



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Jully Hungria Akerman

# Prevenção e controle da escabiose materno-infantil: um projeto de intervenção

Florianópolis, Janeiro de 2023



Jully Hungria Akerman

Prevenção e controle da escabiose materno-infantil: um projeto de  
intervenção

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Deise Warmling  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023



Jully Hungria Akerman

## Prevenção e controle da escabiose materno-infantil: um projeto de intervenção

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Marta Inez Machado  
Verdi**  
Coordenadora do Curso

---

**Deise Warmling**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023



# Resumo

Considerando a relevância para comunidade, em âmbito individual e coletivo, foi eleito como problema de intervenção para este projeto, o aumento dos números de recém-nascidos e mães contaminadas por escabiose. O presente projeto de intervenção tem como objetivo desenvolver um conjunto de ações para prevenção e eliminação dos casos de escabiose materno-infantil na Clínica da Família Miguel de Carvalho, situada no bairro de Anchieta, Rio de Janeiro – RJ. Para alcançarmos os objetivos propostos, serão realizadas atividades individuais e coletivas, executados por toda equipe de saúde da família, ao longo dos três trimestres de gestação. Tais ações relacionam-se com os cuidados e higiene necessários com os bebês, bem como suas roupinhas e utensílios, para prevenção da escabiose. O resultado esperado é a erradicação da escabiose na nossa área de abrangência entre mães e bebês.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Escabiose, Higiene





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
2.1	Objetivo geral . . . . .	11
2.2	Objetivos específicos . . . . .	11
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
3.1	A Saúde Pública no Brasil . . . . .	13
3.2	Fisiopatologia . . . . .	14
3.3	Transmissão . . . . .	15
3.4	Sintomas . . . . .	16
3.5	Diagnóstico . . . . .	17
3.6	Tratamento . . . . .	17
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>25</b>



# 1 Introdução

Este projeto de intervenção parte da experiência enquanto médica do Programa Mais Médicos para o Brasil, junto à Atenção Básica do município do Rio de Janeiro - RJ. A unidade básica de saúde sobre a qual se refere este projeto de intervenção é a Clínica da Família Miguel de Carvalho que está situada no bairro de Anchieta, um bairro residencial de uma população de maioria de baixa renda e que convive com a favela do Chapadão. Temos como população de abrangência 3.252 pessoas.

A área de abrangência da unidade é muito ampla e diversificada, atendemos desde pessoas desempregadas e sem escolaridade à pessoas com melhores condições financeiras e convênio de saúde (para retirar suas medicações na farmácia ou solicitar algum exame que não possuam condições de paga-los, tomar vacinas). Temos 5 equipes de clínica da família, compostas de: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes de saúde. Temos ajuda do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), sempre que solicitado. No momento, estamos sem médicos em duas equipes, sobrecarregando as outras três, que atende a demanda programada e espontânea. Nosso principal objetivo é o acolhimento na porta de entrada, cadastrando e orientando sobre o funcionamento da unidade.

Dentre as principais queixas que levam à procura pelos serviços de saúde, destacam-se as doenças crônicas não transmissíveis. A hipertensão acomete 103 pessoas cadastradas na unidade de saúde. Estas frequentemente buscam atendimento para níveis pressóricos descompensados, bem como complicações e agravos do descontrole da doença. Desta forma, o problema eleito para intervenção na comunidade é a elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica na comunidade de estudo.

A procura pelo o atendimento na unidade de qualquer profissional aumentou muito nos últimos meses, na verdade notamos que nossa população está "doente". Doença a qual se manifesta pela falta de emprego, falta de expectativas de melhora, violências, doenças, entre outros agravos sociais e econômicos. As queixas mais comuns são hipertensão descontroladas, diabetes, febre, tosse, resfriado, renovação de receitas de medicações controladas, escabiose (sarna).

Considerando a relevância para comunidade, em âmbito individual e coletivo, foi eleito como problema de intervenção para este projeto, o aumento dos números de recém-nascidos e mães contaminadas por escabiose.

Esta intervenção é relevante para a população, bem como é de governabilidade e responsabilidade da equipe de saúde, sendo possível de ser realizada no âmbito da Atenção Básica, inserindo-a no processo de trabalhos cotidiano das equipes de saúde, sem custos adicionais.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Desenvolver um conjunto de ações para prevenção e eliminação dos casos de escabiose materno-infantil na Clínica da Família Miguel de Carvalho, situada no bairro de Anchieta, Rio de Janeiro – RJ.

### 2.2 Objetivos específicos

- Intensificar as orientações sobre cuidados e prevenção da escabiose nas consultas de pré-natal, fornecer material informativo.
- Realizar atividades coletivas para gestantes, sobre quais cuidados devem ser adotados no manejo dos recém nascidos, para prevenção da escabiose.
- Realizar visitas domiciliares para observação do contexto e condições de vida das mães e seus bebês, adequando as orientações sobre cuidados para prevenção da escabiose.



## 3 Revisão da Literatura

### 3.1 A Saúde Pública no Brasil

A saúde é componente da vida, estando umbilicalmente ligada à dignidade da pessoa humana. Dessa forma, pode-se dizer que o direito à vida e à saúde são consequências da dignidade humana”. O direito à saúde é considerado um direito humano fundamental, bem como um Direito Social, garantindo pelo art. 6º da Constituição, Além do mais, configura um Direito Público subjetivo, isto é, o indivíduo tem o direito de exigir seu cumprimento pelo Estado que, em contrapartida, tem o dever de garantir o acesso gratuito de todas as pessoas aos serviços públicos de saúde, sejam ricos ou pobres (IBRAHIM, 2014). A saúde pública é gratuita devendo ser prestada independentemente de ser o paciente contribuinte ou não da seguridade.

Além disso, o atendimento deve ser universal, não havendo possibilidade de exclusão de paciente por critério de renda. A execução das ações de saúde pode ser realizada diretamente pelo Estado ou através de terceiros, por pessoa física ou jurídica de direito privado (TAVARES, 2010). A Organização Mundial da Saúde-OMS define saúde como o mais perfeito estado de bem-estar físico, mental e social que um indivíduo pode atingir e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades (OPAS, 2010).

O conceito de saúde apresenta claramente um resultado das condições de vida e do ambiente. Ao mesmo tempo em que prejudica a qualidade de vida e o estado de saúde do ser humano, os padrões de desenvolvimento adotados vêm favorecendo a destruição ambiental por meio da exploração de recursos naturais e poluição, os, quais, por sua vez, têm gerado grandes impactos nas condições de saúde e qualidade de vida da população (SIQUEIRA; MORAES, 2009).

A saúde é segmento autônomo da seguridade social, como organização distinta. Tem o escopo mais amplo de todos os ramos protetivos, já que não possui restrição à sua clientela protegida qualquer pessoa tem o direito ao atendimento providenciado pelo Estado e, ainda, não necessita de comprovação de contribuição do beneficiário direto. Por isso, a saúde é garantida mediante políticas sociais e econômicas, visando à redução do risco de doença e de outros agravos, como acesso universal e igualitário às ações e aos serviços necessários para sua promoção proteção e recuperação (IBRAHIM, 2014).

A lei n.8.080/90 6 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, bem como deu um importante passo para dar maior eficiência às ações de saúde, com a criação do SUS, que é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta

e das fundações mantidas pelo Poder Público.(VIANNA,2007 p,29).

É visível que a saúde pública no Brasil passa por grandes dificuldades, marcado por diversos fatores entre eles, falta de verbas, má administração pública além de sofrer com os desvios de recursos que acabam não chegando para suprir tantos problemas financeiros. O modo pelo qual a sociedade percebe os seus problemas de saúde, busca explica-los e organiza-se para superá-los, depende de estruturas econômicas, políticas e ideológicas (PAIM, 2009). Logo, a valorização do direito à saúde se deve ao fato desse ser essencialmente um direito fundamental do homem, considerando-se que a saúde é “um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade. Assim, a saúde se conecta ao direito à vida” (SCHWARTZ, 2001, p. 52). Conseqüentemente o indivíduo fica dependente de serviços de saúde de qualidade e eficazes para melhorar a qualidade de vida nos tratamentos médicos e na promoção da saúde para prevenção de doenças.

Comparada à Previdência e a assistência social, a saúde e o único segmento da Seguridade Social em que o acesso, a cobertura e o atendimento são verdadeiramente universais e igualitários “tem o escopo mais amplo de todos os ramos protetivos, já que não possui restrição à sua clientela protegida qualquer pessoa tem direito ao atendimento providenciado pelo Estado e ainda, não necessita de comprovação de contribuição do beneficiário direto”(IBRAHIM, 2014, p. 8).

A promoção da saúde é essência para a busca da melhoria da qualidade de vida, uma vida saudável em todos os aspectos, e o entendimento amplo dos determinantes sociais que levam uma comunidade a viver, adoecer e morrer de uma determinada maneira ou de outra trazem à tona a responsabilidade que os governos têm na adoção de um conjunto de políticas públicas favoráveis à vida.

Os principais objetivos para elaboração de novas políticas públicas, priorizam a promoção a saúde como formas de prevenção para combater as doenças, possibilitam a diminuição das demandas para tratamento médico, as superlotações em hospitais públicos e a mortalidade infantil todos podendo ser combatidos com prevenção.

## 3.2 Fisiopatologia

A sarna, comumente conhecida como sarna, é uma infecção causada pela variedade *Sarcoptes scabiei hominis*, ectoparasito de 8 patas pertencente ao Phylum Arthropoda, classe Arachnida, subclasse Acarina, ordem Astigmata, Família Sarcoptidae (ALRAWASHDEH; ALAZAB, 2013).

A incidência mundial da condição foi calculada em 300 milhões de casos anualmente. A infecção não discrimina gêneros, grupos étnicos ou estratos sociais, embora seja geralmente observado mais no inverno (talvez devido superlotação) em áreas urbanas de status socioeconômico baixa e em centros de concentração como creches, orfanatos, asilos e re-



giões de clima tropical. Um estudo realizado em Bangladesh revelou que a incidência desta infecção em crianças menores de 5 anos foi de 952 / 1.000 crianças / ano, sugerindo que 100% da população sofrerá uma infestação em algum momento de sua vida ([AMOAKO; CAMPBELL; MALONE, 2003](#)) .

A dermatose é muito contagiosa, particularmente por contatos prolongados e frequentes, e pode desencadear epidemias em orfanatos e asilos. Geralmente é complicado por comichão que provoca severo e predominantemente noturno e as infecções adicionadas, que incluem impetigo, abscessos, linfadenopatia regional e complicações sérias como glomerulonefrite pós-estreptocócica.

A fêmea grávida atravessa a epiderme originando um sulco coberto, designado como galeria, para depositar os seus ovos, morrendo em seguida. As galerias são trajetos serpentinosos com 0.3 a 0.5 mm por 10 mm de comprimento. Os ovos em número de 10 -15, dão origem em 3 -4 dias a larvas, que se dirigem para a superfície cutânea escavando pequenas bolsas superficiais. Amadurecem em cerca de uma a duas semanas e ao adquirirem a forma adulta copulam nas novas bolsas formadas a nova fêmea após a fertilização escava a sua galeria e o macho morre. Cerca de cinco a 15 parasitas fêmeas vivem num hospedeiro com escabiose clássica mas o número pode atingir centenas a milhões no caso de escabiose crostosa, sendo esta altamente contagiosa ([FELICIANO et al., 1998](#)).

A erupção cutânea na escabiose clássica é consequência da infestação e das reações de hipersensibilidade ao parasita.

A atividade do parasita na pele produz um efeito traumático e fenómenos irritativos que originam prurido. Em consequência origina -se uma dermatite irritativa de carácter traumático, a qual se agrava com frequência em consequência do tratamento antiparasitário. O início dos sintomas clínicos coincide com o desenvolvimento de uma resposta imune à presença do parasita e dos seus produtos na epiderme. Numa primeira infestação os sintomas ocorrem cerca de três a seis semanas mas no caso de re -infestação a recrudescência dos sintomas ocorre em cerca de 1 -3 dias 1 -4,9 -11 o que pode impedir que a infeção se instale ([FAUST; BEAVER; JUNG, 1987](#))

A amplitude da resposta imune parece diminuir com o tempo mas normalmente não elimina a doença e não confere imunidade contra reinfestação. Quando não tratada a resolução da sintomatologia ocorre em 11 a 17 semanas.

### 3.3 Transmissão

A transmissão faz -se pelo contacto cutâneo direto prolongado com indivíduos parasitados, nomeadamente através do contacto sexual, ou indiretamente através das roupas do leito, toalhas ou outros fomites, principalmente na escabiose crostosa ([VILARINO et al., 1998](#)).

Quanto maior o número de parasitas no hospedeiro maior é a probabilidade de transmissão. As crianças desempenham um papel importante na disseminação intra-familiar por apresentarem contacto físico próximo em casa ou nos infantários. Os indivíduos assintomáticos mas infetados são tão contagiosos como um com o quadro clínico completamente estabelecido.

Em climas temperados a escabiose é mais comum no Inverno, provavelmente devido a um maior aglomerado populacional que ocorre nestes meses e a uma maior sobrevivência dos parasitas nas superfícies com temperaturas mais baixas.

Os animais também podem estar infetados com *Sarcoptes scabiei*, mas a subespécie é diferente dos humanos. Embora possa ocorrer transmissão entre espécies, a escabiose transmitida pelos cães ou gatos é pouco provável de provocar uma infestação no homem (FERREIRA; SOUSA, 2002).

### 3.4 Sintomas

O prurido é o sintoma mais comum apresentando um agravamento noturno devido ao aumento da temperatura facilitar a movimentação do parasita na superfície cutânea. A intensidade do prurido não se correlaciona com a exuberância das lesões cutâneas. Em lactentes menores que dois ou três meses o prurido pode estar ausente (GUNNING, 2012).

Embora as crianças possam permanecer saudáveis e com um desenvolvimento normal, uma infestação crônica pode resultar em anorexia, irritabilidade e má evolução ponderal. Clinicamente podem observar-se pápulas, nódulos, vesículas e galerias que resultam da ação perfurante do ácaro e da reação cutânea resultante da ação do parasita. Nas crianças as lesões mais frequentes são as pápulas, as vesículas, as pústulas e os nódulos. No entanto, na maioria dos doentes podem ocorrer escoriações, eczematização ou infeção secundária que obscurece as lesões primárias (GUNNING, 2012).

Esta dermatose tem uma apresentação característica: no adulto distribui-se abaixo do pescoço com predomínio no bordo anterior das axilas, região umbilical, cintura, região glútea, face interna das coxas, face anterior dos punhos, eminência tenar, espaço interdigital dos dedos das mãos e cotovelos; nas mulheres nas aréolas mamárias, no homem na região genital.

Em crianças o envolvimento é generalizado com atingimento do couro cabeludo a da face, tronco, prega pós-auricular e extremidades, incluindo palmas e plantas. As plantas são uma localização muito frequente e mantém-se até cerca do segundo ano de idade. As galerias são mais facilmente identificáveis nas mãos e pés, nomeadamente nas regiões interdigitais, eminência tenar e hipotenar e punhos (PETRI; CESTARI, 2003).

Existe uma grande variabilidade inter-individual na exuberância das lesões relacionadas com o tipo de pele, a sensibilidade ao parasita e os cuidados de higiene corporal. Os nódulos vermelho-acastanhados da escabiose podem ser observados predominantemente

na região axilar e inguinal bem como nos punhos e região genital e nádegas. Como consequência do prurido pode ocorrer impetiginização secundária com infecção por *Staphylococcus aureus* e/ ou *Streptococcus pyogenes*. Em regiões tropicais a glomerulonefrite pós-estreptocócica é uma importante complicação da escabiose (PETRI; CESTARI, 2003).

### 3.5 Diagnóstico

O diagnóstico de escabiose deve ser considerado em qualquer sujeito com prurido de aparecimento recente com predomínio noturno, associado a uma dermatose generalizada que envolva as plantas e as palmas, particularmente se outros membros da família apresentarem lesões semelhantes (GUNNING, 2012).

A presença de erosões lineares ou galerias é patognomônica. No entanto, a sua visualização é atualmente rara. O diagnóstico definitivo baseia-se na identificação microscópica do parasita ou de fragmentos deste, das fezes ou dos ovos após raspado tangencial de uma galeria. Uma vez que o número de parasitas é baixo na escabiose clássica esta técnica depende do operador e a não identificação do parasita não exclui o diagnóstico.

### 3.6 Tratamento

Como forma de controle da escabiose, especialmente na infestação, assim como na promoção da saúde e bem-estar das comunidades afetadas por esta parasitose, existe uma entidade recentemente criada com este intuito designada por International Alliance for the Control of Scabies (IACS). O grupo de profissionais (vindos de toda a parte do globo) que faz parte desta entidade engloba: médicos em zonas de maior prevalência de sarna humana, médicos de saúde pública, investigadores que acompanham a biologia do ácaro, entre outros, e tem tendência a crescer ao recrutar novos colaboradores para esta aliança (Engelman et al., 2013).

Como medidas preventivas de contrair a sarna humana, deve-se evitar o contacto direto (pele com pele) com uma pessoa infestada, assim como com roupas contaminadas, incluindo as da cama e outras. Os ácaros, por norma, não conseguem sobreviver mais do que dois a três dias longe do hospedeiro. Doentes com sarna norueguesa e pessoas que contactam com estes, inclusive os membros do agregado familiar, devem ser tratados rapidamente para impedir eventuais surtos. Os quartos usados pelos mesmos doentes devem, igualmente, ser devidamente limpos e aspirados (CDC, 2010).

O tratamento da escabiose implica um importante investimento económico individualizado e coletivo (famílias, comunidades e sistemas de saúde). Nas zonas endêmicas, existem famílias que dependem de uma parte considerável dos seus rendimentos para os tratamentos, limitando o acesso a outros recursos fundamentais como os alimentos e bens essenciais. No que diz respeito ao peso económico direto, este está relacionado com

os tratamentos, o desemprego, as constantes consultas de saúde, e a monitorização de casos hospitalizados, envolvendo os surtos institucionais. Em relação aos custos indiretos, é necessária mais informação para os quantificar, inclusive as complicações na vida a longo prazo (Engelman et al., 2013; McLean, 2013).

A eficácia, tolerabilidade, disponibilidade e custo orientam o tratamento escabídica, uma vez que existem poucos estudos comparativos entre os diferentes tratamentos.

O sucesso do tratamento depende:

1. Diagnóstico correto
2. Instruções escritas pormenorizadas ao doente

3. Tratamento simultâneo de todos os contactos próximos mesmo que não manifestem prurido ou erupção cutânea. Estes podem ser assintomáticos porque estão no período de incubação que pode durar quatro semanas, sendo igualmente contagiosos. O risco de voltar a tratar o doente é maior que qualquer risco associado ao tratamento inicial de pessoas assintomáticas.

4. Desinfecção dos fomites. Fora do hospedeiro o parasita pode sobreviver e é capaz de infestação de 24 a 36h à temperatura de 21° com uma humidade relativa de 40% a 80%; temperaturas mais baixas e humidade mais elevada aumentam o seu tempo de sobrevivência. A infecciosidade do parasita diminui com o tempo que permanece fora do hospedeiro.

5. Não repetir o tratamento escabídica apenas porque o doente mantém prurido. Torna-se importante diferenciar a falência do tratamento com uma reação imunológica aos restos do parasita ou reinfestação. O prurido sintomático pode persistir duas a quatro semanas após eliminação com sucesso de todos os parasitas. É importante diferenciar a persistência da escabiose das outras situações que condicionam prurido. Para controle do prurido deve ser usado anti-histamínicos não sedativos durante o dia e sedativos à noite. Para tratamento do eczema o uso intensivo de emolientes previne a necessidade de corticoides tópicos.

6. Tratamento das complicações: Os nódulos escabióticos podem persistir após erradicação do parasita. Podem ser tratados com um corticoide tópico ou intralesional ou o crotamiton creme aplicado durante 24h em dois dias consecutivos. A infeção secundária deve ser tratada.

Deve-se aplicar uma camada de escabídica em toda a superfície corporal, desde o pescoço incluindo as palmas e plantas, com especial atenção aos espaços interdigitais, punhos, unhas das mãos e pés, cotovelos, axilas, mamas, glúteos, zona peri-umbilical e genital. Em crianças menores que dois anos, em idosos e em imunodeprimidos deve incluir-se o couro cabeludo, face, pescoço e orelhas. Se o doente aplica a loção nele próprio deve-se indicar que não deve lavar as mãos depois da aplicação, se for aplicado por outro este deve usar luvas. De realçar que o tratamento escabídica deve ser realizado sob pele íntegra. A existência de impetiginização ou eczema com quebra da barreira cutânea implica tratamento prévio destas situações.

Karthikeyan (2011) define o anti-escabiótico ideal como o que demonstre eficácia contra a forma adulta e os ovos, facilmente aplicável, não sensibilizante, não irritante, não tóxico e económico. Poucos estudos controlados foram realizados para comparar a eficácia dos vários agentes tópicos disponíveis.

Até recentemente, o lindano tópico a 1% ou hexacloridrato de gamabenzeno (sarcoderme®) era o principal tratamento. Embora o risco de toxicidade com o lindano fosse baixo quando usado de forma apropriada (uma aplicação única de lindano durante seis horas na pele seca e fria era eficaz no tratamento da escabiose, foram relatadas reações graves ao nível do Sistema Nervoso Central, especialmente após aplicações repetidas ou após uma grande absorção transcutânea em crianças com alteração da barreira cutânea. O seu uso foi mais limitado pela emergência de resistências, comuns em muitas partes do mundo. Este fármaco já não se encontra comercializado na Europa, tendo a sua licença sido removida em 2008. O CDC (Centers for Disease Control and Prevention) considera o lindano um fármaco de segunda linha e não recomenda o seu uso em crianças, grávidas ou mulheres a amamentar (VILARINO et al., 1998).

O benzoato de benzila não se encontra disponível nos Estados Unidos. Na Europa encontra-se aprovado para o tratamento da escabiose mas pode provocar sensação de ardência e queimadura quando aplicado em lesões escoriadas. Após tratamento pode ocorrer uma xerose cutânea pruriginosa ou lesões eczematosas. Brooks e colaboradores (2012) num estudo comparativo realçaram que um terço dos doentes tratados com benzoato de benzila referiu sensação de ardência ou queimadura, que pode reduzir a compliance.

Após banho e secagem, aplicar em camada fina, uniforme e com massagem ligeira em toda a pele abaixo do queixo e, em particular, nas pregas; deixar secar e aplicar segunda camada. Aplicar novamente nos dois dias consecutivos, com banho entre as aplicações, e, se necessário, repetir passados sete a 10 dias.

A permetrina a 5% introduzida em 1989 tem uma taxa de cura superior ao lindano e pode ser usada com segurança em crianças a partir dos dois meses. Não está recomendada durante a gravidez e lactação. Embora mais onerosa que o lindano, a permetrina a 5% é considerada pelo CDC como o fármaco tópico de primeira linha no controlo da escabiose. A revisão da Cochrane de 2007 aponta a permetrina tópica como o fármaco mais eficaz na redução do prurido e aparentemente mais eficaz para o tratamento da escabiose. Necessário apenas uma aplicação pois atua na eliminação do parasita e dos ovos. Alguns autores recomendam repetir a aplicação passado uma semana. Em Portugal apenas existe a permetrina a 1% (Nix®), que embora indicada no prontuário para esta finalidade não existem estudos com esta concentração para o tratamento da escabiose.

O Crotamiton encontra-se aprovado pelo FDA para tratamento da escabiose apenas no adulto. Aplicado por 24h durante dois dias consecutivos pode ser útil para o tratamento dos nódulos escabióticos em crianças. Frequentes falhas no tratamento foram reportadas com este fármaco. Não está descrita uma idade mínima segura para tratamento com este

fármaco.

O enxofre é o mais antigo escabicida usado há séculos com esta inabilidade, visto ser um fármaco pouco dispendioso e com baixa toxicidade. É utilizado como um precipitado de enxofre a 6-10% em vaselina, aplicado durante três noites consecutivas, e realizando lavagem entre cada aplicação (o banho é realizado imediatamente antes da próxima aplicação), repetindo o tratamento após uma semana. O precipitado de enxofre é o tratamento de escolha para mulheres grávidas, a amamentar e crianças menores que dois meses. A principal desvantagem resulta da cosmetividade e cheiro desagradáveis.

Dois estudos prospectivos usaram o enxofre e verificaram tratar-se de um fármaco eficaz e com poucos efeitos adversos, nomeadamente na população pediátrica. Strong na revisão da Cochrane de 2007 refere dois estudos em que não houve diferenças significativas nas falências do tratamento quando comparado o lindano e o enxofre e o benzoato de benzil e o enxofre. O fato existirem poucos estudos comparativos usando este fármaco fazem com que a evidência quanto ao seu uso seja limitada.

Após 24h dos tratamentos com permetrina, lindano ou enxofre o risco de contágio é mínimo. Em todos os casos recomenda-se realizar uma segunda aplicação passada uma semana e controlo clínico às duas e quatro semanas.

O tratamento com Ivermectina oral é rápido, eficaz, simples, seguro e bem tolerado o que resulta numa melhor adesão, mas não está licenciado na maioria dos países. Alguns autores referem que deve ser usado nos casos de escabiose resistente em que os doentes não respondem aos escabicidas tópicos (escabiose norueguesa ou doentes imunodeprimidos), no idoso, em doentes com eczema generalizado ou dermatite atópica. Este fármaco é particularmente útil nas epidemias em instituições. Existe ainda controversa quanto a dose, número de cursos e intervalos entre os cursos. Alguns trabalhos realçam que duas tomas de ivermectina são tão eficazes como uma aplicação única de permetrina. Usha e colaboradores sugerem que a ivermectina pode não ser eficaz contra todos os estádios do ciclo de vida do parasita. Sharma num trabalho prospectivo encontrou uma eficácia e tolerabilidade semelhante entre a permetrina tópica e a ivermectina oral, quer numa quer em duas tomas. O CDC e as recomendações europeias recomendam o uso de ivermectina dose de 200g/kg com uma segunda dose duas semanas depois. A Ivermectina não deve ser usada em crianças com menos de dois anos de idade. Não existem estudos controlados sobre o uso de ivermectina tópica (HEUKELBACH, 2003)

Para evitar a reinfestação é importante no dia a seguir ao primeiro tratamento: lavar toda a roupa, toalhas e lençóis a pelo menos 60°C ou secar na máquina ou lavar a seco. Os artigos não laváveis devem ser fechados num saco plástico durante pelo menos 72 horas. As crianças e os adultos podem normalmente voltar à escola/local de trabalho no dia a seguir ao tratamento. Os colegas da turma e o professor não precisam de ser tratados a não ser que apresentem sinais ou sintomas de infecção. Não há necessidade de tratar os animais domésticos. É muito importante fornecer informação escrita detalhada aos

doentes sobre a forma de aplicação. É necessário explicar que o prurido pode persistir por várias semanas especialmente em indivíduos atópicos.





## 4 Metodologia

Para alcançarmos os objetivos propostos, serão realizadas atividades individuais e coletivas:

Nas consultas de pré-natal será elaborado um roteiro para cada etapa da gestação, no primeiro trimestre (0 a 12 semanas de gestação) que contará com: orientações sobre a formação do bebê, desde a fecundação até o momento atual, a importância da suplementação de ácido fólico, e explicar que a deficiência dessa vitamina pode ocasionar problemas neurológicos graves no bebê, identificar fatores de riscos como uso de drogas, álcool, tabaco e informar a importância da diminuição ou cessar o uso dessas substâncias, mudanças no estilo de vida: dormir pelo menos 8 horas por dia, definir a idade gestacional e a data provável do parto, determinar fatores de riscos para pré-eclâmpsia e diabetes gestacional, solicitar exames de rastreamento, incluindo riscos e benefícios dos exames, orientar qual a maternidade de referência, direitos e benefícios legais da gestante, preencher cartão de pré-natal, alimentação, dieta, desenvolvimento do bebê e estar aberto às retiradas de dúvidas, verificar cartão de vacinação se estiver em dia, caso não esteja atualizá-lo.

No primeiro trimestre usaremos a televisão da unidade como fonte principal, com pequenos vídeos de doenças que acometem esses bebês, principalmente a escabiose "sarna" e entre cada vídeo e outro deixaremos para retiradas de dúvidas. Daremos informações de acordo com as perguntas realizadas, dessa forma as orientações ficarão mais claras para as gestantes e seus convidados. Nossa palestra será breve, para que não fique repetitivo e cansativo e estimule os convidados a retornarem para as próximas. Nesta fase a palestra ocorrerá a cada 2 semanas. Serão orientados a trazer por escrito dúvidas que tenham para a próxima palestra. Em todas as palestras estarão presentes médico, enfermeiro, agente de saúde e, se possível, nossa assistente social e nutricionista do NASF.

Como realizamos reuniões semanais com toda a equipe, já podemos identificar através da agente de saúde da gestante que realiza visitas domiciliares mensais para identificar como é o domicílio e hábitos de vida da gestante, com essas informações já podemos nas consultas médicas e de enfermagem iniciar as orientações conforme o hábito de cada uma. Para isso formulamos um pequeno panfleto com apenas frases de doenças que podem acometer esses bebês e cuidados básicos que podem evitar essas patologias, com o mínimo que possuem em suas casas como por exemplo, sabão, água.

No segundo trimestre (13 a 27 semanas de gestação) além de retiradas de dúvidas, e informações dessa etapa da gestação como: desenvolvimento do bebê e dieta, serão enfatizados os cuidados com as roupas do bebê (lavagem e acondicionamento), cuidados com os seios antes e após a amamentação, a importância da lavagem das mãos antes e após a manipulação da criança, incluindo visitas. Ao final da consulta, fornecemos outro panfleto com esses cuidados orientados para o período, com fotos.

No segundo trimestre teremos palestras semanais, com o uso da televisão, internet, iniciaremos os videos com as principais medidas de higiene com as roupas da casa e do bebê com orientações, de lavagem, secagem, armazenamento das roupas, frequência que as roupas de cama e banho que devem ser trocadas ( pelo menos 2x por semana). Entre um video e outro, será esclarecido que o parasita permanece em lugares sujos, por isso a importancia da lavagem e troca das roupas, embora não precisa de sabão especial. . Todas as palestras estarão presentes médico, enfermeiro, agente de saúde e se possivel nossa assistente social e nutricionista do NASF. .

No terceiro trimestre (28 a 28 semanas de gestação), orientamos que nesta fase de que a gestante anote suas dúvidas e as tragam para consulta, neste momento a gestante geralmente se encontra ansiosa para a chegada do bebê e sem paciência, muitas não comparecem à unidade para suas consultas, neste caso realizamos visitas domiciliares. Nesse momento, podemos intervir diretamente no estilo de vida da gestante, uma vez que já temos as informações necessárias que foram passadas através da agente comunitária de saúde. Orientações sobre trabalho de parto, e cuidados com o bebê, amamentação, higiene da mamãe e bebê. Nosso panfleto para essa fase é feito a partir de fotos explicativas, sobre cuidados com o bebê e a mãe (coto umbilical, banho do bebê, seios antes e após a amamentação e lavagem das roupas).

No terceiro trimestre também teremos palestras semanais, usaremos o auditório e usaremos uma banheira, uma boneca, toalha, água e sabão para ensinar como dar banho no seu futuro bebê ( lavar, secar...) cuidados com o coto umbilical ( usar somente alcool e secar), todos irão participar mãe e acompanhante. Todas as duvidas devem ser retiradas no momento da prática, onde assimilamos mais o conhecimento.. Além dos cuidados com o bebê, orientações na prática irão acontecer com cuidados com a higiene dos seios antes e após as mamadas ( lavar com água e sabão). Todas as palestras estarão presentes médico, enfermeiro, agente de saúde e se possivel nossa assistente social e nutricionista do NASF.

Todos os pequenos panfletos serão elaborados por nossa equipe, de acordo com a necessidade da população de abrangência, com recursos da própria unidade (impressora, folha e internet). Todas as gestantes são orientadas a trazer o seu bebê a unidade após a alta hospitalar, para a realização do teste do pezinho e vacinas, pesamos, medimos, examinamos e mais orientações são fornecidas para o cuidado com o bebê.

As atividades coletivas serão realizadas no auditório da unidade: serão realizados os convites nas consultas médicas e de enfermagem e no momento da visita domiciliar pela agente de saúde, iremos separar por cada trimestre da gestação pois as duvidas geralmente são mesmas nas fases respectivas, poderão comparecer juntamente com a gestante seu companheiro, familiar, amigos ou irmãos, desde que seja alguém que ofereça suporte à gestante.

## 5 Resultados Esperados

A estratégia de saúde da família tem como um de seus objetivos resolver 80% dos problemas da sua área de abrangência. Partindo desse princípio, um ponto central é a educação em saúde do usuário. Quanto maior o conhecimento da sua condição de saúde de um indivíduo, maiores as possibilidades da equipe de saúde contribuir com a melhora das deficiências e promover a qualidade de vida da população.

A escabiose, conhecida como sarna humana configura-se como um problema de saúde à escala mundial que deve ser devidamente reconhecida e cuja erradicação deve ser direcionada para as comunidades mais afetadas, assim como os programas de controle. Com o plano de intervenção permanente e implantação da educação continua juntamente com a população. O resultado esperado é a erradicação da escabiose na nossa area de abrangência entre mães e bebês. Todo nosso planejamento e execução das ações diretamente com a população alvo.As orientações, esclarecimentos das dúvidas, poderão ser vistas nas consultas mensais de puericultura e visitas domiciliares que são realizadas até um ano de idade do bebê.



## Referências

- ALRAWASHDEH, B.; ALAZAB, K. Comparison between 25 benzyl benzoate, 5 permethrin and 10 crotamiton in the treatment of scabies in gaza. *Rawal Medical Journal*, v. 38, n. 2, p. 125–126, 2013. Citado na página 14.
- AMOAKO, E.; CAMPBELL, L. R.; MALONE, L. K. Self-medication with over-the-counter drugs among elderly adults. *J Gerontol Nurs*, v. 29, p. 5–10, 2003. Citado na página 15.
- FAUST, E. C.; BEAVER, P. C.; JUNG, R. C. *Agentes e Vetores Animais de Doenças Humanas*. Porto: Fundação Calouste Gulbenkian, 1987. Citado na página 15.
- FELICIANO, K. et al. Percepción de la lepra y las discapacidades antes del diagnóstico en recife. *Rev Panam Salud Publica*, v. 3, p. 293–302, 1998. Citado na página 15.
- FERREIRA, W. F. C.; SOUSA, J. C. F. *Microbiologia*. IISBOA: Lidel, 2002. Citado na página 16.
- HEUKELBACH, J. Parasitic skin diseases: health care-seeking in a slum in north-east brazil. *Trop Med Int Health*, p. 368–373, 2003. Citado na página 20.
- IBRAHIM, F. Z. *Curso de Direito Previdenciário*. Rio de Janeiro: Ferreira, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- OPAS, O. P.-A. D. S. *Plano de Desenvolvimento Institucional da OPAS-OMS no Brasil 2010-2011*. Brasília: OPAS, 2010. Citado na página 13.
- PAIM, J. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: UFBA, 2009. Citado na página 14.
- PETRI, V.; CESTARI, S. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP(Escola Paulista de Medicina - Dermatologia)*.: Dermatoses ectoparasitárias. Barueri: Manole, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- SCHWARTZ, G. Direito à saúde: abordagem sistêmica, risco e democracia. *Revista De Direito Sanitário*, v. 2, n. 1, p. 1–5, 2001. Citado na página 14.
- SIQUEIRA, M. M.; MORAES, M. S. de. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. *Ciênc. saúde coletiva*, p. 1413–8123, 2009. Citado na página 13.
- TAVARES, A. R. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2010. Citado na página 13.
- VILARINO, J. et al. Perfil da automedicação em município do sul do brasil. *Rev Saude Publica*, p. 32–43, 1998. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 19.