

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PÓS-EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A ESCABIOSE

PROTOCOL FOR ACTION FOLLOWING OCCUPATIONAL EXPOSURE TO SCABIES

TIPO DE ARTIGO: Artigo de Opinião
Autores: Almeida P¹, Pedroso M², Lucena M³.

ENQUADRAMENTO

A escabiose, também denominada sarna humana, é uma dermatose parasitária da pele provocada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* variante *hominis*. Estima-se que mais de 400 milhões de pessoas sejam afetadas anualmente, havendo uma distribuição universal independente do género ou raça. É mais comum em países tropicais de baixo rendimento, ainda que os restantes se destaquem por surtos em instituições de saúde e comunidades vulneráveis (1) (2) (3) (4). Por não ser uma Doença de Declaração Obrigatória, a sua epidemiologia em Portugal é desconhecida (2).

O microorganismo inicia o seu ciclo de vida através de uma fêmea adulta fertilizada que penetra a epiderme e escava uma galeria, onde deposita dois a três ovos diários. Estima-se que numa escabiose vulgar existam dez a quinze ácaros em todo o corpo, por oposição à variante crostosa onde podem estar presentes milhares a milhões de ácaros (2) (3).

A sua transmissão ocorre por contacto cutâneo direto prolongado com um indivíduo infetado, sendo mais suscetível em atividades como dar banho ou aplicar emolientes. A transmissão por contacto indireto (nomeadamente lençóis e roupas infestadas) é rara, embora possível, dado que o ácaro pode sobreviver até 72h fora do hospedeiro. O contacto casual não está associado a transmissão (2).

¹ **Patrícia Almeida**

Médica Interna de Formação Específica em Medicina do Trabalho na Unidade Local de Saúde do Médio Tejo. Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Pós-Graduação em Medicina do Trabalho pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa. MORADA COMPLETA PARA CORRESPONDÊNCIA DOS LEITORES: Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho, Hospital Rainha Santa Isabel, Avenida Xanana Gusmão 45, 2350-754, Torres Novas. E-MAIL: patricia.paiva.almeida@gmail.com. Nº ORCID: 0000-0002-2876-2862
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Conceção e redação do artigo.

² **Mariana Pedroso**

Médica Interna de Formação Específica em Dermatologia e Venereologia na Unidade Local de Saúde de Coimbra. Mestrado Integrado em Medicina pela NOVA Medical School da Universidade NOVA de Lisboa. 3004-561 Coimbra. E-MAIL: marianavpedroso@outlook.pt. Nº ORCID: 0009-0004-7125-7775
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Co-autoria. Revisão do manuscrito.

³ **Mariana Lucena**

Médica Interna de Formação Específica em Imunoalergologia na Unidade Local de Saúde de Coimbra. Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 3004-561 Coimbra. E-MAIL: marianacortereal21@gmail.com. Nº ORCID: 0000-0003-0000-2607
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Co-autoria. Revisão do manuscrito.



O período de incubação é de duas a seis semanas em pessoas sem exposição prévia, podendo ser encurtado para um a quatro dias naqueles com infecção documentada anteriormente. Um indivíduo infetado é contagioso desde o período de incubação até à eliminação dos ácaros e dos seus ovos após terapêutica (2).

A escabiose clássica caracteriza-se pela presença de lesões cutâneas pruriginosas, de agravamento noturno, que podem ser primárias— sulcos acarinos, pápulas eritematosas, vesículas e nódulos escabióticos— ou secundárias— típicas de reação inflamatória e lesões de prurido. Embora patognomónicos, os sulcos acarinos (lesões cutâneas lineares finas, acastanhadas ou avermelhadas, até 15 milímetros de comprimento) nem sempre são identificáveis, podendo ser ocultados por lesões secundárias (como escoriações, eczematização ou infecção cutânea). Tipicamente observa-se uma disseminação das lesões cutâneas na região flexora dos punhos, nas regiões digital e interdigital, nas pregas axilares, na cintura e na região periumbilical, genital e glútea, poupando a cabeça e a região plantar em adultos (2) (3). A variante crostosa caracteriza-se por uma dermatite generalizada com distribuição ampla, descamação extensa, vesículas e crostas, sendo mais frequente em indivíduos imunodeprimidos e idosos/institucionalizados. Destaca-se pela elevada carga parasitária e presença de escamas ricas em ácaros, o que a torna altamente contagiosa (1) (2) (3) (4). Os surtos hospitalares surgem frequentemente em consequência do diagnóstico tardio desta variante (5).

Os critérios de consenso da Aliança Internacional para o Controlo da Sarna de 2020 vieram uniformizar o diagnóstico da sarna comum e incluem três níveis representativos de diferentes graus de certeza de diagnóstico (6):

- Escabiose confirmada (nível A):
 - A1. Ácaros, ovos ou fezes vistas ao microscópio em amostra de pele
 - A2. Ácaros, ovos ou fezes vistas no indivíduo usando videomicroscopia e microscopia confocal
 - A3. Ácaros vistos com dermatoscópio
- Escabiose clínica (nível B):
 - B1. Sulcos acarinos
 - B2. Lesões típicas localizadas a nível genital em homens
 - B3. Lesões típicas com distribuição típica e duas características da história clínica (prurido e contexto epidemiológico)
- Suspeita de escabiose (nível C)
 - C1. Lesões típicas com distribuição típica e uma característica da história clínica (prurido ou contexto epidemiológico)
 - C2. Lesões atípicas ou distribuição atípica e duas características da história clínica (prurido e contexto epidemiológico)

OBJETIVO

O presente artigo propõe um protocolo de atuação a aplicar em caso de exposição profissional a escabiose e que visa a identificação, controlo e prevenção da transmissão. É destinado a qualquer profissional de saúde com exposição desprotegida a indivíduos infetados por *Sarcoptes scabiei* ou material potencialmente contaminado, em contexto ocupacional.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão da literatura sobre a exposição ocupacional à escabiose disponível em língua portuguesa e inglesa, incluindo artigos científicos, protocolos e *guidelines* publicadas nos últimos dez anos.

As fontes englobaram *Pubmed*, *UpToDate*, *World Health Organization* e *Center for Disease Control and Prevention*, recorrendo aos termos “*scabies*”, “*healthcare workers*” e “*occupational exposure*”.

CONTEÚDO

Atuação pós-exposição profissional

Em casos confirmados ou de elevada suspeição clínica, mesmo sem confirmação diagnóstica laboratorial, os profissionais de saúde devem reforçar o uso dos equipamentos de proteção individual (bata/avental, touca e luvas) na prestação de cuidados ao doente, assim como as medidas de proteção coletiva, como gerais de higiene (lavagem das mãos antes de entrar no quarto e após sair do mesmo). O doente deve ser mantido em isolamento de contacto, distanciado da porta de entrada/passagem, separado dos restantes doentes pelo menos um metro e com cortinas fechadas (2). O Serviço de Segurança e Saúde do Trabalho (SSST) deve ser notificado da presença de casos de escabiose e articular com a chefia de enfermagem do serviço em questão:

- O fornecimento de listagem dos trabalhadores que estiveram em contacto com o doente antes do início do tratamento;
- A caracterização da fonte: nome, número de processo, idade, dia do primeiro contacto com a instituição neste contexto infeccioso, percurso dentro da instituição, dia e hora de início do isolamento de contacto e da terapêutica direcionada.

O SSST deve caracterizar a exposição ocupacional do trabalhador através de nome, número mecanográfico, categoria profissional, idade, contacto telefónico, data do contacto com o doente infetado, tempo de contacto em período de contágio e sintomas.

Com base na informação recolhida, os trabalhadores que cumpram critérios de diagnóstico de sarna devem realizar um esquema terapêutico apropriado. Ademais, a identificação de doença ativa num profissional exposto em contexto laboral, nomeadamente aquando do exame de saúde, deve culminar na emissão do parecer de *Inaptidão temporária* para o trabalho e na elaboração da participação de doença profissional, dada a relação denexo-causalidade entre a doença e a atividade laboral, mesmo esta não constando da Lista de Doenças Profissionais (7). Está recomendada a evicção laboral no imediato, com retorno no dia seguinte ao primeiro tratamento e o uso de luvas descartáveis até resolução do quadro. Deve ainda ser realizado exame de saúde ocasional ao profissional de saúde no dia do seu regresso, que visa comprovar melhoria das lesões/adesão à terapêutica, a culminar no parecer *Apto*. A vigilância prolongada destes trabalhadores até resolução total do quadro é aconselhada, de modo a alcançar a quebra da cadeia de transmissão e extinção de surtos.

Em contrapartida, os trabalhadores assintomáticos com elevado risco de transmissão – história de contacto direto com a pele de um doente infetado ou contacto indireto com a sua roupa, bem como os coabitantes e parceiros sexuais de profissionais de saúde infetados, têm indicação para realizar um esquema de profilaxia pós-exposição, sem necessidade de evicção laboral. Caso desenvolvam sintomas posteriormente, deverá ser contactado o SSST.

Os restantes trabalhadores do serviço em questão não necessitam de realizar qualquer terapêutica nem de cumprir evicção laboral.

As orientações farmacológicas a cumprir nos esquemas terapêutico e de profilaxia pós-exposição encontram-se descritas de seguida.

Esquema terapêutico

Todos os profissionais de saúde infetados devem realizar esquema terapêutico com um escabicida tópico cedido pelos Serviços Farmacêuticos, devendo ser respeitadas as seguintes orientações (8):

- Gel de permetrina a 5%: Deve ser realizada aplicação tópica à noite, após um banho quente, em pele fria e seca, e deixado por 8 a 12 horas em todo o corpo, incluindo pregas interdigitais, debaixo das unhas, umbigo e genitais, excetuando-se a face, pescoço, olhos, mucosas e meato urinário. Se as mãos forem lavadas, deverá haver reaplicação. Se for outra pessoa a realizar a aplicação, deverá usar luvas. Deverá ser realizada uma segunda aplicação 7 a 10 dias depois. Cada aplicação não deve exceder 30 g de gel (correspondente a uma bisnaga) por toma (8) (9);
- Manipulado de enxofre (5-10%) em vaselina: Deve ser realizada aplicação tópica à noite, após um banho quente, em pele fria e seca, e deixado por 8 a 12 horas em todo o corpo, incluindo pregas interdigitais, debaixo das unhas, umbigo e genitais, excetuando-se a face, pescoço, olhos, mucosas e meato urinário. Se as mãos forem lavadas, deverá haver reaplicação. Se for outra pessoa a realizar a aplicação, deverá usar luvas. Deverá realizar-se reaplicação nas próximas duas noites consecutivas, assim como uma última aplicação na sétima noite. Ressalva-se a possibilidade do fármaco manchar a roupa (8);
- Solução cutânea de benzoato de benzilo (277 mg/ml): Deve ser realizada aplicação tópica à noite, após um banho quente, em pele fria e seca, e deixado por 8 a 12 horas em todo o corpo, incluindo pregas interdigitais, debaixo das unhas, umbigo e genitais, excetuando-se a face, pescoço, olhos, mucosas e meato urinário. Se as mãos forem lavadas, deverá haver reaplicação. Se for outra pessoa a realizar a aplicação, deverá usar luvas. Deverá ser realizada uma segunda aplicação 24h depois, assim como após um intervalo de 7 a 10 dias. O volume do produto aplicado não deve exceder os 30 ml por toma. É frequente a ocorrência de dermatite de contacto irritativa secundária à terapêutica (8) (10).

Na ausência de manifestações de sarna ativa (sem lesões ativas, sem prurido noturno) após uma semana do término do tratamento, a infeção considera-se curada (2) (8).

Esquema de profilaxia pós-exposição

Os profissionais com história de contacto direto com a pele de um doente infetado ou contacto indireto com a sua roupa devem ser tratados profilaticamente. Em adição, todos os parceiros sexuais e coabitantes de profissionais de saúde infetados também devem realizar esquema profilático (8).

O esquema profilático é realizado com um escabicida tópico cedido pelos Serviços Farmacêuticos da instituição, devendo ser respeitadas as seguintes orientações mediante o fármaco fornecido (8):

- Gel de permetrina a 5% (1ª linha): Deve ser realizada aplicação tópica à noite, após um banho quente, em pele fria e seca, e deixado por 8 a 12 horas em todo o corpo, incluindo pregas interdigitais, debaixo das unhas, umbigo e genitais, excetuando-se a face, pescoço, olhos, mucosas e meato urinário. Se as mãos forem lavadas, deverá haver reaplicação. Se for outra pessoa a realizar a aplicação, deverá usar luvas. Para adultos e adolescentes com mais de 12 anos a aplicação não deve exceder 30 g de gel (correspondente a uma bisnaga) por toma (8) (9);
- Manipulado de enxofre (5-10%) em vaselina: Deve ser realizada aplicação tópica à noite, após um banho quente, em pele fria e seca, e deixado por 8 a 12 horas em todo o corpo, incluindo pregas interdigitais, debaixo das unhas, umbigo e genitais, excetuando-se a face, pescoço, olhos, mucosas e meato urinário. Se as mãos forem lavadas, deverá haver reaplicação. Se for outra pessoa a realizar a aplicação, deverá usar luvas. Ressalva-se a possibilidade do fármaco manchar a roupa (8);

- Solução cutânea de benzoato de benzilo (277 mg/ml): Deve ser realizada aplicação tópica à noite, após um banho quente, em pele fria e seca, e deixado por 8 a 12 horas em todo o corpo, incluindo pregas interdigitais, debaixo das unhas, umbigo e genitais, excetuando-se a face, pescoço, olhos, mucosas e meato urinário. Se as mãos forem lavadas, deverá haver reaplicação. Se for outra pessoa a realizar a aplicação, deverá usar luvas. O volume do produto aplicado não deve exceder os 30 ml por toma. É frequente a ocorrência de dermatite de contacto irritativa secundária à terapêutica (8) (10).

Situações particulares

Descrevem-se de seguida as opções terapêuticas que devem ser consideradas em situações particulares, a aplicar de acordo com as orientações supracitadas (8) (9) (10):

- **Gravidez:** Deverá optar-se por esquema terapêutico com gel de permetrina a 5% ou manipulado de enxofre (5-10%) em vaselina.
- **Amamentação:** Deverá optar-se por esquema terapêutico com gel de permetrina a 5% ou manipulado de enxofre (5-10%) em vaselina.
- **Crianças:**
 - *Idade inferior a 2 meses* deverá optar-se por manipulado de enxofre (5-10%) em vaselina;
 - *Idade superior a 2 meses* deverá optar-se por manipulado de enxofre (5-10%) em vaselina ou gel de permetrina a 5% ou solução cutânea de benzoato de benzilo (277 mg/ml) (usar com precaução em idade inferior a 10 anos).

Recomendações gerais

Após aplicação do esquema profilático ou terapêutico, todos os profissionais devem vestir roupas limpas. As roupas pessoais que estiveram em contacto com a pele, assim como roupa de cama e toalhas usadas nas últimas 72 horas, deverão ser lavadas a temperaturas superiores a 60°C. Itens que não possam ser lavados deverão ser mantidos num saco de plástico fechado durante pelo menos uma semana. Não é necessário tratar os animais domésticos. Recomenda-se evicção de contacto cutâneo direto com outras pessoas, com retorno laboral no dia seguinte ao primeiro tratamento. O prurido pós-escabiótico pode manter-se por duas a quatro semanas e deve ser abordado com a aplicação repetida de emolientes. Anti-histamínicos orais e corticosteroides tópicos de baixa potência podem ser úteis. A literatura considera benéfica a transmissão destas recomendações gerais por escrito, aquando da prescrição (1) (2) (5) (7) (11) (12).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde, em virtude da sua exposição ocupacional a fatores de risco biológicos, estão suscetíveis à infeção por *Sarcoptes scabiei*, podendo contribuir para a sua disseminação entre doentes e outros trabalhadores. Tanto os casos não reconhecidos de escabiose como aqueles onde não se verificar a correta utilização dos equipamentos de proteção individual durante o contacto representam uma fonte potencial de transmissão contínua, favorecendo a ocorrência de surtos, particularmente da variante crostosa. O reconhecimento precoce, aliado à implementação atempada e adequada de medidas preventivas de proteção e isolamento, ao tratamento simultâneo e o mais precocemente possível de todos os doentes, trabalhadores e coabitantes que possam ter sido expostos e à vigilância contínua dos profissionais de saúde infetados até resolução do quadro são essenciais para minimizar o risco de surtos nosocomiais/em contexto

de cuidados de saúde. O SSST assume um papel primordial não só nestas situações, como na sensibilização prévia dos profissionais de saúde em relação à doença.

O presente protocolo prima por uma abordagem objetiva, pragmática e orientada para a prática clínica. Destaca-se o facto de incluir os mais recentes critérios de consenso para o diagnóstico de sarna e as opções terapêuticas de primeira linha e respetivas orientações sumárias de aplicação, de acordo com as *guidelines* europeias. O cumprimento destas orientações internacionais somente foi possível após a entrada do gel de permetrina a 5% no mercado farmacêutico português em 2021, considerando-se recente a sua disponibilidade nas farmácias hospitalares. Salienta-se ainda a inclusão sumária de situações particulares a nível terapêutico neste protocolo, indisponível na maioria das publicações sobre esta temática em contexto ocupacional, embora de elevada importância na abordagem farmacológica de coabitantes de trabalhadores infetados, nomeadamente menores, e numa era atual em que a prestação de cuidados por profissionais de saúde grávidas é uma constante.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Centers for Disease Control and Prevention (CDC). About Scabies. 2024. <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/index.html>
- 2 – Rocha D, Vasques A, Lagoa M, Ramos A, Bento J, Leite C, et al. Escabiose e profissionais de saúde: protocolo de atuação num hospital terciário português. International Symposium on Occupational Safety and Hygiene. 2023; 1: 114-117. https://doi.org/10.24840/978-989-54863-4-2_0114-0117
- 3 – Goldstein B, Goldstein A. Scabies: Epidemiology, clinical features and diagnosis. UpToDate; 2024. <https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis>
- 4 – World Health Organization. Scabies: Epidemiology, Pathogenesis, and Diagnosis. 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>
- 5 – Pinho P, Norton P. Criação de um Protocolo de Atuação em caso de Escabiose no Centro Hospitalar de São João, na sequência de um surto de pequena dimensão. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online. 2020; 9: 1-9. doi: 10.31252/rpso.17.01.2020
- 6 – Engelman D, Yoshizumi J, Hay R, 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. 2020; 183(5): 808-820. doi: 10.1111/bjd.18943.
- 7 – Decreto Regulamentar n.º 6/2001 de 5 de maio (revisto pelo Decreto Regulamentar n.º 76/2007 de 17 de julho), referente à aprovação da Lista de Doenças Profissionais.
- 8 – Salavastru C, Chosidow O, Boffa M, Janier M, Tiplica G. European guideline for the management of scabies. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2017; 31(8): 1248-53. doi: 10.1111/jdv.14351.
- 9 – Infarmed. Resumo das características do medicamento: Permetrina LMP 50 mg/g gel. 2023. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
- 10 – Infarmed. Resumo das características do medicamento: ACARILBIAL, 277 mg/ml, solução cutânea. 2011. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml#page=1.00&gsrc=0>

11 – Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Treatment of scabies. 2024.
<https://www.cdc.gov/scabies/treatment/index.html>

12 – Grupo para o Estudo e Investigação de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia. Escabiose ou sarna vulgar. 2017.
<https://www.spdv.pt/op/document/?co=220&h=c6dfe&in=1>

Data de receção: 2025/03/17

Data de aceitação: 2025/04/16