

SAÚDE OCUPACIONAL E O ATUAL SURTO DA VARÍOLA DOS MACACOS EM HUMANOS

OCCUPATIONAL HEALTH AND THE CURRENT OUTBREAK OF MONKEYPOX IN HUMANS

Tipo de Artigo: Artigo de Opinião

Autores: Pádua A¹, Gama M².

No contexto do atual surto global da Varíola dos Macacos em Humanos ou *Monkeypox* (MPX) em países onde a doença não é endêmica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a 23 de julho de 2022 que esta patologia se tornou uma emergência de saúde pública de interesse internacional (1).

De acordo com esta instituição, de 1 de janeiro a 22 de julho de 2022, foram confirmados laboratorialmente 16.016 casos de varíola dos macacos e cinco mortes em 75 países/territórios/áreas de seis regiões: África, Américas, Mediterrâneo Oriental, Europa, Pacífico Ocidental e Sudeste Asiático. A maioria dos casos confirmados laboratorialmente foram notificados na Região Europeia (11.865), num surto atípico entre abril e julho de 2022 (2), mencionando que o risco é moderado globalmente em todas as áreas, com exceção da europeia, onde é elevado (1).

Desde o início do surto até 21 de julho de 2022, foram notificados 8.697 casos nos 27 países da União Europeia, dos quais Espanha (3 125), Alemanha (2 191), França (912), Países Baixos (712) e Portugal (515) são os países com mais casos confirmados e reportados (3). Porém, os casos detetados até ao momento foram identificados como pertencentes ao clado da África Ocidental, um subgrupo do Vírus *Monkeypox* (VMPX) menos agressivo (4).

A VARÍOLA DOS MACACOS (MONKEYPOX)

¹ **Ana Rita Pádua**

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária: na área de Enfermagem de Saúde Familiar, a exercer funções no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE: Unidade de Aveiro. Licenciada em Enfermagem; Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar; Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho; Curso de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. Morada completa para correspondência dos leitores: Rua Joana Gramata, 45, 3830-509 Gafanha da Encarnação. E-mail: arpadua@gmail.pt. Nº ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6938-707X>

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Conceptualização; Visualização; Redação- rascunho original (de acordo com a CRediT - Taxonomia de Contribuição de Autor, disponível em <https://casrai.org/credit/>)

² **Marco Gama**

Enfermeiro a exercer funções no Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE: Unidade de Aveiro e Enfermeiro do Trabalho numa empresa da região de Aveiro. Licenciado em Enfermagem; Curso de Pós-Graduação em Enfermagem do Trabalho. 3830-509 Gafanha da Encarnação. E-MAIL: marcogama@gmail.com. N.º ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3119-9011>

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Conceptualização; Redação- rascunho original (de acordo com a CRediT - Taxonomia de Contribuição de Autor, disponível em <https://casrai.org/credit/>)



A varíola dos macacos é uma doença causada pelo VMPX pertencente ao género *Orthopoxvirus* da família *Poxviridae*, de transmissão zoonótica (animal para humano) e de humano para humano (5) (6).

Este foi identificado pela primeira vez em 1958 num laboratório dinamarquês, durante o *follow-up* de dois surtos de uma doença semelhante à varíola, em colónias de macacos mantidos em cativeiro para investigação (7). O primeiro caso de MPX foi identificado em 1970, num paciente de nove meses na República Democrática do Congo (7) (8), e desde então esta doença encontra-se endémica na África central e ocidental.

Existem dois clados genéticos distintos do VMPX: o clado da África Ocidental e Central (Bacia do Congo). Este último é considerado o mais transmissível e historicamente causador de forma mais grave de doença, associada a uma taxa de letalidade até 11% (9).

O seu aparecimento deveu-se a fatores ambientais e sociais, como a desflorestação, guerra civil, pobreza, alterações climáticas e a cessação da vacinação contra a varíola (10).

Transmissão e Período de Incubação

As infeções em humanos são atribuíveis ao contacto direto com animais portadores deste vírus, vivos ou mortos, nomeadamente *Funisciurus anerythrus* (esquilo arborícola), *Cercocebus atys* (macaco mangabey fuliginoso), *Pan troglodytes verus* (chimpanzé ocidental), *Funisciurus spp* (esquilo de corda), *Heliosciurus* (esquilo do sol), *Oenomys* (rato de nariz vermelho), *Graphiurus* (arganaz africano), *Cricetomys gambianus* (rato gigante da Gambia) (10) (11) (12) (13) (14), através principalmente da mordedura/arranhão, simples manipulação e/ou consumo alimentar.

A transmissão de humano para humano ocorre através de contacto próximo, especialmente face-a-face, em contexto de relações que impliquem intimidade prolongada, contacto direto com fómites da pessoa infetada (vestuário, roupas de cama, atalhados, materiais, utensílios e objetos de uso pessoal) ou com lesões exantemáticas, exsudados, crostas; bem como fluidos corporais infecciosos, sem proteção adequada (5) (15). No atual surto nos países da região europeia, a transmissão do VMPX parece ocorrer principalmente por meio de contacto físico próximo, incluindo sexual (oral, vaginal e anal) (16).

O tempo de incubação é geralmente de seis a treze dias, mas pode variar de cinco a vinte e um dias, com uma duração média de duas a quatro semanas (17).

Sinais e Sintomas

Os sinais e sintomas mais comuns da VMPX do clado da África Ocidental incluem início agudo de febre ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$), prurido, linfadenopatia, calafrios ou sudorese, mialgia, odinofagia, fadiga, úlceras orais, tosse, conjuntivite, fotofobia, vômitos ou náuseas, seguido de erupção cutânea (18). Evidencia-se que as lesões progridem por diferentes estágios: máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas, antes da cicatrização completa. O exantema desenvolve-se lentamente, sendo mais denso na face (em 95% dos casos) e também presente nas palmas das mãos e planta dos pés (em 75% dos casos), mucosas orais (70%), tórax, genitália (30%) e conjuntiva (20%), porém pode aparecer noutras partes do corpo (17-19).

Esta infeção pode ser dividida em dois períodos: o de invasão (que dura até cinco dias) caracterizado por febre, cefaleia intensa, linfadenopatia, dorsalgia, mialgia e astenia intensa, seguido da erupção cutânea (começando geralmente dentro de um a três dias após o aparecimento da febre) (17).

A maioria dos casos em humanos da MPX apresenta sintomas leves a moderados (20), contudo podem surgir complicações, descritas sobretudo em países endémicos, como encefalite, infeções bacterianas secundárias da pele, desidratação, conjuntivite, queratite e pneumonia (20).

Tratamento

O tratamento da MPX é focado no alívio dos sintomas, através da administração de analgésicos, antipiréticos e hidratação. A vacinação contra a varíola pode ser administrada na pós-exposição e os antivirais Tecovirimat e Brincidofovir (licenciados pela Agência Europeia de Medicamentos e outras terapias), podem ser considerados para o tratamento dos pacientes que apresentam ou desenvolvem doença grave (16).

Classificação de Casos

A Orientação n.º 04/2022 de 31/05/2022, atualizada a 06/07/2022, da Direção Geral da Saúde (DGS) (15), tendo por base as definições da OMS, do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças e da Agência de Segurança de Saúde no Reino Unido, define a classificação dos casos como suspeito, provável e confirmado e a Orientação provisória da OMS (21) acrescenta o caso descartado, os quais se encontram descritos no Quadro 1.

O VMPX não é considerado um agente biológico de preocupação para a biossegurança de acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos da América, mas é identificado como um agente de alto risco de libertação deliberada de acordo com a matriz da *Task Force da Biological and Chemical Agent Threats* (BICHAT) sobre bioterrorismo da União Europeia (20). A DGS categoriza-o como um microrganismo do grupo de risco biológico 3 (15).

Salienta-se que, embora o VMPXV não seja tão virulento quanto o vírus da varíola (22), é um potencial agente de risco biológico nos locais de trabalho, nomeadamente para os profissionais de saúde.

Prevenção e Monitorização

Face a qualquer caso suspeito ou confirmado com MPX, devem ser aplicadas as precauções padrão e realizar uma avaliação de risco para avaliar a necessidade de usar precauções baseadas na transmissão por contato e/ou gotículas (21).

Perante um caso suspeito, provável ou confirmado, pode ser emitida pelo médico pertencente ao Sistema Nacional de Saúde um Certificado de Incapacidade Temporária (CIT), durante o tempo preconizado, ou até à resolução das lesões cutâneo-mucosas. É também realizada a notificação no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVEmed), mesmo antes da confirmação laboratorial do diagnóstico e completada em articulação com a autoridade de saúde (15).

As medidas de isolamento do caso suspeito, provável ou confirmado em domicílio ou hospitalizado, devem ser mantidas até infirmação de caso ou resolução de todas as lesões, pois o período infeccioso é considerado desde o aparecimento dos sintomas prodrómicos e terminando com a queda natural das crostas e formação de uma nova pele (15).

Os contatos de casos prováveis e confirmados devem ser monitorizados ou automonitorizar-se diariamente para qualquer sinal ou sintoma por um período de vinte e um dias a partir do último contato com o caso suspeito ou confirmado ou com os fómites contaminados durante o período infeccioso (21).

A quarentena ou exclusão do trabalho não são necessárias durante o período de monitorização de contatos, desde que não ocorram sintomas, contudo durante os vinte e um dias de duração a OMS incentiva os contatos sem sintomas a praticar rigorosamente a higiene das mãos e a etiqueta respiratória, bem como evitar o contato com pessoas imunodeprimidas, crianças ou gestantes, relações sexuais e viagens não essenciais (21).

Nas unidades de saúde a abordagem inicial ao caso suspeito ou provável é realizada por profissionais de saúde usando Equipamentos de Proteção Individual (EPI) como máscara cirúrgica, avental ou bata de manga comprida e luvas descartáveis (15). Porém, após verificação de lesões suspeitas, estes profissionais deverão trocar a máscara por um respirador *Filtering Face Piece 2* (FFP2) certificado pela norma da União Europeia EN 149+A1:2009 ou respirador N95 certificado pela norma 42 CFR 84 da *National Institute for Occupational Safety & Health* (NIOSH) dos Estados Unidos da América ou respirador KN95 pela norma GB 2626-2006 da República Popular da China, providenciar o encaminhamento do paciente para uma área de isolamento e recolha de amostras.

Se o caso confirmado tiver necessidade de internamento hospitalar, a DGS (15) recomenda que sejam implementadas, para além das precauções padrão, medidas de isolamento de contacto e de gotícula e, se forem necessários procedimentos e intervenções que gerem aerossolização (como nebulização ou oxigenoterapia de alto fluxo ou ventilação não invasiva), providenciar adicionalmente isolamento de via aérea, preferencialmente em quarto de isolamento individual, com pressão negativa e casa de banho privativa. O profissional de saúde deve usar na prestação de cuidados um respirador FFP2 ou N95, proteção ocular (óculos ou viseira) e bata impermeável.

Quando existir um aumento do número de casos com necessidade de internamento, e não sendo possível proporcionar quartos individuais, é recomendado áreas de coorte com quartos com ventilação adequada e casas de banho designadas, adoção de divisórias para manter uma distância mínima de um metro entre camas e equipamento/material de uso exclusivo do doente.

Os quartos de isolamento e a enfermaria devem permanecer com a porta fechada, com sinalética na entrada alertando para as medidas de precauções para isolamento de contacto/gotículas e/ou via aérea, evitando o acesso ou passagem indevida de pacientes, profissionais de saúde e visitas.

O contacto entre o caso confirmado e familiares deve ser providenciado, preferencialmente, através dos meios digitais como o telemóvel, smartphone ou tablet.

Qualquer profissional de saúde com exposição ocupacional, que tenha cuidado de uma pessoa com MPX provável ou confirmada sem EPI apropriados, deve notificar as autoridades de controlo de infeção, saúde ocupacional e saúde pública, de forma a receber uma avaliação individual e um plano de gestão (21).

A SAÚDE OCUPACIONAL NO CONTROLO E PREVENÇÃO DA VARÍOLA DO MACACO EM HUMANOS

Um dos desígnios da Saúde Ocupacional é a prevenção dos riscos profissionais e a proteção da saúde do trabalhador, visando garantir ambientes de trabalho saudáveis e seguros que evitem ou minimizem a exposição profissional a fatores de risco, suscetíveis de comprometer a saúde do trabalhador (23).

Desde a ocorrência do primeiro surto da MPX nos Estados Unidos da América em 2003, qualquer planeamento para detetar, prevenir e tratar doenças com potencial para afetar a população trabalhadora, deve incluir na equipa um Enfermeiro do Trabalho, pois este profissional é parte integrante de qualquer processo de controlo de doença infecciosa (24). A Equipa de Saúde Ocupacional deve identificar e avaliar potenciais riscos da infeção por VMPX para a população trabalhadora, concebendo e implementando um Programa de Prevenção que adote medidas de prevenção e de proteção dos trabalhadores, assim como vigilância, investigação de casos suspeitos e rastreamento de contatos, que limitem a disseminação da MPX e previnam um potencial surto nas empresas/unidades de saúde.

Realça-se que nas unidades de saúde a gestão clínica deve ser fortalecida, implementando as medidas apropriadas de prevenção e controlo de infeção por VMPX estabelecidas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e Serviço de Saúde Ocupacional, assim como disponibilizar o acesso a (in)formação aos profissionais de saúde.

A equipa da PPCIRA e o Serviço de Saúde Ocupacional devem divulgar e disponibilizar de forma escrita o Plano de Prevenção para MPX, no qual deve constar o fluxograma de atuação perante caso suspeito, provável ou confirmado com MPX; o fluxo de casos prováveis ou confirmados com MPX dentro da unidade de saúde; os EPI a utilizar de acordo com o tipo de isolamento; procedimento de colocação e remoção de EPI; procedimento com o material e equipamento a utilizar na prestação de cuidados; procedimento de remoção e processamento da roupa; procedimento das rotinas de limpeza e desinfeção de superfícies, material e equipamento; procedimento de remoção dos resíduos e na prestação de cuidados ao corpo após o óbito.

Devem ainda providenciar a adaptação dos locais de trabalho com barreiras e sinalética para a orientação e atendimento do caso suspeito ou provável e do seu acompanhante, um espaço adequado ou quarto de isolamento para observação do caso suspeito ou provável, disponibilizando à entrada mobiliário com os EPI apropriados e contentor para remoção dos mesmos (assegurando assim a colocação e remoção segura dos EPI pelos profissionais de saúde), condições para a higiene e desinfeção das mãos, uso da máscara cirúrgica, etiqueta respiratória, o distanciamento social (de um metro) nas zonas comuns e limpeza e desinfeção ambiental.

Estes devem fornecer os EPIs para profissionais de saúde preconizados pela DGS (15) para a prestação de cuidados nestes casos, e sempre que possível realizar auditoria ao seu uso e remoção correta *in loco*, assim como à higiene e desinfeção das mãos.

O Serviço de Saúde Ocupacional deve recomendar a adoção de equipas de profissionais de saúde dedicadas à prestação de cuidados destes casos, restringindo ao máximo o número de profissionais em contacto, permitindo manter um registo, vigilância ativa e monitorização de todos os profissionais de saúde com risco de exposição.

Nas empresas, o Serviço de Saúde Ocupacional deve assumir um papel relevante na elaboração e aplicação de um Plano de Prevenção do VMPX, visando prevenir a sua transmissão nos locais de trabalho, definindo procedimentos de resposta e atuação perante um trabalhador suspeito ou provável. Deve ainda implementar um programa de educação para a saúde para divulgar e (in)formar os trabalhadores sobre esta doença e promover canais de comunicação facilitadores da adesão dos trabalhadores ao Plano de Prevenção.

Para promover medidas de proteção coletiva, as empresas devem disponibilizar condições para a higiene ou desinfeção das mãos, garantir condições de distanciamento social e limpeza e desinfeção regulares nas áreas comuns. Devem também sensibilizar os trabalhadores para manter a etiqueta respiratória, levar o mínimo de pertences pessoais para o local de trabalho e limitar a sua circulação desnecessária em setores distintos aos seus locais de trabalho. Eventualmente, podem fornecer e promover nos locais de trabalho e espaços partilhados o uso de máscara cirúrgica.

Perante a identificação de um trabalhador suspeito ou provável na empresa, a Equipa de Saúde Ocupacional, deve providenciar o seu isolamento, contactar a linha SNS24 (808 24 24 24) para a correta referenciação e encaminhamento para a unidade de saúde apropriada, fornecendo eventuais EPIs. Esta deve providenciar a descontaminação do posto de trabalho, para garantir a segurança dos restantes trabalhadores e iniciar o registo, vigilância e monitorização dos trabalhadores que tiveram contacto com o caso.

Os contactos com casos prováveis ou confirmados podem ser considerados aptos com recomendações: autovigilância de sinais e sintomas da doença, lavagem ou desinfecção frequente das mãos, proibição de partilha de objetos pessoais, distanciamento social e/ou acesso a área individualizada durante as refeições, nos vestiários, balneários ou outras zonas comuns, eventualmente uso de EPIs (máscara cirúrgica e luvas) durante vinte e um dias. O aparecimento de qualquer sinal ou sintoma sugestivo da doença deve ser imediatamente reportado ao Serviço de Saúde Ocupacional e Linha SNS24.

Perante um trabalhador ou profissional saúde suspeito ou provável de infeção por VMPX, o Médico do Trabalho pode emitir inaptidão temporária para o trabalho até nova avaliação pela Equipa de Saúde Ocupacional. No caso de ser confirmada a infeção com manifestação leve da doença pode, por exemplo, estar inapto temporariamente para o posto de trabalho, mas estar apto para continuar a trabalhar em regime de teletrabalho (se aplicável). Se desenvolver complicações graves da MPX ou não for possível exercer as funções noutra regime de trabalho, ficará inapto temporariamente para o trabalho, até cura da doença.

No regresso ao trabalho do funcionário ou profissional de saúde suspeito ou confirmado com MPX, a condição de aptidão para o trabalho respeitará o resultado do exame de saúde efetuado. O trabalhador deverá levar a informação clínica resultante da avaliação feita pela unidade de saúde onde foi observado e/ou tratado.

A Equipa de Saúde Ocupacional deve apoiá-lo na gestão da sua saúde e recuperação, assim como assegurar estratégias básicas de apoio psicossocial e proteção, pois este pode experienciar estigma e discriminação de outros trabalhadores e/ou comunidade.

A infeção pelo VMPX pode ser contraída através de um acidente de trabalho, baseado no artigo 8.º e 9.º da Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro da Assembleia da República (25), desde que a infeção tenha comprovadamente ocorrido no local e tempo de trabalho ou situações legalmente equiparada. Ao abrigo do n.º 2 do artigo 94.º da supracitada Lei (25), entende-se que esta infeção deverá ser reconhecida como doença profissional apenas para alguns grupos de trabalhadores que se encontrem particularmente expostos, em especial os profissionais de saúde, funcionários de laboratórios ou trabalhadores em contacto direto com animais portadores deste vírus.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face ao crescente aumento do número de casos MPX na região Europeia e especialmente em Portugal, este surto pode tornar-se um desafio nas empresas/unidades de saúde a curto prazo. Cabe à Equipa de Saúde Ocupacional, pela sua formação técnica e científica e proximidade com os trabalhadores ou profissionais de saúde, manter um conhecimento atualizado sobre a evolução desta doença, elaborar e atualizar o Plano de Prevenção nas empresas/unidades de saúde, implementando medidas de proteção coletiva e individual, providenciando o melhor acompanhamento dos casos suspeitos ou prováveis nos locais de trabalho, assim como o seguimento adequado dos trabalhadores após infeção por VMPX no regresso ao trabalho.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. WHO Director-General's statement at the press conference following IHR Emergency Committee regarding the multi-country outbreak of monkeypox- 23 July 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 July 23].

Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-the-press-conference-following-IHR-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox--23-july-2022>

2. WHO. Multi-country outbreak of monkeypox, External situation report #2 - 25 July 2022 [Internet]. Geneva: Switzerland; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-monkeypox--external-situation-report--2---25-july-2022>
3. ECDC. Monkeypox multi-country outbreak - Situation update, 21 July 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 July 21]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/monkeypox-multi-country-outbreak/situation-update-eueea-western-balkans-turkey>
4. WHO. Monkeypox outbreak 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 July 20]. Available from: <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/monkeypox>
5. CDC. About Monkeypox [Internet]. 2022 [cited 2022 July 6]. Available from: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/about.html>
6. Moss B. Poxviridae. In: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health, editor. In: Knipe D, Howley P, editors *Fields Virology* Vol 2. 6th edition. Philadelphia; 2013. 2129–2159.
7. Brown K, Leggat P. Human monkeypox: Current state of knowledge and implications for the future. *Tropical Medicine and Infectious Disease*. 2016; 1(1): 1–13. DOI: 10.3390/tropicalmed1010008.
8. Jezek Z, Grab B, Szczeniowski M., Paluku K, Mutombo M. Human monkeypox: secondary attack rates. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 1988; 66(4): 465–470. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/264589>
9. Likos A, Sammons S, Olson V, Frace A, Li Y, Olsen-Rasmussen M, et al. A tale of two clades: Monkeypox viruses. *Journal of General Virology*. 2005; 86(10): 2661–2672. DOI: 10.1099/vir.0.81215-010.
10. Schmitt A, Mätz-Rensing K, Kaup F. Non-human primate models of orthopoxvirus infections. *Veterinary Sciences*. 2014; 1(1): 40–62. DOI: 10.3390/vetsci1010040
11. Doty J, Malekani J, Kalemba L, Stanley W, Monroe B, Nakazawa Y, et al. Assessing monkeypox virus prevalence in small mammals at the human–animal interface in the Democratic Republic of the Congo. *Viruses*. 2017; 9(10): 283. DOI: 10.3390/v9100283
12. Falendysz E, Lopera J, Lorenzsonn F, Salzer J, Hutson C, Doty J, et al. Further Assessment of Monkeypox Virus Infection in Gambian Pouched Rats (*Cricetomys gambianus*) Using In Vivo Bioluminescent Imaging. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2015; 9(10): 1–19. DOI: 10.1371/journal.pntd.0004130
13. Radonić A, Metzger S, Dabrowski P, Couacy-Hymann E, Schuenadel L, Kurth A, et al. Fatal monkeypox in wild-living sooty mangabey, Côte d'Ivoire, 2012. *Emerging Infectious Diseases*. 2014; 20(6): 1009–1011. DOI: 10.3201/eid2006.13-1329
14. Nolen L, Osadebe L, Katomba J, Likofata J, Mukadi D, Monroe B, et al. Introduction of monkeypox into a community and household: Risk factors and zoonotic reservoirs in the Democratic Republic of the Congo. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2015; 93(2): 410–415. DOI: 10.4269/ajtmh.15-0168.
15. DGS. Orientação n.º 04/2022 - Abordagem de casos de infeção humana por vírus Monkeypox (VMPX), de 31/05/2022 atualizada a 06/07/2022. Lisboa; 2022. Available from: <https://www.dgs.pt/normas->

orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042022-de-31052022-pdf.aspx

16. WHO. Clinical Management and Infection Prevention and Control for Monkeypox. Interim rapid response guidance, 10 June 2022. Geneva: Switzerland; 2022. 1–76 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1>
17. WHO. Monkeypox [Internet]. 2022 [cited 2022 July 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
18. Yinka-Ogunleye A, Aruna O, Dalhat M, Ogoina D, McCollum A, Disu Y, et al. Outbreak of human monkeypox in Nigeria in 2017–18: a clinical and epidemiological report. *The Lancet Infectious Diseases*. 2019; 19(8): 872–879. DOI: 10.1016/S1473-3099(19)30294-4
19. CDC. Monkeypox - Signs and Symptoms [Internet]. 2022 [cited 2022 July 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/symptoms.html>No Title
20. ECDC. Factsheet for health professionals on monkeypox [Internet]. 2022 [cited 2022 July 24]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/monkeypox/factsheet-health-professionals>
21. WHO. Surveillance, case investigation and contact tracing for Monkeypox. Interim guidance- 24 June 2022. 2022. Report No.: WHO/MPX/Surveillance/2022.2. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/357186>
22. Parker S, Nuara A, Buller R, Schultz D. Human monkeypox: an emerging zoonotic disease. *Future Microbiology*. 2007; 2(1): 17–34. DOI: 10.2217/17460913.2.1.17
23. DGS. Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC)- Extensão 2018-2020 [Internet]. Lisboa, Portugal; 2018. Available from: https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/pnsoc_extensao-pdf.aspx
24. Cunha B. Monkeypox in the United States: an occupational health look at the first cases. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*. 2004; 52(4): 164–168.
25. Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, da Assembleia da República [Internet]. Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais, nos termos do artigo 284.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro. *Diário da República: I série, N.º 172*. Portugal; 2009. 5894–5920 p. Available from: <https://data.dre.pt/eli/lei/98/2009/09/04/p/dre/pt/html>

Quadro 1 – Classificação de Casos da MPX

Classificação	Descrição
---------------	-----------

Caso Suspeito (desde 01 de janeiro de 2022)	Pessoa que apresente Exantema (macular, papular, vesicular ou pustular generalizado ou localizado) e/ou queixas ano-genitais (incluindo úlceras), de início súbito, não explicadas por outros diagnósticos diferenciais, como: • Varicela; • Herpes zoster disseminado; • Eczema herpético por vírus herpes <i>simplex</i>; • Sarampo; • Molusco contagioso. ▪ Se houver atingimento palmo-plantar considerar: • Primoinfeção pelo VIH; • Sífilis secundária; • Infecção por enterovírus; • Escabiose; • Febre escaro-nodular; • Erupções cutâneas de etiologia farmacológica. ▪ Se houver úlcera genital (com ou sem exantema e/ou febre) considerar: • Herpes <i>simplex</i> genital (especialmente por Vírus Herpes <i>Simplex</i> 2 (VHS-2)); • Sífilis primária (com ou sem evolução para sífilis secundária); • Infecção por <i>Chlamydia trachomatis</i> (incluindo serótipos LGV); • Cancróide e donovanose/ granuloma inguinal por <i>Klebsiella granulomatis</i>.	E	Podendo coexistir com um ou mais dos seguintes sinais/sintomas: ▪ Febre de início súbito ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$); ▪ Astenia; ▪ Mialgia; ▪ Dorsalgia; ▪ Cefaleia; ▪ Adenomegalia.
Caso Provável	Pessoa que cumpra os critérios de caso suspeito e apresente pelo menos uma das seguintes circunstâncias: ▪ Contacto com um caso provável ou confirmado de infeção humana por VMPX, nos 21 dias que antecederam o início de sintomas; ▪ História de relações sexuais com múltiplos/as parceiros/as, ou em anonimato, nos 21 dias que antecederam o início de sintomas; ▪ Internamento hospitalar; ▪ História de viagem a países endémicos para o VMPX (África Central e Ocidental: Benim, Camarões, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Gabão, Gana, Costa do Marfim, Libéria, Nigéria, República do Congo e Serra Leoa) nos 21 dias que antecederam o início de sintomas.		
Caso Confirmado	Pessoa em que for detetado Ácido Desoxirribonucleico (ADN) de VMPX por teste <i>Polymerase Chain Reaction</i> (PCR) em tempo real e/ou sequenciação numa amostra biológica.		
Caso Descartado	Pessoa suspeita ou com provável infeção humana por VMPX para o qual o teste laboratorial de fluido da lesão, amostras de pele ou crostas por PCR e/ou sequenciamento é negativo para VMPX.		

Data de submissão: 2022/07/30

Data de aceitação: 2022/08/14

Data de publicação: 2022/09/10

