



Vírus Mpox (MPXV) é um vírus DNA de fita dupla do gênero Orthopoxvirus, que inclui o vírus da varíola humana, da família Poxviridae. • É uma zoonose cujo reservatório natural é desconhecido, mas estudos são necessários para identificar os reservatórios e como a circulação é mantida na natureza, tudo levando a crer que sejam roedores. Há 2 clados genéticos distintos na África: Clado I (anteriormente chamado clado Bacia do Congo) e Clado II (anteriormente chamado clado de África Ocidental).

## I. ASSISTENCIAL

### 1. TRANSMISSÃO E PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Transmitido por contato direto ou indireto com sangue, fluidos corporais, lesões de pele ou mucosa de animais infectados. Transmissão secundária - pessoa a pessoa, pode ocorrer por contato próximo com secreções respiratórias infectadas, lesões de pele de uma pessoa infectada ou objetos e superfícies contaminadas. Transmissão por gotículas requer contato próximo e prolongado entre o paciente e outras pessoas; profissionais da saúde sem uso de máscara, membros da família e outros contatos próximos apresentam maior risco. Transmissão vertical ou durante o contato próximo no pós-parto também pode ocorrer.

- Principais medidas de prevenção – uso de máscara, higiene de mãos, limpeza de superfícies.
- Período de incubação: tipicamente de 6 a 16 dias, mas pode chegar a 21 dias

### 2. QUADRO CLÍNICO

Quadro clínico dura entre 2 a 4 semanas. Lesões de pele associadas ou não a febre, calafrios, linfonodos doloridos, exaustão, mialgia, lombalgia, cefaleia, sintomas respiratórios como dor de garganta, congestão nasal, tosse.

Lesões podem ser únicas ou múltiplas. Outras manifestações e complicações como a ceratite, proctite, balanopostite, comprometimento visceral grave e manifestações cutâneo-mucosas exuberantes, nestes casos associadas a condições que favorecem a disseminação atípica como imunossupressão pelo HIV. Lesões uretrais podem evoluir com obstrução. Ausência de lesões de pele características em alguns casos, apenas lesão anal dolorosa e sanguínea ou mesmo lesão ocular. Coinfecção com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em alguns casos de transmissão por esta via

### 3. EVOLUÇÃO DAS LESÕES DE PELE

1. Lesões de pele evoluem de maneira uniforme, no geral dentro de 12 dias:-
2. Enantema – eventualmente, lesões aparecem na língua e cavidade oral
3. Máculas – 1 a 2 dias - lesões com base plana,
4. Pápulas – 1 a 2 dias - lesões firmes levemente elevadas,
5. Vesículas – 1 a 2 dias - lesões cheias de líquido claro,
6. Pústulas – 5 a 7 dias - lesões cheias de líquido amarelado, elevadas, geralmente redondas e firmes ao toque. Evoluem com umbilicação. Permanecem por aproximadamente 5 a 7 dias,
7. Crostas – ao final da segunda semana as pústulas evoluem para crostas, que permanecem por volta de 1 semana antes de cair.
8. Quando a crosta desaparece, a pessoa deixa de infectar outras pessoas, geralmente após 2-4 semanas. A suspensão do isolamento ocorre com queda de crostas + reepitelização de todas as lesões.

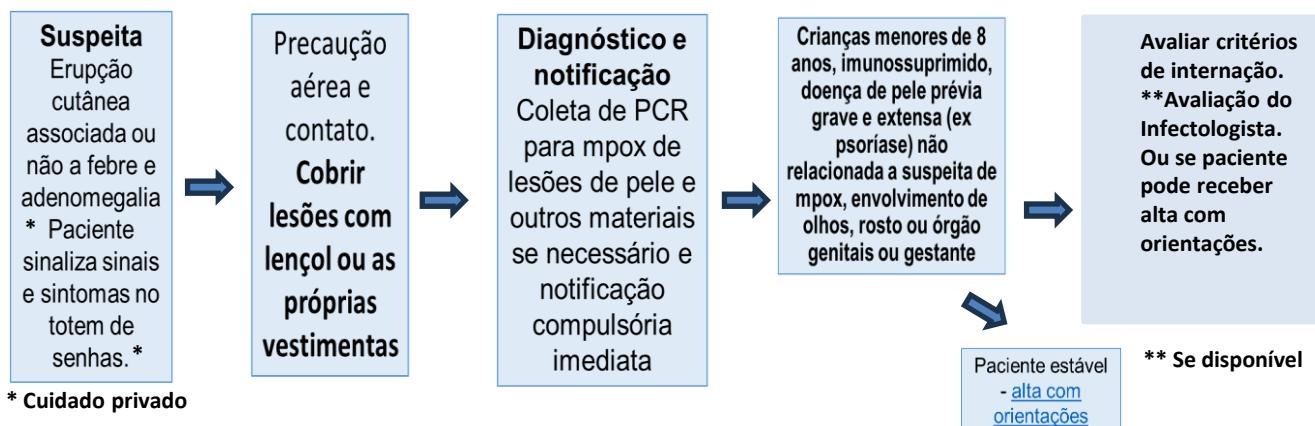
Acesse o atlas de lesões da OMS

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-Lesions-2023.1>

#### 4. CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Doenças de pele ativas que os colocam em maior risco de infecção disseminada, como dermatite atópica, doenças de pele esfoliativas ativas, como eczema, queimaduras, impetigo, infecção ativa pelo vírus varicela zoster, psoríase ou doença de Darier (ceratose folicular)
- Pacientes grávidas ou lactantes
- Crianças (< 18 anos)
- Lesões que afetam 25% ou mais da superfície corporal ou mais do que 100 lesões
- Doença que resulta em comprometimento das vias aéreas ou afeta o sistema nervoso
- Doença cardíaca (Ex: miocardite) e/ou neurológica, (Ex: encefalite)
- Infecção ocular ou periorbital, independentemente do tempo desde o início da infecção

#### Fluxograma de atendimento



#### 5. COMPLICAÇÕES

Infecções secundárias de pele, abscessos, broncopneumonia, sepse, encefalite, obstrução de vias aéreas superiores por linfonodomegalia em crianças, dor intensa de lesões, acometimento grave genital, anal e urinário como proctite e obstrução uretral, infecção ocular (ceratite, uveíte, etc.) com consequente perda de visão

#### 6. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Instabilidade clínica, sepse, encefalite, queda e perda da acuidade visual, presença de mais de 100 lesões; necessidade de controle da dor, 25 ou mais para a população vulnerável (gestantes, imunossuprimidos e crianças com menos de oito anos de idade).

**Obs:** Pacientes com estabilidade clínica deverão ser orientados a seguirem as orientações domiciliares e informados de que a vigilância epidemiológica do município ou a Unidade Básica de Saúde entrará em contato para monitoramento.

#### 7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Varicela, escabiose, herpes zoster, sarampo, rubéola, zika, dengue, chikungunya, herpes simples, infecções bacterianas da pele, infecção gonocócica disseminada, sífilis primária ou secundária, cancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso (poxvirus), reação alérgica

#### 8. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

O médico que está realizando o atendimento deverá preencher a ficha de notificação compulsória presente no link em até 24 horas: <https://cevesp.saude.sp.gov.br/notifica/monkeypox>. Ao final do preenchimento ANOTAR O CÓDIGO GERADO. É obrigatório a apresentação deste número para a realização da coleta do exame



## 9. TIPO DE ATENDIMENTO

Atendimento consultórios: Encaminhar o código gerado do site ao final do registro online, um resumo do caso com o nome do paciente e número de prontuário aos seguintes e-mails: [scih.morumbi@einstein.br](mailto:scih.morumbi@einstein.br) (SCIH), e [laboexterno@einstein.br](mailto:laboexterno@einstein.br) (laboratório).

Atendimento UPA e internação: Após a realização da notificação obrigatória no site, registrar o código gerado ao final do preenchimentos no campo - Admissão Médica no Cerner

## 10. DIAGNÓSTICO

- O exame a ser realizado para o diagnóstico é o PCR
- O material clínico ideal para coleta é da lesão cutânea, que inclui:
- Esfregaço da superfície e/ou do exsudato da lesão,
- Atenção: Os esfregaços de lesões vesiculas e crostas não devem ser misturados no mesmo tubo.
- Swab retal quando dor anal e swab de orofaringe se presença de lesões orais

## 11. TRATAMENTO

- Na maioria das vezes, é suficiente a terapia medicamentosa por meio do uso de analgésicos e antipiréticos. Para casos mais graves, o uso de anti-inflamatórios não esteroidais e opioides (tramadol, codeína, morfina) pode ser necessário. Os anti-histamínicos podem ser utilizados em caso de prurido. Na presença de infecções bacterianas secundárias nas lesões de pele, deve-se considerar antibioticoterapia.
- Lesões higienizadas com água e sabonete. Não cobrir, salvo indicação clínica.
- Pode haver necessidade de avaliação da Proctologia, Urologia e Grupo de Dor para manejo de complicações e controle.

## 12. TRATAMENTO ESPECÍFICO - AVALIAR RISCO VERSUS BENEFÍCIO

O cidofovir é um análogo de nucleotídeo que inibe seletivamente a produção de DNA viral no CMV e em outros vírus da família herpes.

Demonstrou ser eficaz contra ortopoxvírus em estudos in vitro e em animais.

O CDC possui um protocolo do uso de cidofovir para o tratamento de ortopoxvírus.

Avaliar sempre a função renal pelo risco de nefrotoxicidade

**Dose do cidofovir:**

5 mg/kg IV infusão em 1 hora, uma vez por semana, durante 2 semanas, concomitante ao probenecida.

**-O uso do cidofovir deve ser usado de forma compassiva, necessita de termo de consentimento livre esclarecido assinado pelo paciente ou representante legal (pela eficácia não tão bem estabelecida).**

**-O tratamento específico deve ter o acompanhamento de um infectologista.**

**-O medicamento tecovirimat não está disponível para tratamento.**

**Terapia concomitante:**

Dose de probenecida: 2g via oral 3 horas antes de cada dose de cidofovir, seguidos de 1g 2 horas e 8 horas após o término da infusão de cidofovir (total 4g); administrar cada dose com alimentos para reduzir náuseas e vômitos relacionados ao medicamento.

Hidratação: O paciente deve receber pelo menos 1 litro de solução salina a 0,9% por via intravenosa antes de cada infusão; administrar em 1 a 2 horas; um segundo litro pode ser administrado em 1 a 3 horas no início da infusão de cidofovir ou imediatamente após a infusão, se tolerado.

## 13. PREVENÇÃO

A principal forma de proteção contra a mpox é a prevenção. Evitar o contato direto com pessoas com suspeita ou confirmação da doença. E no caso da necessidade de contato (por exemplo: cuidadores, profissionais da saúde, familiares próximos e parceiros, etc.) utilizar luvas, máscaras, avental e óculos de proteção. Pessoas com suspeita ou confirmação da doença devem cumprir isolamento imediato, não compartilhar objetos e material de uso pessoal, até o término do período de transmissão de 21 dias.

**Vacinação**

• A estratégia de vacinação prioriza a proteção das pessoas com maior risco de evolução para as formas graves da doença.

**-Vacinação pré exposição:**

Pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA): homens cismônigos, travestis e mulheres transexuais; com idade igual ou superior a 18 anos; e com status imunológico identificado pela contagem de linfócitos T CD4 inferior a 200 células nos últimos seis meses..

-Profissionais de laboratório que trabalham diretamente com *Orthopoxvirus* em laboratórios com nível de biossegurança 2 (NB-2), de 18 a 49 anos de idade.

**-Vacinação pós exposição:**

Pessoas que tiveram contato direto com fluidos e secreções corporais de pessoas suspeitas, prováveis ou confirmadas para mpox, cuja exposição seja classificada como de alto ou médio risco, conforme recomendações da OMS

#### 14. REFERÊNCIAS

- [1] COE Monkeypox (2022) — Ministério da Saúde
- [2] <https://www.cdc.gov/monkeypox>
- [3] Petersen E, Kantele A, Koopmans M, et al. Infect Dis Clin of North Am 2019, 33:1027-1043
- [4] <https://www.who.int › monkeypox>
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil. Coordenação-Geral de Saúde Perinatal e Aleitamento Materno. Plano de Contingência Nacional para Monkeypox. 09 ago. 2022.
- [6] Stittelaar KJ, Neyts J, NaeSENS L, et al. Nature 2006, 439: 745–748.
- [7] Andrea M. McCollum AM, Damon IK. CID.2014;15: 260-267.
- [8] Di Giulio DB, Eckburg PB. Lancet Infect Dis 2004; 4: 15–25.
- [9] Andrei G, Snoeck R. Viruses . 2010; 22;2(12):2803–2830.
- [10] <https://reference.medscape.com/drug/cidofovir-342606#0>

<b>Código Documento:</b> CPTW494.1	<b>Elaborador:</b> Moacyr Silva Junior	<b>Revisor:</b> Fernando Ramos de Mattos	<b>Aprovador:</b> Andrea Maria Novaes Machado	<b>Data de Elaboração:</b> 12/02/2026	<b>Data de Aprovação:</b> 13/02/2026