



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 88/2025-CGZV/DEDT/SVSA/MS

Estabelece e reforça orientações destinadas às vigilâncias e à assistência em saúde estaduais e municipais para o período de sazonalidade das febres maculosas no Brasil e dá outros encaminhamentos

1. DA DEMANDA

1.1. A designação "febre maculosa" (FM) é dada a um grupo de zoonoses causadas por bactérias do gênero *Rickettsia*. A doença é transmitida pela picada do carapato infectado com a bactéria, e a transmissão geralmente ocorre quando o vetor permanece aderido ao corpo (Brasil, 2023, Brasil, 2022a, Parola et al 2009). Deste modo, a transmissão da doença para seres humanos é facilitada pelo seu acesso a ambientes adequados ao carapato vetor. Isso pode acontecer de forma direta, por meio da presença do ser humano no ambiente infestado ou indireta, quando o carapato é levado ao domicílio por animais (cães ou caça, entre outros) ou, ainda, em roupas ou objetos.

1.2. A doença é registrada desde o século passado, e devido à alta letalidade e a diversidade clínica, passou a ser de notificação obrigatória ao Ministério da Saúde a partir do ano de 2001 (Brasil, 2023).

1.3. Considerando este atual cenário e tendo em vista o período de sazonalidade da doença, esta Coordenação-geral orienta todas as Unidades Federativas e o Distrito Federal a manterem-se em **alerta para casos que apresentarem quadro de febre, dor no corpo, dor de cabeça ou manchas avermelhadas pelo corpo e que estiveram em locais com a presença de carrapatos.**

2. EPIDEMIOLOGIA DAS FEBRES MACULOSAS

2.1. PERFIL ECOEPIDEMIOLÓGICO

Febre Maculosa Brasileira (FMB) por *Rickettsia rickettsii*

2.1.1. Nos cenários em que a *R. rickettsii* é o agente etiológico, os casos estão geralmente associados ao carapato *Amblyomma sculptum* (anteriormente denominado *Amblyomma cajennense*, popularmente conhecido como "carapato-estrela"). As capivaras (*Hydrochoerus hydrochaeris*) e os equinos (*Equus caballus*) figuram como hospedeiros preferenciais desse vetor, servindo de fonte alimentar para todos os estágios do seu ciclo de vida. Dessa forma, a ocorrência de febre maculosa associada ao *A. sculptum* está fortemente relacionada a áreas de mata ciliar com presença de capivaras e a ambientes de pastagem degradada com cavalos, predominantemente nos biomas Cerrado e Mata Atlântica alterada (Soares et al., 2012; Szabó; Pinter; Labruna, 2013).

2.1.2. Na região metropolitana de São Paulo, a FMB também ocorre associada ao carapato *Amblyomma aureolatum*, em que cães e gatos desempenham papel central no ciclo ao atuarem como carreadores de carrapatos infectados dos fragmentos de Mata

Atlântica para o ambiente domiciliar e peridomiciliar, ampliando o risco de exposição humana (Szabó; Pinter; Labruna, 2013).

2.1.3. Em ambos os perfis de transmissão, a doença apresenta caráter grave e elevada letalidade, que pode chegar a 60%, variando de acordo com a região e a oportunidade do diagnóstico e início do tratamento (Brasil, 2024a).

Febre Maculosa por *Rickettsia Parkeri* (FMRP)

2.1.4. Este ciclo ocorre predominantemente em áreas de Mata Atlântica das Regiões Sul, Sudeste e Nordeste, tendo o carapato *Amblyomma ovale* como principal vetor competente. O contato humano com carapatos infectados pode se dar tanto em atividades de lazer ou trabalho em áreas de mata quanto no ambiente domiciliar, pela convivência com cães que transitam livremente nesses ecossistemas e retornam parasitados (Krawczak et al., 2016a; Krawczak et al., 2016b; Silva et al., 2011; Spolidorio et al., 2010).

2.1.5. Diferentemente da FMB, a FMRP apresenta quadro clínico mais brando e autolimitado. Até o presente momento, não há registro de óbitos confirmados por esse ciclo de transmissão no Brasil (Brasil, 2024a; Faccini-Martínez et al 2018).

2.2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS

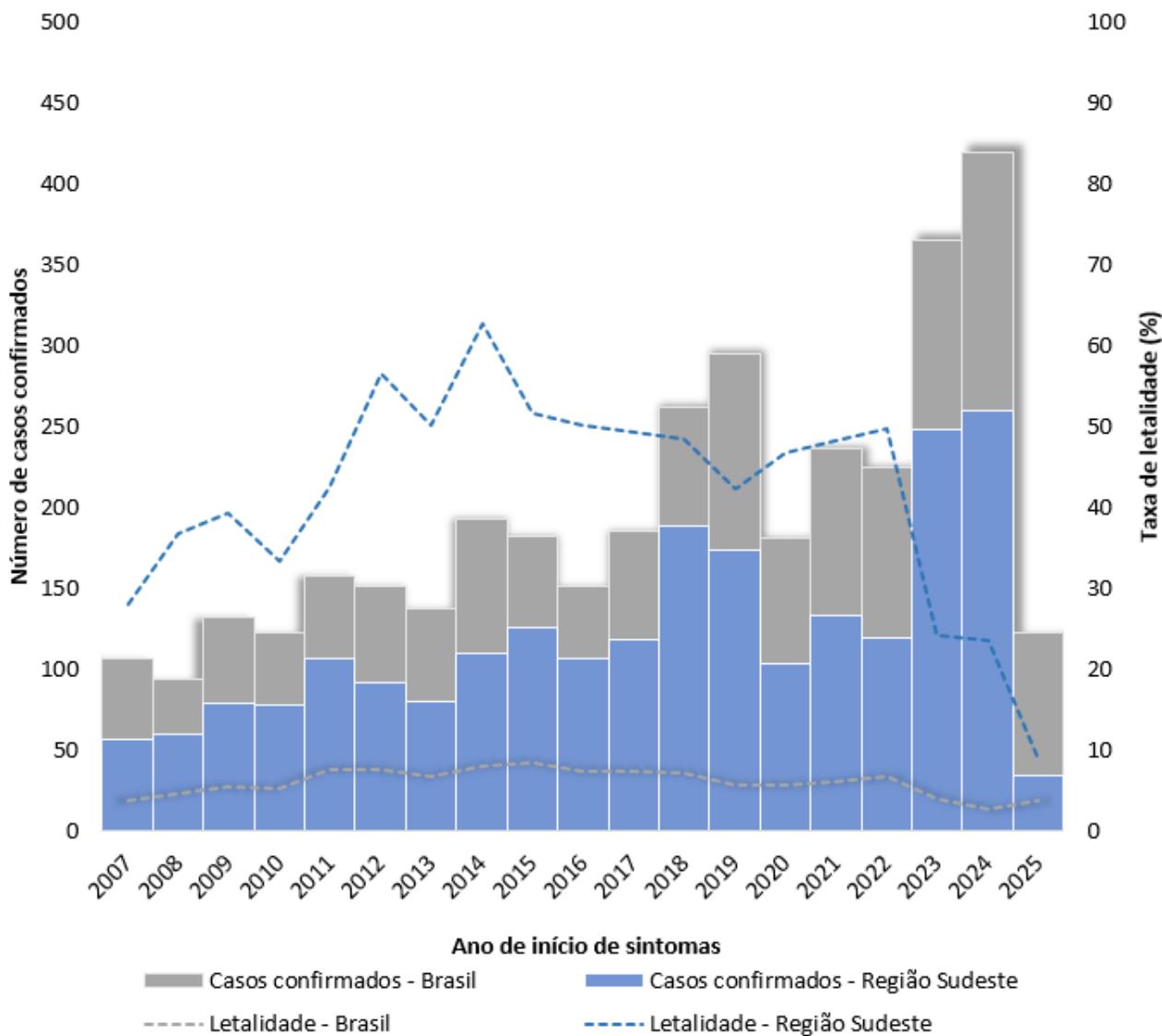
2.3. Entre 2007 e 2024, foram confirmados 5.141 casos de FM no Brasil, com 1.077 óbitos, resultando em uma letalidade média de aproximadamente 21% no período (Figura 1). Observa-se um aumento expressivo no número de casos a partir de 2022, muito provavelmente relacionado à ampla repercussão do surto ocorrido no município de Campinas (SP), bem como às ações de sensibilização e vigilância voltadas a profissionais de saúde e à população em áreas de risco.

2.4. **Até a semana epidemiológica 35 de 2025, foram confirmados 122 casos e 22 óbitos no país** (Figura 1). Os óbitos concentram-se na Região Sudeste, todos associados a casos de FMB, com registro em São Paulo (13), Rio de Janeiro (6), Minas Gerais (2) e Espírito Santo (1), além de um óbito com a Unidade Federada de infecção classificado como “ignorado/em branco” no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

2.5. Apesar do aumento recente no número de casos, observa-se uma queda consistente da letalidade, sobretudo na Região Sudeste, historicamente mais acometida pelos quadros graves (Figura 1). A partir de 2022, provavelmente impulsionada pelo surto de Campinas e pela maior sensibilização da rede, a suspeita clínica e a notificação passaram a ocorrer mais cedo, em relação ao início dos sintomas. Entre 2023 a 2024, a mediana do tempo entre início dos sintomas e notificação caiu para 4 dias (antes predominavam 6-7 dias). Esses achados indicam suspeição mais precoce e resposta assistencial mais rápida, compatíveis com o cenário pós-surto de 2022 e com maior acesso ao tratamento oportuno (incluindo doxiciclina quando indicada), em linha com a evidência de que início precoce do tratamento reduz gravidade e óbitos (Angerami et al 2012).

2.6. Além disso, destaca-se como marco importante a disponibilização da doxiciclina injetável 100 mg no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 2022, indicada para os casos mais graves, ampliando a capacidade de resposta terapêutica e fortalecendo a linha de cuidado dos pacientes com febre maculosa (Brasil, 2022).

Figura 1. Casos confirmados, óbitos e taxa de letalidade por febre maculosa, segundo ano de início dos sintomas. Brasil e Região Sudeste, 2007-2025.*



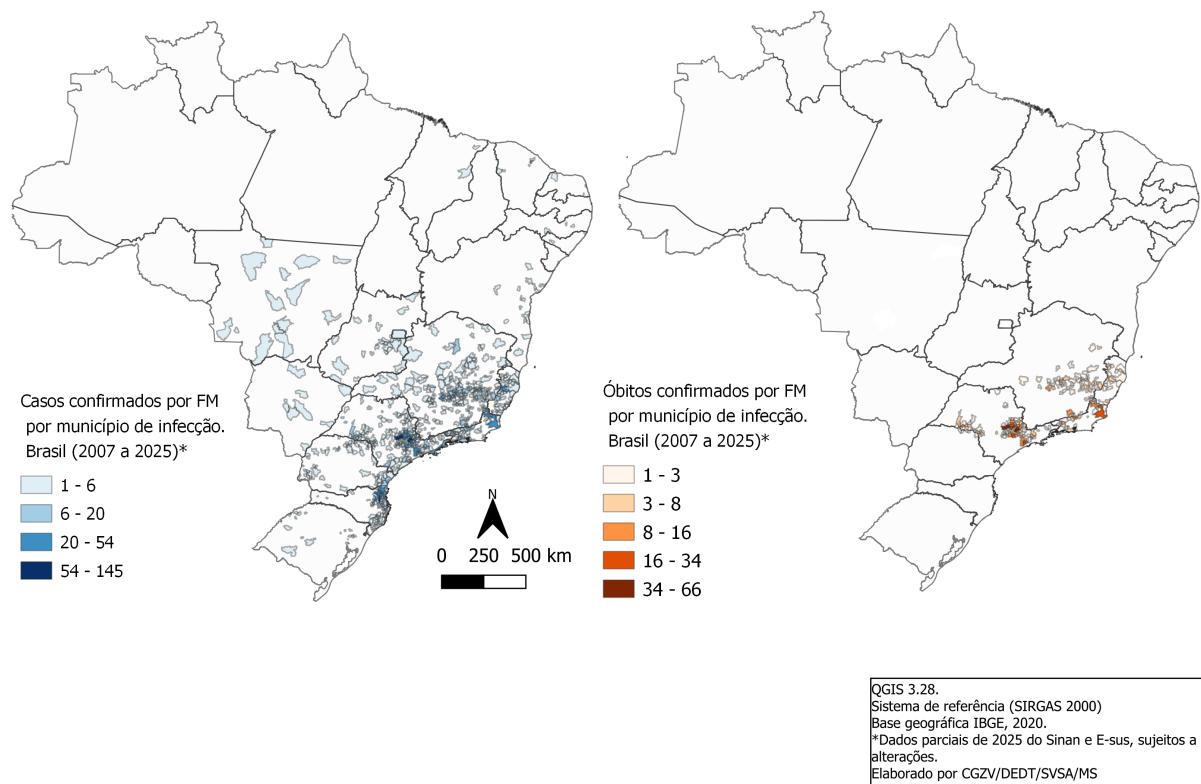
Fonte: Sinan e-SUSVS (ES)

Atualizado em: 24/09/2025

* Dados sujeitos a alterações.

2.7. Geograficamente, a Região Sudeste concentra a maioria dos casos e óbitos, com destaque para São Paulo e Minas Gerais, seguidos por Espírito Santo e Rio de Janeiro. A Região Sul confirmou 822 casos da doença, no período de 2007 a 2025, com destaque para Santa Catarina, que concentrou a maioria dos registros, porém sem ocorrência de óbitos associados. Situação semelhante é observada em grande parte da Região Nordeste, responsável por 70 casos confirmados no mesmo período, onde os episódios estão relacionados, em sua maioria, à FMRP, de evolução clínica mais branda e sem gravidade significativa. Já as Regiões Norte e Centro-Oeste registram casos esporádicos, geralmente restritos a áreas sob investigação focal (Figura 2).

Figura 2. Número de casos e de óbitos confirmados por FM. Brasil, 2007 a 2025*



Fonte: Sinan e-SUSVS (ES)

*Dados sujeitos a alterações.

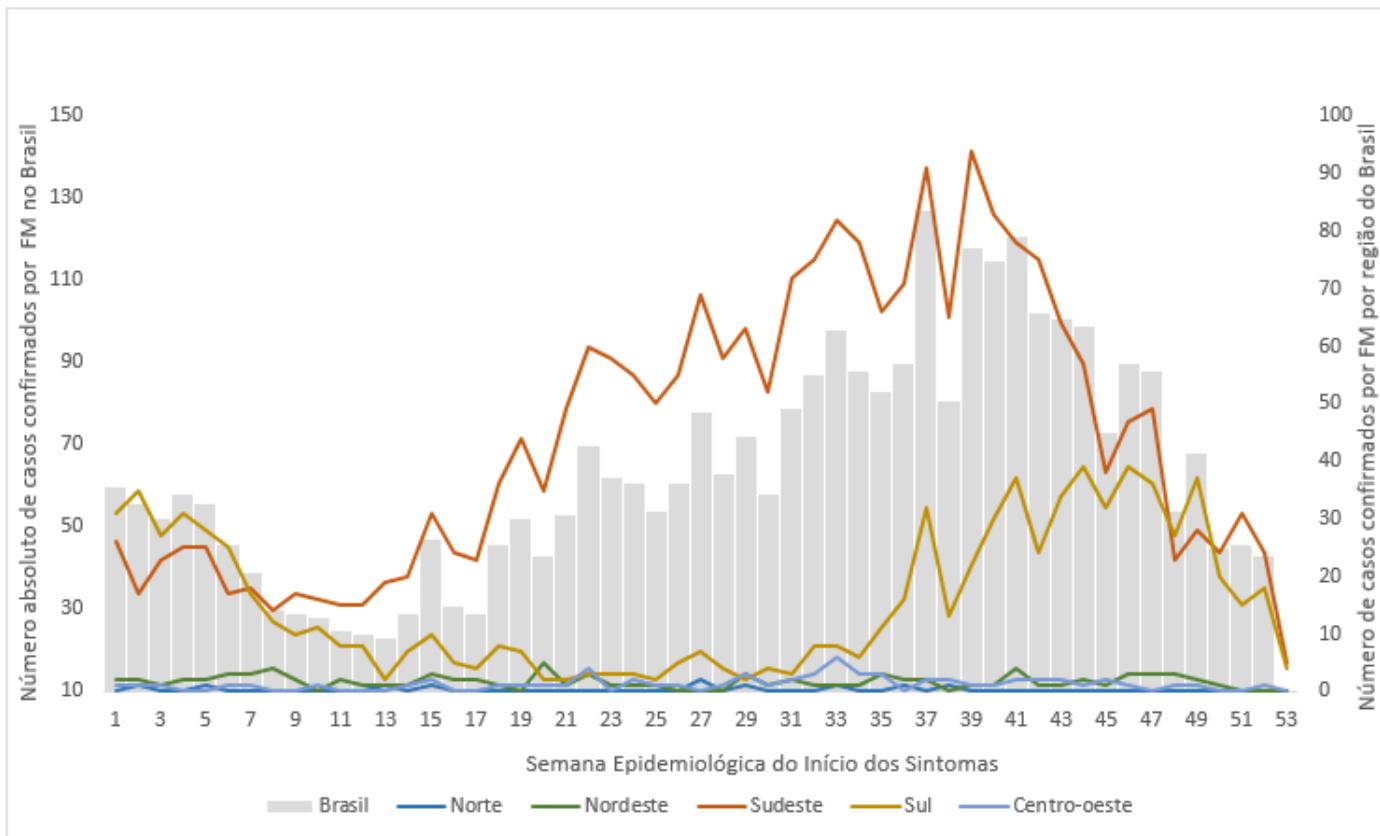
2.8.

SAZONALIDADE

2.9. No Brasil, os casos de febre maculosa concentram-se entre os meses de maio e novembro, correspondendo aproximadamente às semanas epidemiológicas 18 a 46, com maior intensidade nos meses de inverno e primavera (Figura 3). A Região Sudeste apresenta o maior volume de casos nesse período, em especial associados ao vetor *A. sculptum*, cuja atividade sazonal aumenta durante os meses mais secos e de transição climática, favorecendo o contato humano. Esse intervalo coincide com a maior proliferação das ninfas do carapato, estágio considerado mais agressivo e menos perceptível ao ser humano que o adulto, o que aumenta o risco de parasitismo e transmissão (Labruna, 2009; Szabó et al., 2013; Parola et al., 2013; Brasil, 2024a).

2.10. Já nas Regiões Sul e Nordeste observa-se um padrão sazonal distinto, com incremento de casos principalmente entre o final do ano e o início do subsequente correspondendo, em média, às semanas epidemiológicas 45 a 5 (novembro a fevereiro). Esse comportamento reflete a ecologia local e provavelmente a atividade de vetores como *A. ovale*, carapato incriminado como principal vetor da febre maculosa por FMRP na maioria dessas localidades (Krawczak et al., 2016a; Krawczak et al., 2016b; Brasil, 2024a). Em outras regiões, contudo, ainda se observam casos esporádicos ao longo de todo o ano (Figura 3).

Figura 3. Sazonalidade dos casos confirmados de febre maculosa no Brasil e Regiões, por semana epidemiológica do início dos sintomas, 2007-2025.*



Fonte: Sinan e-SUSVS (ES)

Atualizado em: 24/09/2025

* Dados sujeitos a alterações.

2.11. Essas diferenças sazonais e, sobretudo regionais, determinadas pela presença de distintos ciclos ecoepidemiológicos da doença, reforçam a necessidade de incorporar a sazonalidade ao planejamento das ações de vigilância. Isso inclui a preparação oportuna das redes estaduais e municipais, a sensibilização contínua de profissionais de saúde e o estímulo à suspeita clínica precoce, fundamentais para reduzir a letalidade da doença. Reitera-se, portanto, a importância de que os serviços de saúde permaneçam atentos para o reconhecimento imediato de quadros febris acompanhados de sintomas inespecíficos, sobretudo quando associados ao relato de exposição em áreas de risco para carrapatos, garantindo investigação oportuna e início imediato do tratamento específico.

3. ASPECTOS CLÍNICOS DA FEBRE MACULOSA

Febre Maculosa Brasileira (*R. rickettsii*):

3.1. É uma doença multissistêmica com frequente manifestações hemorrágicas e, consequentemente, altas taxas de letalidade (podendo chegar até 55%). O início costuma ser abrupto e os sintomas são inespecíficos (febre, em geral alta; cefaleia; mialgia intensa; mal-estar generalizado; náuseas; vômitos) (Lemos et al., 2001; Angerami et al., 2012; Pinter et al., 2016; Angerami et al., 2021) (Figura 3).

3.2. Em geral, entre o segundo e o sexto dia da doença, surge o exantema maculopapular, de evolução centrípeta e predomínio nos membros inferiores, podendo acometer região palmar e plantar em 50% a 80% dos pacientes com essa manifestação (Figura 3). Embora seja o sinal clínico mais importante, o exantema pode estar ausente, o que pode dificultar e/ou retardar o diagnóstico e o tratamento, determinando uma maior letalidade (Lemos et al., 2001; Favacho et al 2011).

3.3. O período de incubação da FMB é de 7 dias, em média, podendo variar de 2 a 14 dias, ou seja, esse é o período entre o dia que o carrapato infectado por *rickettsias* pica o hospedeiro humano, que vai permanecer assintomático nesse período, até o dia em que se inicia a manifestação dos sinais e sintomas, muitas vezes de forma abrupta.

Atenção: Na fase inicial, a febre maculosa pode ser confundida com outras doenças febris

agudas, como arboviroses (dengue, Zika, chikungunya), leptospirose, enteroviroses e infecções respiratórias virais (como influenza e COVID-19). Com o surgimento do exantema, o diagnóstico diferencial precisa ser realizado com dengue, sepse, meningococcemia, sarampo, febre purpúrica brasileira e farmacoderma, entre outras doenças exantemáticas.

Febre Maculosa por *Rickettsia parkeri* (*R. parkeri*):

3.4. Caracteriza-se por um quadro clínico com início súbito, geralmente manifestando-se com febre de intensidade leve a moderada.

3.5. Um dos sinais mais característicos é a **presença da escara de inoculação, que indica o local em que o carrapato picou** (Faccini-Martínez et al., 2018), e que apresenta as seguintes características:

- a) Lesão ulcerada, com centro crostoso-necrótico e halo eritematoso;
- b) Diâmetro variável entre 0,5 a 2 cm;
- c) Geralmente indolor e visível na maioria dos casos.

3.6. É comum a presença de linfadenopatia regional, geralmente ipsilateral à escara. Outro sinal frequente é o exantema cutâneo, que pode assumir aspecto macular, maculopapular ou maculovesicular, sendo predominante no tronco e membros. Entre os sintomas sistêmicos associados, destacam-se: cefaleia; mialgia; artralgia e mal-estar geral (Faccini-Martínez et al., 2018).

3.7. A evolução clínica costuma ser autolimitada, sem registro de manifestações graves ou óbitos relacionados. Manifestações gastrointestinais ou respiratórios são considerados incomuns neste contexto (Spolidorio et al., 2010; Krawczak et al., 2016a; Faccini-Martínez et al., 2018; Silva-Ramos et al., 2021).

4. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

4.1. O diagnóstico da febre maculosa deve considerar sinais e sintomas inespecíficos associados ao histórico epidemiológico do paciente (residência, deslocamentos e exposição a áreas de risco com presença de carrapatos e hospedeiros). A investigação deve incluir diagnósticos diferenciais de outras doenças febris agudas, como dengue e leptospirose.

4.2. A confirmação laboratorial é feita preferencialmente pela sorologia (RIFI), com duas amostras: fase aguda que deve ser coletado no momento da suspeição (até o 7º dia) e a fase convalescente (14-21 dias), sendo confirmatório o aumento ≥ 4 vezes no título de anticorpos. O PCR pode ser empregado como método complementar, sobretudo em material de escara de inoculação nos casos de *R. parkeri*. **Ressalta-se que a coleta de exames não deve atrasar o início do tratamento** (Brasil, 2023; Angerami et al., 2021; Biggs et al., 2016).

4.3. Para maiores informações sobre o diagnóstico e o tratamento da febre maculosa, recomenda-se consultar o [Guia de Vigilância em Saúde](#) e o [Manual da Febre maculosa: aspectos epidemiológicos, clínicos e ambientais](#).

4.4. **O tratamento deve ser iniciado imediatamente diante da suspeita clínica, sem aguardar confirmação laboratorial.** O antibiótico de escolha é a doxiciclina, indicada para todos os casos suspeitos, independentemente da idade ou gravidez. O esquema deve ser mantido por sete dias ou até três dias após o fim da febre (Brasil, 2023; Angerami et al., 2021; Biggs et al., 2016).

4.5. O Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) deste Ministério da Saúde disponibiliza às esferas de saúde as apresentações de doxiciclina em comprimido e solução injetável, sendo esta última indicada para casos graves. Informações detalhadas sobre recomendações e registro de uso da doxiciclina injetável 100 mg podem ser consultadas na [Nota Técnica nº 11/2024-CGZV/DEDT/SVSA/MS](#).

5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL

Notificação

5.1. Todo caso suspeito de febre maculosa requer notificação compulsória imediata

por qualquer meio de comunicação, devendo ser iniciada a investigação o mais rápido possível por se tratar de doença grave.

5.2. A notificação da febre maculosa deve ser registrada no Sinan, por meio do preenchimento da [Ficha de Investigação da Febre Maculosa](#). 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.

5.3. 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 (cavivaras, gambás).

5.4. Mesmo em áreas não endêmicas, ou áreas silenciosas, ou seja, sem informação sobre a circulação do agente infeccioso, reservatórios ou vetores da doença, se houver um paciente que atenda a definição de caso suspeito, este deverá ser notificado.

5.5. Definição de caso suspeito:

a) Indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaleia, mialgia e que 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, nos últimos 15 dias OU;

b) 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.

5.6. Os **casos confirmados** devem ser estabelecidos por exames laboratoriais (RIFI, PCR, imuno-histoquímica ou isolamento), e em áreas endêmicas também pode ser aplicado o critério clínico-epidemiológico.

5.7. A vigilância ambiental complementa a investigação e tem como objetivo também identificar o LPI, caracterizar cenários de transmissão e subsidiar medidas de prevenção. Para isso, podem ser empregadas técnicas padronizadas, como arrasto de pano branco, armadilhas de CO₂ e inspeção de animais domésticos e silvestres, para de coleta de material de em potenciais reservatórios ou hospedeiros da doença. Todo material coletado deve ser acondicionado adequadamente e encaminhado aos Lacen ou laboratórios de referência para identificação taxonômica e pesquisa de *Rickettsia* por biologia molecular. As informações para coleta e envio do material podem ser consultadas por meio da [Nota Técnica nº 113/2022-CGZV/DEIDT/SVS/MS](#).

6. ORIENTAÇÕES PARA SITUAÇÃO DE SURTOS ENVOLVENDO A DOENÇA

6.1. Um surto pode ser caracterizado pela ocorrência de casos em frequência maior que a esperada, podendo incluir um único caso de doença rara, emergente ou grave (Reintjes et al., 2009; Brasil, 2018). Um único caso por FM pode significar a existência de um surto, o que impõe a adoção imediata de medidas de controle.

6.2. Geralmente, os surtos envolvendo a doença ocorre de maneira sazonal, focal e esporádico, frequentemente associado a altas taxas de letalidade, especialmente àqueles com quadros clínicos e perfil epidemiológico associado a casos por FMB. Estes eventos acometem, em geral, grupos com exposição ambiental comum, como famílias e turistas em atividades de risco (trilhas, pescarias, práticas agropecuárias), nas quais ocorre contato com carrapatos vetores (Parola et al., 2009; 2014; Brasil, 2022a; Brasil, 2024a).

6.3. Diante desse perfil, a preparação e resposta oportuna são fundamentais, sobretudo em áreas endêmicas ou silenciosas com potencial de reemergência. A evolução clínica rápida e grave da FM, sobretudo da FMB, exige atenção imediata diante de casos suspeitos, visando prevenir novos adoecimentos e reduzir a gravidade dos desfechos (Angerami et al., 2009; Brasil, 2024a).

Ações prioritárias:

- Comunicar imediatamente a vigilância em saúde (local, estadual e nacional);

- Avaliar ativação de sala de situação;
- Investigar locais de exposição (últimos 14 dias) e delimitar o LPI;
- Promover busca ativa de casos suspeitos em contatos e áreas de risco;
- Articular com unidades de saúde para coleta de amostras, início imediato do tratamento de todo caso suspeito, e definição de fluxos de encaminhamento hospitalar;
- Garantir disponibilidade de medicamentos e acionar estoques estratégicos quando necessário;
- Realizar investigação ambiental (carrapatos e hospedeiros) no(s) LPI(s);
- Restringir acesso a áreas de risco e reforçar uso de EPI;
- Desenvolver ações educativas locais para prevenção e detecção precoce.
- Alinhar intersetorialmente (meio ambiente, turismo, agricultura, defesa civil) para avaliar possibilidades de manejo ambiental e animal;
- Realizar comunicação de risco clara e transparente.

7. RECOMENDAÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE

7.1. A prevenção da febre maculosa baseia-se em evitar o contato com o carrapato. O Ministério da Saúde recomenda a adoção de algumas medidas para evitar a doença, principalmente em locais onde haverá exposição a carrapatos:

7.1.1. Orientações aos serviços de saúde:

- a) Promover capacitações frequentes para profissionais de saúde e alertar para a importância da suspeita clínica e tratamento específico oportuno, diagnóstico específico e diferencial para outras doenças;
- b) Informar a população sobre a circulação sazonal do carrapato, como forma educativa e preventiva, respeitando o ciclo biológico do carrapato e, consequentemente, a ocorrência dos casos;
- c) Locais públicos ou privados que realizam festas ou eventos conhecidamente infestados por carrapatos devem, por meio de placas, informar seus frequentadores sobre a presença de carrapatos e as formas de proteção;
- d) A limpeza e a capina de lotes não construídos e a limpeza de áreas públicas, com cobertura vegetal, devem ser planejadas. Para o controle em áreas de ocorrência de foco, a equipe do serviço de vigilância de zoonoses deve ser acionada.

7.1.2. Orientações gerais para a população:

Orientar a população sobre como se proteger, adotando o uso de barreiras físicas, quando for se expor a áreas com possibilidade de presença de carrapatos, conforme descrito a seguir:

- a) Usar roupas claras e com mangas compridas, para facilitar a visualização de carrapatos;
- b) Usar calças compridas, inserindo a parte inferior por dentro de botas, preferencialmente de cano longo e vedadas com fita adesiva de dupla-face;
- c) Uso de repelentes eficientes contra carrapatos;
- d) Examinar o próprio corpo a cada três horas, a fim de verificar a presença de carrapatos. Quanto mais rápido forem retirados, menor a chance de infecção;
- e) Retirar os carrapatos (caso sejam encontrados no corpo), preferencialmente com auxílio de uma pinça (de sobrancelhas ou pinça cirúrgica auxiliar);

- f) Não esmagar o carapato com as unhas, pois ele pode liberar as bactérias e contaminar partes do corpo com lesões;
- g) Locais públicos conhecidamente infestados por carapatos devem, por meio de placas, informar seus frequentadores sobre a presença de carapatos e as formas de proteção;
- h) A limpeza e a capina de lotes não construídos e a limpeza de áreas públicas, com cobertura vegetal, devem ser planejadas. Para o controle em áreas de ocorrência de foco, a equipe de zoonoses deve ser acionada.

8. CONCLUSÃO

8.1. A FM é uma doença de início abrupto e de rápida evolução. É importante que se conheça seus fatores de risco e medidas de prevenção e controle. **O tratamento deve ser iniciado no momento da suspeita clínica e assim evitar agravamento da doença.** Considerando ser uma doença de notificação compulsória, todo caso suspeito deve ser imediatamente notificado e registrado no Sinan.

8.2. É essencial que as recomendações dessa nota sejam implementadas pelos gestores e amplamente divulgadas entre os profissionais de saúde das três esferas de gestão do SUS e que ações de comunicação de risco para a população sejam viabilizadas oportunamente.

8.3. Para mais informações adicionais, consultar a página de A a Z da febre maculosa no site do Ministério da Saúde, [A a Z - Febre Maculosa](#), ou contatar GT-roedores, gtrroedores@saude.gov.br, telefone: 61-3315-3563.

9. REFERÊNCIAS

- ANGERAMI, R. N. et al. Features of Brazilian spotted fever in two different endemic areas in Brazil. Ticks and Tick-Borne Diseases, Amsterdam, v. 3, n. 5/6, p. 346-348, dez. 2012.
- ANGERAMI, R. N. et al. Febre maculosa brasileira e outras rickettsioses no Brasil. In: FOCACCIA, R. (org.). Veronesi-Focaccia: tratado de infectologia. 6. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Atheneu. v. 1, p. 1025-1048, 2021.
- BIGGS, H. M. et al. Diagnosis and management of tickborne rickettsial diseases: Rocky Mountain spotted fever and other spotted fever group rickettsioses, ehrlichioses, and anaplasmosis – United States. MMWR. Recommendations and Reports, Atlanta, GA, v. 65, n. 2, p. 1-44, maio 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Perfil epidemiológico da febre maculosa no Brasil – 2013 a 2023. Boletim Epidemiológico, v. 55, n. 09, p. 1-19, 2024a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota Técnica nº 11/2024-CGZV/DEDT/SVSA/MS: Orientações para a utilização e o registro de uso do medicamento doxiciclina 100 mg, solução injetável, utilizada no tratamento da febre maculosa brasileira no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos pelo Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF). Brasília, DF, 2024b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico]. 5. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. 1.126 p.: il. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-maculosa/publicacoes/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-3-6a-edicao>. Acesso em: 03 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Febre maculosa: aspectos epidemiológicos, clínicos e ambientais. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. 160 p.: il. Disponível em: Acesso em: 03 out. 2025. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-maculosa/publicacoes/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-3-6a-edicao>

maculosa/publicacoes/febre-maculosa-aspectos-epidemiologicos-clinicos-e-ambientais/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Informativa nº 9/2022-CGLAB/DAEVS/SVS/MS: Dispõe sobre a organização atual dos Laboratórios de Referência Regional e Nacional para o diagnóstico de febre maculosa e outras rickettsioses a partir de amostras de reservatórios e vetores. Brasília, DF, 2022c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica nº 113/2022-CGZV/DEIDT/SVS/MS: Orientações da vigilância entomológica para coleta, acondicionamento e transporte de amostras para pesquisa de potenciais vetores de rickettsias e dá outras providências. Brasília, DF, 2022b.

FACCINI-MARTÍNEZ, Á. A. et al. Febre maculosa por *Rickettsia parkeri* no Brasil: condutas de vigilância epidemiológica, diagnóstico e tratamento. *Journal of Health and Biological Sciences*, [s.l.], v. 6, n. 3, p. 299-312, 2018.

FACCINI-MARTÍNEZ, Á. A. et al. Rickettsioses in Brazil: distinct diseases and new paradigms for epidemiological surveillance. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 54, 2021.

FAVACHO, A. R. M.; ROZENTAL, T.; CALIC, S.; LEMOS, E. R. S. Fatal Brazilian spotless fever caused by *Rickettsia rickettsii* in a darker-skinned patient. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 44, p. 395-396, 2011.

KRAWCZAK, F. S. et al. Comparative evaluation of *Amblyomma ovale* ticks infected and noninfected by *Rickettsia* sp. strain Atlantic rainforest, the agent of an emerging rickettsiosis in Brazil. *Ticks and Tick-Borne Diseases*, Amsterdam, v. 7, n. 3, p. 502-507, 2016a.

KRAWCZAK, F. S. et al. Ecology of a tick-borne spotted fever in Southern Brazil. *Experimental & Applied Acarology*, Amsterdam, v. 70, n. 2, p. 219-229, out. 2016b.

LABRUNA, M. B. et al. Genetic identification of rickettsial isolates from fatal cases of Brazilian spotted fever and comparison with *Rickettsia rickettsii* isolates from the American continents. *Journal of Clinical Microbiology*, Washington, DC, v. 52, n. 10, p. 3788-3791, out. 2014.

LEMOS, E. R. S. et al. Spotted fever in Brazil: a seroepidemiological study and description of clinical cases in an endemic area in the state of São Paulo. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Baltimore, v. 65, n. 4, p. 329-334, out. 2001.

PAROLA, P.; LABRUNA, M. B.; RAOULT, D. Tick-borne rickettsioses in America: unanswered questions and emerging diseases. *Current Infectious Disease Reports*, v. 11, n. 1, p. 40-50, jan. 2009. doi: 10.1007/s11908-009-0007-5.

SILVA, N. et al. Eschar-associated spotted fever rickettsiosis, Bahia, Brazil. *Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, GA, v. 17, n. 2, p. 275-278, Feb. 2011.

SILVA-RAMOS, C. R.; HIDALGO, M.; FACCINI-MARTÍNEZ, Á. A. Clinical, epidemiological, and laboratory features of *Rickettsia parkeri* rickettsiosis: A systematic review. *Ticks and Tick Borne Diseases*, Amsterdam, v. 12, n. 4, p. 101734, July 2021.

SPOLIDORIO, M. G. et al. Novel spotted fever group rickettsiosis, Brazil. *Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, GA, v. 16, n. 3, p. 521-523, mar. 2010.

SZABÓ, M. P.; PINTER, A.; LABRUNA, M. B. Ecology, biology and distribution of spotted fever tick vectors in Brazil. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, Lausanne, v. 3, p. 27, jul. 2013.

Atenciosamente,

FRANCISCO EDILSON FERREIRA DE LIMA JÚNIOR

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

De acordo,

MARILIA SANTINI DE OLIVEIRA

Diretora do Departamento de Doenças Transmissíveis



Documento assinado eletronicamente por **Marilia Santini de Oliveira, Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 06/10/2025, às 18:16, 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 07/10/2025, às 10:36, 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 **Mariângela Batista Galvão Simão, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 10/10/2025, às 13:14, 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 **0050567488** e o código CRC **F33B75A5**.

Referência: Processo nº 25000.164625/2025-96

SEI nº 0050567488

Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial - CGZV
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br