

# INFORME EPIDEMIOLÓGICO

## FEBRE MACULOSA BRASILEIRA

### (FMB)

#### Introdução

A Febre Maculosa Brasileira (FMB) é um grupo de zoonoses causadas por bactérias do gênero *Rickettsia*, caracterizada como uma doença infecciosa febril aguda de gravidade variável e no Brasil transmitidas por carrapatos do gênero *Amblyomma* infectados com a bactéria.

A FMB pode cursar com formas leves e atípicas até formas graves de alta letalidade na dependência da espécie de *Rickettsia* envolvida, tratamento instituído oportunamente e adequado além de características do indivíduo afetado.

Duas formas clínicas são reconhecidas para a FMB no Brasil, a causada pela *Rickettsia rickettsii*, associada ao parasitismo por *A. sculptum* ou *A. aureolatum*, que geralmente cursa de forma grave de alta letalidade e a causada por *Rickettsia parkeri* associada ao *A. ovale*.

No país, a forma clínica de FMB causada por *R. rickettsii* predomina na Região Sudeste e norte do Estado do Paraná enquanto a causada por *R. parkeri* relaciona-se às Regiões Sul, Sudeste e parte da Nordeste, no entanto atualmente vem sendo confirmados casos de FMB em todas as regiões em áreas antigamente consideradas silenciosas.

As formas clínicas possuem perfis ecoepidemiológicos distintos pois a Região Metropolitana de São Paulo onde se insere a Capital, apresenta áreas de Mata Atlântica de Altitude fragmentada onde predomina o *A. aureolatum*, transmissor da *R. rickettsii*. Nessa área não há sazonalidade definida e a infecção ocorre

frequentemente no domicílio acometendo marcadamente crianças pequenas. Nos municípios do interior do Estado que apresentam áreas silvestres (matas e beiras de rios) e áreas marcadas por atividades laborais (agropecuárias) e ecoturísticas (turismo rural), predomina o *A. sculptum* transmissor da *R. rickettsii* acomete principalmente homens em idade produtiva parasitados por formas imaturas do vetor nos meses mais frios do ano com marcada sazonalidade. Essas formas clínicas independentemente do vetor apresentam o mesmo perfil clínico laboratorial e de elevada morbiletalidade.

Nas áreas de Mata Atlântica da Serra do Mar e litoral especialmente do Estado de São Paulo o perfil muda novamente com o predomínio do *A. ovale* transmissor da *R. parkeri*, com forma clínica mais branda sem associação com óbitos e marcada clinicamente pela presença de uma escara de inoculação, com casos de rara notificação o que prejudica uma descrição de aspectos clínico-epidemiológicos precisos.

A importância do conhecimento dos diversos perfis epidemiológicos do Estado de São Paulo se baseia no fato de o paciente residente no MSP pode ou residir ou deslocar-se dentro do próprio município para áreas de conhecida ocorrência, como dentro do Estado deslocar-se para outras áreas de ocorrência e ser parasitado pelo vetor infectado.

Os carrapatos possuem peças bucais especializadas para a perfuração e a penetração da pele e uma saliva constituída de inúmeras

substâncias que modulam a resposta imunológica do hospedeiro e facilitam a hematofagia, permitindo que o carapato permaneça fixado ao hospedeiro durante longos períodos sem serem notados pelo hospedeiro e possibilitando a transmissão de patógenos.

É importante saber que, para a pessoa desenvolver os sintomas da FMB, ela precisará ser picada por **carapato infectado com a bactéria** causadora da doença. Caso a pessoa seja picada por carapato não infectado, ela não desenvolverá FMB.

Também é importante salientar que a febre maculosa não é uma doença de incidência elevada, principalmente quando comparada com outras doenças infecciosas, como dengue. Mesmo nos municípios em que ocorre, não é em toda a extensão do território em que há risco.

No estado de São Paulo, o painel de monitoramento registrou, no ano de 2025 até janeiro de 2026, um total de 57 casos confirmados de febre maculosa. No mesmo período foram confirmados 04 casos no Município de São Paulo.

**Quadro 01.** Casos Confirmados (CC) e óbitos por FMB em residentes do MSP com LPI no MSP, 2016 a 2026.

Ano	CC	Óbitos
2016	0	0
2017	2	1
2018	1	1
2019	2	2
2020	3	1
2021	0	0
2022	0	0
2023	1	0
2024	0	0
2025	4	4
2026	0	0

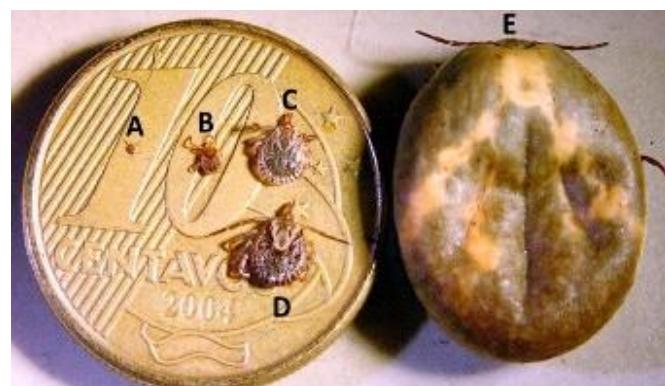
**Fonte:** Sinan net, dados de 29/01/2026 e sujeitos a alteração.

## Vetor

Os carapatos do gênero *Amblyomma* são responsáveis pela transmissão da doença, sendo eles: *A. aureolatum*, *A. sculptum* e *A. ovale*.

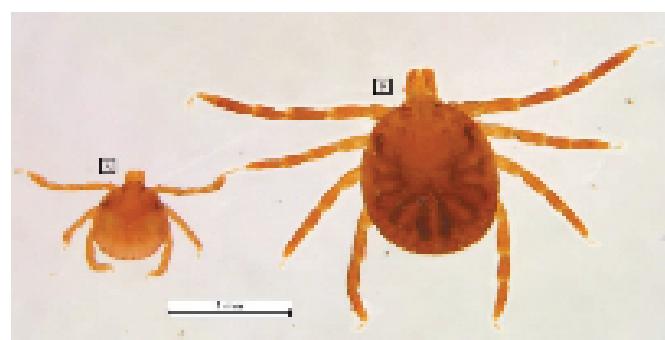
No município de São Paulo, o *A. aureolatum* está associado aos casos confirmados como autóctones pela Vigilância.

**Figura 1.** A - Estágio de larva; B - Estágio de ninfa; C - Macho adulto; D - Fêmea adulta; E - Fêmea ingurgitada



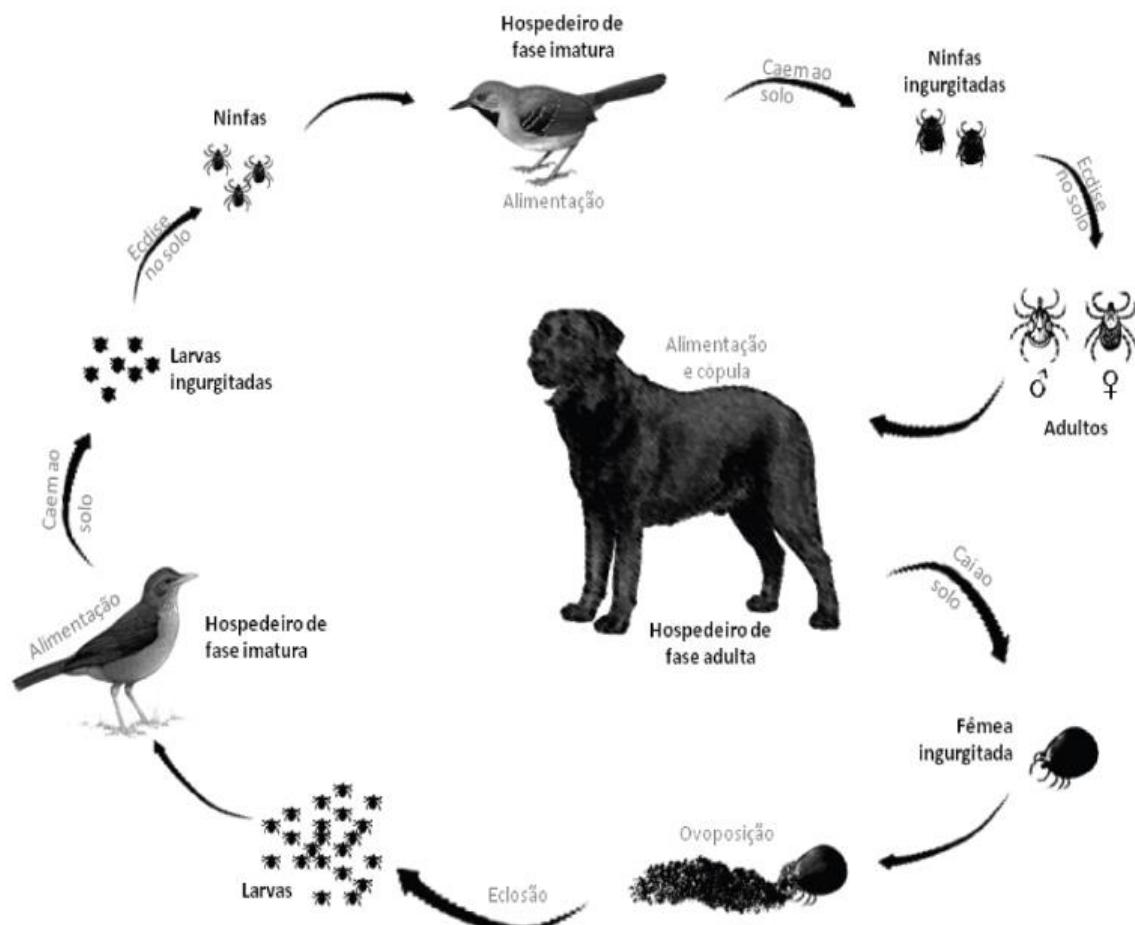
**Fonte:** boletim Apamvet nº 12, 2021

**Figura 2.** *Amblyomma sp.* (A) Larva – (B) ninfa



**Fonte:** Boletim Epidemiológico Paulista, 2021

Figura 3. Ciclo do *A. aureolatum*.



Fonte: Boletim Epidemiológico Paulista, 2021, pág. 68.

## Reservatórios

Os reservatórios relacionados ao ciclo da doença, dependerão das características ambientais do local e das espécies de animais presentes no mesmo. Normalmente, em áreas rurais, os reservatórios mais comumente associados são as capivaras e os equídeos e, em ambiente urbano, as aves e outros animais silvestres. Os animais domésticos, como o cão e o gato por exemplo, podem estar associados a ambos os ciclos pois podem servir de “transporte” para os carapatos infestarem o perí e intradomicílio.

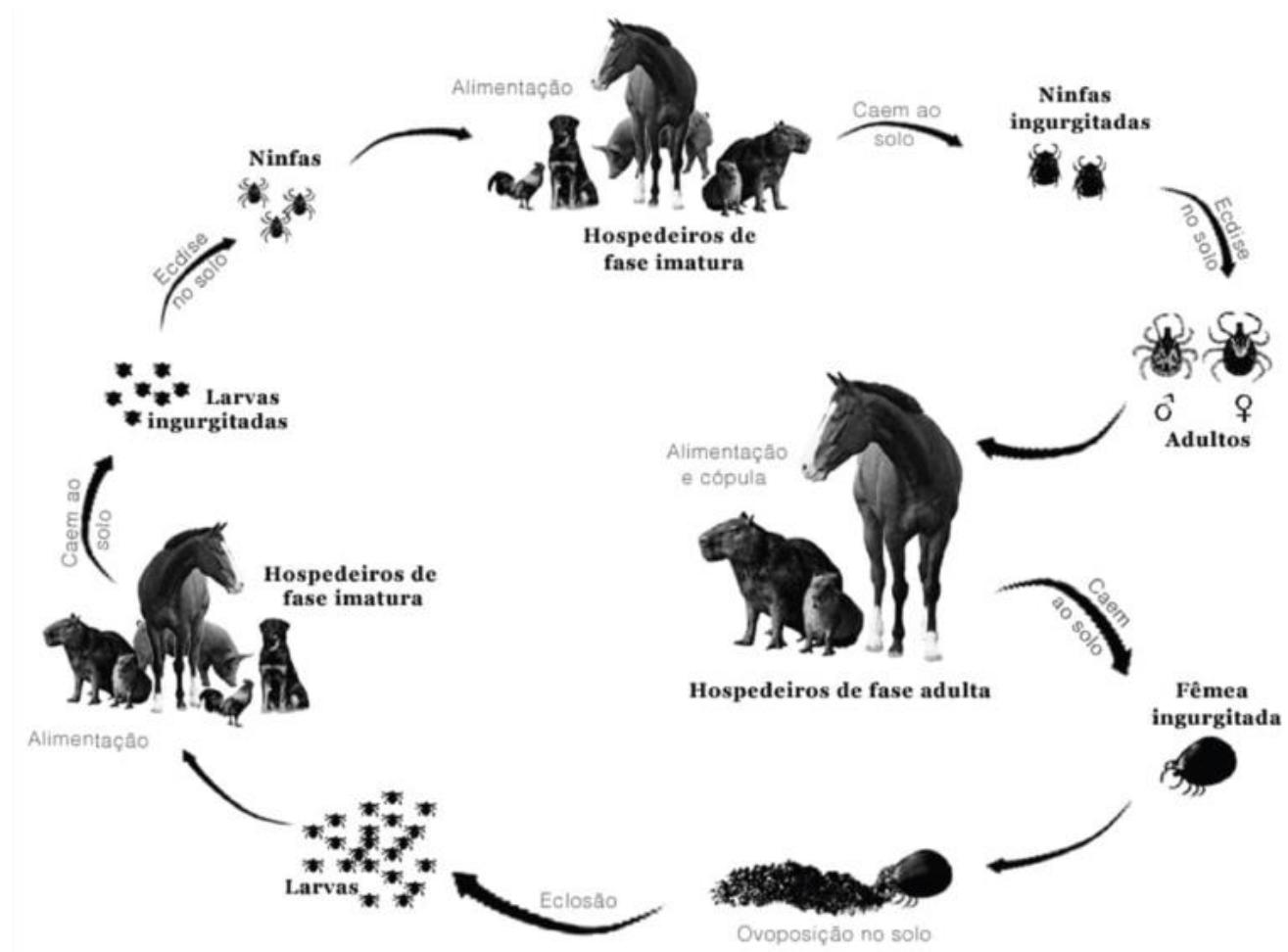
## Transmissão

No Município de São Paulo e na Grande SP, a transmissão está associada ao *A. aureolatum* cujos principais hospedeiros são passeriformes que frequentam o solo (fazendo parte do ciclo das larvas e ninhas do carapato) e cães e canídeos silvestres (fazendo parte do ciclo do carapato adulto). A transmissão tem sido verificada no perí e intradomicílio pelo livre deslocamento de cães e gatos nas áreas de mata. Esta espécie não costuma parassitar humanos, o que ocorre

apenas esporadicamente e em sua fase adulta.

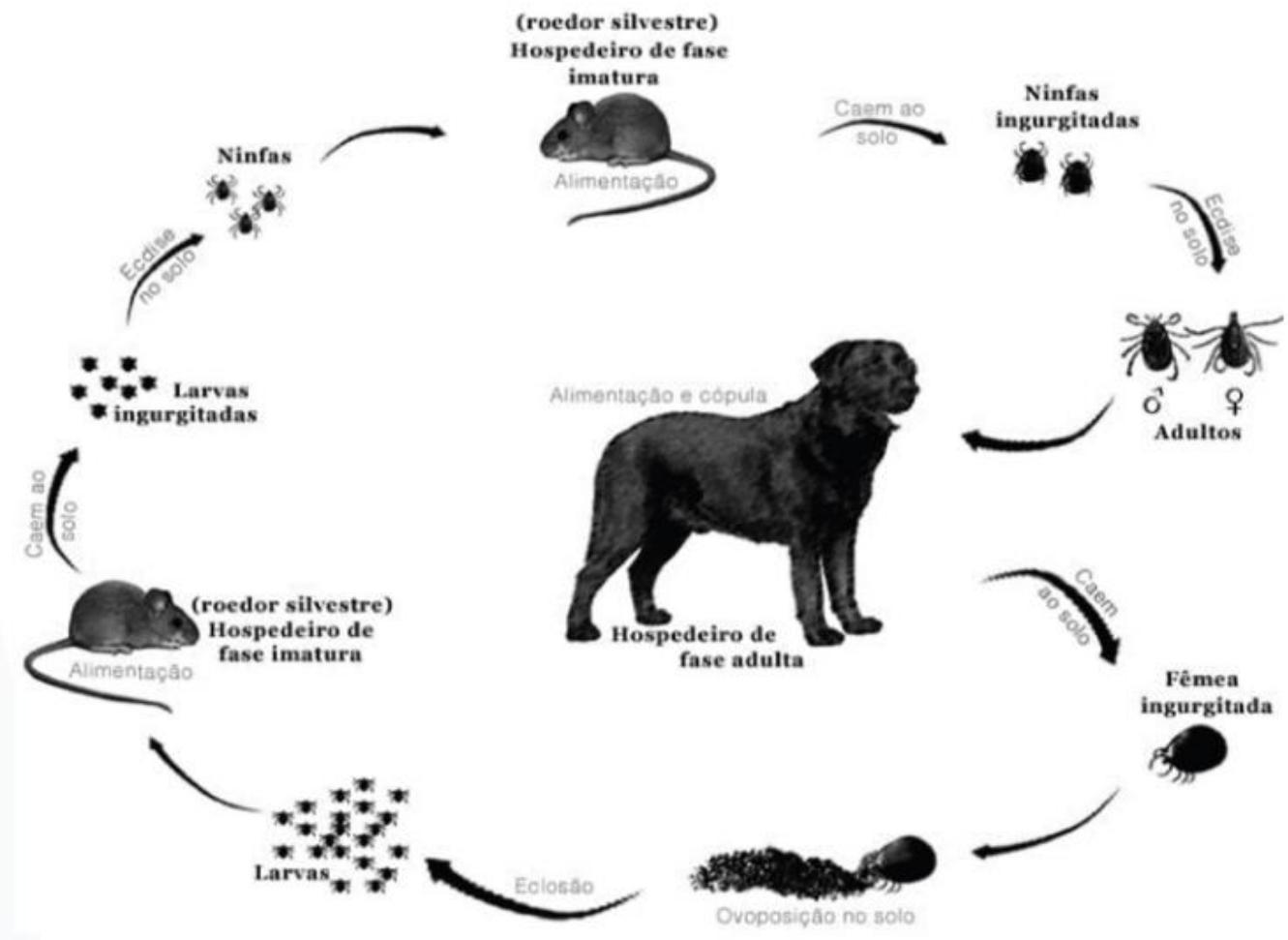
No interior de SP, a transmissão está associada ao *A. sculptum* (carapato estrela), cujos hospedeiros são cavalos, antas e capivaras (para todas as fases de desenvolvimento do carapato).

Figura 4. Ciclo do *A sculptum*



Fonte: Boletim Epidemiológico Paulista, 2021, pág. 68.

Figura 5. Ciclo do *A. ovale*.



Fonte: Boletim Epidemiológico Paulista, 2021, pág. 69.

**Na região litorânea (Mata Atlântica do litoral) do Estado de São Paulo**, ocorrem casos por *Rickettsia parkeri*, sendo o vetor o *A. ovale*. As fases imaturas parasitam pequenos roedores silvestres e a fase adulta tem alta predileção por carnívoros. A doença tem quadro mais brando que os casos por *R. rickettsii* e se caracteriza por uma escara de inoculação de evolução prolongada.

**Modo de transmissão ao ser humano:** Ocorre pela picada do carapato infectado com a *Rickettsia*, sendo necessário que o artrópode fique aderido a pessoa por um período médio de 4 a 6 horas no caso do *A. sculptum* e por apenas 10 minutos, no caso do *A. aureolatum*. Apesar das particularidades de cada espécie, todos os estágios de desenvolvimento do carapato são passíveis de transmitir a FMB ao ser humano. A orientação da Divisão de Vigilância de Zoonoses (DVZ) é que quaisquer carapatos encontrados em animal, no meio ambiente ou em pessoas sejam encaminhados para identificação.

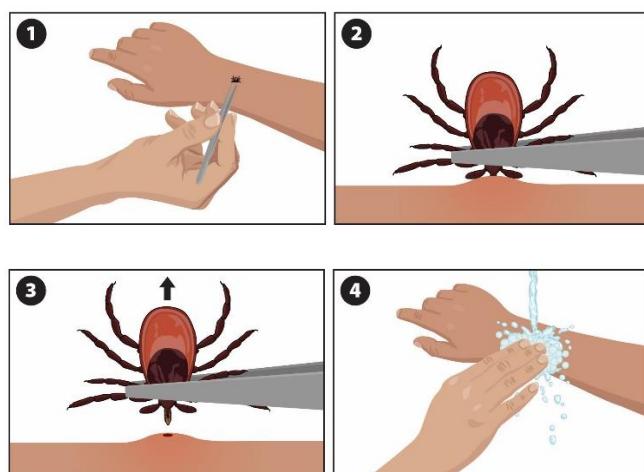
Para isso, basta colocar o aracnídeo em um frasco com tampa e álcool, fechar, anotar seu endereço e entregar na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou na Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) mais próximas do seu endereço.

O exemplar também poderá ser entregue ao Laboratório de Identificação e Pesquisa da Fauna Sinantrópica (LabFauna), de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h. O LabFauna está localizado na DVZ (Rua Santa Eulália, 86, Santana. O telefone para contato é 2974-8000.

Quando o carapato estiver numa pessoa, deve ser removido o mais rápido possível, com os seguintes cuidados:

1. Use uma pinça de ponta fina para segurar o carapato o mais próximo possível da pele.
2. Puxe para cima com pressão constante e uniforme. Não torça ou empurre o carapato.
3. Depois de remover o carapato, limpe a área da picada e as mãos com álcool isopropílico ou água e sabão.

**Figura 6.** Retirada do carapato com a pinça



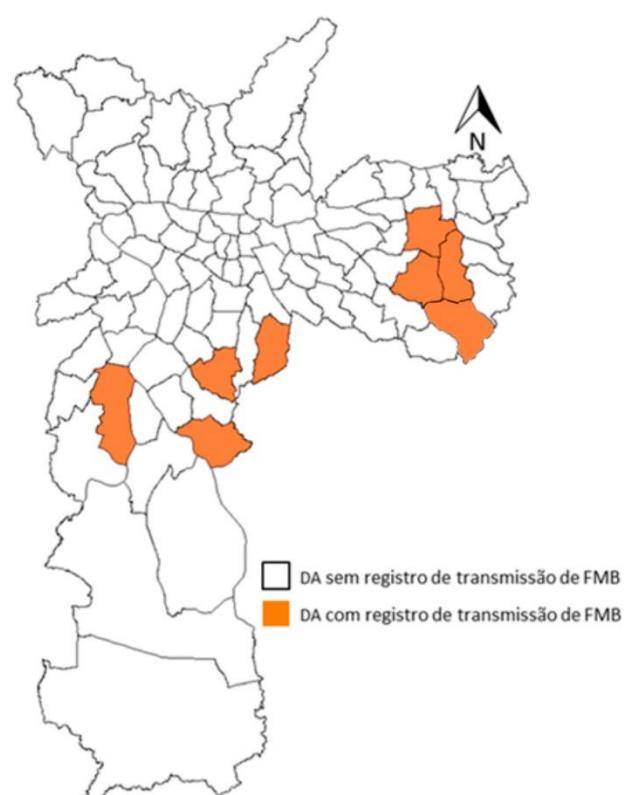
Fonte: [https://www.cdc.gov/ticks/pdfs/FS\\_TickBite-508.pdf](https://www.cdc.gov/ticks/pdfs/FS_TickBite-508.pdf)

Nestes casos (carapatos em pessoas), o Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores (LabZoo) realiza pesquisa de riquétsias, por meio de PCR. O resultado da PCR é liberado em torno de 15 dias.

Cabe esclarecer que o encontro de PCR negativo nas amostras de *A. aureolatum* não é significativo para afirmar que a riquétsia não circula na área, pois a taxa de infectividade na população de carapatos é muito baixa, em torno de 1%.

As áreas onde ocorreram transmissão conhecida de FMB no MSP estão apresentadas no mapa a seguir, segundo distritos administrativos: Itaquera, Jabaquara, Jardim São Luiz, José Bonifácio, Pedreira e Sacomã e Parque do Carmo.

**Figura 7.** Histórico de transmissão de Febre Maculosa Brasileira no Município de São Paulo, segundo o Distrito Administrativo. MSP, 2004 a 2026.



Fonte: DVE/COVISA/SMS

**Histórico de transmissão:** 2004: Sacomã; 2005: Sacomã e Jabaquara; 2008: José Bonifácio; 2009: Sacomã, José Bonifácio e Iguatemi; 2010: Sacomã, Jabaquara, Itaquera e Jardim São Luis; 2011: Itaquera; Jardim São Luis e Parque do Carmo; 2012: José Bonifácio; 2013: Pedreira; 2014: Jardim São Luis; 2015: Pedreira; 2017: Jardim São Luis e José Bonifácio; 2018: Jardim São Luis; 2019: Jardim São Luis e José Bonifácio; 2020: Jardim São Luis; 2023: LPI indeterminado; 2025: Jardim São Luis e José Bonifácio.

**As áreas onde ocorreram transmissão conhecida de FMB no Estado de São Paulo podem ser visualizadas no Mapa interativo disponível em:**

<http://bit.ly/2ML2ILP>



Boletim Epidemiológico Paulista, 2021, página 75.

dos pacientes, podendo estar ausente o que dificulta e retarda suspeita clínica e tratamento aumentando o risco de óbito. No 1º atendimento, geralmente, o exantema não está presente e também podem haver formas atípicas, assim sua ausência não deve ser critério de exclusão da hipótese diagnóstica.

Nos casos graves, o exantema evolui para petequial e posteriormente em hemorrágico (equimoses, sufusões). Pode ocorrer edema de mãos e pés.

**Os quadros graves** podem apresentar hepatoesplenomegalia, insuficiência respiratória aguda, insuficiência renal aguda, comprometimento neurológico (meningite e/ou encefalite), alterações vasculares, hemorragias, icterícia, manifestações neurológicas graves (torpor, confusão mental e alterações psicomotoras ao coma profundo). As sequelas, quando ocorrem, são neurológicas e/ou decorrentes de alterações vasculares importantes que podem levar a necrose principalmente de extremidades, podendo resultar em amputações e necessidade de enxertos. Nos casos que evoluem para óbito, este geralmente ocorre entre o 5º e o 15º dias do início dos sintomas. Esta evolução é mais frequente quando o diagnóstico e o tratamento foram tardios.

Segue, localizado na próxima página, o quadro clínico da Febre Maculosa Brasileira:

## Período de Incubação

- Para a FMB por *R. rickettsii* de 2 a 14 dias.
- Para a FMB por *R. parkeri* 4 a 11 dias.

## Quadro Clínico

Normalmente o indivíduo apresenta início abrupto caracterizado por febre elevada de início súbito, mialgia generalizada, cefaleia holocraniana intensa, artralgia, prostração, náuseas e vômitos. O exantema máculo-papular geralmente ocorre entre o 2º e o 6º dia do início dos sintomas, de forma centrípeta predominando em membros inferiores podendo acometer região palmar e plantar em 50 a 80%

**Quadro 02.** Quadro Clínico da Febre Maculosa Brasileira.

Quadro clínico	Descrição
Ínicio	Pode ser gradual ou abrupto, com sinais e sintomas inespecíficos, comuns a diversas enfermidades infecciosas. A ausência de história de contato com carrapatos poderá retardar o diagnóstico de FMB.
Febre	É o sinal mais precoce, estando presente desde o início do quadro na maioria dos pacientes, acima de 38,5°C.
Cefaleia	Também aparecimento precoce, é frequentemente severa.
Inapetência, astenia, prostração	Inapetência, astenia e prostração são frequentes e se agravam com a evolução do quadro.
Mialgia/artralgia	A mialgia está presente de forma generalizada desde o início do quadro, mais intensa em membros inferiores.
	Menos frequente é a queixa de artralgia.
Edemas	Edema de extremidades pode ser uma manifestação precoce, e pode preceder a instalação de anasarca.
Náuseas e vômitos	Embora não muito comum, pode ocorrer náuseas com ou sem vômitos com redução da ingestão de líquidos e alimentos.
Exantema/petéquias	O exantema é importante marcador clínico da doença, mas pode estar ausente e retardar a suspeita de FMB. Surge entre o segundo e sexto dia da doença e geralmente é maculopapular, de evolução centrípeta. Inicia em punhos e tornozelos, progride para plantas dos pés e palmas das mãos, disseminando-se centripetamente com acometimento de todo o corpo.
	Nos casos graves, vai se tornando petequial/purpúrico.
	Depois se torna hemorrágico (equimoses e sufusões).
	As equimoses tendem a confluir, e podem evoluir para necrose e gangrena principalmente em extremidades.
Dor abdominal	Geralmente severa, ocorre especialmente em crianças. Seu aparecimento antes do exantema pode levar ao diagnóstico de abdome agudo, simulando outras doenças como apendicite aguda, colecistite ou quadro de suboclusão intestinal.
Alterações oculares	Congestão e hiperemia conjuntival.
Alterações neurológicas	Confusão mental e sinais neurológicos focais.
	O envolvimento neurológico está associado ao aumento da mortalidade ou de sequelas (encefalopatia, ataxia, cegueira).
	Casos mais graves podem evoluir com crises convulsivas.
	Coma é um dos fatores preditivos de letalidade.
Alterações respiratórias	Pode ocorrer tosse, edema pulmonar não cardiológico, pneumonite, hemorragia pulmonar, insuficiência respiratória aguda e Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto (SARA).
Alterações cardiovasculares	Miocardite, arritmias cardíacas, taquicardia, hipotensão arterial, pulsos finos, perfusão periférica lentificada e choque.
Alterações gastrointestinais e hepáticas	Diarreia.
	Icterícia.
	Hepatoesplenomegalia.
	Icterícia e hepatomegalia são mais frequentes nos casos fatais.
Alterações renais	Insuficiência renal pode ocorrer nos casos mais graves, e é decorrente de necrose tubular aguda com oligúria e aumento dos níveis de ureia e creatinina.
Manifestações hemorrágicas	Outras manifestações hemorrágicas, além de petéquias, variam de epistaxe, gengivorragia, hematúria, hematêmese e hemoptise.

**Fonte:** Boletim Epidemiológico Paulista, 2021, pág. 59.

A infecção por R. parkeri caracteriza-se por ser uma doença febril aguda autolimitada, de evolução leve ou moderada, sem cronicidade nem manifestações graves ou letais. Após um período de incubação de 4 a 11 dias, inicia-se um quadro clínico cujos sinais/sintomas principais são a febre e a escara de inoculação. Esta define-se como lesão tipo úlcera, com centro crostoso-necrótico com halo eritematoso circundante, de 0,5-2 cm de diâmetro, não dolorosa, a qual indica o ponto onde foi a picada do carrapato transmissor. Podem-se apresentar outros sinais e sintomas associados, tais como linfadenopatia regional ipsilateral à escara de inoculação, exantema (macular, maculopapular ou maculovesicular), principalmente em tronco e membros, mal-estar geral, cefaleia, mialgias e artralgias; sintomas respiratórios ou gastrointestinais são excepcionais.

## Notificação

A notificação de todo caso suspeito de febre maculosa brasileira é obrigatória e imediata (em até 24h) e deve ser realizada por meio da Ficha de Notificação do sistema de informação SINAN segundo PORTARIA GM/MS Nº 6.734, DE 18 DE MARÇO DE 2025 que dispõe da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Acesse orientações na página da COVISA: [https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agravos/notificacao](https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/notificacao)

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**.

## Diagnóstico Laboratorial

**Exames inespecíficos:** anemia, plaquetopenia, leucócitos normais ou diminuídos, com desvio à esquerda e linfopenia. Poderá ocorrer elevação de transaminases (ALT/TGP e AST/TGO) e de bilirrubinas, além de elevação dos níveis séricos de ureia e creatinina nos casos graves da doença.

**Exames específicos\***: Para a solicitação de exames no laboratório de referência, **Instituto Adolfo Lutz (IAL)**, é imprescindível que o caso esteja associado a um número do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) cuja cópia deve ser encaminhada junto com a amostra coletada.

**1. Sorologia, pela técnica de Reação de imunofluorescência indireta (RIFI):** “Padrão ouro”.

Os critérios para confirmação são: presença de um aumento de 4 vezes nos títulos de anticorpos em amostras pareadas (1<sup>a</sup> amostra no 1º atendimento - fase aguda - e a 2<sup>a</sup> amostra de 14 a 21 dias após a 1<sup>a</sup> coleta), ou 1º amostra negativa e 2º > que 128. **O IAL processará apenas as duas amostras pareadas.** Identificar na solicitação para o IAL qual é a 2<sup>a</sup> amostra.

**2. Diagnóstico molecular por RT-qPCR:** É realizado em casos graves e óbitos (identificar na requisição), por meio da detecção do DNA da riquetsia em amostras de sangue ou coágulos.

**3. Imunohistoquímico:** Detecção de抗ígenos de riquetsias presentes em células endoteliais de amostras de tecido histológico. Pode ser realizado em tecido de biopsia tipo punch de lesão de pele (permite diagnóstico mais precoce) ou, em caso de óbito, enviar vísceras (rim, fígado).



4. Isolamento da *Rickettsia rickettsii* em cultura: de alto custo usa como amostra coágulo sanguíneo ou biópsia de pele em meio BHII sob congelação, raramente realizado hoje em dia

preenchida com sinais, sintomas e deslocamento;

- A solicitação deve ser feita o mais rápido possível. Em horário comercial, pelo telefone do DVZOO – CVE que é (011) 3066-8296 ou pelo e-mail da DVZOO que [dvzoo@sauda.sp.gov.br](mailto:dvzoo@sauda.sp.gov.br). Nos finais de semana, feriados e das 18h às 8h (fora do horário comercial), poderá ser feita ao plantão da Central/CIEVS, pelo telefone (0800-0555466/ 11 3066-8750) ou pelo e-mail [notifica@prefeitura.sp.gov.br](mailto:notifica@prefeitura.sp.gov.br);
- A Divisão de Zoonoses – CVE (ou a Central/CIEVS nos fins de semana e feriados) entrará em contato com a Farmácia do Instituto de Infectologia Emílio Ribas para informar que pode ser liberada a doxiciclina injetável para aquele determinado paciente daquele hospital, pois se trata de caso grave;
- Em todos os e-mails, colocar em cópia o NDTVZ ([vatvz@prefeitura.sp.gov.br](mailto:vatvz@prefeitura.sp.gov.br)) para auxílio na dispensação da medicação e condução da suspeita.

## Diagnóstico Diferencial

Dengue, leptospirose, meningococcemia, hepatite viral, salmonelose, meningoencefalite, malária, pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae*, sepse por estafilococos e Gram-negativos, doenças exantemáticas (enteroviroses, mononucleose infecciosa, rubéola, sarampo, rickettsioses do grupo do tifo, erliquiose, borrelioses, febre purpúrica brasileira, farmacoderma, doenças reumatológicas.

## Tratamento

Deve ser instituído precocemente nos casos suspeitos, sem necessidade da confirmação laboratorial do caso. A precocidade do início do tratamento é determinante na diminuição da letalidade.

- **Doxiciclina Comprimido** - no caso de adultos, dose de 100 mg de 12 em 12 horas ou para crianças com peso inferior a 45Kg a dose de 2,2mg/Kg de 12 em 12 horas, por via oral, até o terceiro dia após o término da febre. Antimicrobiano de 1<sup>a</sup> escolha, independentemente da gravidade e da faixa etária.
- **Doxiciclina Injetável – Apresentação recomendada apenas para casos graves.** Tendo em vista a necessidade de agilizar ao máximo o acesso a esta medicação, que necessita ser introduzida precocemente, na mesma dose preconizada por via oral, preferencialmente entre o 3º e 4º dias de início de sintomas, segue o fluxo estabelecido no MSP para liberação da medicação:
  - Prescrição do medicamento, assinada e carimbada pelo médico que está acompanhando o paciente. A ficha SINAN

Pacientes que tenham sido inicialmente tratados com doxiciclina por via parenteral em regime hospitalar e que apresentem evolução clínica e laboratorial favorável e condições de alta hospitalar, poderão ter a conclusão do restante do tratamento antimicrobiano específico ambulatorialmente com doxiciclina por via oral.

Para eventuais esclarecimentos, as mensagens deverão ser enviadas aos seguintes e-mails:  
[vatvz@prefeitura.sp.gov.br](mailto:vatvz@prefeitura.sp.gov.br)  
[notifica@prefeitura.sp.gov.br](mailto:notifica@prefeitura.sp.gov.br)

**Cloranfenicol** - é considerada medicação de segunda escolha, podendo ser usado como antimicrobiano alternativo na falta de doxiciclina ou em caso de intolerância incontornável. Nos casos graves, o Cloranfenicol pode ser utilizado por via endovenosa, podendo ser associado à

administração oral de doxiciclina. Na dose para adultos 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. Para crianças na 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. No BEPA 2021;18 (213), página 64 pode ser consultada a rotina recomendada de atendimento ao paciente grave suspeito de FMB.

## Profilaxia

Nos casos em que uma pessoa referir picada por carrapato sem apresentar sintomas, mesmo sendo em área de transmissão ou de risco para FMB, **não é recomendado o tratamento antibiótico profilático**. Então, a orientação é apenas observar o eventual aparecimento de sintomas (como febre e cefaleia) dentro de um período de até 14 dias após a retirada do carrapato. Caso apareçam, deve procurar o médico e informar sobre a exposição ao carrapato. Esta informação será importante para a suspeita de FMB. (Bepa 2016;13(151)

## Medidas recomendadas

É importante destacar que não existe possibilidade de eliminação e muito menos erradicação da febre maculosa. Os objetivos da vigilância epidemiológica são:

- **Reducir letalidade**, com a divulgação e orientação sobre a doença. A suspeita da doença em tempo oportuno (antes do quarto dia) é fundamental para que a antibioticoterapia seja

efetiva. A suspeição é dificultada pela ausência de sinais e sintomas característicos iniciais, pela inexistência de um exame que possa levar à confirmação imediata e pela presença de outras doenças mais conhecidas e frequentes e que provocam sintomas similares. Por isso os dados epidemiológicos são tão importantes para o diagnóstico precoce.

- **Reducir danos**, agindo conforme as características de cada local, promovendo trabalhos educativos, com alertas, placas e diversos meios de comunicação que chamem a atenção para a doença.

- **Reducir focos**, evitando que se estabeleçam situações propícias à transmissão da doença. Em áreas onde a epidemiologia da doença está relacionada à presença de capivaras, deve-se evitar locais que servem de abrigo e fonte de alimento para estes animais. Nas regiões onde a epidemiologia da doença envolve os animais domésticos (cães e gatos), como observado no MSP, é importante desenvolver ações voltadas à guarda responsável de animais domésticos, visando evitar que estes animais adentrem as áreas de mata e carreguem carrapatos para o interior das residências.

## Como evitar a Febre Maculosa?

- Não deixe os animais domésticos com livre acesso à rua, pois eles poderão aproximar-se da mata e voltar com carrapatos;
- Manter áreas de pastejo de somente uma espécie animal e realizar rotação de pastagem aliado a profilaxia de infestações por carrapatos.
- Cuide bem do seu cão e/ou gato, mantendo-o domiciliado e fazendo uso periódico de preventivo contra carrapatos;

- Examine com frequência os cães e gatos para buscar carapatos e use luvas para tirar os que encontrar;
- Se for necessário entrar em região de mata, use calçado fechado e calça comprida e camiseta de manga longa de cores claras;
- Ao retornar de áreas com vegetação, verifique imediatamente ou a cada 3 horas a roupa e o corpo para remover possíveis carapatos;
- Não arranque os carapatos com força nem os esmague com as unhas. Retire-os com calma, através de leve torção. De preferência, use uma pinça.
- Limpar terrenos, quintais, parques ou praças, reduzindo a altura da vegetação.

Documento atualizado pelas equipes técnicas do Núcleo de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses (NDTVZ) e do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS), da Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE) da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP), em 29 de janeiro de 2026.

## Referências

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Tick Bite: What to Do**, 2023. Disponível em: <[https://www.cdc.gov/ticks/pdfs/FS\\_TickBite-508.pdf](https://www.cdc.gov/ticks/pdfs/FS_TickBite-508.pdf)> Acesso em: 20. jun. 2023.

FEBRE MACULOSA BRASILEIRA – Informações para População e Profissionais da Saúde. **Prefeitura do Município de São Paulo**, 2023. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia-em-saude/doencas-e-agravos/index.php?p=240753>> Acesso em: 15.jun.2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Febre Maculosa Brasileira e Outras Ricketioses. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5° ed. Revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. P. 669. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/conheca-a-nova-edicao-do-guia-de-vigilancia-em-saude>> Acesso em: 15.jun.2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota técnica Nº 97/2022-CGVZ/DEIDT/SVS/MS. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/sei\\_ms\\_0029017249-nota-tecnica.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/sei_ms_0029017249-nota-tecnica.pdf)> Acesso em: 15.jun.2023.

PINTER, Adriano et al. A Febre Maculosa Brasileira na Região Metropolitana de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 13, n. 151, p. 3-47, jul. 2016. Disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/informe\\_tecnico\\_sobre\\_fmb\\_na\\_rm\\_sp\\_2016\\_1504638103.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/informe_tecnico_sobre_fmb_na_rm_sp_2016_1504638103.pdf)> Acesso em: 15.jun.2023.

PINTER, Adriano et al. Informe Técnico sobre Febre Maculosa Brasileira. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 18, n. 213, p. 54-78, setl. 2021. Disponível em: <[http://saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/edicoes-2021/bepa\\_213.pdf](http://saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/edicoes-2021/bepa_213.pdf)> Acesso em: 15.jun.2023.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, Coordenadoria de Controle de doenças, Centro de Vigilância Epidemiológica, Professor Alexandre Vranjac. **Orientações Técnicas – Febre Maculosa**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, jun. 2023. Disponível em: <[http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/fmaculosa/febremaculosa\\_esp.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/fmaculosa/febremaculosa_esp.pdf)> Acesso em: 15.jun.2023.

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. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-3-6a-edicao/view>>

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. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/febre-maculosa/febre-maculosa-aspectos-epidemiologicos-clinicos-e-ambientais.pdf>> Acesso em: 15.jun.2023.