



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

WWW.PARAIBA.PB.GOV.BR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

# PLANO DE CONTINGÊNCIA ESTADUAL PARA

# MONKEY POX

**CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA:  
COE MONKEYPOX**

**Versão 1.0**

PARAÍBA  
Agosto/2022

Secretaria de Estado da Saúde  
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3218-9109

**João Azevedo Lins Filho**  
Governador do Estado

**Renata Valéria Nóbrega**  
Secretária de Estado da Saúde

**Lívia Menezes Borralho**  
Secretária Executiva de Estado da Saúde

**JhonyWesllys Bezerra Costa**  
Secretário Executivo de Gestão da Rede de Unidades de Saúde

**GERENTES EXECUTIVOS:**

**Ana Rita Ribeiro**  
Atenção Especializada

**Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena**  
Regulação, Controle e Avaliação da Assistência

**Daniel Brandão**  
Tecnologia da Informação

**Anna Gabriella de Brito Campos Lopes**  
Administrativo

**Maria Izabel Ferreira Sarmento**  
Atenção à Saúde

**Marcelo José Costa Mandu**  
Planejamento e Gestão

**Talita Tavares Alves de Almeida**  
Vigilância em Saúde

**Wênia Brito Barreto do Nascimento**  
Assistência Farmacêutica

**EQUIPE TÉCNICA:**

Representantes COE Estadual Monkeypox

Alecsandra Bezerra

Cassiano Augusto Oliveira da Silva

Diana de Fátima Alves Pinto

Fernanda Carolina Rodrigues Vieira

Haline Barroso

Júlia Freitas Sousa de Azevedo

Marcela Tércia Barros Pereira

Maria Izabel Ferreira Sarmiento

Mirela Maisa Souza Ferreira

Maria do Socorro Carvalho Pires de Sá

Talita Tavares Alves de Almeida

Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos

Tiago Monteiro Gomes

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	6
1.1 JUSTIFICATIVA .....	8
2. OBJETIVOS .....	9
2.1 Objetivo geral .....	9
2.2 Objetivos específicos .....	9
3. NÍVEIS DE RESPOSTA .....	10
4. ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA À MONKEYPOX SEGUNDO O NÍVEL DE ATIVAÇÃO .....	11
5. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO .....	12
6. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS .....	15
6.1 Definição de Caso Suspeito .....	15
6.2 Caso Provável .....	15
6.3 Caso confirmado .....	16
6.4 Caso descartado .....	16
7. NOTIFICAÇÃO .....	16
8. RASTREAMENTO DE CONTATOS .....	17
9. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA DOENÇA .....	19
9.1 Agente etiológico .....	19
9.2 Período de incubação .....	19
9.3 Modo de transmissão e manifestações clínicas .....	19
9.4 Grupos vulneráveis .....	20
9.5 Tratamento .....	21
9.5.1 Critérios de elegibilidade para uso de Tecovirimat no cenário atual .....	21
9.5.2 Inelegibilidade para uso de Tecovirimat no cenário atual .....	22
9.6 Imunização .....	22
9.7 Diagnóstico complementar .....	23
9.8 Monkeypox na Gestação .....	23
9.8.1 Amamentação e cuidados com RN em mulheres com MPX .....	24
9.8.2. Tratamento na gravidez .....	25
9.9 Imunoglobulina .....	26
9.9.1 Imunoglobulina na gravidez .....	26
10. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL .....	27

10.1 PROCEDIMENTO DE COLETA DE AMOSTRAS CLÍNICAS.....	27
10.1.1 Material Vesicular (Secreção de Vesícula) .....	27
10.1.2 Crosta (Crosta de Lesão) .....	27
10.1.3 Lesões apenas de mucosas (oral/região perianal) sugestivas de Monkeypox .....	28
10.1.4 Indivíduos sem erupção cutânea e sem lesões mucosas (para contato de caso confirmado que inicie com quadro de febre e linfonodomegalia).....	28
10.2 LABORATÓRIOS PRIVADOS.....	29
11. CAPACIDADE INSTALADA E FLUXO ASSISTÊNCIAL.....	30
11.1 Atenção Básica .....	30
11.2 Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h .....	32
11.3 Atenção Hospitalar .....	33
12.REGULAÇÃO DO ACESSO.....	34
13. AÇÕES DE CADA EIXO .....	35
13.1 Vigilância em Saúde .....	35
13.1.1 Vigilância epidemiológica.....	35
13.1.2 Vigilância laboratorial.....	36
13.1.3 Vigilância do óbito.....	36
13.1.4 Imunização .....	38
13.2 Assistência em Saúde .....	38
13.3 Assistência farmacêutica e pesquisa clínica.....	39
13.4 Gestão .....	40
REFERÊNCIAS.....	41

## 1. INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba apresenta o Plano de Contingência Estadual da Monkeypox para prevenção, controle e monitoramento dos casos suspeitos, prováveis, confirmados e contatos de casos, tendo em vista o potencial de disseminação do Monkeypox vírus (MPXV) e impacto para a saúde pública. Este plano foi construído com o objetivo geral de preparar a Rede Estadual de Saúde nas ações de vigilância e assistência à saúde, definindo as responsabilidades e direcionamentos.

A Monkeypox<sup>1</sup> (variola dos macacos) é uma doença viral de caráter zoonótico, causada pelo MPXV do gênero *Orthopoxvirus* e família *Poxviridae*. Embora o reservatório seja desconhecido, os principais candidatos são pequenos roedores das florestas tropicais da África, principalmente na África Ocidental e Central, onde o vírus é comumente encontrado. Casos de Monkeypox são ocasionalmente identificados em países fora dessas localidades, e normalmente estão relacionados a viagens para regiões endêmicas da doença.

O atual surto da Monkeypox em países não endêmicos iniciou em 07 de maio de 2022 quando foi confirmado o primeiro caso, detectado no Reino Unido. No dia 21 de maio, já haviam sido notificados 155 casos de Monkeypox em 14 países. Esses casos estão relacionados com a cepa da África Ocidental, que tem uma apresentação clínica mais branda e uma letalidade que varia de 1 a 3%. No dia 22 de maio, o Ministério da Saúde emitiu o Comunicado de Risco nº 06/2022, com o objetivo de alertar o Sistema Único de Saúde - SUS, a população, os parceiros e as partes interessadas sobre o evento para apoiar nas medidas de proteção, controle e resposta coordenada.

Pouco mais de um mês após terem sido reportados os primeiros casos de Monkeypox fora de países endêmicos, a incidência no mundo cresceu de forma exponencial demonstrando preocupações às autoridades de saúde. Diante desse cenário, a Organização Mundial da Saúde - OMS declarou, no dia 23 de julho de 2022, que a Monkeypox constitui uma Emergência em

---

<sup>1</sup> Esta é a sétima vez que a OMS decreta ESPII: 1. 2009 - pandemia de gripe provocada pelo vírus H1N1, que estava restrito aos suínos e por uma mutação começou a infectar humanos no México, antes de se espalhar; 2. 2014 - a poliomielite saiu dos três países em que era endêmica (Paquistão, Afeganistão e Nigéria) atingindo Camarões, Guiné Equatorial, Etiópia, Iraque, Israel, Somália e Síria; 3. 2016 - epidemia de ebola, detectada na África Ocidental em março de 2014, foi decretada emergência, quando já havia perto de mil mortos na Guiné, Libéria, Serra Leoa e Nigéria; 4. 2016 - cerca de 30 países relataram casos de bebês nascidos com microcefalia e outras malformações congênitas relacionadas com o vírus zika; 5. 2019 - surto de ebola, na República Democrática do Congo, também recebeu o status de emergência, quando já havia 1.600 mortos; e 6. pandemia do SARS-CoV-2 (COVID-19) foi declarada quando o vírus já circulava em mais de 30 países pouco mais de 1 mês após a detecção do primeiro caso.

Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), requerendo uma resposta coordenada de enfrentamento a nível global.

Em 29 de julho de 2022, o Ministério da Saúde ativou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública - COE Monkeypox para coordenar as ações de preparação e resposta à esse evento, e, em 05 de agosto de 2022, foi publicada a primeira versão do Plano de Contingência Nacional para Monkeypox.

De 07 de maio a 22 de agosto de 2022, foram confirmados 41.595 casos de Monkeypox, com 07 óbitos em 96 países não endêmicos para a doença, com uma letalidade de 0,01%. A Europa é o principal epicentro e concentra cerca de 19.947 casos no mesmo período. No entanto, a partir de agosto de 2022, os Estados Unidos da América têm confirmado cerca de 400 casos por dia, tornando-se o país a registrar o maior número de casos (14.594), seguido pela Espanha (5.792).

O Brasil é o 3º país com maior número de casos confirmados do mundo, com 3.663 casos e 01 óbito registrado em 29 de julho de 2022. O primeiro caso confirmado de Monkeypox foi registrado em 09 de junho de 2022, e, desde então, várias medidas têm sido adotadas visando a contenção da transmissão do vírus.

Na Paraíba, até o dia 21 de agosto de 2022, foram notificados 68 casos suspeitos da doença. Destes, 17 foram descartados, 01 confirmado e os demais seguem em investigação.

Considerando o cenário mundial e atendendo às exigências do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) - 2005, o Brasil vem se preparando para detecção, resposta, prevenção e mitigação do MPXV. Nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) da Paraíba vem adotando uma série de ações de preparação e resposta ao atual surto, sendo este Plano de Contingência Estadual para o Monkeypox (MPX) o instrumento orientador desse processo. Este documento técnico foi desenvolvido para atender às mudanças do cenário epidemiológico, estruturando cada nível de resposta de maneira proporcional aos riscos vigentes.

**A atualização deste plano ocorrerá sempre que necessário, mediante novas evidências científicas.**

## **1.1 JUSTIFICATIVA**

O atual cenário epidemiológico da doença no mundo requer esforços coletivos no âmbito da saúde pública, tornando-se imprescindível a adoção de medidas de controle de forma imediata em todos os níveis de gestão. A elaboração do Plano de Contingência Estadual para Monkeypox tem sua justificativa reforçada na necessidade de nortear as ações e atividades locais propostas para a detecção, monitoramento, controle, mitigação e assistência dos casos da doença no Estado.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Oferecer aos profissionais e gestores de saúde informações estratégicas para contenção, controle, mitigação e orientações assistenciais, epidemiológicas e laboratoriais para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública.

### **2.2 Objetivos específicos**

Orientar as ações e apresentar os fluxos específicos de vigilância em saúde e atenção à saúde para enfrentamento à doença;

Definir níveis de resposta à Emergência de Saúde Pública;

Monitorar o cenário epidemiológico, propor medidas de controle em tempo oportuno e promover resposta coordenada para redução do risco;

Divulgar informações oportunas para profissionais de saúde e população acerca da doença;

Contribuir para a ampliação do conhecimento do perfil epidemiológico e das características clínicas da Monkeypox.

### 3. NÍVEIS DE RESPOSTA

A Paraíba adota a ferramenta de classificação de emergência em três níveis, seguindo a mesma linha utilizada na preparação e resposta no Brasil e em todo o mundo, a saber:

**Nível I – Alerta:** o local não possui todos os recursos necessários, requer orientação técnica, mobilização de recursos com possibilidade de envio de equipe;

**Nível II – Perigo Iminente:** o risco é significativo, superando a capacidade de resposta local, necessitando a de recursos adicionais e o apoio complementar da esfera estadual com envio de equipe de resposta à Emergência em Saúde Pública;

**Nível III – Emergência em Saúde Pública (ESP):** ameaça de relevância estadual e nacional com impacto sobre diferentes esferas de gestão do SUS, exigindo uma ampla resposta governamental. Este evento constitui uma situação de excepcional gravidade, podendo culminar na Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN – pelo Ministério da Saúde.

#### **4. ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA À MONKEYPOX SEGUNDO O NÍVEL DE ATIVAÇÃO**

Com a finalidade de realizar ações de prevenção e investigação efetiva faz-se necessário o envolvimento de toda rede de atenção à saúde, haja vista que o caso suspeito de Monkeypox pode ser identificado em qualquer nível de complexidade da rede de assistência. As ações imediatas de detecção e notificação irão desencadear as medidas de monitoramento e controle do caso e rastreamento de contatos visando interromper a cadeia de transmissão.

Segundo o Plano de Contingência estabelecido pelo Ministério da Saúde, os níveis de ativação são baseados na situação epidemiológica da localidade através da análise dos dados, considerando a ocorrência de casos, o status de transmissão ativa e a capacidade de contenção. A adoção de medidas de controle de forma imediata para interromper a cadeia de transmissão do vírus requer uma organização de acordo com os níveis de resposta.

Cada nível é baseado na avaliação do risco da doença e seu impacto para a saúde pública e serviços do SUS. **Para a avaliação dos riscos os seguintes fatores serão considerados: transmissibilidade da doença, agravamento dos casos confirmados, vulnerabilidade da população, incluindo imunidade pré-existente, grupos-alvo com maiores taxas de ataque ou maior risco de agravamento da doença, disponibilidade de medidas preventivas (como vacinas e possíveis tratamentos), recomendações da OMS e novas evidências científicas.**

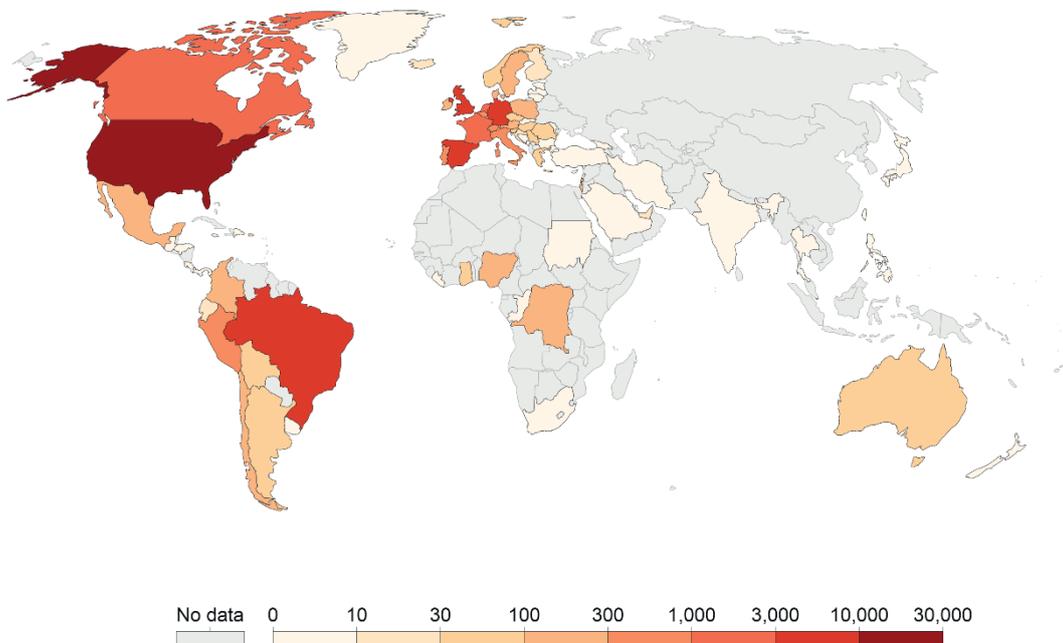
O nível a ser considerado para o presente Plano é o Nível III – Emergência em Saúde Pública, em função da necessidade de ampla resposta governamental, podendo ser declarada ESPIN, uma vez que no Brasil observa-se transmissão sustentada do MPXV em alguns Estados Brasileiros, a inexistência de tratamento específico e indisponibilidade de imunizantes para grupos vulneráveis até o momento.

Destaca-se que ainda é incipiente o conhecimento sobre os aspectos clínicos e epidemiológicos do MPXV, assim como sobre o modo exato de transmissão e os possíveis reservatórios do vírus. Neste contexto, importantes informações como infectividade, transmissibilidade, complicações, letalidade, mortalidade deverão ao longo do tempo serem estudadas, podendo alterar gradativamente o presente plano de contingência.

## 5. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

Até o dia 22 de agosto de 2022, foram notificados 41.595 casos em 96 países não endêmicos e 07 óbitos distribuídos em seis países: Espanha (2), Brasil (1), Equador (1), Gana (1), Índia (1), Peru (1). Os cinco países com mais casos confirmados de Monkeypox são: Estados Unidos (14.594); Espanha (5.792); Brasil (3.457), Alemanha (3.266) e Reino Unido (3.195).

**Figura 01** – Distribuição de casos confirmados de Monkeypox no mundo, 10 de agosto de 2022.



Fonte: Our World in data – extraído em 22/08/2022 às 09:00h.

No Brasil, até o dia 21 de agosto de 2022, foram notificados 13.769 casos. Destes, 3.788 casos foram confirmados, 145 classificados como prováveis, 5.661 descartados e 4.175 seguem em investigação. Apenas 01 caso evoluiu a óbito. A tabela 1 apresenta a distribuição de casos por Estado.

**Tabela 01** – Distribuição de casos suspeitos e confirmados de Monkeypox de acordo com as regiões e unidades federadas do Brasil, 21 de agosto de 2022.

REGIÕES	UNIDADES FEDERADAS	CASOS	
		CONFIRMADOS	SUSPEITOS
Sudeste	Minas Gerais*	206	465
	Espírito Santo	8	75
	Rio de Janeiro	422	451
	São Paulo	2.506	1.260
Sul	Santa Catarina	59	201
	Paraná	86	125
	Rio Grande do Sul	58	262
Centrooeste	Goiás	143	294
	Distrito Federal	141	126
	Mato Grosso do Sul	12	42
	Mato Grosso	13	28
Norte	Amazonas	15	14
	Acre	1	9
	Amapá	0	0
	Pará	6	11
	Rondônia	0	8
	Roraima	0	3
	Tocantins	1	46
Nordeste	Bahia	38	77
	Alagoas	1	69
	Ceará	29	221
	Maranhão	2	20
	Paraíba	1	50
	Pernambuco	20	216
	Piauí	2	36
	Rio Grande do Norte	18	52
Sergipe	0	14	
<b>BRASIL</b>		<b>3.788</b>	<b>4.175</b>

Fonte: Rede CIEVS. Centro de Operações em Emergências – COE/Monkeypox.

Dados atualizados em 21/08/2022 às 16h. Dados sujeitos a alterações.

Na Paraíba, o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS-PB) vem monitorando o cenário mundial, nacional e estadual. O primeiro registro de caso suspeito no estado ocorreu em 19 de julho de 2022, e o primeiro caso confirmado foi registrado no dia 04 de agosto de 2022.

Até o presente momento, a Paraíba registra 68 casos notificados com suspeita de Monkeypox, sendo 01 caso confirmado, 17 descartados e 50 seguem em investigação.

**Tabela 02** – Classificação de casos notificados segundo município de residência da Paraíba, 21 de agosto de 2022.

<b>Município de Residência</b>	<b>Confirmado</b>	<b>Descartado</b>	<b>Em investigação</b>	<b>Total</b>
Araçagi	-	-	1	1
Belém	-	1	-	1
Campina Grande	-	-	3	3
Coremas	-	-	1	1
Cruz do Espírito Santo	-	1	-	1
Gurinhém	-	-	2	2
Ingá	-	-	2	2
João Pessoa	1	10	27	38
Lagoa Seca	-	-	1	1
Mamanguape	-	-	1	1
Massaranduba	-	-	1	1
Mogéiro	-	-	1	1
Monteiro	-	-	2	2
Mulungu	-	1	-	1
Nova Palmeira	-	-	2	2
Rio Tinto	-	-	1	1
Santa Rita	-	2	4	6
São João do Cariri	-	1	-	1
Soledade	-	-	1	1
Sousa	-	1	-	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>50</b>	<b>68</b>

Fonte: REDCap; Data da atualização: 21/08/2022.

## 6. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

### 6.1 Definição de Caso Suspeito

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

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

### 6.2 Caso Provável

Caso que atende à definição de caso suspeito, que apresenta um OU mais dos seguintes critérios listados abaixo, com investigação laboratorial de Monkeypox não realizada ou inconclusiva e cujo diagnóstico de Monkeypox não pode ser descartado apenas pela confirmação clínico-laboratorial de outro diagnóstico.

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

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

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

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

### 6.3 Caso confirmado

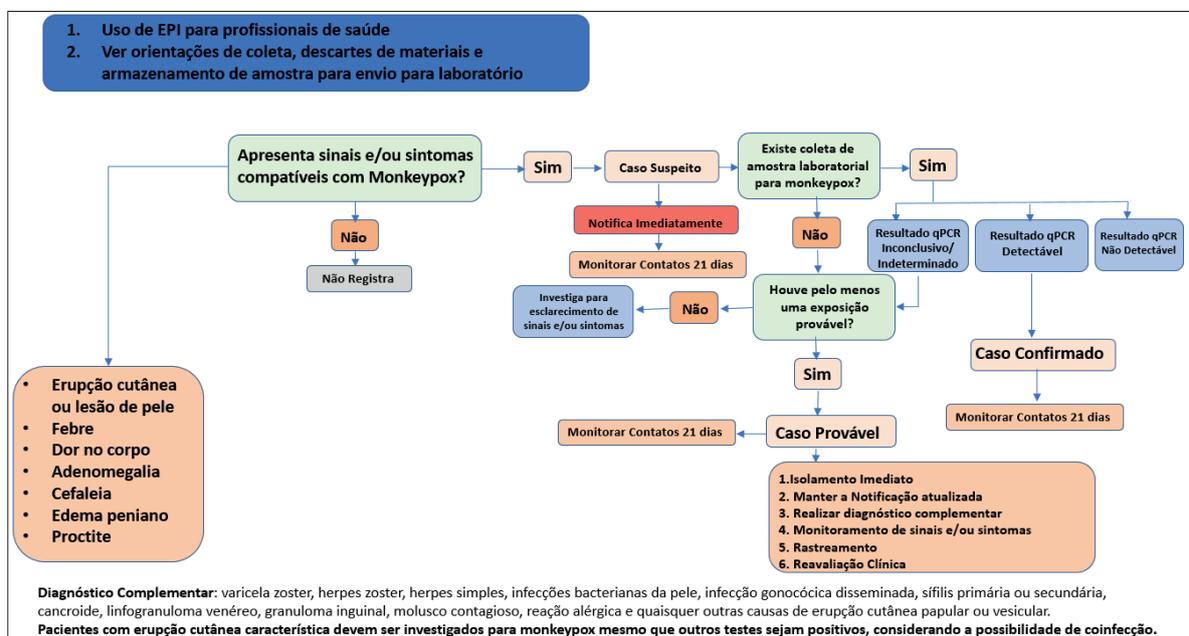
Caso suspeito com resultado laboratorial "**Positivo/Detectável**" para Monkeypox vírus (MPXV) por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento).

### 6.4 Caso descartado

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

**Definições operacionais atualizadas pelo Ministério da Saúde em 29 de julho de 2022.**

**Figura 02 - Algoritmo de classificação dos casos de Monkeypox, 2022.**



Fonte: Adaptado de Centro de Operações em Emergências – COE Monkeypox/Ministério da Saúde.

Obs: a investigação da exposição provável deve abranger o período de 21 dias antes do início de sintomas.

## 7. NOTIFICAÇÃO

A notificação de casos (suspeitos, confirmados e prováveis) é imediata e deve ser realizada no instrumento do REDCap de unificação dos dados nacionais, até que seja disponibilizada a ficha de notificação/investigação no e-SUS. Casos de Monkeypox registrados no REDCap até o dia 31 de julho de 2022 podem ser atualizados por meio do link: <https://REDCap.saude.gov.br/surveys/?s=YC4CFND7MJ>

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

QR Code para notificação dos casos:



## 8. RASTREAMENTO DE CONTATOS

O rastreamento de contatos consiste na identificação imediata de contatos de casos suspeitos de Monkeypox daqueles expostos e diagnóstico imediato de potenciais casos secundários para permitir o controle do surto, incluindo identificar grupos populacionais onde intervenções sejam necessárias.

A OMS considera contato de caso a pessoa que teve uma ou mais das interações descritas abaixo:

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

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

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

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

A investigação da exposição deve abranger o período de **21 dias antes do início de sintomas**. O rastreamento de contato deve considerar o período retrospectivo, além dos casos

ativos. A partir de casos suspeitos, deve ser iniciada a entrevista para obter os nomes e informações de contatos do número máximo de pessoas, bem como identificar os locais visitados, enquanto o diagnóstico está em andamento, até que possa ser classificado como provável ou confirmado. Em caso descartado, o rastreamento de contatos pode ser suspenso.

Os casos suspeitos, prováveis e confirmados devem ser isolados. O monitoramento de contatos de casos prováveis e confirmados inclui os automonitorados, diariamente para qualquer sinal ou sintoma por **um período de 21 dias a partir do último contato**.

O monitoramento depende dos recursos disponíveis. Os contatos podem ser monitorados passivamente, ativamente ou diretamente. Em **monitoramento passivo**, os contatos identificados recebem informações sobre os sinais e sintomas a serem monitorados, atividades permitidas e como entrar em contato com a vigilância local, se surgirem sinais ou sintomas. O **monitoramento ativo** é quando vigilâncias locais são responsáveis por verificar pelo menos uma vez por dia se uma pessoa sob monitoramento apresenta sinais/sintomas auto-relatados. O **monitoramento direto** é uma variação do monitoramento ativo que envolve pelo menos visita presencial diária ou que o paciente seja examinado visualmente por meio de vídeo para averiguar a presença de sinais de doença.

**Quadro 01** – Tipos de contatos de caso de Monkeypox e suas definições.

Tipo de contato	Descrição	Definição
Contato próximo	Parceiros sexuais	Pessoas que tenham qualquer tipo de contato sexual com o caso de MPX desde o início dos sintomas, inclusive da fase prodromática
	Contato domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoa(s) morando no mesmo domicílio que o caso MPX, ou ambiente semelhante (por exemplo, acampar, dormir durante a noite, etc.).</li> <li>• Pessoa(s) compartilhando roupas, roupas de cama, utensílios, etc. com o caso diagnosticado.</li> <li>• Cuidadores do caso MPX, desde o início de sua erupção (sinais e/ou sintomas).</li> </ul>
	Profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os profissionais de saúde que entraram em contato com o caso MPX (lesões ou contato cara a cara prolongado (&gt; 3 horas e &lt; 2m distância) sem equipamento de proteção individual adequado (EPI).</li> <li>• Profissionais de saúde que sofreram ferimentos com objetos cortantes ou foram expostos a fluidos corporais ou procedimento gerador de aerossol sem EPI do caso MPX.</li> <li>• Pessoal de laboratório que sofreu acidente de trabalho com amostra contendo vírus (respingo, ferimento por material perfuro cortante, exposição a aerossol etc.).</li> </ul>
	Outros contatos físicos prolongados ou contato de alto risco	A ser avaliado caso a caso, mas pode incluir, entre outros, sentado ao lado de um caso confirmado durante viagens prolongadas (por exemplo, quando o contato físico direto), compartilhando utensílios ou outro equipamento ou ferimentos por objetos cortantes ligados ao caso MPX.
	Outras categorias de contatos de um caso MPX (ou seja, contato não próximo) incluem exposições de menor risco	Por exemplo, encontros sociais com um caso, estar presente no mesmo evento social ou outro, trabalhar na mesma empresa ou compartilhar o mesmo transporte (mas não sentado ao lado do caso).

Fonte: Plano de Contingência Nacional para Monkeypox, 2022.

## **9. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA DOENÇA**

### **9.1 Agente etiológico**

Monkeypox - MPX é uma doença causada pelo Monkeypox vírus, do gênero Orthopoxvirus e família Poxviridae. O nome deriva da espécie em que a doença foi inicialmente descrita em 1958. Trata-se de uma doença zoonótica viral, cuja transmissão para humanos pode ocorrer por meio do contato com animal silvestre ou humano infectado ou com material corporal humano contendo o vírus. Apesar do nome, é importante destacar que os primatas não humanos (macacos) podem ser acometidos pela doença, mas não são reservatórios do vírus. Embora o reservatório seja desconhecido, os principais animais prováveis são pequenos roedores (como esquilos, por exemplo), naturais das florestas tropicais da África Central e Ocidental. O MPXV é comumente encontrado nessas regiões e, ocasionalmente, casos são identificados em outras regiões, geralmente relacionados a viagens para áreas onde a doença é endêmica.

### **9.2 Período de incubação**

O período de incubação cursa de 6 a 16 dias, podendo chegar a 21 dias.

### **9.3 Modo de transmissão e manifestações clínicas**

A transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio de contato pessoal com lesões de pele ou fluidos corporais de uma pessoa infectada ou objetos recentemente contaminados, tais como toalhas e roupas de cama. A transmissão por meio de gotículas geralmente requer contato mais próximo entre o paciente infectado e outras pessoas, o que torna trabalhadores da saúde, familiares e parceiros íntimos pessoas com maior risco de infecção. Uma pessoa pode transmitir a doença desde o momento em que os sintomas começam até a erupção ter cicatrizado completamente e uma nova camada de pele se forme. Adicionalmente, mulheres grávidas podem transmitir o vírus para o feto através da placenta.

A doença geralmente evolui de forma benigna e os sinais e sintomas duram de 2 a 4 semanas. A manifestação cutânea típica é do tipo papulovesicular, precedido ou não de febre de início subido e de linfadenopatia (inchaço dos gânglios). Outros sintomas incluem dor de cabeça, dores musculares, dores nas costas, calafrios e exaustão.

Os casos recentemente detectados apresentaram uma preponderância de lesões nas áreas genital e anal e acometimento de mucosas (oral, retal e uretral). As lesões em pênis têm sido

comuns em casos de parafimose. As erupções podem acometer regiões como face, boca, tronco, mãos, pés ou qualquer outra parte do corpo, incluindo as regiões genital e anal. Na pele, podem aparecer manchas vermelhas sobre as quais surgem vesículas (bolhas) com secreção; posteriormente, essas vesículas se rompem, formam uma crosta e evoluem para cura. É importante destacar que a dor nestas lesões pode ser bastante intensa e deve ser observado seu adequado manejo.

Quando a crosta desaparece e há a reepitelização, a pessoa deixa de infectar outras pessoas e, na maioria dos casos, os sinais e sintomas desaparecem em poucas semanas. No entanto, é possível a ocorrência de casos graves e óbitos. A evolução para a forma grave pode estar relacionada a fatores como forma de transmissão, suscetibilidade do indivíduo e quantidade de vírus inoculado no momento da transmissão.

Quanto a gravidade dos casos registrados em 2022, a doença se apresenta em sua maioria de maneira leve a moderada com sintomas autolimitados. Os dados apresentados em nível global apontam que hospitalizações representam até dez por cento da população infectada pela doença.

Na Europa, dos 15.524 casos confirmados até 03 de agosto de 2022, 399 (5,6%) necessitaram de hospitalização. No Reino Unido, aproximadamente 10% dos casos necessitaram de cuidados hospitalares, o que inclui os casos admitidos para realização de isolamento devido a dificuldades de isolamento domiciliar. Na Espanha, dos 3.750 casos confirmados que apresentaram informações detalhadas até 30 de julho de 2022, 120 (3,2%) foram hospitalizados.

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%.

#### **9.4 Grupos vulneráveis**

São considerados grupos vulneráveis pessoas imunossuprimidas, gestantes e crianças menores que 08 anos. Recomenda-se atenção especial no monitoramento de idosos acima de 60 anos.

## **9.5 Tratamento**

O tratamento dos casos de Monkeypox tem se sustentado em medidas de suporte clínico que envolvem manejo da dor e do prurido, cuidados de higiene na área afetada e manutenção do balanço hidroeletrólítico. A maioria dos casos apresenta sintomas leves e moderados. Em casos graves, com comprometimento pulmonar, o oxigênio suplementar pode ser necessário. Na presença de infecções bacterianas secundárias às lesões de pele, deve-se considerar antibioticoterapia. Manifestações incomuns podem incluir lesão ocular, proctite e uretrite, podendo necessitar de avaliação específica nesses casos. Até o momento, não se dispõe de medicamento aprovado especificamente para Monkeypox. Entretanto, alguns antivirais demonstraram alguma atividade contra o Monkeypoxvirus, entre eles brincidofovir, cidofovir e Tecovirimat. Este último antiviral está envolvido em quatro ensaios clínicos para avaliação de sua eficácia no tratamento da Monkeypox, sendo três estudos de fase 1 e um de fase 3. Nenhum dos medicamentos possui registro para uso no Brasil.

O antiviral Tecovirimat foi aprovado recentemente pela Agência Europeia de Medicamentos para tratamento de Monkeypox, e a Agência Americana de Alimentos e Medicamentos (FDA) autorizou seu uso compassivo para casos específicos.

O Ministério da Saúde, considerando os dados científicos atualmente disponíveis e a aprovação por agências internacionais de saúde, busca junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) a aquisição do Tecovirimat para uso em casos específicos.

### **9.5.1 Critérios de elegibilidade para uso de Tecovirimat no cenário atual**

A maioria das pessoas acometidas pela Monkeypox evoluem sem gravidade, apresentando um quadro clínico leve e autolimitado. Considerando o cenário epidemiológico vigente, sem a disponibilidade de um tratamento específico para Monkeypox aprovado para uso no Brasil, identificou-se a possibilidade da utilização do antiviral Tecovirimat na modalidade de uso compassivo. O uso compassivo de medicamentos no Brasil é regido pela RDC Nº 608, de 25 de fevereiro de 2022, que limita essa modalidade aos casos em que o paciente apresente doença debilitante e grave, com risco de óbito, no contexto da ausência de alternativa terapêutica satisfatória no país e que apresente relação benefício-risco favorável ao uso da terapêutica proposta. Nesse contexto, considera-se a prescrição de Tecovirimat para tratamento compassivo na seguinte situação:

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

Encefalite - presença de alteração clínico-radiológica e/ou líquórica compatível com o acometimento de Sistema Nervoso Central - SNC;

Pneumonite - presença de manifestação respiratória associada a alteração radiológica sem outra etiologia provável;

Lesões cutâneas com mais de 200 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;e

Lesão ocular.

#### **9.5.2 Inelegibilidade para uso de Tecovirimat no cenário atual**

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

Pacientes com histórico de alergia a Tecovirimat e/ou excipientes; e

Pacientes com menos de 13kg de peso.

#### **9.6 Imunização**

Atualmente, pelo menos duas vacinas de varíola estão em uso no mundo. Porém, somente uma vacina (MVA-BN) foi aprovada para aplicação específica contra a Monkeypox. A OMS ainda não possui recomendações exclusivas em relação à vacinação, no entanto considera a possibilidade da vacinação pós-exposição de pessoas sob maior risco que tiveram contato próximo a caso suspeito, idealmente nos primeiros quatro dias após o contato.

Com base nos riscos e benefícios atualmente avaliados e independentemente do suprimento da vacina, a vacinação em massa, contra o Monkeypox, no momento não é recomendada pela OMS. A OMS orienta que sejam adotadas estratégias robustas de vigilância e monitoramento dos casos, investigação e rastreamento de contatos para a doença. Desta forma, será possível a identificação do grupo de maior risco de infecção e, portanto, as prioridades para a vacinação, se este for o caso.

**Profilaxia pós-exposição (PEP):** para contatos de casos sem uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) recomenda-se PEP com vacina, idealmente dentro de quatro dias da primeira exposição (e até 14 dias na ausência de sintomas), para prevenir o aparecimento da doença.

**Profilaxia pré-exposição (PrEP):** a PrEP é recomendada para profissionais de saúde com alto risco de exposição, profissionais de laboratório que trabalham com Ortopoxvírus, profissionais de laboratório clínico que realizam exames diagnósticos para Monkeypox e profissionais de equipes de resposta a surtos, conforme designado pelas autoridades nacionais de saúde

### 9.7 Diagnóstico complementar

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

### 9.8 Monkeypox na Gestação

Os desfechos da infecção pelo vírus da varíola, que é do mesmo grupo (ortopoxvírus) do MPXV, associavam-se ao aumento na morbidade e mortalidade materna e perinatal, com riscos maiores de abortamento espontâneo, morte fetal e parto pré-termo.

A OMS reconhece a transmissão materno-fetal, a partir da passagem placentária, originando a doença congênita e/ou através de contágio no contato íntimo, durante e após o parto.

Deste modo, com esse aumento de morbimortalidade materna e fetal, embora mais estudos sejam necessários há uma preocupação das autoridades de saúde nos cuidados para essa população.

Manejo de gestantes, puérperas e lactantes:

Em gestantes em que há suspeita de exposição ao MPXV, sem quadro clínico, deve-se testar com PCR para MPX em swab orofaríngeo. Deve-se considerar teste em sangue, urina ou fluido vaginal.

Em gestante assintomática pós-exposição:

MPX negativo – suspende monitoração.

MPX positivo – isolamento domiciliar por 21 dias, sem visitas. Orientar automonitoração (temperatura e lesões cutâneas). Importante monitoramento por teleatendimento pela equipe de saúde.

Em gestante com sinais ou sintomas suspeitos de MPX:

MPX negativo – isolamento domiciliar por 21 dias, sem visitas. Orientar a automonitoração (temperatura e lesões cutâneas), descartar outras causas potenciais. Retestar se os sintomas forem persistentes.

MPX positivo – Levando em consideração maior risco, indica-se hospitalização nos casos moderados, graves e críticos.

Escore de gravidade preconizado pela OMS:

Leve (< 25 lesões de pele);

Moderada (25-99 lesões de pele);

Grave (100-250 lesões de pele);

Crítico (> 250 lesões de pele).

A avaliação materna deve incluir análise de temperatura, de frequência cardíaca e de pressão arterial (3-4 vezes/dia).

### **9.8.1 Amamentação e cuidados com RN em mulheres com MPX**

Há poucas evidências para fazer recomendações sobre o cuidado de recém-nascidos de mulheres com MPX. As recomendações vigentes se baseiam no conhecimento de que o vírus pode ser transmitido ao recém-nascido por contato próximo durante ou após o parto, e de que a doença pode ter evolução severa em neonatos.

Uma vez que a melhor estratégia para impedir o contágio do RN é evitar o contato direto com a mãe, as seguintes normas devem ser seguidas em instituições de assistência ao parto.

Desaconselhar o contato pele a pele entre a mãe e o RN;

Fazer exame macroscópico do RN imediatamente após o nascimento;

Quando disponível, colher swab de garganta 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:

- a) o RN deve estar totalmente vestido ou envolto por um cobertor. Após o contato, a roupa ou cobertor deve ser imediatamente substituídos;
- b) a mãe deve usar luvas e avental, deixando coberta toda área de pele abaixo do pescoço; e
- c) a mãe deve usar uma máscara cirúrgica bem ajustada à face.

As precauções devem ser mantidas até que os critérios para encerrar o isolamento tenham sido alcançados: resolução de todas as lesões, queda das crostas e formação de uma nova camada de pele;

Quando a testagem do RN tiver sido realizada e o resultado for positivo, pode-se cancelar o isolamento e permitir a permanência da mãe com o bebê;

O momento da alta deve ser ajustado considerando o tempo de isolamento materno, a capacidade de aderir às recomendações para evitar o contágio do RN e a disponibilidade de pessoas para auxiliar no cuidado do recém-nascido.

Dispõe-se de pouca informação sobre o efeito das drogas antivirais e da imunoglobulina vacinal endovenosa na produção láctea ou sobre a excreção desses produtos no leite materno.

Em lactentes com indicação de tratamento farmacológico, o Tecovirimat tem sido recomendado como tratamento de primeira linha.

Atualmente, não se sabe se as vacinas utilizadas para prevenção da MPX têm algum efeito na produção láctea ou se são excretadas no leite materno. No entanto, o conhecimento do tipo de vacina e do seu mecanismo de ação, permite pressupor o risco de transmissão ao recém-nascido. Mulheres lactentes elegíveis para a vacinação devem receber a informação de que as vacinas com vírus vivo atenuado, não replicante, provavelmente não apresentam riscos para bebê e são seguras durante a lactação. As vacinas com vírus replicantes são contraindicadas em gestantes e lactentes.

### **9.8.2. Tratamento na gravidez**

Apesar da doença transmitida pelo vírus MPX ser considerada uma doença autolimitada, que geralmente apresenta cura espontânea, em alguns casos, pode haver a necessidade de tratamento medicamentoso específico, sobretudo em pessoas imunossuprimidas.

Na maioria das vezes, só há indicação de uso de tratamento sintomático para febre e dor, como o uso de Dipirona e Paracetamol, evitando-se o ácido acetilsalicílico.

Algumas vezes, em casos com lesões mais importantes, pode-se indicar o uso de antibióticos para prevenção de infecção bacteriana secundária (amoxicilina sistêmica, cloranfenicol ocular). Mas, existem alguns pacientes que apresentam agravamento do quadro, muitas vezes associado à imunodepressão e nestas circunstâncias, existe a indicação de uso de antivirais.

Não há terapia antiviral específica para a MPX, mas os medicamentos antivirais cidofovir, brincidofovir e tecovirimat podem ser considerados. Eles são antivirais desenvolvidos para pessoas com a varíola humana (Smallpox) e outras doenças virais: Tecovirimat (TPOXX), cidofovir (Vistide), brincidofovir (Tembexa).

Não há ainda protocolos bem estabelecidos para aplicação destes antivirais em pacientes infectados pelo MPX. Sua recomendação na gravidez só deve ser considerada se a mulher apresentar quadro severo da doença. Mais estudos serão necessários para que se analise a eficácia e os riscos destes medicamentos na gravidez. Não existem estudos em seres humanos e, em animais, o Tecovirimat não induziu teratogenicidade, e o cidofovir e o brincidofovir foram classificados como classe C do FDA por causarem alterações na morfologia dos animais em estudo.

Importante salientar que os riscos e benefícios da medicação devem ser discutidos com a paciente e a decisão sobre seu uso deve ser compartilhada com a mesma

## **9.9 Imunoglobulina**

A imunoglobulina (VIG), que é uma mistura de anticorpos purificados do sangue de indivíduos imunizados com a vacina contra varíola, já foi usada para prevenção/tratamento de MPX. Não existem dados sobre a efetividade de VIG no tratamento da Monkeypox; entretanto, ela já foi considerada como profilaxia em indivíduos expostos ao vírus que apresentam imunodeficiência severa na função das células T e em quem a vacina propriamente dita teria contraindicação.

### **9.9.1 Imunoglobulina na gravidez**

Apesar de pouco se saber sobre VIG na gestação, outras imunoglobulinas já foram usadas durante a gravidez e se mostraram seguras. Até o momento, este tipo de terapêutica não foi indicada na gravidez.

## 10. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial é realizado por detecção molecular do vírus por reação em cadeia da polimerase em tempo real (qPCR). Atualmente, o Ministério da Saúde tem oito Laboratórios de Referência realizando os exames. Na Paraíba, o laboratório de referência para processamento das amostras clínicas é:

### **Laboratório de Enterovírus da FIOCRUZ-RJ**

**Responsáveis:** Dr. Edson Elias da Silva e Fernanda Burlandy

**Endereço:** Avenida Brasil, nº 4.365, Mangueiras, Rio de Janeiro/RJ CEP: 21.040-360

**Telefone:** (21) 2562-1804/1828/1734

**E-mail:** [enterolb@ioc.fiocruz.br](mailto:enterolb@ioc.fiocruz.br); [edson@ioc.fiocruz.br](mailto:edson@ioc.fiocruz.br); [fburlandy@ioc.fiocruz.br](mailto:fburlandy@ioc.fiocruz.br)

**Estados de Cobertura:** CE, RN, PB, PE, AL, SE.

## 10.1 PROCEDIMENTO DE COLETA DE AMOSTRAS CLÍNICAS

### 10.1.1 Material Vesicular (Secreção de Vesícula)

A coleta de material de lesões cutâneas ou mucosas, deve ser realizada por meio de swab, sendo o método mais indicado para confirmação diagnóstica. Swabs estéreis de nylon, poliéster, Dacron ou Rayon são os indicados. Deve-se realizar esfregação forte e intenso sobre uma ou mais lesões, dando preferência às lesões vesiculares ou das pústulas.

A OMS não recomenda romper as lesões com instrumentos cortantes ou perfurantes diante do risco de acidente com secreção. Colocar o swab preferencialmente em tubo seco, uma vez que os poxvírus mantêm-se estáveis na ausência de qualquer meio preservante. Quando o paciente suspeito apresentar mais de uma vesícula, sugere-se coletar um swab de cada lesão, totalizando o máximo de três swabs por paciente, e armazenar todos os swabs num mesmo tubo seco, formando um pool (conjunto) de amostras do mesmo paciente.

### 10.1.2 Crosta (Crosta de Lesão)

Quando o paciente é encaminhado para coleta em fase mais tardia, na qual as lesões já estão secas, o material a ser encaminhado são as crostas, as quais devem ser armazenadas em frascos limpos SEM líquido preservante (neste caso, o uso de qualquer líquido preservante reduz as chances de detecção do MPXV). Quando o paciente suspeito apresentar mais de uma

lesão, sugere-se coletar mais de uma crosta por paciente e armazenar todas num mesmo tubo seco, formando um pool (conjunto) de amostras do mesmo paciente.

#### **10.1.3 Lesões apenas de mucosas (oral/região perianal) sugestivas de Monkeypox**

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

#### **10.1.4 Indivíduos sem erupção cutânea e sem lesões mucosas (para contato de caso confirmado que inicie com quadro de febre e linfonodomegalia)**

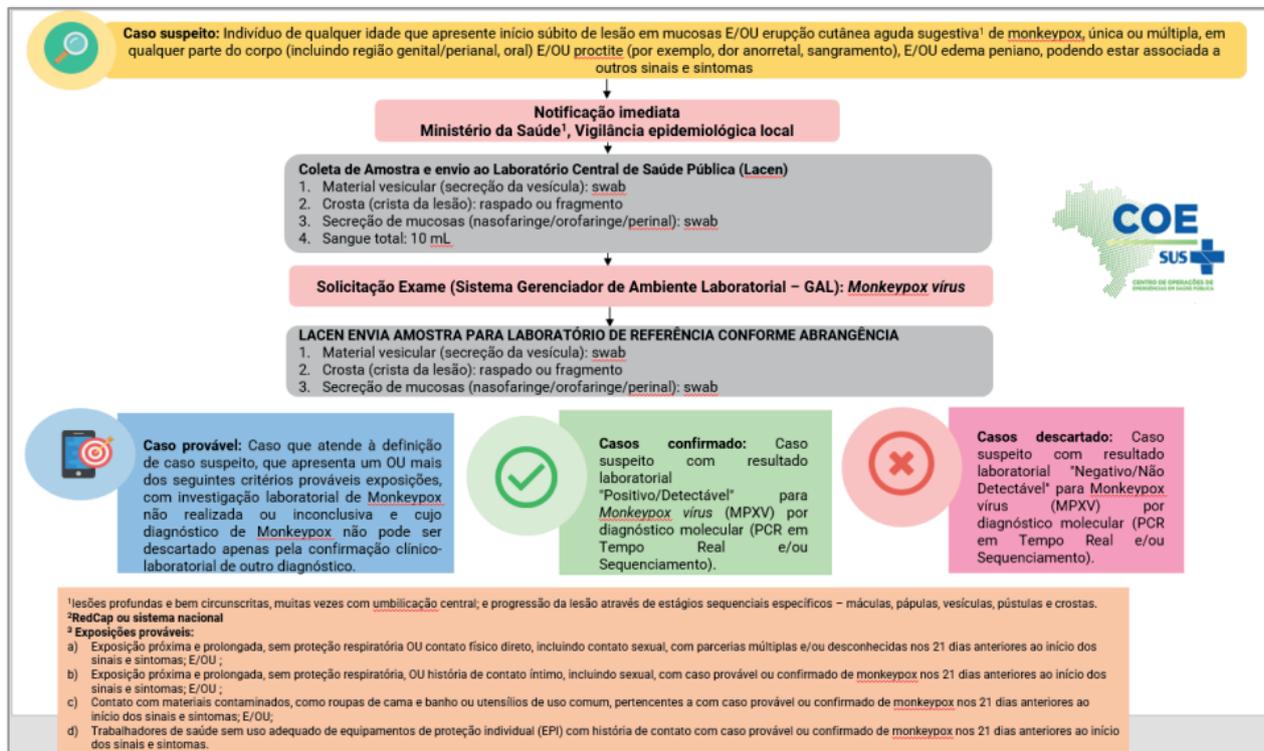
Coletar swab de orofaringe e swab anal, seguindo as orientações descritas para a coleta de material vesicular. Os profissionais de saúde devem usar EPI completo para coleta das amostras para diagnóstico laboratorial, incluindo gorro, óculos de proteção, máscara N95, avental descartável e luva de procedimento.

Quando o paciente suspeito apresentar mais de uma lesão, sugere-se coletar mais de uma crosta por paciente e armazenar todas num mesmo tubo seco, formando um pool (conjunto) de amostras do mesmo paciente.

Para o armazenamento das amostras, todos os materiais devem ser mantidos congelados a - 20°C (ou temperaturas inferiores), por 1 mês ou até mais. Na ausência de freezers, pode-se manter em geladeira (4 °C) por até 7 dias.

Para a investigação laboratorial de casos suspeitos de infecção pelo MPXV, a Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/DAEVS/SVS-MS) em parceria com o COE Monkeypox e Laboratórios de Referência sugerem o seguinte fluxo/algoritmos para realização dos exames laboratoriais, conforme Figura 3.

**Figura 03** – Fluxo de diagnóstico laboratorial dos casos de Monkeypox, 2022.



Fonte: COE-Monkeypox, 2022

## 10.2 LABORATÓRIOS PRIVADOS

Para que laboratórios públicos ou privados de qualquer esfera governamental localizados no Estado da Paraíba ofereça e execute diagnóstico de pacientes com suspeita de infecção pelo MPXV através de metodologia de PCR em Tempo Real, é necessário:

Alvará sanitário de funcionamento; inscrição estadual ou municipal;

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ativo;

Responsável Técnico (RT) legalmente habilitado para análises moleculares junto aos conselhos profissionais

pertinentes;

Condições de Biossegurança (NB2) para a manipulação de amostras suspeitas;

Atender às determinações da Resolução Colegiada ANVISA nº 302/2005.

Toda e qualquer amostra detectável para Monkeypox virus pela metodologia de PCR em Tempo Real, deverá ser notificada imediatamente à Vigilância em Saúde do Estado, através do link: <https://REDCap.saude.gov.br/surveys/?s=ER7Y39373K>. Neste, os dados de identificação do paciente devem ser preenchidos, e o laudo do exame anexado na variável “Anexar imagens”.

O LACEN-PB poderá solicitar alíquotas das amostras detectáveis visando a realização de Vigilância Laboratorial e sequenciamento genômico, onde serão necessários os seguintes dados:

- a. Nome do paciente;
- b. Idade;
- c. Município de Residência;
- d. Município de Coleta;
- e. Data de Coleta;
- f. Tipo de Amostra;
- g. Valores de Cycle Threshold (CT) obtidos nas reações de RT-PCR.

## **11. CAPACIDADE INSTALADA E FLUXO ASSISTÊNCIAL**

O paciente com suspeita de Monkeypox tem como portas de entrada da Rede Assistencial as unidades de atenção básica (UBSs) e as unidades de pronto atendimento (UPAs) que devem receber pacientes com suspeita de Monkeypox. Seguir protocolo clínico para assistência, conduta, notificação e orientações para isolamento domiciliar ou regulação dos casos que precisem de assistência hospitalar.

### **11.1 Atenção Básica**

A Paraíba dispõe atualmente, segundo dados do e-Gestor APS, de cobertura de APS de 86.48% da população com 1.526 Equipes de Saúde da Família (fonte: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>) e 7.749 Agentes Comunitários de Saúde - Comp. ABR/2022 (fonte: <https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>).

Para auxiliar nas ações a serem efetivadas para o fortalecimento dos territórios um dos parâmetros utilizados é a cobertura da Estratégia de Saúde da Família por região de saúde, conforme tabela abaixo. Nela observa-se o atual cenário de cobertura estado apresenta uma ótima cobertura em todas as regiões.

**Tabela 03** - Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família por Região de Saúde.

Região de Saúde	População	Qt. E AP fin.	Qt. E SF fin.	Qt. Cadastros eAP fin.	Qt. Cadastros eSF fin.	Qt. Total de cadastros (lim. pop. IBGE)	Cob. APS
1ª	1.336.175	1	375	532	971.529	949.193	71,03%
2ª	307.517	0	133	0	315.284	299.307	97,33%
3ª	198.338	0	87	0	207.987	196.760	99,2%
4ª	114.111	0	51	0	112.525	108.672	95,24%
5ª	114.323	0	49	0	126.823	114.323	100%
6ª	239.548	0	102	0	246.624	233.002	97,26%
7ª	148.467	0	72	0	154.902	145.616	98,01%
8ª	119.599	1	48	6	116.167	1148.439	95,67%
9ª	178.797	0	85	0	183.437	175.625	98,22%
10ª	118.110	0	59	0	123.191	118.110	100%
11ª	85.509	0	41	0	79.944	79.944	93,49%
12ª	176.715	0	81	0	197.563	176.715	100%
13ª	60.792	0	27	0	63.388	57.155	94,01%
14ª	154.096	0	65	0	171.298	154.026	99,95%
15ª	151.796	0	69	0	156.534	147.512	97,17%
16ª	556.022	0	182	0	449.401	440.842	79,28%

Fonte: e-gestor Atenção Básica

Dado gerado em: 10 de maio de 2022 - 15:57h

Os dados apresentados na tabela 03 referem-se à cobertura da Atenção Primária à Saúde-APS e contempla as equipes de Atenção Primária - eAP e equipes de Saúde da Família - eSF, financiadas pelo Ministério da Saúde-MS, estratificadas por Região de Saúde, no estado da Paraíba.

Oportuno ressaltar que neste ano de 2022 o Ministério da Saúde alterou a fórmula de cálculo para mensuração das coberturas, motivo pelo qual justifica-se a queda no dessas coberturas ao comparadas com os anos anteriores, o que não caracteriza a diminuição no

quantitativo geral de equipes, pelo contrário, em 2021 o estado possuía 1.471 equipes de Saúde da Família - ESF e 01 equipe de Atenção Primária - eAP na competência dezembro (fonte: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>).

Os dados de cobertura representam o cenário atual, podendo sofrer alterações a cada competência.

### **11.2 Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h**

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, como raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o paciente chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas.

Na Paraíba todas as propostas de UPAS foram aprovadas antes de 2014. Sendo assim, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 3, art. 73 a 93 ainda é definida de acordo com a descrição abaixo:

**UPA Porte I (Opção III):** tem 07 leitos de observação e 02 leitos de urgência. Capacidade de atender até 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes.

**UPA Porte II (Opção V):** 11 leitos de observação e 03 leitos de urgência. Capacidade de atender até 300 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes.

**UPA Porte III (Opção VIII):** 15 leitos de observação e 04 leitos de urgência. Capacidade de atender até 450 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes.

Em todo Estado da Paraíba, existem em funcionamento 17 Unidades de Pronto Atendimento 24h, conforme o quadro abaixo:

**Quadro 02 – Unidades de Pronto Atendimento em Funcionamento.**

<b>Município</b>	<b>Nome da UPA</b>	<b>Porte</b>	<b>Gerência</b>	<b>Situação</b>
Cajazeiras	Upa Dra Valeria Macambira Guedes	I	Estadual	em funcionamento
Guarabira	Upa de Guarabira	I	Estadual	em funcionamento
Monteiro	Upa Joaquina Pires Barbosa Henrique	I	Municipal	em funcionamento
Pombal	Upa de Pombal	I	Municipal	em funcionamento
Princesa Isabel	Upa de Princesa Isabel	I	Estadual	em funcionamento
Santa Rita	Upa Santa Rita	I	Estadual	em funcionamento
João Pessoa	Upa Oceania	II	Municipal	em funcionamento
João Pessoa	Upa Celio Pires De Sa	II	Municipal	em funcionamento
João Pessoa	Upa Cruz das Armas	II	Municipal	em funcionamento
João Pessoa	Upa Bancários	II	Municipal	em funcionamento
Bayeux	Upa Bayeux	I	Municipal	em funcionamento
Piancó	Upa 24 Horas	I	Municipal	em funcionamento
Campina Grande	Upa 24hs Dr Maia	III	Municipal	em funcionamento
Campina Grande	UPA 24hs Dinâmica	II	Municipal	em funcionamento
Sousa	Upa Sousa	II	Municipal	em funcionamento
Patos	Upa 24hs Patos – Bairro de Jatobá	I	Municipal	em funcionamento
Ingá	Upa Ingá	I	Municipal	em funcionamento

Fonte: Plano da Rede de Urgência e Emergência/SES-PB.

### **11.3 Atenção Hospitalar**

A rede hospitalar dispõe de 33 unidades, sendo 15 unidades na primeira Macro, 06 unidades na Segunda Macro e 12 na terceira Macro, em sua maioria com porta aberta atendendo fluxo de demanda espontânea e oferecendo serviços de baixa, média e alta complexidade, onde se organizam em 12 gerências regionais para a articulação de ofertas de serviços de saúde, atendimento das necessidades e qualidade da assistência prestada dentro da Rede de Atenção à Saúde do estado da Paraíba.

Entendendo que a maioria dos casos tem evolução leve e sem internação, segue abaixo referências assistenciais para, nesse momento, dos casos graves, gestantes e crianças que necessitarem de internação devem solicitar via regulação médica para as referências abaixo elencadas:

**Tabela 04** - Referências para Casos Graves de Monkeypox

	<b>1ª MACRO</b>	<b>2ª MACRO</b>	<b>3ª Macro</b>
<b>Adultos</b>	Complexo Hospitalar Clementino Fraga - JP	HUAC – CG e Hospital de Taperoá	Hospitais Regionais de Pombal e Sousa
<b>Crianças</b>	Hospital Valentina - JP	HUAC - CG	HUJB - CZ
<b>Gestantes</b>	HULW - JP	Hosp. de Queimadas- CG	Maternidade Peregrino Filho e Hosp. Regional de Cajazeiras

Fonte: SES-PB.

De acordo com o cenário epidemiológico dos casos no Estado, poderá ser rediscutido o número de leitos para os casos graves, ampliando oferta. No momento, os hospitais da rede estadual estará dispostos com o quantitativo a seguir: Hospital de Queimadas, Hospital Regional de Cajazeiras e de Sousa estarão com 1 leito de isolamento dispostos no Plano de Contingencia, já o Complexo Hospitalar Clementino Fraga, Maternidade Peregrino Filho, Hospital Regional de Pombal e Hospital de Taperoá estarão com 2 (dois) leitos para o mesmo fim.

## **12. REGULAÇÃO DO ACESSO**

A regulação do acesso é o instrumento de gestão responsável por propiciar o ajuste da oferta às necessidades imediatas da população, sendo assim, considerar-se-á os pontos de atenção dispostos no item 11 como possíveis solicitantes onde serão regulados, segundo fluxo regulatório próprio de cada hospital de referência disposto, em caso dos pacientes apresentarem sinais de gravidade, sendo necessário a internação hospitalar do paciente com Monkeypox.

## 13. AÇÕES DE CADA EIXO

### 13.1 Vigilância em Saúde

#### 13.1.1 Vigilância epidemiológica

- Monitorar eventos e rumores na imprensa, redes sociais e junto aos serviços de saúde.
- Emitir Notas, Boletins e demais documentos norteadores para as Secretarias Municipais de Saúde sobre a situação epidemiológica Estadual, Nacional e global, com orientações para medidas de prevenção e controle para Monkeypox.
- Monitorar o comportamento dos casos de Monkeypox nos sistemas de informação da rede, para permitir avaliação de risco e apoiar a tomada de decisão.
- Realizar avaliação de risco e análise do perfil epidemiológico de MPX para pautar a gestão na elaboração de documentos norteadores e tomadas de decisão.
- Sensibilizar a rede de vigilância e atenção à saúde organizadas sobre a situação epidemiológica do país e as ações de enfrentamento.
- Revisar as definições de vigilância sistematicamente, diante de novas evidências ou recomendações da OMS e Ministério da Saúde.
- Elaborar orientações para trabalhadores, em especial do setor saúde e articular a divulgação.
- Notificar, investigar e monitorar casos suspeitos de Monkeypox conforme a definição de caso estabelecida, no devido sistema de informação orientado pelo MS.
- Notificar imediatamente, em até 24 horas, pelos profissionais de saúde de serviços públicos ou privados, conforme Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975 e Portaria nº 1.102, 13 de maio de 2022, por meio dos canais de comunicação do Ministério da Saúde, disponíveis 24 horas por dia.
- Articular com a rede de serviços públicos e orientar os privados de atenção à saúde o aprimoramento e a detecção de possíveis casos suspeitos nos serviços de saúde.
- Realizar a comunicação de casos confirmados à Organização Mundial da Saúde por meio do Ponto Focal do Regulamento Sanitário Internacional - RSI.
- Realizar rastreamento de contatos de casos confirmados de Monkeypox.

**PARA NOTIFICAÇÃO DE NOVOS CASOS:** A ficha de notificação está disponível em: <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=ER7Y39373K>

### **13.1.2 Vigilância laboratorial**

Os resultados laboratoriais vinculados às ações da vigilância epidemiológica complementam o diagnóstico de confirmação de casos suspeitos e como ação estratégica para o cenário atual da doença. O controle da disseminação é a ação estratégica para o momento.

A Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP) vem implementando ações específicas para fortalecer e ampliar a capacidade de resposta laboratorial para o processo de investigação dos casos suspeitos de Monkeypox, a saber:

→ LACEN Estadual - Encaminhar amostras para o diagnóstico laboratorial para MPXV para os Laboratórios de Referência (LR).

→ Monitorar e avaliar o processo de diagnóstico laboratorial do MPXV: utilizando o Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (Sistema GAL).

→ Estabelecer e monitorar, em parceria com a vigilância epidemiológica, atenção primária e rede especializada, os fluxos para diagnóstico laboratorial do MPXV a serem realizados junto à RNSLP.

→ Promover a articulação entre a rede de assistência à saúde, pública ou privada, junto aos laboratórios da RNLSP sobre os fluxos e os processos de coleta, acondicionamento e transporte das amostras de casos suspeitos de MPX.

### **13.1.3 Vigilância do óbito**

#### **Classificação e codificação no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**

→ Atribuir o código B04 (Variola dos macacos [Monkeypox]), contido no Capítulo I da CID-10, na classificação e codificação das causas de morte no contexto da Monkeypox, no âmbito do SIM, conforme orientado na Nota Informativa 118/2022/CGIAE/DAENT/SVS/MS.

→ Analisar as causas diretas e fatores determinantes do óbito.

#### **Serviços de Verificação do Óbito (SVO):**

→ Adotar medidas de biossegurança no SVO - NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 03/2022.

→ Observar os casos passíveis de serem recebidos pelos SVOs, que constam de óbitos ocorridos em residências, instituições de longa permanência e via pública;

→ Fornecer orientações aos familiares/responsáveis sobre manuseio e limpeza dos pertences dos falecidos, incluindo aquelas preconizadas para as demais doenças infecciosas com risco biológico 3, sobretudo utilizando-se solução clorada [0,5%] ou outro saneante desinfetante que seja regularizado junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

→ Envolver o corpo em dois lençóis de tecido e após, acondicioná-lo em saco plástico para cadáver, impermeável e biodegradável (equipe de remoção);

→ Orientar as equipes de atendentes/secretariados do SVO à adoção do uso de máscara cirúrgica e luvas de procedimento descartáveis. O uso do álcool a 70 % na mobília e objetos de trabalho deve ser frequente;

→ Recomendar que os serviços de saúde, públicos e privados, NÃO enviem os casos de óbitos confirmados ou suspeitos de Monkeypox aos SVOs, a fim de minimizar o manuseio dos corpos com risco de contaminação das equipes;

→ Orientar aos SVO: Para os falecidos em unidades de saúde, suspeitos de Monkeypox, com lesões em pele e orofaringe, e se a coleta de material biológico não tiver sido realizada em vida, deve-se proceder à coleta post mortem no serviço de saúde, por meio de swab de pele e/ou orofaringe, para diagnóstico laboratorial e posterior investigação pela equipe de vigilância local. É necessário que cada localidade defina um fluxo de coleta e processamento dessas amostras;

→ Diante da necessidade do envio de corpos ao SVO, deve ser realizada a comunicação prévia ao gestor do serviço para certificação de capacidade para o recebimento e para informação de que se trata de caso suspeito de Monkeypox, necessitando, portanto, de equipamentos de biossegurança adequados por parte da equipe de remoção.

#### **Descarte de materiais e amostras biológicas:**

→ Orientar às equipes de que todos os EPIs e os materiais de coleta não reutilizáveis devem ser colocados em sacos de risco biológico para manuseio como resíduos infectantes, conforme normatização (RDC nº 222/2018);

→ Todos os equipamentos reutilizáveis devem ser limpos e desinfetados de acordo com os procedimentos operacionais padrão do serviço;

→ Todas as superfícies devem ser completamente limpas com solução clorada a 0,5% ou outro saneante desinfetante de alto nível regularizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

#### **13.1.4 Imunização**

→ Divulgar Estratégia Nacional de Vacinação Contra o vírus, com base no cenário epidemiológico e disponibilidade de imunobiológicos;

→ Divulgar documentos técnicos sobre a vacina;

→ Acompanhar e monitorar a logística e a distribuição para as vacinas Monkeypox, **quando houver**, e outros insumos, quando disponíveis.

→ Apoiar a adoção de políticas e ações de educação em saúde pública referente à vacinação contra a doença; → Apoiar e monitorar a operacionalização da vacinação contra a Monkeypox;

→ Garantir a implementação dos Sistemas de Informações em Saúde, para o registro das doses aplicadas da vacina Monkeypox;

→ Apoiar para o fortalecimento do registro das doses aplicadas da vacina Monkeypox que possibilitará o acompanhamento das coberturas vacinais e as taxas de abandono de forma oportuna.

#### **13.2 Assistência em Saúde**

→ Apoiar o funcionamento adequado e a oportuna organização da rede de atenção para atendimento aos casos de MPX.

→ Estimular os responsáveis pelos serviços de saúde a executarem seus protocolos, fluxos e rotinas para o acolhimento, notificação, atendimento, medidas de prevenção e controle, entre outros.

→ Estimular a organização dos municípios, e orientar quanto à importância do acolhimento, reconhecimento precoce e controle de casos suspeitos ou confirmados para a infecção humana pelo MPX na rede pública e privada.

→ Orientar os gestores de municipais de saúde pública sobre a importância de implementar medidas de prevenção e controle para MPX.

→ Promover a articulação da rede assistencial e laboratorial (públicos e privados) para coleta, acondicionamento e transporte oportunos e adequados das amostras para diagnóstico laboratorial.

→ Levantar a disponibilidade nos hospitais de referência de leitos de internação com isolamento e leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI com isolamento para casos graves.

→ Apoiar a elaboração de fluxos assistenciais para o itinerário do paciente e desenvolvimento das atividades pelos profissionais na avaliação e monitoramento dos casos suspeitos ou confirmados de MPX, objetivando a redução do risco de transmissão da doença.

→ Apoiar a divulgação de diretrizes de manejo clínico dos pacientes.

→ Apoiar na divulgação de diretrizes de manejo de grupos vulneráveis e população de atenção, incluindo crianças, gestantes e pessoas imunodeprimidas.

→ Apoiar a divulgação da atualização das diretrizes de manejo clínico

→ Reforçar as orientações para prevenção e controle da Monkeypox nos serviços de saúde (medidas de precaução; higiene das mãos; isolamento de pacientes; outros componentes das precauções a serem seguidos no atendimento a pacientes com Monkeypox suspeita ou confirmada; implementação de controles de engenharia e medidas administrativas; gerenciamento de resíduos, etc.) conforme recomendação da Anvisa (Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA N° 03/2022)

→ Adotar estratégias de comunicação efetivas com os trabalhadores, que facilitem a divulgação e o acesso às informações, protocolos e fluxos sobre medidas de prevenção ao Monkeypox;

→ Manter rotina de monitoramento das medidas adotadas e, sempre que surgir novos casos, verificar a necessidade de mudança nos protocolos adotados;

→ Propiciar espaços de compartilhamento e ações conjuntas entre os Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), a equipe de Controle de Infecção Hospitalar e dos Núcleos de Segurança do Paciente, no sentido de ofertar informações e orientações complementares e alinhadas;

→ Revisar periodicamente os fluxos e protocolos internos e de manejo clínico, considerando a constante atualização das normativas da ANVISA, Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde.

### **13.3 Assistência farmacêutica e pesquisa clínica**

→ Monitorar o estoque Estadual dos medicamentos com atividade antiviral para MPXV, adquiridos de forma centralizada pelo MS, no âmbito da assistência farmacêutica, **caso disponível**

→ Elaborar as pautas de distribuição e remanejamentos dos medicamentos com atividade antiviral para MPXV adquiridos de forma centralizada pelo MS no âmbito da

assistência farmacêutica, caso disponível. → Monitorar dados de efetividade dos medicamentos.

→ Monitorar os dados de farmacovigilância.

→ Monitorar os dados de reação.

#### **13.4 Gestão**

→ Promover e articular junto às áreas da Secretaria de Estado da Saúde e outros órgãos o desenvolvimento das ações de prevenção e controle da infecção humana pelo MPXV.

→ Elaborar e divulgar materiais informativos sobre MPX por meio de campanhas e de canais de comunicação;

→ Promover um fluxo de comunicação constante e de fácil entendimento, atendendo os diferentes públicos e maneira oportuna e eficaz, com informações atualizadas e baseadas em dados e evidências científicas.

→ Divulgar materiais informativos sobre MPX por meio de campanhas publicitárias e de canais diretos de comunicação;

→ Estabelecer e disponibilizar orientações e diretrizes específicas com as informações e linguagem mais apropriadas para diferentes públicos (trabalhadores de saúde, gestores, imprensa, população em geral, dentre outros), de maneira a informar sobre a MPX.

→ Divulgar dados atualizados sobre o status da disseminação da doença no Estado, bem como atualizar orientações, documento de dúvidas frequentes (FAQ) e outras informações de relevância sobre MPXV em página de web específica.

→ Elaborar e divulgar Boletins Epidemiológicos com periodicidade para atualização da situação epidemiológica do Estado e das ações de enfrentamento.

→ Promover capacitações para notificação dos casos em formulário específico para MPX.

→ Promover capacitações sobre diagnóstico e manejo clínico, e laboratorial de MPX.

→ Promover capacitações para atualização dos profissionais de saúde para a gestão clínica e laboratorial dos casos.

→ Buscar parcerias com outras instituições (governamentais, do setor produtivo, sociedades médicas e de pesquisa, sociedade civil, dentre outras) para apoio na divulgação dos materiais produzidos e/ou desenvolvimento de ações conjuntas de comunicação.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **NOTA TÉCNICA Nº 46/2022-CGPAM/DSMI/SAPS/MS** - Nota Técnica de recomendações sobre Monkeypox no Ciclo Gravídico-puerperal. Ministério da Saúde, Brasília. Data de publicação: 01/08/2022. Disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220801\\_O\\_SEIMS-0028381567-NotaTecnicaGraviadsMonkeypoxfinal\\_1567282545601784855.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220801_O_SEIMS-0028381567-NotaTecnicaGraviadsMonkeypoxfinal_1567282545601784855.pdf)

BRASIL. **Plano de Contingência Nacional para Monkeypox** - Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública: COE Monkeypox. Ministério da Saúde, Brasília. Atualizado dia 09/08/2022. Disponível em: [file:///C:/Users/NDTA/Downloads/PLANO%20DE%20CONTINGENCIA%20NACIONAL%20PARA%20MONKEYPOX-%201%C2%AA%20ed%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/NDTA/Downloads/PLANO%20DE%20CONTINGENCIA%20NACIONAL%20PARA%20MONKEYPOX-%201%C2%AA%20ed%20(1).pdf)

BRASIL. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2022**. Orientações para prevenção e controle da Monkeypox nos serviços de saúde – atualizada em 02/06/2022. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: [https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvimsggtes-dire3-anvisa-no-03-2022-orientacoes-para-prevencao-e-controle-da-Monkeypox-nosservicos-de-saude-2013-atualizada-em-02-06-2022\).](https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvimsggtes-dire3-anvisa-no-03-2022-orientacoes-para-prevencao-e-controle-da-Monkeypox-nosservicos-de-saude-2013-atualizada-em-02-06-2022))

ECDC. **European Centre for Disease Prevention and Control. Monkeypox multi-country outbreak** – 23 May 2022. ECDC: Stockholm; 2022. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Monkeypox-multi-countryoutbreak.pdf>. Acesso em 15 ago 2022

ECDC. **European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Monkeypox, Joint Epidemiological overview**, 03 August, 2022. Disponível em: <https://monkeypoxreport.ecdc.europa.eu/>. Acesso em 15 ago 2022.

Our World in data – **Monkeypox**. Extraído em 22 ago 2022 às 09:00h. Disponível em: <https://ourworldindata.org/Monkeypox>.

PARAÍBA. **NOTA NORMATIVA Nº 01 - SES/GEVS em 15 de agosto de 2022** - Monitoramento do Monkeypox virus (MPXV) em laboratórios privados da Paraíba.

WHO. **World Health Organization. Monkeypox**. Disponível em: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/monkeypox>. Acesso em 15 ago 2022.

WHO. **World Health Organization. Monkeypox meter**. Disponível em: <https://www.monkeypoxmeter.com/> Acesso em: 22 ago 2022