

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
LINHA DO TEMPO	2
AÇÕES REALIZADAS – 29 DE JULHO A 27 DE AGOSTO	3
DEFINIÇÕES DE CASO	4
CASO SUSPEITO	4
CASO PROVÁVEL	4
CASO CONFIRMADO	4
CASO DESCARTADO	4
EXCLUSÃO	5
PERDA DE SEGUIMENTO	5
DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	6
CENÁRIO INTERNACIONAL E NACIONAL	6
MUNDO	6
BRASIL	10
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs) Nacional, realiza a vigilância de doenças, agravos e eventos de saúde pública com potencial para constituição de emergência em saúde pública. No monitoramento do cenário epidemiológico internacional e nacional, foi detectada a ocorrência de caso confirmado de monkeypox, em 7 de maio de 2022, no Reino Unido, país não endêmico da doença. Em 19 de maio de 2022, considerando o potencial risco de entrada da doença no País, o Cievs Nacional elaborou Comunicado de Risco para alertar sobre a disseminação da doença, sinais e sintomas, definição de caso, processo de notificação, bem como sobre as medidas de prevenção e controle.

No dia 20 de maio, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu alerta sobre o aumento de casos confirmados da doença em países não endêmicos. Em 23 de maio, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) estabeleceu a Sala de Situação para organizar a preparação e resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) para o enfrentamento da doença.

Diante da mudança do cenário epidemiológico global, com a disseminação da doença para 72 países e com 14.533 casos confirmados, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii), em 23 de julho de 2022, elevando o nível de atenção sobre a doença e recomendado a necessidade de ampliação das capacidades de vigilância e medidas de saúde pública para contenção da sua transmissão nos países.

Assim, em 29 de julho de 2022, o MS mobilizou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública Nacional (COE) Monkeypox, objetivando organizar de forma coordenada a atuação do SUS para resposta à doença no País e assim fortalecer a vigilância e adotar as medidas de prevenção e controle para a contenção da emergência nas três esferas de gestão.

Este boletim tem como objetivo atualizar a linha do tempo de ações do COE-Monkeypox, apresentar um breve resumo das atividades realizadas e descrever os dados epidemiológicos até a semana epidemiológica (SE) n.º 36 (de 4 a 10/9/2022) notificados ao MS.

LINHA DO TEMPO



Boletim Epidemiológico Especial: Monkeypox.

©2022. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

EDITORES RESPONSÁVEIS:

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS): Arnaldo Correia de Medeiros. **Departamento de Emergências em Saúde Pública (Demsp/SVS):** Daniela Buosi Rohlf. **Coordenação-Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CGIEVS/Demsp):** Janaina Sallas, Álvaro Italo de Souza Dias, Caroline Nunes do Santos, Maria Cristina Lima Fontenele Presta, Marina Pissurno do Nascimento, Otto Henrique Nienov, Pedro Henrique Presta Dias. **Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Pública (CGEMSP/Demsp):** Jackeline Leite Pereira Pavin, Tanna Raposo dos Santos Morales, Leonora Rios de Souza Moreira. **Coordenação-Geral de Análise dos Riscos de Eventos em Saúde Pública (Caesp/Demsp):** Rebeca Cristine Campos Martins. **Coordenação de Gestão de Risco das Emergências em Saúde Pública (CGRESP/CGEMSP/Demsp):** Magda Machado Saraiva Duarte, Carlos Frank, Leonardo José Alves de Freitas, Amanda Krummenauer, Danielle Cristine Castanha da Silva. **Departamento de Análises Epidemiológica e Vigilância de Doenças Transmissíveis (Daent/SVS):** Giovanni Vinicius França. **Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológicas (CGIAE/Daent):** Marli Souza, Ademar Junior, Rúanna Sandrely de Miranda Alves. **Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Dsast/SVS):** Thais Araújo Cavendish. **Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM/Dsast):** Iara Ervilha, Débora de Sousa Bandeira. **Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador (CGSAT/Dsast):** Flávia Nogueira, Rejane Alves. **Departamento de Articulação Estratégica e Vigilância em Saúde (Daevs/SVS):** Breno Leite. **Coordenação de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/Daevs):** Thiago Ferreira Guedes, Emerson Araújo, Izabela Trindade. **Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI/SVS):** Gerson Fernando Mendes Pereira, Ana Roberta Pati Pascom. **Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST/DCCI):** Angelica Espinosa.

Isabella Nepomuceno de Souza. **Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis (DEIDT/SVS):** Cássio Roberto Leonel Peterka. **Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT):** Adriana Regina, Lucimeire Campos. **Núcleo de Eventos e Comunicação (Necom/SVS):** Eunice Lima, Aedé Cadaxa, Flávio Forini. **Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes/MS):** Maira Batista Botelho. **Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU):** Bruno Ferreira. **Coordenação-Geral da Força Nacional do SUS (CGFNS/Saes):** Helena Lima da Silva Neta. **Secretaria de Ciência, Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE/MS):** Sandra de Castro Barros. **Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE):** Ediane de Assis, Jônatas Lima. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS):** Raphael Câmara. **Departamento dos Ciclos da Vida. Coordenação da Saúde da Mulher (Cosmu/Deciv/Saps):** Marcio Irita Haro. **Departamento de Saúde da Família (CGESF/Desf/Saps):** Olavo de Moura Fontoura. **Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS):** Ho Yeh Li, Rodrigo Frutuoso, Marcus Vinicius Quito. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass):** Fernando Avendanho, Nereu Henrique Mansano Archives. **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems):** Kandice de Melo Falcão, Rosangela Treichel Saenz Surita. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa):** Cristiano Gregis, Daniel de Souza Cruz.

PROJETO GRÁFICO, DIAGRAMAÇÃO E REVISÃO:

Área editorial/GAB/SVS.



AÇÕES REALIZADAS – 29 DE JULHO A 27 DE AGOSTO

	Funcionamento 24h/7dias		42	dias de ativação
	notifica@saude.gov.br coe@saude.gov.br		2	Publicação do Plano de Contingência V.01
	29 briefings		1	Publicação de material publicitário
	11 debriefings		1	Publicação de vídeo - orientação sobre coleta de material para análise laboratorial
	Ampliação da capacidade de diagnóstico - 08 Laboratórios de Referências		5	Boletins epidemiológicos especiais
	7 Apresentações sobre as atividades do COE		1	Instalação de ferramenta de rastreamento e monitoramento de casos e contatos
	39 reuniões - on-line e presencial		4	Capacitações realizadas para utilização da ferramenta do go.data de rastreamento e monitoramento de casos e contatos
	Levantamento da mobilização de COE nos estados		1	Desenvolvimento de novo sistema de notificação e investigação
	12 tratamentos recebidos no Brasil			Atualização diária de espaço de divulgação no site do MS
	8 entregues		8	Protocolos
	2 atualização de Perguntas Frequentes (FAQ)		7	Publicação de notas técnicas e informativas
	44 informes diários		2	Atualizações das definições de caso (confirmado, suspeito, provável, descartado, exclusão e perda de seguimento)
	41 informes para a imprensa		1	Campanha publicitária
	6 plenárias Cievs e Renaveh para capacitação e respostas às dúvidas sobre a notificação de casos			
	5 Webinários			

DEFINIÇÕES DE CASO

CASO SUSPEITO

Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas e/ou erupção cutânea aguda sugestiva de monkeypox, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, oral) E/OU proctite (por exemplo, dor anorretal, sangramento), E/OU edema peniano, podendo estar associada a outros sinais e sintomas.

CASO PROVÁVEL

Caso que atende à definição de caso suspeito, que apresenta um ou mais dos seguintes critérios listados abaixo, com investigação laboratorial de monkeypox não realizada ou inconclusiva e cujo diagnóstico de monkeypox não pode ser descartado apenas pela confirmação clínico-laboratorial de outro diagnóstico.

- a) Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU contato físico direto, incluindo contato sexual, com parcerias múltiplas E/OU desconhecidas nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
- b) Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU histórico de contato íntimo, incluindo sexual, com caso provável ou confirmado de monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
- c) Contato com materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a caso provável ou confirmado de monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU
- d) Trabalhadores de saúde sem uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI) com história de contato com caso provável ou confirmado de monkeypox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas.

CASO CONFIRMADO

Caso suspeito com resultado laboratorial "Positivo/Detectável" para monkeypox vírus (MPXV) por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento).

CASO DESCARTADO

Caso suspeito com resultado laboratorial "Negativo/Não Detectável" para monkeypox vírus (MPXV) por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento) OU sem resultado laboratorial para MPXV E realizado diagnóstico complementar que descarta monkeypox como a principal hipótese de diagnóstico.

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

EXCLUSÃO

Notificação que não atende às definições de caso suspeito.

PERDA DE SEGUIMENTO

Caso que atenda à definição de caso suspeito e que atenda aos critérios listados abaixo:

- Não tenha registro de vínculo epidemiológico²; E
- Não realizou coleta de exame laboratorial OU realizou coleta de exame laboratorial, mas a amostra foi inviável OU teve resultado inconclusivo; E
- Não tem oportunidade de nova coleta de amostra laboratorial (30 dias após o início da apresentação de sinais e sintomas).

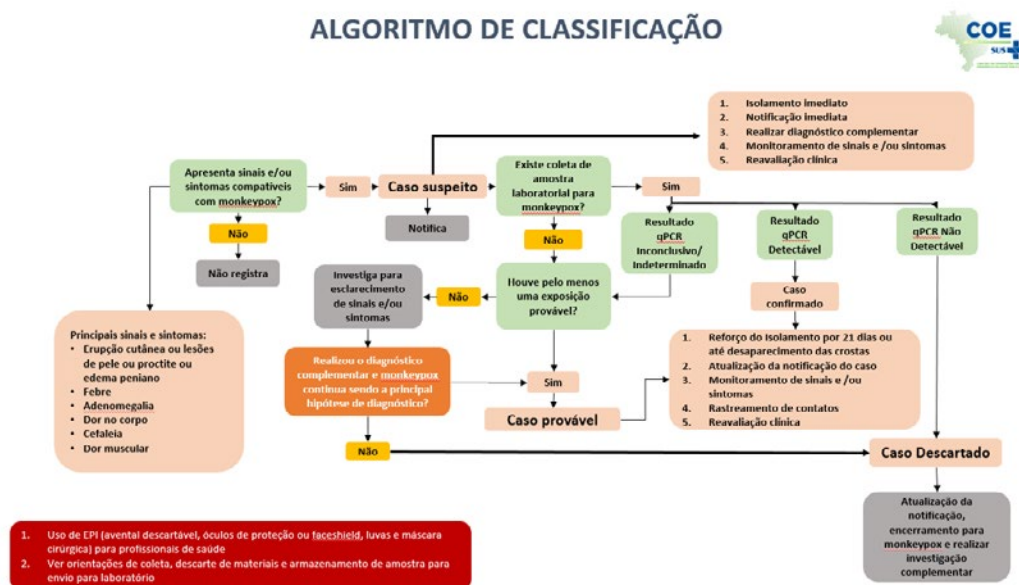


FIGURA 1 Algoritmo de classificação de casos de monkeypox, Brasil, 2022

Fonte: COE Monkeypox, 10/9/2022

¹ Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, contato físico direto, incluindo contato sexual, com parcerias múltiplas ou desconhecidas, OU histórico de contato íntimo, incluindo sexual, com caso provável ou confirmado de monkeypox OU contato com materiais contaminados pertencentes a caso provável ou confirmado de monkeypox, OU trabalhadores de saúde sem uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI) com histórico de contato com caso provável ou confirmado de monkeypox, nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial é realizado por detecção molecular do vírus por reação em cadeia da polimerase em tempo real (qPCR).

Atualmente, existem oito Laboratórios de Referência realizando os exames, mapeados na Figura 2.

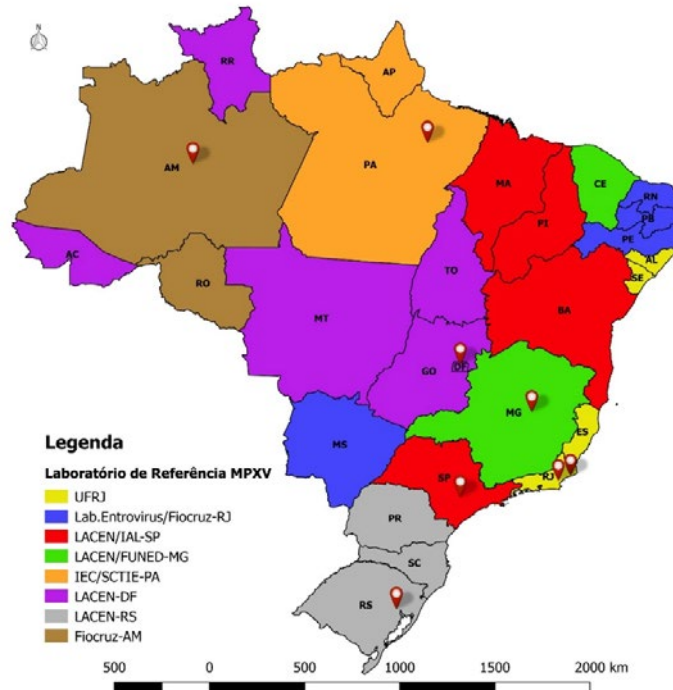


FIGURA 2 Rede Laboratorial para diagnóstico de casos de monkeypox, Brasil, 2022

Fonte: COE monkeypox, 10/9/2022.

CENÁRIO INTERNACIONAL E NACIONAL

MUNDO

De acordo com relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), no período de 1º de janeiro a 7 de setembro de 2022, foram notificados 54.709 casos confirmados laboratorialmente, 397 casos prováveis de monkeypox e 18 óbitos. Esses óbitos estão distribuídos em nove países: Nigéria (4), Gana (4), República Centro-Africana (2), Espanha (2), Brasil (2), Bélgica (1), Cuba (1), Equador (1) e Índia (1).

Desde 13 de maio de 2022, há relato de aumento de casos de monkeypox em países sem transmissão previamente documentada da doença. Esta é a primeira vez em que casos e cadeias sustentadas de transmissão são relatados em países sem ligações epidemiológicas diretas ou imediatas com áreas da África Ocidental ou Central, onde há países endêmicos.

O número semanal de novos casos notificados globalmente diminuiu 60,3%, de 5.015 registros na semana epidemiológica 35 (28/8 a 3/9) para 1.991 casos na SE 36 (4 a 10/9). Este cenário pode estar subestimado, visto que os dados avaliados não contemplam integralmente a SE 36. A maioria dos casos notificados nas últimas 4 semanas epidemiológicas foi registrada nas Regiões das Américas (n = 15.248; 73,6%) e da Europa (n = 4.572; 22,1%) (Figura 3).

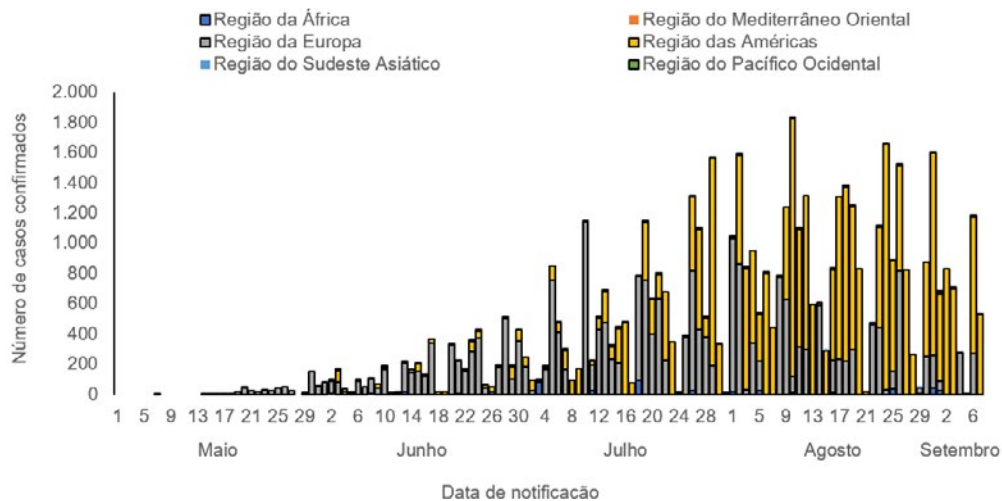


FIGURA 3 Casos de monkeypox, segundo data de notificação e regiões da OMS (N = 54.709)

FonteOMS, 7 de setembro de 2022. Dados disponíveis em: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global.
Dados sujeitos a revisões

TABELA 1 Casos confirmados, prováveis e óbitos por monkeypox, segundo regiões da OMS (N = 54.709)

Região	Casos confirmados	Casos prováveis	Óbitos
Europa	23.196	0	3
Américas	30.772	397	4
África	521	0	10
Pacífico Ocidental	161	0	0
Mediterrâneo Oriental	41	0	0
Sudeste Asiático	18	0	1
Total	54.709	397	18

Fonte: OMS, 7 de setembro de 2022. Dados disponíveis em: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/.
Dados sujeitos a revisões.

Os seis países com o maior número de casos confirmados globalmente são: Estados Unidos (n = 19.833), Espanha (n = 6.749), Brasil (n = 5.525), França (n = 3.646), Alemanha (n = 3.505) e Reino Unido (n = 3.484). As notificações registradas nesses países correspondem a 78,1% dos casos notificados globalmente (Figura 4). Os dados do Brasil neste cenário mundial correspondem aos dados notificados à OMS até o dia 7 de setembro

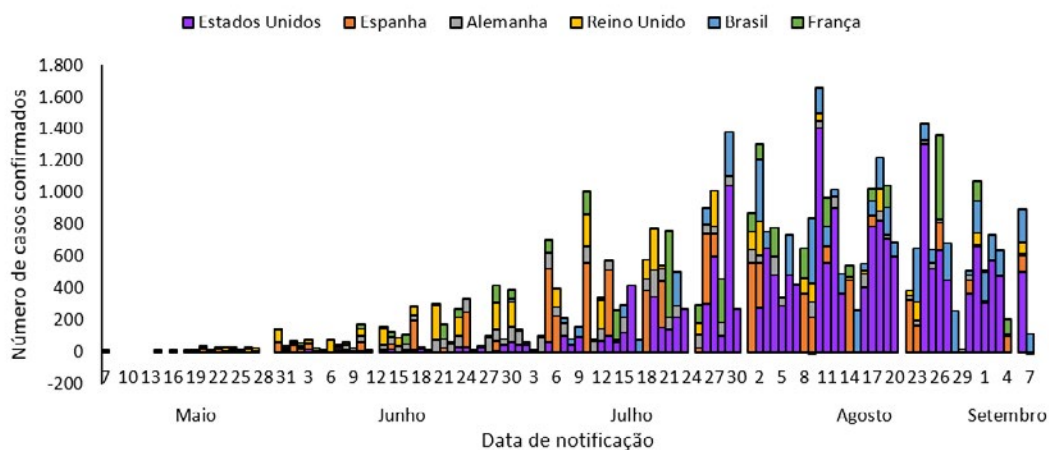


FIGURA 4. Casos de monkeypox nos seis países com maior número de casos, segundo data de notificação, 2022 (n = 42.742)

Fonte: OMS, 7 de setembro de 2022. Dados disponíveis em: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global. Dados sujeitos a revisões.

A Figura 5 apresenta a curva geral de casos por data de notificação e a média móvel, considerando a média de casos dos últimos sete dias por semana epidemiológica. Desde a SE 28 (10 a 16/7), observa-se um aumento de casos novos no mundo até a SE 32 (7 a 13/8), onde há o maior número de casos e da média móvel no mundo, com 7.316 casos e média móvel de 1.045,1 casos. O número de casos e média móvel da SE 36, até o dia 7 de setembro, é de 2.694 e 384,9 casos, respectivamente.

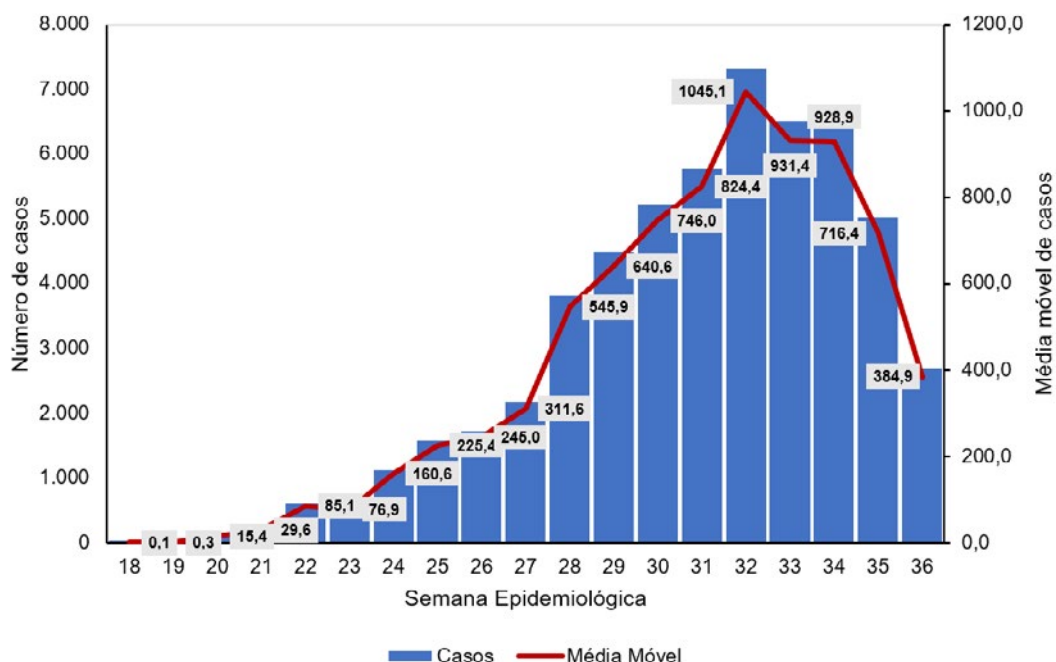


FIGURA 5 Casos confirmados de monkeypox, segundo data de notificação e média móvel, considerando os últimos sete dias, 2022 (n = 55.395)

Fonte: OMS, 7 de setembro de 2022. Dados disponíveis em: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/.
Dados sujeitos a revisões

Quanto ao perfil dos casos confirmados, o sexo masculino corresponde a 98,1% (27.875/28.401) e a mediana de idade é de 36 anos (IIQ: 30-43 anos). A faixa etária predominante dos casos é de 18 a 44 anos, representando 77,8% (n = 22.096). Foram notificados, ainda, 171 (0,6%) casos confirmados entre zero e 17 anos, e 46 (0,2%) com idade entre zero e quatro anos (Figura 6).

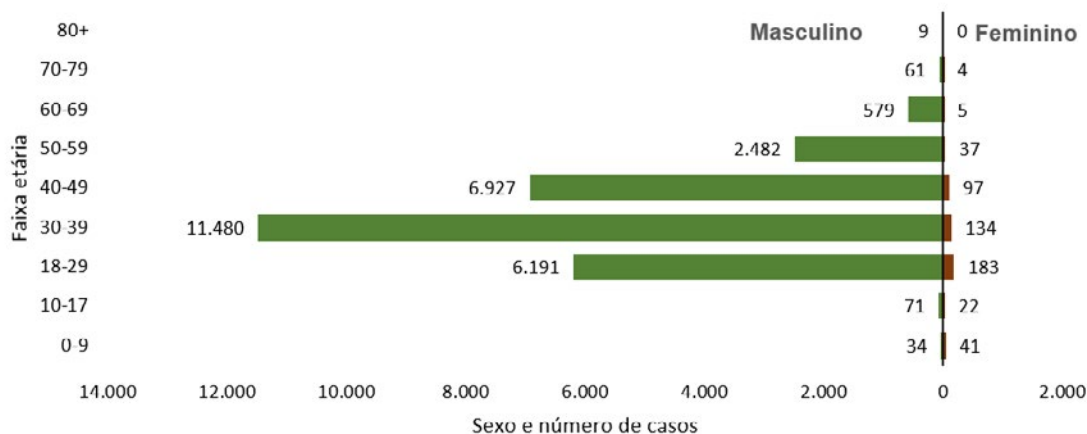


FIGURA 6 Casos globais confirmados de monkeypox, segundo sexo e faixa etária, 2022 (n = 28.357)

Fonte: OMS, 7 de setembro de 2022. Dados disponíveis em: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/.
Dados sujeitos a revisões

Quanto ao comportamento sexual dos casos confirmados no mundo, entre aqueles que apresentam essa informação (n = 12.878), observa-se que 95,1% (n = 12.247), se declaram como homens que fazem sexo com homens (Tabela 2). A principal forma de transmissão relatada foi a sexual, com 91,3% (n = 8.153) entre todas as formas de transmissão relatadas (n = 8.928). Entre as possíveis exposições, nos casos confirmados, a mais comum foi a participação em eventos com contatos sexuais, com 3.028 (60,2%) do total de 5.031 registros.

Ainda de acordo com a Tabela 2, a maioria dos casos confirmados e prováveis no mundo que tiveram o registro, não foram hospitalizados (n = 17.251; 91,6%). As hospitalizações informadas ocorreram devido a necessidades clínicas ou para propósitos de isolamento (n = 1.581; 8,4%), apenas 11 (0,1%) pacientes foram internados em unidades de terapia intensiva (UTI).

A maioria dos casos apresentou sintomas leves da doença. Cabe ressaltar, entretanto, que o vírus da monkeypox pode causar doenças graves em certos grupos populacionais, a exemplo de crianças, gestantes e pessoas imunossuprimidas.

É importante destacar que, para as variáveis que caracterizam os casos, há um relevante número de registros sem informação (valor desconhecido ou ausente), o que pode interferir nos resultados relacionados a essas análises.

TABELA 2 Casos confirmados e prováveis de monkeypox, segundo características dos casos nos países, 2022

Descrição	Sim		Não		Valor desconhecido ou ausente
	n	(%)	n	(%)	
Homens que fazem sexo com homens	12.247	95,1	631	4,9	34.047
HIV Positivo	5.678	44,6	7.042	55,4	34.205
Trabalhador da saúde	316	4,1	7.309	95,9	39.300
História de viagem	1.246	28,1	3.191	71,9	42.488
Transmissão sexual	8.151	91,3	775	8,7	37.999
Hospitalizado	1.581	8,4	17.251	91,6	28.093
Unidade de terapia intensiva	11	0,1	8.314	99,9	38.600
Óbitos	4	0,0	20.406	100,0	26.515

Fonte: OMS, 7 de setembro de 2022.

Dados disponíveis em: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/.

Dados sujeitos a revisões

Os principais sinais e sintomas registrados nos casos confirmados de monkeypox no mundo foram: qualquer erupção cutânea, com 84,4% (n = 16.450), seguido de erupção cutânea sistêmica, com 50,5% (n = 9.837), conforme apresentado na Figura 7.

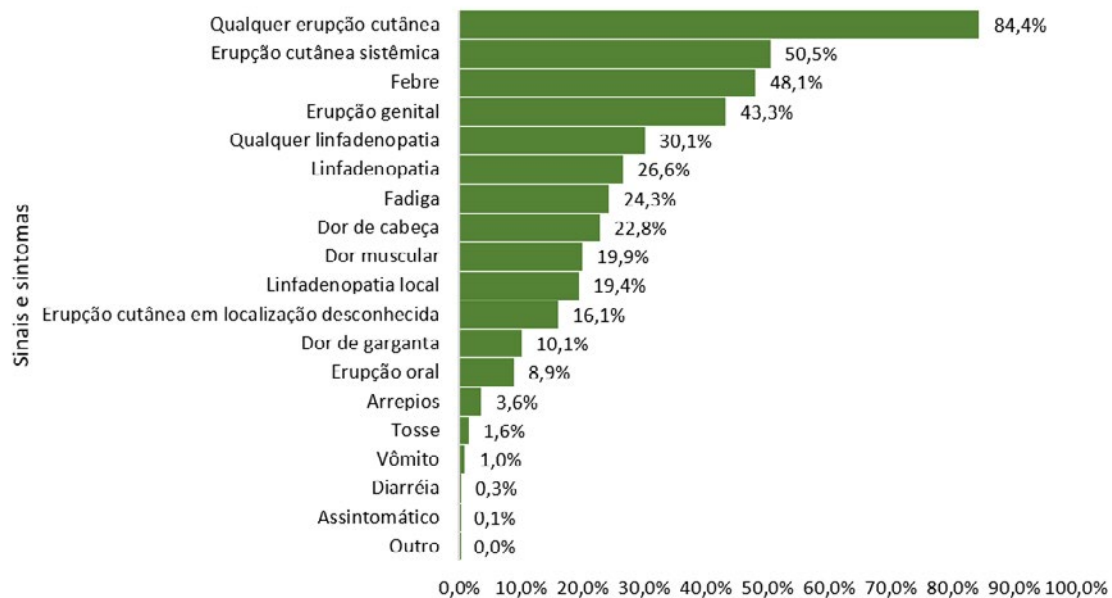


FIGURA 7 Principais sinais e sintomas dos casos confirmados de monkeypox nos países, 2022 (N = 19.493)

Fonte: OMS, 7 de setembro de 2022. Dados disponíveis em: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/.

*Dados do Brasil enviado até 13 de agosto pelo COE-Monkeypox. Dados sujeitos a revisões

BRASIL

No Brasil, até a semana epidemiológica 36, encerrada em 10/9/2022, foram registradas 25.746 notificações para monkeypox, apresentando incremento de 14,3% no número total de notificações acumuladas até a semana anterior SE 35 (28/8 a 3/9) (n= 22.522).

Das notificações recebidas, 12.476 (48,5%) foram descartadas e 530 (2,1%) não atenderam à definição de caso suspeito, sendo por isso classificadas como “exclusões”, conforme apresentado na Figura 8.

Aproximadamente 23,4% (n = 6.037) das notificações foram classificadas como suspeitas e 2,0% (510) como perda de seguimento. Entre as perdas de seguimento, 58 apresentaram resultado laboratorial inconclusivo e 452 não possuíam o registro de coleta ou resultado de análise laboratorial, somados à falta de oportunidade de nova coleta e à ausência de vínculo epidemiológico com casos prováveis ou confirmados.

A Figura 8 também mostra que 6.073 (23,6%) casos foram confirmados e 120 (0,5%) foram classificados como prováveis, sendo a somatória desses dois grupos (n = 6.193) considerada para fins de análise deste boletim como prováveis, sendo a somatória desses dois grupos (n = 6.193) considerada para fins de análise deste boletim.



FIGURA 8 Fluxograma de classificação das notificações recebidas de monkeypox, até 10 de setembro de 2022, Brasil

Fonte: OMS, 7 de setembro de 2022. Dados disponíveis em: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/.

Dados sujeitos a revisões

Na Figura 9, observa-se o maior registro de notificações na SE 31 (31/7 a 6/8) (n = 1.036). No mês de agosto foram registradas 3.993 notificações, 2,3 vezes o registrado no mês de julho. Já nos dez primeiros dias de setembro, compreendidos neste boletim, foram feitos 399 novos registros de notificações. A média móvel de casos confirmados e prováveis para monkeypox apresentou uma redução a partir da SE 32 (7 a 13/8).

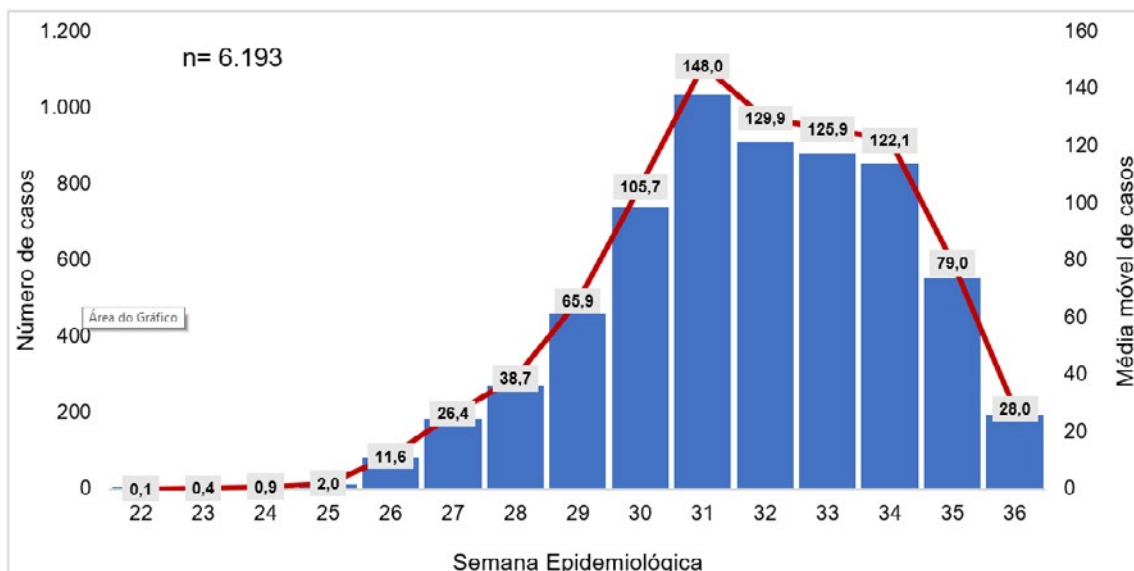


FIGURA 9 Casos confirmados e prováveis de monkeypox, segundo SE de notificação, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.193)

Fonte: COE Monkeypox Nacional, até 10/9/2022.

A Figura 10, apresenta a distribuição acumulada de notificações segundo classificação e SE de início de sintomas, com destaque tanto para o número de notificações de casos confirmados, bem como para o de casos descartados, demonstrando o aumento da sensibilidade da vigilância. A proporção de casos confirmados ou prováveis entre todas notificações, nas SE 33 (14 a 20/8), 34 (21 a 27/8) e 35 (28/8 a 3/9), foi de, respectivamente, 20,6%, 16,1% e 10,1%.

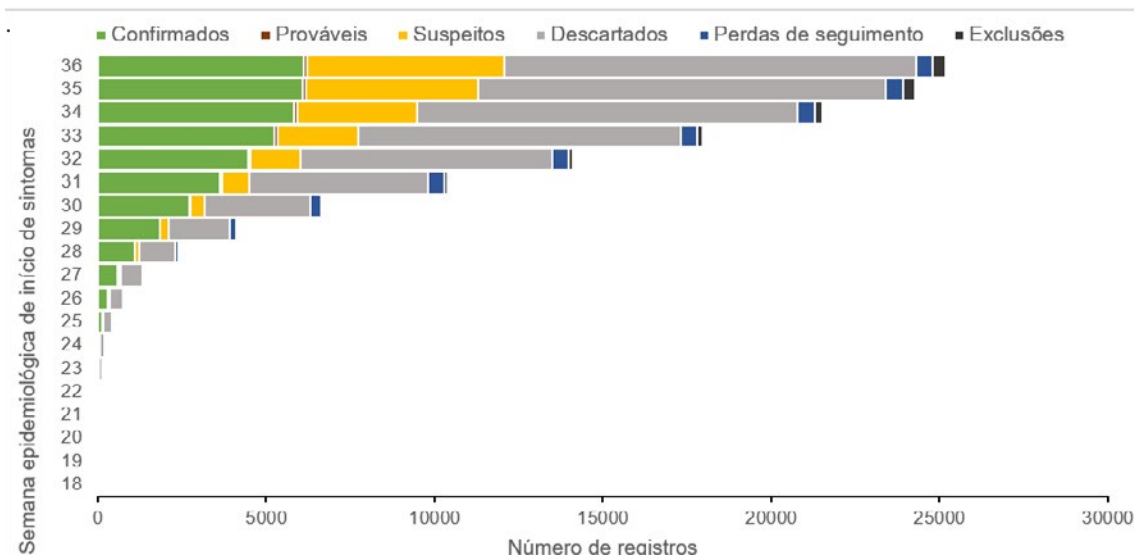


FIGURA 10 Classificação dos casos notificados de monkeypox, segundo SE de início de sintomas, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 25.205)

Fonte: COE Monkeypox, até 10/09/2022

A distribuição das notificações segundo SE de início de sintomas, bem com classificação e variação semanal do número de notificação constam na Tabela 3. A SE com o maior número de novos casos foi a 31 (31/7 a 6/8), com 935 registros, entretanto, após a SE 33 (14 a 20/8), observa-se um decréscimo no número de novos casos.

Na Tabela 4, é possível observar um decréscimo no número de novos casos em 16 unidades da Federação (UF) de residência na variação entre as SE 35-36 (28/8 a 10/9), entretanto aumento em 5 estados (Mato Grosso, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Tocantins) e 6 estados sem variação (Acre, Alagoas, Maranhão, Paraíba, Paraná e Sergipe). A partir da variação semanal entre as SE 33 (14 a 20/8) e 34 (21 a 27/8), há uma redução no número de casos em 17 UF.

TABELA 3 Distribuição das notificações de monkeypox, segundo SE de início de sintomas, e respectiva variação semanal, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 25.208)

SE	Classificação do caso						% de Variação								
	Confirmados	Prováveis	Suspeitos	Descartados	Perdas de seguimento	Exclusões	Óbitos	Total casos novos	Casos novos	Casos Confirmados	Casos prováveis	Casos suspeitos	Casos descartados	Perdas de seguimento	Exclusões
18	0	0	1	8	0	1	1	0	100%	100%	0,0	-100,0%	-25,0%	100%	-100,0%
19	1	0	0	6	1	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0	100%	0,0%	-100,0%	0,0
20	1	0	1	6	0	0	0	1	100,0%	100,0%	0,0	100,0%	183,3%	0,0	100%
21	2	0	2	17	0	1	0	2	200,0%	200,0%	0,0	50,0%	41,2%	100%	0,0%
22	6	0	3	24	7	1	0	6	33,3%	33,3%	0,0	33,3%	62,5%	-42,9%	0,0%
23	8	0	4	39	4	1	0	8	250,0%	237,5%	100%	25,0%	17,9%	50,0%	0,0%
24	5	0	5	46	6	0	0	28	235,7%	248,1%	-100,0%	120,0%	119,6%	33,3%	-100,0%
25	94	0	11	101	8	0	0	94	81,9%	80,9%	100%	27,3%	49,5%	187,5%	100%
26	170	1	14	151	23	2	0	171	72,5%	69,4%	600,0%	178,6%	53,0%	-17,4%	0,0%
27	288	7	39	231	19	2	0	295	70,5%	73,6%	503	20,5%	87,4%	89,5%	150,0%
28	500	3	47	433	36	5	1	503	48,1%	48,2%	33,3%	134,0%	79,4%	91,7%	140,0%
29	741	4	110	777	69	12	0	745	20,0%	18,5%	300,0%	67,3%	70,3%	105,8%	108,3%
30	878	16	184	1323	142	25	0	894	4,6%	3,8%	50,0%	114,1%	61,5%	34,5%	48,0%
31	911	24	394	2136	191	37	0	935	-7,3%	-6,3%	-45,0%	71,3%	1,1%	-100,0%	-5,4%
32	854	13	675	2160	0	35	0	867	-8,2%	-9,5%	76,9%	31,6%	-1,2%	0,0	8,6%
33	773	23	888	2134	0	82	0	796	-28,3%	-27,6%	-52,2%	35,5%	-20,7%	0,0	115,8%
34	560	11	1203	1693	0	105	0	571	-51,5%	-52,1%	-10,2%	28,0%	-51,4%	0,0	28,0%
35	268	9	1540	823	0	105	0	277	-90,6%	-91,0%	-77,8%	-51,1%	-88,1%	0,0	-51,4%
36	24	2	753	98	0	51	1	26							

Fonte: COE monkeypox nacional, até 3/9/2022.

TABELA 4. Distribuição dos casos confirmados ou prováveis monkeypox, segundo UF e SE de início de sintomas, e respectiva variação semanal, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6102)

UF	Semana Epidemiológica																																				% variação por UF									
	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	SE 22-23	SE 23-24	SE 24-25	SE 25-26	SE 26-27	SE 27-28	SE 28-29	SE 29-30	SE 30-31	SE 31-32	SE 32-33	SE 33-34	SE 34-35	SE 35-36																	
AC	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	100%	-100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%										
AL	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3	1	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%										
AM	0	0	0	0	0	1	1	1	1	6	5	7	0	0	0	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%										
AP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%										
BA	0	0	0	1	1	1	1	6	9	7	13	10	13	4	0	0%	100%	100%	0%	0%	600%	-14%	50%	50%	267%	36%	36%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%										
CE	0	1	2	0	0	4	2	2	3	11	15	10	13	11	4	100%	100%	200%	0%	100%	8%	54%	20%	38%	-3%	-3%	-19%	-15%	-64%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%											
DF	0	0	1	3	1	12	13	20	24	33	32	26	14	0	0	0%	100%	100%	0%	100%	100%	50%	200%	300%	300%	8%	8%	27%	38%	80%	100%	100%	100%	100%	100%											
ES	0	0	0	1	1	0	2	1	3	12	11	8	5	1	0	0%	0%	0%	0%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%										
GO	0	0	0	5	3	8	12	29	41	61	49	69	49	0	0	0%	0%	100%	-40%	0%	50%	142%	41%	49%	-20%	41%	-25%	-29%	-55%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%											
MA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	4	3	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%										
MG	0	1	0	9	12	13	19	29	52	63	51	53	40	11	0	100%	-100%	100%	33%	8%	46%	53%	79%	21%	-19%	4%	-25%	-7%	-7%	-7%	-7%	-7%	-7%	-7%	-7%											
MS	0	0	0	0	0	1	1	5	0	4	14	7	15	2	0	0%	0%	0%	100%	0%	400%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%									
MT	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	3	5	1	1	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%									
PA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%									
PB	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	5	4	1	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%									
PE	0	0	0	0	0	2	1	5	9	4	4	21	14	5	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%									
PI	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	2	2	2	2	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%									
PR	0	0	1	5	3	6	12	17	29	27	28	24	4	0	2	0%	0%	100%	400%	100%	100%	42%	71%	-7%	4%	4%	-14%	-83%	-100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%										
RJ	0	1	3	15	31	50	61	116	127	129	121	118	67	29	2	100%	200%	400%	-40%	100%	22%	90%	9%	2%	6%	2%	-44%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%										
RN	0	0	1	0	1	0	0	3	8	6	9	5	5	1	14	0%	100%	-100%	100%	0%	100%	167%	-25%	50%	2%	-44%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%										
RO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%									
RR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%									
RS	1	1	0	0	1	1	4	6	17	25	18	28	20	13	0	0%	-100%	0%	100%	0%	300%	50%	183%	47%	-28%	56%	-29%	-35%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%										
SC	0	0	0	0	1	1	4	5	6	21	22	34	39	27	0	0%	0%	0%	100%	0%	25%	80%	133%	5%	5%	15%	-31%	-37%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%										
SE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%									
SP	5	4	19	55	112	183	347	489	509	490	402	320	257	142	2	-20%	375%	189%	104%	63%	90%	41%	4%	-4%	-18%	-20%	-20%	-45%	-89%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%										
TO	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	100%	-100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%									

Fonte: COE Monkeypox Nacional, até 10/9/2022.

Os indivíduos acometidos por monkeypox adoeceram mais frequentemente no período compreendido entre a segunda quinzena do mês de julho e a primeira de agosto (n = 3.711), conforme observado na Figura 11.

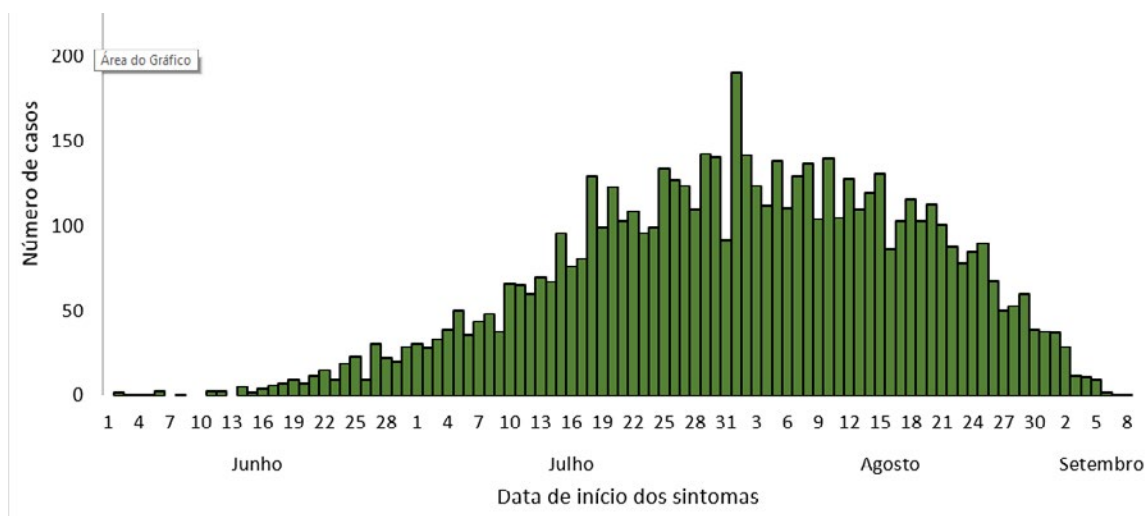


FIGURA 11 Casos confirmados e prováveis de monkeypox, segundo data de início dos sintomas, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.100)

Fonte: COE monkeypox nacional, 10/09/2022.

O número de casos novos e acumulados, segundo Semana Epidemiológica de início de sintomas, é demonstrado na figura 12. É possível verificar um aumento do número de casos de monkeypox a partir da Semana Epidemiológica 25.

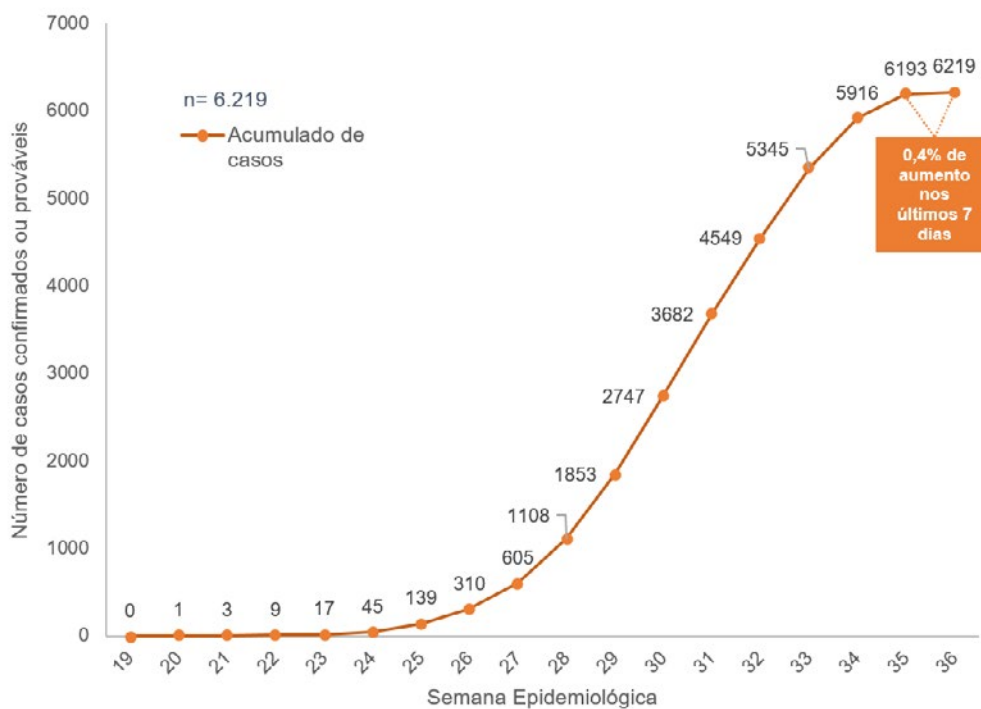


FIGURA 12 Casos confirmados e prováveis de monkeypox, acumulados e novos, segundo SE de início de sintomas, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.219)

Fonte: COE monkeypox nacional, até 10/9/2022.

Na distribuição dos casos confirmados e prováveis por Região de residência no Brasil, observa-se maior concentração nas Regiões Sudeste (n = 4.692; 75,8%) e Centro-Oeste (n = 645; 10,4%). Da mesma forma, quando avaliada a incidência, as maiores incidências são observadas nas Regiões Sudeste (4,8 casos/100 mil habitantes) e Centro-Oeste (3,2 casos/100 mil habitantes) (Figuras 13 e 14).

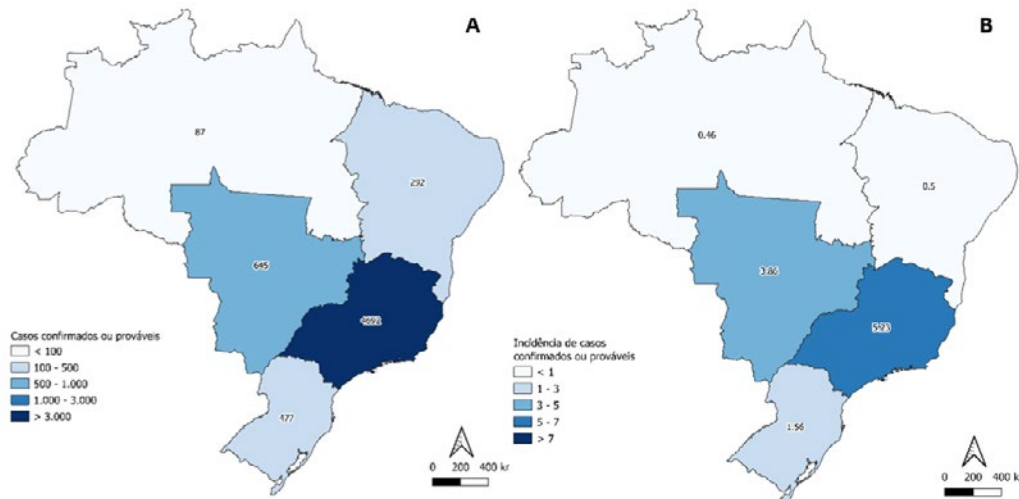


FIGURA 13 Casos confirmados e prováveis (A) de monkeypox e incidência* (B), segundo Região de residência, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.193)

*Estimativa populacional por meio de dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2021. Fonte: COE Monkeypox Nacional, 10/09/2022.

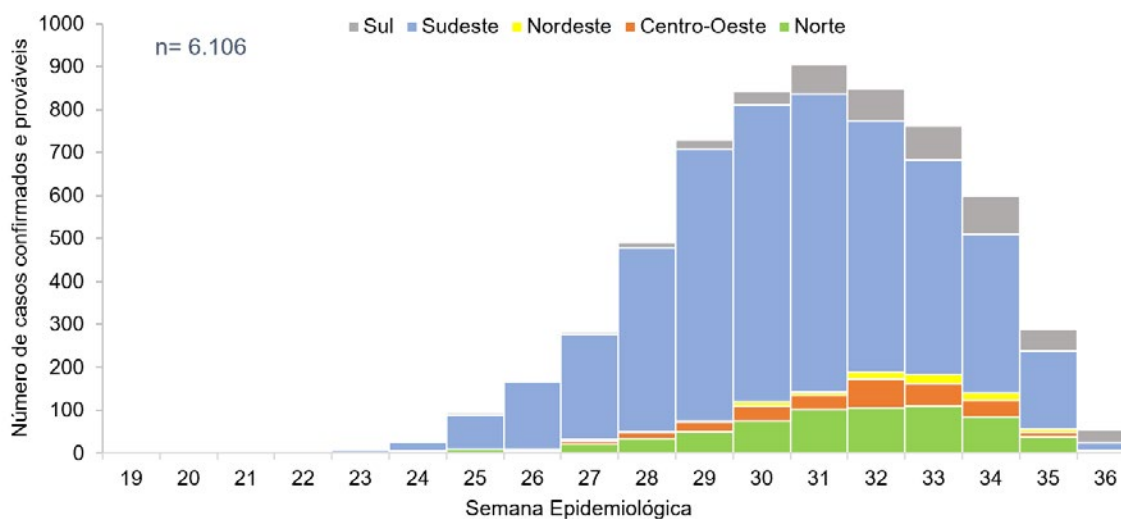


FIGURA 14 Casos confirmados e prováveis de monkeypox, segundo SE de início de sintomas e Região do Brasil de residência, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.106)

Fonte: COE monkeypox nacional, 10/9/2022.

O maior número de casos confirmados e prováveis foi registrado no estado de São Paulo, com 55,0% (n = 3.404), seguido do Rio de Janeiro, com 14,2% (n = 881) (Figuras 15, 16 e 17). Com relação às maiores incidências de casos, São Paulo e Distrito Federal apresentaram, respectivamente, 7,3 e 6,3 casos a cada 100 mil habitantes.

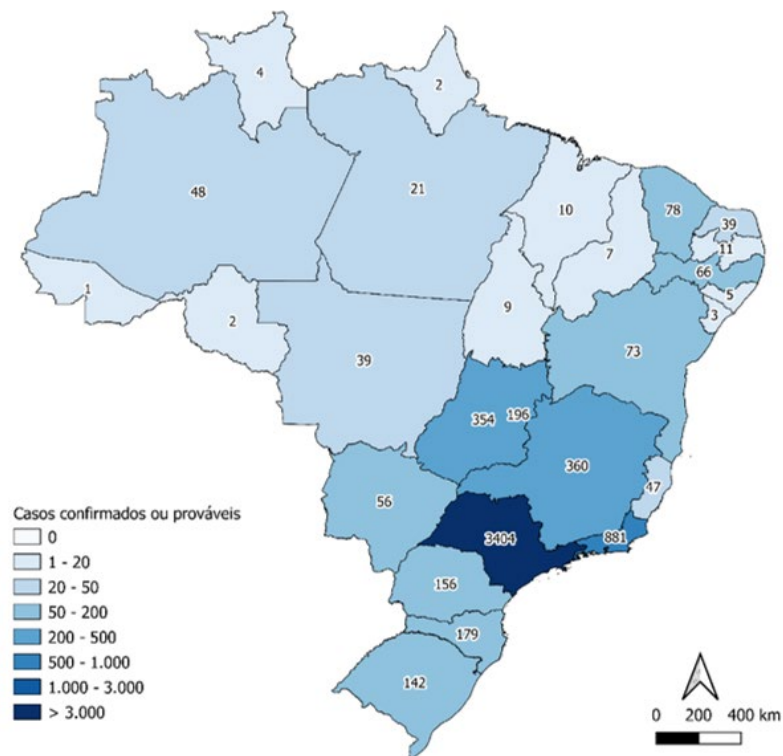


FIGURA 15 Casos confirmados e prováveis de monkeypox segundo UF de residência, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.193)

Fonte: COE monkeypox nacional, 10/9/2022.

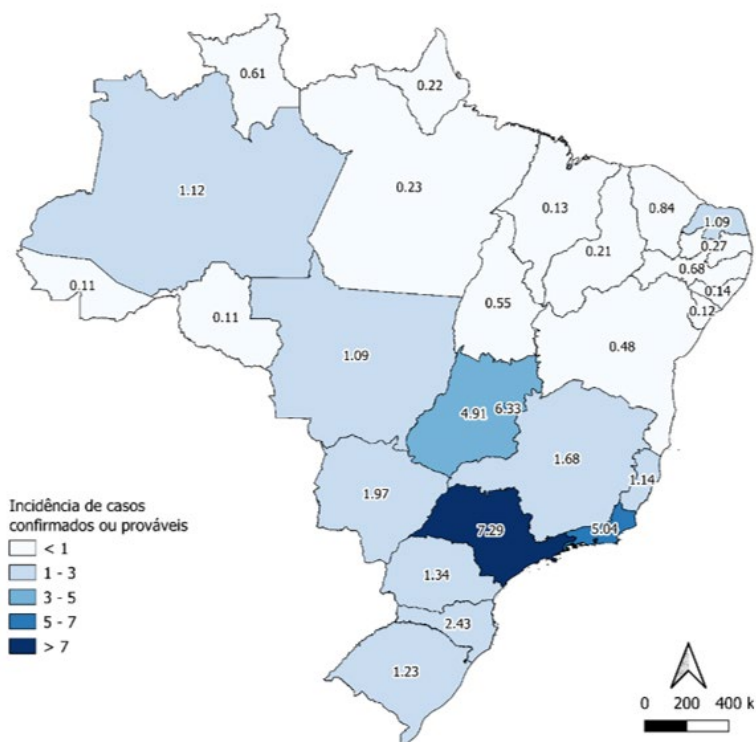


FIGURA 16 Incidência* de confirmados e prováveis de monkeypox segundo UF de residência (número de casos/100.000), até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.193)

*Estimativa populacional, dados do IBGE, 2021.
 Fonte: COE Monkeypox Nacional, até 10/9/2022.

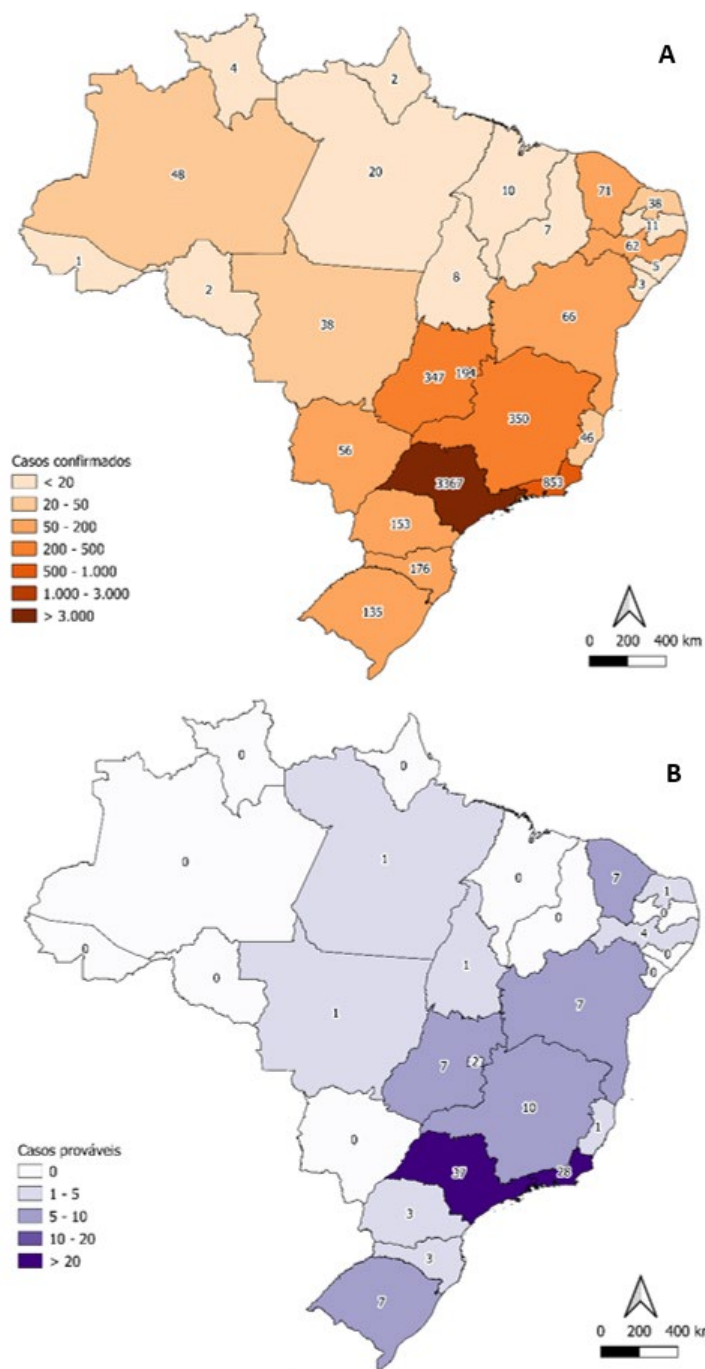


FIGURA 17 Casos confirmados (A) e prováveis (B) de monkeypox segundo UF de residência, até 3 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.193)

Fonte: COE monkeypox nacional, até 10/9/2022.

Na avaliação do registro de novos casos por SE, nos seis estados com maior número de casos confirmados e prováveis, observa-se redução no registro de positividade após a SE 30 (24 a 30/ 7) (Figura 18).

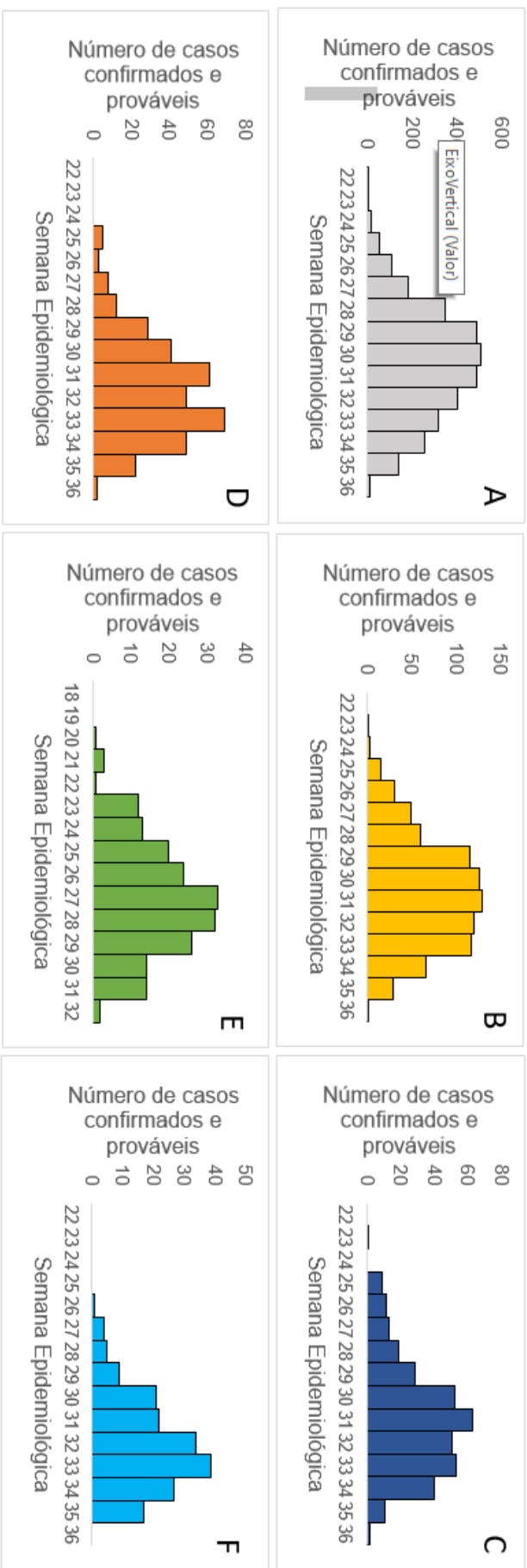


FIGURA 18 Casos confirmados e prováveis de monkeypox segundo estado de residência e SE de início de sintomas, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 5.297). Nota: A: São Paulo (n = 3.348), B: Rio de Janeiro (n = 870), C: Minas Gerais (n = 355), D: Goiás (n = 350), E: Distrito Federal (n = 195), F: Santa Catarina (n = 179)

Fonte: COE monkeypox nacional, até 10/9/2022.

No Brasil, 388 municípios registraram pelo menos um caso confirmado ou provável de monkeypox (Figuras 19 e 20), sendo os municípios São Paulo (n = 2.420), Rio de Janeiro (n = 651) e Goiânia (n = 255) os que tiveram mais registros de casos confirmados. A mediana de população dos municípios com casos é de 115.173 habitantes (IIQ: 46.307-279.374).

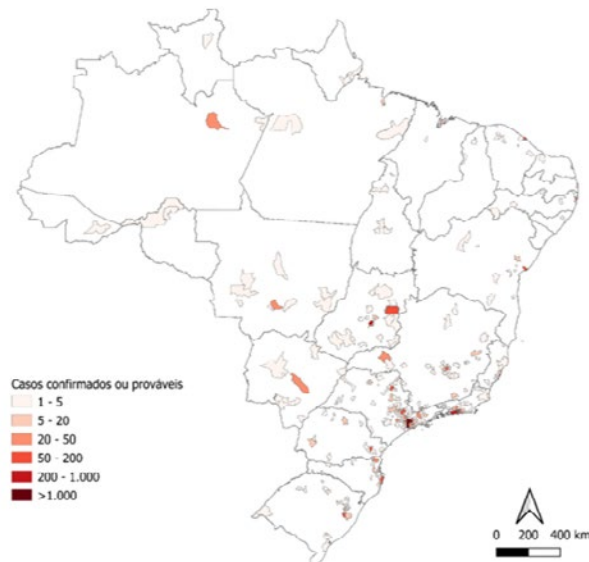


FIGURA 19 Casos confirmados e prováveis de monkeypox segundo município de residência, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.174)

Fonte: COE monkeypox nacional, até 10/9/2022.

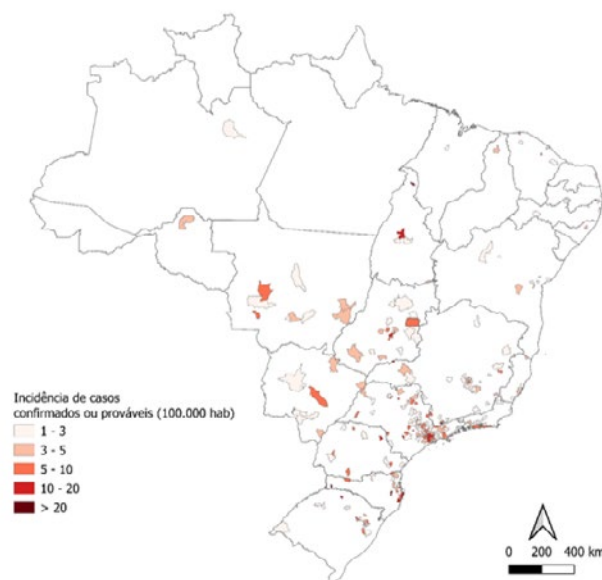


FIGURA 20 Incidência* a cada 100 mil habitantes de casos confirmados e prováveis de monkeypox segundo município de residência, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.174).

Fonte: COE monkeypox nacional, até 10/9/2022.

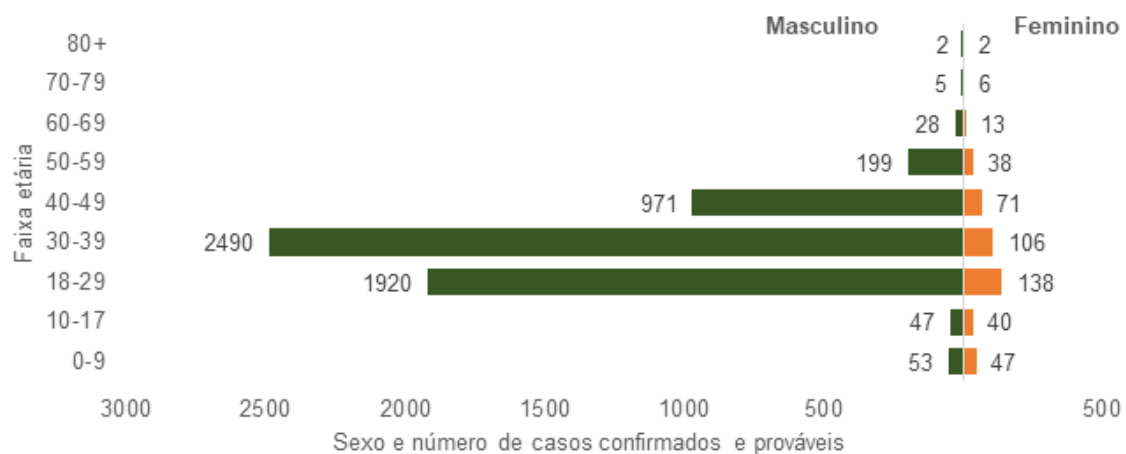
O sexo de nascimento predominante entre os casos confirmados e prováveis foi o masculino, com 92,3% (n = 5.715) dos registros, e a raça/cor foi a branca e a negra, com 44,6% (n = 2.765) e 39,2% (n = 2.430) registros, respectivamente (Tabela 5).

TABELA 5 Casos confirmados e prováveis de monkeypox, segundo sexo de nascimento e raça/cor, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.193)

Variáveis sociodemográficas	n (%)
Sexo de nascimento	
Masculino	5.715 (92,3)
Feminino	461 (7,4)
Sem informação	17 (0,3)
Raça/cor	
Branca	2.765 (44,6)
Negra	2.430 (39,2)
Amarela	67 (1,1)
Indígena	8 (0,1)
Não informado	923 (14,9)

Fonte: COE Monkeypox, até 10/8/2022.

Quando observadas as faixas etárias estratificadas por sexo de nascimento, os casos concentraram-se em indivíduos entre 18 e 49 anos, que correspondem a 5.696 registros, sendo 5.381 desses do sexo masculino e 315 do sexo feminino. A mediana de idade foi de 32 anos (IIQ: 27-38 anos). Entre os casos registrados, 187 (3,0%) tinham entre zero e 17 anos, e 62 (1,0%) tinham de zero a quatro anos (Figuras 21 e 22).

**FIGURA 21 Casos confirmados e prováveis de monkeypox, segundo faixa etária e sexo de nascimento, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.176)**

Fonte: COE monkeypox nacional, até 10/9/2022.

Os casos na faixa etária de zero a quatro anos ocorreram principalmente em crianças da raça/cor negra (n = 29; 46,8%) e branca (n = 21; 33,9%), distribuídas entre os sexos masculino (n = 33; 53,2%) e feminino (n = 29; 46,8%), que adoeceram principalmente no mês de agosto (n = 46; 74,2%). Em dois casos há registro de imunossupressão (3,2%).

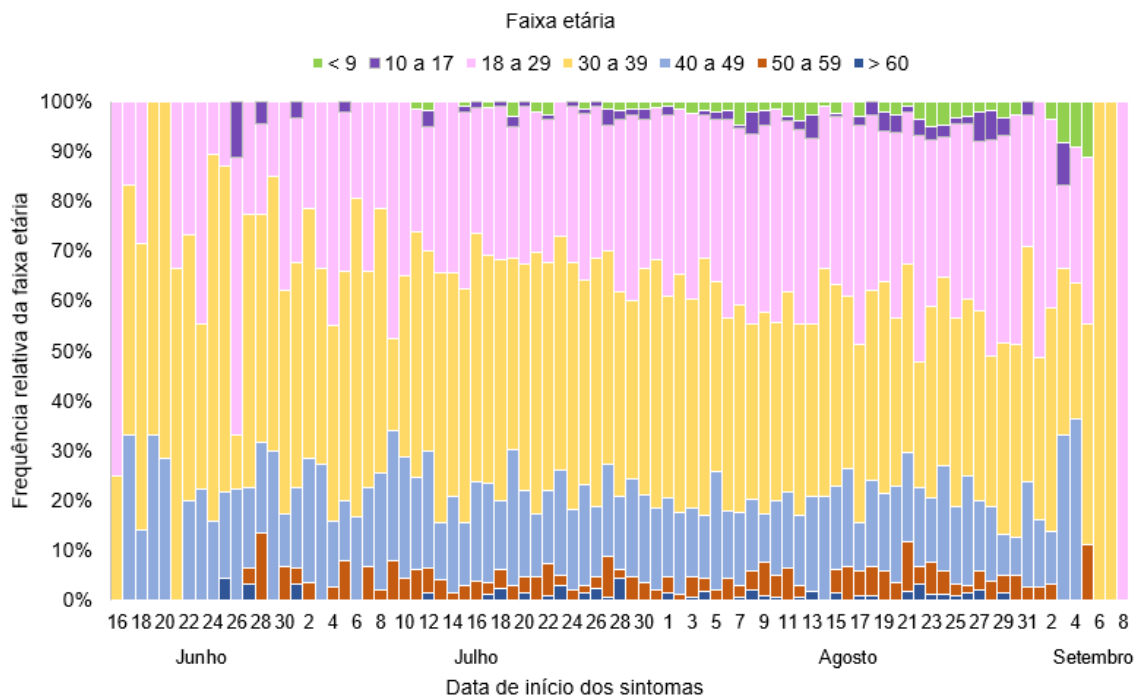


FIGURA 22 Frequência relativa de faixas etárias entre os casos confirmados e prováveis de monkeypox, segundo data de início dos sintomas, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.075)

Fonte: COE monkeypox nacional, até 10/9/2022.

A maior parte dos casos de monkeypox confirmados e prováveis foram documentados em relação a indivíduos que se declararam homem cis, com 70,0% (n = 4.334) dos registros. É importante destacar que 19,9% (n = 1.230) dos casos não declararam sua identidade de gênero (Tabela 6).

TABELA 6 Casos confirmados e prováveis de monkeypox segundo identidade de gênero, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.193)

Gênero	n (%)
Mulher trans	19 (0,3)
Mulher cis	375 (6,0)
Homem trans	94 (1,5)
Homem cis	4.334 (70,0)
Não-binário	49 (0,8)
Outro	92 (1,5)
Não informado	1.230 (19,9)

Fonte: COE Monkeypox, até 10/9/2022

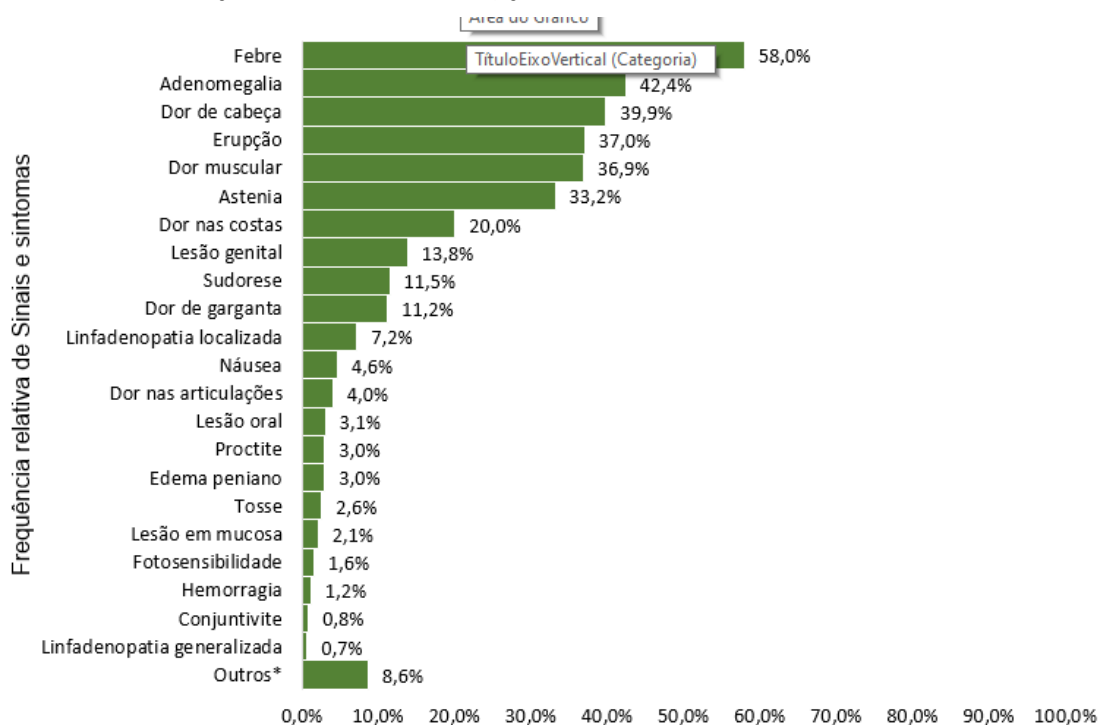
A Tabela 7 apresenta os casos confirmados e prováveis de monkeypox segundo orientação e comportamento sexual, estratificados por sexo de nascimento. As duas variáveis analisadas apresentam baixo preenchimento, sendo que 55,5% (n = 3.428) e não tinham informação de orientação e 33,2% (n = 2.052) não registram informação sobre comportamento sexual. Entre os casos do sexo masculino, 1.707 (29,9%) se declararam homossexuais e 3.400 (59,5%) declararam fazer sexo com homens.

TABELA 7 Casos confirmados e prováveis de monkeypox segundo a orientação e o comportamento sexual por sexo ao nascimento, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.176)

Variáveis	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
Orientação sexual	(n = 5.715)	(n = 461)	
Homossexual	1.707 (29,9)	7 (1,5)	1.714 (27,8)
Heterossexual	314 (5,5)	145 (31,4)	459 (7,4)
Bissexual	229 (4,0)	4 (0,9)	233 (3,8)
Pansexual	68 (1,1)	4 (0,9)	72 (1,2)
Outra	227 (4,0)	43 (9,3)	270 (4,4)
Não informado	3.170 (55,5)	258 (56,0)	3.428 (55,5)
Comportamento sexual	(n = 5.715)	(n = 461)	
Relação sexual com homens	3.068 (53,7)	233 (50,5)	3.301 (53,5)
Relação sexual com mulheres	470 (8,2)	9 (2,0)	479 (7,7)
Relação sexual com homens e mulheres	332 (5,8)	12 (2,6)	344 (5,6)
Não informado	1.845 (32,3)	207 (44,9)	2.052 (33,2)

Fonte: COE Monkeypox, 10/9/2022

No que se refere aos sinais e sintomas dos casos confirmados e prováveis de monkeypox, apresentados na Figura 22, nota-se que os mais frequentes foram: febre (n = 3.589; 58,0%), adenomegalia (n = 2.625; 42,4%), dor de cabeça (n = 2.468; 39,9%) e erupções (n = 2.292; 37,0%).

**FIGURA 23 Percentual de casos confirmados e prováveis de monkeypox segundo sinais e sintomas, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 5.526)**

*Por exemplo, congestão nasal, diarreia, fadiga, dor no local da lesão etc.

Fonte: COE Monkeypox Nacional, até 10/9/2022

Quanto ao local de aparecimento das lesões (Figura 24), entre aqueles que apresentavam essa informação, a maior frequência foi na região genital (n = 2.952), o tronco (n = 2.136), os membros superiores (n = 2.068) e a face (n = 1.649).

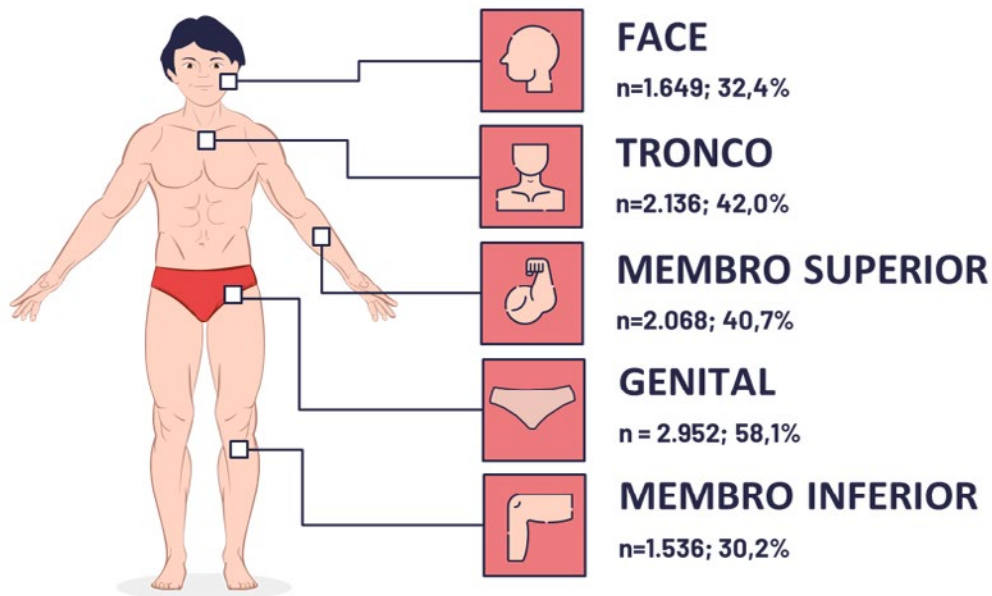


FIGURA 24 Casos confirmados e prováveis de monkeypox, segundo local das erupções e lesões, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 5.083)

Fonte: COE Monkeypox Nacional, até 10/9/2022

A Tabela 8 mostra que, dos casos confirmados e prováveis, 1.645 (26,6%) declararam ter imunossupressão causada por doença e 46,4% (n = 2.877) informaram não ser imunossuprimidos.

TABELA 8 Casos confirmados e prováveis de Fonte: COE Monkeypox Nacional, até 10/9/2022, segundo informações sobre imunossupressão, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 6.193)

Variáveis	n (%)
Imunossupressão causada por doença	1.645 (26,6)
Imunossupressão causada por medicação	36 (0,6)
Imunossupressão por causa desconhecida	13 (0,2)
Não é imunossuprimido	2.877 (46,4)
Não informado	1.622 (26,2)

Fonte: COE Monkeypox, até 10/9/2022.

Um total de 2.162 (34,9%) casos confirmados ou prováveis de monkeypox declararam viver com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e 380 (6,1%) afirmam possuir uma infecção sexualmente transmissível ativa (IST), descritas na Tabela 9. Quanto ao perfil dos casos confirmados ou prováveis que vivem com o vírus HIV, o sexo masculino corresponde a 99,6% dos casos (2.153 / 2.161) e a mediana de idade é de 34 anos (IIQ: 29-39 anos). Entre os que informaram sobre o tratamento de HIV, no estado de São Paulo, 6,3% (69 de 930) não se encontravam em tratamento no momento da notificação.

TABELA 9 Casos confirmados e prováveis de monkeypox segundo informações sobre infecções sexualmente ativas (ISTs), até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 378)

Variáveis	n (%)
Sífilis	176 (13,3)
Gonorreia	102 (7,6)
Herpes genital	16 (1,2)
Clamídea	15 (1,1)
Linfogranuloma venéreo (LGV)	14 (1,1)
Verruga genital	11 (0,8)
HPV	4 (0,3)
Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV)	3 (0,2)
Cancro mole (cancroide)	2 (0,1)
Outra	35 (2,6)

Fonte: COE Monkeypox, até 10/9/2022

No que se refere às informações sobre possíveis contatos, o contato íntimo com desconhecido (n = 1.416; 94,8%) foi o mais frequentemente relatado entre os casos confirmados ou prováveis, e 929 (62,2%) afirmam ter tido contato com caso suspeito (Tabela 10). Apesar disso, a completude dessas variáveis foi baixa (n = 1.493; 24,1%) e cabe destacar a importância de seu preenchimento para a melhor compreensão do perfil epidemiológico da doença no País.

TABELA 10 Casos confirmados e prováveis de monkeypox, segundo informações sobre contato, até 10/9/2022, Brasil (N = 1.493)

Variáveis	n (%)
Informações sobre contato	
Contato com caso suspeito	929
Contato íntimo com desconhecido	1.416
Contato íntimo com caso suspeito	260

Fonte: COE Monkeypox, até 10/9/2022.

Quando avaliado o tipo de amostra coletada para análise laboratorial, na Tabela 11, observa-se que swab de secreção (n = 4.166) foi mais frequentemente coletado, seguido de crosta de erupção cutânea (n = 1.533). Até o momento, foi identificado no surto o grupo viral (clado) da África Ocidental.

TABELA 11 Casos confirmados e prováveis de monkeypox, segundo tipo de amostra para análise laboratorial, até 10/09/2022, Brasil (N = 2.249)

Tipo de amostra	n
Swab de secreção	4.166
Crosta de erupção cutânea	1.533
Swab orofaríngeo	193
Swab retal	133
Swab genital	46

Fonte: COE Monkeypox, até 10/9/2022.

Foram realizados, até o dia 10 de setembro de 2022, 28.274 exames para monkeypox, dos quais, 8.536 (30,2%) tiveram resultado detectável. A média de análise foi de três amostras por paciente. Na distribuição de exames realizados por SE, observa-se um aumento desde a semana 30 (24 a 30/7 de julho), com o maior registro na semana 34 (21 a 27/8) (Figura 24)

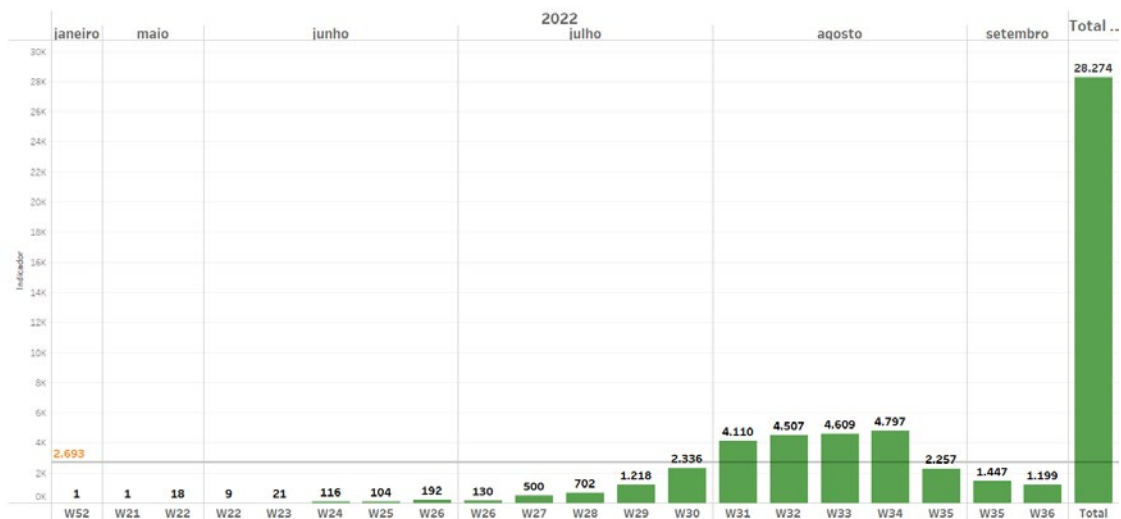


FIGURA 25 Distribuição de exames realizados para monkeypox, segundo SE, até 10/9/2022, Brasil (N = 28.274)

Fonte: COE Monkeypox, até 10/9/2022.

O número de solicitações de exames para monkeypox está concentrado principalmente no estado de São Paulo, com aproximadamente com 18.013 exames (Figura 26). O total de exames positivos para monkeypox pode ser observado na Figura 27, com concentração no período compreendido entre o final do mês de julho e o início do mês de agosto.

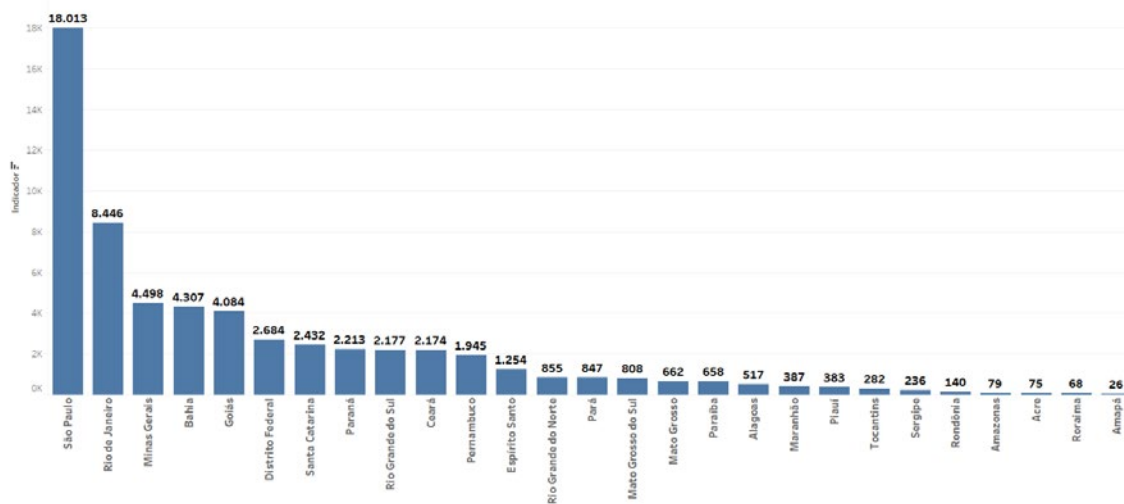


FIGURA 26 Solicitação de exames para monkeypox segundo UF, até 10/9/2022, Brasil (N = 60.267)

Fonte: COE Monkeypox, até 10/9/2022.

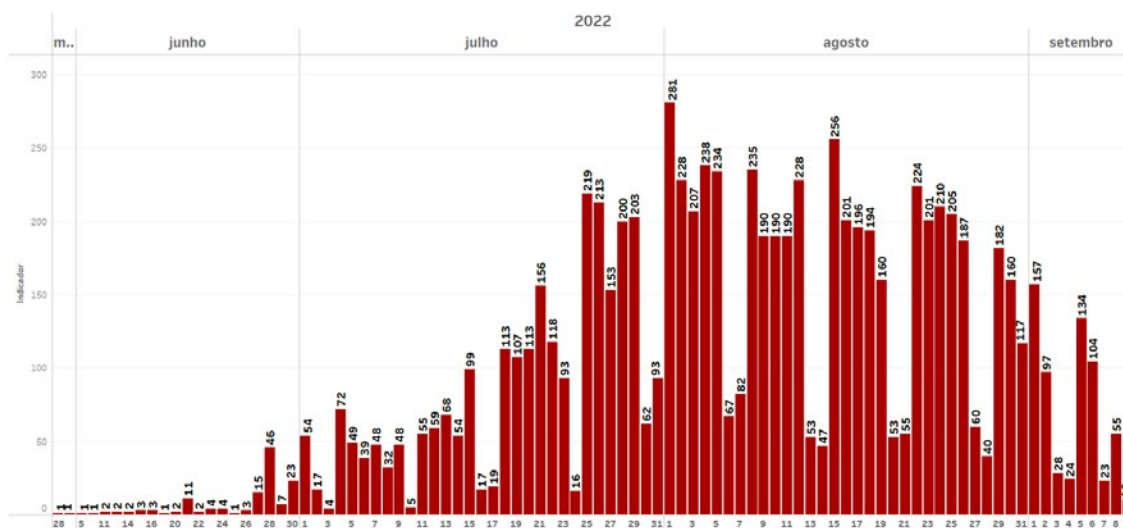


FIGURA 27 Casos confirmados para monkeypox, por mês e dia de coleta, segundo Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), até 10/9/2022, Brasil (N = 8.536)

Fonte: COE Monkeypox Nacional, até 10/09/2022

Até o momento, treze gestantes foram registradas entre os casos confirmados de monkeypox. Em relação ao trimestre de gestação, duas estão no primeiro, cinco no segundo, cinco no trimestre final e uma sem informação sobre o período gestacional (Figura 28). A mediana de idade entre as gestantes foi de 27 anos (IIQ: 18-29 anos). A maioria delas é da raça/cor branca (n = 5; 38,5%) ou negra (n = 6; 46,1%), e reside nos estados de São Paulo (n = 7; 53,8%) ou Rio de Janeiro (n = 3; 23,1%) (Tabela 12). Essa distribuição não difere dos principais achados entre todos os casos confirmados ou prováveis de monkeypox.

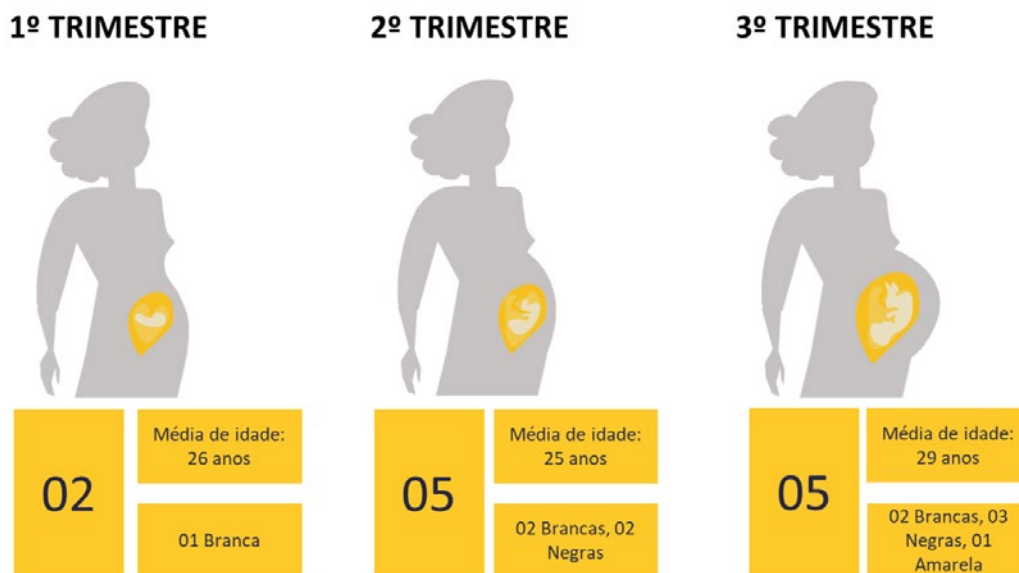


FIGURA 28 Casos confirmados e prováveis de monkeypox em gestantes, segundo trimestre de gestação, até 10 de setembro de 2022, Brasil (N = 12)

Fonte: COE Monkeypox Nacional, até 10/09/2022

TABELA 12 Casos confirmados e prováveis de monkeypox em gestantes, segundo características sociodemográficas, até 3/9/2022, Brasil (N = 13)

Variáveis sociodemográficas	n (%)
Trimestre de gestação	
Primeiro trimestre	2 (15,4)
Segundo trimestre	5 (38,5)
Terceiro trimestre	5 (38,5)
Sem informação	1 (7,7)
Raça/cor	
Branca	5 (38,5)
Negra	6 (46,1)
Amarela	1 (7,7)
Não informado	1 (7,7)
UF de residência	
São Paulo	7 (53,8)
Rio de Janeiro	3 (23,1)
Minas Gerais	1 (7,7)
Santa Catarina	1 (7,7)
Rio Grande do Sul	1 (7,7)

Fonte: COE Monkeypox, até 10/9/2022.

Uma gestante necessitou ser hospitalizada para propósitos de tratamento. A forma de exposição provável é conhecida em quatro delas, sendo em três o contato com caso suspeito de monkeypox, e em uma gestante, contato íntimo com desconhecido. Ressalta-se a importância de manter o preenchimento dessa variável, para viabilizar a investigação epidemiológica desses casos.

Quanto à evolução clínica dos casos confirmados e prováveis, foram relatados dois óbitos, 117 (1,9%) casos foram hospitalizados devido a necessidades clínicas, 35 (0,6%) para propósitos de isolamento, 129 (2,1%) foram hospitalizados devido a motivos desconhecidos no momento da notificação, e oito (0,1%) têm registro de internação em unidade de tratamento intensivo (UTI).

Entre os hospitalizados (N = 281), 263 eram homens, com mediana de idade de 32 anos (IIQ: 27-38 anos). A raça/cor mais informada foi branca (n = 129; 53,3%), seguida de negra (n = 111; 45,9%). A principal Unidade da Federação de residência foi São Paulo (n = 130; 46,3%), seguida de Rio de Janeiro (n = 37; 13,2%). Importante o destaque que, entre os hospitalizados, 42,8% apresentavam alguma imunossupressão (n = 98)..

Entre os que necessitaram de tratamento em UTI (N = 8), 87,5% (n = 7) eram homens, com mediana de idade de 31 anos (IIQ: 30-41 anos), a raça cor/informada em metade dos casos foi branca (n = 4), e 37,5% apresentavam alguma imunossupressão (n = 3). As unidades da federação de residência mais frequentes foram DF e RJ, com 37,5% dos casos cada (n = 3), seguidas de RN e RS, com 12,5% (n = 1).

A chance de os pacientes que vivem com HIV necessitarem de hospitalização foi semelhante aos que não vivem com HIV. Da mesma forma, não houve maior chance de agravamento e hospitalização em pacientes com IST ativa ou imunossupressão, quando comparados àqueles sem a condição avaliada. No entanto, a chance de idosos necessitarem de hospitalização foi 4,2 vezes a chance das demais faixas etárias necessitarem de hospitalização (Tabela 13).

TABELA 13 Avaliação de chances de hospitalização entre casos confirmados e prováveis de monkeypox, segundo as variáveis analisadas, até 10/9/2022, Brasil (N = 6.193)

Variáveis	Sim	Hospitalização		p-valor**
		Não	OR*	
Viver com HIV Sim (n = 1.725)	112	1.613	1,2936 (0,97 – 1,72)	p=0,08
IST ativa Sim (n = 368)	31	337	1,5295 (1,12 – 2,64)	p=0,02
Imunossupressão Sim (n = 1.379)	98	1.281	1,3111 (1,00 – 1,72)	p=0,06
Idade acima de 60 anos Sim (n = 45)	9	36	4,2068 (2,01 – 8,82)	p=0,001

Fonte: COE Monkeypox Nacional, até 10/9/2022.

* Odds Ratio. ** Intervalo de confiança de 95%. *** Teste exato de Fisher, os resultados foram considerados estatisticamente significantes para um valor de $p < 0,05$.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados e orientações descritos neste boletim são fundamentados nas evidências científicas disponíveis, aliadas à análise dos cenários epidemiológicos internacional e nacional, e poderão ser modificadas diante de novas constatações. Orienta-se que, a partir da identificação de um caso suspeito, seja realizada a notificação e a definição da conduta respeitando os protocolos clínicos de cada localidade.

As ações de vigilância em saúde devem ser reforçadas, com a identificação de casos suspeitos e confirmados e busca ativa dos contactantes, com objetivo de contenção e controle da doença. A Rede Cievs segue monitorando, continuamente (24h/7dias), eventuais novas ocorrências.