

## **Nota Técnica Monkeypox nº 02/2022: Orientações sobre Monkeypox no ciclo gravídico- puerperal, amamentação e cuidados com lactentes no município de Belo Horizonte**

### **1. INTRODUÇÃO**

Por se tratar de uma doença nova, a infecção por Monkeypox vírus (MPXV) tem aspectos ainda desconhecidos. Portanto, este documento está sujeito a ajustes, podendo sofrer alterações conforme a divulgação de novos conhecimentos sobre a doença.

As publicações sobre Monkeypox (MPX) e gravidez são escassas. Não se sabe se as mulheres grávidas são mais suscetíveis a adquirir a infecção pelo MPXV ou se a doença é mais grave durante a gravidez. Muitas das recomendações baseiam-se no que acontecia com gestantes que foram acometidas pela varíola. Os desfechos da infecção pelo vírus da varíola, que é do mesmo gênero (ortopoxvírus) do MPXV, associavam-se ao aumento na morbidade e mortalidade materna e perinatal, com riscos maiores de abortamento espontâneo, morte fetal e parto pré-termo. Na população não vacinada contra a varíola, as gestantes eram consideradas a população com o estado fisiológico de maior susceptibilidade à doença grave e morte.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a transmissão materno-fetal, a partir da passagem placentária, originando a doença congênita e/ou através de contágio no contato íntimo, durante e após o parto. Ainda é desconhecido se o MPXV está presente no leite materno; no entanto, pode ser transmitido por contato próximo durante a amamentação.

Gestantes apresentam quadro clínico com características semelhantes às não gestantes, mas podem apresentar gravidade maior, sendo consideradas grupo de risco para evolução desfavorável. Durante a gestação, o diagnóstico diferencial de corioamnionite como causa da febre pode ser difícil, até o surgimento das erupções cutâneas. Gestantes com lesões cutâneas inicialmente consideradas características de dermatoses da gravidez (por exemplo, erupção polimórfica da gravidez) ou de infecções mais comuns (por exemplo, varicela zoster ou infecções sexualmente transmissíveis) devem ser cuidadosamente avaliadas quanto à possibilidade de MPX.

## **2. DEFINIÇÃO DE CASOS E NOTIFICAÇÃO**

As orientações sobre quadro clínico, definição de casos e notificação estão descritas na Nota Técnica Monkeypox n° 01/2022 PBH: “Orientações gerais para vigilância de casos suspeitos e/ou confirmados de Monkeypox no município de Belo Horizonte”.

## **3. ESCORE DE GRAVIDADE PRECONIZADO PELA OMS**

- Leve (< 25 lesões de pele);
- Moderada (25-99 lesões de pele);
- Grave (100-250 lesões de pele);
- Crítico (> 250 lesões de pele).

Insuficiência respiratória, sepse, confusão mental, linfadenopatia cervical com disfagia e desidratação também são considerados critérios de gravidade.

## **4. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E PERÍODO DE ISOLAMENTO DE GESTANTES**

### **4.1. Gestantes com suspeita de MPX**

Por serem consideradas grupo de risco para evolução desfavorável, todas as gestantes com quadro clínico suspeito que apresentem lesões sugestivas de infecção pelo MPXV devem ter as seguintes amostras coletadas para investigação laboratorial: material vesicular (secreção de vesícula) e crosta de lesão. O fluxo e as orientações para coleta, cadastro e transporte de amostras podem ser consultados na Nota Técnica Monkeypox n° 01/2022 PBH: “Orientações gerais para vigilância de casos suspeitos e/ou confirmados de Monkeypox no município de Belo Horizonte”. Recomenda-se que os serviços de saúde realizem o teste rápido de sífilis como parte da investigação laboratorial.

Orientações diante do resultado laboratorial:

- PCR negativo para MPXV: o isolamento domiciliar pode ser suspenso, exceto se indicado por outro diagnóstico. Casos específicos, com alta suspeição de monkeypox, deverão manter o isolamento, ser reavaliados e submetidos a novas coletas de amostras, se indicado.
- PCR positivo para MPXV e quadro leve: isolamento domiciliar até a cicatrização completa das lesões, sem visitas. Monitoramento pela GAERE de referência com indicação de avaliação presencial, se necessário.

- PCR positivo para MPXV e quadros moderados, graves e críticos: indicada hospitalização para melhor acompanhamento do caso.

#### **4.2. Gestantes contatos de casos confirmados de MPX**

Gestantes contatos de casos suspeitos ou confirmados de MPX, assintomáticas, deverão coletar amostra de secreção orofaríngea (swab) para pesquisa de PCR para MPXV, conforme detalhado na Nota Técnica Monkeypox nº 01/2022 PBH: “Orientações gerais para vigilância de casos suspeitos e/ou confirmados de Monkeypox no município de Belo Horizonte”.

Orientações diante do resultado laboratorial:

- PCR negativo para MPXV: a gestante deverá ser monitorada pela APS durante 21 dias, contados a partir do último contato com caso suspeito ou confirmado. Caso evolua com sintomas prodrômicos, deverá ser isolada e proceder com nova coleta de amostra de secreção orofaríngea. Se evoluir com lesões de pele e/ou mucosas sugestivas de MPX, deverá permanecer em isolamento e realizar coleta de material vesicular (secreção de vesícula) e crosta de lesão, seguindo as recomendações do item 3.1. Obs: As coletas subsequentes de acordo com o aparecimento de sinais e sintomas independem de o resultado da amostra anterior ter sido liberado.
- PCR positivo para MPXV: isolamento domiciliar e monitoramento pela GAERE de referência por 21 dias a partir da data da coleta do exame, com indicação de avaliação presencial, se necessário. Se evoluir com lesões de pele e/ou mucosas sugestivas de MPX, deverá permanecer em isolamento domiciliar até a cicatrização completa das lesões, sem visitas.

#### **5. RECOMENDAÇÕES PARA O MANEJO DURANTE A GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO**

- Enquanto a maioria dos adultos com infecção pelo MPXV apresenta infecção autolimitada e se recupera dentro de duas a quatro semanas, gestantes e lactantes devem ser priorizadas para atendimento, devido ao provável aumento do risco de doença grave durante a gravidez, risco de transmissão intraútero para o feto ou ao recém-nascido por contato próximo durante e após o nascimento e risco de infecção grave em recém-nascidos.

- A OMS recomenda que gestantes com formas leves ou sem complicações de MPX podem ser acompanhadas ambulatorialmente, desde que seja possível garantir as precauções de contato, isolamento no domicílio e garantia de acesso aos serviços de saúde se piora do quadro clínico. Gestantes que apresentarem doença moderada, grave ou complicada, devem ser internadas em uma unidade de saúde, pois requerem cuidados de suporte otimizados e/ou intervenções para melhorar a sobrevivência materna e fetal. A hospitalização também poderá ser indicada em situações em que não puder ser garantido o isolamento ou cuidado adequado (isolamento social). Em Belo Horizonte, o atendimento inicial de gestantes com suspeita ou diagnóstico confirmado de MPX acontecerá, preferencialmente, no Centro de Saúde.
- **Caso seja indicada a internação da gestante com suspeita ou confirmação de Monkeypox, seja por critérios clínicos da doença, por indicações obstétricas ou sociais, a equipe assistente deverá realizar contato telefônico com Maternidade Hilda Brandão da Santa Casa de BH (3238-8813) que será a maternidade de referência municipal, solicitando a transferência. A unidade assistente deverá providenciar transporte para a gestante e elaborar relatório sobre o caso.**
- **Caso a gestante com suspeita ou confirmação de MPX procure espontaneamente outra maternidade e seja indicada a internação, a maternidade deverá preencher o Laudo para Autorização de Internação Hospitalar (AIH) com o código de procedimento 0303010134 e o CID-10 B04 e fazer cadastro na Central de Internação para que seja realizada a transferência para a Maternidade Hilda Brandão da Santa Casa de BH. A gestante deverá permanecer em leito de isolamento enquanto estiver na maternidade de origem, seguindo as orientações de precaução e de limpeza descritas na Nota Técnica Monkeypox nº 01/2022: Orientações gerais para atendimento e vigilância de casos suspeitos e/ou confirmados de Monkeypox no município de Belo Horizonte.**
- A avaliação materna durante a internação deve incluir aferição de temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial (3-4 vezes/dia).
- Recomenda-se, durante a internação, avaliação regular (2-3 vezes ao dia) do bem-estar fetal com cardiocografia se a idade gestacional for maior ou igual a 26 semanas.
- Avaliação fetal com ultrassonografia e doppler deve ser realizada regularmente durante a infecção materna aguda.

- A OMS recomenda que as gestantes e puérperas com MPX tenham acesso a cuidados especializados, respeitosos e centrados na mulher, incluindo assistência ao parto, obstetria, ginecologia, medicina fetal e cuidados neonatais, bem como saúde mental e apoio psicossocial, com agilidade para tratar complicações maternas e neonatais.
- Cuidados centrados na mulher, respeitosos e qualificados referem-se a cuidados organizados e prestados a todas as mulheres de uma maneira que mantenha sua dignidade, privacidade e confidencialidade, assegure a liberdade de danos e maus tratos e permita uma escolha informada durante o trabalho de parto e o parto, incluindo um acompanhante de escolha, alívio da dor, mobilidade durante o trabalho de parto e escolha da postura de parto.
- Se o acompanhante da gestante internada para parto ou por intercorrências clínicas e apresentar suspeita ou confirmação de MPX, não poderá permanecer na unidade hospitalar, devendo ser solicitada a presença de outro acompanhante saudável conforme escolha da gestante.
- Reforçar a importância das medidas de precaução de contato e isolamento durante o trabalho de parto, parto e permanência pós-parto da mulher e do recém-nascido no estabelecimento de saúde.
- A OMS recomenda que o tipo de parto seja individualizado, com base nas indicações obstétricas e nas preferências da mulher. A indução do trabalho de parto e a cesariana só devem ser realizadas quando justificadas pela condição materna e/ou fetal.
- Se em algum momento houver evidência de comprometimento fetal ou risco de morte materna, deve-se cogitar a realização do parto, considerando a idade gestacional, peso fetal estimado, condição do feto, e se a gestante provavelmente se beneficiará ou será ainda mais comprometida com o nascimento (nesse caso, cesariana deve ser considerada).
- Ainda não há evidência da via de parto ideal para mulheres com infecção ativa de MPX. A transmissão vertical é possível e o feto pode ser infectado antes do nascimento. Na presença de lesões genitais, a cesariana deve ser considerada. Mesmo que as lesões genitais não sejam identificadas em uma mulher com infecção suspeita ou confirmada, a cesariana deve ser oferecida após discussão sobre o risco (atualmente não quantificável) de infecção neonatal, que pode ser grave.
- Postergar a indução do trabalho de parto ou a realização de cesariana eletiva em gestantes com suspeita ou confirmação de MPX leve deve ser uma decisão individualizada.

- O sulfato de magnésio deve ser administrado para neuroproteção neonatal quando parto prematuro for considerado.
- Parece improvável que um curso único de corticosteróides para maturação fetal tenha um efeito adverso significativo sobre a condição materna. No entanto, sua administração deve ser discutida entre equipe multidisciplinar.
- O clampeamento tardio do cordão umbilical (não antes de um minuto após o nascimento) é recomendado para melhores desfechos de saúde e nutrição materno-infantil.
- A placenta e qualquer tecido ou fluido relacionado à gravidez, como fluido amniótico ou tecido fetal, devem ser descartados seguindo protocolos específicos de segurança para materiais potencialmente infecciosos.
- A OMS recomenda que gestantes e puérperas que se recuperaram da MPX sejam encorajadas a receber atenção rotineira pré-natal, pós-parto ou de aborto. Cuidados adicionais devem ser fornecidos se houver alguma complicação.
- É provável que, após a resolução da infecção materna, o risco para o feto seja reduzido, no entanto, visto as informações limitadas, a avaliação fetal a cada quatro semanas para avaliação de crescimento e do bem-estar fetal deve ser considerada; os exames ultrassonográficos para avaliação fetal devem ser solicitados pelo médico do Centro de Saúde (médico de família ou ginecologista), sob regulação. Seguimento individualizado pode ser necessário se houver evidência de hepatomegalia ou hidropisia fetal; estes casos devem ser encaminhados para a Medicina Fetal, sob regulação.
- A sensibilidade para detecção molecular do vírus no líquido amniótico é desconhecida. Pela analogia com outras infecções virais, supõe-se que o vírus possa ser encontrado no líquido amniótico a partir de 18 a 21 semanas de gestação. A indicação de amniocentese, até o momento, não é rotineira, ficando reservada a casos específicos ou cenários de pesquisa clínica.
- Recomenda-se uso de máscaras, principalmente em ambientes com indivíduos potencialmente contaminados com o vírus, e uso de preservativos durante todas as relações sexuais. Pacientes com suspeita ou confirmação de MPX devem abster-se de relações sexuais.
- Como medidas de prevenção, recomenda-se que as gestantes e puérperas evitem contato próximo com pessoas que apresentam sintomas sugestivos ou diagnóstico confirmado de MPX. Esta orientação é extensiva a profissionais de saúde gestantes, ou seja, não é

recomendado que prestem atendimento direto a pacientes com suspeita ou confirmação de monkeypox durante o período de transmissão da doença.

## 6. AMAMENTAÇÃO

### 6.1 Cuidados com amamentação de lactentes em mães infectadas com MPX

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as práticas de alimentação infantil, incluindo a interrupção da amamentação em uma mãe com MPX, **sejam avaliadas caso a caso**, considerando-se o estado físico geral da mãe e a gravidade da doença, o que pode impactar no risco de transmissão da MPX de mãe para filho.

Observações:

- Atualmente, não se sabe se MPXV ou anticorpos contra o vírus estão presentes no leite materno de mulheres lactantes.
- Os riscos conhecidos associados à exclusão das proteções conferidas pela amamentação e o sofrimento causado pela separação da mãe e do bebê devem ter um peso maior no cálculo de risco/benefício do que o risco em potencial e desconhecido de infecção por MPXV no bebê.
- A prioridade é proteger a sobrevivência da criança e ao mesmo tempo manter a ingestão nutricional do bebê (por exemplo, evitar doenças diarreicas associadas a fórmulas de leite contaminadas devido a água impura ou práticas anti-higiênicas).
- Os bebês de mães com MPX devem ser monitorados de perto quanto a sinais e sintomas com o objetivo principal de fornecer cuidados de suporte precoces para prevenir o desenvolvimento de doença grave e desfechos ruins.
- Devem ser tomadas medidas de proteção contra infecções pelas mães com MPX ao manusear e alimentar seus bebês, por exemplo, higienização das mãos com água e sabão antes e depois de cada mamada, usar máscara, e cobrir quaisquer lesões em áreas de contato direto com o lactente.
- Não amamentar na mama que apresentar lesões. As mães podem ordenhar/bombear a mama com lesões na aréola e descartar o leite e alimentar o bebê a partir da mama não afetada.
- Se ambas as mamas apresentarem lesões, o caso deverá ser discutido com a Coordenação de Saúde Integral da Criança e Adolescente (telefone: (31) 3277-7796)

- Em todos os casos, o par mãe-bebê deve ser monitorado para identificar o desenvolvimento de sinais e sintomas de MPX no bebê. O monitoramento do bebê deve ser feito por telefone pelos profissionais da APS, uma vez ao dia durante 21 dias (exceto finais de semana). Se o bebê apresentar sinais e sintomas sugestivos de MPX, a família deve buscar atendimento presencial de segunda a sexta-feira, durante o período diurno, no Centro de Saúde próximo à sua residência e durante a noite e finais de semana na Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
- Para bebês de 0 a 5 meses e 29 dias: Havendo necessidade de separação da mãe que tem MPX, deve ser alimentado com leite humano doado ou substitutos apropriados do leite materno, informado pela viabilidade, segurança, sustentabilidade, contexto cultural, aceitabilidade pela mãe e disponibilidade do serviço.
- Para bebês de 6 a 23 meses de idade: Que não podem acessar leite humano de doadores ou substitutos apropriados do leite materno, o leite integral pasteurizado animal é adequado como parte de uma dieta equilibrada juntamente com alimentos complementares.
- Assistência abrangente deve ser fornecida para qualquer mãe que parou de amamentar devido a MPX (ou qualquer outra razão) para restabelecer a produção de leite e continuar a amamentação.
- Em caso de substituição da alimentação por substituto do leite materno, é fundamental acompanhar o crescimento do lactente, desenvolvimento e outras doenças, bem como para sinais e sintomas sugestivos de MPX.

## **6.2 Orientações para a doação de Leite Humano pelas mães infectadas com MPX ou contactantes de casos positivos:**

Os profissionais das Unidades Coletoras de Leite Humano (UCLH), do Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH) e do Banco de Leite Humano devem estar atentos em relação à avaliação da doadora no ato de recebimento do leite, em relação aos sinais e sintomas e/ou contato com pessoas infectadas com MPX:

- As doadoras devem ser informadas da necessidade de relatar qualquer infecção ou sintomas sugestivos de MPX (febre, erupção cutânea, fadiga);
- Para a mãe doadora infectada sugere-se oferecer para seu bebê o leite que tenha sido coletado e congelado quando ainda estava saudável.



- Se a doadora tiver tido contato com caso suspeito ou confirmado de MPX, e permaneceu assintomática, ela pode doar leite somente após 21 dias do contato com esta pessoa;
- A doadora sintomática poderá doar somente após completa cicatrização das lesões da pele e após 42 dias do início dos sintomas;
- Os profissionais das Unidades Coletoras de Leite Humano, Posto de Coleta de Leite Humano e Banco de Leite Humano, não devem visitar a casa da doadora até que ela tenha completa cicatrização das lesões de pele.

*Última revisão 06/09/2022.*