

PEDICULOSE EM EXCEPCIONAIS: TRATAMENTO NÃO IATROGÊNICO

MARIZA HELENA MENDONÇA MUARREK¹
ANGELA DE ALENCAR A. FAÇANHA²
ANDREIA FAIÇAL³
CELSO KONDA³
EDUARDO CRIVELARI BAISCH³
LEONARDO BARBI³
REGINA M.G. GINDE³
RENATA M. MUARREK³
RICARDO FAISSAL MENDONÇA MUARREK³
SALETE YATABE³
MARGARETH A. ANDRADE⁴

MUARREK, M.H.M. et al. Pediculose em excepcionais: tratamento não iatrogênico. *Semina: Ci. Biol./Saúde*, Londrina, v. 13, n. 2, p. 96 - 101, jun. 1992.

RESUMO

Os autores apresentam um trabalho multidisciplinar realizado por docentes e discentes de Medicina e Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, na Escola Especial Santa Rita da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Londrina, em 1990. Foram atendidos no ambulatório do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná 141 excepcionais e detectados 35 casos (24,83%) de Pediculose. Optou-se por um esquema terapêutico fácil, viável, barato e o menos iatrogênico possível. Os resultados observados nas visitas domiciliares e nos retornos ambulatoriais mostraram eficácia do tratamento em todos os casos, sem efeitos colaterais.

PALAVRAS-CHAVE: *Pediculosis capitis; Dermatozooses; Ectoparasitoses.*

1 - INTRODUÇÃO

A pediculose do couro cabeludo é hoje, segundo LINDARDI et al (1988), a principal ectoparasitose infanto-juvenil, sendo que a partir de 1970 tem havido no mundo inteiro o recrudescimento dos piolhos, através de surtos repetidos.

As causas principais deste fato, segundo o mesmo autor, são:-

- promiscuidade nos centros urbanos;
- falta de inspeção e orientação de rotina em determinados grupos como os de idade pré-escolar e escolar que funcionam como reservatórios;
- indiferença das autoridades de saúde, ignorando a infestação;
- desenvolvimento de resistência dos parasitos aos piolhidas habituais, cada vez mais tóxicos.

Na nossa experiência, observamos que há também preocupação em só "receitar remédios", sem haver o enfoque epidemiológico e profilático necessários.

As consequências da infestação por *Pediculus capitis* incidem sobre a criança e os pais que se envergonham e ocultam a infestação, por existir um certo estigma relacionado à idéia de falta de higiene embutida no diagnós-

tico; isto, garante a sobrevivência e disseminação dos piolhos, ocorrendo um sistema de "feed-back", realimentando a infestação.

As crianças pagam o maior tributo pela hematofagia constante; os piolhos alimentam-se de sangue e podem levar à anemia, perturbação do sono por prurido constante, irritação do couro cabeludo com infecções secundárias (impetigos) e, às vezes, até alopecias localizadas. Como as infestações maciças ocorrem também com mais frequência em crianças de grupos sócio-econômicos menos favorecidos, podem colaborar até para a diminuição do rendimento escolar HURWITZ (1981).

O *Pediculus capitis* é um pequeno ectoparasito que mede de 2,4 a 2,7 mm e habita o couro cabeludo; são pouco numerosos, em geral até 10 piolhos, bem aderidos, fixados aos pêlos pelas garras especiais localizadas nas extremidades de cada uma de suas pernas. Isto dificulta o diagnóstico que será confirmado segundo SAMPAIO et al (1989) pela presença de ovos (lêndeas) facilmente reconhecíveis, fixadas na haste do cabelo e pelo encontro dos parasitos; a coçadura pode determinar escoriações e infecções do couro cabeludo o que, frequentemente, ajuda o médico ou até mesmo os professores a pensar no diagnóstico de Pediculose.

- 1 - Médica dermatologista, Departamento Materno-Infantil e Saúde Comunitária, Hospital Universitário/CCS - Universidade Estadual de Londrina, Caixa Postal 6001, CEP 86051-970, Londrina - Paraná - Brasil
- 2 - Departamento de Enfermagem/CCS - Universidade Estadual de Londrina, Caixa Postal 6001, CEP 86051-970, Londrina - Paraná - Brasil
- 3 - Acadêmicos de Medicina, Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina
- 4 - Acadêmica de Enfermagem, Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina

Daf a necessidade de se pensar sempre em Pediculose, quando se examina principalmente crianças com queixa de prurido na cabeça, pois, estamos frente a uma endemo-epidemia.

O ciclo de ovo a adulto dura em média 4 semanas. O piolho vive sobre o hospedeiro cerca de 40 dias e fora dele, somente poucas horas. Não há influência do tamanho dos cabelos e sim do diâmetro dos fios, sendo melhor para a implantação dos parasitos os cabelos mais espessos e curtos (acima de 0,8 cm).

O modo de transmissão pode ser direto ou indireto. O direto é efetivado através de pessoas infestadas, o que é facilitado entre as crianças por meio de escolas superlotadas, transporte escolar, brincadeiras infantis, coabitação em pequenas residências, ocupação de uma mesma cama por duas ou mais pessoas da mesma família.

A transmissão indireta pode ocorrer através de objetos de pessoas infestadas como: pentes, escovas, bonés, chapéus, fronhas. Lembrar que os piolhos passam mais facilmente de uma cabeça para outra, quando os cabelos são curtos, LINARDI et al (1988).

Autores como CAMPOS et al (1981), OBADIA (1982), PATRUS et al (1983), SAMPAIO et al (1989) e SASAKI & CORTEZ (1985) dentre tantos outros, efetuaram tratamento de pediculose utilizando terapêutica medicamentosa clássica.

Sabemos que a automedicação, que é uma prática habitual em nosso país, frequentemente é excessiva, incorreta e até tóxica, podendo levar a acidentes importantes. Estes aspectos são ainda mais relevantes nos excepcionais por apresentarem maior dificuldade de higienização com maior possibilidade de complicações e, principalmente, mais chances de efeitos colaterais tóxicos.

2 – OBJETIVOS

- Verificar incidência de pediculose entre os alunos da Escola Especial Santa Rita da APAE – Associação de Pais e Amigos de Excepcionais, de Londrina.
- Tratar os portadores de pediculose com métodos o menos iatrogênico possível.

3 – MATERIAL E MÉTODO

A população alvo é constituída de 141 alunos excepcionais matriculados em 1990 na Escola Especial Santa Rita da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Londrina, de ambos os sexos e faixa etária de zero a vinte e cinco anos, independente do tipo de deficiência mental apresentada.

O estudo da Pediculose da cabeça nesta população constitui um dos vários aspectos clínicos analisados nestes alunos especiais por uma mesma equipe, constituída de docentes e discentes da Medicina, Farmácia e Bioquí-

mica e Enfermagem. Trata-se de um trabalho multidisciplinar desenvolvido no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, onde são efetuados os atendimentos clínicos, consultas médicas e de enfermagem e os exames laboratoriais solicitados. Os exames clínicos são realizados semanalmente, às quartas-feiras, período vespertino. Por se tratar de alunos excepcionais, comparecem ao hospital sempre acompanhados pelos responsáveis, independente da idade.

O atendimento inicial é realizado pela enfermagem com verificação de sinais vitais, peso, estatura, exame físico e orientações sobre os cuidados de higiene e saúde.

A seguir, a equipe médica efetua a anamnese, com o preenchimento da ficha individual de coleta de dados, o exame clínic, exames laboratoriais, tratamento e orientações necessárias (Anexo 1).

Os retornos foram realizados com 7 (sete) e 15 (quinze) dias de intervalo.

A detecção do *Pediculus capitis* foi feita através de exame clínic do couro cabeludo e confirmado pela retirada de um fio de cabelo parasitado e enviado para exame.

Utilizou-se como esquema de tratamento o controle por métodos mais naturais, sem o uso de inseticidas; este esquema terapêutico é fácil, viável, barato e o menos iatrogênico possível.

Consta de uso de óleo (comum, de cozinha) na cabeça, seguido de penteação, com pente fino, e catação manual. Lavagem com um sabonete à base de enxofre e ácido salicílico.

A seguir, passar ácido acético de uso doméstico (vinagre) e limão, em partes iguais; após 30 minutos, nova lavagem, seguida de penteação com pente fino para retirada e quebra de lêndeas.

Repetição deste esquema, uma (1) vez por dia, durante 3 (três) a 5 (cinco) dias, dependendo do grau de infestação. Tratar novamente após uma semana, durante 2 (dois) dias.

Quando a família tem secador de cabelos, sugerimos também aquecimento (ar quente) durante 20 (vinte) minutos.

Orientar e tratar todos os contactantes.

Orientação epidemiológica, profilática e de tratamento às famílias, através do acompanhante, durante a consulta e durante as visitas domiciliares.

Orientação semelhante junto também à APAE, através de reuniões com funcionários, professores e diretoria.

4 – RESULTADOS

Dos 141 alunos excepcionais da Escola Especial Santa Rita da Associação de Pais e Amigos de Excepcionais de Londrina, 35 apresentaram pediculose, perfazendo o percentual de 24,83%. A maior incidência 13,48% no sexo masculino pode ser observado na Tabela 1.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEPCIONAIS QUE APRESENTARAM PEDICULOSE, SEGUNDO O SEXO

SEXO	PEDICULOSE		SEM PEDICULOSE		COM PEDICULOSE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MASCULINO	63	44,68	19	13,48	32	68,16		
FEMININO	43	30,49	16	11,35	59	41,84		
TOTAL	106	75,17	35	24,83	141	100,0		

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEPCIONAIS QUE APRESENTARAM PEDICULOSE, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA

IDADE	PEDICULOSE		CRIANÇA SEM PEDICULOSE		CRIANÇA COM PEDICULOSE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 3	3	2,83	4	2,13	7	4,96		
3 — 6	10	7,08	8	5,66	18	12,77		
6 — 9	23	16,32	7	4,96	30	21,28		
9 — 12	36	24,82	9	6,38	44	31,20		
12 — 15	16	11,25	2	1,42	18	12,77		
15 — 18	7	4,95	4	2,84	11	7,80		
18 — 21	11	7,89	2	1,42	13	9,22		
TOTAL	106	75,17	36	24,83	141	100,00		

O tratamento realizado conforme a prescrição médica do método menos iatrogênico nos portadores de pediculose, reforçado na pós-consulta médica pela equipe de enfermagem, nas visitas domiciliares e nos retornos do ambulatório, levou à total erradicação dos parasitos e satisfação dos familiares com a utilização do "velho método".

5 - DISCUSSÃO

A incidência de pediculose do couro cabeludo entre os alunos excepcionais da Escola Especial Santa Rita da APAE de Londrina, foi bastante elevada (24,83%), mostrando praticamente 25% da população alvo do nosso trabalho multidisciplinar como portadora desta importante dermatozofase. Estes resultados estão de acordo com os dados da literatura, que referem a pediculose da cabeça atualmente como a principal ectoparasitose infantil, HURWITZ (1981), LINARDI et al (1988), SAMPAIO et al (1989).

Há inclusive na literatura nacional, afirmação de que existe atualmente uma endemo-epidemia de pediculose do couro cabeludo em nosso meio (SAMPALIO et al, 1989).

Com relação à faixa etária, os dados encontrados também corroboram os referidos na literatura, com uma distribuição maior de crianças parasitadas entre 9 e 12 anos de idade. Os achados de CAMPOS et al (1989), HURWITZ (1981), LINARDI et al (1988), SAMPAIO et al (1989), mostram que as crianças e os jovens são mais frequentemente parasitados que os adultos, com uma faixa etária predileta de 7 a 12 anos.

Nos nossos resultados, a distribuição da pediculose da cabeça, em relação ao sexo dos hospedeiros, foi discretamente superior no sexo masculino, embora na nossa população de 141 alunos excepcionais tenha também havido um número maior de alunos do sexo masculino (82 : 59).

A literatura é unânime em afirmar predominância do parasitismo no sexo feminino em diversos locais do mundo, relacionada principalmente com hábitos culturais e de higiene pessoal.

HOFFMANN, citado por LINARDI et al (1988) observou ligeiro predomínio da pediculose em mulheres acima de 15 anos mas, uma infestação três vezes maior em mulheres acima de 40 anos.

Em relação ao método de tratamento, sem inseticidas, medicamentos agressivos e/ou tóxicos (lembrar que sabonete de enxofre pode ser usado até em bebês), constatamos o que já conhecíamos através de experiência clínica pessoal há anos; o método é mais demorado e trabalhoso, tanto para o médico que faz a orientação, como para a família que vai executá-la, mas é barato, viável, efetivo e principalmente, sem riscos de acidentes tóxicos, portanto de real valor médico e social.

A catação manual, penteação com pente fino, escovação, uso de ar quente por alguns minutos (secadores), óleos e cremes nos cabelos, são referidos, de longa data, como de reconhecido valor no controle desses ectoparasitos HURWITZ (1981), LINARDI et al (1988).

Os óleos e cremes após os banhos criam, segundo estes autores um ambiente desfavorável aos parasitos, tornando os fios de cabelo escorregadios impedindo a aderência por parte das garras dos adultos e ninfas ou dos cementos dos ovos. No nosso trabalho, observamos que todas estas etapas acima são muito importantes para a erradicação dos piolhos e lêndeas.

Há opiniões contraditórias entre diversos autores a respeito da ação do ácido acético (vinagre) sobre o cimento que liga os ovos (lêndeas) aos cabelos. LINARDI et al (1988) refere não haver boa ação; HURWITZ (1981) com vasta experiência de Titular de Pediatria e Dermatologia Pediátrica da "Yale University School of Medicine", analisa com detalhes, a ação eficaz do ácido acético dissolvendo a substância cementante que fixa as lêndeas aos cabelos.

Na nossa observação, tanto pessoal como no trabalho multidisciplinar que estamos apresentando, constatamos ser de grande valia o uso do ácido acético para ajudar na eliminação das lêndeas.

Aos responsáveis pelos locais com agrupamentos de crianças (escolas, especiais ou não, creches, enfermarias infantis, etc) achamos interessante sugerir a inclusão no calendário, na programação das atividades, um dia fixo, a cada 3 meses por exemplo, para aplicar este esquema de tratamento não iatrogênico, iniciando-se com a catação manual (e inclusão dos parasitos em álcool) realizada por todos da comunidade, pais, professores, funcionários, simultaneamente, como atividade em grupo, aproveitan-

do a ocasião para melhor orientar todas as pessoas envolvidas nos elos epidemiológicos desta infestação.

6 – CONCLUSÃO

– A incidência de pediculose do couro cabeludo encontrada entre os 141 alunos excepcionais estudados na APAE de Londrina, em 1990, foi de 35 casos, ou seja, 24,83%;

– A faixa etária predominante foi de 9 a 12 anos de idade, apresentando também um percentual importante entre 3 e 6 anos;

– A distribuição da pediculose foi de 19 casos (13,48%)

no sexo masculino e de 16 casos (11,35%) no sexo feminino, para uma população alvo com predomínio do sexo masculino: 82 em 141 (58,16%);

– A cura da ectoparasitose foi conseguida por métodos considerados sem toxicidade, com um esquema de tratamento o menos iatrogênico possível, sem o uso de inseticidas (piolhidas);

– Os 35 alunos portadores de pediculose (24,83%) apresentaram, nos retornos ambulatoriais e nas visitas domiciliares, total erradicação dos parasitos;

– Nenhum efeito colateral foi observado e a cura através do esquema terapêutico usado, satisfez plenamente a todos os envolvidos.

MUARREK, M.H.M. et al. Pediculosis capitis in mentally deficient non-iatrogenical treatment. **Semina: Ci. Biol./Saúde**, Londrina, v. 13, n. 2, p. 96 - 101, June 1992.

ABSTRACT

The authors present a multidisciplinary work accomplished by professors and students from Medicine and Nursing courses at "Universidade Estadual de Londrina", and Santa Rita Special School in Londrina, in 1990. That school is linked to the mentally Deficient Parents and Friends Association also in Londrina. We studied 141 Mentally Deficient students at the North Paraná University Regional Hospital Ambulatory and we detected 35 cases (24,83%) of Pediculosis. We also tried a non-expensive, easy and accessible treatment with as less iatrogenic as possible. The results observed in home visits and in the ambulatory showed the efficiency and validity of the treatment in all the cases without parallel effects.

KEY WORDS: *Pediculosis capitis; Dermatozoiasis; Ectoparasitosis.*

ANEXO I

UEL - CCS

Dept^{os}. MISC - PALD - ENF

Data: _____ Data nasc.: _____
Nome: _____ reg. HU: _____
Sexo: 1 () masc. Idade: 1 () anos
2 () fem. 2 () meses
Idades: do pai 1 () da mãe 2 ()
Cáries dentárias: sim () 1 não () 2
Endereço: _____
Diagnóstico: _____

I. Renda familiar (em salários mínimos):

1. () 1-2 sm
2. () 3-4 sm
3. () 5-6 sm
4. () 6 sm

II. Número de pessoas na família:

1. () 2
2. () 3-5
3. () 6-8
4. () = 9

III. Condições de higiene pessoal:

1. () boa
2. () regular
3. () má

IV. Atividade física:

1. () boa
2. () regular
3. () má

V. Comunicação

1. () boa
2. () regular
3. () má

VI. É portador de alergia?

1. () sim
2. () não

VII. Local da alergia:

1. () pé
2. () pulmão

3. () nariz
4. () gastrointestinal
5. () outros

VIII. Causa da alergia:

1. () picada de inseto
2. () medicamentos
3. () alimentos
4. () produtos de higiene
5. () outros
6. () não sabe

IX. Apresenta infecção de repetição:

1. () sim
2. () não

X. Tipo de infecção:

1. () pele
2. () pulmão
3. () amigdalite
4. () otite
5. () diarreia
6. () outras

XI. Dor no baixo ventre:

1. () sim
2. () não

XII. Dor lombar:

1. () sim
2. () não

XIII. Teve diarreia ultimamente:

1. () sim
2. () não

Quanto tempo? _____

Usou medicamentos?

1. () sim
2. () não

XIV. Teve hepatite (icterícia)?

1. () sim
2. () não

Tipo: _____

XV. Submeteu-se a transfusão sanguínea?

1. () sim
2. () não

Há quanto tempo? _____

XVI. Faz uso de medicamentos injetáveis?

1. () sim
2. () não

XVII. Tipo de medicamentos:

1. () antimicóticos
2. () antihistamínicos
3. () antibióticos
4. () corticóides
5. () anticonvulsivantes
6. () antiinflamatórios
7. () tranquilizantes
8. () estimulantes
9. () sulfas
10. () outros

Por quanto tempo?

1. () dias
2. () meses
3. () anos

Condições de gravidez, parto e infecções maternas:-

XVIII. Tem contato com animais?

1. () sim
2. () não

XIX. Tem contato com terra?

1. () sim
2. () não

XX. Lesões de pele agudas?

1. () sim
2. () não

Por quanto tempo?

1. () dias
2. () meses

XXI. Lesões de pele crônicas?

1. () sim
2. () não

Por quanto tempo?

1. () meses
2. () anos

XXII. Tem familiares com lesões semelhantes?

1. () sim
2. () não

XXIII. Exame físico:

Sinais vitais:

PA:

FC:

Pulso:

FR:

Temperatura:
Exame dermatológico:
Espessura da pele:

1. () normal
2. () fina
3. () grossa

Lubrificação natural:

1. () normal
2. () seca
3. () oleosa
4. () mista

Cabeça:

couro cabeludo:
cabelos:

Descrição da lesão dermatológica: _____

Como e quando se iniciou a lesão? _____

Outras alterações: _____

Interdígito dos pés 3º e 4º:

1. () com lesão
2. () sem lesão

XXIV. Exames laboratoriais:

Coleta

1. () sim
2. () não

Resultados:

1. Parasitológico de fezes: _____

2. Pesquisa de rotavírus: _____

3. IgG _____

IgA _____

IgM _____

Ig _____

4. Marcadores de hepatite:

AgHbS
AntiHBS
AgHBe
AntiHAN IgG
AntiHBc
AntiHAN IgM
AntiHBr

5. Hemograma: _____

6. Urina I: _____

7. Urocultura: _____

8. Pesquisa de IgA secretora: _____

XXV. Diagnósticos:

1. Dermatológico: _____

2. Imunológico: _____

3. Microbiológico: _____

4. Tratamento e orientação: _____

XXVI. Retornos:

1. () sim Para: _____ Data: ____/____/____

2. () não

Ficha preenchida por: _____

Data do atendimento ____/____/____

Assinatura: _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, R.; MOREIRA, A.A.B.; CASTILHO, V.L.P.; AMATO NETO, V.; FRANÇA, I.L.; MONTEIRO, C.J.A. Cura da Pediculose da cabeça por meio do cotrimoxazol administrado pela via oral. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*, v. 23, n. 1, p. 28-30, jan./fev. 1981.

HURWITZ, S. *Clinical Pediatric Dermatology*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1981. Cap. 14. Insect bites and parasitic infestations. p. 311-315.

LINARDI, P.M.; BOTELHO, J.R. MARIA, M.; CUNHA, H.C. Crendices e falsos conceitos que dificultam ações profiláticas contra o piolho e a Pediculose capitis. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 64, n. 6, p. 248-255, jun. 1988.

OBADIA, I. Pediculose do couro cabeludo. Tratamento com o gama-hexacloroxi-clohexano. *Rev. Bras. Med.*, São Paulo, v. 39, n. 11, p. 709-712, nov. 1982.

PATRUS, O.A.; ANDRADE, P.M.; GROSSI, M. Ensaio terapêutico duplo-cego com Decametrina (derivado peritróide) no tratamento da pediculose do couro cabeludo. *Rev. Bras. Med.*, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 221-226, jun. 1983.

SAMPAIO, S.A.P. CASTRO, R.M.; RIVITTI, E.A. *Dermatologia Básica*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1989. Cap. 27: Leishmaniose Tegumentar Americana e outras dermatoses zoonosomas. p. 380-381.

SASAKI, N.M.; CORTEZ, J.R.B. Avaliação Clínica do uso da Decametrina no tratamento da pediculose do couro cabeludo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 300-303, ago., 1985.

Recebido para publicação em 13/11/1991