



# ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2022**

**ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA  
MONKEYPOX NOS SERVIÇOS DE SAÚDE – atualizada  
em 02/06/2022.**

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde GVIMS/GGTES/DIRE3/Anvisa  
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde GGTES/DIRE3/Anvisa  
Terceira Diretoria – DIRE3/Anvisa  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa

**Brasília, 31 de maio de 2022**

Atualizada em 02 de junho de 2022

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2022  
ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA MONKEYPOX  
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE – 02/06/2022

**Diretor-Presidente**

Antônio Barra Torres

**Chefe de Gabinete**

Karin Schuck Hemesath Mendes

**Diretores**

Alex Machado Campos

Antônio Barra Torres

Cristiane Rose Jourdan Gomes

Meiruze Sousa Freitas

Romison Rodrigues Mota

**Adjuntos de Diretor**

Daniela Marreco Cerqueira

Fabiana Barini Rodrigues Alves

Juvenal de Souza Brasil Neto

Patrícia Oliveira Pereira Tagliari

Suzana Yumi Fujimoto

**Terceira Diretoria – DIRE3/Anvisa**

Diretora: Cristiane Rose Jourdan Gomes

**Gerente Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES/DIRE3/Anvisa**

Renata Faria Pereira Hurtado

**Gerente de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS/GGTES/DIRE3/Anvisa**

Magda Machado de Miranda Costa

**Elaboração:**

**Equipe Técnica GVIMS/GGTES**

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

André Anderson Carvalho

Andressa Honorato Miranda de Amorim

Cleide Felícia de Mesquita Ribeiro

Daniela Pina Marques Tomazini

Heiko Thereza Santana

Humberto Luiz Couto Amaral de Moura

Lilian de Souza Barros

Luciana Silva da Cruz de Oliveira

Magda Machado de Miranda Costa

Mara Rúbia Santos Gonçalves

Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira

**Revisão:**

Caroline Gava - CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Denise Brandão de Assis - Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE/CCD/SES/SP

Fernanda Santos Bordalo - CGEMSP/DSASTE/SVS/MS

Geraldine Maldalosso - Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE/CCD/SES/SP

Patrícia Gonçalves Carvalho- CGPNI/DEIDT/SVS/MS

**AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA**

É permitida a reprodução parcial ou total deste documento, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta Nota Técnica é da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	4
TRANSMISSÃO .....	7
SINAIS E SINTOMAS .....	8
VIGILÂNCIA .....	9
DIAGNÓSTICO .....	9
IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CASOS E CONTATOS DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	10
TRATAMENTO E VACINAÇÃO .....	12
ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA MONKEYPOX NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	13
PREPARAÇÃO PARA A CRISE: PLANO DE CONTINGÊNCIA .....	13
MEDIDAS DE PRECAUÇÃO .....	15
HIGIENE DAS MÃOS.....	20
ISOLAMENTO DE PACIENTES .....	203
OUTROS COMPONENTES DAS PRECAUÇÕES A SEREM SEGUIDOS NO ATENDIMENTO A PACIENTES COM MONKEYPOX SUSPEITA OU CONFIRMADA .....	26
OUTRAS MEDIDAS GERAIS DE PREVENÇÃO .....	277
IMPLEMENTAÇÃO DE CONTROLES DE ENGENHARIA E MEDIDAS ADMINISTRATIVAS	2929
GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS .....	29
COLETA E TRANSPORTE DE AMOSTRAS LABORATORIAIS .....	31
REFERÊNCIAS .....	333

**Alteração dessa versão da Nota Técnica: 02/06/2022**

Páginas 29 e 30 – Gerenciamento de resíduos: texto destacado em cinza

## INTRODUÇÃO

A Monkeypox, também conhecida como varíola dos macacos, é uma zoonose viral (vírus transmitido aos seres humanos a partir de animais) com sintomas semelhantes aos observados no passado em pacientes com varíola, porém com uma apresentação clínica de menor gravidade. Foi descoberta em 1958, quando dois surtos de uma doença semelhante à varíola ocorreram em colônias de macacos mantidos para pesquisa, daí o nome "Monkeypox". O primeiro caso humano da Monkeypox foi registrado em 1970 na República Democrática do Congo, durante um período de esforços intensificados para eliminar a varíola.

Desde então, a Monkeypox foi relatada em humanos em outros países da África Central e Ocidental. A declaração de erradicação da varíola nas Américas se deu em 1973, na 22ª reunião do Conselho Diretor da OPAS e, em 1980, com a declaração de erradicação da varíola no mundo foi estabelecido a não obrigatoriedade da vacinação no Brasil. Desde então, a Monkeypox emergiu como o ortopoxvírus mais importante para a saúde pública. A Monkeypox ocorre principalmente na África central e ocidental, muitas vezes nas proximidades de florestas tropicais, e tem aparecido cada vez mais em áreas urbanas. Os hospedeiros animais incluem uma variedade de roedores e primatas não humanos.

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

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

Desde 1970, casos humanos de Monkeypox foram relatados em 11 países africanos: Benin, Camarões, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Gabão, Costa do Marfim, Libéria, Nigéria, República do Congo, Serra Leoa e Sudão do Sul. Nos anos de 1996 e 1997, foi relatado um surto na República Democrática do Congo com uma taxa de mortalidade de casos mais baixa e uma taxa de ataque mais alta do que o normal. Foi encontrado um surto concomitante de varicela (causado pelo vírus da varicela, que não é um ortopoxvírus) e varicela dos macacos, o que poderia explicar mudanças reais ou aparentes na dinâmica de transmissão neste caso. Desde 2017, a Nigéria passou por grandes surtos, com mais de 500 casos suspeitos e mais de 200 casos confirmados e uma taxa de mortalidade de aproximadamente 3%.

A Monkeypox é uma doença de importância para a saúde pública global, sendo endêmica nos países da África Ocidental e Central e apresentando casos confirmados em países não endêmicos. Em 2003, o primeiro surto de Monkeypox fora da África ocorreu nos Estados Unidos da América e estava relacionado ao contato com cães de estimação dos casos infectados. Esses animais de estimação foram alojados com ratos e arganazes da Gâmbia, importados de Gana. Este surto levou a mais de 70 casos nos EUA. Em anos mais recentes, a Monkeypox também foi relatada em viajantes oriundos da Nigéria em Israel (2018), no Reino Unido (2018, 2019, 2021 e 2022), em Cingapura (2019) e nos Estados Unidos da América (2021).

Em 15 de maio de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada de 4 casos confirmados de Monkeypox do Reino Unido. Dois dias depois, dois outros países relataram casos: Portugal e Suécia. Todos os casos não relataram história de viagem para uma área endêmica e não houve ligação entre os casos relatados em diferentes países. Em 20 de maio de 2022 já havia 11 países com casos notificados:

Austrália, Bélgica, Canadá, França, Alemanha, Itália, Portugal, Espanha, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos da América.

Até o momento, a região das Américas, notificou três casos de Monkeypox, no Canadá (2) e nos Estados Unidos da América (1). Esses casos não têm histórico recente de viagem para países endêmicos da África Ocidental ou Central tendo, a maioria dos casos iniciais, sido detectados em clínicas de saúde sexual.

O cenário geográfico dos casos na Europa sugere que a transmissão pode estar em andamento por algum tempo, portanto, a ocorrência de casos adicionais em outros países não pode ser descartada. É importante destacar que nenhum óbito associado foi relatado até o momento.

A OMS acredita que outros casos da Monkeypox serão identificados à medida que a vigilância se expande em países não endêmicos. Atualmente, há informações epidemiológicas e laboratoriais limitadas, e o número de casos relatados provavelmente está subestimado, em parte devido aos seguintes fatores:

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

As ações imediatas se concentram em informar aqueles que podem estar em maior risco de infecção com informações precisas, a fim de impedir uma maior disseminação. As evidências atuais disponíveis sugerem que os indivíduos que estão em maior risco são aqueles que tiveram contato físico próximo com pessoas sintomáticas.

Diante desse cenário mundial, e da possibilidade de surgimento de casos de Monkeypox no Brasil, a Anvisa, como coordenadora nacional das ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde elaborou esta Nota Técnica com o objetivo de orientar os serviços de saúde do país sobre a necessidade de implementar medidas de preparação e resposta com base na prevenção e controle da transmissão da Monkeypox dentro desses serviços, a partir

do conhecimento que se tem até o momento. Atualizações poderão ser publicadas, assim que novas evidências forem identificadas.

## TRANSMISSÃO

A Monkeypox é transmitida principalmente por meio de contato direto ou indireto com sangue, fluidos corporais, lesões de pele ou mucosa de animais infectados. A transmissão secundária, ou seja, de pessoa a pessoa, pode ocorrer por contato próximo com secreções respiratórias infectadas, lesões de pele de uma pessoa infectada ou com objetos e superfícies contaminados.

A transmissão por gotículas respiratórias geralmente requer contato pessoal prolongado, o que coloca os profissionais de saúde, membros da família e outros contatos próximos de pessoas infectadas em maior risco. No entanto, a cadeia de transmissão documentada mais longa em uma comunidade aumentou nos últimos anos de 6 para 9 infecções sucessivas de pessoa a pessoa. Isso pode refletir o declínio da imunidade em todas as comunidades devido à cessação da vacinação contra a varíola.

Embora o contato físico próximo, ou seja, contato íntimo, seja um fator de risco observado na transmissão dos casos confirmados nos países não endêmicos, a transmissão sexual nunca foi descrita. Desta forma, estudos são necessários para entender melhor esse risco.

A transmissão vertical ou durante o contato próximo no pós-parto também pode ocorrer.

O período de transmissão da doença se encerra quando as crostas das lesões desaparecem.

## SINAIS E SINTOMAS

O período de incubação (intervalo desde a infecção até o início dos sintomas) da Monkeypox é geralmente de 6 a 13 dias, podendo variar de 5 a 21 dias.

Clinicamente, a infecção pode ser dividida em dois períodos:

- **O período febril (entre os dias 0 e 5):** caracterizado por febre, cefaleia intensa, adenopatia (inchaço dos gânglios linfáticos), dor nas costas, mialgia (dores musculares) e astenia intensa (falta de energia). A adenopatia é um sinal importante para o diagnóstico diferencial da Monkeypox com outras doenças que podem apresentar sintomatologia semelhante como a varicela e o sarampo);
- **O período de erupção cutânea (entre 1 e 3 dias após o início da febre):** quando aparecem as diferentes fases da erupção cutânea, que geralmente afeta primeiro o rosto e depois se espalha para o resto do corpo. As áreas mais afetadas são a face (em 95% dos casos), as palmas das mãos e as plantas dos pés (em 75% dos casos). Também são afetadas as mucosas orais (em 70% dos casos), genitália (30%) e conjuntiva (20%), bem como a córnea. A erupção evolui sequencialmente de máculas (lesões com base plana) para pápulas (lesões firmes levemente elevadas), vesículas (lesões cheias de líquido claro), pústulas (lesões cheias de líquido amarelado) e crostas, o que ocorre em cerca de 10 dias e após isso essas crostas secam e caem. O número de lesões é variado. Em casos graves, as lesões podem coalescer até que grandes porções de pele se desprendam.

A Monkeypox é geralmente uma doença autolimitada com os sintomas que duram de 2 a 4 semanas. Casos graves ocorrem mais comumente entre crianças e estão relacionados à extensão da exposição ao vírus, estado de saúde do paciente e natureza das complicações. As deficiências imunológicas subjacentes podem levar a resultados piores.

Embora a vacinação contra a varíola tenha sido protetora no passado, hoje pessoas com menos de 40 ou 50 anos de idade (dependendo do país) podem



ser mais suscetíveis à Monkeypox devido à cessação das campanhas de vacinação contra a varíola em todo o mundo após a erradicação da doença.

As complicações da Monkeypox podem incluir infecções secundárias, broncopneumonia, sepse, encefalite e infecção da córnea com consequente perda de visão.

Historicamente, a taxa de letalidade da Monkeypox variou de 0 a 11% na população em geral e tem sido maior entre as crianças. Nos últimos tempos, a taxa de mortalidade de casos foi de cerca de 3%.

## VIGILÂNCIA

Todos os profissionais de saúde que atuam em qualquer tipo de serviço de saúde (atenção primária, ambulatorios, consultórios, clínicas, hospitais, etc) devem estar atentos aos pacientes que apresentam erupção cutânea aguda que progride em estágios sequenciais de máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas que são frequentemente associadas a febre, adenopatia e mialgia.

Os casos suspeitos, incluindo trabalhadores de saúde potencialmente expostos, devem ser imediatamente notificados, conforme orientações do Ministério da Saúde, para que ações oportunas possam ser implementadas.

Para sistematizar as ações de vigilância, os serviços de saúde devem seguir as orientações de notificação, bem como as definições de casos estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico diferencial clínico que deve ser considerado inclui outras doenças exantemáticas, como varicela, sarampo, infecções bacterianas da pele, escabiose (sarna), sífilis e reações alérgicas. A adenopatia durante o estágio prodromico da doença pode ser uma característica clínica para distinguir a Monkeypox da varicela ou de outras doenças ou agravos.

No Brasil, ocorre a vaccinia bovina, causada pela “vaccinia vírus”, conhecida como varíola bovina cujos sintomas e lesões na pele são muito semelhantes ao quadro descrito para a Monkeypox. A vaccinia bovina, portanto, é um diagnóstico a ser pensado em um contexto epidemiológico apropriado. As lesões de herpes (labial, genital ou zoster) se assemelham às daquelas da Monkeypox e também devem ser consideradas no diagnóstico diferencial.

No momento, a confirmação laboratorial será feita por teste molecular (q-PCR) seguido da técnica de sequenciamento.

## **IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CASOS E CONTATOS DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

O rastreamento e identificação de contatos, educação sobre medidas de prevenção da transmissão dessa doença dentro dos serviços de saúde, bem como o seu controle são medidas fundamentais de saúde pública para controlar a propagação da Monkeypox. Além de permitir a interrupção da transmissão, também pode evitar que pessoas com maior risco desenvolvam doenças graves pela identificação precoce de sua exposição.

Caso seja identificado um caso suspeito no serviço de saúde, deve-se iniciar imediatamente o rastreamento e a identificação de contatos, a fim de ser estabelecido medidas necessárias para prevenção da disseminação desse vírus para outras pessoas.

### **Definição de contato**

Um contato é definido como uma pessoa que foi exposta em diferentes contextos a um caso suspeito ou confirmado de Monkeypox durante o período infeccioso, desde o início dos sintomas do caso até que todas as crostas das lesões cutâneas tenham caído.

Em relação ao contato, se deve considerar as seguintes situações:

- Contato direto com pessoa com Monkeypox suspeita ou confirmada (ex: diálogo a menos de 1m de distância sem uso de máscara, contato direto com secreções, feridas/erupções cutâneas, contato físico sem a posterior higiene das mãos, contato sexual, etc.);
- Contato com materiais e superfícies contaminados, como roupas, termômetros ou roupas de cama de pessoa suspeita ou confirmada;
- 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/PPF2 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.

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

Observação 2: Um contato que desenvolva sinais/sintomas iniciais diferentes de erupção cutânea deve ser isolado e observado de perto quanto a sinais de erupção cutânea nos próximos 7 (sete) dias. Se nenhuma erupção se desenvolver, o contato pode retornar ao monitoramento da temperatura pelo restante dos 21 dias. Se o contato desenvolver uma erupção cutânea, eles devem ser isolados ou auto isolados, conforme apropriado, devem ser totalmente avaliados como um caso suspeito e uma amostra deve ser coletada para análise laboratorial para testar a Monkeypox.

## Rastreamento de contatos

Recomenda-se que o serviço de saúde defina estratégias para o monitoramento de contatos (seja pacientes ou profissionais de saúde) a cada 24 horas para observar o aparecimento de sinais e sintomas por um período de 21 dias desde o último contato com um paciente durante o período infeccioso.

Os sinais e sintomas incluem dor de cabeça, febre, calafrios, dor de garganta, mal-estar, fadiga, lesões maculopapulares na pele e linfadenopatia. Os contatos devem ter sua temperatura verificada pelo menos duas vezes por dia.

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, na função de visitante ou acompanhante, antes do período de 21 dias. Além disso, contatos domiciliares de pessoas com Monkeypox suspeita ou confirmada não devem ir ao serviço na função de visitante ou acompanhantes.

Se um contato desenvolver erupção cutânea, deve ser isolado e avaliado como caso suspeito e uma amostra deve ser coletada para análise laboratorial para detecção da Monkeypox.

## TRATAMENTO E VACINAÇÃO

Não existem tratamentos específicos para a infecção pelo vírus da Monkeypox. Os sintomas dessa doença geralmente desaparecem naturalmente. É importante cuidar da erupção deixando-a secar ou cobrindo-a com um curativo úmido para proteger a área afetada, se necessário. Deve-se orientar o paciente a evitar tocar em feridas na boca ou nos olhos. Além disso, os cuidados clínicos para pacientes hospitalizados com Monkeypox devem ser totalmente otimizados para aliviar os

sintomas, gerenciar complicações e prevenir sequelas a longo prazo, além das medidas de prevenção de infecções secundárias.

A vacinação contra a varíola demonstrou ajudar a prevenir ou atenuar a doença e proteger contra a Monkeypox, com uma eficácia de 85%. As pessoas vacinadas contra a varíola demonstraram, no passado, ter alguma proteção contra Monkeypox. No entanto, deve-se notar que a vacinação contra a varíola terminou em 1980; depois disso, a doença foi declarada erradicada.

Porém, as vacinas contra a varíola não estão mais disponíveis no mercado para a população geral e como os casos da Monkeypox são raros, a vacinação universal não é indicada, até porque, hoje, não existem vacinas contra Monkeypox registradas no Brasil.

## **ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA TRANSMISSÃO DA MONKEYPOX NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **PREPARAÇÃO PARA A CRISE: PLANO DE CONTINGÊNCIA**

É recomendável que o serviço de saúde elabore e implemente um Plano de Contingência contendo ações estratégicas para o enfrentamento de possíveis casos de Monkeypox, incluindo o gerenciamento dos recursos humanos e materiais.

Além disso, deve ser estruturada a vigilância para esta doença, de forma a captar a possível ocorrência de casos suspeitos ou confirmados vindos da comunidade ou de dentro do próprio serviço de saúde. Para isso, é necessário seguir as orientações contidas nessa Nota Técnica e as que são publicadas pela Sala de Situação, implantada em 23/05/2022, no âmbito do Ministério da Saúde.

Sugere-se que estruturas dos serviços de saúde como Serviço/Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH/CCIH), Núcleo de Epidemiologia Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), atuem conjuntamente com representantes das equipes multiprofissionais dos setores/unidades, do Serviço Especializado de Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMT) da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), de representantes dos trabalhadores e da direção do serviço, de forma que configurem um Comitê Estratégico de Crise, responsável por elaborar, implementar e monitorar o Plano de Contingência.

Esse Plano deve definir as ações práticas necessárias para o enfrentamento dessa situação de crise dentro do serviço, entre as quais: vigilância e gestão de dados de pacientes e profissionais infectados ou contatos de casos; notificação de casos, elaboração e implantação de protocolos clínicos e fluxos de trabalho (triagem de pacientes e profissionais suspeitos e infectados, afastamento e retorno laboral de profissionais positivos, entre outros); comunicação interna para todos os profissionais da instituição; capacitação e divulgação de protocolos, fluxos e uso adequados de EPIs; monitoramento dos profissionais quanto à adesão às ações implementadas; monitoramento diário de suprimentos; além de mecanismos que promovam a sensibilização de toda equipe do serviço de saúde sobre ações que devem ser tomadas para o enfrentamento dessas infecções.

É importante que o serviço monitore, periodicamente, a implementação e a adesão às ações do Plano de Contingência, a fim de realizar os ajustes e melhorias necessárias. O monitoramento do Plano também favorece a detecção de pontos de melhoria, como, por exemplo, reforçar orientações para um determinado grupo de profissionais do hospital, readequação de fluxos, ações emergenciais em casos de escassez de recursos materiais e humanos, etc. Esse monitoramento e os ajustes no plano de contingência também devem levar em conta a situação epidemiológica do momento, bem como todo o aprendizado e experiências adquiridos ao longo do tempo ou disseminadas por outras instituições.

## MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

O manejo adequado dos casos deve ser estabelecido para evitar a transmissão nosocomial, com fluxo adequado da triagem para as salas de isolamento (em qualquer nível de atenção), evitando contato com outros pacientes em salas de espera ou quartos com pacientes internados por outros motivos.

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 e devem ser implementadas em TODOS os atendimentos, independente do diagnóstico do paciente.

As precauções padrão envolvem o uso de EPIs, de acordo com a avaliação de risco de exposição a sangue e outros fluidos ou secreções corporais, a higiene das mãos, a limpeza e desinfecção de superfícies, o manuseio seguro de produtos para saúde e roupas, além do seu reprocessamento, o descarte adequado de resíduos, entre outros componentes.

Dessa forma, além das **precauções padrão**, que devem ser implementadas para qualquer paciente em todos os serviços de saúde, e considerando a forma de transmissão da Monkeypox, durante a assistência a pacientes com suspeita ou confirmação dessa doença, deve-se implementar adicionalmente as seguintes precauções:

## 1. Precauções para contato + Precauções para gotículas

As **precauções para contato** visam a prevenção da transmissão da monkeypox por contato direto e indireto, dessa forma, envolve, entre outras medidas, o isolamento do paciente, o uso de avental e luvas toda vez que o profissional tocar ou manipular pacientes, além de produtos e superfícies utilizadas pelo mesmo.

Já as **precauções para gotículas** visam prevenir a transmissão da Monkeypox por meio de gotículas respiratórias, que possuem tamanho maior que 5 µm e podem atingir a via respiratória alta, ou seja, mucosa das fossas nasais e mucosa da cavidade bucal. Esse tipo de precaução envolve o isolamento do paciente e requer o uso de máscara cirúrgica toda vez que o profissional de saúde que for prestar assistência a uma distância inferior a 1 metro ou quando adentrar no quarto/área de isolamento do paciente, entre outras medidas.

Em resumo, durante a assistência a pacientes com Monkeypox suspeita ou confirmada, **deve-se implementar as precauções padrão, juntamente com as precauções para contato e para gotículas**, o que envolve entre outras orientações, a higiene das mãos (água e sabonete OU preparações alcoólicas) e o uso correto dos EPIs: óculos de proteção ou protetor facial, avental, máscara cirúrgica, luvas de procedimentos e isolamento do paciente (preferencialmente, em um quarto privativo).



## 2. Precauções para contato + para aerossóis (em algumas situações específicas\*\*)

**As precauções para aerossóis** (que são partículas menores (<5 µm e mais leves que as gotículas, que permanecem suspensas no ar por longos períodos e, quando inaladas, podem penetrar mais profundamente no trato respiratório) envolvem, o isolamento do paciente, preferencialmente em uma unidade de proteção respiratória, e o uso de máscara N95/PFF2 ou equivalente pelos profissionais responsáveis pela assistência.

Devido a possibilidade de alguns procedimentos realizados em pacientes com Monkeypox gerarem aerossóis, como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias, etc, orienta-se que durante a realização desses procedimentos, as precauções para gotículas sejam substituídas pelas precauções para aerossóis. Nesse caso, o profissional de saúde deve substituir a máscara cirúrgica pela máscara N95/PFF2 ou equivalente.

Em resumo, durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis em pacientes com Monkeypox suspeita ou confirmada, **deve-se implementar as precauções padrão, juntamente com as precauções para contato e para aerossóis**, o que envolve entre outras orientações, a higiene das mãos (água e sabonete OU preparações alcoólicas) e o uso correto dos EPIs: óculos de proteção ou protetor facial, avental, máscara N95/PFF2 ou equivalente, luvas de procedimentos e isolamento do paciente (preferencialmente, em um quarto privativo).

## Atenção:

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

A Anvisa publicou cartazes contendo orientações sobre as medidas de precauções, que podem ser acessados no link: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz\\_precaues.pdf/view](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_precaues.pdf/view)

### Precaução Padrão

Devem ser seguidas para TODOS OS PACIENTES, independente da suspeita ou não de infecções.



**Higienização das mãos**      **Luvas e Avental**      **Óculos e Máscara**      **Caixa perfuro-cortante**

- **Higienização das mãos:** lave com água e sabonete ou fricção as mãos com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue ou secreções.
- Use luvas apenas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.
- Descarte, em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.

Fonte: GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA

## Precaução de Contato



Higienização das mãos



Avental



Luvas



Quarto privativo

- **Indicações:** infecção ou colonização por microrganismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, etc.
- Use luvas e avental durante toda manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

Fonte: GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA

## Precauções para Gotículas



Higienização das mãos



Máscara Cirúrgica  
(profissional)



Máscara Cirúrgica  
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

- **Indicações:** meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

Fonte: GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA

Em situações em que há a geração de aerossóis (precauções para aerossóis):

## Precauções para Aerossóis



Higienização das mãos



Máscara PFF2 (N-95)  
(profissional)



Máscara Cirúrgica  
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

■ **Precaução padrão:** higienize as mãos antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, descarte adequadamente os perfuro-cortantes.

■ Mantenha a porta do quarto SEMPRE fechada e coloque a máscara antes de entrar no quarto.

■ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros pacientes com infecção pelo mesmo microrganismo. Pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.

■ O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

Fonte: GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA

## HIGIENE DAS MÃOS

Os profissionais de saúde que atendem pacientes com Monkeypox suspeita ou confirmada devem realizar a correta higiene das mãos, utilizando água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%, seguindo os 5 momentos para a higiene das mãos em serviços de saúde,

## Como Fazer a Fricção Antisséptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?



1a 1b  
 Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



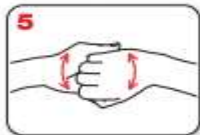
2  
 Friccione as palmas das mãos entre si.



3  
 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4  
 Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais.



5  
 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice-versa.



6  
 Friccione o polegar esquerdo, com o azelão da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7  
 Friccione as polpas digitais e urugas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



8  
 Enxágue bem as mãos com água.

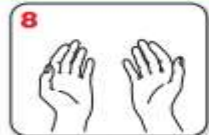


9  
 Seque as mãos com papel toalha descartável.



10  
 No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.

20-30 seg.

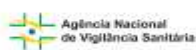


8  
 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

40-60 seg.



11  
 Agora, suas mãos estão seguras.



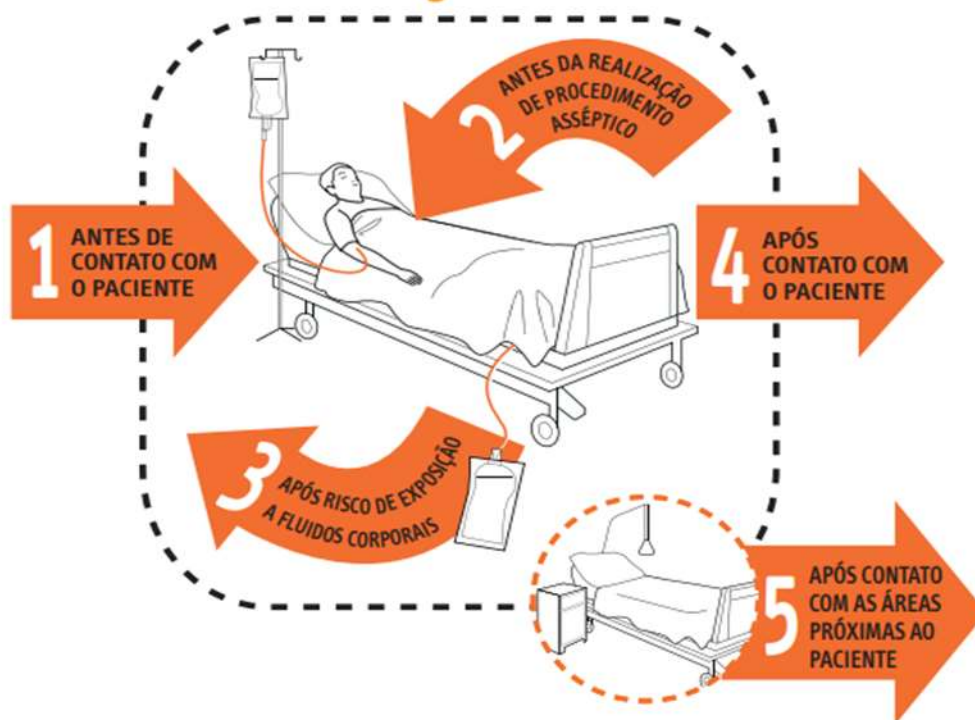
A Organização Mundial da Saúde tomou todas as precauções cabíveis para verificar a informação contida neste informativo. Entretanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer garantia expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso deste material é do leitor. A Organização Mundial da Saúde não se responsabilizará em hipótese alguma pelos danos provocados pelo seu uso.

A OMS agradece ao Hospital Universitário de Genebra (HUG), em especial aos membros do Programa de Controle de Infecção, pela participação ativa no desenvolvimento deste material.

Fonte: GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2022  
 ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA MONKEYPOX  
 NOS SERVIÇOS DE SAÚDE - 02/06/2022

# Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



<b>1</b> ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
<b>2</b> ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
<b>3</b> APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
<b>4</b> APÓS CONTATO COM O PACIENTE	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
<b>5</b> APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobiliário e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

WORLD ALLIANCE  
for PATIENT SAFETY

Organização  
Pan-Americana  
da Saúde

SUS

ANVISA  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ministério  
da Saúde

World Health  
Organization

Fonte: GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2022  
ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA MONKEYPOX  
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE - 02/06/2022

## ISOLAMENTO DE PACIENTES

A acomodação dos casos suspeitos ou confirmados de Monkeypox deve ser realizada, preferencialmente, em um quarto privativo com porta fechada e bem ventilado (ar condicionado que garanta a exaustão adequada ou janelas abertas). Deve-se reduzir a circulação de pacientes e profissionais ao mínimo possível.

**Observação:** Os procedimentos que podem gerar aerossóis devem ser realizados, preferencialmente, em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (*High Efficiency Particulate Arrestance*). Na ausência desse tipo de unidade, deve-se colocar o paciente em um quarto individual bem ventilado (ar condicionado que garanta a exaustão adequada ou janelas abertas), com portas fechadas e restringir o número de profissionais no local durante estes procedimentos.

O paciente deve ser orientado a usar uma máscara cirúrgica bem ajustada à face, cobrindo nariz e boca, seguir a higiene respiratória e a etiqueta da tosse e cobrir as lesões expostas quando outras pessoas estiverem no quarto/área e quando o transporte for necessário.

### Implementação de Coortes

Considerando a possibilidade do aumento do número de casos de pacientes suspeitos ou confirmados da Monkeypox, para casos que requerem hospitalização, quartos individuais ou áreas de coorte (pacientes confirmados com confirmados, suspeitos com suspeitos) com ventilação adequada e banheiros designados são recomendados. Recomenda-se ainda a adoção de coorte de profissionais (se

possível, equipes exclusivas para atendimento preferencial desses pacientes a cada turno). O isolamento e as precauções adicionais baseadas na transmissão devem continuar até a resolução da erupção vesicular.

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

### **Outras Orientações para o Quarto de Isolamento ou Área de Coorte**

Os serviços de saúde devem manter um registro de todas as pessoas que prestam assistência direta ou entram nos quartos ou áreas de assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de Monkeypox.

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

O acesso deve ser restrito aos profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente.

Imediatamente antes da entrada do quarto, enfermaria, área de isolamento ou área de coorte, devem ser disponibilizadas:



- Condições para higiene das mãos: dispensador de preparação alcoólica a 70% e lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual.
- EPI apropriado, conforme descrição acima.
- Mobiliário para guarda e recipiente apropriado para descarte de EPIs.

**ATENÇÃO:** Ressalta-se que mesmo nas áreas de isolamento, os profissionais de saúde devem remover o avental e luvas após cada atendimento, não sendo permitido o uso de um mesmo avental ou luvas para atendimento de mais de um paciente. E lembre-se, sempre após a remoção desses EPIs, deve-se realizar a higiene das mãos.

### **Duração do Isolamento**

As precauções específicas (contato, gotículas ou aerossóis) e o isolamento de pacientes com Monkeypox deve ser implementados até o completo desaparecimento das crostas das lesões e uma nova camada de pele tenha se formado, pois esse é o período em que se encerra o período de transmissibilidade da doença. No entanto, mesmo após esse período deve-se manter as precauções padrão.

Caso seja descartada a suspeita de Monkeypox, deve-se ajustar as precauções e o isolamento de acordo com a forma de transmissão da doença diagnosticada.

## OUTROS COMPONENTES DAS PRECAUÇÕES A SEREM SEGUIDOS NO ATENDIMENTO A PACIENTES COM MONKEYPOX SUSPEITA OU CONFIRMADA

- Sempre que possível, equipamentos e produtos para saúde utilizados na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Monkeypox devem ser de uso exclusivo no paciente, como no caso de estetoscópios, esfigmomanômetro e termômetros. Caso não seja possível, todos os produtos para saúde utilizados nestes pacientes devem ser limpos e desinfetados ou esterilizados (de acordo com a sua finalidade) antes de serem utilizados em outros pacientes. Considerando que se trata de uma doença cuja forma de transmissão também ocorre por meio do contato, orienta-se, considerando as precauções para contato, que todos os produtos para saúde utilizados pelo paciente sejam submetidos a no mínimo desinfecção, mesmo produtos classificados como não críticos.
- Os pacientes e acompanhantes devem ser orientados a não compartilhar pratos, copos, talheres, toalhas, roupas, roupas de cama ou outros itens com outras pessoas.
- Os profissionais devem ser orientados quanto aos cuidados ao manusear equipamentos usados na assistência ao paciente de forma a evitar a contaminação da pele e das roupas.
- Os profissionais devem ser orientados a certificar-se de que produtos e equipamentos usados no paciente foram limpos e reprocessados de forma correta e segura, antes de serem utilizados em outros pacientes.
- Os profissionais devem ser orientados quando aos cuidados ao manusear roupas sujas (por exemplo, roupas de cama, toalhas, roupas pessoais) para evitar o contato com o material da lesão. A roupa suja nunca deve ser sacudida ou manuseada de forma que possa dispersar partículas infecciosas. Deve ser

aconditionada e encaminhada para a unidade de processamento de roupas de serviços de saúde. Não há necessidade de descarte de roupas utilizadas por pacientes suspeitos ou confirmados. Seguir as orientações do Manual de Processamento de roupas de serviços de saúde, publicado pela Anvisa: [https://www.anvisa.gov.br/servicosauade/manuais/processamento\\_roupas.pdf](https://www.anvisa.gov.br/servicosauade/manuais/processamento_roupas.pdf)

- Garantir que os procedimentos estejam sendo realizados de forma correta para a limpeza e a desinfecção de superfícies ambientais no local de atendimento ao paciente. Devem ser utilizados produtos saneantes devidamente regularizados junto à Anvisa (ainda não há recomendações especiais para este vírus). Siga as recomendações do fabricante para concentração, tempo de contato e cuidado no manuseio e as orientações contidas no Manual de Limpeza e desinfecção de superfícies publicado pela Anvisa: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-de-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf/view>

## OUTRAS MEDIDAS GERAIS DE PREVENÇÃO

Os serviços de saúde devem elaborar, disponibilizar de forma escrita e manter disponíveis, normas e rotinas dos procedimentos envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Monkeypox, tais como: fluxo dos pacientes dentro do serviço de saúde, procedimentos de colocação e retirada de EPIs, procedimentos de remoção e processamento de roupas/artigos e produtos utilizados na assistência, rotinas de limpeza e desinfecção de superfícies, rotinas para remoção dos resíduos, entre outros.

Os profissionais envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Monkeypox devem ser capacitados quanto às medidas de prevenção que devem ser adotadas.

Além disso, essas outras medidas devem ser implementadas:

- Deve-se limitar o número de acompanhantes de pacientes suspeitos ou confirmados de Monkeypox apenas àqueles essenciais para o bem-estar físico ou emocional do paciente, aos garantidos por lei e aos que podem ajudar no cuidado do paciente (por exemplo, cuidadores treinados).
- Recomenda-se a suspensão de visitas ao paciente infectado. As liberações de visitas devem ser muito bem avaliadas pela equipe assistencial e SCIH/CCIH do serviço de saúde.
  - Incentivar o uso de mecanismos alternativos para interação entre pacientes e visitantes, como aplicativos de videochamadas em telefones celulares ou tablets (atentar para a higienização desses dispositivos entre os usos, caso sejam ofertados pelo próprio serviço de saúde).
  - Nas unidades pediátricas deve-se desencorajar a troca de acompanhantes, além de evitar visitas para crianças.
  - Estabelecer procedimentos para orientar, monitorar e gerenciar todos os acompanhantes, que contemplem:
    - instruções para o uso de máscaras faciais em todos os locais do serviço de saúde e higiene frequente das mãos;
    - restrição de circulação dentro do serviço, mantendo-se somente ao quarto/box do paciente ou áreas designadas pelo serviço;
    - informações para uso apropriado de EPIs, de acordo com a política atual de acompanhantes da instituição.
    - Orientar o acompanhante a não tocar ou segurar no colo outras crianças, no caso das unidades pediátricas.
  - Fornecer instruções, antes da entrada dos acompanhantes nos quartos/áreas/box dos pacientes, sobre higiene das mãos, superfícies limitadas de serem tocadas e uso de EPI, de acordo com a política atual do serviço de saúde.

## IMPLEMENTAÇÃO DE CONTROLES DE ENGENHARIA E MEDIDAS ADMINISTRATIVAS

Recomenda-se projetar e instalar controles de engenharia para reduzir ou eliminar as exposições, protegendo o profissional e pacientes de indivíduos infectados.

Alguns exemplos de controles de engenharia podem incluir:

- Adaptação dos ambientes com espaço apropriado para disponibilizar os EPIs e facilitar a paramentação e desparamentação dos profissionais;
- Barreiras ou partições físicas para orientação e atendimento dos pacientes/acompanhantes;
- Adoção de divisórias entre pacientes nas áreas compartilhadas.

Além disso, recomenda-se a adoção de algumas medidas administrativas para evitar aglomeração de pessoas nas áreas comuns como, por exemplo, refeitórios, copas, lanchonetes e salas de descanso/repouso; instalação de marcações e sinalizadores para o controle do distanciamento entre profissionais, pacientes e acompanhantes dentro dos serviços de saúde.

## GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

De acordo com o que se sabe até o momento, a Monkeypox pode ser enquadrada como **Classe de risco 3** (alto risco individual e moderado risco para a comunidade): Família Poxviridae – Gênero Orthopox – Monkeypox (varíola do macaco), seguindo a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos, publicada em 2017, pelo Ministério da Saúde

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao\\_risco\\_agentes\\_biológicos\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao_risco_agentes_biológicos_3ed.pdf): *Inclui os agentes biológicos que possuem capacidade de transmissão, em especial por via respiratória, e que causam doenças em humanos ou animais potencialmente letais, para as quais existem usualmente medidas profiláticas e terapêuticas. Representam risco se disseminados na comunidade e no meio ambiente, podendo se propagar de pessoa a pessoa.*

Portanto, todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de Monkeypox devem ser enquadrados no **Grupo A - Subgrupo A1**, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018, disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/assuntos/noticias-anvisa/2018/confira-nova-regra-sobre-residuos-de-servicos-de-saude> :

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

Ressalta-se ainda, que conforme a RDC/Anvisa nº 222/2018, os serviços de saúde devem elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, que é o documento que aponta e descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente.

## COLETA E TRANSPORTE DE AMOSTRAS LABORATORIAIS

Amostras coletadas de pessoas com suspeita de Monkeypox devem ser manuseadas com segurança por pessoal treinado que trabalha em laboratórios devidamente equipados.

As regulamentações nacionais e internacionais sobre o transporte de substâncias infecciosas devem ser rigorosamente seguidas durante o acondicionamento das amostras e transporte para os laboratórios de referência.

Os laboratórios de referência devem ser informados com antecedência sobre o envio dessas amostras para que possam minimizar o risco aos trabalhadores do laboratório. Dessa forma, é importante verificar as orientações do Ministério da Saúde, quanto aos laboratórios de referência e a sistemática que deve ser seguida para o envio de amostras para esses laboratórios.

## **ATENÇÃO!**

Esta Nota Técnica (NT) apresenta medidas de prevenção e controle de infecções considerando informações disponíveis até o momento, podendo, portanto, ser atualizada ao surgimento de novas evidências científicas.

Porém, os profissionais de saúde ou os serviços de saúde brasileiros podem determinar ações de prevenção e controle **MAIS RIGOROSAS** que as definidas nesta NT, a partir de uma avaliação caso a caso e de acordo com a sua realidade e recursos disponíveis.

Ainda é importante destacar, que os SCIH/CCIHs tem autonomia para determinar outras ações de prevenção e controle de IRAS, bem como adaptar as orientações contidas nesta NT, considerando as características do serviço, dos seus pacientes e dos recursos disponíveis, de forma a melhorar a segurança do paciente e dos profissionais que atuam no serviço de saúde.



## REFERÊNCIAS

1. OPAS/OMS. Epidemiological Alert Monkeypox in non-endemic countries. Publicado em 20 de maio de 2022
2. Ministério da Saúde. Comunicado de Risco – Rede CIEVS, Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde - Número 06, publicado em 22 de maio de 2022
3. ECDC. Epidemiological update: monkeypox outbreak. Publicado em 20 de maio de 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3a6zrqx>
4. WHO Regional Office for Europe. Statement - Investigations ongoing into atypical cases of monkeypox now reported in eight countries in Europe. Publicado em 20 de maio de 2022. Disponível em <https://bit.ly/3wwu2Ss>
5. United Kingdom Health Security Agency (UKHSA). Monkeypox cases confirmed in England – Última Atualização: 20 de maio de 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3wyFcq2>
6. Public Health Agency of Canada. Public Health Agency of Canada confirms 2 cases of monkeypox. Publicado em 19 de maio de 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3G7Kyf4>
7. United States Centers for Disease Control and Prevention (US CDC). CDC and health partners responding to monkeypox case in the United States. Publicado em 18 de maio de 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3wloByE>
8. Massachusetts Department of Public Health press release. United States. Massachusetts public health officials confirm case of monkeypox. Publicado em 18 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3PyD4px>
9. The Control of Communicable Diseases. 20th Edition. Dr David Heymann, Editor. 2015. American Public Health Association.
10. WHO. Monkeypox. Disponível em: <https://bit.ly/3sPybyO>
11. WHO. Monkeypox outbreak toolbox. Última atualização: junho de 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3lz59iA>
12. WHO. Disease Outbreak News, Monkeypox. Disponível em: <https://bit.ly/3Lzu546>
13. WHO. Weekly Epidemiological Report (WER) No. 11, 16 de março de 2018, Occurrence of monkeypox in West and Central Africa 1970-2017. Disponível em: <https://bit.ly/3yPHsul>
14. US CDC. Monkeypox and smallpox vaccine guidance. Disponível em: <https://bit.ly/3lxql90>
15. UK Health Security Agency. Guidance Monkeypox: background information. The epidemiology, symptoms, diagnosis and management of monkeypox virus infections. Última atualização em 24 e maio de 2022. Disponível em: <https://www.gov.uk/guidance/monkeypox>

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 48 p.
17. WHO. Multi-country monkeypox outbreak in non-endemic countries: Update. Publicado em 29 de maio de 2022. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON388>