

Doença mão-pé-boca e herpangina

Infecções por enterovírus no consultório, analgesia e hidratação, afastamento escolar e sinais neurológicos e cardiopulmonares do enterovírus A71

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A doença mão-pé-boca (DMPB) e a herpangina são causadas por enterovírus (coxsackievírus A16, A6, A10, enterovírus A71 e outros) e acometem principalmente menores de 5 anos. A DMPB tem febre baixa a moderada, úlceras orais e vesículas em mãos, pés, nádegas e região perioral; a herpangina tem febre mais alta e úlceras no palato mole, úvula e pilares, sem lesões na pele. Evoluem em 7–10 dias sem tratamento específico: **não há indicação de antibiótico, antiviral ou antifúngico** (SBP 2025). O foco é **analgesia regular e hidratação**, porque a dor oral leva à recusa alimentar e à desidratação. A maioria é tratada em casa (●). Reavaliar em 24 h (●) quem bebe pouco, tem febre > 3 dias ou lesões extensas. Encaminhar ao pronto-socorro (●) se houver desidratação, sonolência, **mioclonias**, tremores, ataxia, fraqueza de membro, vômitos persistentes, taquicardia, taquipneia, sudorese fria ou pele moteada — sinais de doença neurológica e autonômica pelo enterovírus A71, que pode evoluir rapidamente para edema pulmonar e choque. O vírus é eliminado nas fezes por até 4 semanas: higiene das mãos é a principal medida de controle.

1. O que é e como se apresenta

- **Agentes:** enterovírus do grupo A — coxsackievírus A16 e A6 (principais na DMPB atual), A10, enterovírus A71; herpangina sobretudo por coxsackievírus A. Transmissão fecal-oral, por secreções respiratórias e pelo líquido das vesículas.
- **Faixa etária:** menores de 5 anos, com surtos em creches e escolas; adultos raramente adoecem, e em geral após contato prolongado (SBP).
- **DMPB típica:** febre baixa a moderada, mal-estar, dor de garganta; úlceras dolorosas em língua, mucosa jugal e palato; vesículas ovaladas ou lesões maculopapulares em palmas, plantas, nádegas e região perioral (SBP).
- **DMPB atípica (coxsackievírus A6):** lesões vesicobolhosas extensas em cotovelos, joelhos, nádegas e face, às vezes sobre áreas de dermatite atópica ("eczema coxsackium"); em menores de 2 anos, lesões em nádegas, joelhos e cotovelos são comuns. Semanas depois podem surgir **descamação de mãos e pés e onicomadese** (queda das unhas), benignas.
- **Herpangina:** início súbito de febre alta, odinofagia, sialorreia e recusa alimentar; vesículas e úlceras pequenas em palato mole, úvula, pilares anteriores e amígdalas; sem lesões em gengivas anteriores nem em mãos e pés.
- **Evolução:** 7–10 dias, com resolução espontânea (SBP). Eliminação viral nas fezes por até 4 semanas após a resolução das lesões (SBP 2025).
- **Enterovírus A71:** associado a meningite asséptica, rombencefalite (tronco encefálico), paralisia flácida aguda e disfunção autonômica com edema pulmonar e insuficiência

cardíaca, sobretudo em menores de 5 anos. A SBP descreve quatro estágios: doença habitual; manifestações neurológicas (mioclonia, tremores, ataxia); alterações autonômicas; falência cardiorrespiratória.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Bom estado geral; febre baixa a moderada; aceita líquidos; diurese normal; dor controlada com analgésico; sem sinais neurológicos	Tratamento em casa: analgesia regular, líquidos frios, alimentos pastosos; orientação de sinais de alerta
● Moderada	Ingestão reduzida sem desidratação; lesões orais extensas; febre > 3 dias ou > 39 °C; lesões vesicobolhosas disseminadas; lactente pequeno; família com dificuldade de manejo	Reavaliação em 24 h; observação no consultório/PS com prova de ingestão oral; ajuste de analgesia
● Grave	Desidratação ou recusa total de líquidos; letargia, irritabilidade intensa, mioclonias (sobretudo no sono), tremores, ataxia, nistagmo, fraqueza ou paralisia flácida de membro, convulsão, rigidez de nuca; vômitos persistentes; taquicardia, taquipneia, hipertensão, sudorese fria, pele moteada, enchimento capilar lento, dispneia ou secreção espumosa	Encaminhar ao pronto-socorro/hospital; casos neurológicos e autonômicos precisam de monitorização e, muitas vezes, terapia intensiva

A SBP (2019) indica internação quando há lesões orais extensas com dificuldade de deglutição, manifestações neurológicas (letargia, ataxia, tremores, febre > 39 °C por mais de 48 h) ou sinais autonômicos (sudorese fria, pele moteada, taquicardia, taquipneia, hipertensão arterial, hiperglicemia).

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Menores de 5 anos, sobretudo lactentes (desidratação; complicações neurológicas pelo enterovírus A71).
- Circulação de enterovírus A71 na comunidade (surto com casos neurológicos).
- Febre alta e prolongada, letargia e vômitos nos primeiros dias.
- Dermatite atópica extensa (lesões disseminadas por coxsackievírus A6; diferenciar de eczema herpético).
- Imunodeficiência; recém-nascidos (enterovírus neonatal pode causar sepse viral, miocardite e hepatite).

3. Diagnóstico no consultório

- **Clínico.** Examinar toda a cavidade oral, mãos, pés, nádegas, joelhos e cotovelos.
- **Exame neurológico e sinais vitais em toda consulta:** FC, FR, perfusão periférica, nível de consciência, marcha, tremores e relato de "sustos" ou abalos durante o sono (mioclonias).
- **Exames:** desnecessários na forma habitual. Em casos graves, surtos ou dúvida diagnóstica, PCR para enterovírus em swab de orofaringe, fezes, líquido vesicular ou líquido, no hospital ou pela vigilância.
- **Avaliação de hidratação:** diurese, mucosas, lágrimas, perda de peso.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Gengivoestomatite herpética:** gengivite intensa e sangrante, lesões em lábios e gengiva anterior, febre alta; pode justificar aciclovir precoce. **Eczema herpético** em criança atópica exige aciclovir e avaliação urgente.
- **Varicela:** vesículas em diferentes estágios, predomínio no tronco e couro cabeludo.
- **Síndrome de Stevens-Johnson:** medicamento recente, lesões em alvo, mucosite de múltiplas mucosas, dor cutânea.
- **Faringoamigdalite estreptocócica** (exsudato amigdaliano sem vesículas) e aftas recorrentes.
- **Doença de Kawasaki** (febre ≥ 5 dias, conjuntivite, alterações de extremidades) e **doença meningocócica** (petéquias).

4. Tratamento em casa

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor ou febre	Máx. 75 mg/kg/dia (SBP), nunca > 4 g/dia; dar 30–60 min antes das refeições
Dipirona	10–12 mg/kg/dose (SBP 2021)	6/6 h	Enquanto houver dor ou febre	Máx. 4 doses/dia; "1 gota/kg" leva a superdosagem (SBP); bula: não usar < 3 meses ou < 5 kg
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6/6 h a 8/8 h	Enquanto houver dor	A partir de 6 meses; evitar se desidratado ou com vômitos
Solução de reidratação oral	Pequenos volumes frequentes, conforme perdas	Livre demanda	Enquanto a ingestão estiver reduzida	Oferecer fria, de colher, seringa ou copo

Paracetamol. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

- **Analgesia em horário regular** nos primeiros dias, e não só "se febre": a dor oral é a principal causa de recusa alimentar. Não alternar antitérmicos.
- **Alimentação:** líquidos frios, picolés de fruta não ácida, iogurte, alimentos pastosos e frios; evitar ácidos, salgados, crocantes e muito quentes.
- **Anestésicos tópicos:** a AAP admite soluções orais calmantes aplicadas com cotonete ou em bochecho acima de 1 ano. **Evitar lidocaína viscosa** em lactentes e pré-escolares (risco de toxicidade e aspiração).
- **Não usar:** antibióticos, aciclovir (não atua em enterovírus), antifúngicos (SBP 2025); ácido acetilsalicílico.
- **Pele:** lesões cutâneas raramente precisam de tratamento; manter limpas e secas; observar sinais de infecção bacteriana secundária.

Afastamento e controle de transmissão

- **SBP (2025):** afastar da creche e da escola até a resolução completa das lesões e ausência de febre.
- **AAP:** retorno quando estiver sem febre, bem para participar e com a maioria das vesículas secas (em geral cerca de 7 dias); não retornar com muitas vesículas abertas.
- **NHS:** retorno quando a criança se sentir melhor, sem esperar a cicatrização das lesões. A **AEP** não recomenda exclusão escolar.
- Lavagem rigorosa das mãos (sobretudo após troca de fraldas), desinfecção de superfícies e brinquedos com álcool 70% e não compartilhar talheres e copos (SBP). Como a eliminação fecal dura semanas, a higiene continua depois do retorno.
- **Notificação:** a DMPB não é de notificação individual, mas **dois ou mais casos relacionados configuram surto, de notificação obrigatória (compulsória)** (SBP 2019).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Desidratação, recusa total de líquidos ou diurese muito reduzida, sem resposta à prova de ingestão oral.
- Qualquer sinal neurológico: sonolência, irritabilidade intensa, mioclonias, tremores, ataxia, nistagmo, fraqueza de membro, convulsão, cefaleia intensa com vômitos, rigidez de nuca.
- Sinais autonômicos ou cardiopulmonares: taquicardia desproporcional à febre, taquipneia, dispneia, hipertensão, sudorese fria, pele moteada, enchimento capilar lento.

- Febre > 39 °C por mais de 48 h com letargia (SBP).
- Recém-nascido ou imunodeprimido com suspeita de enterovirose.
- Suspeita de eczema herpético ou Stevens-Johnson.

Como encaminhar

1. Oxigênio se SpO2 < 94% ou desconforto respiratório; posição confortável, cabeça elevada.
2. Desidratação moderada a grave: iniciar reidratação conforme o protocolo do serviço, se houver acesso venoso e a remoção for demorada.
3. Não atrasar a transferência de criança com sinais neurológicos ou autonômicos: a evolução para edema pulmonar pode ser rápida.
4. Contatar o serviço de destino, informar suspeita de enterovírus A71 e necessidade de precaução de contato; SAMU (192) se instável.
5. Relatório com início dos sintomas, sinais vitais, sinais neurológicos observados e medicamentos.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "É uma virose que melhora sozinha em 7 a 10 dias; o mais importante é aliviar a dor e manter a criança bebendo."
- "Dê o analgésico em horários certos nos primeiros dias e ofereça líquidos frios várias vezes ao dia."
- Retornar em 24 h se estiver bebendo pouco, fizer pouco xixi ou a febre durar mais de 3 dias.
- Ir ao pronto-socorro se: criança muito sonolenta ou difícil de acordar; "sustos" ou tremores repetidos, principalmente dormindo; andar cambaleante ou fraqueza em braço ou perna; vômitos repetidos; respiração rápida ou com esforço; pele fria, pálida ou manchada; sem xixi por 8 horas ou mais.
- "Unhas podem cair algumas semanas depois; isso é benigno e elas voltam a crescer."
- "Lave bem as mãos, principalmente depois de trocar fraldas, por pelo menos um mês."

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Tratamento	Sintomáticos e hidratação; sem antibiótico, antiviral ou antifúngico	Paracetamol ou ibuprofeno	Paracetamol ou ibuprofeno; Líquidos frios (NHS)	Segue o NICE	Sem tratamento específico
Sinais de gravidade	Mioclonia, tremores, ataxia, sinais autonômicos; febre > 39 °C > 48 h	Febre > 3 dias ou não beber: procurar o pediatra	Diurese reduzida, febre muito alta	Segue o NICE	Não detalha
Analgesia tópica	Não detalha	Soluções orais calmantes acima de 1 ano	Géis ou enxaguatórios orais indicados pelo farmacêutico (NHS)	Segue o NICE	Não detalha
Afastamento escolar	Até resolução das lesões e sem febre	Sem febre, bem e vesículas secas	Quando se sentir melhor	Segue o NICE	Não recomendado

Leitura: as referências concordam que a doença é autolimitada, que o tratamento é sintomático com foco em dor e hidratação e que antibiótico e antiviral não têm papel. A divergência principal é o afastamento escolar: a SBP é a mais restritiva (até a resolução completa das lesões), a AAP exige ausência de febre e vesículas secas, e NHS e AEP não recomendam exclusão prolongada — coerente com a eliminação viral nas fezes por semanas, que limita o efeito da exclusão. A SBP é a única a detalhar os estágios de gravidade do enterovírus A71, relevantes no Brasil em surtos.

PONTOS PRÁTICOS

1. Analgesia regular e líquidos frios resolvem a maioria dos casos; a desidratação é a complicação mais comum.
2. Pergunte ativamente por "sustos" durante o sono, tremores e desequilíbrio: mioclonia e ataxia são sinais de alerta do enterovírus A71.
3. Taquicardia, taquipneia, sudorese fria ou pele moteada com enterovirose = pronto-socorro imediato.
4. Sem antibiótico, sem aciclovir e sem lidocaína viscosa em crianças pequenas.
5. Gengivite intensa sugere herpes, não enterovírus; eczema herpético é urgência.
6. Higiene das mãos por semanas após a cura; surtos em creche devem ser notificados.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamentos de Dermatologia e Infectologia. Síndrome mão-pé-boca (documento científico), 2019. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratamento da doença mão-pé-boca em crianças, Nota de Alerta nº 219, 2025. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manejo da febre aguda, 2021. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics (HealthyChildren.org). Hand, Foot & Mouth Disease. [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org)
- NHS. Hand, foot and mouth disease. [nhs.uk](https://www.nhs.uk)
- AEP. Conejo Fernández AJ, Cruz Cañete M. Enfermedades exantemáticas víricas, Protocolos de Infectología, 2023. [PDF](#)
- IFRC. Epidemic Control Toolkit — Hand, foot and mouth disease. ifrc.org

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.