

# ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO SURTO DE DERMATITE PRURIGINOSA NA PROVÍNCIA DA LUNDA-SUL, ANGOLA

ANALYSIS OF THE OUTBREAK OF PRURIGINOUS DERMATITIS IN THE LUNDA-SUL PROVINCE, ANGOLA

Arieth da Cruz<sup>1</sup>, Emanuel Catumbela<sup>2</sup>

1. Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto

2. Departamento de Microbiologia, Patologia e Meios de Diagnóstico, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto

Recebido: 18.02.2025 - Aceite: 21.05.2025

## Resumo

**Introdução:** A avaliação epidemiológica de surtos é fundamental para entender a extensão, a origem e a dinâmica da propagação da doença, permitindo uma resposta eficiente e eficaz. O objectivo do estudo foi identificar os tipos de dermatites pruriginosas notificadas na Província da Lunda-Sul e os factores associados ao seu aparecimento.

**Metodologia:** Estudo observacional, descritivo, transversal, realizado por meio de entrevistas e observação de 109 crianças com menos de 15 anos, com consentimento dos pais ou responsáveis. As crianças apresentavam histórico de erupções cutâneas associadas ao prurido com mais de 72 horas de evolução e eram residentes nas aldeias do município de Saurimo, Província da Lunda-Sul, em Março de 2018.

**Resultados:** Dos 109 casos entrevistados, 61 (56%) apresentavam escabiose pruriginosa, 15 (14%) dermatite atópica e 9 (8%) piodermite. O surto iniciou em Outubro de 2017, e a intervenção ocorreu em Fevereiro e Março de 2018. Do ponto de vista laboratorial, 50 (82%) dos casos clinicamente diagnosticados como escabiose pruriginosa foram confirmados. As principais causas do surto foram o compartilhamento de roupas pessoais, a divisão do leito, o longo intervalo entre as trocas de roupas e a dificuldade no acesso à água.

**Conclusão:** A falta de acesso à água potável e a baixa educação em saúde na comunidade do município de Saurimo foram factores fundamentais para o desencadeamento e a propagação do surto de dermatite pruriginosa. O acesso a condições básicas de vida, como água potável, e a promoção da educação em saúde são essenciais para o controle e a interrupção da cadeia de transmissão do surto.

**Palavras-chave:** Dermatite pruriginosa, Escabiose, Surtos epidémicos, Saúde pública.

## Abstract

**Introduction:** The epidemiological assessment of outbreaks is crucial to understanding the extent, origin and dynamics of disease spread, enabling an efficient and effective response. The aim of the study was to identify the types of pruritic dermatitis reported in Lunda Sul Province and the factors associated with their occurrence.

**Methodology:** An observational, cross-sectional study conducted through interviews and observation of 109 children under 15 years old, with parental or guardian consent. The children had a history of skin eruptions associated with pruritus lasting more than 72 hours, and were residents of villages in the Saurimo municipality, Lunda-Sul Province, in March 2018.

**Results:** Of the 109 cases interviewed, 61 (56%) had pruriginous scabies, 15 (14%) had atopic dermatitis, and 9 (8%) had pyoderma. The outbreak began in October 2017, and the intervention took place in February and March 2018. From a laboratory perspective, 50 (82%) of the clinically diagnosed cases of pruriginous scabies were confirmed. The main causes of the outbreak were the sharing of personal clothing, sharing of bedding, long intervals between changing clothes, and difficulty accessing water.

**Conclusion:** The lack of access to potable water and low health education in the community of Saurimo municipality were key factors in the initiation and spread of the pruriginous dermatitis outbreak. Access to basic living conditions, such as potable water, and the promotion of health education are essential for controlling and interrupting the transmission chain of the outbreak.

**Keywords:** Pruriginous dermatitis, Scabies, Epidemic outbreaks, Public health

## Correspondência

Arieth da Cruz

Email: asffcc33@gmail.com

**Como Citar:** Cruz, A., & Catumbela, E. (2025). Análise do surto de dermatite pruriginosa na Província da Lunda-Sul, Angola. *Revista Científica Da Clínica Sagrada Esperança*, (Número 13. Ano 17. JULHO 2025), 24–31. <https://doi.org/10.70360/rccse.v.160>



**Direitos autorais:** © 2024 pelos autores. Submetido para publicação em acesso aberto sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

## Introdução

Um surto é caracterizado pela presença de um número de casos de uma doença ou síndrome clínica superior ao que se espera numa área específica ou entre um grupo particular de pessoas, durante um período determinado. Este conceito implica o registo do fenómeno à medida que ocorre e a sua análise. Para ser possível estudar o fenómeno é necessário haver um sistema de vigilância epidemiológica funcional<sup>(1)</sup>.

A avaliação epidemiológica de surtos é fundamental para entender a extensão, a origem e a dinâmica da propagação da doença, permitindo uma resposta eficaz e direccionada. Esta avaliação requer a identificação rápida da fonte de contágio. Esse processo permite não apenas reconhecer a origem do surto, mas também os factores de risco associados, facilitando assim a implementação de medidas de controlo eficazes<sup>(2)</sup>.

Um segundo aspecto que a avaliação permite é determinar a extensão do surto, isto é, saber quantas pessoas estão infectadas e afectadas, onde estão localizadas, qual é o impacto, que recursos são necessários mobilizar para controlar e/ou erradicar o curso, e para os decisores políticos, que evidências podem ter a fim de sustentar a tomada de decisões<sup>(2,3)</sup>.

A avaliação de um surto permite também tomar medidas para prevenir novos casos. A compreensão dos padrões de transmissão da doença orienta estratégias profiláticas que estabelecerão um padrão de comportamento individual ou colectivo que evite a ocorrência de novos casos<sup>(4)</sup>.

A liderança deste processo de investigação de surtos é da saúde pública, que fornece os dados que ajudam a conhecer o fenómeno, ajudam a proteger as populações vulneráveis e a minimizar as consequências para a saúde colectiva. A colaboração entre os serviços de saúde pública, os investigadores e as comunidades afectadas contribui para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes. Também prepara a população para futuros surtos, incorporando lições aprendidas ao sistema de vigilância e resposta epidemiológica. Além disso, reforça o sistema de informação, educação e comunicação, fornecendo dados claros, baseados em evidência, que orientam tanto a comunidade quanto os profissionais de saúde sobre medidas preventivas<sup>(2,3,5)</sup>.

São marcos fundamentais que devem ser identificados por um investigador de surtos, numa linha temporal para onde se associam os fenómenos do surto, nomeadamente os seguintes: o caso inicial, isto é quando os primeiros sinais e sintomas apareceram no primeiro caso; o momento do diagnóstico, altura em que o doente deu entrada no sistema de saúde com todos os fenómenos associados; o momento da notificação, particularmente a data em que o caso que ultrapassa o limiar de surto é comunicado às autoridades de saúde pública a nível local, regional, nacional ou internacional; A confirmação laboratorial do agente etiológico, isto é, a data do primeiro relatório laboratorial do agente patogénico causador proveniente de um caso epidemiologicamente ligado; a data mais precoce em que os profissionais de saúde pública locais tomaram medidas para interromper ou controlar o surto na comunidade e a comunicação pública do surto, ou seja, a

data em que informações públicas sobre o surto apareceram em relatórios informais ou oficiais, verbais ou escritos, locais ou internacionais, incluindo comunicados de imprensa oficiais ou jornais no país, artigos de notícias, transmissões de televisão ou rádio, publicações na Internet, redes sociais, ou redes informais de notificação de doenças<sup>(5)</sup>.

A revisão da literatura deve ser feita para levantar informações sobre o agente etiológico envolvido, seus modos de transmissão, principais topografias acometidas e surtos semelhantes descritos<sup>(2)</sup>.

A escabiose, também conhecida como sarna, é uma infecção cutânea causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Este ácaro microscópico penetra e aloja-se na epiderme onde para a sua sobrevivência alimenta-se da matéria inorgânica e deposita ovos. A sua permanência e mobilidade na epiderme provoca prurido e aparecimento de erupções cutâneas. As áreas mais comumente afectadas incluem os espaços interdigitais, região dos pulsos, axilas, intra e inframamária, periumbilical e nas regiões anogenitais. Em crianças acomete o dorso pés e raramente a face à transmissão ocorre predominantemente através do contacto direto e prolongado pele a pele com uma pessoa infectada, sendo mais comum em ambientes de aglomerações onde a proximidade física é inevitável, como lares, dormitórios ou escolas e em locais onde há deficientes condições de higiene. A escabiose pode afectar pessoas de todas as idades e estratos sociais, embora seja mais frequente nas populações que vivem com baixas condições de socioeconómicas e vida precárias<sup>(6-8)</sup>.

O diagnóstico é clínico, baseado na anamnese e nas características das lesões dermatológicas observadas durante o exame físico e podendo ser confirmado através da pesquisa por microscopia directa, dermatoscopia, ou biopsia cutânea, onde se visualiza os ácaros, ovos ou fezes do ácaro. É o meio de diagnóstico padrão de ouro<sup>(9)</sup>. Além da escabiose, outras dermatoses podem ser responsáveis pelas alterações anteriormente descritas como, por exemplo, a Dermatite de contacto, Urticária, Larva Migrans Cutânea, Pitiríase versicolor Varicela e outros. Um bom diagnóstico clínico, sustentado com o diagnóstico laboratorial, caracteriza o diagnóstico de precisão.

A OMS classificou a escabiose como uma doença tropical negligenciada e segundo o relatório de doenças tropicais negligenciadas de 2024, referindo-se ao ano de 2022, foram diagnosticados em todo o mundo 455 870 casos<sup>(10,11)</sup>; conforme os dados de 2017, estima-se que África Subsariana existiam 23 228 000 casos, e na região da África Austral 2 335 500 casos<sup>(12)</sup>. Em Angola, dados referentes a 2020, foram registados 15,738 casos<sup>(13)</sup>.

Embora a dermatite pruriginosa possa ocorrer isoladamente, a sua manifestação em forma de surto sugere um factor desencadeante comum, como a exposição a um agente patogénico ou ambiental que afecta diversas pessoas numa mesma área. Esses surtos podem estar associados as deficientes condições sócio-económicas agradas com deficientes condições de higiene e saneamento do meio, desde a higiene individual ou colectiva

até a falta de acesso à água, hábitos e costumes, procedimentos caseiros ou tratamentos tradicionais.

O objectivo deste estudo foi analisar epidemiologicamente o surto de dermatoses pruriginosas notificadas na Província da Lunda-Sul, por lugar e pessoa, bem como os factores associados ao seu aparecimento.

### Metodologia

Este estudo é do tipo observacional, descritivo, transversal realizado de 08 a 11 de Março de 2018, em três vilas (Saipupu, Sandembo e Muandumba) e quatro unidades sanitárias (Hospital Pediátrico do Saurimo, Centro de saúde Tchizaínga, Centro de Saúde Luavur, Centro Hospitalar do Mulombe) pertencentes ao município de Saurimo, província da Lunda Sul, por notificarem mais casos naquela região.

### População de Estudo

Participaram do estudo crianças menores de 15 anos residentes na província da Lunda-Sul no município de Saurimo.

A população do Saurimo é estimada em 44.2437 habitantes, dos quais 210.371 são menores de 15 anos. O município é constituído por inúmeras vilas ribeirinhas desprovidas de um sistema de distribuição de água potável. A população tem nos rios a principal fonte de água, sendo que a distância entre as vilas e os rios são na sua maioria superior a 7 km, o que dificulta dispor de água suficiente para o cumprimento das medidas higiénicas pessoal e domiciliar.

A amostra foi não probabilística, tomada por conveniência, devido à limitação de acesso às populações nas aldeias e à

urgência da investigação epidemiológica

### Crítérios de inclusão e de exclusão

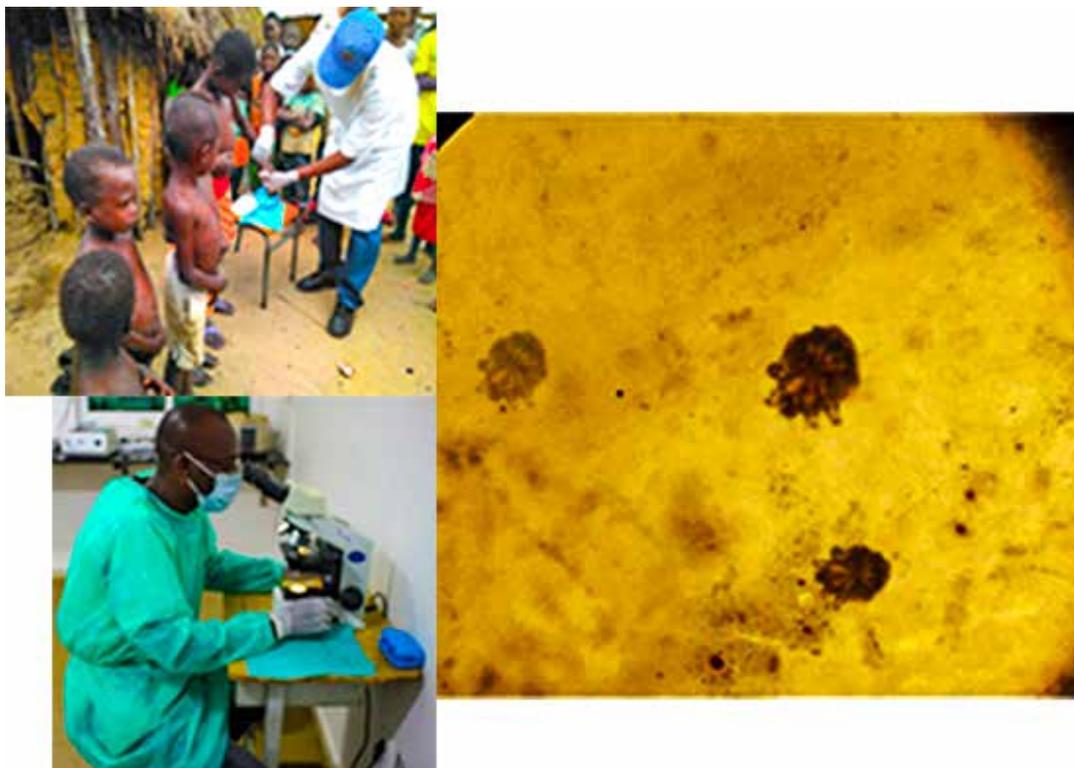
Foram seleccionadas todas as crianças menores de 15 anos, residentes nas aldeias seleccionadas, com história de erupção cutânea associadas ao prurido com mais de 72h de evolução cujos pais autorizaram a recolha de dados, com capacidade para manter um diálogo mínimo, se não acompanhadas por um adulto. Foram excluídas aquelas crianças que, pela gravidade do caso, tiveram que ser encaminhadas imediatamente a uma unidade de saúde fora do município.

### Técnica de recolha de dados

Foi utilizado um questionário estruturado, elaborado pela equipa de investigação, com questões fechadas e abertas. A aplicação foi feita por entrevistas presenciais, com apoio dos pais ou responsáveis pelas crianças. Adicionalmente, fez-se a análise documental dos registos hospitalares (fichas e processos clínicos) presentes nas unidades sanitárias visitadas com informação sobre o evento assim como, a análise dos relatórios disponíveis no gabinete provincial de Saúde da Lunda Sul.

### Procedimentos de recolha e análise de dados

As lesões dermatológicas observadas e colhidas foram: vesículas, pápulas, úlcera, escoriações e foram considerados factores associados todos os elementos que, quando presentes, influenciaram o aparecimento do evento. O diagnóstico laboratorial confirmatório foi através da realização do exame microscópico directo do raspado das lesões, tendo-se isolado o parasita ácaro (figura 1).



**Figura 1.** Colheita e observação microscópica das amostras colhidas, Saurimo, Março/2018

Os dados colhidos foram processados através do Epi Info 7.2.0.1 a fim de gerar frequências. A análise dos dados feita mediante estatística descritiva adequada para cada variável, isto é, medidas de sumário (média e mediana, frequência absoluta) e de dispersão apropriadas (Desvio padrão, intervalo interquartil e frequência relativa simples).

#### Questões éticas

Este estudo obedeceu os pressupostos estabelecidos na Declaração de Helsíquia relativamente a investigação em seres humanos. Designadamente, a obtenção da autorização das autoridades locais administrativas e de saúde, o consentimento

livre e esclarecido dos pais e das crianças com capacidade de decisão. Os dados foram anonimizados, e nas fotografias apresentadas, os rostos dos participantes foram cobertos.

#### Resultados

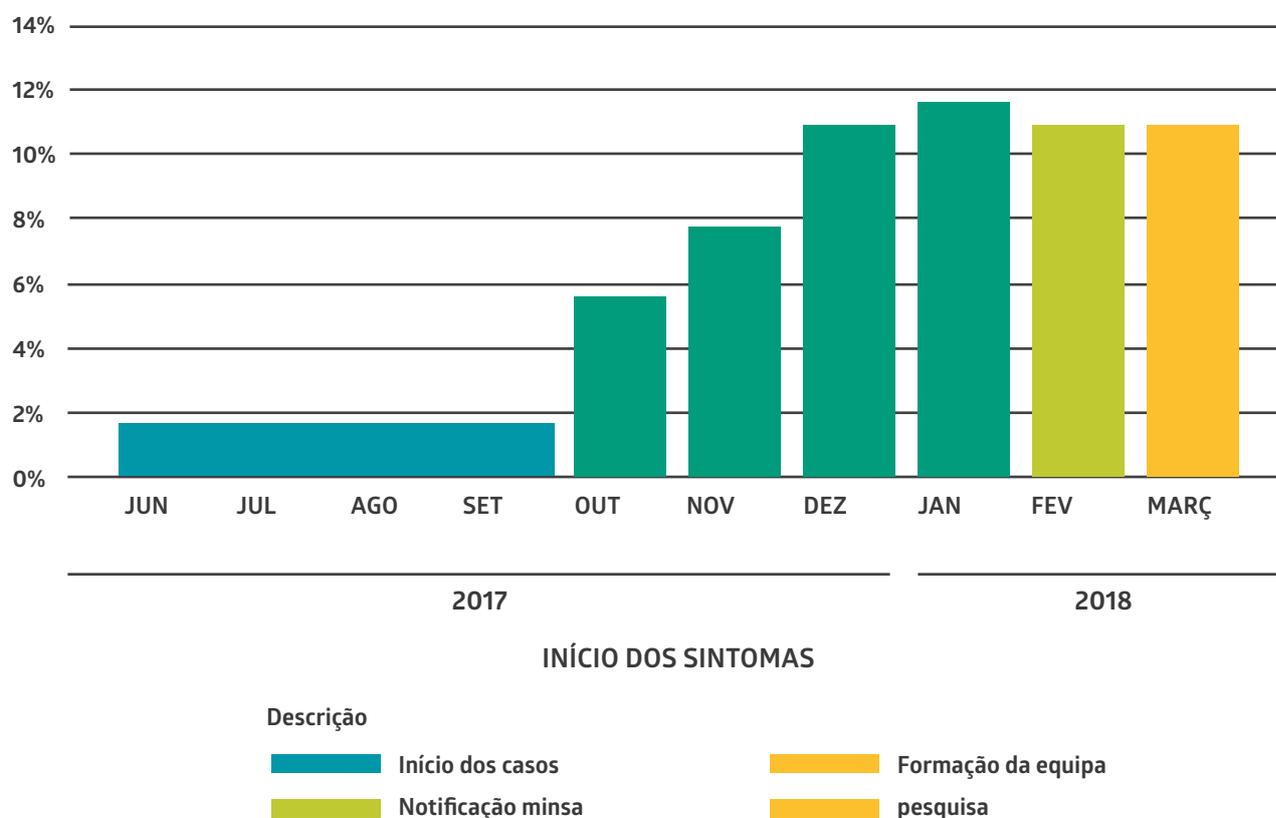
##### Evolução temporal do surto

Da análise efectuada aos relatórios emitidos pelo Gabinete Provincial de Saúde da Lunda Sul, verificou-se que a província registou 16 casos de escabiose no ano 2016 e cerca de 2.726 casos em 2017. De 01 de Janeiro a 07 de Março de 2018 foram notificados 793 casos escabiose a nível de toda a província. Ver tabela 1.

**Tabela 1.** Casos de escabiose notificados na Província da Lunda Sul entre 2016 e Março de 2018

Município	2016		2017		
	2016	2017	31.01	28.02	07.03
Saurimo	-	-	37	0	92
Dala	-	-	223	30	92
Miconda	-	-	177	7	42
Cacolo	-	-	83	2	8
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>2726</b>	<b>520</b>	<b>39</b>	<b>234</b>

#### DIAGNÓSTICO CLÍNICO/SEM TRATAMENTO FARMACOLÓGICO



**Figura 2.** Distribuição temporal dos casos diagnosticados de acordo a data de início dos sintomas, Saurimo, Março, 2018

A notificação do evento ao Ministério da Saúde, foi feito na última semana de Fevereiro de 2017, pelo Gabinete Provincial de Saúde da Lunda Sul. Em posse da informação de notificação, a Direcção Ministério da Saúde, no mês de Março do mesmo ano, decidiu proceder à investigação do surto. Foi criada uma equipa técnica constituída por 4 membros, envolvendo dois profissionais em formação específica de investigação epidemiológica de campo e laboratorial, um especialista em dermatologia e um gestor de dados. Esta equipa deslocou-se de Luanda à província da Lunda Sul, e procedeu ao processo de investigação do surto.

Durante a entrevista dos casos, a maioria referiu sintomatologia desde o segundo semestre de 2017, como ilustra a linha do tempo apresentada no gráfico n.º1, referindo ainda terem apresentado períodos de remissão e de exacerbação dos sintomas.

A província não dispõe de dermatologistas, o diagnóstico clínico das dermatoses era feito pelas equipas de enfermagem, sem confirmação laboratorial pela carência de médicos. Durante a entrevista, os pais das crianças afectadas referiram não terem encontrado os fármacos prescritos após o diagnóstico quer na farmácia das unidades sanitárias ou em outras próximo do local de origem, pelo que não efectuaram nenhum tratamento medicamentoso.

Segundo os dados da Gabinete Provincial de Saúde da Lunda Sul, as medidas de controlo do evento consistiram em formação sobre definição de caso, tratamento e prevenção; palestras (comunidades, escolas, instituições públicas, e Consultas externa), gravação de spots publicitários em Chokwé e português que passaram pela rádio local, debate radiofónico sobre sarna, intensificação da busca activa, mobilização social para a higiene pessoal e ambiental. Não foram efectuados tratamentos medicamentosos pelo facto da sua inexistência a nível de toda a província da Lunda-Sul (gráfico n.º 2).

#### a) Descrição do evento por pessoa e lugar

Durante a consulta clínica efectuada a 109 crianças, foram observados 11 tipos de dermatoses, das quais 04 eram pruriginosas, designadamente a escabiose 61 (56%) casos, dermatite atópica 15 (14%) casos, Tinha corporis 13 (12%) e dermatite seborreica 3 (3%) casos, ver tabela 2.

Os casos de escabiose entrevistados eram provenientes de 04 vilas, nomeadamente 23 (38%) de Saipupu, 14 (23%) de Sandembo, 13 (21%) de Tchizainga e 11 (18%) dos casos provinham de Muambumba. Após a colheita de espécimes e avaliação laboratorial, dos 61 casos estudados, 50 (82%) casos foram isolados o agente etiológico da escabiose, ver tabela 3.

**Tabela 2.** Distribuição dos casos de acordo os tipos de dermatite observadas clínica e laboratorialmente no município de Saurimo, Março/2018

		N=109	
Dermatite observadas		n	%
Pruriginosas	Escabiose	61	0
	Dermatite atópica	15	30
	Tinha	13	7
	Dermatite seborreica	3	2
Não Pruriginosas	Piodermite	9	8,2
	Plúrgio	2	1,8
	Acne	2	1,8
	Pitiríase Versicolor	1	0,9
	Larva Migrans	1	0,9
	Verruga Palmares	1	0,9
	Ictose	1	0,9

**Tabela 3.** Distribuição dos casos diagnosticados de acordo a proveniência e confirmação laboratorial, Saurimo, Março, 2018

N=61		
Vila	n	%
Saipupu	23	38
Sandembo	14	23
Tchizainga	13	21
Muambumba	11	18
<b>Confirmação laboratorial de escabiose</b>		
Sim	50	82
Não	11	18

As imagens apresentadas na figura 3 ilustram as lesões identificadas pelos investigadores aquando da visita de campo. A sua localização nas mãos, genitais, pernas são fortemente

sugestivas de casos de escabiose. Foram colhidas amostras destas lesões, analisadas laboratorialmente e foram tipificadas as lesões. Grande parte foi devido à escabiose.



**Figura 2.** Lesões dermatológicas observadas em Saurimo, Março de 2018. Nota-se predominância de pápulas e escoriações em membros superiores e região genital, compatíveis com escabiose.

Dos 109 casos observados, 61 tiveram diagnóstico clínico de escabiose e cumpriam os critérios de inclusão no nosso estudo e mereceram de avaliação laboratorial. Esta amostra foi constituída, quanto a idade, por crianças entre menos de 1 ano a 15 anos, sendo 23 (36%) com idade entre os 1 e 5 anos, 18 (30%) com idade entre os 6 e 10 anos. Quanto ao sexo, 31 (51%) eram do sexo feminino. Relativamente a escolaridade dos pais, 37 (61%) dos

pais dos menores não possuíam escolaridade nenhuma. Quanto ao provável local de contágio, 35 (58%) casos, correspondendo a maioria, referiram ter contraído a infecção no domicílio através do contacto com outros familiares infectados. Sobre a fonte de água, 52 (85%) casos referiram que tinham o rio como fonte água para o consumo, necessitando de uma percorrer uma distância aproximada de 7 km (ver tabela 4).

**Tabela 4.** Características sócio-demográficas dos casos de escabiose observadas no município de Saurimo, Março/2018

		N=61	
Características sócio-demográficas		n	%
Grupo Etário	<1 ano	7	11,5
	1 - 5 anos	23	37,5
	6 - 10 anos	18	29,5
	11 - 15 anos	13	21,3
Género	F	31	50,8
	M	30	49,2
Nível de escolaridade dos pais	II.º Ciclo	10	16,4
	I.º Ciclo	14	22,9
	Sem Instrução	37	60,7
Local de contágio	Bairro	26	42,6
	Domicílio	35	57,4
Água para o consumo	Canalizada	3	4,9
	Chafariz	3	4,9
	Cisterna	3	4,9
	Rio	52	85,3

Foram identificados como factores favoráveis ao aparecimento da infecção os seguintes: intervalo dos banhos de um dia para 34 (56%) casos, intervalo de troca de cama de um dia para 35 (57%),

partilha de leito 58 (95%) casos, partilha de roupa pessoal 38 (62%) casos, e número de pessoas num dormitório duas pessoas para 24 (39%) casos, ver tabela 5.

**Tabela 5.** Condições favoráveis a infecção (provável), Saurimo, Março/2018

Condições favoráveis a infecção	N=61	
	n	%
Intervalo entre a realização da higiene pessoal (banhos)	- 1 dia	9 (14,8)
	1 dia	34 (55,7)
	+ 1 dia	18 (29,5)
Intervalo entre a troca de roupa	1	35 (57,4)
	2	20 (32,8)
	+ 2	5 (8,8)
Partilha do leito	Sim	58 (95,1)
	Não	3 (4,9)
Partilha de roupa pessoal	Sim	38 (62,3)
	Não	23 (37,7)
Partilha de toalha de banho	Sim	14 (23)
	Não	16 (26,2)
	Não usa	31 (50,2)
N.º de pessoas por dormitório	0	3 (4,9)
	1	2 (3,3)
	2	24 (39,3)
	3	15 (24,5)
	+ 3	17 (28)

## Discussão

A investigação de campo e laboratorial é um processo fundamental para analisar, diagnosticar, tratar e controlar um surto ou epidemia. Neste relato, os autores investigaram a ocorrência do surto de dermatite pruriginosa. Durante o processo de investigação, os pesquisadores seguiram o cânone do processo de investigação do surto, desde a notificação, a concepção da equipa e os processos de identificação do agravo de saúde, caracterizando-o por tempo, pessoa e lugar. Segundo Maria Eduardo, o processo de investigação de surto deve obedecer a pelo menos 10 passos para não só identificar a causa, as pessoas e o lugar envolvidos, mas também identificar a causa e estabelecer medidas de prevenção<sup>(4)</sup>.

A metodologia usada para apresentar este caso é a descritiva, uma tipologia básica de estudos, e pouco recomendável. Os estudos do tipo caso-controlo poderiam ser mais adequados para este surto<sup>(14)</sup>. A ausência de um grupo controlo limitou a aplicação de desenhos analíticos, como o caso-controlo. Esta limitação decorreu da dificuldade de encontrar crianças assintomáticas disponíveis para pareamento nas comunidades visitadas. Apesar das limitações intrínsecas aos estudos descritivos, estes são fundamentais na fase inicial de caracterização de surtos e na proposição de estratégias de contenção<sup>(4)</sup>.

Estamos diante de um surto cujos primeiros casos foram diagnosticados em 2016, aumentaram significativamente em 2017 e o foi investigado no início de 2018. A demora na resposta ao surto — iniciado em 2016 e apenas investigado em 2018 — evidencia fragilidades no sistema de vigilância em saúde pública.

Segundo a OMS, surtos de doenças de notificação compulsória devem ser investigados no prazo de 24 horas após o alerta inicial<sup>(15,16)</sup>. O facto de haver escassez de profissionais qualificados podemos inferir ser um dos elementos fundamentais para o atraso do processo, uma vez que o diagnóstico foi feito por profissionais menos qualificados, o que aumenta o risco de subnotificação, atraso no tratamento e perpetuação do problema de saúde, além do seu alastramento, devido à natureza desta patologia<sup>(13)</sup>.

Entre os vários elementos que parecem ter uma relação causal com este surto estão a partilha das roupas pessoais, partilha do leito, o intervalo entre o cuidado da higiene e roupa pessoal. Apesar de maioria ter referido que a troca ocorre a um período não superior a 24h, a dificuldade no acesso à água e as condições higiénicas observadas fazem-nos acreditar que o período é superior ao realmente relatado. As comunidades estão a uma distância de 7 km do rio onde tomam água para satisfazer suas necessidades. Segundo estudos realizados por D. Engelman e A. C. Steer, S. Widaty e cols, e pela OMS,<sup>(8, 17, 18)</sup> referem que factores como condições de vida, de saneamento e higiene precárias, aglomerados populacionais, falha no tratamento devido à pobreza, comportamento face à doença (percepção, procura de cuidados de saúde, etc.), diagnóstico e tratamento tardios, testes laboratoriais pouco sensíveis e infestação persistente estão associados a propagação da escabiose.

A Escabiose, também conhecida como sarna, as formas grave e persistentes, é tratada com Ivermectina, e as formas menos graves, com solução cutânea de Benzoato de Benzilo. São medicamento não estavam disponíveis naquela circunscrição

aquando da investigação. As políticas públicas para tratar desta doença, que afecta grandemente crianças abaixo dos 5 anos, envolve acesso à água mais próxima da comunidade, assim como a disponibilização de medicamentos escabicidas adequado próximo das unidades sanitárias das comunidades. Nestes casos, a literatura recomenda o tratamento em massa através de campanhas de desparasitação comunitária para controlar a propagação da doença<sup>(10, 19)</sup>.

Durante um processo de investigação de campo e laboratorial de um surto nem tudo corre bem, há limitações. Uma delas, estrutural, é a implementação de uma metodologia que permitiria identificar melhor a causa desta epidemia, entretanto, a metodologia possível deu a oportunidade de estabelecer medidas práticas para o controlo deste surto.

### Conclusão

A escabiose foi a dermatite mais predominante, estando presente em 55,9% (61) dos casos. As infestações ocorreram nos

domicílios através do contacto directo de pessoas infestadas com outros familiares, os factores que provocaram o aparecimento do surto estão associados a partilha das roupas e do leite, a dificuldade no acesso à água e as condições de higiene precárias. É fundamental implementar medidas integradas de prevenção, com foco no acesso à água potável, melhoria das condições de higiene e estratégias de educação em saúde, de modo a interromper cadeias de transmissão e evitar novos surtos.

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses.

**Financiamento:** Este projecto de investigação foi financiado pelo Ministério da Saúde, através do Programa REDISSE IV, financiado pelo Banco Mundial.

### Referências Bibliográficas

1. Evans AS. Causation and disease: a chronological journey. Springer Science & Business Media; 1993.
2. Waldman EA, Rosa TE da C. Vigilância em saúde pública. NAMH/FSP-USP; Peirópolis; 1998.
3. DE SURTOS I. Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Água e Alimentos. 2010; .
4. DE GPDIÉ, DE S. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS.
5. Crawley AW, Divi N, Smolinski MS. Using Timeliness Metrics to Track Progress and Identify Gaps in Disease Surveillance. *Health Security*. 2021; 19: 309–17. doi:10.1089/hs.2020.0139
6. César Davanco R, Miyashiro D, Cury Martins J, Antônio Sanches Junior J. Escabiose: aspectos gerais e a importância no reconhecimento e tratamento precoces. *Diagn tratamento*. 2024; : 5–10.
7. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *Acad Dermatol Venereol*. 2017; 31: 1248–53. doi:10.1111/jdv.14351
8. Engelman D, Steer AC. Control strategies for scabies. *Tropical medicine and infectious disease*. 2018; 3: 98.
9. Golant AK, Levitt JO. Scabies: A Review of Diagnosis and Management Based on Mite Biology. *Pediatrics In Review*. 2012; 33: e1–12. doi:10.1542/pir.33-1-e1
10. Engelman D, Marks M, Steer AC, Beshah A, Biswas G, Chosidow O, Coffeng LE, Lardizabal Dofitas B, Enbiale W, Fallah M. A framework for scabies control. *PLoS neglected tropical diseases*. 2021; 15: e0009661.
11. Organization WH. Global report on neglected tropical diseases 2023. World Health Organization; 2023.
12. Zhang W, Zhang Y, Luo L, Huang W, Shen X, Dong X, Zeng W, Lu H. Trends in prevalence and incidence of scabies from 1990 to 2017: findings from the global Burden of disease study 2017. 2020; .
13. Almeida-Voumard LP, Almeida CC, Afonso E, Luvualu CN, Pedro JM, Baptista MR, Alberto PO, Isaiás JV, Voumard CF. Skin-related neglected tropical diseases in Angola: a retrospective analysis. *Portuguese Journal of Dermatology and Venereology*. 2023; 81: 162–72.
14. Engelman D, Cantey PT, Marks M, Solomon AW, Chang AY, Chosidow O, Enbiale W, Engels D, Hay RJ, Hendrickx D. The public health control of scabies: priorities for research and action. *The Lancet*. 2019; 394: 81–92.
15. Gomes CB, Castro L de PG e. O novo Regulamento Sanitário Internacional. *Revista de Direito Sanitário*. 2012; 13: 137–55. doi:10.11606/issn.2316-9044.v13i2p137-155
16. Organization WH. International health regulations (2005). World Health Organization; 2008.
17. Widaty S, Miranda E, Cornain EF, Rizky LA. Scabies: update on treatment and efforts for prevention and control in highly endemic settings. *The Journal of Infection in Developing Countries*. 2022; 16: 244–51. doi:10.3855/jidc.15222
18. Organization WH. WHO informal consultation on a framework for scabies control. Manila: World Health Organization. 2019; .
19. Sunderkötter C, Feldmeier H, Fölster-Holst R, Geisel B, Klinker-Rehbein S, Nast A, Philipp S, Sachs B, Stingl J, Stoevesandt J, Hamm H. S1 guidelines on the diagnosis and treatment of scabies – short version. *J Deutsche Derma Gesell*. 2016; 14: 1155–67. doi:10.1111/ddg.13130