



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 53/2026-CGZHA/DEDT/SVSA/MS

Inclusão de critério adicional na definição nacional de caso suspeito de febre maculosa por *Rickettsia parkeri* (FMRP) e dá outros encaminhamentos

1. DA DEMANDA E FINALIDADE

1.1. A febre maculosa (FM) compreende um grupo de riquetsioses transmitidas por carrapatos, com apresentações clínicas e cenários ecoepidemiológicos distintos. No Brasil, destacam-se:

a) **Febre maculosa brasileira (FMB):** causada por *Rickettsia rickettsii*, associada a maior gravidade e elevada letalidade, com ocorrência predominante na Região Sudeste e no norte do Paraná (Brasil, 2024a; Angerami et al., 2021; Oliveira et al., 2016; Labruna et al., 2014; Angerami et al., 2012).

b) **Febre maculosa por *Rickettsia parkeri* (FMRP):** relacionada, no País, à *R. parkeri* cepa Mata Atlântica e, possivelmente, à *R. parkeri* sensu stricto. Apresenta, em geral, evolução leve a moderada, sem registro de óbitos atribuídos a essa forma da doença, e que tem sido detectada nas Regiões Sul, Sudeste e Nordeste (Brasil, 2024a; Faccini-Martínez et al., 2021; Silva-Ramos et al., 2021; Faccini-Martínez et al., 2018; Oliveira et al., 2016).

1.2. Ainda que sejam reconhecidas no País duas formas clínicas de FM, com diferentes perfis de evolução e cenários ecoepidemiológicos, a definição nacional vigente de caso suspeito contempla, nas situações atualmente previstas, febre de início súbito associada à cefaleia e à mialgia, acrescida de antecedentes epidemiológicos compatíveis ou do aparecimento de exantema maculopapular e/ou manifestações hemorrágicas (Brasil, 2024a). Essas manifestações refletem, em grande medida, o perfil clínico historicamente associado à FMB por *Rickettsia rickettsii* e podem não contemplar adequadamente apresentações de outras riquetsioses do grupo das febres maculosas (RGFM), especialmente aquelas associadas à *R. parkeri*, que podem cursar com quadros clínicos distintos com menor gravidade. Essa limitação pode reduzir a sensibilidade da vigilância para a identificação de casos compatíveis com FMRP.

1.3. Nesse contexto, esta Nota Técnica tem por finalidade **incluir critério adicional na definição nacional de caso suspeito de FM, de modo a contemplar apresentações clínicas compatíveis com infecção por *R. parkeri*, bem como orientar a notificação, o registro, a investigação epidemiológica, o diagnóstico laboratorial e o manejo clínico desses casos.**

2. DA FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

2.1. *Rickettsia parkeri* é uma bactéria Gram-negativa, intracelular obrigatória, pertencente ao grupo das febres maculosas (GFM), transmitida por carrapatos, principalmente do gênero *Amblyomma*. Embora conhecida desde a década de 1930, sua capacidade de causar doença em humanos foi confirmada apenas em 2004 (Paddock et al., 2004). No Brasil, as evidências de infecção humana começaram a se consolidar a partir de 2010, com a caracterização de casos associados à então denominada *Rickettsia* sp. cepa Mata Atlântica, posteriormente reconhecida como *R. parkeri* cepa Mata Atlântica, sendo sua ocorrência documentada principalmente nas Regiões Sul, Sudeste e Nordeste, em áreas associadas à Mata Atlântica (Oliveira et al 2026; Martiniano et al., 2022; Sevá et al., 2019; Faccini-Martínez et al., 2018; Silva et al., 2011; Moerbeck et al., 2016; Spolidorio et al., 2010).

2.2. Desta forma, o reconhecimento da *R. parkeri* como agente de riquetsiose humana foi progressivamente incorporado aos instrumentos nacionais de vigilância. Embora já mencionada no Guia de Vigilância Epidemiológica de 2009 entre as RGFM, a ampliação do escopo da vigilância tornou-se mais evidente a partir da 1ª edição do Guia de Vigilância em Saúde (GVS), de 2014, cujo capítulo passou a contemplar "Febre Maculosa Brasileira e outras riquetsioses". Nas edições subsequentes, foram incorporadas referências às formas clínicas mais brandas associadas à *Rickettsia* sp. cepa Mata Atlântica e, a partir dos documentos técnicos publicados em 2022, incluindo a 5ª edição do GVS e o manual da febre maculosa, consolidou-se a diferenciação entre a FMB causada por *R. rickettsii* e a febre maculosa por *R. parkeri*, distinção que permanece contemplada nos instrumentos técnicos vigentes (Brasil, 2009; Brasil, 2014; Brasil, 2017; Brasil, 2019; Brasil, 2022a; Brasil, 2022b; Brasil 2024).

2.3. Clinicamente, a FMRP apresenta evolução predominantemente leve a moderada, caracterizada principalmente por febre e escara de inoculação, frequentemente acompanhada de linfadenopatia regional, podendo ocorrer também exantema, cefaleia, mialgia, artralgia e mal-estar (Silva-Ramos et al., 2021; Faccini-Martínez et al., 2018). A escara constitui um dos achados mais característicos dessa forma da doença (Faccini-Martínez et al., 2018; Paddock et al., 2004). Esse perfil também é observado nos dados nacionais de vigilância: entre os casos confirmados de FM no período de 2013 a 2023, a linfadenopatia foi registrada em 25,4% dos casos da Região Sul, em comparação a 5,8% na Região Sudeste. O Ministério da Saúde destaca, ainda, que a linfadenopatia frequentemente acompanha a escara de inoculação e que, por não existir campo específico para registro dessa lesão na atual ficha de investigação de Febre Maculosa do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), as menções à escara são realizadas no campo aberto "outros sintomas" (Brasil, 2024b).

2.4. Do ponto de vista ecoepidemiológico, a *R. parkeri* cepa Mata Atlântica está associada principalmente à transmissão por *Amblyomma ovale* em áreas de Mata Atlântica (Krawczak et al., 2016a, 2016b; Sevá et al., 2019). No bioma Pampa, no Rio Grande do Sul, onde há evidências de circulação de *R. parkeri* sensu stricto, cuja transmissão pode estar associada também a *Amblyomma tigrinum* (Weck et al., 2016, 2020). Na Região Sul, onde predomina perfil epidemiológico compatível com FMRP, 51,1% dos casos confirmados apresentaram zona provável de infecção rural e 60,1% tiveram o ambiente domiciliar como provável local de exposição. Esse padrão reforça a importância da interface entre ambientes naturais e domiciliares, especialmente considerando que cães com acesso a áreas florestais podem atuar como hospedeiros de carrapatos e favorecer sua aproximação ao ambiente de convívio humano (Brasil, 2022; Brasil, 2024b).

2.5. À luz desse conjunto de evidências clínicas e ecoepidemiológicas, e

considerando as discussões técnicas realizadas com especialistas e as contribuições das vigilâncias epidemiológicas estaduais, **identifica-se a necessidade de aperfeiçoar a definição nacional de caso suspeito de FM, de modo a contemplar apresentações compatíveis com FMRP.** A inclusão de critério adicional baseado na presença de febre associada à escara de inoculação busca ampliar a sensibilidade da vigilância, favorecer a identificação oportuna desses casos e qualificar sua investigação epidemiológica e laboratorial.

3. DA INCLUSÃO DE CRITÉRIO COMPLEMENTAR NA DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE FM

3.1. Permanecem válidas as situações estabelecidas na definição nacional de caso suspeito de FM:

I - Indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaleia e mialgia e que tenha relatado história de picada de carrapato e/ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou tenha frequentado área de transmissão de febre maculosa nos últimos 15 dias.

II - Indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaleia e mialgia, seguidas do aparecimento de exantema maculopapular entre o segundo e o quinto dias de evolução e/ou manifestações hemorrágicas.

De forma complementar, acrescenta-se às situações atualmente previstas a seguinte possibilidade de enquadramento como caso suspeito de FM:

III - Indivíduo que apresente febre de início súbito e presença de escara de inoculação, podendo ou não apresentar linfadenopatia regional, geralmente ipsilateral à escara.

3.2. Para fins de aplicação deste critério, consideram-se:

a) **Escara de inoculação:** lesão cutânea localizada no sítio de inoculação do agente, correspondente ao local da picada do carrapato, geralmente caracterizada por ulceração com centro crostoso-necrótico e halo eritematoso circundante, habitualmente indolor e com diâmetro variável, frequentemente entre 0,5 e 2 cm (Brasil, 2024a; Rodrigues et al., 2023; Brasil, 2022; Faccini-Martínez et al., 2014, 2018).

b) **Linfadenopatia regional ipsilateral:** aumento de um ou mais linfonodos da cadeia de drenagem linfática correspondente à região anatômica da escara de inoculação, localizados no mesmo lado corporal da lesão (Brasil, 2024a; Rodrigues et al., 2023; Brasil, 2022; Faccini-Martínez et al., 2018; Bonoldi et al., 2014; Silva et al., 2011).

3.3. A inclusão desse critério possui caráter **aditivo** e não substitui nem restringe as situações já previstas na definição nacional de caso suspeito. Assim, o atendimento **a qualquer uma das três situações** é suficiente para o enquadramento como caso suspeito de FM, conforme apresentado na **Figura 1**.

Figura 1. Ilustração das definições de caso suspeito para FM



Fonte: DEDT/SVSA/MS, 2026. Adaptação de Brasil, 2022.

3.4. A ausência de relato ou de identificação de picada de carrapato **não exclui a suspeição**, devendo ser considerados o quadro clínico e os demais antecedentes ecoepidemiológicos identificados durante a investigação (Brasil, 2024a).

4. DA NOTIFICAÇÃO E REGISTRO

4.1. Todo caso que atenda aos critérios vigentes ou ao critério adicional estabelecido a partir da divulgação da presente Nota Técnica deverá ser notificado no Sinan e investigado conforme os fluxos estabelecidos para FM no GVS (Brasil, 2024a). A investigação deverá ser iniciada imediatamente após a notificação, incluindo a caracterização clínica, a coleta de amostras e a investigação do Local provável de infecção (LPI) (Brasil, 2024a).

4.2. A atual Ficha de Investigação de Febre Maculosa do Sinan não dispõe de variável específica para registro da escara de inoculação entre os sinais e sintomas. Dessa forma, sempre que identificada, recomenda-se assinalar, no **campo 33 - Sinais e Sintomas**, a opção "**Outros = Sim**" e registrar em "Outros - especificar" "Escara de inoculação", conforme ilustrado na **Figura 2** abaixo. No banco do Sinan Net, esses registros correspondem às variáveis OUTROS (st_sinais_outro) e OUTRO_ESP (ds_sinais_outro).

Figura 2. Orientação para registro da "escara de inoculação" na Ficha Notificação/Investigação de FM do Sinan

Dados Complementares do Caso				
Dados Clínicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
	33 Sinais e Sintomas	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado
	☐ Febre ☐ Náusea/Vômito ☐ Hiperemia Conjuntival ☐ Linfadenopatia ☐ Choque/Hipotensão ☐ Oligúria/Anúria	☐ Cefaleia ☐ Exantema ☐ Hepatomegalia/Esplenomegalia ☐ Convulsão ☐ Estupor/Coma ☒ 1 Outros: <i>Escara de inoculação</i>	☐ Dor Abdominal ☐ Diarreia ☐ Petéquias ☐ Necrose de extremidades ☐ Sufusão hemorrágica	☐ Mialgia ☐ Icterícia ☐ Manifestações hemorrágicas ☐ Prostração ☐ Alterações Respiratórias

Fonte: DEDT/SVSA/MS, 2026. Adaptação de Brasil, 2006.

5. DO DIAGNÓSTICO LABORATORIAL, DO MANEJO E DAS DEMAIS AÇÕES DE VIGILÂNCIA

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A investigação laboratorial dos casos suspeitos deverá seguir os métodos, espécimes clínicos, critérios de interpretação e fluxos estabelecidos no GVS. Os métodos são complementares e devem ser selecionados considerando o tempo de doença, a apresentação clínica e o tipo de espécime disponível (Brasil, 2024a; Brasil, 2026). Entre as técnicas de diagnóstico disponíveis, destacam-se:

5.1. Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI):

5.1.1. A RIFI permanece como o método sorológico de referência para a investigação das riquetsioses do grupo da febre maculosa (RGFM). A técnica detecta anticorpos contra antígenos de *Rickettsia* spp., que podem estar ausentes nos primeiros dias da doença. Assim, um resultado não reagente em amostra única não exclui o diagnóstico. Recomenda-se a coleta de duas amostras de soro: a primeira no atendimento inicial, preferencialmente durante a fase aguda, e a segunda entre 14 e 21 dias após a primeira (Brasil, 2024a; Biggs et al., 2016).

5.1.2. A confirmação sorológica requer soroconversão ou aumento de, no mínimo, quatro vezes no título de anticorpos IgG entre as amostras pareadas. Quando os resultados forem "inconclusivos" e persistir a suspeita clínico-epidemiológica, poderá ser indicada a coleta de uma terceira amostra, 14 dias após a segunda, conforme orientação da vigilância epidemiológica. Essa medida é especialmente relevante quando a antibioticoterapia específica tiver sido iniciada precocemente (Brasil, 2024a).

5.1.3. É importante destacar que a RIFI, isoladamente, não permite determinar a espécie de *Rickettsia* responsável pela infecção. Espécies pertencentes ao GFM compartilham antígenos e podem apresentar reações sorológicas cruzadas, de modo que a detecção de anticorpos por RIFI deve ser interpretada como evidência de infecção por RGFM, em conjunto com os achados clínicos e epidemiológicos.

5.2. Reação em Cadeia da Polimerase (PCR):

5.2.1. A PCR permite a detecção direta de *Rickettsia* spp. e pode ser realizada em sangue total, soro, coágulo e amostras de lesões cutâneas. Em sangue e soro, a sensibilidade pode ser limitada, especialmente nas fases iniciais da doença. Portanto, resultado "não detectável" não exclui a suspeita para RGFM. A coleta deve ser realizada, preferencialmente, antes do início da antibioticoterapia, sem retardar o tratamento, e até 7 dias após o início das manifestações clínicas (Brasil, 2024a).

5.2.2. Na presença de escara de inoculação, recomenda-se priorizar a coleta de material da própria lesão, conforme ilustrado na **Figura 3** e também disponível no

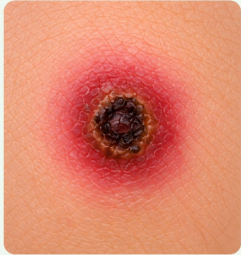
anexo deste documento técnico (0058384577) orientação é especialmente relevante diante da suspeita de infecção por *R. parkeri*, devendo-se realizar, preferencialmente, a coleta por swab da base da escara, crosta e/ou fragmento de pele obtido por biópsia, uma vez que esses materiais podem apresentar maior sensibilidade para detecção molecular quando comparados às amostras sanguíneas (Brasil, 2024a; Faccini-Martínez et al., 2018).

Figura 3. Procedimento para coleta de swab e/ou da escara de inoculação para investigação molecular

FEBRE MACULOSA E OUTRAS RIQUETSIOSES

COLETA DE SWAB E/OU DA ESCARA DE INOCULAÇÃO PARA INVESTIGAÇÃO MOLECULAR

1 IDENTIFICAR A LESÃO



LESÃO TÍPICA

Pequena úlcera cutânea com halo eritematoso ao redor e crosta escura.

2 REMOVER A PARTE SUPERFICIAL DA CROSTA



Com auxílio de pinça estéril, remover cuidadosamente a crosta superficial (parte mais seca e escura) para expor a base da úlcera.

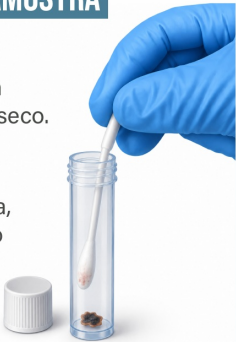
Não é necessário remover completamente a crosta se ela estiver firmemente aderida.

3 COLETAR COM *SWAB* ESTÉRIL SECO



Após a remoção da crosta, utilizar *swab* estéril seco e friccionar vigorosamente toda a área da escara, com movimentos de rotação.

4 ACONDICIONAR A AMOSTRA



- Após a coleta, inserir o swab em recipiente estéril, preferencialmente seco.
- Caso a crosta seja coletada, acondicioná-la também no recipiente estéril.

Fonte: DEDT/SVSA/MS, 2026. Adaptação de CDC, 2018; 2022.

5.3. Um resultado detectável em ensaio molecular para *Rickettsia* spp. constitui evidência laboratorial confirmatória da infecção por FM, porém não permite, por si só, determinar a espécie envolvida. A identificação do agente em nível de espécie depende do alvo molecular empregado e, quando necessário, de métodos complementares de caracterização molecular.

TRATAMENTO E MANEJO CLÍNICO

5.4. O tratamento deve ser iniciado diante da suspeita clínica, sem aguardar confirmação laboratorial. A doxiciclina é o antimicrobiano de primeira escolha para o tratamento das riquetsioses transmitidas por carrapatos, independentemente da idade do paciente (Biggs et al., 2016).

5.5. Nas apresentações típicas e clinicamente estáveis de FMRP, recomenda-se o tratamento por via oral, na dose de 100 mg a cada 12 horas para adultos e crianças com peso ≥45 kg, e de 2,2 mg/kg a cada 12 horas para crianças com peso <45 kg. Embora a via oral seja suficiente para a maioria dos casos suspeitos de

FMRP com apresentação clínica habitual, a disponibilidade de doxiciclina injetável permanece relevante para o manejo oportuno de casos graves, hospitalizados ou com impossibilidade de administração por via oral, devendo a via de administração ser individualizada conforme avaliação clínica e critério médico (Brasil, 2024c).

5.6. O tratamento deve ser mantido, em geral, por sete dias ou por pelo menos três dias após o desaparecimento da febre. A resposta clínica costuma ocorrer entre 24 e 72 horas após o início da antibioticoterapia (Brasil, 2024a).

5.7. Quanto ao manejo das lesões compatíveis com escara de inoculação, recomendam-se medidas gerais de higiene local. Em geral, a cicatrização ocorre de forma gradual, em torno de 30 dias (Krawczak et al., 2016c).

5.8. Não se recomenda antibioticoterapia profilática para pessoas assintomáticas após picada de carrapato. Esses indivíduos deverão ser orientados a observar o aparecimento de febre ou outros sinais e sintomas nos 14 dias subsequentes à exposição e a procurar atendimento caso apresentem manifestações clínicas, informando o antecedente de exposição a carrapatos (Brasil, 2024a).

AÇÕES COMPLEMENTARES DE VIGILÂNCIA

5.9. A ocorrência de quadro grave, disfunção orgânica ou evolução clínica incompatível com o perfil habitual da FMRP deverá motivar reavaliação da hipótese diagnóstica. A escara de inoculação não deve ser interpretada isoladamente, mas em conjunto com os achados clínicos e epidemiológicos, devendo ser diferenciada de lesões da própria picada do carrapato e de outras condições cutâneas (Rodrigues et al., 2023). Lesões semelhantes também podem ocorrer em leishmaniose tegumentar cutânea, acidentes por aranhas, incluindo loxoscelismo, ectima/ectima gangrenoso, antraz cutâneo, tularemia e infecções por poxvírus, entre outras, devendo essas possibilidades ser avaliadas conforme o contexto clínico e epidemiológico (Cragun et al., 2010; Koss et al., 2003; Inglesby et al., 2002).

5.10. A inclusão do critério adicional estabelecido nesta Nota Técnica não altera as demais orientações vigentes para vigilância da FM. Permanecem válidos os critérios de confirmação, descarte e encerramento dos casos, bem como as recomendações referentes à investigação epidemiológica e do LPI, vigilância ambiental, diagnóstico diferencial e medidas de prevenção e controle, conforme estabelecido no GVS e demais instrumentos técnicos vigentes (Brasil, 2024a).

6. CONCLUSÃO

6.1. A inclusão de critério adicional na definição de caso suspeito de FM visa ampliar a sensibilidade da vigilância para apresentações compatíveis com infecção por *Rickettsia parkeri*, sem alterar os demais critérios de suspeição já estabelecidos, os critérios de confirmação ou descarte, o encerramento dos casos e as demais recomendações de vigilância vigentes.

6.2. A medida também está em consonância com a Lista Nacional de Notificação Compulsória, que contempla “Febre Maculosa e outras Riquetsioses”, e poderá qualificar a diferenciação epidemiológica entre FMB e FMRP, contribuindo para melhor compreensão de sua distribuição, incidência e letalidade no País.

6.3. Para informações adicionais, recomenda-se a página da [Febre Maculosa no Saúde de A-Z do Ministério da Saúde](#) ou entrar em contato com o Grupo Técnico responsável pela vigilância da doença por meio do e-mail gtroedores@saude.gov.br.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI, R. N. et al. Features of Brazilian spotted fever in two different endemic areas in Brazil. *Ticks and Tick-Borne Diseases*, v. 3, n. 5-6, p. 346-348, 2012. DOI:

10.1016/j.ttbdis.2012.10.010.

ANGERAMI, R. N. et al. Febre maculosa brasileira e outras riquetsioses no Brasil. In: FOCACCIA, R. (org.). *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: a practical guide for health care and public health professionals. *MMWR Recommendations and Reports*, v. 65, n. 2, p. 1-44, 2016. DOI: 10.15585/mmwr.rr6502a1.

BONOLDI, V. L. N. et al. Primeiro caso de febre maculosa brasileira branda associada à artrite. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 54, n. 3, p. 237-240, 2014. DOI: 10.1016/j.rbr.2013.02.002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 11.211, de 13 de maio de 2026. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a caxumba e a febre do Oropouche, remover a covid-19 e alterar nomenclaturas e periodicidade de notificação de diversas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ed. 89, p. 1120, 14 maio 2026b.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Perfil epidemiológico da febre maculosa no Brasil - 2013 a 2023. Boletim Epidemiológico, Brasília, DF, v. 55, n. 9, p. 1-19, 19 jun. 2024b.

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: Ministério da Saúde, 2024c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Febre maculosa: aspectos epidemiológicos, clínicos e ambientais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. 5. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. 1.126 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde: volume único. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 740 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde: volume único. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 705 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 812 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Dicionário de dados - Sinan Net - versão 5.0: febre maculosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 816 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Ficha de investigação: febre maculosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CRAGUN, W. C. et al. The expanding spectrum of eschar-associated rickettsioses in the United States. *Archives of Dermatology*, v. 146, n. 6, p. 641-648, 2010. DOI: 10.1001/archdermatol.2010.48.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases. *Eschar-associated rickettsioses*. Atlanta, GA: CDC, 2018. 2 p.

FACCINI-MARTÍNEZ, Á. A.; OLIVEIRA, S. V. de; CERUTTI JUNIOR, C.; LABRUNA, M. B. Febre maculosa por *Rickettsia parkeri* no Brasil: condutas de vigilância epidemiológica, diagnóstico e tratamento. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 6, n. 3, p. 299-312, 2018. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v6i3.1940.p299-312.2018.

FACCINI-MARTÍNEZ, Á. A. et al. Rickettsioses in Brazil: distinct diseases and new paradigms for epidemiological surveillance. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 54, e07322020, 2021. DOI: 10.1590/0037-8682-0732-2020.

INGLESBY, T. V. et al. Anthrax as a biological weapon, 2002: updated recommendations for management. *JAMA*, v. 287, n. 17, p. 2236-2252, 2002.

KOSS, T. et al. Increased detection of rickettsialpox in a New York City hospital following the anthrax outbreak of 2001: use of immunohistochemistry for the rapid confirmation of cases in an era of bioterrorism. *Archives of Dermatology*, v. 139, n. 12, p. 1545-1552, 2003. DOI: 10.1001/archderm.139.12.1545.

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*, v. 7, n. 3, p. 502-507, 2016a. DOI: 10.1016/j.ttbdis.2016.02.007.

KRAWCZAK, F. S. et al. Ecology of a tick-borne spotted fever in southern Brazil. *Experimental and Applied Acarology*, v. 70, n. 2, p. 219-229, 2016b. DOI: 10.1007/s10493-016-0070-1.

KRAWCZAK, F. S. et al. *Rickettsia* sp. strain Atlantic rainforest infection in a patient from a spotted fever-endemic area in southern Brazil. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 95, n. 3, p. 551-553, 2016c. DOI: 10.4269/ajtmh.16-0192.

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*, v. 52, n. 10, p. 3788-3791, 2014. DOI: 10.1128/JCM.01914-14.

MARTINIANO, N. O. de M. et al. A new focus of spotted fever caused by *Rickettsia parkeri* in Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, v. 64, e22, 2022. DOI: 10.1590/S1678-9946202264022.

MOERBECK, L. et al. *Rickettsia* (Rickettsiales: Rickettsiaceae) vector biodiversity in high altitude Atlantic Forest fragments within a semiarid climate: a new endemic area of spotted-fever in Brazil. *Journal of Medical Entomology*, v. 53, n. 6, p. 1458-1466, 2016. DOI: 10.1093/jme/tjw121.

OLIVEIRA, G. N. et al. Short report: first outbreak of Atlantic Rainforest spotted fever in North-Eastern Brazil: clinical features and eco-epidemiological investigation. *Zoonoses and Public Health*, 15 set. 2026. DOI: 10.1111/zph.70093.

OLIVEIRA, S. V. de et al. An update on the epidemiological situation of spotted fever in Brazil. *Journal of Venomous Animals and Toxins including Tropical Diseases*, v. 22, art. 22, 2016. DOI: 10.1186/s40409-016-0077-4.

PADDOCK, C. D. et al. *Rickettsia parkeri*: a newly recognized cause of spotted fever rickettsiosis in the United States. *Clinical Infectious Diseases*, v. 38, n. 6, p. 805-811, 2004. DOI: 10.1086/381894.

RODRIGUES, A. C.; CASTRO, M. B. de; LABRUNA, M. B.; SZABÓ, M. P. J. The inoculation eschar of *Rickettsia parkeri* rickettsiosis in Brazil: importance and cautions. *Ticks and Tick-Borne Diseases*, v. 14, n. 2, 102127, 2023. DOI: 10.1016/j.ttbdis.2023.102127.

SEVÁ, A. da P. et al. A human case of spotted fever caused by *Rickettsia parkeri* strain Atlantic rainforest and its association to the tick *Amblyomma ovale*. *Parasites & Vectors*, v. 12, art. 471, 2019. DOI: 10.1186/s13071-019-3730-2.

SILVA, N. et al. Eschar-associated spotted fever rickettsiosis, Bahia, Brazil. *Emerging Infectious Diseases*, v. 17, n. 2, p. 275-278, 2011. DOI: 10.3201/eid1702.100859.

SILVA-RAMOS, C. R.; HIDALGO, M.; FACCINI-MARTÍNEZ, A. A. Clinical, epidemiological, and laboratory features of *Rickettsia parkeri* rickettsiosis: a systematic review. *Ticks and Tick-Borne Diseases*, v. 12, n. 4, 101734, 2021. DOI: 10.1016/j.ttbdis.2021.101734.

SPOLIDORIO, M. G. et al. Novel spotted fever group rickettsiosis, Brazil. *Emerging Infectious Diseases*, v. 16, n. 3, p. 521-523, 2010. DOI: 10.3201/eid1603.091338.

WECK, B. et al. Spotted fever group *Rickettsia* in the Pampa biome, Brazil, 2015-2016. *Emerging Infectious Diseases*, v. 22, n. 11, p. 2014-2016, 2016. DOI: 10.3201/eid2211.160859.

WECK, B. et al. *Rickettsia parkeri* in the Pampa biome of southern Brazil: isolation, molecular characterization, and serological evidence of canine infection. *Veterinary Parasitology: Regional Studies and Reports*, v. 22, 100448, 2020. DOI: 10.1016/j.vprsr.2020.100448.



Documento assinado eletronicamente por **Francisco Edilson Ferreira de Lima Junior, Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 30/09/2026, às 17:15, 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 **Guilherme Carneiro Reckziegel, Coordenador(a)-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar**, em 01/10/2026, às 14:36, 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 **Fabiano Geraldo Pimenta Junior, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 02/10/2026, às 11:47, 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 **0058109045** e o código CRC **E9BC6EFC**.

Referência: Processo nº 25000.141495/2026-02

SEI nº 0058109045

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

FEBRE MACULOSA E OUTRAS RIQUETSIOSES

COLETA DE SWAB E/OU DA ESCARA DE INOCULAÇÃO PARA INVESTIGAÇÃO MOLECULAR

1 IDENTIFICAR A LESÃO



LESÃO TÍPICA

Pequena úlcera cutânea com halo eritematoso ao redor e crosta escura.

2 REMOVER A PARTE SUPERFICIAL DA CROSTA



Com auxílio de pinça estéril, remover cuidadosamente a crosta superficial (parte mais seca e escura) para expor a base da úlcera.



Não é necessário remover completamente a crosta se ela estiver firmemente aderida.

3 COLETAR COM *SWAB* ESTÉRIL SECO

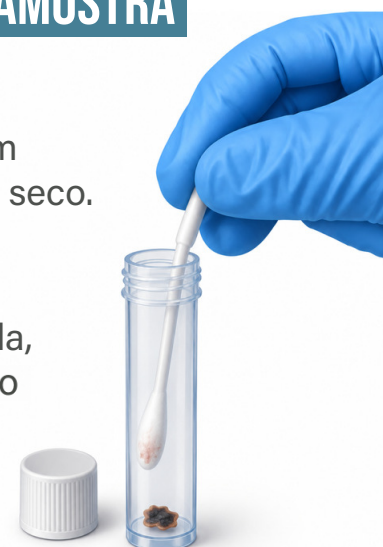


Após a remoção da crosta, utilizar *swab* estéril seco e friccionar vigorosamente toda a área da escara, com movimentos de rotação.

4 ACONDICIONAR A AMOSTRA

- Após a coleta, inserir o *swab* em recipiente estéril, preferencialmente seco.

- Caso a crosta seja coletada, acondicioná-la também no recipiente estéril.



5 CONSERVAR E ENVIAR AO LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA

A amostra deve ser identificada e encaminhada ao laboratório de referência, acompanhada da ficha de notificação/investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) devidamente preenchida, para análise por biologia molecular. O acondicionamento e a conservação devem seguir as orientações abaixo:



Manter a amostra entre 2°C e 8°C para envio em curto prazo (até 7 dias).



Armazenada por mais de 7 dias, manter a amostra a -20°C ou conforme orientação do laboratório de referência.

Notas:

A coleta de amostras não deve retardar o tratamento, que deve ser iniciado diante da suspeita clínica, sem aguardar confirmação laboratorial. A coleta de *swab* da escara não substitui a coleta de sangue e soro para Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI). Um resultado "não detectável" na biologia molecular não exclui febre maculosa ou outras riquetsioses e deve ser interpretado em conjunto com os achados clínicos e epidemiológicos.

Saiba mais sobre a febre maculosa:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-maculosa>



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

