



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS

NOTA TÉCNICA Nº 202/2025-CGHA/.DATHI/SVSA/MS

Dispõe sobre recomendações para profissionais da saúde sobre sobre mpox no contexto da prevenção combinada ao HIV, IST, e das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA).

I. CONTEXTUALIZAÇÃO

A mpox é uma doença causada pelo Mpox vírus (MPXV), pertencente ao gênero *Orthopoxvirus* e à família *Poxviridae*. Considerada uma doença zoonótica e endêmica em alguns países localizados na África Central e Ocidental, onde ocorrem surtos esporádicos em humanos. Filogeneticamente são reconhecidas duas cepas do MPXV, denominadas cepa I e cepa II, sendo, ainda, identificadas como sub-cepas Ia e Ib, IIa e IIb, respectivamente.

Em 2022 identificou-se um surto global de MPXV do sub-cepa IIb. No Brasil, desde então, foram registrados 13.244 casos confirmados de mpox da cepa II. Assim como nos demais países, os casos identificados no período destacam-se por apresentar transmissão, majoritariamente, por via sexual e ocorrendo de maneira desproporcional em homens gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH). Em 2024, foi identificada a circulação da cepa Ib na região central do continente africano e, posteriormente, em outros países. No Brasil, o primeiro caso pela cepa Ib foi confirmado laboratorialmente em março 2025, sem registro de casos secundários, até o momento.

Os usuários da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV apresentam-se como uma população vulnerável para a aquisição da mpox. Essa nota técnica tem por objetivo apresentar informações e orientações sobre mpox para os profissionais que realizam o atendimento de usuários (as) de PrEP.

II. CARACTERÍSTICAS DA MPOX:

1. Transmissão:

A principal forma de transmissão entre humanos ocorre por contato pessoal próximo, incluindo o contato direto com lesões de pele, erupções cutâneas, crostas ou fluidos corporais e contato íntimo ou sexual com pessoas com mpox. A transmissão pode ocorrer antes mesmo do início dos sintomas até a erupção da pele ter cicatrizado completamente, com a formação de uma nova camada de pele.

A transmissão também pode ocorrer por gotículas respiratórias em contatos prolongados e por objetos contaminados (roupas de cama, toalhas, utensílios). Casos ocupacionais, como acidentes com material biológico, também já foram descritos.

O período de incubação varia em média 12 dias (até 21 dias). A transmissibilidade ocorre desde o início dos sintomas até a cicatrização completa de todas as lesões e formação de pele íntegra.

2. Sinais e sintomas:

Geralmente a mpox é autolimitada, com resolução dos sintomas em até 4 semanas. O período prodrômico pode ou não estar presente, caracterizando-se por febre, adenomegalia, mialgia, cefaleia e astenia, variando entre 1 a 5 dias.

No período clínico observam-se lesões cutâneas dolorosas, profundas e circunscritas com umbilicação central, passando por diferentes estágios: mácula, pápula, vesícula, pústula e crostas. As lesões podem ser únicas ou múltiplas com acometimento de mucosas, região genital e anal, rosto, tronco, palmas das mãos e planta dos pés. É importante destacar que, em um mesmo indivíduo, podem coexistir lesões em diferentes fases evolutivas (polimorfismo), além da presença de formas atípicas. Outras manifestações que também podem ser observadas incluem: faringite, dor anal, proctite, uretrite, edema peniano, retenção urinária, conjuntivite e uveíte.

As complicações observadas no surto de 2022-2023 foram complicações oculares, encefalite, proctite, infecção bacteriana, celulite, bacteremia, infecção do trato urinário. Essas complicações costumam acontecer em alguns segmentos populacionais específicos: pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) e contagem de linfócito T-CD4+ (LT-CD4+) inferior a 200 células/mm3, gestantes, transplantados/oncológicos, crianças e idosos. As formas cutâneas necrosantes em PVHA são graves com evolução arrastada e mortalidade de até 15%, reconhecidas atualmente como **condição definidora de AIDS**.

Considerando a apresentação acima descrita, é importante avaliar de forma ampla os usuários que busquem os serviços de saúde com a queixa de úlceras genitais, perianais com suspeita de Infecção Sexualmente Transmissível (IST). A presença de uma IST não exclui mpox, assim como o inverso.

Estudos observacionais demonstraram que existe a possibilidade de reinfecção e ocorrência de infecção após a vacinação, podendo apresentar-se com os mesmos sinais e sintomas ou uma forma mais branda da infecção (como por exemplo um menor número de lesões ou lesões inespecífica).

3. Diagnóstico diferencial

Os principais diagnósticos diferenciais a serem considerados estão listados no quadro abaixo.

Diagnóstico diferencial	Manifestações
Herpes simples	Lesões orais e genitais
Varicela	Lesões vesiculares com líquido Lesões em diferentes estágios de evolução e cicatrização.

ISTs	Úlceras genitais: sífilis primária ou secundária, linfogranuloma venéreo, cancro mole. Proctite: sífilis, linfogranuloma venéreo, clamídia, gonorreia
Molusco contagioso	Lesões únicas ou múltiplas com umbilicação central. Usualmente acomete crianças, mas pode acontecer em adultos.

Fonte: Dathi, 2025

Em casos de suspeita clínica de mpox, recomenda-se a testagem para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), considerando a possibilidade das coinfeções. Para usuários (as) com teste para HIV não reagente considerar a oferta de PrEP.

Pessoas que tenham sido diagnosticadas com HIV devem iniciar a terapia antirretroviral (Tarv) em até sete (7) dias. Pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) já em uso da Tarv não devem interromper o tratamento.

Usuários(as) da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV não precisam interromper o uso da profilaxia em caso de diagnóstico de mpox.

Para demais diagnósticos diferenciais no contexto das ISTs bacterianas ou não-bacterianas, vide Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção integral às pessoas com ISTs, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf

4. Tratamento

O tratamento e a avaliação clínica devem considerar os sinais e sintomas, os fatores de risco e a gravidade da mpox, independentemente da cepa. Em casos leves o isolamento domiciliar, analgesia quando necessária e vigilância de sinais de gravidade são as principais condutas.

O tratamento é realizado com medicamentos sintomáticos, medidas de isolamento e orientações para evitar complicações. Análises preliminares dos estudos que avaliaram um antiviral (tecovirimat) para a mpox demonstraram que o medicamento não reduziu o tempo de resolução das lesões e também não apresentou melhor resposta ao controle da dor entre adultos diagnosticados com mpox da cepa II. Assim, até o momento, não há medicamento antiviral com eficácia comprovada contra a mpox.

Pessoas pertencentes aos grupos com maior risco para evolução da doença para a forma grave (gestantes, idosos, crianças, pessoas vivendo com HIV/aids com contagem de LT-CD4 inferior a 200 ml/mm³) devem ser avaliadas quanto a gravidade e necessidade de hospitalização.

5. Precauções:

No momento do atendimento de um caso suspeito de mpox, deve-se ofertar ao usuário uma máscara cirúrgica. Para os profissionais da saúde recomenda-se utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) - óculos de proteção ou protetor facial, avental, máscara cirúrgica, luvas de procedimento.

Para casos confirmados, recomenda-se isolamento até o desaparecimento das crostas e cicatrização da pele. Evitar compartilhar objetos e material de uso pessoal, assim como, o uso de materiais como barbeador nas áreas das lesões. O uso de lentes de contato também deve ser evitado até o término do período de transmissão.

Os contatos devem ser monitorados por um período de 21 dias, a contar do último contato com a pessoa diagnosticada. Não sendo necessário o isolamento dos contatos assintomáticos.

As lesões cutâneas devem ser cobertas o máximo possível (por exemplo, camisas de mangas compridas, calças compridas, etc), e devem ser trocadas quando úmidas, para minimizar o risco de contato com outras pessoas. Deve-se evitar tocar nas feridas e levar as mãos à boca e/ou aos olhos. Vesículas não devem ser rompidas.

Não se recomenda a profilaxia com antibióticos.

Pessoas com formas leves, acompanhados em domicílio, não necessitam de isolamento se mantiverem as lesões cobertas e utilizarem máscara bem ajustada, até a completa cicatrização. Caso não seja possível ou não consigam manter as lesões cobertas ou utilizar máscara adequadamente devem permanecer em isolamento domiciliar.

A principal medida preventiva para a mpox é evitar o contato com pessoas que estejam com a doença. Assim, deve-se reforçar ao usuário e aos contactantes sobre a importância do isolamento no período recomendado.

6. Definição do caso (independente da cepa viral):

Caso suspeito	Indivíduo de qualquer idade que apresenta início súbito de lesão em mucosas E/OU Erupção cutânea aguda sugestiva de mpox, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, oral) E/OU Proctite (por exemplo, dor ou sangramento anorretal) E/OU Edema peniano, podendo estar associada a outros sinais e sintomas.
Caso provável	UM ou mais dos seguintes critérios: a) Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU contato físico direto, incluindo contato sexual, com parcerias múltiplas e/ou desconhecidas com caso provável ou confirmado de mpox 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 mpox 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 um caso provável ou confirmado de mpox 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 histórico de contato ou acidente profissional com material biológico para investigação de um caso provável ou confirmado de mpox nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas. E Investigação laboratorial de mpox não realizada ou inconclusiva e cujo diagnóstico de mpox não pode ser descartado apenas pela confirmação clínico-laboratorial de outro diagnóstico.
Caso confirmado	Caso suspeito com resultado laboratorial "Positivo/Detectável" para MPXV por diagnóstico molecular (PCR em Tempo Real e/ou Sequenciamento).

7. Diagnóstico laboratorial:

O diagnóstico laboratorial é realizado por meio da detecção molecular do vírus utilizando a reação em cadeia da polimerase em tempo real (qPCR). Atualmente, os 27 Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) estão realizando o exame oferecendo suporte de cobertura para todo o Brasil.

Todas as amostras positivas para MPXV detectadas pelo kit convencional disponível nos LACEN devem ser submetidas à tipagem utilizando a técnica de qPCR. Os LACEN que não realizam a tipagem devem enviar as amostras positivas para o Laboratório de Referência, caso o resultado da tipagem seja “não detectável para a cepa 2”, a amostra deve ser analisada por uma metodologia molecular adicional, como o sequenciamento genético, para possibilitar a caracterização precisa da cepa viral.

As orientações sobre o Fluxo Diagnóstico estão disponíveis na NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 3/2025-.DATHI/DPNI/CGLAB/SVSA/MS.

8. Notificação de caso:

A notificação de casos de **mpox** é essencial para o monitoramento epidemiológico e a implementação de medidas de controle da transmissão. Todo caso **suspeito, provável ou confirmado** deve ser registrado no **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. A notificação deve ocorrer **imediatamente**, garantindo a rastreabilidade dos contatos, a adoção de medidas de isolamento quando necessário e a orientação adequada aos indivíduos.

Para acompanhar a situação dos casos no Brasil, pode-se acessar o [Painel Mpx](#).

9. Imunização

Atualmente, a vacina de vírus atenuado não replicante, está disponível em uso emergencial no Brasil desde 2022, porém com grande escassez de doses num cenário global. Estudos observacionais sugerem que a vacinação não impede totalmente a infecção, mas reduz gravidade, número de lesões e complicações.

No momento, a vacinação contra mpox está indicada, prioritariamente, para pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) com contagem de CD4 inferior a 100 células/mm³, conforme orientação do Ministério da Saúde. Para este grupo, é necessário realizar um cadastro prévio nos Centros de Referência onde já são acompanhadas, e a vacinação será agendada conforme disponibilidade.

Contudo, visando evitar a perda de doses, considerando que o prazo de validade após o descongelamento da vacina é de 28 dias, haverá ampliação do público-alvo 15 dias após a data inicialmente prevista para imunização. Nesta etapa, poderão ser incluídos:

I PVHA com CD4 inferior a 200 células/mm³;

I Usuários de PrEP (profilaxia pré-exposição ao HIV);

I Profissionais de laboratório que manipulam amostras do vírus mpox.

Assim, embora os usuários de PrEP não estejam contemplados na fase inicial da campanha, é importante que estejam atentos à possível convocação para vacinação durante a fase de ampliação, caso haja disponibilidade de doses remanescentes.

10. Conclusões:

Embora as novas infecções por mpox tenham diminuído desde o pico do surto, é fundamental manter a vigilância, o monitoramento epidemiológico e a suspeição

clínica da doença. A persistência de casos esporádicos, aliada à possibilidade de novas transmissões, reforça a necessidade de atenção permanente dos profissionais de saúde para o diagnóstico e para ações de prevenção, principalmente para os segmentos populacionais em contexto de maior vulnerabilidade para aquisição da infecção. O manejo clínico deve equilibrar vigilância, cuidado integral e suporte emocional, evitando estigmatização acrescida[RdSMdO1] sobre usuários que manifestem sintomatologia, bem como, sobre as formas de transmissão.

Bibliografia:

Antinori S, Casalini G, Giacomelli A, Rodriguez-Morales AJ. Update on Mpox: a brief narrative review. *Infez Med*. 2023 Sep 1;31(3):269-276. doi: 10.53854/liim-3103-1. PMID: 37701385; PMCID: PMC10495048.

Angelo KM, Smith T, Camprubí-Ferrer D, et al. Epidemiological and clinical characteristics of patients with mpox in the GeoSentinel Network: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis*. 2023;23(2):196-206. doi:10.1016/S1473-3099(22)00651-X

Taylor H, Humphreys C, Verlander NQ, et al. Emergency department attendances and inpatient admissions due to mpox infection, England, 2022 *Sexually Transmitted Infections* 2024; **100**:423-429.

Hoffmann C, Jessen H, Teichmann J, Wyen C, Noe S, Kreckel P, Köppe S, Krauss AS, Schuler C, Bickel M; Lenz J, Scholten S, Klausen G, Lindhof HH, Jensen B, Glaunsinger T, Pauli R, Härter G, Radke B, Unger S, Marquardt S, Masuhr A, Esser S, Flettner TO, Schäfer G, Schneider J, Spinner CD, Boesecke C: Mpox in Germany—initial clinical observations. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119: 551–7. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0287

Thomassen SE, von Schreeb S, Kirkby NS, et al. Prospective screening for mpox infection among users of HIV pre-exposure prophylaxis in Denmark. *International Journal of STD & AIDS*. 2024;35(5):374-378. doi:10.1177/09564624231223764

Gupta, A.K., Talukder, M., Rosen, T. et al. Differential Diagnosis, Prevention, and Treatment of mpox (Mpox): A Review for Dermatologists. *Am J Clin Dermatol* 24, 541–556 (2023). <https://doi.org/10.1007/s40257-023-00778-4>

Atkins K, Carpino T, Rao A, Sanchez T, Edwards OW, Hannah M, Sullivan PS, Ogale YP, Abara WE, Delaney KP, Baral SD Suspected Mpox Symptoms and Testing in Men Who Have Sex With Men in the United States: Cross-Sectional Study *JMIR Public Health Surveill* 2025;11:e57399

Mailhe M, Beaumont AL, Thy M, Le Pluart D, Perrineau S, Houhou-Fidouh N, Deconinck L, Bertin C, Ferré VM, Cortier M, De La Porte Des Vaux C, Phung BC, Mollo B, Cresta M, Bouscarat F, Choquet C, Descamps D, Ghosn J, Lescure FX, Yazdanpanah Y, Joly V, Peiffer-Smadja N. Clinical characteristics of ambulatory and hospitalized patients with mpox virus infection: an observational cohort study. *Clin Microbiol Infect*. 2023 Feb;29(2):233-239. doi: 10.1016/j.cmi.2022.08.012. Epub 2022 Aug 23. PMID: 36028090; PMCID: PMC9533921.

Mitja O, Ogoina D, Titanji BK, Galvan C, Muyembe JJ, Marks M, et al. Mpox. *Lancet*. 2023;401(10370):60-74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36403582>

Silva MST, Torres TS, Coutinho C, Jalil EM, Yanavich C, Martins PS, Bastos MO, Mesquita MB, Echeverría-Guevara A, Nazer S, Peixoto EM, Terra M, Lovetro A, Reges PPS, Meneguetti MR, Moreira RI, Lessa FCS, Hoagland B, Nunes EP, Cardoso SW, Veloso VG, Grinsztejn B; INI-Fiocruz Mpox Study Group. Mpox, sexually transmitted infections and combination prevention: insights from a major cohort in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS*. 2024 Nov 1;38(13):1845-1849. doi:

10.1097/QAD.00000000000003991. Epub 2024 Aug 12. PMID: 39120535; PMCID: PMC11424052.

Zhang, Xu-Sheng et al. **Transmission dynamics and effect of control measures on the 2022 outbreak of mpox among gay, bisexual, and other men who have sex with men in England: a mathematical modelling study.** The Lancet Infectious Diseases, Volume 24, Issue 1, 65 - 74

Zucker R, Lavie G, Wolff-Sagy Y, Gur-Arieh N, Markovits H, Abu-Ahmad W, Battat E, Ramot N, Beckenstein T, Carmeli G, Mark-Amir A, Wagner-Kolasko G, Edry A, Duskin-Bitan H, Yaron S, Peretz A, Hammerman A, Netzer D, Arbel R. Risk assessment of human mpox infections: retrospective cohort study. Clin Microbiol Infect. 2023 Aug;29(8):1070-1074. doi: 10.1016/j.cmi.2023.04.022. Epub 2023 Apr 25. PMID: 37105439; PMCID: PMC10127933.

National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID). Study of Tecovirimat for Human Mpox Virus (STOMP) [Internet]. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT05534984. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 2025 Feb 19. Disponível em: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT05534984>

Clinical management and infection prevention and control for mpox: living guideline, May 2025. Geneva: World Health Organization; 2025. <https://doi.org/10.2471/B09434>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

[\[RdSMdO1\]](#) Sugestão de acréscimo.



Documento assinado eletronicamente por **Artur Olhovetchi Kalichman, Coordenador(a)-Geral de Vigilância do HIV/AIDS**, em 11/09/2025, às 14:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Pâmela Cristina Gaspar, Coordenador(a)-Geral de Vigilância e das Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 17/09/2025, às 19:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0050348042** e o código CRC **EE6558FC**.

Referência: Processo nº 25000.158254/2025-11

SEI nº 0050348042