



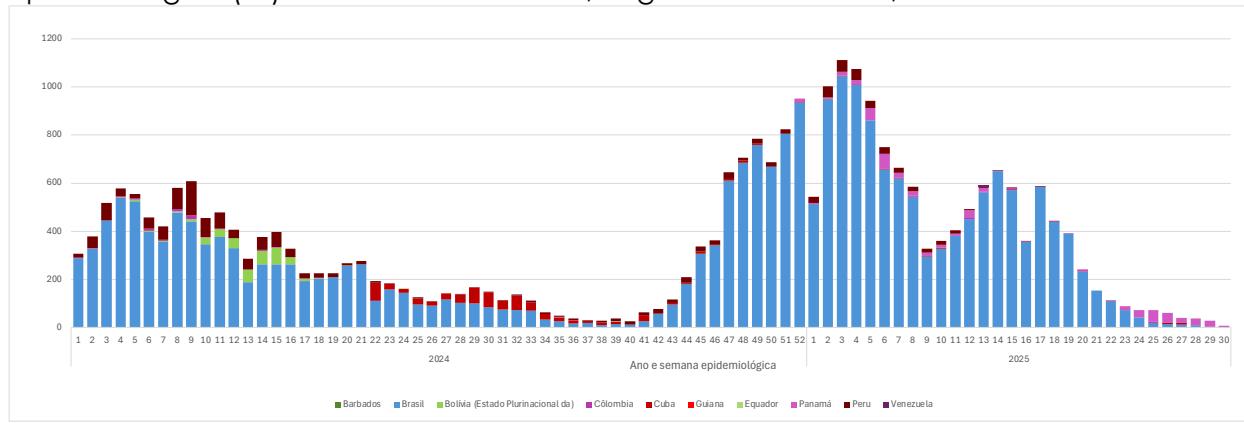
13 de agosto de 2025

Resumo da situação

Em 2025, entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 30, foram notificados 12.786 casos confirmados de Oropouche na Região das Américas. Os casos confirmados foram notificados em onze países da Região das Américas: Brasil ($n = 11.888$ casos), Canadá ($n = 1$ caso importado), Chile ($n = 2$ casos importados), Colômbia ($n = 26$ casos), Cuba ($n = 28$ casos), Estados Unidos da América ($n = 1$ caso importado), Guiana ($n = 1$ caso), Panamá ($n = 501$ casos), Peru ($n = 330$ casos), Uruguai ($n = 3$ casos importados) e Venezuela (República Bolivariana da)¹ ($n = 5$ casos) (figura 1) (1-15).

Anteriormente, durante 2024, foram notificados 16.239 casos confirmados de Oropouche, incluindo quatro óbitos na Região das Américas. Os casos confirmados foram reportados em 11 países e um território da Região das Américas: Barbados ($n = 2$ casos), Estado Plurinacional da Bolívia ($n = 356$ casos), Brasil ($n = 13.785$ casos, incluindo quatro óbitos), Canadá ($n = 2$ casos importados), Colômbia ($n = 74$ casos), Cuba ($n = 626$ casos), Equador ($n = 3$ casos), Estados Unidos da América ($n = 108$ casos importados), Guiana ($n = 3$ casos), Ilhas Caimão ($n = 1$ caso importado), Panamá ($n = 16$ casos) e Peru ($n = 1.263$ casos) (figura 1). Além disso, foram notificados casos importados de Oropouche em países da Região Europeia ($n = 30$ casos) (16).

Figura 1. Número de casos autóctones de Oropouche confirmados por país e semana epidemiológica (SE) de início dos sintomas, Região das Américas, 2024-2025.



Fonte: Adaptado dos dados fornecidos pelos respectivos países e reproduzidos pela OPAS/OMS (1-16).

Desde a Atualização Epidemiológica sobre Oropouche da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), publicada em 11 de fevereiro de

¹ As informações sobre a Venezuela são até a SE 13 de 2025.

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Atualização epidemiológica sobre Oropouche na Região das Américas, 13 de agosto de 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025.

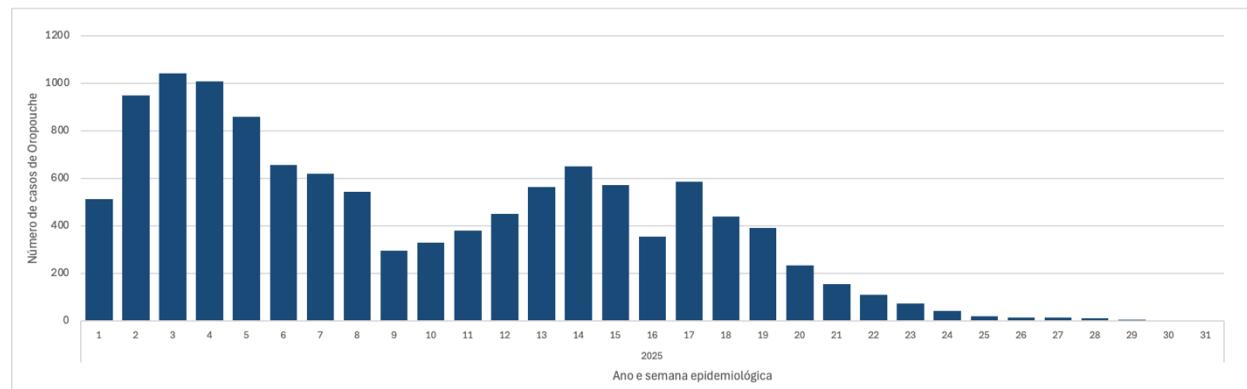
2025, foram notificados 9.014 casos confirmados adicionais de Oropouche, e cinco novos países da Região registraram casos confirmados (Chile, Colômbia, Estados Unidos da América, Uruguai e Venezuela) (1-16).

Resumo dos casos autóctones de Oropouche confirmados na Região das Américas em 2025

A seguir, é apresentado um resumo da situação nos países que notificaram casos autóctones confirmados de Oropouche na Região das Américas durante 2025.

No **Brasil**, entre a SE 1 e a SE 31 de 2025, foram notificados 11.888 casos de infecção por Oropouche (OROV) confirmados em laboratório (**figura 2**). Os casos foram registrados nos estados de Alagoas (n= 5), Amapá (n= 99), Bahia (n= 11), Ceará (n= 693), Distrito Federal (n= 1), Espírito Santo (n= 6.322), Minas Gerais (n= 1.366), Mato Grosso do Sul (n= 1), Pará (n= 10), Paraíba (n= 645), Pernambuco (n= 2), Piauí (n= 1), Paraná (n= 47), Rio de Janeiro (n= 2.497), Rondônia (n= 7), Roraima (n= 1), Santa Catarina (n= 15), São Paulo (n= 143) e Tocantins (n= 22). Os casos identificados no Pará, Maranhão, Piauí, Pernambuco, Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal e Rio Grande do Sul apresentaram locais prováveis de infecção em estados com transmissão autóctone (Espírito Santo, Rio de Janeiro e Paraíba). Quanto aos óbitos associados à Oropouche em 2025, foram notificados cinco óbitos associados à infecção por OROV nos estados do Espírito Santo (n= 1) e Rio de Janeiro (n= 4). Em relação à distribuição dos casos por sexo e faixa etária, 52,4% (n= 6.231) correspondem ao sexo masculino e a maior proporção de casos é registrada na faixa etária de 30 a 39 anos, com 19,1% (n= 2.267) dos casos notificados. Ainda estão sob investigação cinco casos com complicações neurológicas e dois casos de óbito fetal (1 - 3).

Figura 2. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de início dos sintomas, Brasil, 2025 (até SE 31).

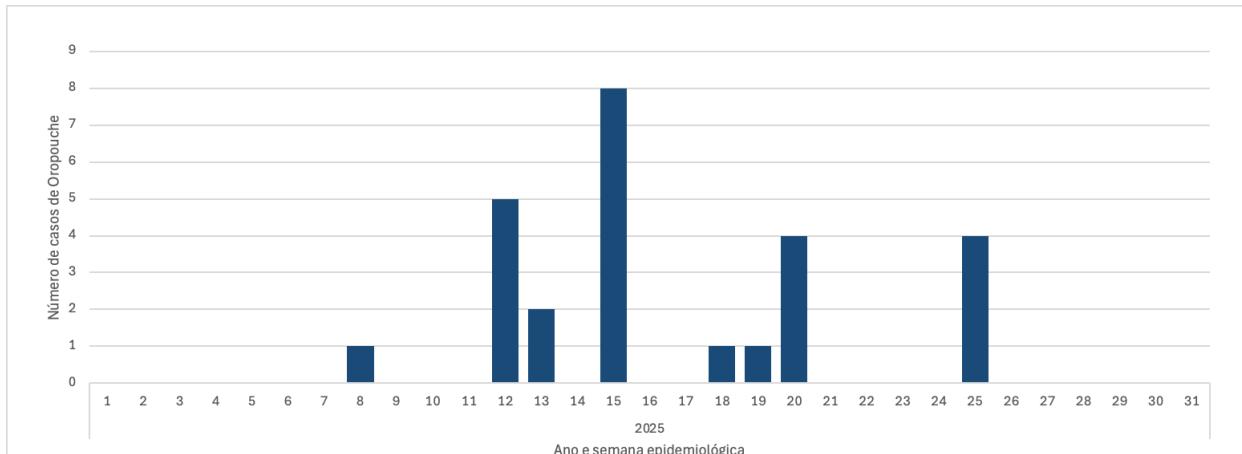


Fonte: Adaptado dos dados fornecidos pelo Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Brasil. Comunicação recebida em 6 de agosto de 2025 por e-mail. Brasília; 2025. Inédito (3).

Na **Colômbia**, entre a SE 1 e a SE 29 de 2025, foram notificados 26 casos de infecção pelo vírus Oropouche confirmados em laboratório (**figura 3**). Esses casos estão distribuídos nos departamentos de Vaupés (n= 19), Tolima (n= 4), Córdoba (n= 2) e Huila (n= 1). Dos 26 casos confirmados, três apresentam histórico de viagem a áreas com transmissão do vírus: dois casos provenientes do departamento de Córdoba, notificados em Cundinamarca e Bogotá D.C., respectivamente, e um caso com histórico de viagem a Tolima, também notificado por Cundinamarca. Até o momento, não foram registrados óbitos ou complicações

associadas à infecção por OROV. Quanto à distribuição por sexo e faixa etária, 53,9% (n= 14) dos casos correspondem a homens. A maior proporção ocorre na faixa etária de 11 a 22 anos, com 38,5% (n= 10) do total de casos notificados (4).

Figura 3. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de início dos sintomas, Colômbia, 2025 (até a SE 29).



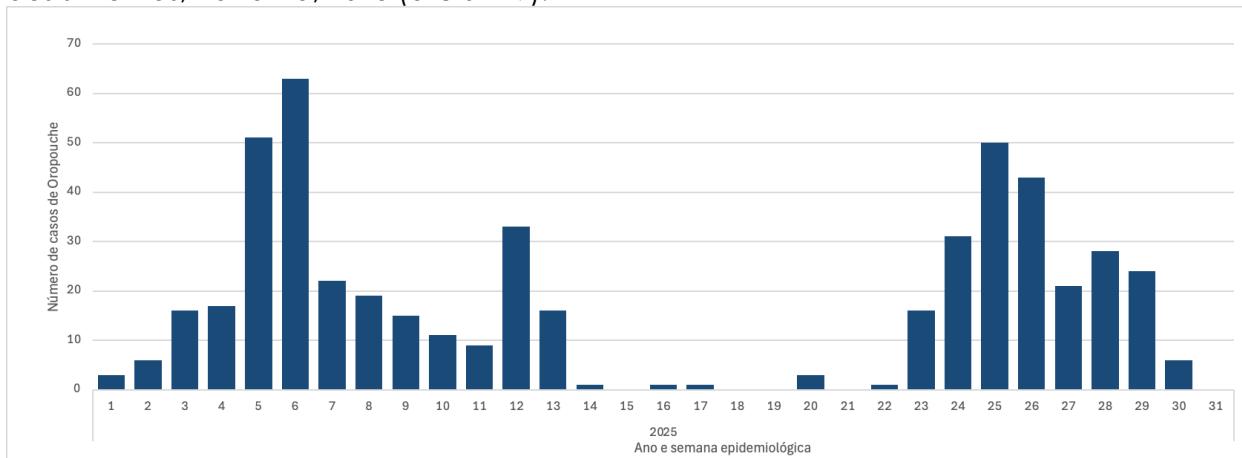
Fonte: Adaptado dos dados fornecidos pelo Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Colômbia. Comunicação recebida em 1º de agosto de 2025 por e-mail. Bogotá D.C.; 2025. Inédito (4).

Em **Cuba**, entre a SE 1 e a SE 29 de 2025, foram confirmados 28 casos de Oropouche, por laboratório. Os casos estão distribuídos nas províncias de Pinar del Río (n= 6 casos), Villa Clara (n= 5 casos), Guantánamo (n= 4 casos), Havana (n= 3), Matanzas (n= 3), Artemisa (n= 2), Cienfuegos (n= 1), Ciego de Ávila (n= 1), Camagüey (n= 1), Las Tunas (n= 1) e Santiago de Cuba (n= 1). Quanto à distribuição por sexo e faixa etária, 71% (n= 20) dos casos confirmados correspondem ao sexo feminino e 28% (n= 8) ao masculino. Destes, 96% (n= 27) dos casos confirmados pertencem à faixa etária de 0 a 54 anos. Quatro casos confirmados apresentaram síndrome neurológica: três casos reportaram meningoencefalite e um caso encefalite (5).

Na **Guiana**, entre a SE 1 e a SE 29 de 2025, foi notificado um caso confirmado de infecção pelo vírus Oropouche. Trata-se de uma adolescente de 15 anos, residente na região N°5, sem histórico de viagem e com início dos sintomas em 2 de janeiro de 2025. O caso foi confirmado pelo Laboratório Nacional de Saúde Pública por meio de teste RT-PCR e não requereu hospitalização. Até o momento, não foram registrados óbitos ou complicações associados à infecção por OROV (6).

No **Panamá**, entre a SE 1 e a SE 29 de 2025, foram notificados 501 casos de Oropouche confirmados em laboratório, provenientes da província de Darién (n= 265) e Panamá Oriental (n= 236) (**figura 5**). Quanto à distribuição por sexo, 53,7% (n= 269) correspondem ao sexo feminino, enquanto a maior proporção de casos foi registrada em pessoas de 25 a 49 anos, com 40% (n= 205). Foi registrada 1 morte associada à infecção por OROV na província de Darién. Foram reportados 3 casos com complicações neurológicas: cinco hospitalizações com suspeita de síndrome febril aguda neurológica associada ao OROV, dos quais três foram confirmados e, em relação aos casos em gestantes, foram identificadas cinco gestantes com diagnóstico confirmado de OROV e sem casos de transmissão vertical até o momento (7, 8).

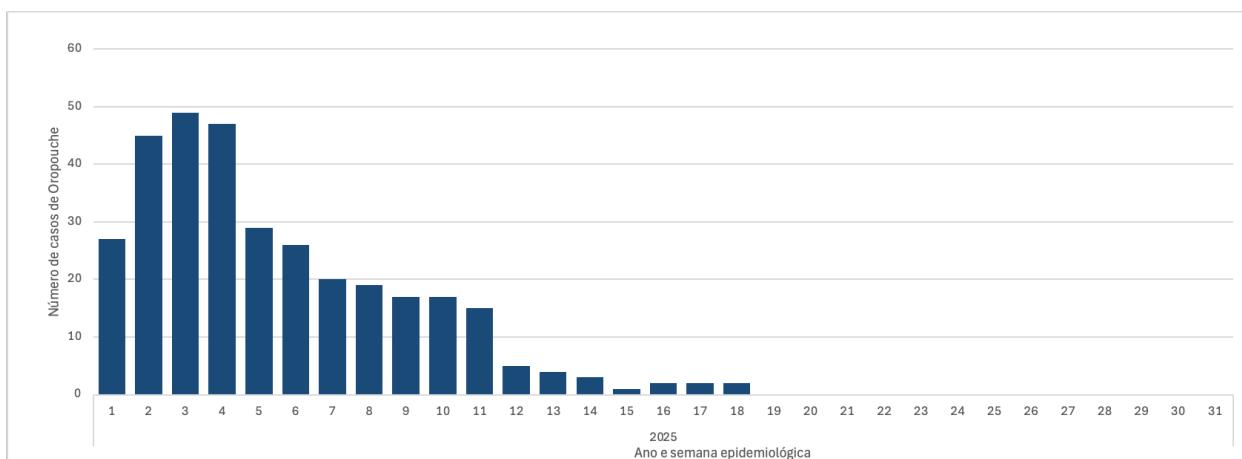
Figura 5. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de início dos sintomas, Panamá, 2025 (até SE 29).



Fonte: Adaptado dos dados fornecidos pelo Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional do Panamá. Comunicação recebida em 5 de agosto de 2025 por e-mail. Cidade do Panamá; 2025. Inédito (7).

No **Peru**, entre a SE 1 e a SE 29 de 2025, foram notificados 330 casos confirmados de Oropouche em oito departamentos do país. Os departamentos onde foram notificados os casos confirmados são: Loreto (n= 164), Junín (n= 74), Ayacucho (n= 38), Cusco (n= 23), San Martín (n= 20), Ucayali (n= 7), Cajamarca (n= 3) e Amazonas (n= 1) (**figura 6**). Quanto à distribuição dos casos por sexo e faixa etária, 55,9% (n= 185) correspondem ao sexo feminino, sendo a maior proporção de casos registrada na faixa etária de 30 a 59 anos, com 38,8% (n= 128) dos casos. Não foram registrados óbitos ou complicações que pudessem estar associados à infecção por OROV (9).

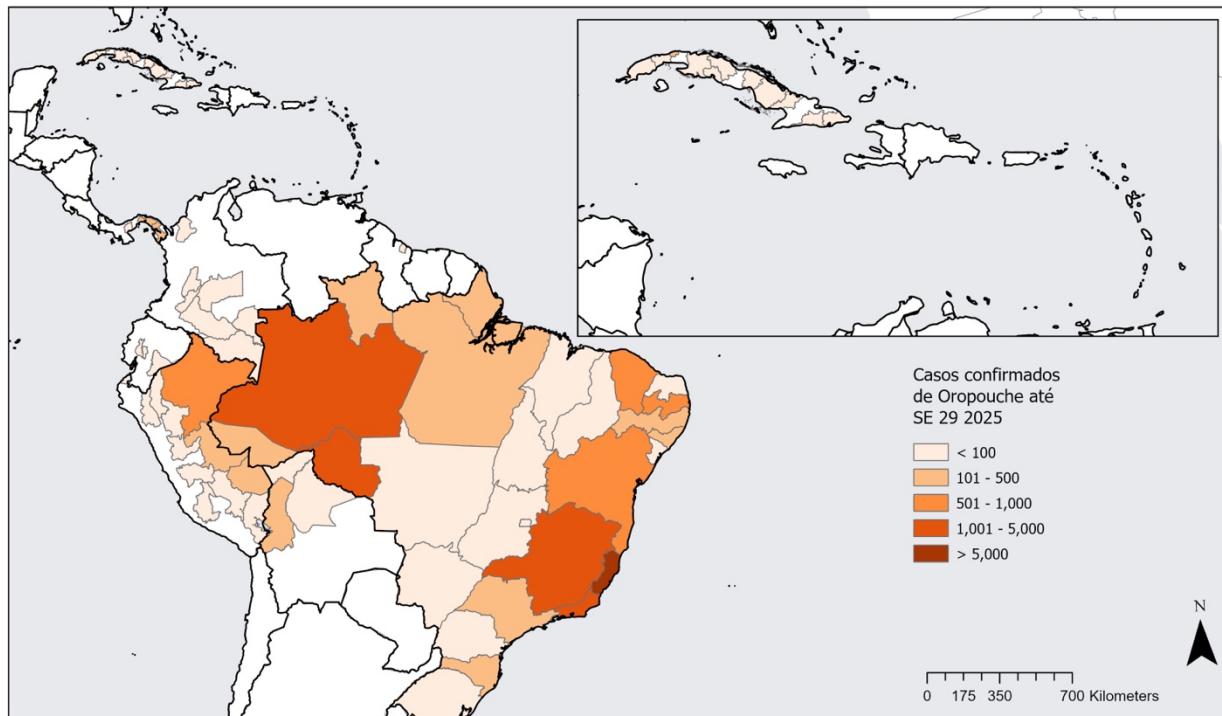
Figura 6. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de início dos sintomas, Peru, 2025 (até SE 29).



Fonte: Adaptado dos dados sobre Oropouche fornecidos pelo Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Peru. Informação por e-mail de 31 de julho de 2025. Lima; 2025. Inédito (9).

Na **Venezuela**, entre a SE 1 e a SE 13 de 2025, foram notificados cinco casos de Oropouche confirmados em laboratório, dos quais 60% (n= 3) correspondem a pessoas menores de 18 anos (10).

Figura 7. Distribuição geográfica dos casos confirmados acumulados de transmissão autóctone de Oropouche na Região das Américas, 2025*.



OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde

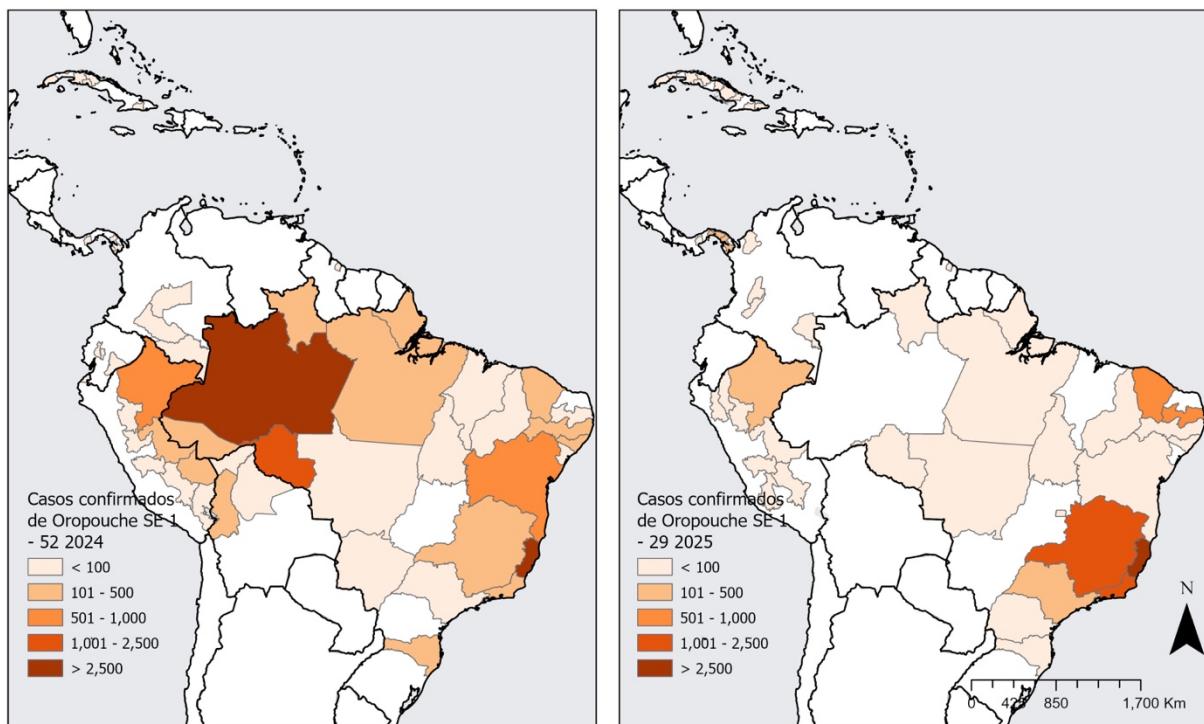
Região das Américas

© Organização Pan-Americana da Saúde-Organização Mundial da Saúde 2025. Todos os direitos reservados.
As designações utilizadas e a apresentação do material nestes mapas não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde a respeito da situação legal de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou a respeito da delimitação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam linhas fronteiriças aproximadas para as quais pode ainda não haver um acordo completo.
Produção do mapa: Departamento de Emergências da Saúde da OPAS (PHE) Informação sobre Emergências de Saúde e Avaliação de Riscos (HIM)

***Nota:** As informações do Brasil estão atualizadas até a SE 30 de 2025.

Fonte: Adaptado dos dados fornecidos pelos respectivos países e reproduzidos pela OPAS/OMS (1-10).

Figura 8. Distribuição geográfica dos casos de Oropouche de transmissão autóctone na Região das Américas. 2024 e 2025*.



© Organização Pan-Americana da Saúde-Organização Mundial da Saúde 2025. Todos os direitos reservados.
As designações utilizadas e a apresentação do material nestes mapas não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde a respeito da situação legal de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou a respeito da delimitação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam linhas fronteiriças aproximadas para as quais pode ainda não haver um acordo completo.
Produção do mapa: Departamento de Emergências de Saúde da OPAS (PHE) Informação sobre Emergências de Saúde e Avaliação de Riscos (HIM)

*Nota: As informações sobre o Brasil estão atualizadas até SE 30 de 2025.

Fonte: Adaptado dos dados fornecidos pelos respectivos países e reproduzidos pela OPAS/OMS (1-10, 16).

Casos importados em países e territórios da Região das Américas em 2025

Em 2025 (até SE 29), na Região das Américas, a situação nos países e territórios que reportaram apenas casos importados de Oropouche é apresentada a seguir.

No **Canadá**, entre a SE 1 e a SE 29 de 2025, foi notificado um caso importado confirmado de Oropouche na SE 3, com histórico de viagem à Colômbia (11).

No **Chile**, entre a SE 1 e a SE 29 de 2025, foram notificados dois casos importados confirmados de Oropouche, ambos na Região Metropolitana, com histórico de viagem ao Brasil. Os casos não apresentaram complicações associadas à doença (12, 13).

Nos **Estados Unidos**, entre a SE 1 e a SE 29 de 2025, foi reportado um caso importado de Oropouche no estado de Wisconsin (n=1). O caso tinha histórico de viagem ao Panamá, foi hospitalizado por doença neuroinvasiva e posteriormente se recuperou da doença (14).

No **Uruguai**, entre a SE 1 e a SE 29 de 2025, foram notificados três casos importados confirmados de Oropouche, todos com histórico de viagem ao Brasil. Os casos não apresentaram complicações associadas à doença (15).

Orientações aos Estados-Membros

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) reitera aos Estados-Membros as recomendações sobre diagnóstico e manejo clínico, diagnóstico laboratorial, prevenção e controle vetorial da doença pelo vírus Oropouche, bem como as recomendações específicas relacionadas a casos de infecção vertical, malformação congênita ou morte fetal associados à infecção pelo vírus Oropouche (OROV).

O surto atual destaca a necessidade de fortalecer as medidas de vigilância epidemiológica e entomológica, bem como reforçar as medidas preventivas dirigidas à população.

A fim de contribuir para a geração de conhecimento sobre esta doença, solicita-se aos Estados Membros que notifiquem todos os eventos incomuns relacionados à mesma, incluindo óbitos associados à infecção por OROV, bem como os casos de possível transmissão vertical e suas consequências (17).

Vigilância epidemiológica

A OPAS/OMS incentiva a continuidade da vigilância epidemiológica no contexto da circulação de outros arbovírus (dengue, chikungunya e Zika), levando em consideração as diferenças na apresentação clínica (18).

De acordo com a situação epidemiológica de cada país, a vigilância deve ser orientada para:

- Detectar a introdução do vírus Oropouche em uma área.
- Monitorar a dispersão do vírus Oropouche após sua introdução.
- Manter atualizada a caracterização da situação epidemiológica de Oropouche.

A OPAS/OMS recomenda aos Estados Membros que realizem a detecção de casos de acordo com as definições de caso para Oropouche propostas pela OPAS/OMS (19):

Definições de caso para Oropouche:

Caso suspeito²: pessoa que apresenta febre de início agudo (ou histórico de febre) de até 5 dias de evolução associada a cefaleia intensa³ e que apresenta duas ou mais das seguintes manifestações (20):

- Mialgia ou artralgia
- Calafrios
- Fotofobia

² Os casos de Oropouche podem apresentar uma recidiva dos sintomas de 1 a 10 dias após a melhora. Nos casos em que não houve suspeita inicial de Oropouche, eles serão considerados casos suspeitos. Dada a semelhança do quadro clínico da Oropouche com a dengue, é necessário realizar o diagnóstico clínico diferencial, acompanhar e monitorar o caso, avaliar possíveis sinais de alerta que indiquem que se trata de um caso de dengue e não de Oropouche (20).

³ A cefaleia, além de intensa, geralmente tem localização posterior (nuca) e tende a continuar mesmo após o desaparecimento da febre (20).

- Tonturas
- Dor retroocular
- Náuseas, vômitos ou diarreia (diarreia é definida como três ou mais episódios em 24 horas e alteração na consistência das fezes).
- Qualquer manifestação do sistema nervoso (diplopia, parestesia, meningite, encefalite, meningoencefalite).

Caso suspeito em gestantes: toda gestante com febre de início agudo (ou história de febre com duração de até 5 dias) associada a cefaleia intensa.

Caso provável: é todo caso suspeito que, além disso, apresenta pelo menos um dos seguintes critérios:

- Vive ou viajou para uma área de transmissão confirmada de casos de Oropouche.
- Tem ligação epidemiológica com um caso confirmado de Oropouche.
- Tem um teste ELISA IgM positivo para Oropouche.

Caso confirmado: é todo caso suspeito que, além disso, apresenta pelo menos um dos seguintes critérios:

- Tem resultado positivo para a detecção de OROV, RNA viral (RT-PCR) ou para antígenos vírais.
- Apresenta soroconversão de anticorpos ou aumento do título de anticorpos de pelo menos 4 vezes em amostras pareadas coletadas com mais de 7-10 dias de diferença (e uma amostra convalescente coletada mais de 14 dias após o início dos sintomas).
- Determinação post mortem de RNA viral por RT-PCR ou demonstração de antígenos por meio de testes de imuno-histoquímica ou outros disponíveis em pacientes falecidos com suspeita de infecção por OROV.
- Em casos de pacientes com suspeita de encefalite ou outra condição neuralógica por OROV, o resultado positivo de um teste de IgM no líquido cefalorraquídeo (LCR) é considerado positivo.

Devem ser realizados testes laboratoriais em casos suspeitos que atendam à definição de caso de Oropouche, uma vez identificada a circulação do OROV. Recomenda-se coletar amostras de 10 a 30% dos casos ou até um número de amostras determinado de acordo com a capacidade e os recursos de cada país (18).

Dada a semelhança clínica dos casos de dengue e Oropouche, devem ser realizados testes de confirmação de Oropouche nos casos negativos para dengue, principalmente nas localidades onde há baixa positividade dos resultados laboratoriais para dengue (18).

A detecção precoce do vírus Oropouche permitirá a caracterização da situação epidemiológica e a implementação de ações de controle.

Em **países com casos autóctones de Oropouche**, recomenda-se:

- Monitorar a dispersão do vírus Oropouche para detectar a introdução em novas áreas.

- Realizar a caracterização epidemiológica em tempo, local e pessoa dos casos de Oropouche.
- Realizar a caracterização clínica dos casos de Oropouche.
- Intensificar a vigilância de pacientes com complicações neurológicas e congênitas em áreas com circulação de OROV (21).
- Manter vigilância contínua para monitorar mudanças epidemiológicas e entomológicas.

Deteção e manejo clínico

A febre de Oropouche tem um período de incubação de 4 a 8 dias, após o qual os pacientes apresentam febre alta, cefaleia intensa (geralmente localizada na nuca e que tende a persistir mesmo após o desaparecimento da febre), mialgias, artralgias, fraqueza extrema (prostraçao) e, em alguns casos, podem surgir fotofobia, tonturas, náuseas ou vômitos persistentes e lombalgia. A febre geralmente dura até 5 dias. Em certos pacientes, os sintomas podem incluir vômitos, diarreia e hemorragias, manifestando-se na forma de petéquias, epistaxe e sangramento gengival. Geralmente, a infecção se resolve em um período de 2 a 3 semanas (22).

Em situações excepcionais, o OROV pode causar meningite ou encefalite. Nesses casos, os pacientes apresentam sintomas e sinais neurológicos, como vertigem, letargia, nistagmo e rigidez na nuca. O vírus pode ser detectado no líquido cefalorraquídeo (LCR) (22).

O tratamento é sintomático, focado no alívio da dor e da febre, na hidratação ou reidratação do paciente e no controle do vômito. Em situações em que a doença se manifesta de forma neuroinvasiva, será necessária a internação do paciente em unidades especializadas que permitam um monitoramento constante. Atualmente, não há vacinas ou medicamentos antivirais específicos para prevenir ou tratar a infecção por OROV (22).

Durante a primeira semana da doença, o principal diagnóstico diferencial a ser considerado é a infecção por dengue. Na segunda semana da doença, o diagnóstico clínico diferencial deve considerar a possibilidade de meningite e encefalite (21). É relatado que até 60% dos casos apresentam recidiva dos sintomas nas semanas após a recuperação (22).

Diagnóstico e vigilância laboratorial

As orientações sobre o diagnóstico e vigilância laboratorial de arbovírus emergentes, incluindo OROV, estão detalhadas nas “**Diretrizes para a Detecção e Vigilância de Arbovírus Emergentes no Contexto da Circulação de Outros Arbovírus**” e “**Diretrizes para a Detecção e Vigilância de Oropouche em casos possíveis de infecção vertical, malformação congênita ou morte fetal**” (18, 23).

Vigilância entomológica, prevenção e controle vetorial

O OROV é transmitido ao ser humano pela picada do mosquito *Culicoides paraensis*, considerado o principal vetor dessa doença e amplamente distribuído na Região das Américas. Outros vetores, como o mosquito *Culex quinquefasciatus*, podem transmitir o OROV, mas são considerados de importância secundária (24).

A proximidade dos criadouros dos vetores às habitações humanas representa um fator de risco significativo para a infecção por OROV. As estratégias de controle vetorial concentram-se na redução das populações dos vetores através da identificação e eliminação dos seus locais de reprodução e repouso. Entre as medidas implementadas incluem-se (25-27):

- Fortalecer a vigilância entomológica em áreas com risco de transmissão de OROV, para a detecção de espécies com capacidade vetorial. As orientações para a identificação das principais espécies de *Culicoides* estão detalhadas no documento operacional disponível em português em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/64274> (28).
- Mapear as áreas urbanas, periurbanas e rurais com condições para o desenvolvimento de potenciais vetores.
- Promover boas práticas agrícolas para evitar o acúmulo de resíduos que sirvam como locais de reprodução e repouso dos vetores.
- O aterro ou drenagem de poças de água, charcos ou locais de alagamento temporário que possam servir como locais de oviposição das fêmeas e criadouros de larvas dos vetores.
- Eliminação de ervas daninhas ao redor das propriedades para diminuir os locais de repouso e refúgio dos vetores.

Informações adicionais sobre as medidas de controle de vetores podem ser consultadas no documento “**Orientações provisórias para a vigilância entomológica e medidas de prevenção dos vetores do vírus Oropouche**” (29).

Além disso, devem ser tomadas medidas para prevenir picadas dos vetores, que devem ser reforçadas no caso de gestantes. Entre essas medidas, que também são úteis para prevenir outras arboviroses, estão (25, 26):

- Proteção das habitações com redes mosquiteiras de malha fina nas portas e janelas⁴.
- Uso de roupas que cubram as pernas e os braços, especialmente em casas onde há alguém doente com Oropouche ou outra arbovirose.
- Uso de repelentes que contenham DEET, IR3535 ou icaridina, que podem ser aplicados na pele exposta ou na roupa, e cuja utilização deve estar em estrita conformidade com as instruções do rótulo do produto.
- Uso de mosquiteiros impregnados ou não com inseticidas para quem dorme durante o dia (por exemplo, mulheres grávidas, bebês, pessoas doentes ou acamadas, idosos).
- Durante surtos, deve-se evitar atividades ao ar livre durante o período de maior atividade dos vetores (ao amanhecer e ao anoitecer).
- No caso de pessoas com maior risco de picada, como trabalhadores florestais, agrícolas etc., recomenda-se o uso de roupas que cubram as partes expostas do corpo, bem como o uso dos repelentes mencionados anteriormente.

⁴ Recomenda-se que os orifícios da tela tenham dimensões inferiores a 1,0 mm, uma vez que o tamanho médio da fêmea do *Culicoides paraensis*, considerado o principal vetor envolvido na transmissão do OROV, é de 1 a 1,5 mm.

Por fim, levando em consideração as características ecológicas dos principais vetores da OROV, é importante considerar que a decisão de realizar atividades de controle vetorial com inseticidas depende dos dados da vigilância entomológica e das variáveis que podem condicionar um aumento no risco de transmissão. Em áreas de transmissão, a fumigação com inseticidas pode ser uma medida adicional, especialmente em áreas urbanas e periurbanas, quando tecnicamente recomendável e viável (25, 26).

Referências

1. Ministério da Saúde do Brasil. Informe Semanal nº 17 - Arboviroses Urbanas - SE 23 – 17 de junho de 2025. Brasília; COE; 2025 [acessado em 30 de julho de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/informe-semanal/2025/informe-semanal-no-17.pdf>/view
2. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília; COE; 2025 [acessado em 30 de julho de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/o/oropouche/painel-epidemiologico>.
3. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Brasil. Comunicação recebida em 6 de agosto de 2025 por e-mail. Brasília; 2025. Inédito.
4. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Colômbia. Comunicação recebida em 1º de agosto de 2025 por e-mail. Bogotá D.C.; 2025. Inédito.
5. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Cuba. Comunicação recebida em 8 de agosto de 2025 por correio eletrônico. Havana; 2025. Inédito.
6. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Guiana. Informação por e-mail de 31 de julho de 2025. Georgetown; 2025. Inédito.
7. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Panamá. Informação por e-mail de 5 de agosto de 2025. Cidade do Panamá; 2025. Inédito.
8. Oropouche no Panamá Boletim Epidemiológico N.º 9 Ano 2024 – 2025 SE 15 – 25 de abril de 2025. Cidade do Panamá, Panamá; 2025 [acessado em 30 de julho de 2025]. Disponível em: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/boletin_oropouche_panama_no_9_se_15_abril_2025_final.pdf.
9. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Peru. Informação por e-mail de 31 de julho de 2025. Lima; 2025. Inédito.
10. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da República Bolivariana da Venezuela. Informação por e-mail de 6 de abril de 2025. Caracas; 2025. Inédito.
11. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Canadá. Informação por e-mail de 1 de agosto de 2025. Ottawa; 2025. Inédito.
12. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Chile. Informação por e-mail de 1 de agosto de 2025. Santiago do Chile; 2025. Inédito.
13. Departamento de Epidemiologia. Boletim epidemiológico semanal arbovírus e malária SE 30 – 2025, Santiago do Chile; 2025 [acessado em 11 de agosto de 2025]. Disponível em: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/08/Boletin_Epidemiologico_Arbovirus_Malaria_SE_30_2025.pdf.
14. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) dos Estados Unidos da América. Comunicação recebida em 6 de agosto de 2025 por e-mail. Washington, D.C.; 2025. Inédito.
15. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Uruguai. Informação por e-mail de 6 de agosto de 2025. Montevidéu; 2025. Inédito.
16. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico - Oropouche na Região das Américas, 3 de fevereiro de 2025.

- Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-11-febrero-2025>.
17. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Avaliação dos riscos para a saúde pública relacionados ao vírus Oropouche (OROV) na Região das Américas - 3 de agosto de 2024. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/evaluacion-riesgos-para-salud-publica-relacionada-con-virus-oropouche-orov-region-0>.
18. Organização Pan-Americana da Saúde. Diretrizes para a detecção e vigilância de arbovírus emergentes no contexto da circulação de outros arbovírus, 18 de abril de 2024. Washington, D.C.: OPAS; 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/directrices-para-deteccion-vigilancia-arbovirus-emergentes-contexto-circulacion-otros>.
19. Organização Pan-Americana da Saúde. Doença pelo vírus Oropouche. Washington, D.C.: OPAS; 2025 [acessado em 8 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche#info>.
20. Tortosa F, Gutiérrez Castillo G, Izcovich A, Luz K, dos Santos T, Gonzalez-Escobar G et al. Revisão sistemática viva das manifestações clínicas da febre de Oropouche: chaves para diferenciá-la da dengue e outras arboviroses. Rev Panam Salud Publica. 2024; e136. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.136>.
21. Martos F, Betancourt I, Osorio I, González N, Moráles I, Peña C, et al. Desempenho neurológico e resultados clínicos relacionados a pacientes com síndrome de Guillain-Barré associada a Oropouche. Journal of the Peripheral Nervous System. Março de 2025; 30(1): e12683. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jns.12683>.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Instrumento para o diagnóstico e atendimento a pacientes com suspeita de arboviroses. Washington, D.C.: OPAS; 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31448>.
23. Organização Pan-Americana da Saúde. Diretrizes para a detecção e vigilância de Oropouche em possíveis casos de infecção vertical, malformação congênita ou morte fetal. Washington, D.C.: OPAS; 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/directrices-para-deteccion-vigilancia-oropouche-possibles-casos-infeccion-vertical>.
24. Sakkas H, Bozidis P, Franks A, Papadopoulou C. Oropouche Fever: A Review. Viruses. 2018; 10(4):175. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/v10040175>.
25. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Criadouros de Culicoides paraensis e opções para combatê-los através do ordenamento do meio ambiente. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1987. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17928>.
26. Organização Mundial da Saúde. Controle de vetores. Métodos para uso individual e comunitário. Genebra: OMS; 1997. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544945>.
27. Harrup L, Miranda M, Carpenter S. Advances in control techniques for Culicoides and prospects. Vet Ital. 2016;52(3-4):247-264. Disponível em: <https://doi.org/10.12834/vetit.741.3602.3>.
28. Organização Pan-Americana da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz. Documento operacional de identificação de Culicoides Latreille (Diptera: Ceratopogonidae). Washington, D.C.: OPAS/FIOCRUZ; 2025. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/64274>.

29. Organização Pan-Americana da Saúde. Orientações provisórias para a vigilância entomológica e medidas de prevenção dos vetores do vírus Oropouche. Washington, D.C.: OPAS; 2024. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/61197>.