www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 163, 2026 | DOI: 10.69849/bt8x6m32

Escabiose na prática médica: revisão de literatura

Scabies in medical practice: a literature review

Rafael Ferreira Batista
Aline Elen Martins Canavez
Dayane Raquel Araripe Romão Figueiredo
Dário Dayvill Silva Araújo
Fernanda Facincani Medeiros Bezerra
Jeane Oliveira Machado Castro
Lourival de Jesus Cunha Neto
Tatiane de Santana Lima

RESUMO

A escabiose humana constitui uma ectoparasitose de distribuição mundial, causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, caracterizada pela infestação da camada córnea da epiderme e pelo desenvolvimento de manifestações dermatológicas predominantemente pruriginosas. Embora seja uma doença tradicionalmente associada a ambientes de vulnerabilidade socioeconômica, sua ocorrência não se restringe a determinados grupos populacionais, podendo acometer indivíduos de diferentes idades, condições de saúde e níveis socioeconômicos. A fisiopatologia envolve a interação entre o agente parasitário e os mecanismos imunológicos do hospedeiro, incluindo respostas inflamatórias e fenômenos de hipersensibilidade relacionados aos antígenos do ácaro, seus ovos e produtos metabólicos. Clinicamente, apresenta-se principalmente por prurido intenso, frequentemente com exacerbação noturna, pápulas eritematosas, escoriações e túneis escabióticos. Entretanto, determinadas populações podem desenvolver apresentações atípicas, especialmente a escabiose crostosa, associada à elevada carga parasitária e maior potencial de transmissão. O diagnóstico é predominantemente clínico, podendo ser complementado por dermatoscopia, microscopia óptica e outros métodos de visualização parasitária.

Palavras-chave: Escabiose. *Sarcoptes scabiei*. Imunopatogênese. Ectoparasitose. Dermatologia. Terapêutica.

ABSTRACT

Human scabies is a worldwide ectoparasitic disease caused by *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, characterized by infestation of the epidermal stratum corneum and the development of predominantly pruritic skin manifestations. Its pathophysiology involves interactions between the parasite and the host immune system, including inflammatory responses and hypersensitivity reactions to mite antigens and metabolic products. Clinical manifestations include intense itching, erythematous papules, excoriations and characteristic burrows. Crusted scabies is a particularly important clinical variant due to its high parasitic burden and transmission potential. Diagnosis is primarily clinical and may be supported by dermoscopy and microscopic examination.

Keywords: Scabies. *Sarcoptes scabiei*. Immunopathogenesis. Ectoparasitic disease. Dermatology. Treatment.

1 INTRODUÇÃO

A escabiose humana representa uma das ectoparasitoses cutâneas de maior relevância epidemiológica, constituindo um problema persistente de saúde pública, especialmente em regiões tropicais e em populações submetidas a condições de vulnerabilidade social. É provocada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, organismo ectoparasitário obrigatório que apresenta capacidade de penetrar na camada córnea da epiderme humana, estabelecer galerias e completar seu ciclo evolutivo no hospedeiro.

Segundo Uzun et al. (2024), a escabiose representa uma condição dermatológica de expressivo impacto mundial, associada à elevada transmissibilidade, morbidade cutânea e ocorrência de complicações infecciosas secundárias.

Sua transmissão ocorre predominantemente pelo contato direto e prolongado entre indivíduos infestados e pessoas suscetíveis. Essa característica favorece a disseminação em ambientes domiciliares, instituições de longa permanência, hospitais, abrigos, estabelecimentos prisionais e outros locais caracterizados por contato físico frequente.

Do ponto de vista clínico, a doença apresenta manifestações variáveis, sendo o prurido intenso o sintoma mais característico. A exacerbação noturna é frequentemente relatada, podendo ocasionar distúrbios do sono, irritabilidade, comprometimento das atividades cotidianas e prejuízo da qualidade de vida.

Entretanto, a apresentação clínica não é uniforme. A escabiose clássica geralmente apresenta quantidade relativamente pequena de parasitas, enquanto a forma crostosa pode apresentar milhares ou até milhões de ácaros na superfície corporal, especialmente em indivíduos com comprometimento imunológico ou limitações funcionais. Outro aspecto de relevância médica é a possibilidade de infecção bacteriana secundária, particularmente por estreptococos e estafilococos, decorrente da ruptura da barreira epidérmica provocada pelas escoriações. Diante desse cenário, a escabiose deve ser compreendida não apenas como uma infestação parasitária de manifestação dermatológica, mas como uma condição de importância clínica, imunológica e epidemiológica.

A identificação precoce, o diagnóstico diferencial adequado, a seleção terapêutica individualizada e o tratamento simultâneo dos contatos representam elementos fundamentais para a interrupção da cadeia de transmissão.

1.1 Classificação taxonômica e características morfológicas

O agente etiológico da escabiose humana é o *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, pertencente ao filo Arthropoda, classe Arachnida, ordem Sarcoptiformes e família Sarcoptidae.

Trata-se de um organismo microscópico, não visível a olho nu em condições habituais. O parasita apresenta dimorfismo sexual, sendo a fêmea geralmente maior que o macho. Seu corpo possui formato arredondado, com estruturas adaptadas à movimentação e à escavação na camada superficial da epiderme. A fêmea fecundada apresenta papel central na manutenção da infestação, pois é responsável pela formação dos túneis epidérmicos e deposição dos ovos.

Uzun et al. (2024) descrevem dimensões aproximadas de 300 a 500 micrômetros para as fêmeas e de 210 a 290 micrômetros para os machos.

A localização predominante do parasita na camada córnea explica a distribuição superficial das galerias e a possibilidade de identificação por métodos de visualização dermatológica.

1.2 Ciclo biológico do Sarcoptes scabiei

O ciclo biológico compreende quatro fases fundamentais, sendo o Ovo, Larva, Ninfa, Adulto.

Após a fecundação, a fêmea penetra na camada córnea e estabelece uma galeria, na qual deposita seus ovos. Posteriormente, ocorre a eclosão das larvas, que emergem das galerias e passam por estágios evolutivos até atingirem a maturidade.

O ciclo completo costuma ocorrer em aproximadamente duas semanas, embora possa apresentar variações. A compreensão desse processo possui importância terapêutica, uma vez que determinados escabicidas apresentam atividade limitada contra os ovos.

Consequentemente, alguns esquemas terapêuticos incluem repetição da aplicação ou administração medicamentosa, conforme a indicação clínica.

1.3 Transmissão e infectividade

O mecanismo predominante de transmissão é o contato direto e prolongado entre a pele de uma pessoa infestada e a pele de um indivíduo suscetível. O compartilhamento de roupas, toalhas, colchões e roupas de cama também pode contribuir para a disseminação, especialmente na escabiose crostosa. A transmissão por objetos contaminados é menos relevante na forma clássica, devido à menor quantidade de parasitas. Entretanto, na forma

crostosa, a elevada carga parasitária aumenta significativamente a possibilidade de transmissão indireta.

O período de sobrevivência do ácaro fora do hospedeiro varia conforme as condições ambientais, especialmente temperatura e umidade.

A disseminação é favorecida por:

Contato físico prolongado, Convivência domiciliar, Ambientes coletivos, Aglomeração populacional, Ausência de diagnóstico precoce, Tratamento incompleto dos contatos. É importante destacar que a escabiose não representa uma doença exclusivamente relacionada à falta de higiene. A transmissão depende principalmente da exposição ao parasita.

1.4 Epidemiologia e impacto na saúde pública

A escabiose apresenta distribuição mundial e acomete indivíduos de todas as faixas etárias. Sua ocorrência é particularmente relevante em regiões tropicais e comunidades com dificuldades de acesso à assistência médica. A Organização Mundial da Saúde incluiu a escabiose na lista de doenças tropicais negligenciadas em 2017, reconhecendo sua importância epidemiológica.

A doença apresenta maior ocorrência em determinados grupos populacionais, especialmente crianças, adolescentes, idosos e pessoas residentes em ambientes coletivos. Entre os principais fatores associados à disseminação estão a densidade populacional, a mobilidade humana, a vulnerabilidade socioeconômica e a dificuldade de tratamento simultâneo dos contatos. O impacto da escabiose ultrapassa as manifestações cutâneas, pois pode comprometer o sono, a saúde mental, a produtividade e a qualidade de vida.

Além disso, a ocorrência de surtos em instituições de saúde exige medidas de vigilância, isolamento de contato quando indicado e protocolos específicos de controle.

2 IMUNOPATOGÊNESE DA ESCABIOSE

2.1 Interação entre parasita e hospedeiro

A fisiopatologia da escabiose envolve a interação entre o ácaro, a barreira epidérmica e o sistema imunológico do hospedeiro. Após penetrar na camada córnea, o parasita estabelece galerias e libera substâncias metabólicas, secreções e produtos antigênicos.

Esses componentes participam da ativação de mecanismos imunológicos locais, desencadeando uma resposta inflamatória.

A manifestação clínica resulta tanto da presença física do parasita quanto da reação imunológica do organismo.

2.2 Resposta imunológica inata

A resposta imunológica inata constitui a primeira linha de defesa contra a infestação.

A barreira epidérmica, os queratinócitos e as células imunológicas residentes participam do reconhecimento dos estímulos antigênicos. A ativação dessas estruturas pode promover a liberação de mediadores inflamatórios e citocinas, favorecendo o recrutamento de células de defesa.

A ruptura da integridade cutânea também aumenta a susceptibilidade à colonização bacteriana.

2.3 Resposta imunológica adaptativa

A resposta adaptativa envolve a participação de linfócitos T e B, além da produção de mediadores relacionados à inflamação e à hipersensibilidade. As respostas imunológicas do tipo celular e humoral participam da evolução das manifestações clínicas. A sensibilização aos antígenos do ácaro explica o intervalo entre a infestação inicial e o aparecimento dos sintomas.

Em uma primeira infestação, o prurido pode demorar aproximadamente quatro a seis semanas para se manifestar. Em indivíduos previamente sensibilizados, a resposta pode ocorrer em período significativamente menor.

2.4 Mecanismos de hipersensibilidade

O prurido da escabiose está relacionado à resposta de hipersensibilidade contra componentes parasitários. A presença de antígenos provenientes do ácaro, ovos e produtos metabólicos desencadeia mecanismos inflamatórios responsáveis pelas manifestações cutâneas. A ativação de vias imunológicas relacionadas à resposta do tipo 2, incluindo mecanismos envolvendo interleucinas como IL-4 e IL-13, pode participar da resposta inflamatória observada.

Entretanto, a resposta imunológica não apresenta comportamento uniforme em todos os indivíduos. Fatores como idade, imunidade, comorbidades e condições funcionais podem modificar a apresentação clínica.

O prurido noturno representa uma característica frequentemente relatada pelos pacientes. Sua origem é multifatorial e pode envolver alterações circadianas da percepção do

prurido, temperatura cutânea, barreira epidérmica e mecanismos neuroimunológicos. Embora seja uma característica clássica, não constitui achado exclusivo da escabiose.

Portanto, sua presença deve ser interpretada em associação com a distribuição das lesões e o histórico epidemiológico.

2.5 Persistência do prurido após o tratamento

Um aspecto importante da prática dermatológica consiste na possibilidade de manutenção do prurido mesmo após a eliminação do parasita. Isso ocorre porque a resposta inflamatória pode persistir durante determinado período, mesmo quando a infestação já foi controlada.

Esse fenômeno é denominado prurido pós-escabiótico. A persistência isolada do prurido não confirma falha terapêutica. A presença de novos túneis, novas lesões características ou evidências de parasitas vivos exige reavaliação clínica.

3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

3.1 Escabiose clássica

Na sarna humana, os sinais e sintomas que se instalam resultam majoritariamente do desenvolvimento da imunidade adquirida, que junto ao ato de coçar decorrente do intenso prurido e a manutenção da higiene corporal, diminuem a população dos ácaros na pele. Com relação à imunidade inata no hospedeiro, ela é incapaz de conter o parasita, em razão de sua persistência e aos seus variados mecanismos de evasão, destacando o sistema complemento (Rodrigues, 2014; Sunderkötter; Wohlrab; Hamm, 2021).

A forma clássica é caracterizada por prurido intenso, pápulas eritematosas, escoriações e túneis escabióticos.

As regiões mais frequentemente acometidas são:

Espaços interdigitais, Punhos, Cotovelos, Axilas, Região periumbilical, Cintura, Nádegas, Região genital, Em adultos imunocompetentes, o acometimento da face e do couro cabeludo é menos frequente.

3.2 Escabiose nodular

A escabiose nodular caracteriza-se por nódulos eritematosos e intensamente pruriginosos. As lesões podem localizar-se em regiões genitais, inguinais e axilares. Sua persistência após a erradicação parasitária está relacionada à resposta inflamatória prolongada.

3.3 Escabiose crostosa

A forma mais grave da escabiose é a Sarna Crostosa ou Sarna Norueguesa, denominação vinda do seu primeiro diagnóstico em pacientes com lepra na Noruega (Rodrigues, 2014). Ocorre devido ao elevado número de parasitas na pele, sendo esta caracterizada por saliências hiperqueratóticas, descamativas e semelhantes à psoríase devido ao eritema generalizado, somada ao aumento dos sintomas, alto contágio e elevada taxa de mortalidade por sepse secundária (Rodrigues, 2014; Siqueira-Batista, 2020).

A escabiose crostosa, também denominada norueguesa, representa uma apresentação clínica grave. Caracteriza-se pela presença de placas hiperqueratóticas, descamação intensa e crostas espessas. Ocorre principalmente em indivíduos imunocomprometidos, idosos, pessoas com limitações neurológicas e pacientes institucionalizados.

Sua principal característica epidemiológica é a elevada carga parasitária, podendo existir milhares ou milhões de ácaros. Diferentemente da escabiose clássica, a intensidade do prurido pode ser variável, inclusive discreta.

A forma crostosa exige abordagem terapêutica intensiva e medidas rigorosas de controle de transmissão.

3.4 Escabiose em crianças e lactentes

Em crianças pequenas, a distribuição das lesões pode diferir daquela observada em adultos. Podem ocorrer lesões nas palmas das mãos, plantas dos pés, couro cabeludo, pescoço e face. A irritabilidade, alterações do sono e dificuldade de alimentação podem acompanhar o quadro clínico em lactentes.

A avaliação deve considerar a faixa etária e as características específicas da pele infantil.

3.5 Escabiose em idosos e imunocomprometidos

Em idosos, especialmente na presença de limitações cognitivas ou funcionais, as manifestações podem ser atípicas. O diagnóstico pode ser dificultado pela ausência de relato de prurido ou pela presença de outras dermatoses concomitantes. Pacientes imunocomprometidos apresentam maior risco de desenvolver formas graves, particularmente escabiose crostosa.

4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é baseado na associação entre Prurido, Lesões dermatológicas características, Distribuição anatômica, Histórico epidemiológico. Presença de sintomas em contatos próximos. A identificação de túneis escabióticos representa um dos achados clínicos mais importantes.

Após a avaliação clínica, a confirmação da sarna humana pode requerer exames laboratoriais, variando em complexidade e aplicabilidade. Entre esses métodos, a microscopia direta é considerada o padrão-ouro para confirmação da presença do ácaro. Nessa técnica, raspagens da pele das áreas suspeitas são preparadas em lâminas e examinadas ao microscópio óptico, permitindo a visualização de ácaros, ovos ou fezes do parasita (Siddig; Hay, 2022).

4.1 Critérios diagnósticos IACS 2020

A International Alliance for the Control of Scabies estabeleceu critérios internacionais para padronizar o diagnóstico.

Os critérios estão organizados em três níveis de certeza:

Categoria A – Escabiose confirmada

Exige identificação direta do ácaro ou de seus produtos por métodos de visualização apropriados.

Categoria B – Escabiose clínica

Inclui achados clínicos característicos, como túneis escabióticos e determinadas lesões genitais, ou manifestações típicas associadas a critérios epidemiológicos.

Categoria C – Escabiose suspeita

Compreende apresentações compatíveis, porém com menor grau de especificidade diagnóstica.

A classificação contribui para a padronização dos estudos científicos e da prática clínica.

4.2 Dermatoscopia

A dermatoscopia permite a avaliação não invasiva de estruturas superficiais da pele. O sinal clássico corresponde à visualização de uma estrutura triangular escura, relacionada à porção anterior do ácaro, associada a uma linha serpiginosa. Esse achado é conhecido como

sinal do jato com rastro. A técnica aumenta a possibilidade de identificação de túneis e direciona a coleta de material para exame microscópico.

4.3 Raspado cutâneo e microscopia

O exame microscópico do material obtido por raspado das lesões permite identificar:

Ácaros, Ovos, Produtos fecais.

A identificação desses elementos confirma a infestação. Entretanto, a sensibilidade do exame depende da seleção adequada da lesão e da experiência do examinador. Um resultado negativo não exclui a escabiose.

4.4 Métodos diagnósticos emergentes

Métodos moleculares e técnicas avançadas de identificação parasitária vêm sendo estudados.

Entre eles estão:

Reação em cadeia da polimerase (PCR), Técnicas de espectrometria de massas, Métodos de identificação de antígenos parasitários. Apesar do potencial científico, esses métodos ainda não substituem os métodos clínicos e microscópicos utilizados rotineiramente.

5 TRATAMENTO E FARMACOLOGIA

O tratamento apresenta quatro objetivos principais, na tentativa de Erradicar o parasita, Interromper a transmissão, Reduzir o processo inflamatório e o prurido, Prevenir complicações e reinfestação. A escolha terapêutica deve considerar idade, condições fisiológicas, extensão da doença, comorbidades e contraindicações.

A intervenção mais comum é a recomendação da aplicação tópica da permetrina 5%, em todo o corpo, da cabeça aos pés, exceto rosto e mucosas. Deve ser deixada de 8 a 14 horas antes de ser removida com banho, uma segunda aplicação pode ser necessária após uma semana, e por apresentar um perfil de segurança adequado pode ser utilizada em gestantes, lactantes e crianças a partir de dois meses de idade (Uzun et al., 2024; Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul, 2019).

5.1 Permetrina

A permetrina a 5% é considerada uma das principais opções terapêuticas tópicas para a escabiose clássica.

Pertence ao grupo dos piretroides sintéticos.

Seu mecanismo farmacológico envolve a interferência nos canais de sódio dependentes de voltagem do sistema nervoso dos artrópodes, ocasionando alterações na condução nervosa, paralisia e morte do parasita. Apresenta boa eficácia clínica quando utilizada adequadamente. A aplicação deve respeitar a orientação médica e as recomendações específicas do produto.

5.2 Ivermectina

A ivermectina pertence ao grupo das lactonas macrocíclicas.

Seu mecanismo de ação está relacionado à ligação aos canais de cloro regulados por glutamato presentes no sistema neuromuscular dos invertebrados. A alteração da permeabilidade desses canais provoca paralisia e morte do parasita. É utilizada como alternativa sistêmica, especialmente em situações específicas de dificuldade de tratamento tópico e em casos de escabiose crostosa, geralmente associada a tratamento tópico. Apresenta atividade ovicida limitada, aspecto que influencia a necessidade de esquemas terapêuticos repetidos.

Sua indicação exige avaliação profissional, particularmente em crianças, gestantes e pacientes com condições clínicas especiais.

5.3 Benzoato de benzila

O benzoato de benzila é outro agente escabicida tópico utilizado em diferentes protocolos terapêuticos. Sua ação está relacionada à toxicidade sobre o parasita. Pode provocar irritação cutânea, especialmente quando aplicado sobre pele lesionada. A concentração e o esquema de utilização dependem da formulação e das recomendações clínicas.

5.4 Enxofre precipitado

O enxofre precipitado apresenta utilização histórica no tratamento da escabiose. É considerado uma alternativa em determinadas populações, particularmente quando existem limitações para utilização de outros medicamentos. A formulação e a tolerabilidade devem ser consideradas.

5.5 Associação terapêutica na escabiose crostosa

A escabiose crostosa frequentemente exige associação de agentes tópicos e sistêmicos. A elevada carga parasitária, a hiperqueratose e a dificuldade de penetração dos medicamentos justificam uma abordagem diferenciada. A utilização de agentes queratolíticos pode ser

considerada em protocolos especializados para facilitar a penetração dos escabicidas. O tratamento deve ser individualizado e acompanhado por equipe médica.

5.6 Tratamento sintomático

O controle do prurido pode envolver medidas de suporte, como emolientes e medicamentos sintomáticos quando indicados. A utilização indiscriminada de corticosteroides tópicos pode modificar as manifestações clínicas e dificultar o reconhecimento da infestação persistente. Portanto, o tratamento sintomático deve ser associado à avaliação da erradicação parasitária.

6 FALHA TERAPÊUTICA E RESISTÊNCIA MEDICAMENTOSA

Um dos principais desafios atuais da abordagem da escabiose consiste na diferenciação entre falha terapêutica, reinfestação e resistência medicamentosa.

A persistência dos sintomas após o tratamento não significa necessariamente resistência do parasita.

Entre as principais causas de falha estão:

Aplicação inadequada do medicamento, Cobertura incompleta das regiões corporais, Não repetição do tratamento quando indicada, Ausência de abordagem dos contatos, Reinfestação após exposição, Diagnóstico inicial incorreto, Persistência do prurido pós-escabiótico.

A resistência medicamentosa constitui uma preocupação científica, especialmente diante de relatos de redução da resposta terapêutica aos escabicidas.

Entretanto, é necessário diferenciar suspeita clínica de resistência comprovada. A confirmação exige evidências laboratoriais e estudos adequados, não sendo correto atribuir automaticamente todos os casos de persistência à resistência farmacológica.

7 COMPLICAÇÕES

7.1 Infecções bacterianas secundárias

A ruptura da barreira epidérmica decorrente das escoriações facilita a entrada e proliferação de microrganismos.

Entre os principais agentes envolvidos estão os *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*.

Esses microrganismos podem ocasionar impetigo, ectima, celulite e outras infecções cutâneas.

7.2 Complicações sistêmicas

Em determinadas regiões e populações vulneráveis, infecções bacterianas associadas à escabiose podem contribuir para complicações sistêmicas. Entre as complicações descritas na literatura estão glomerulonefrite pós-estreptocócica e possíveis associações epidemiológicas com doença renal crônica e cardiopatia reumática. É importante ressaltar que essas associações não significam que toda infestação por escabiose evolua para tais condições. A presença de infecção bacteriana secundária exige avaliação e tratamento específicos.

8 PREVENÇÃO E CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO

A prevenção exige abordagem integrada entre assistência clínica e vigilância epidemiológica, incluindo a Identificação precoce dos indivíduos infestados.

Tratamento simultâneo dos contatos próximos, Higienização de roupas e roupas de cama utilizadas recentemente, Manejo apropriado de objetos que não possam ser lavados, Investigação de casos em ambientes coletivos, Educação em saúde, Acompanhamento dos indivíduos tratados.

A descontaminação ambiental não deve ser realizada de forma indiscriminada. A utilização de inseticidas ambientais, fumigantes e procedimentos extremos de higienização não é recomendada como rotina. Em casos de escabiose crostosa, entretanto, são necessárias medidas ambientais mais rigorosas, devido à elevada quantidade de parasitas eliminados na descamação cutânea.

9 ESCABIOSE NO CONTEXTO HOSPITALAR

A escabiose representa um desafio relevante para instituições hospitalares, especialmente quando envolve pacientes imunocomprometidos, idosos e indivíduos institucionalizados.

A identificação de um caso exige avaliação dos contatos, definição das medidas de precaução e investigação de possíveis transmissões. A escabiose crostosa merece atenção especial por sua capacidade de provocar surtos institucionais. A equipe de saúde deve receber orientação sobre reconhecimento das manifestações, utilização de equipamentos de proteção individual e procedimentos de higienização.

10 IMPACTO PSICOSSOCIAL E QUALIDADE DE VIDA

A escabiose pode produzir consequências que ultrapassam o comprometimento dermatológico. O prurido persistente provoca alterações do sono, irritabilidade, dificuldade de concentração e redução da produtividade. A presença de lesões visíveis pode gerar constrangimento e estigmatização. A associação equivocada da doença à falta de higiene contribui para o preconceito e pode dificultar a procura por assistência médica. A educação em saúde deve esclarecer que a escabiose é uma doença parasitária transmissível e que sua ocorrência não caracteriza necessariamente negligência com a higiene pessoal.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escabiose humana constitui uma ectoparasitose de elevada relevância clínica e epidemiológica, caracterizada pela infestação cutânea pelo *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Sua fisiopatologia envolve a interação entre o parasita e o sistema imunológico do hospedeiro, resultando em manifestações inflamatórias que incluem prurido intenso, pápulas, escoriações e túneis epidérmicos.

O diagnóstico é predominantemente clínico, podendo ser complementado por dermatoscopia e microscopia. A classificação diagnóstica proposta pela International Alliance for the Control of Scabies representa importante instrumento de padronização clínica e científica. A terapêutica deve considerar as características individuais do paciente, a forma clínica e as condições epidemiológicas, utilizando agentes escabicidas apropriados. A falha terapêutica deve ser investigada de maneira criteriosa, diferenciando aplicação inadequada, reinfestação, persistência inflamatória e possível resistência medicamentosa. A escabiose crostosa merece atenção especial devido à elevada carga parasitária e ao potencial de disseminação.

Conclui-se que o controle efetivo da escabiose exige abordagem multidimensional, fundamentada no diagnóstico precoce, tratamento adequado, investigação de contatos, educação em saúde e vigilância epidemiológica.

REFERÊNCIAS

ANDREWS, R. M. *et al.* Skin disorders, including pyoderma, scabies, and tinea infections. **Pediatric Clinics of North America**, v. 50, n. 5, p. 1195-1210, 2003.

ARGENZIANO, G.; FABBROCINI, G.; DELFINO, M. Epiluminescence microscopy: a new approach to in vivo detection of Sarcoptes scabiei. **Archives of Dermatology**, v. 133, p. 751-753, 1997.

ARLIAN, L. G. Biology, host relations, and epidemiology of Sarcoptes scabiei. **Annual Review of Entomology**, v. 34, p. 139-161, 1989. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev.en.34.010189.001035.

ARLIAN, L. G.; MORGAN, M. S. A review of Sarcoptes scabiei: past, present and future. **Parasites & Vectors**, v. 10, art. 297, 2017. DOI: https://doi.org/10.1186/s13071-017-2234-1.

ARORA, P. *et al.* Scabies: a comprehensive review and current perspectives. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 16, n. 1, p. 1-15, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.05.109.

AZENE, A.; ARAGAW, A.; WASSIE, G. Prevalence and associated factors of scabies in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. **BMC Infectious Diseases**, 2020.

BASTOS, I. Ministério Público identifica 180 presos com sarna no Complexo da Papuda. **Correio Braziliense**, 2019. Acesso em: 3 set. 2022.

BOPP, C.; BAKOS, L. Retorno da escabiose.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Atenção primária prisional**: guia prático: dermatologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. 1. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. v. 2, 290 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dermatologia na atenção básica**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 142 p. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 9) (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 174).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 444 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Clinical care of scabies**. Atlanta: CDC. Disponível em: https://www.cdc.gov/scabies/hcp/clinical-care/index.html. Acesso em: 30 out. 2026.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Clinical overview of crusted scabies**. Atlanta: CDC. Disponível em: https://www.cdc.gov/scabies/hcp/clinical-overview/. Acesso em: 30 out. 2026.

ENGELMAN, D. *et al.* The 2020 International Alliance for the Control of Scabies consensus criteria for the diagnosis of scabies. **British Journal of Dermatology**, v. 183, n. 5, p. 808-820, 2020. DOI: https://doi.org/10.1111/bjd.18943.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Scabies**. Geneva: WHO. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies. Acesso em: 30 out. 2026.

UZUN, S. *et al.* Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of scabies. **International Journal of Dermatology**, v. 63, n. 12, p. 1642-1656, 2024. DOI: https://doi.org/10.1111/ijd.17327.