

Nota Informativa Conjunta nº 007/2023 - LACEN/DIVE/SUV/SES/SC

Assunto: ORIENTAÇÕES DIANTE DE SURTOS DA SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA.

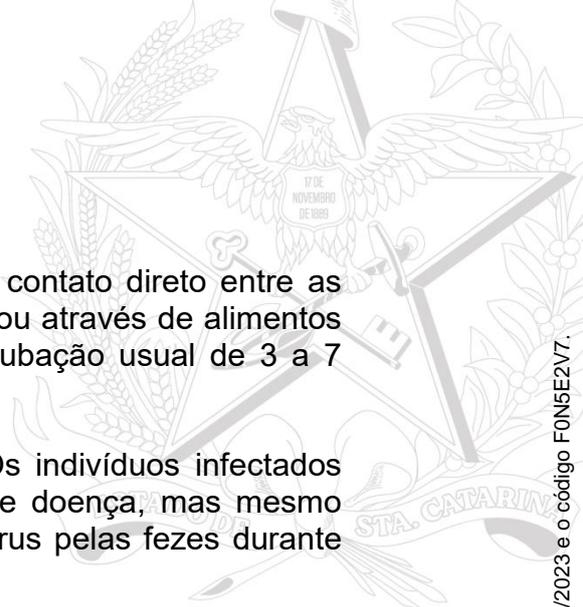
A síndrome mão-pé-boca (SMPB) é uma infecção de origem viral, sendo causada por diversos enterovírus, principalmente o *Coxsackie*, caracterizada por pequenas feridas avermelhadas na cavidade oral, mãos e pés (**Figura 1**).

Costuma acontecer na forma de surtos, acometendo crianças que frequentam creches e escolas, principalmente os menores de 5 anos (eventualmente pode cometer adultos, embora a maioria não apresenta sintomas). É mais comum nos meses de primavera e verão.

Figura: Lesões características de SMPB.



Fonte: Christopher Nassef et al., 2015



A transmissão ocorre pela via fecal/oral, através do contato direto entre as pessoas ou com as fezes, saliva e outras secreções ou através de alimentos e de objetos contaminados, sendo o período de incubação usual de 3 a 7 dias.

As lesões na pele também transmitem a doença. Os indivíduos infectados são mais contagiosos durante a primeira semana de doença, mas mesmo depois de recuperada, a pessoa pode transmitir o vírus pelas fezes durante aproximadamente quatro semanas.

Manifestações clínicas e complicações

O quadro clássico é descrito como uma doença febril autolimitada, acompanhada de mal-estar, úlceras orais causando dor na boca ou garganta e um exantema vesicular em mãos e pés. A febre e o mal-estar iniciam-se antes, sendo normalmente baixa e que se resolve em 48 horas. As lesões dolorosas na cavidade oral aparecem depois de 1 a 2 dias do início da febre e são normalmente encontradas em língua, palato e mucosa bucal.

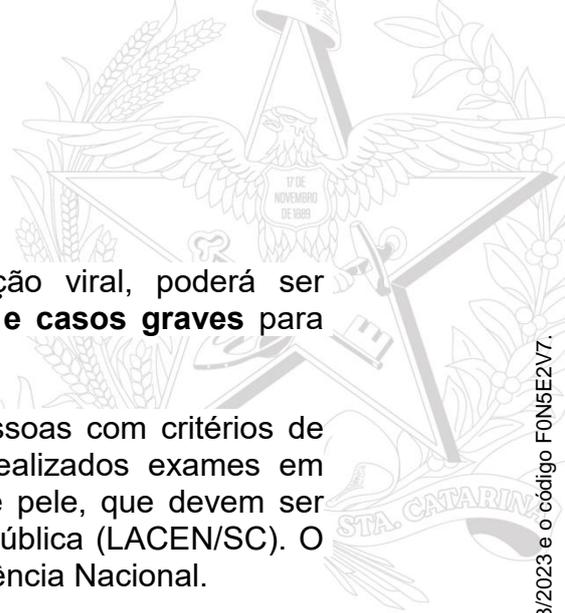
As máculas eritematosas evoluem para lesões vesiculares, que rompem levando a lesões ulceradas dolorosas que causam desconforto na alimentação, fazendo com que o paciente possa apresentar desidratação.

Um rash desenvolve-se principalmente em mãos e pés, sendo também comum em nádegas e região genital. As lesões de pele são tipicamente vesículas circundadas por eritema, mas também podem ser máculas eritematosas, pápulas, vesículas agrupadas e até mesmo bolhas. As lesões cutâneas normalmente são não pruriginosas, mas por vezes são dolorosas. A resolução demora entre 7 a 10 dias. Não é incomum que um paciente exiba apenas um ou dois destes achados.

É uma doença benigna, leve e autolimitada. No entanto, podem ocorrer sintomas mais graves, como meningite, encefalite e paralisia semelhante à poliomielite. Em gestantes, a SMPB pode levar a abortamento, como qualquer outra síndrome febril, porém até o momento não há evidência de síndrome congênita específica.

Diagnóstico

O quadro clínico é bem característico e geralmente são dispensados os exames complementares. O diagnóstico diferencial deve ser realizado com outras doenças que também provocam estomatites aftosas ou vesículas na pele.

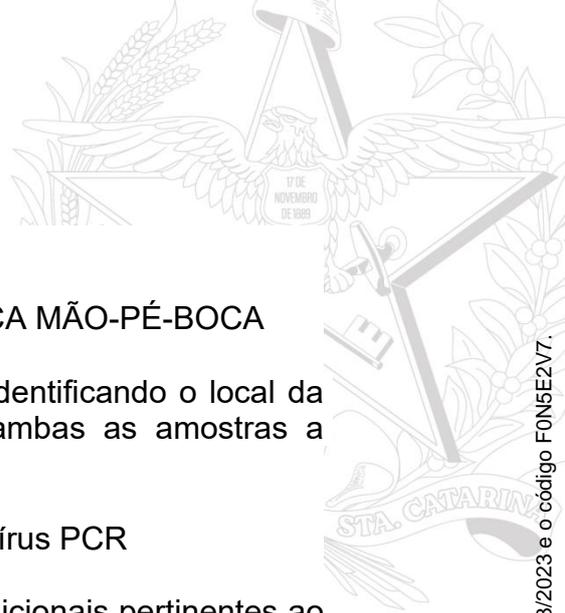


A realização de exames laboratoriais, para detecção viral, poderá ser realizada para esclarecimento diagnóstico de **surto e casos graves** para elucidação diagnóstica e conduta clínica.

Em situação de surto, coletar amostras de 3 a 5 pessoas com critérios de sintomas compatíveis com a SMPB. Podem ser realizados exames em amostras de fezes e amostras coletadas de lesão de pele, que devem ser encaminhadas para o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/SC). O exame é enviado para análise no Laboratório de Referência Nacional.

Coleta, armazenamento e transporte das amostras clínicas

- 1) Fezes *“in natura”*: coletar 4 a 8 gramas de fezes, equivalente a dois dedos, acondicionadas em pote de plástico rígido com tampa de rosca bem fechada. Coletar na fase aguda, o mais cedo possível, até 14 dias do início dos sintomas. Manter refrigerado entre 4 a 8 ° C.
- 2) Swab de secreção de lesão: passar o swab nas lesões presentes na pele ou em cavidade oral e acondicionar o swab em meio de transporte viral ou soro fisiológico estéril. Utilizar o mesmo kit usado para coleta de COVID-19. Manter entre 4° a 8°C.
- 3) Identificação das amostras: A identificação do paciente na amostra deve ser igual ao nome que consta na solicitação (requisição GAL). Os potes com amostras de fezes devem ser etiquetados no corpo, nunca na tampa. Identificar o frasco contendo o material: nome do paciente, data da coleta, município e agravo (mão-pé-boca). Preferencialmente enviar identificado com a etiqueta que apresenta o código de barras impresso no sistema GAL.
- 4) Enviar as amostras o mais rápido possível, no máximo até 2 dias após a coleta, em caixa térmica com gelo reciclável. Enviar juntamente a ficha do GAL corretamente preenchida.
- 5) A requisição no GAL para Investigação Doença Mão-Pé-Boca deve ser preenchida com todos os dados da investigação, informando a data de início dos sintomas, dados clínicos e situação epidemiológica. Entre os campos existentes para o cadastro segue algumas informações pertinentes:



- Campo Finalidade = Ignorado
- Campo Dados clínicos gerais = Agravo: DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA
- Incluir as amostras de fezes e swab de lesão identificando o local da lesão na mesma requisição e solicitar para ambas as amostras a mesma pesquisa
- Incluir Pesquisa/Exames: Lab. Externo - Enterovírus PCR
- Digitar no campo “Observações” informações adicionais pertinentes ao caso e nome e telefone do responsável pela coleta e/ou digitação da requisição
- Imprimir a requisição, entrar na triagem e encaminhar para rede.

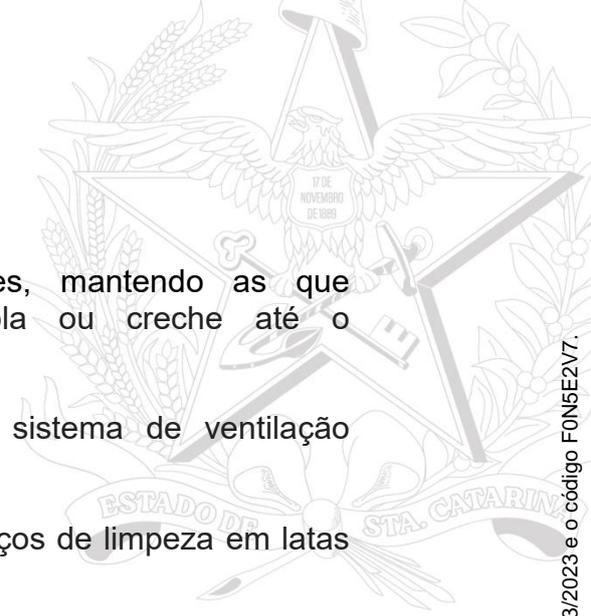
Tratamento

O tratamento inclui medidas de suporte que são orientadas para todos os pacientes com doenças virais: repouso, alimentação leve e boa ingestão de líquidos. A febre deve ser controlada com o antitérmico prescrito pelo pediatra. Além disso, é importante informar aos familiares que a virose é autolimitada, ou seja, tem regressão espontânea. Em poucos casos, quando as lesões da boca comprometem a ingestão de líquidos, faz-se necessário hidratação endovenosa. Em caso de complicação das lesões com infecção bacteriana secundária pode ser necessário o tratamento com antibióticos.

Medidas de prevenção e controle

O risco de transmissão para a SMPB pode ser reduzido através das seguintes boas práticas de higiene:

- Lavagem FREQUENTE e CORRETA das mãos, especialmente após a troca de fraldas e de usar o banheiro (a pessoa pode transmitir o vírus pelas fezes durante aproximadamente quatro semanas);
- Limpeza de superfícies e artigos incluindo brinquedos, primeiramente com água e sabão e então desinfetando com uma solução a base de alvejante com cloro/água sanitária (feita com uma colher de sopa do produto adicionada à 4 copos de água);
- Evitando contato próximo (beijar, abraçar, dividir talheres e copos) com pessoas com a doença;



- Limitar a exposição das crianças doentes, mantendo as que apresentam sintomas afastadas da escola ou creche até o desaparecimento dos sintomas;
- Manter uma boa higiene ambiental e um sistema de ventilação adequado em recintos fechados;
- Descartar adequadamente as fraldas e os lenços de limpeza em latas de lixo fechadas;
- Não compartilhar mamadeiras, talheres ou copos.

Notificação de casos

Casos isolados de síndrome mão-pé-boca (SMPB) **não** são de notificação compulsória.

Porém, em situação de surto, cujo número de casos seja igual ou superior a 03 na mesma instituição, a notificação é obrigatória e imediata.

Em caso de surtos seguir as orientações:

- Acionar a Vigilância Epidemiológica e Sanitária Municipal para que sejam desenvolvidas as atividades de controle;
- Notificação no Módulo Sinan/Surto, como “Outras Síndromes”;
- Colocar nas Observações que é surto de SMPB e em qual instituição ocorreu;
- Para acompanhamento dos casos, listar os sintomáticos na planilha, informar o CID B08.4 e se houve internação;
- Os casos graves que necessitem de internação, por se tratar de um evento inusitado, devem ser reportados imediatamente por meio do endereço eletrônico: cievssc@saude.sc.gov.br

Referências:

Christopher Nassef; Carolyn Ziemer; Dean S. Morrell. *Hand-foot-and-mouth disease: a new look at a classic viral rash*. Current Opinion in Pediatrics. 27(4): 486–491, AUG 2015.

Ornoy A, Tenenbaum A. *Pregnancy outcome following infections by coxsackie, echo, measles, mumps, hepatitis, polio and encephalitis viruses*. Reprod Toxicol. 2006;21:446-57

Hand, Foot and Mouth Disease.
<https://www.who.int/westernpacific/emergencies/surveillance/archives/hand-foot-and-mouth-disease>

Florianópolis, 02 de maio de 2023.

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DIVE/SUV/SES/SC**

**Laboratório Central de Saúde Pública
LACEN/SUV/SES/SC**



Assinaturas do documento



Código para verificação: **F0N5E2V7**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



JOÃO AUGUSTO BRANCHER FUCK (CPF: 060.XXX.189-XX) em 02/05/2023 às 18:18:38

Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/03/2019 - 14:42:44 e válido até 28/03/2119 - 14:42:44.

(Assinatura do sistema)



MARLEI PICKLER DEBIASI DOS ANJOS (CPF: 824.XXX.329-XX) em 02/05/2023 às 18:19:43

Emitido por: "SGP-e", emitido em 01/04/2019 - 10:31:29 e válido até 01/04/2119 - 10:31:29.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VtXzcwNTIfMDAwODk3MTNfOTA3MDJfMjAyM19GME41RTJWNw==> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00089713/2023** e o código **F0N5E2V7** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.