

Escabiose e pediculose

Permetrina, ivermectina e alternativas para menores de 2 meses, tratamento simultâneo dos contactantes, sarna crostosa, pediculose com pente fino, resistência e política escolar

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Escabiose: prurido intenso, pior à noite, com pápulas e túneis em interdígitos, punhos, axilas, cintura, genitais e, no lactente, também palmas, plantas, face e couro cabeludo; contactantes com prurido reforçam o diagnóstico. Primeira escolha: **permetrina 5%** a partir de 2 meses, no corpo todo (incluindo couro cabeludo e face na criança pequena, poupando olhos e boca), por 8–14 h, **repetindo em 7 dias**. **Ivermectina oral 200 mcg/kg** (≥ 15 kg), repetida em 7–14 dias, é alternativa. Abaixo de 2 meses: **enxofre precipitado 5–10%** por 3 noites. **Todos os contactantes próximos são tratados ao mesmo tempo**, mesmo sem sintomas; roupas e roupas de cama lavadas em água quente. O prurido pode persistir 2–4 semanas sem indicar falha. A maioria é . **Sarna crostosa**, infecção secundária extensa com febre ou celulite e lactente pequeno com doença extensa exigem especialista ou hospital (). **Pediculose:** diagnóstico com piolho vivo; remoção mecânica com pente fino é essencial; permetrina 1%, dimeticona 4% ou ivermectina (loção ou oral) conforme idade e resposta. **Nenhuma criança saudável deve ser afastada da escola por piolhos ou lêndeas** (AAP 2022, SBP).

1. O que é e como se apresenta

Escabiose (sarna)

- **Agente:** ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, que escava túneis na epiderme. Transmissão por contato pele a pele prolongado, sobretudo no domicílio; roupas e roupas de cama têm papel menor.
- **Quadro clássico:** prurido intenso e noturno que começa 3–6 semanas após a primeira infestação (1–3 dias na reinfestação); pápulas, vesículas, escoriações e túneis em espaços interdigitais, punhos, cotovelos, axilas, cintura, nádegas, aréolas e genitais.
- **Lactente:** acometimento de palmas, plantas, couro cabeludo e face, com vesículas e pústulas; irritabilidade e recusa alimentar.
- **Escabiose nodular:** nódulos eritematoacastanhados, pruriginosos, em axilas, virilhas e genitais, que podem persistir por semanas a meses após a cura (reação de hipersensibilidade, não falha terapêutica).
- **Sarna crostosa (norueguesa):** hiperinfestação com placas hiperkeratóticas e crostosas, pouco prurido, em imunodeprimidos, crianças com deficiência neurológica ou desnutrição; altamente contagiosa.
- **Complicações:** impetiginização (estreptococo e estafilococo), celulite e, raramente, glomerulonefrite pós-estreptocócica.

Pediculose do couro cabeludo

- **Agente:** *Pediculus humanus capitis*; transmissão por contato direto cabeça a cabeça, mais comum em pré-escolares e escolares.
- **Quadro:** prurido do couro cabeludo e da nuca, escoriações, adenomegalia occipital ou cervical; muitas crianças são assintomáticas.
- **Lêndeas** (ovos) aderidas à haste do cabelo, próximas ao couro cabeludo; lêndeas a mais de 1 cm do couro cabeludo geralmente estão vazias.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Escabiose clássica ou pediculose sem infecção secundária, criança em bom estado	Tratamento tópico ou oral em casa; tratar contactantes; medidas com roupas; retorno em 2–4 semanas se persistir
● Moderada	Escabiose com impetiginização localizada; lesões extensas com sono prejudicado; lactente < 2 meses em bom estado; escabiose nodular; falha de 2 tratamentos corretos; pediculose com escoriações infectadas	Tratar a infecção (antibiótico tópico ou oral) junto com o escabicida; reavaliar em 1–2 semanas; confirmar técnica e tratamento dos contactantes; considerar ivermectina
● Grave	Sarna crostosa; infecção secundária extensa com febre, celulite ou toxemia; lactente pequeno com doença extensa e recusa alimentar; edema, hematúria ou hipertensão após escabiose infectada (glomerulonefrite); imunodeprimido com doença extensa	Encaminhar ao hospital ou especialista: tratamento combinado (ivermectina + permetrina), antibiótico sistêmico, isolamento de contato

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 2 meses (poucas opções terapêuticas seguras).
- Imunodepressão, desnutrição, deficiência neurológica (sarna crostosa).
- Aglomeração domiciliar, instituições (abrigos, creches) e dificuldade de tratar todos os contactantes.
- Dermatite atópica associada (maior risco de infecção secundária).

3. Diagnóstico no consultório

- **Escabiose:** diagnóstico clínico (distribuição típica, prurido noturno, contactantes com prurido). Dermatoscopia (sinal da "asa-delta") ou raspado com óleo e microscopia confirmam, quando disponíveis; um exame negativo não exclui.

- **Pediculose:** diagnóstico pela visualização de **pelo menos um piolho vivo** (AAFP); lêndeas isoladas não confirmam infestação ativa. O pentear com pente fino no cabelo molhado com condicionador aumenta a detecção.
- **Exames:** desnecessários. Urina tipo 1 e pressão arterial se houver edema ou urina escura após escabiose infectada.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Dermatite atópica, prurigo estrófulo (picadas de inseto), dermatite de contato.
- Impetigo e varicela (vesículas, febre, lesões em diferentes estágios).
- Acropustulose infantil e histiocitose de células de Langerhans no lactente (lesões palmoplantares, couro cabeludo, lesões persistentes).
- Pediculose: dermatite seborreica, caspa, moldes de queratina (se deslocam facilmente pela haste).

4. Tratamento em casa

Escabiose

- **Permetrina 5%:** aplicar no corpo todo, do pescoço para baixo, incluindo interdígitos, sob as unhas, axilas, umbigo e genitais; **na criança pequena, incluir couro cabeludo e face**, poupando olhos e boca (SBP). Deixar por 8–14 h (à noite) e lavar pela manhã. **Repetir em 7 dias** (SBP, NHS; AEPap: 7–10 dias). Cortar as unhas antes.
- **Ivermectina oral:** alternativa ou complemento, útil em surtos, má adesão ao tópico ou falha. Menos eficaz que a permetrina em dose única (SBP).
- **Menores de 2 meses:** enxofre precipitado 5–10% em vaselina ou creme, 3 noites seguidas, com banho pela manhã, repetindo em 7 dias (SBP); AEPap cita 6–10%. Não usar permetrina 5% abaixo de 2 meses (fora da aprovação).
- **Contactantes:** tratar **todos os contactantes íntimos ao mesmo tempo**, mesmo sem lesões (SBP, NHS).
- **Ambiente:** lavar roupas, toalhas e roupas de cama usadas nos últimos 3 dias em água quente (> 50 °C) e secar em calor, passar a ferro quente, ou guardar em saco plástico fechado por 7 dias (SBP). Não é preciso dedetizar a casa.
- **Prurido:** anti-histamínico oral de 2ª geração conforme idade e bula (os sedativos de 1ª geração não devem ser usados, exceto por problema social — prurido noturno que impede o sono da família —, por curto período e fora da faixa de contraindicação), emoliente e, após o escabecida, corticoide tópico de baixa potência em áreas eczematizadas. Explicar que o prurido pode durar 2–4 semanas após a cura (NHS).
- **Infecção secundária:** tratar junto (ver Impetigo, celulite e abscessos).

- **Critério de cura:** 1 semana após o tratamento, sem lesões novas e com prurido noturno mínimo (SBP).

Pediculose

- **Remoção mecânica:** "mais importante que qualquer medicação" (SBP). Nenhum tratamento tem eficácia de 100% e a resistência aos piretroides aumentou; a eficácia clínica caiu, em alguns locais, de quase 100% para até 25% (AAP 2022).
- **Pente fino com cabelo molhado e condicionador** (wet combing): nos dias 1, 5, 9 e 13 (NHS), 10–30 minutos por sessão. Opção sem medicamento, útil em lactentes.
- **Permetrina 1%** loção: no cabelo limpo e úmido, deixar 10 minutos, pentear e enxaguar; reaplicar em 7–14 dias se necessário (AAFP: 7 dias; SBP: 14 dias).
- **Dimeticona 4%:** ação física (não inseticida), sem resistência descrita; alternativa quando a permetrina falha (AAFP).
- **Ivermectina 0,5% loção:** aprovada nos EUA a partir de 6 meses, em aplicação única (AAP 2022); verificar disponibilidade.
- **Ivermectina oral:** 200 mcg/kg em 2 doses com intervalo de 7–14 dias; 400 mcg/kg em casos resistentes (AAP 2022; SBP); apenas acima de 15 kg.
- **Contactantes:** examinar todos os moradores; tratar os que têm piolho vivo e os que dividem a cama (AAP 2022).
- **Objetos:** lavar em água quente roupas de cama, bonés, toalhas, pentes e escovas de uso recente; itens não laváveis ficam 2 semanas sem uso (SBP).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Permetrina 5% (loção ou creme)	Corpo todo; face e couro cabeludo na criança pequena	Dose única, deixar 8–14 h	Repetir em 7 dias	Escabiose; a partir de 2 meses
Enxofre precipitado 5–10%	Corpo todo	1 vez à noite, 3 noites seguidas	Repetir em 7 dias	Escabiose em < 2 meses (SBP)
Ivermectina oral	200 mcg/kg (0,2 mg/kg)	Dose única, com alimento	Repetir em 7 dias (SBP) ou 7–14 dias (CDC, AEPap)	≥ 15 kg; escabiose e pediculose; 400 mcg/kg na pediculose resistente (AAP)
Permetrina 1% loção	Cabelo úmido, 10 min	Dose única	Reaplicar em 7–14 dias se piolhos vivos	Pediculose; a partir de 2 meses (SBP, AAP)
Dimeticona 4%	Cabelo seco, conforme produto	Conforme bula	Conforme bula; repetir se piolhos vivos	Pediculose; sem resistência por ação física
Ivermectina 0,5% loção	Cabelo seco, 10 min	Dose única	—	Pediculose; ≥ 6 meses (FDA/AAP), quando disponível

- **Não usar:** lindano (toxicidade neurológica); querosene, inseticidas domésticos ou produtos veterinários; escabicide repetido muitas vezes por conta do prurido residual (irrita a pele); raspar a cabeça como rotina; produtos "preventivos" para piolho (NHS).
- **Sarna crostosa** não é de manejo ambulatorial isolado: exige esquema combinado de permetrina 5% em noites consecutivas e ivermectina nos dias 1, 2 e 8 (podendo estender para 9 e 15, ou 9, 15, 22 e 29), segundo a SBP (o CDC também indica o esquema combinado), com especialista.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Sarna crostosa, sobretudo em imunodeprimido ou institucionalizado (tratamento combinado, isolamento e investigação da imunodepressão).
- Infecção secundária extensa com febre, celulite, linfangite ou toxemia.
- Lactente pequeno com doença extensa, recusa alimentar ou desidratação.
- Edema, urina escura, oligúria ou hipertensão nas semanas após escabiose infectada (glomerulonefrite pós-estreptocócica).
- Surtos em instituições (creches, abrigos): acionar a vigilância local para tratamento coordenado.

Como encaminhar

1. Iniciar o antibiótico se houver infecção com sinais sistêmicos e o transporte for demorado, após contato com o serviço.
2. Antitérmico e hidratação oral.
3. Informar o serviço sobre suspeita de sarna crostosa (precaução de contato).
4. Relatório com tratamentos já feitos (produto, técnica, datas) e situação dos contactantes.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Todos que moram na casa e têm contato próximo usam o remédio **na mesma noite**, mesmo sem coceira."
- "Passe o creme no corpo todo, inclusive entre os dedos, embaixo das unhas e nos genitais; na criança pequena, também no couro cabeludo e no rosto, sem pegar nos olhos e na boca."
- "A coceira pode continuar por 2 a 4 semanas; isso não quer dizer que o tratamento falhou. Não repita o remédio por conta própria."
- "Lave roupas e roupas de cama em água quente, ou guarde em saco plástico fechado por uma semana."
- Escola ou creche: na escabiose, a criança pode voltar após o primeiro tratamento (NHS: acima de 5 anos logo após iniciar, evitando contato próximo nas primeiras 24 h; menores de 5 anos 24 h após o primeiro tratamento; AEPap: no dia seguinte). Na pediculose, não há necessidade de afastamento.
- "Para piolho, o pente fino no cabelo molhado com condicionador é parte do tratamento. Repita conforme orientado e examine toda a família."
- Retornar se: lesões novas depois de 2 semanas; feridas com pus ou crostas amareladas; febre; inchaço no rosto ou nas pernas, urina escura ou pouca urina.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP / CDC	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Escabiose — primeira escolha	Permetrina 5%, 8–14 h, repetir em 7 dias; face e couro cabeludo na criança	CDC: permetrina 5% ≥ 2 meses, 8–14 h; 1 aplicação costuma bastar, 2 com 1 semana de intervalo se necessário	NHS: creme ou loção no corpo todo, repetir em 7 dias; < 2 anos avaliado pelo médico	Segue o NICE	AEPap: permetrina 5% > 2 meses, repetir em 7–10 dias
Ivermectina oral	200 mcg/kg, repetir em 7 dias; não < 15 kg	CDC: 200 mcg/kg, 2 doses com 7–14 dias; segurança < 15 kg não estabelecida	Não detalhada nas páginas do NHS	Segue o NICE	200 mcg/kg, repetir em 7–14 dias; evitar < 15 kg
< 2 meses	Enxofre 5–10%, 3 noites	Não aprovado permetrina < 2 meses	Encaminhar ao médico	Segue o NICE	Enxofre 6–10% ou crotamiton 10%
Contactantes	Todos, ao mesmo tempo	Contactantes próximos	Todos da casa, ao mesmo tempo	Segue o NICE	Todos, ao mesmo tempo
Pediculose — tratamento	Pente fino essencial; permetrina 1%, ivermectina, dimeticona	Permetrina 1% ≥ 2 meses, ivermectina 0,5% loção ≥ 6 meses, espinosade ≥ 6 meses, ivermectina oral > 15 kg (AAP 2022)	Pente fino molhado nos dias 1, 5, 9 e 13; loções se falhar	Segue o NICE	Não consultado
Escola	Desaconselha exclusão por piolhos	Nenhuma criança saudável deve ser afastada (AAP 2022)	Sem afastamento por piolhos	Segue o NICE	AEPap: retorno no dia seguinte ao tratamento da escabiose

Leitura: há convergência quanto à permetrina 5% como primeira escolha na escabiose a partir de 2 meses, à ivermectina oral 200 mcg/kg acima de 15 kg, ao tratamento simultâneo dos contactantes e à orientação de que o prurido persiste semanas após a cura. As diferenças estão no número de aplicações (duas de rotina na SBP, no NHS e na AEPap; uma, com segunda se necessário, no CDC) e nas alternativas para menores de 2 meses. Na pediculose, todas destacam a remoção mecânica e a resistência crescente aos piretroides; a AAP 2022 e o

NHS são os mais enfáticos contra o afastamento escolar e contra as políticas de "zero lêmdeas", posição também adotada pela SBP.

PONTOS PRÁTICOS

1. Escabiose se trata na família inteira, na mesma noite, com repetição em 7 dias.
2. Na criança pequena, a permetrina 5% inclui couro cabeludo e face; abaixo de 2 meses, enxofre precipitado 5–10%.
3. Ivermectina oral 200 mcg/kg só acima de 15 kg, com segunda dose em 7–14 dias.
4. Prurido residual por 2–4 semanas é esperado; lesões novas após 2 semanas sugerem falha, reinfestação ou contactante não tratado.
5. Sarna crostosa e escabiose infectada com febre ou celulite vão ao especialista ou ao hospital; lembrar da glomerulonefrite.
6. Pediculose: confirmar piolho vivo, pente fino sempre, permetrina 1% ou dimeticona; não afastar da escola.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Dermatologia. Infecções cutâneas parasitárias — aspectos clínicos e atualização terapêutica, Documento Científico nº 4, 2019. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics (Nolt et al.). Head lice — clinical report. Pediatrics, 2022. [PDF](#)
- Centers for Disease Control and Prevention. Clinical care of scabies. [cdc.gov](https://www.cdc.gov)
- American Family Physician. Lice and scabies — treatment update, 2019. [aafp.org](https://www.aafp.org)
- NHS. Scabies. [nhs.uk](https://www.nhs.uk)
- NHS. Head lice and nits. [nhs.uk](https://www.nhs.uk)
- Guía-ABE (Grupo de Patología Infecciosa da AEPap). Sarna, versão 1.1, 2021. [guia-abe.es](https://www.guia-abe.es)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.