



**CARTILHA CONJUNTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA E
DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA SOBRE A NOVA
EPIDEMIA DE “Monkeypox”.**

Karin M. Jaeger Anzolch, MD, MSc, PhD, TiSBU*

Alexandre Rodrigues da Silva, PhD**

Alfredo Felix Canalini, MD, MSc, TiSBU***

Alberto Chebabo, MD****

Roni de Carvalho Fernandes, MD, PhD, TiSBU.*****

*Diretora de Comunicação da SBU

**Primeiro Secretario da SBI

***Presidente da SBU

****Presidente da SBI

**Vice-presidente da SBU

29 de julho de 2022.

CONTEÚDO:

- 1. INTRODUÇÃO**
- 2. O QUE É A MONKEYPOX**
- 3. É UMA DOENÇA NOVA?**
- 4. COMO SE DÁ A TRANSMISSÃO**
- 5. COMO SE MANIFESTA**
- 6. DIAGNÓSTICO**
- 7. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS**
- 8. PREVENÇÃO E PROTEÇÃO**
- 9. TRATAMENTO**
- 10. BANCO DE IMAGENS**
- 11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS E SITES UTEIS**
- 12. NOTA TÉCNICA CONJUNTA DA SBU E SBI**

1. INTRODUÇÃO:

A **Sociedade Brasileira de Urologia** (SBU), juntamente com a **Sociedade Brasileira de Infectologia** (SBI) decidiram emitir conjuntamente essa breve cartilha dirigida aos médicos associados de ambas as Sociedades, à classe médica em geral e aos demais profissionais da saúde, tendo em vista:

1. A ocorrência atual de milhares de casos humanos de infecção pelo vírus *Monkeypox* em cerca de 80 países em todos os continentes.
2. O aumento crescente e exponencial no número de casos autóctones da doença, ou seja, que não foram importados, e cujas lesões se apresentam frequentemente na região anogenital, sendo a urologia e a infectologia duas das especialidades mais frequentemente consultadas.
3. O reconhecimento de MONKEYPOX como uma doença de **Emergência de Saúde Pública Internacional** pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no último dia 23 de julho de 2022 ([clique aqui](#)), em que apela a todos os países que auxiliem na detecção e bloqueio da cadeia de transmissão dessa doença.

1. O que é a Monkeypox

A doença, que foi identificada inicialmente em primatas não humanos, é ocasionada pelo vírus monkeypox da família Orthopoxvirus, mesma família da Varíola que teve seu último caso registrado no mundo em 1977. A Varíola, muito mais transmissível e grave que a Monkeypox, levou à morte pelo menos 30% das pessoas acometidas ao longo dos anos.

Após vitoriosa e exemplar campanha mundial com educação e vacinação em massa da população, em 1980 foi considerada erradicada do planeta, sendo sua vacinação interrompida. Alguns países já haviam encerrado anteriormente a

vacinação ainda na década de 1970. Hoje sabe-se que os indivíduos que foram imunizados contra a Varíola, têm proteção contra essa infecção em mais de 80% dos casos, podendo não desenvolver ou desenvolver formas mais leves da doença.

2. É uma doença nova?

Não. A Varíola dos Macacos foi detectada em humanos primeiramente nos anos 1970, e esteve por muito tempo restrita a pessoas que habitavam próximas às selvas da África, tratando-se de uma zoonose (doença animal com transmissão para humanos) sendo hospedeiros, além dos primatas não-humanos, outros animais incluindo roedores e outras espécies. Nesses casos, a transmissão se dá pelo contato com animais doentes, seja por feridas, secreções, ou mesmo ingestão de carnes e produtos mal-cozidos. Os surtos permaneceram ocorrendo na África, com casos relatados eventualmente em outros países, trazidos por viajantes ou moradores que visitaram esses locais. Comércio ilegal de animais exóticos também é um fator potencial de transmissão, devendo ser abolido. O que a diferencia de outros surtos, é o fato da ocorrência acelerada e simultânea de casos em várias localidades e países do mundo, configurando o cenário de uma epidemia, e a aparente eleição de comunidades de maior risco. Um dos fatores envolvidos na disseminação poderia ser a ausência do efeito protetor da antiga vacina da Varíola, pois quem tem hoje menos do que 40-50 anos – dependendo do país - não foi vacinado.

3. Como se dá a transmissão:

O vírus Monkeypox é um vírus de DNA de fita dupla envelopado que pertence ao gênero *Orthopoxvirus* da família *Poxviridae*, geralmente é transmitido por contato próximo, e possui duas cepas principais: a da África Central (Bacia do Congo), mais grave, com até 10% de mortalidade, e a cepa da África Ocidental, que tem uma taxa de mortalidade de em torno de 1%. No geral, a letalidade é

em torno de 3-6%, sendo mais grave em crianças e pessoas com alguma deficiência imunológica.

Monkeypox já era conhecida por ser endêmica em alguns países do continente africano, mas em maio deste ano teve maior visibilidade após um indivíduo ter retornado à Inglaterra contaminado depois de ter estado na Nigéria, um dos países onde a doença é endêmica, e desde então vemos a doença se espalhando para diversos outros países e continentes.

A transmissão entre humanos pode resultar de contato próximo pela via respiratória, lesões na pele de uma pessoa infectada ou objetos recentemente contaminados. A transmissão respiratória por gotículas coloca em maior risco os profissionais de saúde, membros da família e outros contatos próximos. A transmissão também pode ocorrer através da placenta, o que pode levar à varíola congênita ou pelo contato próximo durante e após o nascimento.

Embora a OMS relate que a doença tem sido muito mais frequentemente vista em homens que praticam sexo com homens (HSH), não está claro neste momento se pode ser transmitida especificamente através da via sexual, portanto, ainda não é classificada como uma IST (infecção sexualmente transmissível). Estudos são necessários para entender melhor esse risco.

Entretanto, a Monkeypox poderá ocorrer em qualquer indivíduo que tenha contato com uma pessoa infectada, através de lesões na pele e gotículas, que podem estar presentes mesmo em objetos compartilhados, como roupas de cama e toalhas, por isso tão importante é a detecção, isolamento e não compartilhamento de objetos. O período de incubação (tempo entre a contaminação até o aparecimento de sintomas) é geralmente de 5 a 21 dias.

4. Como se manifesta:

Após um período de incubação de 6 a 13 dias (podendo atingir 21 dias de intervalo), a doença inicia-se com dois períodos.

Primeiro período (0-5 dias) – caracterizado pela presença de sintomas gerais inespecíficos:

- Febre
- Mialgia
- Fadiga
- Cefaleia
- Astenia
- dor nas costas
- linfadenopatia

Segundo período (1-3 dias após a febre) – caracterizado pelo surgimento de erupções cutâneas (lesões na pele que tendem a evoluir para diferentes tipos):

- Máculas (manchas planas)

- Pápulas (lesões elevadas)

- Lesões bolhosas: que podem ser muito dolorosas necessitando até internação para analgesia. Essas podem romper ou se transformar em pústulas (bolhas amareladas com pus) e, depois que estouram, evoluindo para as crostas (lesões com cascas), todas infectantes.

Figura 1 – Exemplos de lesões cutâneas de Monkeypox



Vesícula inicial



Pequena pústula



Pústula umbilicada



Lesão ulcerada



Crostas



Crostas parcialmente removida

Crédito das imagens: UK Health Security Agency. Guidance Monkeypox: background information. The epidemiology, symptoms, diagnosis and management of monkeypox virus

infections. Last updated 24 June 2022. Disponível em <https://www.gov.uk/guidance/monkeypox#clinical-features>

Tradicionalmente, essas lesões, que podem ser algumas poucas até milhares, geralmente duram de 2 a 4 semanas, acometem a face, palma das mãos e planta dos pés, córnea (podendo levar à cegueira), regiões genitais (pelo menos 30% dos casos), incluindo pele e mucosas do ânus e boca que podem demorar para cicatrizar e, durante todo o tempo de lesão, o paciente permanece infectante. Podem ser muito dolorosas e podem coalescer, ocasionando perdas de pele em vastas áreas.

- Eventualmente pode ser acompanhada de sintomas e complicações gerais, incluindo respiratórias.

5. Diagnóstico

Como o quadro clínico pode se assemelhar ao de outras afecções, é bem provável que a doença seja subdiagnosticada e, portanto, subnotificada. Assim sendo, é importante que a comunidade e também os médicos e agentes de saúde mantenham um elevado índice de suspeição, sobretudo em casos de lesões bolhosas, pustulosas e com crostas. Na dúvida, o indivíduo deve permanecer isolado e não compartilhar os seus pertences enquanto tiver lesões, ainda que na fase de crostas e, sempre que possível, o teste confirmatório deve ser realizado (para diagnóstico, vá até o item 6).

O momento epidemiológico atual, com disseminação do vírus em diferentes regiões e países (incluindo o Brasil) exige que a definição de casos suspeitos seja mais sensível que específica, permitindo o diagnóstico mais precoce. Deste modo, sugerimos a simplificação do critério de caso suspeito de Monkeypox.

Definições de Monkeypox:

Caso suspeito: Indivíduo de qualquer idade que, a partir de 15 de março de 2022, apresente início súbito de erupção cutânea aguda sugestiva¹ de MPX, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital), associada ou não a adenomegalia ou relato de febre.

E

Histórico de contato íntimo com desconhecido/a(s) e/ou parceiro/a(s) casual(is), nos últimos 21 dias que antecederam o início dos sinais e sintomas;

Caso confirmado: Indivíduo que atende à definição de caso suspeito com resultado/laudo de exame laboratorial "Positivo/Detectável" para MPX por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento).

Por tratar-se de doença de notificação compulsória todo profissional de saúde deve notificar o caso suspeito e confirmado diretamente para a Vigilância Epidemiológica em seu estado ou município diretamente no link do Ministério da Saúde ([Acesse a Ficha de notificação para Monkeypox](#)). Deste modo, poderão orientá-lo para a adequada coleta de amostras clínicas para o diagnóstico.

¹ lesões profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central; e progressão da lesão através de estágios: máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas.

Pode ser confundido com outras doenças na prática clínica (por exemplo, sífilis secundária, herpes e varicela zoster). Há relatos esporádicos de pacientes coinfectados com o vírus MPX e outros agentes infecciosos (por exemplo, varicela zoster, sífilis), portanto, pacientes com erupção cutânea característica devem ser considerados para investigados, mesmo que outros testes sejam positivos.

6. Diagnósticos diferenciais

A evolução mais uniforme das lesões (lesões no mesmo estágio) difere da evolução não uniforme (lesões em diferentes estágios) mais frequente da varicela ou da sífilis, no entanto, ambas também devem ser investigadas como diagnóstico diferencial.

Outras doenças que fazem diagnóstico diferencial dependendo da lesão apresentada são: acne (espinha), herpes, rubéola, alergias, varicela, sífilis, outras dermatoses, doenças exantemáticas (com manchas de pele).

7. Como se proteger:

- Desde 2019 já existe vacina contra Monkeypox aprovada na União Europeia, Estados Unidos e Canadá, no entanto, não está amplamente disponível. De qualquer modo, mesmo quando disponibilizada no Brasil, a vacinação universal não será recomendada. Sua indicação deverá ocorrer para público com maior risco de exposição como pessoas com múltiplos parceiros sexuais e trabalhadores da saúde.
- Para homens que fazem sexo com homens (HSH) é recomendado reduzir o número de parceiros sexuais, reconsiderar o sexo com novos parceiros e outras condições de contato íntimo.
- Profissionais de saúde em atendimento de casos suspeitos ou confirmados de MPX devem implementar precauções padrão, de contato e de gotículas, o que inclui uso de proteção ocular, máscara cirúrgica, avental e luvas descartáveis. Durante a execução de procedimentos que geram aerossóis, os profissionais de saúde devem adotar máscara N95 ou equivalente. O isolamento e as precauções adicionais

baseadas na transmissão devem continuar até resolução completa das lesões, incluindo desaparecimento das crostas.

- Durante a internação hospitalar, pacientes confirmados ou suspeitos de MPX devem permanecer em quarto privativo (ou pelo menos coorte exclusiva de casos confirmados) com as devidas medidas de precaução de contato e gotículas.
- Contactantes domiciliares de casos suspeitos devem evitar contato com secreções, usar luvas descartáveis quando for descartar o lixo do paciente, higienizar as mãos com água e sabão, dando preferência ao papel-toalha para secá-las. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida. Limpar frequentemente as superfícies que são frequentemente tocadas com solução contendo água sanitária (incluindo banheiros e toaletes) e lavar roupas pessoais, roupas de cama e roupas de banho do paciente separadamente com sabão comum e água entre 60 e 90°C. Não sacudir roupas úmidas. Evitar compartilhamento de talheres, os quais devem ser lavados com água entre 60-90°C e sabão comum.
- Sempre que possível o caso suspeito ou confirmado deverá permanecer em uma área separada de outros membros da família ou a pelo menos 1 metro de distância. Dormir em cama separada. Cobrir as lesões de pele o máximo possível (por exemplo, com camisas com mangas compridas e calças compridas) para minimizar o risco de disseminação de Monkeypox. Utilizar máscara cirúrgica.

8. Tratamento

Não existem até este momento medicamentos específicos aprovados para tratamento de Monkeypox sendo indicado o tratamento com sintomáticos como medida a ser adotada em nosso país.

Por trata-se de infecção viral, o uso de antibióticos não deve ser rotineiro, estando indicado somente nas situações de infecção bacteriana secundária.

Nos casos de acometimento ocular, o uso tópico de esteróides para controlar a inflamação pode piorar o curso da doença e contribuir ainda mais para danos na córnea e persistência viral; no entanto, pode-se considerar tratamento com colírios para lubrificação conjuntival ou antibióticos tópicos.

9. BANCO DE IMAGENS



Crédito das imagens: UK Health Security Agency. Guidance Monkeypox: background information. The epidemiology, symptoms, diagnosis and management of monkeypox virus infections. Last updated 24 June 2022. Disponível em <https://www.gov.uk/guidance/monkeypox#clinical-features>



Área genital com rash e crostas. Mão com pústula



Mão com pústula



Dorso

(seta)

Crédito das imagens: Hammerschlag Yael, MacLeod Gina, Papadakis Georgina, Adan Sanchez Asiel, Druce Julian, Taiaroa George, Savic Ivana, Mumford Jamie, Roberts Jason, Caly Leon, Friedman Deborah, Williamson Deborah A, Cheng Allen C, McMahon James H. Monkeypox infection presenting as genital rash, Australia, May 2022. Euro Surveill. 2022;27(22):pii=2200411. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.22.2200411>



Conjunto de imagens: Lesões genitais por Monkeypox - No exame físico, observou-se erupção cutânea macular e linfadopatia dolorosa na área inguinal direita (Painel A), e duas lesões ulceradas e várias pústulas umbilicadas foram observadas no pênis (Painel B). Exemplos adicionais de lesões genitais de Monkeypox que foram observadas em outros pacientes são mostrados nos painéis C e D.

Crédito das imagens: Patrocinio-Jesus R, Peruzzi F. Monkeypox Genital Lesions. N Engl J Med 2022; 387:66. DOI: 10.1056/NEJMicm2206893

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS E SITES UTEIS

1. Card Situação Epidemiológica de Monkeypox no Brasil nº 09 SE 30 - 27-07-22
Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-monkeypox/atualizacao-dos-casos-no-brasil>
2. Monkeypox 2022 global epidemiology. Disponível em <https://www.monkeypox.global.health/>
3. Farahat RA, Sah R, El-Sakka AA, Benmelouka AY, et al. Human monkeypox Disease (MPX). Infez Med 2022 Jun; 30(3) (accepted, in press # 184 - 2022 R1)
4. CENTRAL / CIEVS - CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE INSTITUTO ADOLFO LUTZ SÃO PAULO Alerta Epidemiológico - Número 8/2022 – 22/07/2022 MONKEYPOX – MPX
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Treatment Information for Healthcare Professionals Updated June 22, 2022 https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/treatment.html#anchor_1655488137245
6. UK Health Security Agency. Guidance Monkeypox: background information. The epidemiology, symptoms, diagnosis and management of monkeypox virus infections. Last updated 24 June 2022. Disponível em <https://www.gov.uk/guidance/monkeypox#clinical-features>

11. NOTA DE ALERTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA E DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA SOBRE A EPIDEMIA DE “Monkeypox”

Recomendações da SBU e da SBI em relação à Monkeypox

Mediante ao aumento exponencial de casos da Monkeypox no Brasil, e sendo a região anogenital uma das mais atingidas com os sinais da doença, a **Sociedade Brasileira de Urologia** e a **Sociedade Brasileira de Infectologia**, vêm a público alertar à população, à classe médica e os demais agentes de saúde sobre as medidas importantes que devem ser adotadas ao se diagnosticar lesões cutâneas, especialmente vesículas, pústulas e crostas na região anogenital, ainda mais quando antecedidas ou acompanhadas por febre, gânglios aumentados e dolorosos (“ínguas”) e lesões em outras partes do corpo.

1. Como o quadro clínico pode se assemelhar ao de outras afecções, como ISTs e outras condições e dermatoses, é bem provável que a doença seja subdiagnosticada e, portanto, subnotificada. Por isso, com o crescimento da epidemia é importante levar em consideração as lesões da Monkeypox, mantendo um elevado índice de suspeição.
2. Por tratar-se de doença de notificação compulsória, a SBU e a SBI recomendam que, diante de suspeita, que se acione a Vigilância Epidemiológica de cada região para orientações quanto à coleta de amostra e análise laboratorial, e, sempre que possível, seja feito um registro fotográfico das lesões.
3. O paciente deve ser tratado com base no seu quadro clínico e deve ser colocado em isolamento ou observação e aconselhado a evitar contato com outras pessoas enquanto tiver lesões de pele, incluindo as com crostas, pois também são infectantes.

4. Segundo a OMS, até o momento, os homens que fazem sexo com homens (HSH), especialmente os que têm múltiplos parceiros, estão entre as pessoas com maior risco.
5. Em caso de qualquer sinal ou sintoma, o aconselhamento é evitar contatos próximos com outras pessoas e procurar um serviço de atendimento médico.
6. A SBU e a SBI são solidárias às pessoas acometidas pela doença e não apoiam qualquer tipo de discriminação.
7. A SBU e a SBI conclamam a sociedade civil para que se engaje fortemente para o bloqueio da disseminação da Monkeypox e roga às autoridades de saúde que capacitem imediatamente os serviços de atendimento para esses casos e também para que oportunizem o breve acesso à vacinação, especialmente aos indivíduos de maior risco.

Como se proteger:

- Uma vacina já foi aprovada, mas ainda não se encontra amplamente disponível. A expectativa é que chegue em breve e beneficie principalmente as equipes de saúde e as comunidades de maior risco.
- Higiene frequente das mãos com álcool 70% ou com água e sabão, evitar contato próximo com pessoas que possam apresentar quadro clínico compatível, evitar compartilhamento de objetos, incluindo roupas de cama e toalhas.
- Reduzir o número de parceiros sexuais nesse momento.
- Toda pessoa que apresente quadro clínico suspeito deve manter isolamento e evitar compartilhamento de objetos de uso pessoal até exclusão do diagnóstico ou completo desaparecimento das lesões.

- Indivíduos que tiveram contato com pessoas infectadas devem permanecer em alerta e vigilância próxima, tanto para que tenham assistência, em caso de doença, quanto para evitar a onda de transmissão.
- A epidemia atual não se correlaciona com a transmissão de animais para humanos. Assim sendo, não se justifica nenhum tipo de atitude e, muito menos, crueldade em relação aos animais, incluindo os macacos.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS):

https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox?gclid=EAIaIQobChMI-PX85raZ-QIVHEJIAB1NugVxEAAAYASABEgLMvfd_BwE

Rio de Janeiro, 28 de julho de 2022.



Alfredo Felix Canalini - Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia



Alberto Chebabo – Presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia

