



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

NOTA TÉCNICA Nº 49/2026-CGZHA/DEDT/SVSA/MS

Reforça as orientações para as ações de vigilância e assistência em saúde durante o período de sazonalidade da febre maculosa (FM) no Brasil, com ênfase na suspeita clínica e no início precoce do tratamento.

1. DA DEMANDA

1.1. A febre maculosa (FM) é uma doença infecciosa febril aguda, transmitida pela picada de carrapatos infectados por bactérias do gênero *Rickettsia*. No Brasil, pelo menos duas bactérias estão associadas à ocorrência da FM: *Rickettsia rickettsii*, agente etiológico da febre maculosa brasileira (FMB), e *Rickettsia parkeri* cepa Mata Atlântica (FMRP), agente associado à febre maculosa causada por *R. parkeri*. Essas riquetsioses apresentam características clínicas distintas e diferentes perfis ecoepidemiológicos no território nacional, sendo as formas clínicas graves e fatais associadas principalmente à FMB, causada por *R. rickettsii* (Brasil, 2024a; Brasil, 2022a).

1.2. Até a **Semana Epidemiológica (SE) 34 de 2026**, foram notificados 5.618 casos suspeitos de FM no Brasil, dos quais **158 foram confirmados, com registro de 45 óbitos** causados pela doença.

1.3. Embora a letalidade da FM no Brasil tenha apresentado redução em relação a anos anteriores, passando de 41,8% em 2015 para 22,9% em 2025, a doença permanece com elevadas taxas de letalidade. Entre 2020 e 2025, a letalidade foi de aproximadamente 23%. **Em 2026, até a SE 30, a letalidade foi de 28,4%.**

1.4. Historicamente, a **Região Sudeste concentra a maior parte dos casos graves e dos óbitos por FM no país**, especialmente em áreas com transmissão associada à FMB. Até a SE 34 de 2026, **foram confirmados 72 casos e 37 óbitos na região Sudeste, com letalidade de 51,3%**, correspondendo a 82,2% dos óbitos registrados no Brasil no período.

1.5. Os casos de FM, incluindo formas clínicas mais leves associadas à FMRP, podem ocorrer em outras regiões do país, especialmente na região Sul, em parte da região Nordeste e Sudeste, inclusive em áreas anteriormente consideradas silenciosas para a doença (Brasil, 2024a).

1.6. Portanto, diante do período de sazonalidade da FM, sobretudo da FMB, que geralmente ocorre entre maio e novembro, e da manutenção da elevada letalidade, este documento técnico tem por objetivo reforçar orientações essenciais para a vigilância e a assistência em saúde, com foco na suspeição precoce, no início imediato do tratamento e na **diferenciação clínica e epidemiológica em relação a outros agravos febris, especialmente as arboviroses urbanas, considerando a semelhança do quadro clínico nas fases iniciais da doença.**

2. FATORES EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS E DIFERENCIAIS QUE ORIENTAM A ANAMNESE E A TOMADA DE DECISÃO

Anamnese epidemiológica

2.1. A anamnese epidemiológica assume especial importância na suspeita de FM, uma vez que a fase inicial da doença apresenta manifestações clínicas inespecíficas, semelhantes a várias outras doenças febris agudas, incluindo arboviroses, leptospirose, viroses respiratórias e gastroenterites virais. A investigação deve buscar identificar os locais efetivamente frequentados pelo paciente nos 15 dias anteriores ao início dos sintomas, conforme ilustrado na **Figura 1**.

2.1.1. Devem ser investigados, principalmente:

- a) Locais e as datas relacionados à residência, trabalho, lazer e deslocamentos;
- b) Permanência em matas, trilhas, pastagens, margens de rios e lagos, lagoas, represas, pesqueiros, parques, chácaras, fazendas e outras áreas com possibilidade de infestação por carrapatos;
- c) histórico de picada ou contato com carrapatos;
- d) Contato com animais domésticos ou silvestres, especialmente equídeos, cães, capivaras, pequenos roedores.

Figura 1. Principais antecedentes da anamnese para investigação de casos suspeitos de FM



Fonte: DEDT/SVSA/MS, 2026.

2.1.2. **A ausência de relato ou lembrança de picada de carrapato não exclui a suspeita de FM, uma vez que o parasitismo pode não ser percebido, particularmente quando relacionado a larvas e ninfas** (Pinter et al 2021).

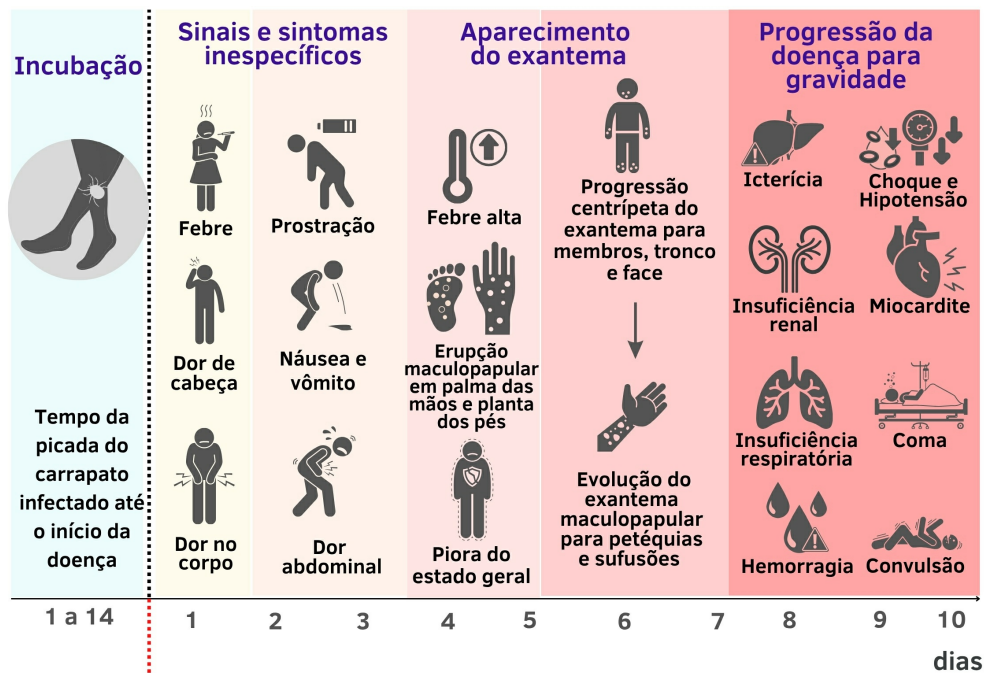
Evolução clínica e sinais de gravidade da FMB

2.2. O período de incubação da FMB varia, em geral, de 1 a 14 dias, com média aproximada de sete dias. Após esse período, a doença apresenta início súbito e, nos primeiros dias, pode manifestar-se com febre elevada, cefaleia, mialgia generalizada, prostração, artralgia, náuseas, vômitos e dor abdominal, entre outros sintomas inespecíficos (**Figura 2**). Essa apresentação inicial como síndrome febril aguda inespecífica pode ser indistinguível, nas fases iniciais, de dengue, leptospirose e outras doenças febris agudas (Brasil, 2024a; Brasil, 2022a) (**Quadro 1**).

2.2.1. Muito embora o exantema seja uma manifestação clínica importante, esse sinal clínico nem sempre pode estar presente nos primeiros dias da doença. Na apresentação típica da FMB, pode surgir entre o segundo e o quinto dia, sendo mais frequentemente observado entre o terceiro e o quarto dia de doença (Brasil, 2022a; Angerami et al., 2021). Entretanto, deve-se considerar que o exantema pode apresentar aparecimento tardio, estar ausente ou ser mais difícil de reconhecer em pessoas com pele mais pigmentada (Favacho et al 2011). Endema de extremidades, especialmente, nas mãos e nos pés também pode ser observados com frequência (Brasil, 2022a; Angerami et al., 2021) (**Figura 2**).

2.2.2. Alteração do nível de consciência, convulsões, hipotensão ou choque, oligúria ou insuficiência renal, insuficiência respiratória, sangramentos, icterícia, edema importante, arritmias, miocardite, necrose periférica e progressão do exantema para petéquias, púrpura ou equimoses constituem sinais de gravidade (Brasil, 2022a; Angerami et al 2021; Biggs et al., 2016) (**Figura 2**).

Figura 2. Evolução temporal dos principais sinais e sintomas da FMB durante a primeira semana da doença



Fonte: DEDT/SVSA/MS, 2026.

Diagnósticos diferenciais entre FMB e outras arboviroses

2.3. FMB, dengue, Zika, chikungunya podem apresentar manifestações clínicas (como febre, cefaleia, mialgia, manifestações gastrointestinais e exantema) e alterações laboratoriais em comum, tornando ainda mais difíceis de serem distinguíveis no paciente quando as áreas entre essas doenças se sobrepõe.

2.3.1. Nesse contexto, diante da semelhança entre as manifestações clínicas iniciais, é fundamental investigar possíveis exposições a carrapatos em todo paciente com suspeita dessas doenças, incluindo contato com animais (especialmente equídeos, cães, capivaras, pequenos roedores) ou permanência, nos últimos 15 dias, em áreas com risco de transmissão da FM (**Figura 3**).

2.3.2. Na FM, o exantema habitualmente e, quando presente, é maculopapular e não pruriginoso (ao contrário do que geralmente se observa na maioria dos casos de dengue), iniciando-se nas extremidades, principalmente punhos e tornozelos, podendo envolver palmas das mãos e plantas dos pés, e apresenta disseminação centrípeta para membros, tronco e face. Com a progressão da doença, as lesões podem tornar-se petequiais, purpúricas ou equimóticas. Na Zika, predominam febre baixa ou ausente e exantema precoce e pruriginoso. Enquanto que na infecção por chikungunya, destacam-se artralgia frequentemente moderada a intensa e artrite, manifestações que, em geral, não são observadas na FM (Brasil, 2024b) (**Figura 3**).

Figura 3. Principais características epidemiológicas, clínicas, laboratoriais e de gravidade da FMB, dengue, Zika e chikungunya

Categoria	Elemento para avaliação	Febre maculosa brasileira (FMB)	Dengue	Zika	Chikungunya
Fatores epidemiológicos	Antecedente que reforça a suspeita	São elementos fundamentais para subsidiar a suspeita. Nos 15 dias anteriores ao início de sintomas paciente refere: • Picada ou parasitismo por carrapato; e/ou • Contato com áreas de vegetação; e/ou • Contato com presença de animais hospedeiros; e/ou • Permanência em área de transmissão	Circulação e padrão de transmissão do vírus da dengue no território	Circulação e padrão de transmissão do vírus Zika no território	Circulação e padrão transmissão do vírus chikungunya no território
Apresentação clínica	Febre	Febre alta de início imediato (>38°C)	Febre alta de início súbito (>38°C)	Sem febre ou febre baixa (≤38°C)	Febre alta de início súbito (>38°C)
	Duração habitual da febre	2 a 7 dias	2 a 7 dias	1 a 2 dias	2 a 3 dias
	Exantema: início e distribuição	Muito frequente. Surge entre 3º e o 5º dia de sintomas. Distribuição centrípeta. Inicialmente é predominantemente observado nas palmas das mãos e plantas dos pés, punhos e tornozelos Tipo macular/ maculopapular / petequial e esquimótico	Frequente. Surge do 3º ao 6º dia. Predominantemente do tipo maculopapular, atingindo face, tronco e membros, podendo se apresentar sob outras formas (petequial, escarlatiniforme)	Muito frequente. Surge do 1º ao 2º dia. Geralmente Maculopapular. Progressão craniocaudal	Frequente. Surge do 2º ao 5º dia. Em geral, o exantema é macular ou maculopapular. Afeta principalmente o tronco e as extremidades, podendo atingir a face. Progressão craniocaudal
	Prurido	Ausente/Raro	Frequente	Frequente	Pode ocorrer
	Mialgia	Intensa	Intensa	Presente	Presente
	Artralgia	Ausente/Rara	Leve	Leve/Moderada	Moderada/Intensa
	Artrite	Ausente	Ausente	Pouco frequente	Frequente
	Edema de membros	Presente. É verificado principalmente nas extremidades, afetando membros como mãos, braços e pernas	Ausente	Frequente	Frequente
	Cefaleia e dor retro orbitária	Cefaleia frequente, por vezes intensa	Cefaleia e dor retro orbitária frequentes	Cefaleia pode ocorrer, geralmente leve	Cefaleia é comum
	Manifestações gastrointestinais	Náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal podem ocorrer	Náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal podem ocorrer. Dor abdominal intensa e vômitos persistentes são sinais de alarme	Ausente/incomum	Podem ocorrer, geralmente leves
	Manifestações hemorrágicas	Podem ocorrer e sugerem progressão para forma grave. Frequentes nos casos graves e óbitos	Podem ocorrer, especialmente na dengue grave	Incomuns	Podem ocorrer em casos graves
	Icterícia	Comum	Rara	Ausente	Pode ocorrer em casos com manifestações extra-articulares
	Comprometimento neurológico	Podes ocorrer, sobretudo nas formas graves. Confusão, rebaixamento da consciência, convulsões, coma	Pode ocorrer nas formas graves	Pode ocorrer	Pode ocorrer em casos com manifestações extra-articulares
Achados laboratoriais e de gravidade	Contagem de leucócitos	Mais frequentemente normal ou leucopenia	Leucopenia é frequente	Normal ou leucopenia leve	Normal ou leucopenia
	Plaquetas	Trombocitopenia é frequente	Trombocitopenia é frequente	Geralmente normais. Redução leve pode ocorrer	Trombocitopenia pode ocorrer
	Letalidade	Muito Elevada	Baixa	Rara	Baixa

Fonte: DEDT/SVSA/MS, 2026. Adaptado de Brasil (2023). Revisado pelo especialista e médico infectologista Dr. Rodrigo Nogueira Angerami.

3. **MEDIDAS A SEREM ADOTADAS IMEDIATAMENTE DIANTE DE UM CASO SUSPEITO PARA FM**

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO PARA FM

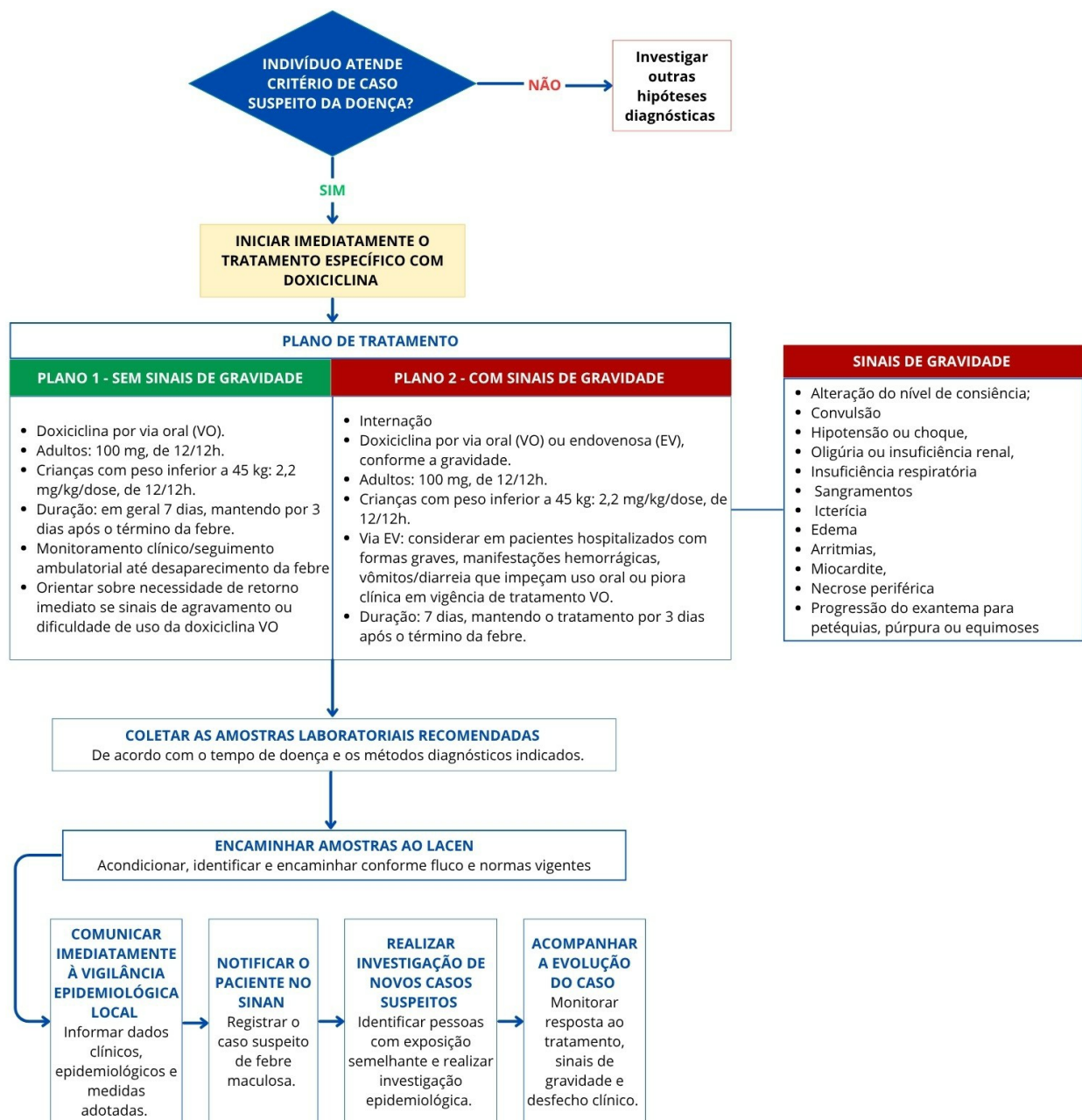
3.1. Para fins de vigilância, considera-se caso suspeito de FM o indivíduo que apresente:

a)Febre de início súbito, cefaleia e mialgia, associadas à história de picada ou contato com carrapatos, contato com animais domésticos ou silvestres e/ou permanência em área de transmissão nos 15 dias anteriores ao início dos sintomas; **ou**

b)Febre de início súbito, cefaleia e mialgia, seguidas de exantema maculopapular entre o segundo e o quinto dia de evolução e/ou manifestações hemorrágicas.

3.1.1. Diante de quadro clínico e antecedentes epidemiológico compatíveis com FM, devem ser adotadas imediatamente as seguintes condutas conforme apresentando no fluxograma abaixo (**Figura 4**):

Figura 4. Fluxograma de conduta recomendada diante de um caso suspeito de FM



Fonte: DEDT/SVSA/MS, 2026. Adaptado de Brasil (2024a).

TRATAMENTO E MANEJO CLÍNICO

3.2. Não se recomenda o uso profilático de antibióticos em pessoas assintomáticas após picada ou contato com carrapatos. Nesses casos, elas devem ser orientadas a observar o possível surgimento de febre e de outros sinais e sintomas durante os 14 dias seguintes à exposição. Caso apresentem febre, acompanhada ou não de outras manifestações clínicas, devem procurar imediatamente um serviço de saúde e informar o histórico de contato com carrapatos, animais (especialmente equídeos, cães, capivaras, pequenos roedores) ou ambientes de risco (Brasil, 2024a; Brasil, 2022a; Angerami et al 2021).

3.2.1. **A doxiciclina é o antimicrobiano de escolha para todos os casos suspeitos, independentemente da faixa etária ou da gravidade** (Biggs et al 2016; Brasil, 2022; Angerami, 2021). Para escolha da via de administração devem ser considerados, no momento da prescrição da condição clínica do paciente, a capacidade de ingestão e absorção do medicamento (incluindo a presença de vômitos e nível de consciência) e a gravidade do caso quanto à presença de disfunções orgânicas e alterações hemodinâmicas (Brasil, 2022; Brasil, 2024c).

3.2.2. Os fluxos da Assistência Farmacêutica para aquisição da doxiciclina devem ser previamente conhecidos e acionados imediatamente diante da indicação clínica, de modo a evitar atraso no início do tratamento.

3.2.3. Nos casos graves, especialmente na presença de vômitos persistentes, alteração do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica ou choque, comprometimento respiratório, disfunção orgânica ou impossibilidade de absorção adequada por via oral, deve-se priorizar a doxiciclina por via endovenosa sob internação hospitalar, com suporte clínico conforme as alterações apresentadas (Brasil, 2024c).

3.2.4. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem, ainda, divulgar essas orientações aos serviços assistenciais, especialmente durante o período sazonal, e em áreas de risco ou com transmissão conhecida, reforçando junto aos profissionais de saúde a suspeição clínica, o reconhecimento dos sinais de gravidade, o início imediato da doxiciclina e os fluxos para obtenção do medicamento e encaminhamento dos casos graves.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

3.3. Os métodos laboratoriais para diagnóstico da FM são complementares, devendo sua indicação e interpretação seguir as recomendações do Guia de Vigilância em Saúde (GVS). A reação de imunofluorescência indireta (RIFI) é o método sorológico de referência, enquanto o PCR auxilia na confirmação laboratorial, especialmente na fase inicial da doença. Os principais aspectos relacionados à coleta, indicação e interpretação desses métodos estão apresentados na **Figura 5 (Brasil, 2024a)**.

Figura 5. Resumo das principais técnicas laboratoriais recomendadas para o diagnóstico da FM

Técnica	Amostra e momento da coleta	Critério/indicação principal	Interpretação e observações
RIFI	1ª amostra: soro, no atendimento inicial, preferencialmente na fase aguda. 2ª amostra: 14 a 21 dias após a primeira.	Confirmação pela oroconversão ou aumento de, no mínimo, quatro vezes no título de IgG entre amostras pareadas.	Resultado em amostra única não exclui ou confirma FM. Deve-se assegurar a coleta da segunda amostra no período recomendado. Indicação da 3ª amostra pode ser considerada diante de forte compatibilidade clínico-epidemiológica e ausência de soroconversão no intervalo esperado, especialmente quando o tratamento específico foi iniciado precocemente.
PCR	Preferencialmente nos primeiros dias da doença, indicado até o 7º dia. Amostras possíveis: sangue total com EDTA, coágulo, fragmento de lesão cutânea, material de escara de inoculação, biópsia ou tecidos de necropsia.	Deve ser priorizada especialmente em casos graves e na fase inicial da doença. A escolha da amostra deve considerar a indicação clínica e a capacidade do laboratório de referência.	Resultado detectável confirma FM. Resultado não detectável não exclui FM. Deve ser interpretado considerando o tempo de coleta, a fase da doença, o tipo de amostra e a sensibilidade da técnica. Manter o caso como suspeito e dar continuidade às investigações clínica e epidemiológica. Sempre que possível, obter amostras sorológicas pareadas para confirmação diagnóstica.

Fonte: DEDT/SVSA/MS, 2026. Adaptado de Brasil (2024a).

3.3.1. Nos óbitos suspeitos, deve-se articular oportunamente a coleta de soro e, sempre que possível, fragmentos de pele e de órgãos, como pulmão, fígado, baço, rim, coração, músculo e cérebro, para realização de PCR, imuno-histoquímica e, quando indicado, a técnica de cultura por isolamento. Sempre que possível, a necropsia deve ser realizada precocemente após o óbito, observando-se os fluxos e orientações do laboratório de referência (Brasil, 2023b).

4. RECOMENDAÇÕES COMPLEMENTARES PARA A VIGILÂNCIA DA FEBRE MACULOSA

Organização da Rede Assistencial

4.1. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem organizar a rede assistencial considerando o perfil epidemiológico e a sazonalidade da febre maculosa no território, com intensificação das ações nos períodos de maior ocorrência de casos.

Recomenda-se:

- a) Revisar e divulgar os fluxos locais de notificação, coleta e encaminhamento de amostras, acesso à doxiciclina e referência hospitalar;
- b) Incorporar, na avaliação de pacientes com síndrome febril aguda, perguntas sobre exposição a carrapatos, animais e ambientes de risco nos 15 dias anteriores ao início dos sintomas;
- c) Assegurar avaliação médica oportuna, realização de exames para identificação de gravidade e acesso à internação ou terapia intensiva, quando indicada; e
- d) Manter referências assistenciais definidas para discussão, encaminhamento e transferência de casos graves.

4.1.1. Recomenda-se, ainda, o fortalecimento da capacidade de investigação laboratorial e epidemiológica frente aos óbitos por síndrome febril aguda, sepse, manifestações hemorrágicas ou disfunção de múltiplos órgãos sem etiologia esclarecida, especialmente quando houver antecedente epidemiológico compatível, considerando a possibilidade de investigação retrospectiva para febre maculosa.

Treinamento e sensibilização dos profissionais de saúde

4.2. Estados e municípios devem promover, sempre que possível, ações de sensibilização e educação permanente dirigidas aos profissionais da atenção primária, urgência e emergência, hospitais, laboratórios, vigilância e rede privada, com reforço:

- a) A investigação do histórico epidemiológico dos 15 dias anteriores ao início dos sintomas;
- b) Dado a importância do fato de que a ausência de relato ou lembrança de picada de carrapato não exclui a suspeita clínica;
- c) No diagnóstico diferencial com dengue, leptospirose, meningococcemia, sepse e outras síndromes febris;
- d) No reconhecimento precoce dos sinais de gravidade; e
- e) Da necessidade de início imediato da doxiciclina diante da suspeita clínica e epidemiológica, sem aguardar confirmação laboratorial.

4.2.1. Durante os períodos de maior transmissão ou diante do aumento de casos e óbitos, **recomenda-se intensificar a divulgação de alertas, cards, cartazes e outros materiais técnicos e educativos nas unidades de saúde**, especialmente nos municípios e áreas com transmissão conhecida. Essa estratégia tem como objetivo ampliar a suspeição clínica entre os profissionais de saúde e reforçar a importância do diagnóstico e do tratamento oportunos.

4.2.2. Como apoio às ações de sensibilização e capacitação, poderão ser utilizados os materiais produzidos pelo Ministério da Saúde, entre eles:

- a) [Roteiro de Capacitação em Diagnóstico Clínico, Epidemiológico e Laboratorial da Febre Maculosa Brasileira e Febre Maculosa por *Rickettsia parkeri* - Guia do Instrutor](#);
- b) [Roteiro de Capacitação em Diagnóstico Clínico, Epidemiológico e Laboratorial da Febre Maculosa Brasileira e Febre Maculosa por *Rickettsia parkeri* - Guia do Aluno](#);
- c) [Cartaz “Suspeitou? Tratou”](#), destinado às unidades de saúde estaduais e municipais, com ênfase no reconhecimento oportuno da suspeita clínica e no início imediato do tratamento;
- d) [Dengue ou febre maculosa?](#) Material informativo que apresenta os sintomas comuns e as principais diferenças entre a febre maculosa e a dengue.
- e) Demais materiais educativos e técnicos estão disponíveis na página temática da doença no portal [A a Z da febre maculosa do Ministério da Saúde](#).

Comunicação de risco e orientação à população

4.3. A comunicação de risco deve ser **clara, oportuna, regionalizada e proporcional à situação epidemiológica**, priorizando orientações sobre:

- a) Períodos, atividades e locais associados à maior possibilidade de exposição a carrapatos;
- b) Utilização de roupas claras, calças compridas, mangas longas, meias e calçados fechados em áreas de risco;
- c) Utilização de **repelentes regularizados pela Anvisa, conforme indicação de uso e orientações do fabricante**, especialmente durante atividades em áreas com presença de carrapatos;
- d) Inspeção cuidadosa do corpo, das roupas e dos animais durante e após atividades em áreas de risco;
- e) Se o indivíduo for parasitado, recomenda-se realização da retirada do carrapato com auxílio de pinça, por tração contínua e cuidadosa, evitando esmagá-lo;
- f) Avaliação dos animais domésticos, especialmente cães, e procura por serviço veterinário diante de infestação por carrapatos;
- g) A importância de indivíduos expostos e sintomáticos procurarem por serviço de saúde diante do surgimento de **febre ou outros sintomas até 14 dias após exposição de risco**; e
- h) Informar ao profissional de saúde sobre os locais frequentados e possíveis contatos com carrapatos, animais ou ambientes de risco.

4.3.1. Locais públicos ou privados reconhecidos como infestados por carrapatos ou associados à ocorrência de casos devem disponibilizar **sinalização visível de alerta de risco de parasitismo e orientações preventivas** aos trabalhadores, moradores e visitantes.

4.3.2. As mensagens de comunicação devem evitar associar, de forma isolada, a presença de capivaras, cavalos, cães ou outros animais à ocorrência da doença e **não devem estimular a captura, remoção ou eliminação não autorizada da fauna**, uma vez que as medidas de prevenção e controle devem ser definidas a partir da avaliação epidemiológica e ambiental do território (Brasil, 2023a; Brasil, 2019).

5. CONCLUSÃO

5.1. A FM permanece como importante problema de saúde pública, especialmente em razão da possibilidade de evolução rápida para formas graves e óbito. Diante do período sazonal da doença, reforça-se a necessidade de ampliar a suspeição clínica e epidemiológica, garantir o início imediato do tratamento com doxiciclina e fortalecer a articulação entre vigilância, assistência, laboratório e assistência farmacêutica.

5.2. Para informações adicionais, entrar em contato pelo e-mail gtroedores@saude.gov.br ou pelo telefone (61) 3315-3563.

6. REFERÊNCIAS

ANGERAMI, R. N. et al. Febre maculosa brasileira e outras riquetsioses no Brasil. In: FOCACCIA, R. (editor científico). Veronesi-Focaccia: tratado de infectologia. 6. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. v. 1, p. 1025-1048

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, v. 65, n. 2, p. 1-44, 2016. DOI: [10.15585/mmwr.rr6502a1](https://doi.org/10.15585/mmwr.rr6502a1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Vigilância em Saúde: volume 3. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-3-6a-edicao/>.

BRASIL. 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-CGVZ/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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-maculosa/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-8-2024-cgvz-dedt-svsa-ms>.

BRASIL. 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 11/2024-CGVZ/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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-maculosa/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-11-2024-cgvz-dedt-svsa-ms>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis.

Febre maculosa: aspectos epidemiológicos, clínicos e ambientais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. 160 p. ISBN 978-65-5993-255-9. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/febre-maculosa/febre-maculosa-aspectos-epidemiologicos-clinicos-e-ambientais.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Roteiro de capacitação em diagnóstico clínico, epidemiológico e laboratorial da febre maculosa brasileira e febre maculosa por *Rickettsia parkeri*: guia do aluno. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. 42 p. ISBN 978-65-5993-392-1. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/febre-maculosa/roteiro-de-capacitacao-em-diagnostico-clinico-epidemiologico-e-laboratorial-da-febre-maculosa-brasileira-e-febre-maculosa-por-rickettsia-parkeri-2013-guia-do-aluno/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Roteiro de capacitação em diagnóstico clínico, epidemiológico e laboratorial da febre maculosa brasileira e febre maculosa por *Rickettsia parkeri*: guia do instrutor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022c. 43 p. ISBN 978-65-5993-393-8. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/febre-maculosa/roteiro-de-capacitacao-em-diagnostico-clinico-epidemiologico-e-laboratorial-da-febre-maculosa-brasileira-e-febre-maculosa-por-rickettsia-parkeri-2013-guia-do-instrutor/>.

BRASIL. 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 41/2023-CGZV/DEDT/SVSA/MS: dispõe sobre diretrizes técnicas e recomendações de conduta para a vigilância da febre maculosa no Brasil, de acordo com classificação das áreas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-41-2023-cgzv-dedt-svsa-ms-1>.

BRASIL. 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 127/2023-CGZV/DEDT/SVSA/MS: reforça os critérios de suspeita clínica da febre maculosa e mudanças no fluxo de envio de amostras. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para o manejo de capivaras em áreas com ocorrência de febre maculosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-maculosa/publicacoes/diretrizes-para-o-manejo-de-capivaras-em-area-de-ocorrencia-de-febre-maculosa/@download/file>.

FAVACHO, A. R. M. et al. Fatal Brazilian spotless fever caused by *Rickettsia rickettsii* in a dark-skinned patient. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 44, n. 3, p. 395-396, 2011. DOI: [10.1590/S0037-86822011000300028](https://doi.org/10.1590/S0037-86822011000300028).

PINTER, A. et al. Informe Técnico sobre Febre Maculosa Brasileira. Boletim Epidemiológico Paulista, São Paulo, v. 18, n. 213, p. 54-78, 2021. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/edicoes-2021/bepa_213.pdf. Acesso em:



Documento assinado eletronicamente por **Francisco Edilson Ferreira de Lima Junior, Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 04/09/2026, às 09:31, 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 **Marília Santini de Oliveira, Secretário(a) Adjunto(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 04/09/2026, às 17:29, 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 **Fabiano Geraldo Pimenta Junior, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 04/09/2026, às 18:28, 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 **0057533708** e o código CRC **AF54048C**.

Referência: Processo nº 25000.127567/2026-09

SEI nº 0057533708

Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar - CGZHA
SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte Edifício PO700, 6º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br