

Parasitoses intestinais

Diagnóstico e tratamento das principais protozooses e helmintíases no Brasil, doses por idade e peso, política de desparasitação e complicações graves que exigem hospital

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

As parasitoses intestinais estão ligadas a saneamento, água e higiene e, no Brasil, persistem em áreas de maior vulnerabilidade. A maioria é leve ou assintomática e tratada em casa (●). O diagnóstico se faz pelo parasitológico de fezes — **três amostras** em dias diferentes aumentam a sensibilidade de cerca de 50% para 60–90% (SBP) — e pela fita adesiva perianal (método de Graham) na enterobíase.

Albendazol 400 mg em dose única (200 mg entre 1 e 2 anos) trata ascaridíase e ancilostomíase; na tricuriase podem ser necessários 3 dias. Na enterobíase, **repetir a dose após 2 semanas e tratar todos os moradores da casa**. Giardíase:

metronidazol 15 mg/kg/dia por 5–7 dias, ou tinidazol, secnidazol ou nitazoxanida.

Estrongiloidíase: **ivermectina 200 mcg/kg** (acima de 15 kg). Anemia por ancilostomídeo, diarreia prolongada com perda de peso ou disenteria exigem reavaliação próxima (●). **Encaminhar ao hospital** (●): suboclusão ou obstrução intestinal por áscaris, icterícia, colangite ou pancreatite por migração biliar, abscesso hepático ou colite amebiana grave, hiperinfecção por estrongiloides em imunossuprimidos, desidratação ou anemia graves.

Veja também, nesta Biblioteca: Verminoses em Pediatria (Aula), na área Estudantes.

1. O que é e como se apresenta

- **Transmissão:** fecal-oral (água, alimentos, mãos) — giárdia, ameba, áscaris, tricúris, oxiúros, toxocara (ovos de fezes de cães e gatos); penetração cutânea de larvas no solo — ancilostomídeos e *Strongyloides*.
- **Faixa etária:** pré-escolares e escolares; a enterobíase é comum em creches e escolas mesmo em famílias de melhor condição.
- **Quadro clínico por agente:**
 - **Giardíase:** diarreia aguda ou crônica, fezes volumosas e gordurosas, distensão, dor abdominal, flatulência; pode causar má absorção, intolerância à lactose secundária e déficit de crescimento.
 - **Amebíase (*Entamoeba histolytica*):** a maioria é portadora assintomática; colite com disenteria (fezes com muco e sangue, tenesmo); raramente abscesso hepático (febre, dor em hipocôndrio direito, hepatomegalia dolorosa). *E. coli*, *E. dispar* e *Endolimax nana* não são patogênicas.
 - **Ascaridíase:** geralmente assintomática; dor abdominal, eliminação de vermes; fase pulmonar (tosse, sibilância, infiltrado, eosinofilia — síndrome de Löfller); cargas altas causam suboclusão.

- **Ancilostomíase:** anemia ferropriva, hipoalbuminemia, prurido no local de penetração.
- **Tricuríase:** cargas altas causam disenteria crônica, anemia e prolapso retal.
- **Enterobíase (oxiuriase):** prurido anal noturno, irritabilidade, sono agitado; vulvovaginite em meninas.
- **Estrongiloidíase:** dor epigástrica, diarreia, urticária, larva *currens*, eosinofilia; autoinfecção permite persistência por décadas e, na imunossupressão (corticoide, HTLV-1, transplante), **hiperinfecção** com sepse por bactérias entéricas e alta mortalidade.
- **Toxocaríase (larva migrans visceral e ocular):** eosinofilia, hepatomegalia, febre, sibilância; forma ocular com perda visual unilateral e leucocoria.
- **Pistas:** eosinofilia sugere helmintos com fase tecidual (âscaris, ancilostomídeos, *Strongyloides*, toxocara); protozoários não causam eosinofilia.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Assintomático ou sintomas leves (dor abdominal, prurido anal, diarreia leve), hidratado, crescimento adequado, sem anemia importante	Tratamento oral em casa, medidas de higiene, tratamento dos contactantes quando indicado
● Moderada	Diarreia prolongada com perda de peso, intolerância à lactose secundária, disenteria sem toxemia, anemia ferropriva moderada, eosinofilia elevada, síndrome de Löffler leve, dor abdominal recorrente com eliminação de muitos vermes	Tratamento oral com reavaliação em 48–72 h (disenteria) ou em 2–4 semanas (anemia, crescimento); ferro; controle de cura
● Grave	Vômitos, distensão, cólica e massa palpável (suboclusão por âscaris); icterícia, dor em hipocôndrio direito, febre (colangite, abscesso hepático); pancreatite; colite amebiana grave; desidratação grave; anemia grave com repercussão; imunossuprimido com febre, diarreia e sintomas respiratórios (hiperinfecção por <i>Strongyloides</i>); toxocaríase ocular ou neurológica	Encaminhar ao hospital: hidratação venosa, jejum e sonda gástrica na obstrução, avaliação cirúrgica, imagem e antimicrobianos conforme o caso

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Desnutrição, idade < 2 anos, anemia prévia, pica.
- Imunossupressão: corticoide sistêmico, quimioterapia, transplante, HTLV-1 — risco de hiperinfecção por *Strongyloides*.
- Ausência de saneamento, água não tratada, andar descalço, contato com cães e gatos não vermifugados.

3. Diagnóstico no consultório

- **Parasitológico de fezes:** três amostras em dias diferentes (SBP); preferir métodos de concentração (Hoffman/Lutz, Faust para cistos, Baermann-Moraes para larvas de *Strongyloides*). Kato-Katz quantifica ovos.
- **Enterobíase:** fita adesiva perianal (Graham) pela manhã, antes do banho, em 3 dias; o parasitológico comum raramente detecta.
- **Estrongiloidíase:** sensibilidade baixa do exame direto; Baermann-Moraes e sorologia (SBP) aumentam o rendimento. **Rastrear ou tratar empiricamente antes de corticoide prolongado ou imunossupressão** (SBP, CDC).
- **Amebíase:** a microscopia não distingue *E. histolytica* de *E. dispar*; antígeno fecal ou PCR quando disponíveis. Ultrassonografia na suspeita de abscesso hepático.
- **Toxocaríase:** hemograma (eosinofilia), sorologia (ELISA), avaliação oftalmológica.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Diarreia crônica: doença celíaca, intolerância à lactose, alergia à proteína do leite de vaca, doença inflamatória intestinal.
- Disenteria: shigelose, *Campylobacter*, *E. coli* enteroinvasiva e produtora de toxina Shiga (síndrome hemolítico-urêmica).
- Obstrução intestinal: invaginação, volvo, bridas, fecaloma.
- Prurido anal: dermatite de fraldas, candidíase, dermatite estreptocócica perianal, abuso sexual.

4. Tratamento em casa

PARASITO	MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO E DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
<i>Ascaris</i> , ancilostomídeos	Albendazol	400 mg (200 mg de 1 a 2 anos)	Dose única	SBP, MS, OMS; alternativa mebendazol 100 mg 12/12 h por 3 dias
<i>Trichuris</i>	Albendazol	400 mg	1x/dia por 3 dias (SBP até 3–7 dias nas cargas altas)	Mebendazol 100 mg 12/12 h por 3 dias (CDC)
<i>Enterobius</i>	Albendazol	400 mg (200 mg de 1 a 2 anos)	Dose única, repetir em 2 semanas	Alternativas: mebendazol 100 mg dose única repetida em 2 semanas; pamoato de pirvínio 10 mg/kg dose única (SBP); tratar todos os moradores
<i>Strongyloides</i>	Ivermectina	200 mcg/kg	1x/dia por 1–2 dias (SBP 2 dias)	Somente ≥ 15 kg; alternativa albendazol 400 mg 12/12 h por 7 dias (CDC)
<i>Toxocara</i> (visceral)	Albendazol	400 mg	12/12 h por 5 dias (SBP)	Forma ocular: tratamento especializado com corticoide
<i>Giardia</i>	Metronidazol	15 mg/kg/dia (máx. 250 mg/dose)	8/8 h por 5–7 dias	Gosto metálico; evitar com álcool (adolescentes)
<i>Giardia</i>	Tinidazol	50 mg/kg (máx. 2 g)	Dose única	A partir de 3 anos
<i>Giardia</i>	Secnidazol	30 mg/kg (máx. 2 g)	Dose única	SBP; bula
<i>Giardia</i>	Nitazoxanida	7,5 mg/kg/dose (ou por idade: 1–3 anos 100 mg; 4–11 anos 200 mg; ≥ 12 anos 500 mg)	12/12 h por 3 dias	A partir de 1 ano; urina pode ficar esverdeada
<i>E. histolytica</i> invasiva (colite)	Metronidazol	35–50 mg/kg/dia (máx. 750 mg/dose)	8/8 h por 7–10 dias	Seguir com amebicida luminal (etofamida ou teclozana, conforme bula; paromomicina onde disponível)

PARASITO	MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO E DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
<i>E. histolytica</i> invasiva	Tinidazol ou secnidazol	Tinidazol 50 mg/kg/dia (máx. 2 g) por 3 dias; secnidazol 30 mg/kg dose única	—	Tinidazol a partir de 3 anos; também seguir com agente luminal
<i>E. histolytica</i> , portador assintomático	Amebicida luminal	Conforme bula	—	Tratar apenas <i>E. histolytica</i> confirmada ou provável
<i>Taenia</i>	Praziquantel	5–10 mg/kg	Dose única	Controle de ovos em 1 e 3 meses (SBP); na <i>T. solium</i> com sintomas neurológicos, afastar neurocisticercose antes (risco de convulsões)
<i>Hymenolepis nana</i>	Praziquantel	25 mg/kg	Dose única	Pode ser necessário repetir em 10 dias

- **Nitazoxanida** tem amplo espectro (protozoários e helmintos) e é alternativa prática, 7,5 mg/kg 12/12 h por 3 dias (SBP); não substitui a ivermectina na estrogiloidíase nem o albendazol como primeira escolha nos geo-helmintos.
- **Albendazol em menores de 2 anos:** 200 mg (metade da dose), a partir de 1 ano, conforme OMS e Ministério da Saúde; abaixo de 1 ano, avaliar caso a caso.
- **Ivermectina:** segurança não estabelecida abaixo de 15 kg (CDC).
- **Enterobíase — medidas de higiene** por pelo menos 2 semanas após o tratamento: unhas curtas, lavar as mãos, banho matinal, troca e lavagem de roupas íntimas, de cama e toalhas; os ovos sobrevivem cerca de 2 semanas no ambiente (NHS).
- **Controle de cura:** parasitológico 7, 14 e 21 dias após o tratamento nas infecções sintomáticas, ou repetir o tratamento se não for possível (SBP). Tratar a família nas helmintíases, principalmente na enterobíase (SBP).
- **Suporte:** hidratação oral, retirada temporária de lactose se houver intolerância secundária, ferro na anemia (hemograma e ferritina na ancilostomíase e na tricurfase maciça).
- **Não usar:** antiparasitário repetido sem diagnóstico em criança com dor funcional; ivermectina em menores de 15 kg; anti-helmíntico no quadro de obstrução por áscaris (a morte dos vermes pode piorar o enovelamento) antes da resolução da obstrução.

Tratamento coletivo (desparasitação em massa)

- A OMS e o Ministério da Saúde (Guia Prático para o Controle das Geo-helmintíases, 2018) recomendam tratamento coletivo com albendazol em escolares conforme a prevalência local: > 50%, duas vezes ao ano; 20–50%, uma vez ao ano; < 20%, tratar apenas os casos positivos.

- Há divergência entre documentos da SBP: o Guia Prático de 2020 (Gastroenterologia e Infectologia) registra que o Brasil deixou a situação endêmica de geo-helmintíases em 2016, sem necessidade de administração em massa em nível nacional; o documento de Pediatria Ambulatorial (2020) admite tratamento empírico de amplo espectro 2 a 3 vezes ao ano em áreas de risco. Na prática, a decisão depende da prevalência local e das condições de saneamento.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Suboclusão ou obstrução intestinal por áscaris:** cólicas, vômitos (às vezes com vermes), distensão, massa palpável, parada de eliminação de fezes. No hospital: hidratação venosa, sonda nasogástrica, óleo mineral por sonda até eliminação retal e anti-helmíntico somente após a resolução; cirurgia se houver sinais de isquemia, perfuração ou volvo (SBP).
- **Migração biliar ou pancreática de áscaris:** icterícia, dor em hipocôndrio direito, febre (colangite), dor epigástrica intensa (pancreatite).
- **Abscesso hepático amebiano** ou colite amebiana grave (disenteria com toxemia, distensão, suspeita de megacólon tóxico).
- **Hiperinfecção por *Strongyloides*:** imunossuprimido com febre, diarreia, dor abdominal, tosse, infiltrado pulmonar, sepse por gram-negativos ou meningite.
- Desidratação moderada a grave ou vômitos incoercíveis.
- Anemia grave com taquicardia, dispneia ou insuficiência cardíaca.
- Toxocaríase com acometimento ocular (encaminhamento oftalmológico) ou neurológico.

Como encaminhar

1. Jejum e, se houver vômitos e distensão, posição lateral; não administrar anti-helmíntico na suspeita de obstrução.
2. Acesso venoso e soro fisiológico 20 mL/kg se houver sinais de desidratação grave ou choque.
3. Oxigênio se houver desconforto respiratório ou anemia grave com instabilidade.
4. Contatar o serviço de destino (cirurgia pediátrica na obstrução ou migração biliar); SAMU (192) se houver instabilidade.
5. Relatório com exames, parasitos identificados, medicamentos já administrados e uso de imunossupressores.

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

- "Os vermes passam pelas fezes e pela terra: lave as mãos após usar o banheiro e antes de comer, lave bem frutas e verduras, use água tratada ou fervida e calçados."

- "No caso do oxiúro, toda a família toma o remédio junto e repete em 2 semanas; unhas curtas, banho de manhã e troca de roupas de cama."
- Retorno para controle de cura e, se houver anemia, para acompanhar o hemograma em 4–8 semanas.
- Procurar o pronto-socorro se: vômitos repetidos, barriga inchada e dura, cólicas fortes, parada das fezes; olhos ou pele amarelados; sangue nas fezes com febre alta ou prostração; sinais de desidratação; palidez intensa com cansaço ou falta de ar.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Geo-helmintos	Albendazol 400 mg dose única (200 mg < 2 anos)	CDC: albendazol 400 mg; mebendazol 100 mg 12/12 h 3 dias ou 500 mg	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	Mebendazol ou albendazol; albendazol na bula espanhola > 6 anos, OMS a partir de 1 ano (Guía-ABE)
Enterobíase	Albendazol ou mebendazol, repetir em 2 semanas; tratar a família	CDC: dose única repetida em 2 semanas	Mebendazol para todos da casa ≥ 2 anos; higiene por 2 semanas (NHS)	Segue o NICE	Mebendazol ou pamoato de pirantel, repetir em 2 semanas; tratar toda a família
Giardíase	Metronidazol 15 mg/kg/dia 5–7 dias; tinidazol, secnidazol, nitazoxanida	CDC: metronidazol, tinidazol ou nitazoxanida	—	Segue o NICE	Metronidazol 15 mg/kg/dia (máx. 250 mg/dose) 5–7 dias; tinidazol dose única
Estrongiloidíase	Ivermectina 200 mcg/kg por 2 dias; prolongar na hiperinfecção	CDC: ivermectina 200 mcg/kg 1–2 dias; ≥ 15 kg; rastrear antes de imunossupressão	—	Segue o NICE	Ivermectina 200 mcg/kg (≥ 15 kg)
Tratamento coletivo	MS/OMS: por prevalência (> 50% 2x/ano; 20–50% 1x/ano)	—	—	—	—

Leitura: as doses de albendazol, mebendazol, metronidazol e ivermectina são semelhantes entre SBP, CDC e a referência espanhola; há consenso em repetir o tratamento da enterobíase após 2 semanas, tratar toda a família e respeitar o limite de 15 kg para a ivermectina. As diferenças estão na idade mínima do albendazol (1 ano pela OMS, MS e SBP; bula espanhola mais restritiva) e na maior variedade de opções usadas no Brasil (secnidazol, nitazoxanida, pamoato de pirvínio). O tratamento coletivo é uma política de saúde pública de países endêmicos (OMS, MS), sem equivalente nas referências dos EUA, do Reino Unido e da Espanha.

PONTOS PRÁTICOS

1. Peça três amostras de fezes e a fita adesiva quando suspeitar de oxiúros; um exame negativo não exclui parasitose.
2. Albendazol 400 mg dose única; 200 mg entre 1 e 2 anos.
3. Enterobíase: tratar toda a casa e repetir em 2 semanas, com higiene rigorosa.
4. Antes de corticoide prolongado ou imunossupressão, pense em *Strongyloides*: rastrear ou tratar com ivermectina (≥ 15 kg).
5. Na suspeita de obstrução por áscaris, não dê anti-helmíntico — encaminhe ao hospital.
6. Portador de *E. dispar* ou *E. coli* não precisa de tratamento; a colite amebiana exige metronidazol seguido de amebicida luminal.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamentos de Gastroenterologia e Infectologia. Parasitoses intestinais — diagnóstico e tratamento, Guia Prático de Atualização, 2020. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Pediatria Ambulatorial. Parasitoses intestinais, Documento Científico, 2020. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Guia prático para o controle das geo-helmintíases, 2018. [PDF](#)
- World Health Organization. Soil-transmitted helminth infections (fact sheet). [who.int](#)
- CDC. Clinical care of soil-transmitted helminths. [cdc.gov](#)
- CDC. Clinical care of Strongyloides. [cdc.gov](#)
- NHS. Threadworms. [nhs.uk](#)
- Guía-ABE. Parasitosis intestinales, 2021; Antiparasitarios en pediatría, 2022. [Parasitosis](#); [Antiparasitarios](#)

- AEP/SEGHNP. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2023 (capítulo Parasitosis intestinales). [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

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

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

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.