

Diretriz de manejo de ectoparasitoses (escabiose e pediculose) no contexto do cuidado farmacêutico

Guideline for managing ectoparasitic infestations (scabies and pediculosis) in the context of pharmaceutical care

Nicolas Silva Costa Gonçalves¹; Saulo de Tarso Silva¹; Ana Paula de Oliveira Barbosa^{1,2}; Francisco Alisson Paula de França^{1,2}; Fabiana Brandão Alves Silva¹; Gustavo Pereira Calado^{1,3}; Rodrigo Fonseca Lima¹; Tiago Marques dos Reis⁴; Rafael Santos Santana¹

¹ Universidade de Brasília (UnB)

² Ministério da Saúde (MS)

³ Centro Universitário Dom Bosco (UNDB)

⁴ Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

Autor correspondente: Rafael Santos Santana. Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
Email: rafael.santana@unb.br

Recebido em: 18/01/2024

Aceito para publicação em: 15/06/2025

Resumo:

Objetivo: Sistematizar, por meio da prática baseada em evidências, o manejo de casos autolimitados de ectoparasitoses (escabiose e pediculose) no contexto do cuidado farmacêutico. **Métodos:** Para elaboração da diretriz, foi adotado o método ADAPTE como processo estruturado de revisão da literatura e construção do documento. Foram utilizadas, ainda, as ferramentas *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation – versão II (AGREE II)* e *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)* para a análise dos guias de prática selecionados durante o processo e para categorização das evidências, respectivamente. **Resultados:** A anamnese é um passo fundamental para a estratégia de intervenção e confirmação do caráter autolimitado das ectoparasitoses, o que permite a análise da localização e das características do problema, bem como o encaminhamento em caso de suspeita de infecções secundárias. As intervenções não farmacológicas restringem-se a práticas mais tradicionais de diminuição da infestação, como métodos de remoção mecânica na pediculose e medidas de descontaminação e educação em saúde na escabiose. Em relação às medidas farmacológicas, há poucas opções disponíveis, com benefícios e restrições que variam conforme o perfil do paciente. Devem ser priorizadas, como primeira linha, a utilização de formulações tópicas em creme ou loção à base de permetrina e a ivermectina oral. O farmacêutico deve estar atento para monitorar o aparecimento de sinais de alerta que indiquem a necessidade de encaminhamento, como sensibilidade aos medicamentos, sinais de infecções com secreção, pacientes imunocomprometidos e idosos mais fragilizados, suscetíveis ao desenvolvimento de escabiose crostosa.

Palavras-chave: Diretrizes Clínicas; Ectoparasitoses; Farmácia Clínica; Farmácia Comunitária; Manejo de Problemas de Saúde Autolimitados.

Abstract:

Objective: To systematize, through evidence-based practice, the management of self-limiting cases of ectoparasitoses (scabies and pediculosis) within the context of Pharmaceutical Care. **Methods:** The ADAPTE method was adopted as a structured process for literature review and guideline development. Additionally, the tools *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation – version II (AGREE II)* and *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)* were used for the analysis of the selected practice guidelines and for the categorization of evidence, respectively. **Results:** Medical history taking is a fundamental step in the intervention strategy and in confirming the self-limiting nature of ectoparasitoses, enabling the analysis of the location and characteristics of the condition, as well as referral in cases of suspected secondary infections. Non-pharmacological interventions are limited to more traditional practices aimed at reducing infestation, such as mechanical removal methods for pediculosis and decontamination measures and health education for scabies. Regarding pharmacological measures, there are few available options, with benefits and limitations that vary according to the patient's profile. As first-line treatment, topical formulations in the form of creams or lotions containing permethrin and oral ivermectin should be prioritized. The pharmacist must be alert to monitor warning signs that may require referral, such as sensitivity to medications, signs of infections with discharge, immunocompromised patients, and more frail elderly individuals, who are susceptible to the development of crusted scabies.

Keywords: Clinical Guidelines; Community Pharmacy Services; Ectoparasitoses; Pharmaceutical Services; Self-Limiting Health Conditions Management.

Introdução

A escabiose e a pediculose são ectoparasitoses de pele causadas pela infestação de artrópodes. Essas condições acometem com maior frequência as populações mais vulnerabilizadas, as quais comumente evoluem para infecções secundárias.¹⁻⁹ A transmissão ocorre pelo contato corporal direto com o indivíduo infectado ou por meio do compartilhamento de roupas, acessórios de cabeça e escovas de cabelo.^{1,2,6,8,10,11} O tratamento das infestações e a educação em saúde mostram-se os meios mais efetivos para evitar a propagação dessas doenças.¹²

A escabiose humana é causada pelo *Sarcoptes scabiei hominis*, espécie que escava o estrato córneo da pele humana. O prurido intenso em toda a extensão corporal, as feridas, as pápulas eritematosas ou mesmo nódulos pruriginosos persistentes são sinais clínicos que indicam a presença da doença. O prurido manifesta-se de forma mais intensa durante a noite, período em que ocorre a reprodução e a deposição de ovos. Os indivíduos afetados podem desenvolver infecções secundárias relacionadas a reações alérgicas aos produtos metabólicos do ácaro, podendo evoluir, em casos mais graves, para uma doença reumática cardíaca e glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica. A escabiose crostosa (ou norueguesa) é uma forma clínica distinta, que acomete principalmente pacientes imunossuprimidos, com distúrbios neurológicos ou institucionalizados.^{6,8,11,13,14}

Os surtos podem ocorrer principalmente em ambientes institucionais, como lares de idosos e hospitais; entretanto, a manifestação de sintomas em outros membros de uma mesma família deve levantar suspeita imediata por parte dos profissionais de saúde. Trata-se de um problema de saúde altamente frequente, com prevalência mundial estimada em cerca de 174 a 180 milhões de casos e uma incidência anual de 520 a 540 milhões de casos, segundo os dados mais recentes do Global Burden of Disease Study 2021. A condição pode afetar mais frequentemente mulheres e crianças, e a prevalência da escabiose varia conforme a região: desde cerca de 2% em alguns países da Europa e do Oriente Médio até valores superiores a 30% em países insulares do Pacífico.¹⁵⁻¹⁷

A pediculose do couro cabeludo é causada pelo inseto *Pediculus humanus capitis*, que acomete prin-

cipalmente crianças em idade escolar (3 a 11 anos), com maior prevalência no sexo feminino. Essa infestação provoca prurido intenso no couro cabeludo, podendo levar à diminuição do rendimento escolar, dificuldade de concentração e insônia. Por sua vez, a pediculose do corpo é causada pelo *Pediculus humanus corporis* e apresenta baixa incidência no Brasil. Na maioria dos casos, o tratamento consiste apenas na melhoria da higiene corporal e na desinfecção adequada das roupas. Por outro lado, a pediculose púbica é provocada pelo *Phthirus pubis* e sua forma de transmissão ocorre, em geral, por meio do contato sexual. Embora atinja predominantemente os pelos pubianos, também pode infectar os cílios, cabelos, pelos da barba e das axilas.^{1,5,7,18,19}

A prevalência mundial estimada de infestação por piolhos entre estudantes em idade escolar é de 19%. No Brasil, estudos realizados em diferentes regiões mostram resultados contrastantes: enquanto em Manaus a taxa de infestação foi de 3,68% entre as crianças avaliadas, em municípios como Jundiá e Nova Iguaçu a prevalência de *P. capitis* superou 35%.^{20,21}

Apesar da elevada incidência dessas condições, muitos profissionais de saúde ainda enfrentam dificuldades na identificação e manejo clínico adequado das ectoparasitoses, o que contribui para a subnotificação e para o agravamento de quadros evitáveis. A ausência de materiais atualizados e sistematizados, voltados especificamente para o cuidado farmacêutico, reforça a necessidade de diretrizes que orientem a atuação profissional, com base em evidências científicas e boas práticas assistenciais.¹⁻¹⁰

Dessa forma, o objetivo desta diretriz foi sistematizar, por meio da prática baseada em evidências, o manejo de casos autolimitados de ectoparasitoses (escabiose e pediculose) no contexto do Cuidado Farmacêutico.

Métodos

Para a elaboração dessa diretriz, utilizou-se como direcionamento o método **ADAPTE**, dividido em três fases consecutivas: (i) configuração, (ii) adaptação e (iii) finalização. O método consiste num processo estruturado de construção de guias de prática clínica a partir de documentos pré-existentis na

literatura científica. No caso deste trabalho foram eleitos como documentos de referência: (i) guias de orientação de bases de síntese de evidências; (ii) diretrizes clínicas do tema; (iii) revisões sistemáticas sobre os tratamentos; (iv) guias ou artigos específicos do cuidado farmacêutico.^{1,2}

As buscas foram realizadas em julho de 2020 com os termos MeSh e operadores booleanos “*Headache*” OR “*Migraine*” AND “*Guideline*”. Foram realizadas buscas nas bases de síntese de evidências *Best Practice*, *Dynamed* e *Uptodate*; nos sites de desenvolvedores de diretrizes *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN); no site da associação dedicada ao estudo de cefaleias *British Association for the Study of Headache* (BASH); nos sites das Sociedades Americana (AHS), Brasileira (BHS), Canadense (CHS) e Internacional (IHS) de Cefaleia e no site da Federação Europeia Cefaleia (EHF); e, por fim, na bases Cochrane e PubMed.

Foram considerados critérios de inclusão: (i) publicações de julho de 2010 a julho de 2020; (ii) escritas em inglês ou português; com acesso livre ao texto. Por sua vez, foram adotados os seguintes critérios de exclusão para refinamento da amostra: (i) estudos que não abordassem o tratamento dessas ectoparasitoses como foco principal; (ii) trabalhos direcionados exclusivamente a populações específicas (como gestantes ou crianças); (iii) estudos aplicados a contextos hospitalares, de urgência ou emergência; (iv) publicações que tratassem exclusivamente de um único tipo de abordagem terapêutica (por exemplo, apenas farmacológica ou apenas não farmacológica), sem considerar o manejo clínico de forma mais abrangente.

Para avaliação prévia das diretrizes localizadas e como modelo para definição das seções e escrita desta diretriz foi utilizada a ferramenta AGREE II.³⁻⁵

Foi também realizada uma análise da qualidade das evidências disponíveis para as potenciais intervenções farmacológicas e não farmacológicas utilizando a ferramenta GRADE, amplamente utilizada internacionalmente para categorização das recomendações e como auxílio na tomada de decisões. Seguindo o método, as intervenções foram classificadas de acordo com seu nível de evidência em (i) alta,

(ii) moderada, (iii) baixa e (iv) muito baixa. Quanto ao grau de recomendação, foi classificado como (i) forte ou (ii) fraca.^{27,28}

Resultados

Foram identificadas nas bases de dados 180 referências. Após a remoção de duplicatas, 109 trabalhos foram selecionados para leitura de título e resumo. Desses, 29 foram eleitos para leitura na íntegra, com base nos critérios de seleção. Contudo, durante a fase de sistematização, outras referências foram acrescentadas para compor esta diretriz, totalizando 31 referências incluídas. A diretriz foi, então, organizada da seguinte forma:

- Estratégias do cuidado farmacêutico;
- Avaliação e anamnese farmacêutica;
- Intervenções farmacológicas;
- Intervenções não farmacológicas;
- Sinais de alerta e encaminhamentos;
- Monitoramento dos resultados.

Estratégias do cuidado farmacêutico:

1. Apoiar o paciente na identificação dos sintomas e características de uma infecção ectoparasitária.^{1,3,5-10,13,14,19,29-37}
2. Recomendar tratamento confiável e efetivo para a escabiose e a pediculose a fim de eliminar esses organismos e evitar a contaminação de outros indivíduos.^{1,5,6,8,9,13,14,19,29,30,36}
3. Reduzir a automedicação e o uso de produtos alternativos potencialmente perigosos, ou sem efetividade, para a saúde dos pacientes infestados.^{1,5,6,13,14,19,36,38}
4. Identificar sinais de alerta indicativos de potencial infecção secundária com exsudato purulento.^{5,6,32-37}
5. Encaminhar pacientes que apresentam a necessidade de investigações sobre a potencialidade do desenvolvimento de infecções secundárias.^{5,6,34-37}

Avaliação e Anamnese Farmacêutica:

A escabiose é causada pelo tunelamento dos ácaros, porém seu diagnóstico depende da presença de lesões eritematosas. Esse sinal clínico é decorrente

da ação imunológica do portador. Se uma pessoa nunca teve escabiose antes, os sintomas podem levar de 4 a 8 semanas para se desenvolverem (e durante esse período pode haver transmissão, mesmo que não haja a presença de sintomas). Em uma pessoa que já teve sarna, os sintomas geralmente aparecem muito mais cedo (1-4 dias) após a infestação.^{2,6,8,11,13,31}

A resposta imune é do tipo Th2 com produção de interleucina-4 (IL-4) e imunoglobulina E (IgE). Os sinais e sintomas mais comuns da sarna são o prurido intenso, especialmente à noite, e a erupção papular da pele. O prurido e a erupção cutânea podem afetar grande parte do corpo ou estar limitadas a locais comuns, como pulsos, cotovelos, axilas, membrana entre os dedos, mamilos, pênis e nádegas. A erupção cutânea também pode se manifestar com pequenas vesículas e escamas. Coçar as lesões pode causar feridas na pele, que, por vezes, podem ser infectadas por bactérias. Em crianças pequenas e idosos, as erupções também podem acometer o couro cabeludo, as palmas das mãos e as plantas dos pés.^{2,6,8,11,13,31}

Estima-se que sejam necessários de 5 a 20 minutos de contato próximo para que o ácaro seja transferido para outra pessoa. Por isso, a investigação sobre possíveis situações de exposição é fundamental durante a anamnese. Os principais fatores de risco relatados incluem:^{16,41,42}

- O contato pele com pele em locais superlotados são os principais fatores de risco;
- Qualquer contato pele com pele com pessoa infestada, como dar as mãos, dançar, bem como o compartilhamento de objetos pessoais, a exemplo de roupas de cama e toalhas;
- Situação de vulnerabilidade social (moradia instável, problemas de higiene, desnutrição);
- Pessoas imunossuprimidas.

Os ácaros da escabiose vivem até 72 horas no ambiente e de 1 a 2 meses na pele de uma pessoa não tratada. Não há transmissão de escabiose proveniente de animais, por se tratar de agentes etiológicos diferentes, assim como é pouco provável a transmissão em piscinas ou em contatos breves com pessoas infestadas.^{40,43}

O uso de critérios da *Internacional Alliance for the Control of Scabies* (IACS) para identificação da escabiose auxilia os profissionais de saúde na análise primária do padrão de lesões e pápulas eritematosas

e sua distribuição típica no corpo, as diferenciando de outros problemas de saúde como a catapora, por exemplo. Os critérios de identificação da escabiose baseada na IACS são: (i) escabiose confirmada utilizando métodos não invasivos de diagnóstico; (ii) escabiose clínica analisada por padrões de eritemas e lesões; (iii) suspeita de escabiose por análise de lesões específicas e inespecíficas. Nos critérios ii e iii de diagnóstico devem ser aliados a um histórico associado ao problema de saúde e não dependem de métodos de diagnóstico como dermatoscopia e microsscopia de amostras da pele.⁴⁴

Por outro lado, a pediculose é causada pelos piolhos de cabeça e corpo, ou pelos chatos que acometem a região genital. Eles se alimentam por meio da injeção de pequenas quantidades de saliva sobre a pele para que o sangue possa ser retirado. A saliva desses parasitos gera uma reação alérgica pruriginosa que leva de 4 a 6 semanas para seu aparecimento durante a infecção primária. Na prática clínica, deve ser observada na história do paciente:^{3-5,7,29,30}

- Sensação de algo caminhando no local da infecção;
- Prurido intenso na cabeça (nas regiões retroauriculares e occipitais); tronco, abdômen, nádegas, cílios, barba, axilas e na região púbica;
- Irritabilidade e dificuldade para dormir (pioelhos são mais ativos no escuro);
- Feridas na cabeça causadas por arranhões (às vezes, essas feridas podem ser infectadas por bactérias da microbiota da pele do infestado).
- Presença dos piolhos adultos, ninfas em ovos (lêndeas) fixados na haste capilar.

São fatores de risco o contato direto com pessoa infestada, a convivência domiciliar, a permanência em ambientes coletivos e as condições de vida superlotadas. No entanto, não há evidências de que hábitos de higiene e comprimento ou tipo de cabelo sejam fatores de risco comprovados.^{45,46}

Intervenções Não Farmacológicas:

Por se tratar de condições clínicas historicamente negligenciadas em termos de desenvolvimento de pesquisas voltadas a tratamentos eficazes, as intervenções não farmacológicas ainda se restringem a práticas tradicionais de redução da infestação, como

a catação manual e o uso de pente fino para remoção dos parasitas dos fios de cabelo. Essas estratégias podem, inclusive, ser adotadas como medidas de suporte ao uso de óleos e produtos farmacológicos tópicos. Além disso, a educação em saúde — principal intervenção não farmacológica no manejo da escabiose — é fundamental para que a comunidade seja capaz de identificar os indivíduos acometidos, viabilizar o tratamento adequado e orientar tanto os infectados quanto seus contatos mais próximos.^{2,3,5,8,9,13,14,18,19,29,30}

Na escabiose, as precauções relacionadas à diminuição da infestação dos ectoparasitos são pautadas no controle ambiental com medidas de descontaminação, que consistem em isolar itens que tiveram contato com o paciente infectado como, por exemplo, itens de vestuário e roupa de cama, que devem ser lavados em uma temperatura de 50°C e secados à quente (quando podem ser lavados) ou isolados em sacos plásticos em um período de, no mínimo, uma semana. Essas medidas reduzem a infestação do ácaro para outros indivíduos no ambiente comunitário, mais comumente, e devem ser reforçadas por medidas de higiene pessoal e educação em saúde, inclusive em casos de escabiose pubiana, a qual necessita de orientações para o paciente e suas parcerias sexuais.^{2,3,5,8,9,13,14,18,19,29,30}

As intervenções para reduzir a proliferação dos ectoparasitas em casos de pediculose podem ser clas-

sificadas em métodos de remoção mecânicos, como a utilização de pentes finos sobre o cabelo umedecido e a catação manual. Além disso, há outros métodos físicos que objetivam a morte dos parasitas por sufocamento, através do uso de óleos com vaselina. A dessecação por meio de dispositivos com fontes de ar quente direcionadas aos cabelos podem ser promissoras, mas ainda carecem de estudos robustos ou maior facilidade de acesso.^{45,46,48,49}

Apesar de serem métodos tradicionais, o diagnóstico dessa condição autolimitada e o início do tratamento medicamentoso tornam-se mais eficazes quando associados a intervenções que reduzem a população de lêndeas e piolhos. Essa combinação potencializa a ação dos agentes pediculicidas, aumentando as chances de sucesso terapêutico. Vale destacar que o uso isolado de métodos não farmacológicos apresenta taxas de cura relativamente baixas (entre 40% e 70%) e baseia-se, em sua maioria, em estudos ainda pouco consolidados.^{2,3,5,8,9,13,14,18,19,29,30}

Assim como é fundamental atentar para a prevenção da proliferação e transmissão dos ácaros na escabiose, os casos de pediculose exigem o mesmo nível de cuidado. Por isso, devem ser adotadas orientações semelhantes quanto à quarentena do paciente e ao isolamento de contatos próximos e parceiros sexuais, especialmente nos casos de pediculose púbica.^{20,42,45,48}

Quadro 1. Anamnese farmacêutica em pacientes com escabiose ou pediculose (estratégia INDICO).^{1,3,5,6,8-10,13,18,19,29,30,47}

Domínio	Perguntas/Investigação*
Identificação do Paciente	Qual é o sexo do paciente? (mais frequente em mulheres) A paciente está grávida? Qual a idade do paciente? (mais comum em idade escolar ou pessoas que vivem em abrigos)
Natureza dos sinais e sintomas	Qual é a localização do incomodo? Sensação de algo caminhando ou cocegas? Prurido intenso? Piora à noite? (no caso dos piolhos) Feridas causadas pela coceira? Se possível realize inspeção manual do paciente com suspeita de piolhos, no caso da sarna ver critérios IACS
Duração	Tempo dos sintomas? Já teve piolhos ou escabiose antes? Teve contato recente com paciente infectado? Há algum horário ou período específico para seu surgimento?
Iniciou algum tratamento	Já foi feito uso de algum tipo de manejo? Qual ou quais foram os métodos usados? Por quanto tempo está em uso? Tem sido efetivo? Em episódios anteriores, caso tenha havido, como foi feito o tratamento?
Comorbidades	O paciente apresenta outras condições de saúde? Faz uso regular de algum medicamento? Há história atual ou prévia de imunossupressão, distúrbios neurológicos ou institucionalização
Outras Situações Especiais	Há sinal de infecção secundária?

* Perguntas sugestivas. Não possui finalidade diagnóstica e sim para melhor compreensão do caso e identificação de potenciais sinais de alerta para encaminhamento.

Os pacientes devem ser orientados e desestimulados a utilizar métodos alternativos e traumáticos (mais comuns na pediculose) como raspar a cabeça (efetivo, mas angustiante). Não se recomenda o uso de substâncias inflamáveis e perigosas, como gasolina e querosene, nem de produtos químicos com o

objetivo de facilitar a visualização das lêndeas, como sprays coloridos (“lêndeas neon”). Também devem ser evitados tratamentos alternativos e populares, como vinagre, álcool, acetona, alvejante, entre outros, devido à ausência de comprovação científica e aos riscos associados.^{20,42,45,48}

Quadro 2 - Resumo de evidências das intervenções não-farmacológicas para pediculose e escabiose.^{2,3,5,8,9,13,14,18,19,29,30,32-34}

CONDUTA	EMBASAMENTO TÉCNICO	GRADE	
		Nível de Evidência	Grau de Recomendação
Educação em Saúde	Promoção de ações voltadas para a avaliação do risco e aconselhamento das pessoas que estão mais envolvidas nessas situações sobre formas de evitar a infestação e identificar pessoas infectadas. Sendo assim é possível fazer o manejo adequado de pessoas infectadas e seus entes mais próximos.	Moderada ***	Forte
Medidas ee Descontaminação na Escabiose	As roupas e demais objetos que tiveram contato com a pessoa infectada por escabiose devem ser lavados com água quente, por meio de submersão. Caso isso não seja possível, recomenda-se armazenar os objetos em sacos plásticos fechados por, no mínimo, uma semana.	Baixa **	Forte
Remoção Mecânica na Pediculose	A penteação úmida sozinha para tratar a pediculose não possui contraindicações e muitas vezes é preferida pelos pais que querem evitar um tratamento farmacológico. No entanto, pode ser demorada dependendo do comprimento e espessura do fio, além de ter eficácia limitada. Catar as lêndeas (remoção dos ovos e das cascas dos ovos eclodidas) geralmente não é recomendada como a única técnica de erradicação de uma infestação. Também estão disponíveis pentes eletrônicos, mas sem nenhuma evidência de desempenho.	Baixa **	Forte
Isolamento do Caso	Deve-se afastar o indivíduo da escola ou trabalho até 24 horas após o término do tratamento. Em caso de paciente hospitalizado, recomenda-se o isolamento a fim de evitar surtos em enfermarias, tanto para outros doentes, quanto para profissionais de saúde.	Moderada ***	Forte
Dessecação (Hipertermia)	A entrega de ar quente para matar piolhos por dessecação foi tentada por numerosos investigadores com resultados mistos. A técnica pode ser muito útil para casos em que o uso de medicamentos possa não ser recomendado; contudo, o método tem sido pouco difundido no Brasil, em razão dos custos com aquisição de aparelhos específicos e da necessidade do treinamento de pessoas que irão realizar a técnica.	Baixa **	Fraca
Vaselina (Sufocamento)	Acredita-se que a vaselina obstrua os espiráculos respiratórios do piolho adulto e bloqueie os orifícios do opérculo dos ovos. Cerca de 30 a 40 g de vaselina padrão deverão ser massageados em toda a superfície do cabelo e do couro cabeludo, sendo deixados durante a noite.	Baixa **	Fraca

Intervenções Farmacológicas

O tratamento pode incluir medicamentos escabicidas e pediculicidas, administrados por via oral — como a ivermectina, atualmente o único representante dessa classe — ou em formulações tópicas. Estas podem conter agentes que ocluem estruturas do exoesqueleto (como a dimeticona), substâncias que dissolvem a camada serosa do exoesqueleto do parasita (como o benzoato de benzila e o enxofre) ou inseticidas neurotóxicos (como a permetrina). O modo de uso varia conforme o tipo de ectoparasitose: para a escabiose, são mais utilizadas pomadas e cremes; já no caso da pediculose, utilizam-se preferencialmente xampus, sabonetes e loções aplicadas no couro cabeludo.^{2,3,5,8,9,13,14,18,19,29,30}

A primeira linha de tratamento na escabiose tem como opções a utilização de formulações tópicas de cremes ou loções a base de permetrina 5% e da ivermectina oral em um regime de duas semanas de tratamento, salvo casos mais severos, como a escabiose crostosa, que possui uma maior infestação, o que pode levar a um maior tempo de tratamento ou necessidade de combinação das opções de tratamento propostas de acordo com o critério médico. A ivermectina 1% (10mg/g) tópica agora também está disponível no Brasil e estudos demonstraram que sua eficácia pode ser similar ao uso oral. No entanto, o medicamento não está registrado na Anvisa para essa indicação e seu uso é restrito a maiores de 18 anos.^{45,48,50,51}

A permetrina deve ser a primeira escolha na maioria dos casos e se mostra mais segura e com maior efetividade para pacientes gestantes e para crianças, sendo uma opção à ivermectina, que possui restrição de uso para esses pacientes, em específico, crianças com peso corpóreo menor que 15 Kg, apesar de possuir uma via de administração e comodidade posológica com ótima adesão. Entretanto, um estudo de revisão⁵⁰ mostrou a ivermectina como um tratamento mais lento e menos efetivo em comparação a permetrina 5%.^{40-43,50,52}

Para outras opções, considerando a ineficácia ou disponibilidade dos medicamentos da primeira linha de tratamento, usam-se outros agentes tópicos que atuam no sufocamento de estruturas externas do parasita e na dissolução da camada cerosa de proteção do exoesqueleto, como as formulações de sabo-

netes e cremes à base de enxofre e loções de benzoato de benzila. Opções com formulações aquosas ou alcoólicas de malathion (ou malatião) e lindano (agentes inseticidas neurotóxicos) foram retiradas das indicações para escabiose por serem potencialmente neurotóxicas aos humanos, além de possuírem forte odor e provocar irritação local, o que diminuía a adesão do paciente ao uso.^{2,3,5,8,9,13,14,18,19,29,30}

No tratamento farmacológico da pediculose, assim como na escabiose, há como opções de primeira linha o uso de formulações à base de **permetrina** e de **ivermectina**. O foco principal do tratamento da pediculose é associar uma boa adesão do paciente ao uso de opções efetivas para eliminar focos de uma nova proliferação. Assim, as opções que promovem uma aceitabilidade maior por parte do paciente necessitam de uma administração repetida (entre 7 e 9 dias depois da primeira aplicação, fechando um ciclo de 20 dias ou menos, dependendo da infestação), além de adequar o tempo de tratamento ao ciclo de vida do piolho (em um intervalo de 10 a 20 dias, à depender do tamanho da população de piolhos), de forma que a colonização seja reduzida efetivamente. Estas opções consistem em agentes não-vicidas, ou seja, não eliminam óvulos viáveis na aplicação, mas sim dificultam a permanência e proliferação de parasitas adultos.^{40-43,50,52}

Os principais representantes dos não-vicidas são a permetrina 1% e a ivermectina como primeira linha e a dimeticona e o benzoato de benzila como opções secundárias. No tratamento da infestação de piolhos e lêndeas, a educação em saúde é importante para evitar eventos de resistência aos medicamentos utilizados como primeira linha de tratamento. A resistência dos parasitas aos medicamentos se mostra relevante se não há uma orientação adequada em relação a forma correta de utilização e o regime de tratamento; logo, o papel do farmacêutico é essencial para elucidar as orientações e melhorar a adesão do paciente ao esquema de tratamento.^{40-43,50,52}

Importante frisar que apesar da permetrina ser uma opção de escolha inicial tanto para escabiose quanto para pediculose, a forma farmacêutica e concentração não são as mesmas. Uma série de casos do Reino Unido relatou o fracasso do tratamento quando erroneamente eram prescritas apresentações de loção e xampu de permetrina 1% para escabiose ao invés de permetrina 5% creme.^{40-43,50,52,53}

O uso complementar de emolientes (com ou sem corticosteroides tópicos leves) pode ser útil na irritação cutânea causada por medicamentos tópicos da sarna ou para dermatite de contato. Da mesma forma, os anti-histamínicos podem ser úteis para a coceira que persiste ainda por alguns dias após o tratamento com escabicida.^{40,41,54}

O tratamento dos contatos, no caso das ectoparasitoses, não está consolidado. Uma revisão da Cochrane tentou avaliar intervenções para prevenir a propagação da infestação em contatos próximos de pacientes com sarna, mas nenhum ensaio randomizado de qualidade foi encontrado.⁶ Algumas diretrizes recomendaram, para contatos próximos sem infestação clínica, administrar uma aplicação de qualquer agente tópico como profilaxia; porém, não foram localizadas recomendações específicas do Ministério da Saúde do Brasil. Na suspeita de surto, recomenda-se que os profissionais de saúde comuniquem as autoridades sanitárias locais.^{52,54,55}

Sinais de Alerta e Encaminhamento:

Caso o paciente apresente algum tipo de sensibilidade aos medicamentos com ação neurotóxica sobre os parasitos, o tratamento deve ser reavaliado.

Nesses casos, é recomendada a adoção de estratégias não farmacológicas adicionais, de forma a permitir a redução da dose ou até mesmo a suspensão do medicamento, sem comprometer a efetividade do tratamento. Além disso, pacientes que apresentem sinais de infecção — como secreções amareladas, amarronzadas ou esverdeadas, com ou sem presença de sangue, e com odor fétido ou não — devem ser encaminhados para outro nível de atenção à saúde, que disponha da especialidade adequada. O objetivo é garantir a continuidade do tratamento primário, de forma integrada ao cuidado das infecções secundárias, de forma a promover o alívio dos sintomas e a recuperação do paciente.^{35–37}

Em pacientes imunocomprometidos e idosos, os cuidados devem ser redobrados devido à maior vulnerabilidade do sistema imunológico diante das infestações por ectoparasitos. As lesões provocadas pelo prurido intenso e pelas escavações na pele expõem o organismo a bactérias presentes tanto na derme quanto no ambiente, o que pode favorecer o surgimento de infecções locais. Quando não há uma abordagem adequada no cuidado primário, essas infecções podem evoluir para quadros mais graves ou para condições clínicas severas diretamente relacionadas à ectoparasitose, como a escabiose crostosa.^{35–37,45,54}

Quadro 3 - Resumo das intervenções farmacológicas para Pediculose e Escabiose.^{2,3,5,8,9,13,14,18,19,29,30,32–34}

MEDICAMENTO	USO PADRÃO	ORIENTAÇÕES AO PACIENTE	GRADE	
			Nível de Evidência	Grau de Recomendação
Permetrina MIP/SUS (Loção cremosa 5% (50mg/mL); Xampú 1% (10mg/mL))	ADULTOS E CRIANÇAS: Na pediculose: aplicar permetrina 1% no cabelo e couro cabeludo deixando agir por 10 minutos antes de enxaguar. Na escabiose: aplicar permetrina 5% à noite, do pescoço para baixo até a sola do pé, e lavar após 8-14 horas. Caso necessário, repetir em 1 a 2 semanas.	“Na sarna massagear especialmente entre os dedos, sob as unhas, punhos, axilas, nádegas e parte externa genital” “Na pediculose com cabelos molhados, dar atenção a nuca e atrás das orelhas” “Prurido e irritação podem continuar mesmo com a efetividade do tratamento”	Alta ****	Forte
Ivermectina SUS (Comprimidos 6mg)	ADULTOS E CRIANÇAS (ACIMA DE 5 ANOS OU 15KG): Ingerir em dose única, de acordo com o peso corporal (200mcg/kg), e em um intervalo de 1-2 semanas após a primeira dose (para ambas as ectoparasitoses).	“Evitar uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento” “A repetição do tratamento dependerá de avaliação médica e da efetividade”	Alta ****	Forte
Benzoato de Benzila MIP (Emulsão tópica 25% (250mg/mL))	ADULTOS E CRIANÇAS: Na pediculose: umedecer os cabelos com a loção após o banho e deixar por 5 minutos. Na escabiose: aplicar nas áreas mais comuns de surgimento das lesões, após o banho com água fria. Se necessário, repetir o processo após 24h (realizar diluição para crianças).	“Orientar paciente para troca de vestimentas e roupa de cama” “Orientar quanto à diluição adequada para uso pediátrico e à realização da prova de toque em uma pequena área da pele antes da aplicação. Caso ocorra ardência ou vermelhidão, o produto não deverá ser utilizado”	Alta ****	Fraca

Quadro 4 - Sinais de alerta para encaminhamento de paciente com pediculose e escabiose. ^{35-37, 45,54}

PALAVRA-CHAVE	SINAIS DE ALERTA
Sintomas Sistêmicos	Escabiose e pediculose com sintomas sistêmicos inespecíficos ou exsudato purulento devem ser encaminhados para outro nível de atenção à saúde, uma vez que representa infecção secundária decorrentes das infestações de seus respectivos ectoparasitos.
Pacientes Imunocomprometidos	Na escabiose e na pediculose, a condição clínica do paciente pode evoluir devido a propagação de outros microrganismos patogênicos carreados pelo ectoparasito ou pela presença de lesões, ainda mais prevalente em pacientes idosos e em pacientes imunocomprometidos (pessoas vivendo com HIV/Aids, por exemplo).
Escabiose Crostosa	Em pacientes imunocomprometidos e idosos, pode haver uma infestação mais aguda de ectoparasitos, gerando reações alérgicas mais severas e lesões mais profundas. Essas condições são propícias à uma alta transmissão e infecções secundárias por bactérias presentes na pele.

Monitoramento dos Resultados:

O manejo bem-sucedido da escabiose e da pediculose ocorre quando a cura da infestação é alcançada. Além disso, é fundamental realizar o acompanhamento epidemiológico da comunidade em que os indivíduos afetados estão inseridos, a fim de prevenir a disseminação dos ectoparasitos para outras pessoas. Para aqueles que convivem com pacientes com escabiose e/ou pediculose, recomenda-se a adoção de tratamento profilático, além do reforço das medidas de higiene, evitando-se, sobretudo, o compartilhamento de objetos pessoais potencialmente contaminados.^{35-37,45,54}

O paciente deve ser orientado que, mesmo com a manutenção do prurido ou de alguns sintomas por um tempo, o tratamento pode ter sido efetivo, pois o processo inflamatório e irritativo pode se manter por um tempo maior.^{35-37,45,54}

Para maioria dos pacientes o tratamento se dá com dose única, mas, em parte deles, a repetição pode ser indicada em uma ou duas semanas, considerando tanto a formulação oral quanto a tópica. Logo é importante verificar, durante e após esse período, a adesão do paciente ao tratamento e, também, se o tratamento proposto está sendo responsivo de acordo com o grau de infestação e diminuição das lesões geradas pela infestação, visto que pode haver resistência dos ectoparasitas às intervenções farmacológicas.^{3,5,6,8,9,13,14,19,29-33,35,37}

Contribuições dos autores

NSCG, STS, APOB, FAPF, FBAS, GPC, RFL, TMR e RSS: Concepção do projeto, análise dos dados e reda-

ção do manuscrito; RFL, TMR e RSS foram responsáveis pela revisão e aprovação do manuscrito.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse em relação a este trabalho.

Financiamento

O estudo não teve financiamento.

Declaração de disponibilidade de dados

Os conteúdos estão disponíveis no momento de publicação do artigo, nas referências.

Editores responsáveis

Rand Randall Martins, Ivonete Batista de Araújo e Diogo Pilger

Referências

1. Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS. Red Book: 2018–2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. 1o de janeiro de 2018;
2. Smith DS, Kumar K. Scabies Organism-Specific Therapy: Therapeutic Regimens. Medscape. 2020;
3. Guenther LCC, Maguiness S. Pediculosis and Pthiriasis (Lice Infestation). Medscape. 2019;
4. Smith DS, Kumar K. Lice Organism-Specific Therapy. Medscape. 2021;
5. Salhi A. Pediculose capilar. BMJ Best Practice. 2022;
6. Harris R. Escabiose. BMJ Best Practice. 2022;
7. Dynamed. Head Lice. EBSCO Information Services.
8. Dynamed. Scabies. EBSCO Information Services.

9. Dynamed. Public Lice and Body Lice. EBSCO Information Services.
10. Markova A, Kam SA, Miller DD, Lichtman MK. In the clinic. Common cutaneous parasites. *Ann Intern Med.* setembro de 2014;161(5).
11. Arora P, Rudnicka L, Sar-Pomian M, Wollina U, Jafferany M, Lotti T, et al. Scabies: A comprehensive review and current perspectives. *Dermatol Ther.* julho de 2020;33(4):e13746.
12. Chosidow O, Giraudeau B, Cottrell J, Izri A, Hofmann R, Mann SG, et al. Oral ivermectin versus malathion lotion for difficult-to-treat head lice. *N Engl J Med.* março de 2010;362(10):896–905.
13. Goldstein BG, Goldstein AO. Scabies: Management. *UpToDate.* 2022;
14. Goldstein BG, Goldstein AO. Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. *UpToDate.* 2022;
15. Li J, Liu Z, Xia X. The disability-adjusted life years (DALYs), prevalence and incidence of scabies, 1990–2021: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *PLoS Negl Trop Dis.* 2024;18(3):e0012775. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0012775>
16. Romani L, Steer AC, Whitfeld MJ, Kaldor JM. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* agosto de 2015;15(8):960–7.
17. Arora P, Rudnicka L, Sar-Pomian M, Wollina U, Jafferany M, Lotti T, et al. Scabies: A comprehensive review and current perspectives. *Dermatol Ther.* 6 de julho de 2020;33(4).
18. Hatam-Nahavandi K, Ahmadpour E, Pashazadeh F, Dezhkam A, Zarean M, Rafiei-Sefiddashti R, et al. Pediculosis capitis among school-age students worldwide as an emerging public health concern: a systematic review and meta-analysis of past five decades. *Parasitol Res.* outubro de 2020;119(10):3125–43.
19. Goldstein AO, Goldstein BG. Pediculosis capitis. *UpToDate.* 2022;
20. Hatam-Nahavandi K, Ahmadpour E, Pashazadeh F, Dezhkam A, Zarean M, Rafiei-Sefiddashti R, et al. Pediculosis capitis among school-age students worldwide as an emerging public health concern: a systematic review and meta-analysis of past five decades. *Parasitol Res.* 15 de outubro de 2020;119(10):3125–43.
21. Castro PASV de, Paranhos LS, Pessoa GCD, Barbosa DS, Carneiro M, Bezerra JMT. Epidemiological aspects of pediculosis by *Pediculus humanus capitis* (Phthiraptera: Pediculidae) in Minas Gerais: a systematic review. *Cad Saude Colet [Internet].* 2023;31(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2023000102000&tlng=en
22. Harrison MB, Legare F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *Can Med Assoc J [Internet].* 2010 Feb 9;182(2):E78–84. Available from: <http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.081232>
23. ADAPTE Collaboration. Guideline Adaptation : A Resource Toolkit. Version 2.0. 2009;1–95.
24. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II instrument. 2009.
25. Brouwers MC, Spithoff K, Lavis J, Kho ME, Makarski J, Florez ID. What to do with all the AGREEs? The AGREE portfolio of tools to support the guideline enterprise. *J Clin Epidemiol.* 2020;125:191–7.
26. Vaz JM, Alves BM, Duarte DB, Marques LA, Santana RS. Quality appraisal of existing guidelines for the management of headache disorders by the AGREE II's method. *Cephalalgia.* 2021 Aug 18;033310242110372.
27. Malmivaara A. Methodological considerations of the GRADE method. *Ann Med.* 2015 Jan 2;47(1):1–5.
28. Goldet G, Howick J. Understanding GRADE: an introduction. *J Evid Based Med.* 2013 Feb 28;6(1):50–4.
29. Goldstein AO, Goldstein BG. Pediculosis pubis and pediculosis ciliaris. *UpToDate.* 2021;
30. Goldstein AO, Goldstein BG. Pediculosis corporis. *UpToDate.* 2022;
31. Strong M, Johnstone PW. Interventions for treating scabies. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007;(3).
32. Salavastru CM, Chosidow O, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of pediculosis pubis. *Journal of the European*

- Academy of Dermatology and Venereology. 2017;31(9):1425–8.
33. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. agosto de 2017;31(8):1248–53.
 34. Frankowski BL, Bocchini JA, Murray RD, Grant LM, Magalnick H, Roland MM, et al. Clinical report - Head lice. *Pediatrics*. 2010;126(2):392–403.
 35. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. 2014.
 36. Ambulatorial DC de P. Ectoparasitoses. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2022;
 37. Fernandes TF. Pediculose: novas abordagens para uma antiga doença. Sociedade de Pediatria de São Paulo.
 38. Thompson MJ, Engelman D, Gholam K, Fuller LC, Steer AC. Systematic review of the diagnosis of scabies in therapeutic trials. *Clin Exp Dermatol*. julho de 2017;42(5):481–7.
 39. Vasanwala F, Ong C, Aw C, How C. Management of scabies. *Singapore Med J [Internet]*. junho de 2019;60(6):281–5. Disponível em: <http://www.smj.org.sg/article/management-scabies>
 40. Brown C. Scabies. *Dynamed*. 2023;
 41. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *The Lancet*. maio de 2006;367(9524):1767–74.
 42. Gunning K, Kiraly B, Pippitt K. Lice and Scabies: Treatment Update. *Am Fam Physician [Internet]*. 15 de maio de 2019;99(10):635–42. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31083883>
 43. Centers of Disease Control and Prevention. Scabies Frequently Asked Questions (FAQs). Disponível em: https://www.cdc.gov/parasites/scabies/gen_info/faqs.html. 2020.
 44. Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *British Journal of Dermatology*. 29 de novembro de 2020;183(5):808–20.
 45. Ridzon R. Head Lice. *Dynamed*. 2023;
 46. Nolt D, Moore S, Yan AC, Melnick L. Head Lice. *Pediatrics*. 1º de outubro de 2022;150(4).
 47. Leung AKC, Lam JM, Leong KF. Scabies: A Neglected Global Disease. *Curr Pediatr Rev*. 2020;16(1):33–42.
 48. Nolt D, Moore S, Yan AC, Melnick L. Head Lice. *Pediatrics [Internet]*. 1º de outubro de 2022;150(4). Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/150/4/e2022059282/189566/Head-Lice>
 49. Goates BM, Atkin JS, Wilding KG, Birch KG, Cottam MR, Bush SE, et al. An Effective Nonchemical Treatment for Head Lice: A Lot of Hot Air. *Pediatrics [Internet]*. 1º de novembro de 2006;118(5):1962–70. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/118/5/1962/69934/An-Effective-Nonchemical-Treatment-for-Head-Lice-A>
 50. Ahmad HM, Abdel-Aziz ES, Abdel-Aziz RT. Clinical efficacy and safety of topical versus oral ivermectin in treatment of uncomplicated scabies. *Dermatol Ther*. janeiro de 2016;29(1):58–63.
 51. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recommendations and Reports*. 23 de julho de 2021;70(4):1–187.
 52. Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 18 de julho de 2007;
 53. Cox NH. Permethrin treatment in scabies infestation: importance of the correct formulation. *BMJ*. 1º de janeiro de 2000;320(7226):37–8.
 54. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology [Internet]*. 22 de agosto de 2017;31(8):1248–53. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.14351>
 55. FitzGerald D, Grainger RJ, Reid A. Interventions for preventing the spread of infestation in close contacts of people with scabies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 24 de fevereiro de 2014;

Este é um artigo publicado em acesso aberto sob a licença Creative Commons do tipo BY

