Monkeypox)?

É uma doença infecciosa causada por um vírus chamado Mpox vírus. Geralmente causa um quadro leve, que se resolve sem tratamento. A maioria das pessoas se recupera em algumas semanas, mas pode ser mais grave especialmente em crianças pequenas, mulheres grávidas e pessoas imunocomprometidas.

Quais são os sintomas?

Os sintomas podem incluir febre, dor de cabeça, inchaço dos linfonodos (ínguas), dores nas costas, dores musculares e cansaço. As lesões de pele costumam aparecer alguns dias após esses primeiros sintomas e podem iniciar em qualquer parte do corpo, especialmente na região do rosto, dentro da boca, mãos, pés, região genital e anal.

ATENÇÃO!
Algumas pessoas podem apresentar lesões de pele como primeiro ou único sintoma.



FEBRE



DORES MUSCULARES



CANSAÇO



DOR DE CABEÇA



ÍNGUAS



LESÕES DE PELE

Como é transmitida?

A transmissão pode ocorrer se você:

- Tocar em lesões de pele ou qualquer ferida de uma pessoa infectada.
- Ter contato com gotículas respiratórias ou fluidos orais durante contato íntimo (beijo, abraço prolongado, sexo oral, sexo anal ou vaginal) com uma pessoa infectada.
- Ter contato com tecidos (roupas, roupas de cama ou toalhas), objetos ou superfícies contaminadas.

Contato com:



FLUIDOS CORPORAIS



LESÕES DE PELE



ROUPAS E OBJETOS



GOTÍCULAS RESPIRATÓRIAS



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



TelessaúdeRS
REDES DE TELESAÚDE DE UNIVERSIDADES
COORDENADORIA DO GOVERNO DO SUL



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

1/2

Apêndice E – Material informativo com orientações para casos suspeitos, prováveis ou confirmados de Mpox

Mpox (Monkeypox)

Orientações para casos suspeitos, prováveis ou confirmados



Estive em atendimento com a equipe de saúde e sou caso suspeito ou confirmado de Mpox. E agora?

Em caso de suspeita ou confirmação de Mpox, recomenda-se o **isolamento domiciliar** durante todo o período até a cicatrização completa das lesões na pele, com a formação de uma nova camada de pele.

Mas, afinal: quais são as orientações para o isolamento domiciliar?

Cuidados ambientais e na relação com outras pessoas:

- Máscaras, preferencialmente máscaras cirúrgicas, devem ser utilizadas tanto pela pessoa com suspeita ou diagnóstico da doença, como pelas demais pessoas que moram ou que precisam entrar na casa, como cuidadores, por exemplo. Se não for possível que todos usem, pelo menos o paciente precisa permanecer de máscara.
- Evitar contato físico entre pessoa com sintomas e demais pessoas. Evitar contato, principalmente, com as lesões na pele e secreções corporais, como saliva, muco nasal e secreções sexuais.
- Evitar ir a locais fora de sua casa, onde haja outras pessoas.
- Não receber visitas, a não ser que sejam indispensáveis.
- Evitar contato com animais, inclusive animais de estimação.
- Cobrir as bolhas/lesões quando outras pessoas estiverem no quarto ou na casa. E, quando precisar sair, utilizar roupas que cubram as lesões por completo (calça, blusa de manga longa, meias, etc.).
- Se possível, usar quarto individual e bem ventilado. Se não tiver como, manter distância de um metro entre o local de dormir da pessoa com sintomas e de outras pessoas.
- Não compartilhar toalhas, lençóis, copos, pratos e talheres. O uso precisa ser individual.
- Separar as roupas usadas e as roupas de cama e de banho para serem lavadas separadamente das roupas das demais pessoas da casa, de preferência com água morna ou quente e sabão. Se não for possível lavar com água quente, pode ser utilizada solução contendo água sanitária*. Não sacuda roupas ou tecidos, porque o vírus pode se espalhar ao sacudi-los.
- Limpar mais de uma vez ao dia as superfícies, incluindo o banheiro, que são frequentemente tocadas pela pessoa com suspeita/diagnóstico de Mpox com solução contendo água sanitária*.
- Evitar relações sexuais com outras pessoas até que haja cicatrização completa das lesões de pele e tenha recebido alta do isolamento domiciliar.
- Pessoas moradoras da mesma casa ou que tiveram contato com o paciente neste período de isolamento devem procurar atendimento imediato na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima. Será avaliada a indicação e disponibilidade de vac, de acordo com recomendações do Ministério da Saúde. Além disso, serão fornecidas orientações para observação de sintomas por 21 dias. Caso apareça algum sintoma nessas pessoas, orientar procurar atendimento imediato na UBS mais próxima.
- Recomendar aos familiares e cuidadores que, durante o período de isolamento do familiar doente, utilizem luvas descartáveis ao mexer no lixo produzido pelo doente, ao auxiliar em cuidados diretos, como banho ou cuidados com as lesões, ao trocar roupas de cama ou ao lavar talheres, copos ou pratos. Se não for possível o uso de luvas descartáveis, lavar imediatamente as mãos após todas essas atividades.
- Mesmo com o uso de luvas, a lavagem das mãos com água e sabão é indispensável para todos, incluindo pacientes, familiares e cuidadores. As mãos devem ser higienizadas antes e após as refeições, após a ida ao banheiro, após o contato com as lesões de pele do paciente, após qualquer ajuda ao paciente e limpeza ou atividade doméstica, e sempre que julgar necessário.

*De forma geral, todas as superfícies devem ser limpas com água e sabão e posteriormente com solução contendo água sanitária 0.1%. Para superfícies com sangue ou secreções corporais, a solução de água sanitária deverá ser a 0.5%. Para obter a concentração de 0.1%, deve-se diluir 2 colheres e meia de sopa de água sanitária em 1 litro de água. A fim de obter a concentração de 0.5%, deve-se diluir uma parte de água sanitária (250 ml) em 3 partes de água (750 ml).

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br



0800 644 6543

