



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial

NOTA TÉCNICA Nº 8/2024-CGZV/DEDT/SVSA/MS

Reforça diretrizes para suspeita clínica de febre maculosa brasileira (FMB), em decorrência do aumento de casos de dengue e outras arboviroses no país.

1. DA DEMANDA

1.1. A febre maculosa (FM) é uma denominação dada no Brasil a um grupo de zoonoses causadas por bactérias do gênero *Rickettsia*, transmitidas por carrapatos infectados. Atualmente, duas formas clínicas são reconhecidas para a FM no País: **febre maculosa brasileira (FMB), causada pela bactéria *Rickettsia rickettsii*, associada a casos graves e óbitos, predominando na Região Sudeste e no norte do Estado do Paraná;** e a febre maculosa causada por *Rickettsia parkeri* (FMRP), via de regra relacionada a casos moderados, registrados nas Regiões Sul, Sudeste e parte da Região Nordeste.

1.2. Nos estágios iniciais, a FM pode ser difícil de distinguir de outras condições devido a seus sintomas inespecíficos, sendo frequentemente confundida com arboviroses como dengue, Zika e chikungunya, além de leptospirose, enteroviroses e infecções respiratórias, incluindo influenza e covid-19.

1.3. Nesse contexto, nas áreas onde tanto a febre maculosa brasileira quanto as arboviroses têm ocorrência concomitante, a distinção clínica entre essas enfermidades representa um desafio para os profissionais de saúde.

1.4. Com o aumento dos casos de dengue e outras arboviroses em todo o Brasil e a semelhança entre os sinais e sintomas destas e da FMB, todas podendo evoluir para formas graves e óbitos, a Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV), do Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), do Ministério da Saúde, destaca a importância de intensificar as medidas de diagnóstico diferencial clínico da febre maculosa brasileira (FMB).

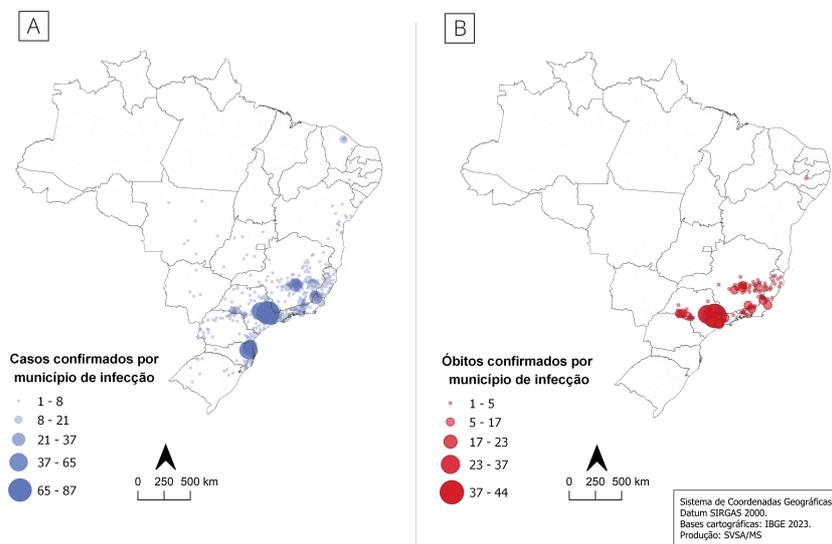
2. ANÁLISE

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

2.1. No período compreendido entre 2013 e 2023*, foram confirmados 2.325 casos de febre maculosa, resultando em 770 óbitos e letalidade média de 33%. Ao realizar uma análise específica nos estados da Região Sudeste e no norte do Estado do Paraná, locais que têm registrado os casos mais graves da doença, relacionados à FMB, causada pela bactéria *Rickettsia rickettsii*, identificou-se a confirmação de 1.487 casos, dos quais 680 resultaram em óbito. A taxa de letalidade nessas áreas atingiu 45,7%.

2.2. Estes números reforçam para a necessidade da manutenção da sensibilização da vigilância e atenção médica qualificada nestas áreas, considerando a gravidade potencial da doença. A figura 1 abaixo ilustra a distribuição dos casos e óbitos confirmados no País, no período analisado.

Figura 1. Distribuição espacial de casos e óbitos confirmados para febre maculosa, entre 2013 a 2023, Brasil*.



A. Casos confirmados por febre maculosa. B. Óbitos confirmados por febre maculosa.

Fonte: SINAN/SVSA, 2024.

*Dados sujeitos à alteração.

2.3. Reitera-se, portanto, a importância de que as atividades de vigilância e assistência médica nessas áreas estejam especialmente sensíveis à ocorrência de casos suspeitos de FMB, sendo fundamental que pacientes com doença febril aguda compatível com dengue e outras arboviroses sejam sempre questionados acerca de possíveis exposições de risco a parasitismo por carrapatos vetores em local de moradia, ambiente ocupacional, áreas de lazer que apresentem a presença de condições favoráveis à ocorrência do vetor, incluindo-se áreas com presença de equinos e capivaras, pastagens, matas, proximidades de coleções hídricas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DO DIAGNÓSTICO

2.4. O período de incubação na FMB varia de 2 a 14 dias. Após esse período, a fase inicial da doença é marcada por sinais e sintomas como febre alta de início abrupto, cefaleia holocraniana de forte intensidade, mialgia generalizada, artralgia, prostração, náusea e vômitos, seguidos de exantema e que podem

evoluir rapidamente para formas mais severas, como a síndrome febril hemorrágica e a síndrome febril ictero-hemorrágica. Essas formas estão associadas a diversas disfunções orgânicas e frequentemente apresentam alto risco de óbito.

2.5. Considerando que o reconhecimento das diferenças clínicas, associado à identificação de exposições de risco, pode guiar os profissionais de saúde a realizar um diagnóstico precoce em regiões onde essas doenças são endêmicas e a iniciar imediatamente a terapia antimicrobiana oportuna e específica, o que reduz o risco de ocorrência de óbitos associados à doença, descrevemos a seguir as principais manifestações clínicas que caracterizam a FMB e as principais arboviroses urbanas no Brasil (Quadro 1):

Quadro 1. Diagnóstico diferencial entre Febre Maculosa Brasileira, Dengue, Zika e Chikungunya

Manifestações clínicas e laboratoriais	Febre maculosa brasileira (FMB)	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre	Febre alta de início imediato (>38°C)	Febre alta de início imediato (>38°C)	Sem febre ou febre baixa	Febre alta (>38°C)
Duração da febre	2 a 7 dias	2 a 7 dias	1 a 2 dias	2 a 3 dias
Exantema	Muito Frequente. Surge entre 3º e o 5º dia*	Frequente. Surge do 3º ao 6º dia**	Muito Frequente. Surge do 1º ao 2º dia***	Frequente. Surge do 2º ao 5º dia****
Edema de membros	Presente ¹	Presente/Ausente	Ausente	Presente/Ausente
Edema da articulação (frequência)	Ausente/Raro	Raro	Frequente	Frequente
Edema da articulação (intensidade)	Leve/Ausente	Leve	Leve	Moderada/Intensa
Prurido	Ausente	Presente/Ausente	Presente	Presente/Ausente
Vômito	Presente	Presente ou Ausente	Rara	Rara
Cefaleia	Presente	Presente	Presente	Presente
Mialgias	Intensa	Presente	Presente	Presente
Artralgias (frequência)	Ausente/Rara	+	++	+++
Artralgias (intensidade)	Ausente/Rara	Leve	Leve/Moderada	Moderada/Intensa
Hemorragia	Presente/Ausente	Presente/Ausente	Ausente	Rara/Ausente
Dor abdominal	Presente	Presente ou Ausente	Rara	Rara
Ictericia	Presente/Ausente	Rara	Ausente	Rara
Trombocitopenia	Frequente / +++	Frequente / +++	Rara / +	Presente / ++
Acometimento neurológico	Frequente nas formas graves	+	+++	++
Contagem de leucócitos	Leucócitos normais ou Leucopenia	Leucopenia	Leucocitos Normais ou Leucopenia	Leucocitos Normais ou Leucopenia
Letalidade	Elevada	Baixa	Rara	Baixa
Hospitalização	Muito Elevada	Baixa	Rara	Baixa

*Exantema associado à FMB é predominantemente observado nas palmas das mãos e plantas dos pés. Característica centripeta, macular, maculopapular, petequial a equimótico.

**Predominantemente do tipo maculopapular, atingindo face, tronco e membros, podendo se apresentar sob outras formas (petequial, escarlatiniforme).

***Geralmente maculopapular.

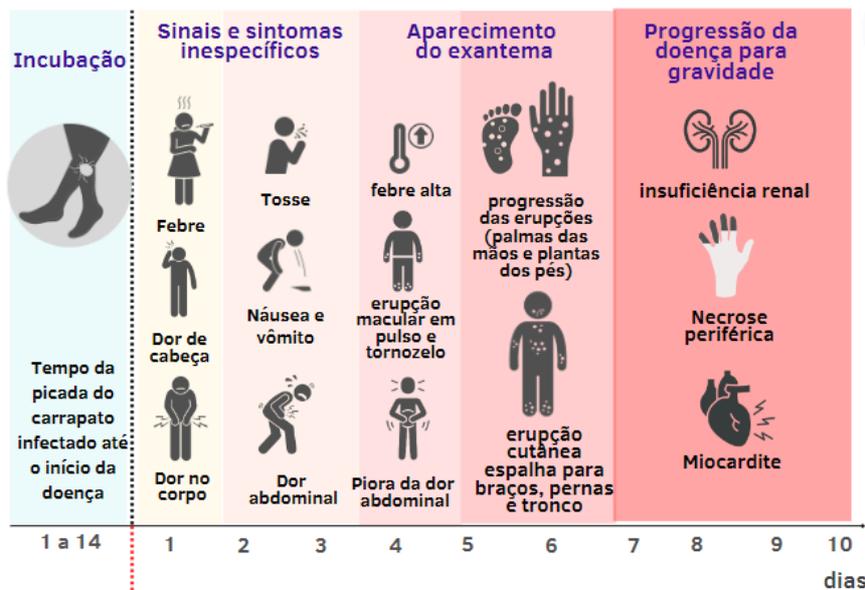
****Em geral, o exantema é macular ou maculopapular. Afeta principalmente o tronco e as extremidades, podendo atingir a face. Progressão craniocaudal.

¹ Edema é verificado principalmente nas extremidades, afetando membros como mãos, braços e pernas.

Fonte: Brito e Cordeiro (2016), adaptado em Dengue: diagnóstico e manejo clínico. Modificado por Dr. Rodrigo Nogueira Angerami e Dra. Elba Lema Ramos, 2024.

2.6. Adicionalmente, a figura 2 apresenta a caracterização evolutiva da FMB em função do tempo de progressão da doença a partir da data de parasitismo pelo vetor.

Figura 2. Evolução temporal dos sinais e sintomas na primeira semana da Febre Maculosa Brasileira.



Fonte: SVSA, 2024.

2.7. O diagnóstico da febre maculosa baseia-se na avaliação combinada de fatores clínicos, histórico de exposição a carrapatos e resultados de exames laboratoriais. O método sorológico da Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI) é a técnica mais utilizada (considerado padrão-ouro sorológico) para diagnosticar rickettsioses. Para realizar o diagnóstico, é preconizado coletar a primeira amostra de soro nos primeiros dias da doença (fase aguda) e a segunda amostra de 14 a 21 dias após a data de coleta da 1ª amostra.

2.8. Para formas graves e óbitos potencialmente associados à FMB, as técnicas de RT-PCR, isolamento de riquétsias em cultura de células e imunohistoquímica são técnicas disponíveis. Cumprе ressaltar nas situações em que, tanto dengue e outras arboviroses quanto a FMB são consideradas possíveis diagnósticos, faz-se necessário observar os períodos preconizados para a coleta de amostras específicos para cada doença.

2.9. Para informações mais detalhadas sobre as técnicas laboratoriais e a interpretação dos resultados dos exames, recomenda-se consultar o [Guia de Vigilância em Saúde 6ª edição \(vol.3\)](#). Quanto ao envio das amostras, recomenda-se consultar a [Nota Técnica nº 127/2023-CGVZ/DEDT/SVSA/MS \(0039240657\)](#),

que fornece as orientações mais recentes sobre a rede de laboratórios para febre maculosa.

2.10. É essencial considerar que, além das arboviroses, outros diagnósticos diferenciais da FMB incluem, a depender da fase evolutiva da doença e cenário epidemiológico, as enteroviroses, vírus respiratórios, leptospirose, malária, estreptococcia, estafilococcia, salmoneloses, doença meningocócica, febre amarela, dentre outras.

TRATAMENTO

2.11. Deve ser ressaltada que, frente a casos suspeitos de FMB, ainda que outros diagnósticos diferenciais adicionais possam considerados, **é crucial a importância do início do tratamento antimicrobiano específico logo na suspeita clínica**, sem a necessidade de confirmação por exames laboratoriais. É conhecido que o tratamento oportuno, idealmente até o quarto dia após início de sintomas, figura como a principal intervenção para redução dos riscos de evolução para formas graves e óbitos.

2.12. A seguir, encontra-se a antibioticoterapia recomendada para febre maculosa (Figura 3).

Figura 3. Antibioticoterapia recomendada para febre maculosa

Antibioticoterapia recomendada	
ADULTOS	
Doxiciclina	Dose de 100 mg, de 12 em 12 horas, por via oral ou endovenosa, a depender da gravidade do caso, devendo ser mantida por 3 dias após o término da febre. Sempre que possível, a doxiciclina deve ser priorizada.
Cloranfenicol	Dose de 500 mg, de 6 em 6 horas, por via oral, devendo ser mantida por 3 dias após o término da febre. Em casos graves, recomenda-se 1 g, por via endovenosa, a cada 6 horas, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, mantendo-se o medicamento por mais de 7 dias, por via oral, na dose de 500 mg, de 6 em 6 horas.
CRIANÇAS	
Doxiciclina	Para crianças com peso inferior a 45 kg, a dose recomendada é de 2,2 mg/kg, de 12 em 12 horas, por via oral ou endovenosa, a depender da gravidade do caso, devendo ser mantida por 3 dias após o término da febre.
Cloranfenicol	Dose de 50 mg a 100 mg/kg/dia, de 6 em 6 horas, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, nunca ultrapassando 2 g por dia, por via oral ou endovenosa, dependendo das condições do paciente.

Fonte: SVSA, 2024.

2.13. É importante destacar que pacientes suspeitos de terem tanto FMB quanto dengue podem receber tratamento antimicrobiano específico para FMB. No entanto, devem ser gerenciados de acordo com o protocolo de avaliação de risco e manejo de casos suspeitos de dengue e outras arboviroses. Contudo, nessas situações, é essencial um acompanhamento clínico rigoroso para a detecção precoce de sinais de alerta e de qualquer agravamento relacionado às doenças em questão.

AÇÕES DE VIGILÂNCIA

2.14. Todo caso suspeito de febre maculosa (Figura 4) requer notificação compulsória imediata por qualquer meio de comunicação, devendo ser iniciada a investigação o mais rápido possível por se tratar de doença grave. A notificação da febre maculosa deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), por meio do preenchimento da Ficha de Investigação da Febre Maculosa.

Figura 4. Definição de caso suspeito para febre maculosa

Definição de caso suspeito	
Caso suspeito para detecção de febre maculosa:	
Indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaleia, mialgia E nos últimos 15 dias:	
<ul style="list-style-type: none"> tenha relatado história de picada de carrapatos e/ou; tenha tido contato com animais domésticos e/ou; silvestres e/ou; tenha frequentado área de transmissão de febre maculosa. 	
OU	
Indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaleia e mialgia, seguidas de aparecimento de exantema maculopapular, entre o segundo e o quinto dias de evolução, e/ou manifestações hemorrágicas.	

Fonte: SVSA, 2024.

2.15. A investigação epidemiológica permite que as medidas de controle e prevenção de novos casos possam ser adotadas em tempo oportuno além de definir o local provável onde ocorreu a infecção. Para isso, deve-se verificar se os locais de residência, trabalho ou lazer correspondem às áreas compatíveis com transmissão da febre maculosa, observando se existe presença de carrapatos na área; criação de animais domésticos, como cães e cavalos; e presença de animais silvestres (capivaras, gambás).

2.16. Mesmo em áreas não endêmicas, ou silenciosas, ou seja, sem informação sobre a circulação prévia das riquetsias associadas às febres maculosas, a presença de reservatórios ou vetores da doença, todo paciente que atenda a definição de caso suspeito deverá ser notificado.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- 3.1. A identificação precoce de casos suspeitos de FMB é elemento fundamental para a adoção de medidas assistenciais apropriadas e oportunas que visam minimizar os riscos de formas graves e óbitos associados à doença. Dentro desse contexto, além do entendimento dos sinais e sintomas da FMB, que frequentemente se assemelham aos da dengue, é crucial para o reconhecimento de casos suspeitos, especialmente em um contexto ecoepidemiológico de risco para ambas as doenças.
- 3.2. Em linhas gerais, essas considerações enfatizam a importância de uma abordagem integrada e eficaz no enfrentamento da febre maculosa brasileira, englobando diagnóstico precoce, tratamento oportuno e estratégias de vigilância robustas.
- 3.3. Para outras informações sobre a febre maculosa, acessar página do Ministério da Saúde, <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/ff/febre-maculosa>.
- 3.4. Para informações adicionais, contatar o grupo técnico por meio do telefone (61) 3315- 5992/3563 ou pelo e-mail: gtroedores@saude.gov.br.

4. BIBLIOGRAFIA

- 4.1. Angerami RN, Resende MR, Feltrin AF, Katz G, Nascimento EM, Stucchi RS, Silva LJ. Brazilian spotted fever: a case series from an endemic area in southeastern Brazil: epidemiological aspects. Ann N Y Acad Sci. v. 1078, n. 1, pp. 170–172, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1196/annals.1374.030>>. Acesso em 27 fev. 2023.
- 4.2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Dengue : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- 4.3. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota Técnica nº 127/2023-CGV/DEDT/SVSA/MS. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-127-2023-cgv-dedt-svsa-ms/@download/file>. Acesso em 27 fev 2024.
- 4.4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 3 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- 4.5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Febre maculosa: aspectos epidemiológicos, clínicos e ambientais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 160 p.
- 4.6. Delgado-De La Mora, Jesus et al. Características clínicas de pacientes com febre maculosa das Montanhas Rochosas, dengue e infecção por chikungunya. Gac. Med. Méx , Cidade do México, v. 157, n. 1, p. 61-66, 2021. Disponível em <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000100061&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 27 fev. 2024.

Atenciosamente,

FRANCISCO EDILSON FERREIRA DE LIMA JÚNIOR

Coordenador-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial

De acordo,

ALDA MARIA DA CRUZ

Diretora do Departamento de Doenças Transmissíveis



Documento assinado eletronicamente por **Alda Maria da Cruz, Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 25/03/2024, às 23:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Francisco Edilson Ferreira de Lima Junior, Coordenador(a)-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial**, em 26/03/2024, às 15:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0039238519** e o código CRC **58AD8667**.