

RECOMENDAÇÕES DA SPMV PARA VACINAÇÃO CONTRA A RAIVA



Indicações e Esquemas de Vacinação
contra a Raiva em Viajantes
Data de redação: Maio 2026 | 1.^a versão

ÍNDICE

01 CONTEXTUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	03
02 VACINA DISPONÍVEL EM PORTUGAL	06
— RABIPUR® (<i>BAVARIAN NORDIC</i>)	
03 IMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA	10
04 PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PPrEP)	12
05 PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PPE)	14
06 RECOMENDAÇÕES DA SPMV	17
07 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E FONTES DE INFORMAÇÃO	19
08 REFERÊNCIAS	20

01

CONTEXTUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA



A raiva é uma zoonose viral aguda de distribuição mundial, causada por vírus do género *Lyssavirus*, pertencentes à família *Rhabdoviridae*. A doença caracteriza-se por uma encefalite progressiva e apresenta uma taxa de letalidade próxima de 100% após o aparecimento das manifestações clínicas [1]. O período de incubação é variável, podendo oscilar entre algumas semanas e vários meses [1]. Apesar da sua elevada gravidade, a raiva é uma doença prevenível e continua a constituir um importante problema de saúde pública, sobretudo em regiões onde é endémica e o acesso aos cuidados de saúde é limitado.

A transmissão ocorre predominantemente através da inoculação de saliva infetada em tecidos subcutâneos ou mucosas, sendo a mordedura de um animal infetado a forma de exposição mais frequente. No entanto, a infeção pode também resultar de arranhaduras ou do contacto de saliva contaminada com pele não íntegra ou mucosas [2]. Os cães, as raposas e os morcegos estão entre os principais animais envolvidos na epidemiologia da doença, assumindo os morcegos particular relevância enquanto reservatórios naturais do vírus [3]. Em 2020, 17 países da União Europeia reportaram atividades de vigilância em morcegos, tendo sido analisados 1308 animais, dos quais 31 apresentaram resultados positivos para *Lyssavirus*. Os casos positivos foram identificados em França (n=13), Alemanha (n=6), Países Baixos (n=5), Polónia (n=5) e Espanha (n=2). Portugal não participou neste estudo [3,4].

A avaliação do risco de exposição deve considerar as características do contacto, a espécie animal envolvida, os fatores relacionados com o hospedeiro e o contexto epidemiológico ou ocupacional. Esta avaliação é determinante para estabelecer a necessidade de profilaxia pré-exposição (PPrEP) ou profilaxia pós-exposição (PPE). Dada a inexistência de tratamento específico eficaz para a doença, qualquer exposição a um animal com raiva confirmada ou suspeita exige uma avaliação célere da necessidade de PPE, incluindo a administração de vacina antirrábica e, quando indicada, de imunoglobulina antirrábica (IGR), de acordo com a categoria de exposição [5].

IMPACTO GLOBAL

A raiva mantém uma ampla distribuição geográfica, estando presente em mais de 150 países. É responsável por um elevado número de mortes todos os anos, concentrando-se sobretudo em África e na Ásia. O seu impacto é particularmente relevante na população pediátrica, sendo as crianças com menos de 15 anos um dos grupos mais afetados [1].

Nos países desenvolvidos, os casos humanos são raros e encontram-se habitualmente relacionados com exposições em áreas endémicas. A globalização e mobilidade internacional constituem fatores com potencial relevância para a reintrodução da doença em países que se encontram livres de transmissão, incluindo Portugal [5].

A ausência de uma terapêutica curativa eficaz após o aparecimento das manifestações clínicas confere especial importância às medidas de profilaxia antes da exposição (PPrEP) e após uma potencial exposição ao vírus (PPE), que surgem como as principais estratégias eficazes na prevenção da doença.

SITUAÇÃO EM PORTUGAL

Portugal encontra-se livre de raiva animal desde 1961 e não regista casos humanos autóctones desde 1952, mantendo estatuto de indemnidade reconhecido internacionalmente [6]. É uma doença de declaração obrigatória desde 1953 [7]. Em agosto de 1984 ocorreu em Portugal o último caso de raiva importada num cão de dois meses, proveniente de Moçambique. A Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV) implementou medidas de prevenção e vigilância apertadas e sustentadas ao longo do tempo, que têm contribuído para a vigilância epidemiológica e prevenção da reintrodução da doença em território nacional. Entre estas incluem-se o controlo sanitário de carnívoros domésticos nos pontos de entrada no território nacional, a obrigatoriedade de identificação eletrónica e registo de cães, gatos e furões no Sistema de Informação de Animais de Companhia (SIAC), bem como a vacinação antirrábica obrigatória dos cães a partir dos três meses de idade e a realização de campanhas anuais de vacinação [3].

ABORDAGEM DA RAIVA NA CONSULTA DO VIAJANTE

Na consulta do viajante deve ser explicado que a raiva é uma infeção grave prevenível por vacinação, que em enquadramentos específicos pode ter indicação para imunização pré-exposição, mas que sobretudo devem ser adotadas medidas para evicção de contacto com animais potencialmente infetados, bem como de locais com maior risco de exposição.

O viajante deve ser elucidado da existência de PPE aquando de uma exposição de risco, cuja necessidade de vacinação antirrábica e de IGR

deve ser avaliada de imediato, ainda no país de estadia. A continuação da PPE, aquando do regresso a Portugal, deve ser assegurada num centro antirrábico de referência [5].

As exposições com potencial risco de transmissão da raiva classificam-se em três categorias, que determinam as medidas de profilaxia pós-exposição a implementar. Abaixo apresenta-se a Tabela 1 de estratificação clínica do contacto [1]:

Categoria	
I - Sem exposição	- Tocar ou alimentar animais, lambeduras em pele íntegra
II – Exposição	- Mordeduras, arranhaduras, abrasões minor, sem hemorragia
III – Exposição grave	- Arranhaduras ou mordeduras transdérmicas simples ou múltiplas, contaminação de membranas mucosas ou pele não íntegra com saliva por lambeduras - Exposição com contacto direto com morcegos

Tabela 1. Categorias de exposição a raiva.

Após mordedura/lambedura/arranhadura por animal potencialmente infetado, o viajante deve ser instruído das medidas a adotar, nomeadamente, lavagem abundante da ferida com água corrente e sabão durante pelo menos 15 minutos, seguida da aplicação de um antisséptico adequado, como solução iodada ou clorohexidina, devendo evitar-se a oclusão da ferida antes de avaliação clínica. Pode ser indicada antibioterapia profilática em situações selecionadas, como

mordeduras profundas, localização em mãos, face ou genitais, ou em doentes imunocomprometidos, não substituindo esta a profilaxia antirrábica. Deve ainda ser considerada a profilaxia antitetânica com vacina ou vacina e imunoglobulina se a vacinação antitetânica estiver em atraso, bem como outras medidas consoante a lesão. É preciso informar o viajante sobre sinais de infeção da ferida e garantir acompanhamento clínico até à conclusão do esquema profilático [8].

Para uma tomada de decisão vacinal baseada no risco de raiva, as seguintes bases de dados dinâmicas podem ser acedidas de forma gratuita para informação atualizada sobre zonas de risco para viajantes portugueses:

- **GOV.UK Rabies Risks by Country;**
- **CDC High – Risk Countries;**
- **CDC Traveler’s Health Destinations;**
- **NaTHNaC – TravelHealthPro;**
- **IAMAT – Travel Health Information;**
- **WHO Global Health Observatory.**

02

VACINA DISPONÍVEL EM PORTUGAL — Rabipur® (*Bavarian Nordic*)



A vacina disponível em Portugal é a Rabipur® e pode ser usada em regime de PPrEP, necessitando de prescrição médica e aquisição na farmácia da comunidade, ou de PPE, sendo esta gratuita [5].

Trata-se de uma vacina inativada, produzida em células embrionárias purificadas de pinto. Pode ser administrada em qualquer grupo etário (crianças com menos de um ano, idosos), mulheres grávidas ou pessoas com doenças concomitantes, nomeadamente imunocomprometidas [9].

A PPrEP, apesar de não dispensar a necessidade de PPE, reduz o número de doses necessárias e exclui a necessidade de administração de IGR nos viajantes imunocompetentes, o que pode ser particularmente importante em contextos com poucos recursos. Contudo, nos viajantes imunocomprometidos, mesmo fazendo PPrEP, a IGR continua a ser indicada [10, 11].

2.1. EFICÁCIA

A imunidade induzida pela vacina persiste normalmente durante décadas, estando indicadas doses de reforço apenas se os títulos de anticorpos forem inferiores a 0,5 UI/mL, sendo este o limiar de proteção imunológica e o valor reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como indicador de resposta imunitária adequada [12]. Segundo o Resumo das Características do Medicamento (RCM), após um esquema completo de vacinação pré-exposição, a maioria dos indivíduos desenvolve títulos de anticorpos considerados adequados ($\geq 0,5$ UI/mL). Os estudos de *follow-up* demonstraram persistência de anticorpos durante vários anos, embora os títulos diminuam progressivamente ao longo do tempo [13].

Os dados apresentados mostram que [13]:

- **Uma dose de reforço administrada um ano após a vacinação primária induz uma resposta anamnésica (resposta imunitária de memória) rápida e robusta.**
- **A memória imunológica permanece preservada durante períodos prolongados, permitindo uma resposta eficaz a doses de reforço administradas anos após a primovacinação.**
- **Em indivíduos previamente vacinados, a administração de doses de reforço conduz habitualmente a um aumento rápido dos títulos de anticorpos.**

Para grupos com risco continuado de exposição, a necessidade de reforços deve basear-se em recomendações específicas e, em determinadas situações, na monitorização dos títulos de anticorpos [10].

2.2. ADMINISTRAÇÃO E SEGURANÇA

A vacina antirrábica deve ser administrada o mais precocemente possível após a exposição, idealmente no dia 0 (D0), de acordo com o esquema recomendado e o estado vacinal prévio do viajante. A administração deve obedecer a técnica asséptica rigorosa. A vacina pode ser administrada concomitantemente com a IGR, desde que em locais anatómicos distintos. Em caso de atraso na administração de uma dose, esta deve ser administrada logo que possível, sem necessidade de reinício do esquema vacinal. Os intervalos mínimos entre as doses subsequentes devem ser respeitados [10].

Em relação ao local de administração, varia de acordo com a idade do viajante:

- **Idade $\geq$ 2 anos: músculo deltoide;**
- **Idade $<$ 2 anos: face ântero-lateral da coxa.**

Está contraindicada a administração no músculo glúteo, pelo risco de inoculação no tecido adiposo, menor resposta imunológica e potencial lesão do nervo ciático [10].

Em Portugal, a recomendação de administração preferencial da vacina em PPE é por via intramuscular (IM) e a dose é de 1 mL [5].

Contudo, a OMS reconhece a administração intradérmica (ID) da vacina em contextos específicos, como escassez de vacinas, nomeadamente em situações de surto. A dose de administração ID é de 0,1 mL, podendo assim uma dose de Rabipur® ser fracionada em 10 doses da vacina. Após abertura do frasco da vacina, a mesma deve ser administrada nas 6-8 horas seguintes, ser conservada a 2-8°C e protegida da luz solar. Aconselha-se, assim, que nos casos de administração ID, o número de utentes convocado seja de acordo com o número de doses passíveis de serem administradas [12].

O perfil de segurança é globalmente favorável, sendo as reações adversas mais frequentes ligeiras e transitórias, predominantemente locais (dor, edema ou endurecimento no local de administração) ou sistémicas inespecíficas (cefaleias, fadiga, febre e mialgias), com resolução em 24 a 48 horas após vacinação. Reações de hipersensibilidade graves e acontecimentos neurológicos foram descritos muito raramente. Listam-se abaixo algumas reações adversas de acordo com a classificação de frequência utilizada pela *European Medicines Agency* [13]:

- **Muito frequentes ($\geq 1/10$):** cefaleias, tonturas, exantema cutâneo, reações no local de injeção, mal-estar, fadiga, astenia e febre;
- **Frequentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$):** adenopatias, diminuição do apetite, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, urticária, mialgias e artralgias;
- **Raras ($\geq 1/10\ 000$ a $< 1/1\ 000$):** reações de hipersensibilidade, parestesias, hiperidrose e arrepios;
- **Muito raras ($< 1/10\ 000$):** anafilaxia, incluindo choque anafilático, angioedema, encefalite e síndrome de *Guillain-Barré*.

Os viajantes regressados podem ter iniciado esquema de PPE no país de origem, o que torna importante saber a compatibilidade da vacina disponível em Portugal – Rabipur® (*Bavarian Nordic*), com as vacinas disponíveis mundialmente. Todas as que se listam de seguida são consideradas intercambiáveis, podendo ser usadas para iniciar ou completar esquemas de vacinação entre elas pré-definidos [14]:

a) Human Diploid Cell Vaccine (HDCV)

- Imovax Rabies® (*Sanofi Pasteur*)

b) Purified Chick Embryo Cell Vaccine (PCECV)

- Rabipur® (*Bavarian Nordic*)
- RabAvert® (EUA – equivalente da Rabipur®)

c) Purified Vero Cell Rabies Vaccine (PVRV)

- Verorab® (*Sanofi Pasteur*)
- Indirab® (*Bharat Biotech*)
- Rabivax-S® (*Serum Institute India*)

d) Outras vacinas celulares usadas regionalmente (uso residual)

- *Primary Hamster Kidney Cell Vaccine* (PHKCV) – China
- *Baby Hamster Kidney Vaccine* (BHKV) – Rússia

Todas as vacinas elencadas são vacinas inativadas de cultura celular ou ovo embrionado, com elevada eficácia, segurança e com resposta imunológica equivalente [14].

2.3. CONTRAINDICAÇÕES E PRECAUÇÕES

Pode ocorrer hipersensibilidade à substância ativa, aos excipientes ou a resíduos do processo de fabrico da Rabipur®, nomeadamente às proteínas de frango (por exemplo, ovalbumina), albumina sérica humana e vestígios de neomicina, clorotetraciclina e anfotericina B [13].

Nestes casos de possível alergia, em contexto de PPE e face ao risco de mortalidade da doença, a administração da vacina deve ser feita, no entanto, em regime hospitalar com monitorização contínua, apoio de Imunoalergologia e da emergência médica, para gestão de eventual anafilaxia [12].

Em regime de PPrEP, não existindo outra vacina de cultura celular humana disponível de forma imediata em Portugal, a imunização preventiva só

poderá ser equacionada mediante um pedido de Autorização de Utilização Especial (AUE) submetido ao Infarmed. Este pedido visa a importação de uma vacina com um perfil de fabrico diferente (por exemplo, vacinas produzidas a partir de células diploides humanas - HDCV), caso o tempo útil assim o permita [15].

Em relação às precauções, destacam-se o risco de reações anafiláticas, a possibilidade de resposta imunitária insuficiente em alguns indivíduos, com potencial interferência da imunossupressão na imunogenicidade da vacina e a necessidade de administração exclusivamente por via IM/ID. A vacinação deve ser adiada em caso de doença febril grave [5].

03

IMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA



A IGR disponível em Portugal é de origem humana e consiste numa preparação de anticorpos policlonais obtidos a partir do plasma de dadores com elevados títulos de anticorpos.

A administração de IGR está indicada nas exposições de categoria II apenas em indivíduos imunocomprometidos, independentemente do seu estado vacinal. Nas exposições de categoria III, a IGR deve ser administrada a indivíduos imunocompetentes sem vacinação prévia contra a raiva e a todos os imunocomprometidos, independentemente do estado vacinal prévio. Nos indivíduos que tenham completado um esquema adequado de PPE nos três meses anteriores, não está indicada a administração de vacina nem de IGR [10–12].

3.1. EFICÁCIA

A IGR confere imunidade passiva imediata e deve ser administrada sempre que indicada, preferencialmente no mesmo dia da primeira dose da vacina (D0), podendo ser administrada até sete dias após o início da vacinação. Proporciona proteção passiva imediata, enquanto a imunização ativa é estimulada pela vacinação [10, 11].

A dose recomendada é de 20 UI/kg de peso corporal, independentemente da idade [10, 11, 12].

3.2. ADMINISTRAÇÃO E SEGURANÇA

A IGR deve ser infiltrada diretamente na ferida e nos tecidos adjacentes. No caso de exposição a morcego sem lesões evidentes, a IGR deve ser administrada na sua totalidade por via IM em locais distantes da administração da vacina, nomeadamente no músculo deltoide (≥ 2 anos) ou na face ântero-lateral da coxa (< 2 anos) contralaterais [10, 11, 12].

A IGR apresenta um perfil de segurança globalmente favorável. Não existem contraindicações absolutas à sua utilização quando indicada no contexto da PPE da raiva. As principais precauções incluem o risco, raro, de reações de hipersensibilidade grave, a necessidade de evitar a administração intravascular, a potencial interferência com a resposta imunológica à vacina quando utilizada em doses superiores às recomendadas e a utilização cautelosa em indivíduos com fatores de risco tromboembólico. As reações adversas mais frequentemente descritas são dor, edema e eritema no local de administração, podendo ocorrer, menos frequentemente, febre, cefaleias, náuseas, mal-estar geral e reações alérgicas [16].

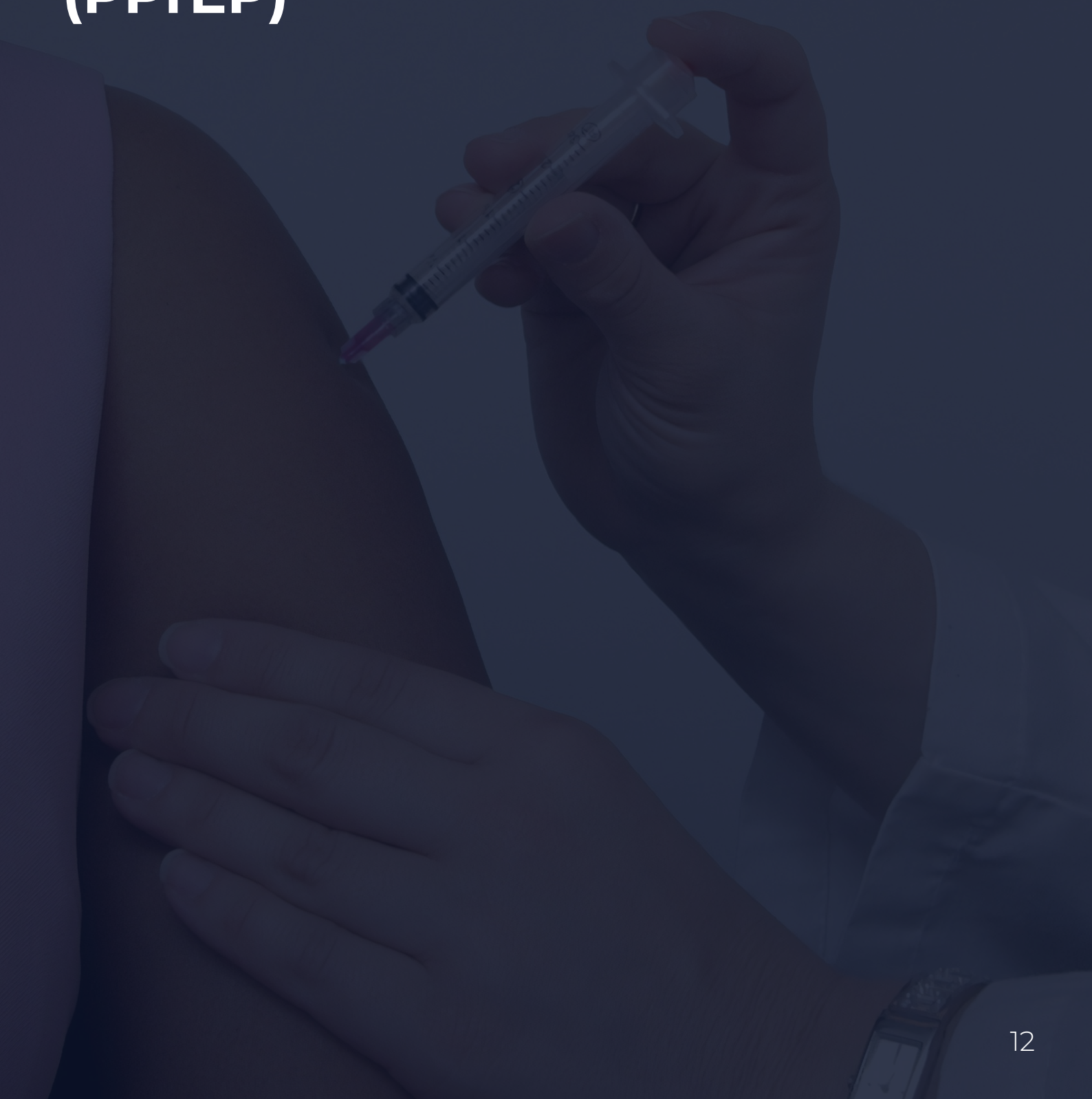
3.3. CONTRAINDICAÇÕES E PRECAUÇÕES

Não deve ser excedida a dose recomendada de 20 UI/Kg de peso corporal, o que permite evitar a interferência com a resposta imunitária ativa induzida pela vacina. A IGR **nunca deve ser administrada no mesmo local anatómico da vacina.**

Não está indicada a administração de IGR em indivíduos que tenham completado um esquema adequado de PPE há menos de três meses. A sutura da ferida deve ser evitada sempre que possível. Quando clinicamente necessária e se possível, a sutura deve ser realizada apenas após a infiltração da IGR e de forma minimamente invasiva [10, 11, 12].

04

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PPrEP)



4.1. INDICAÇÕES

Nos viajantes para áreas enzoóticas, a PPrEP está recomendada se permanecerem em áreas remotas, onde o acesso em tempo útil à PPE não está garantido ou se apresentarem elevado risco de contacto com animais selvagens, nomeadamente morcegos [12, 17].

4.2. ESQUEMAS VACINAIS E DOSES DE REFORÇO

No âmbito da PPrEP, na dose de 2,5 UI/1 mL, devem ser administradas duas doses por via IM, com intervalo de 7 dias (0, 7 dias). Se o viajante for imunocomprometido, uma terceira dose deve ser administrada entre o 21º e 28º dia [10].

Para definir as recomendações e os esquemas PPrEP, estabeleceram-se cinco categorias de risco (níveis 1 a 5) e distinguiram-se dois tipos de exposição: **reconhecida**, como mordeduras, arranhaduras dolorosas ou salpicos, e **não reconhecida**, quando a pessoa não se apercebe da exposição, nomeadamente em arranhões indolores associados à perda da integridade do equipamento de proteção individual). Os grupos de risco acrescido são os de nível 1 a 3, explicitados abaixo:

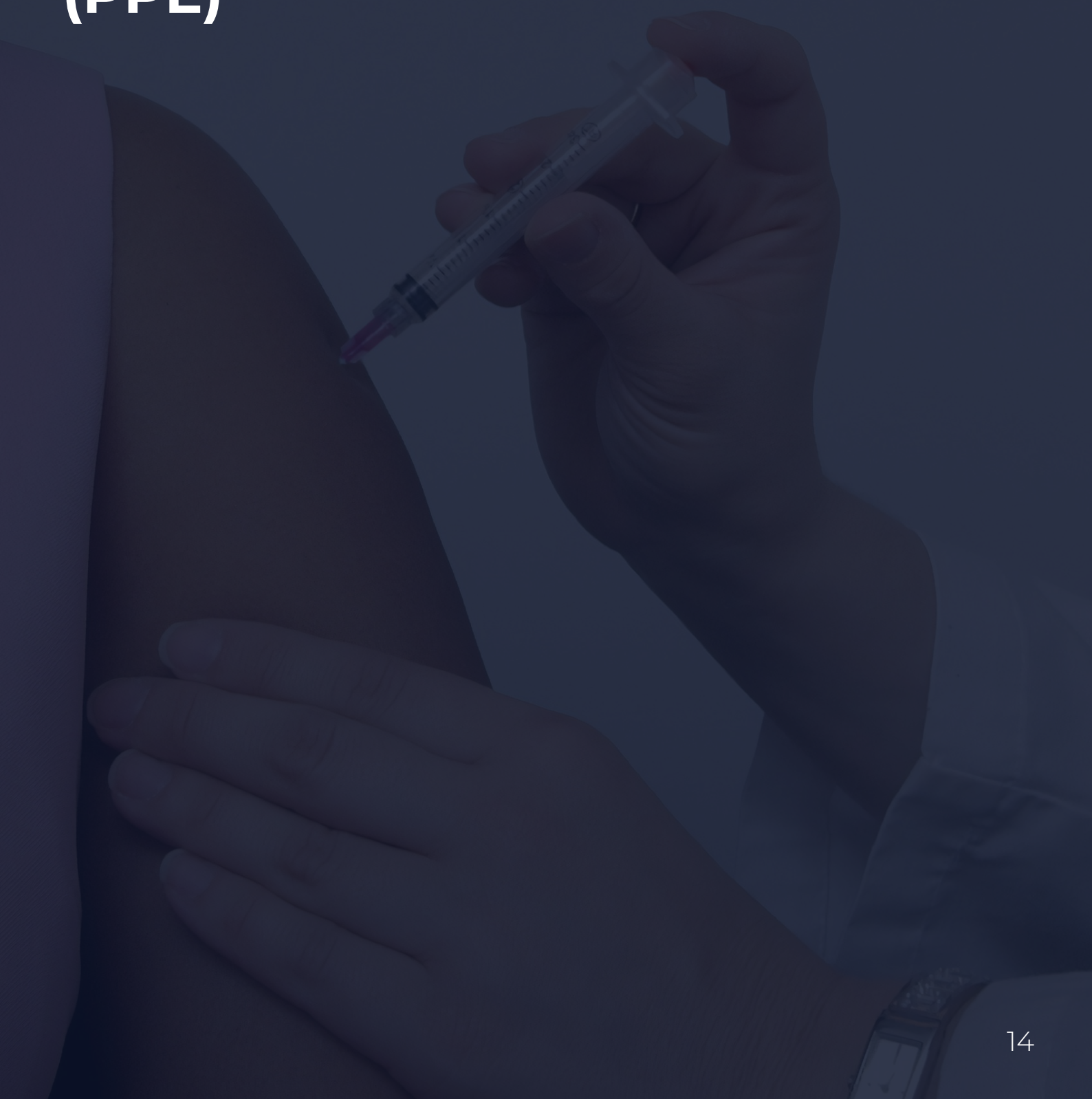
NÍVEL 1 - Risco elevado para exposições não reconhecidas e reconhecidas, incluindo de alto risco: pessoas que trabalham com vírus da raiva vivo em laboratório ou num local de produção de vacina. Devem ter avaliação do título de anticorpos a cada seis meses, para avaliação de necessidade de reforço vacinal o mais precocemente possível.

NÍVEL 2 - Risco elevado para exposições reconhecidas, mas em que poderão ocorrer exposições não reconhecidas: pessoas que executam necropsias a animais, ou que têm contacto frequente ou de elevada densidade com morcegos, incluindo espeleólogos que visitam grutas com elevada densidade de morcegos. Devem fazer avaliação de título de anticorpos de dois em dois anos, para decisão vacinal de acordo com resultados.

NÍVEL 3 - Risco elevado para exposições que são quase sempre reconhecidas e exposição do risco estende-se além de três anos após a PPrEP: pessoas que interajam, ou tenham elevado risco de interagir, com animais que poderão ter raiva, por um período superior a três anos após PPrEP, nomeadamente veterinários e outros profissionais que contactam com animais (biólogos, espeleólogos que não entram em grutas de elevada densidade de morcegos), e alguns viajantes (especialmente se estadias frequentes ou longas) para locais onde a raiva é enzoótica, especialmente a canina, e a PPE não está imediatamente disponível. Devem ter avaliação dos títulos de anticorpos dois anos após a vacinação ou, em alternativa, administração de uma dose de reforço ao fim de dois anos [10, 18].

05

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PPE)



5.1. INDICAÇÕES

Após exposição de risco, o viajante deve ser avaliado de imediato no país de estadia, completando os esquemas vacinais e IGR (quando indicada) em Portugal aquando do regresso, recorrendo aos centros antirrábicos estipulados pela norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) [5]. Caso o viajante não tenha iniciado PPE no país da exposição de risco a animais potencialmente infetados de áreas geográficas de risco (enzoóticas e/ou epizoóticas), deve iniciar PPE, logo após o regresso a Portugal.

As exposições dividem-se em três categorias e vão determinar a PPE adequada, como se apresenta na Tabela 2 [10, 11, 12]:

Categoria	PPE Vacinação	IGR
I - Sem exposição	Não Indicada	Não Indicada
II – Exposição	Indicada	Indicada se imunocomprometidos, independentemente do estado de vacinação
III – Exposição grave	Indicada	Indicada se viajantes sem imunização prévia e em imunocomprometidos independentemente do estado vacinal

Tabela 2. Categorias de exposição e PPE indicada.

A PPE à raiva está indicada nas situações de exposição das categorias II e III e deve ser instituída o mais precocemente possível, independentemente do tempo decorrido após o contacto, desde que não existam sintomas [10]. Se ocorreu contacto com animal com raiva confirmada, a vacinação deve ser realizada independentemente do tempo após a exposição.

Não está recomendada PPE em pessoas que tenham contactos com animais (exceto morcegos) em áreas livres de raiva terrestre com adequada vigilância para a doença.

A OMS e os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) recomendam PPE para qualquer exposição potencial a morcegos, mesmo na ausência de mordedura ou arranhadura visíveis, já que estas podem ser inaparentes [10, 11, 12].

O médico que observe um viajante elegível para receber vacinação neste âmbito deve fazer o encaminhamento para o centro antirrábico de referência, de acordo com o estipulado pelas recomendações nacionais [5].

Após a PPE, pelo risco de doença, a doação de sangue e/ou órgãos está contraindicada durante um ano [19].

5.2. ESQUEMAS VACINAIS E DOSES DE REFORÇO

5.2.1. SEM VACINAÇÃO PRÉVIA OU PPrEP INCOMPLETA [10, 11, 12]:

- Esquema de vacinação pós-exposição com **4 doses IM ou 6 doses ID:**

Esquema 1: D0 (2 doses), D7 (1 dose), D21 (1 dose), IM

Esquema 2: D0 (1 dose), D3 (1 dose), D7 (1 dose), D14-28 dias (1 dose), IM

Esquema 3: D0 (2 doses), D3 (2 doses), D7 (2 doses), ID

OU

- Esquema de vacinação pós-exposição com **5 doses IM (imunocomprometido):**

Esquema 2': D0 (1 dose), D3 (1 dose), D7 (1 dose), D14 (1 dose) e D28 (1 dose)

Em indivíduos imunocomprometidos, recomenda-se avaliar título de anticorpos na última avaliação, idealmente no dia 14, e realizar dose de reforço se título < 0,5 UI/mL no dia 28.

Esquema	Dia 0	Dia 3	Dia 7	Dia 14	Dia 21	Dia 28
1	2 doses		1 dose		1 dose	
2	1 dose	1 dose	1 dose	1 dose		
2' (imunocomprometido)	1 dose	1 dose	1 dose	1 dose		1 dose
3	2 doses	2 doses	2 doses			

Tabela 3. Esquemas de PPE de vacinas da raiva sem vacinação prévia ou PPrEP incompleta

5.2.2. PPrEP COMPLETA OU PPE > 3 MESES [10, 11, 12]:

- Esquema de vacinação pós-exposição com **2 doses IM e ID:**

Esquema 4: D0 (1 dose), D3 (1 dose), IM, ID

Esquema 5: D0 (4 doses), ID

OU

- Esquema de vacinação pós-exposição com **5 doses IM (imunocomprometido):**

Esquema 6: D0 (1 dose), D3 (1 dose), D7 (1 dose), D14 (1 dose) e D28 (1 dose)

Recomenda-se a avaliação de anticorpos na última administração e realizar dose de reforço, caso os títulos de anticorpos sejam < 0,5 UI/mL.

Esquema	Dia 0	Dia 3	Dia 7	Dia 14	Dia 21	Dia 28
4	1 dose	1 dose				
5	4 doses					
6 (imunocomprometido)	1 dose	1 dose	1 dose	1 dose		1 dose

Tabela 4. Esquemas de PPE de vacinas da raiva com PPrEP completa ou PPE há mais de 3 meses:

06

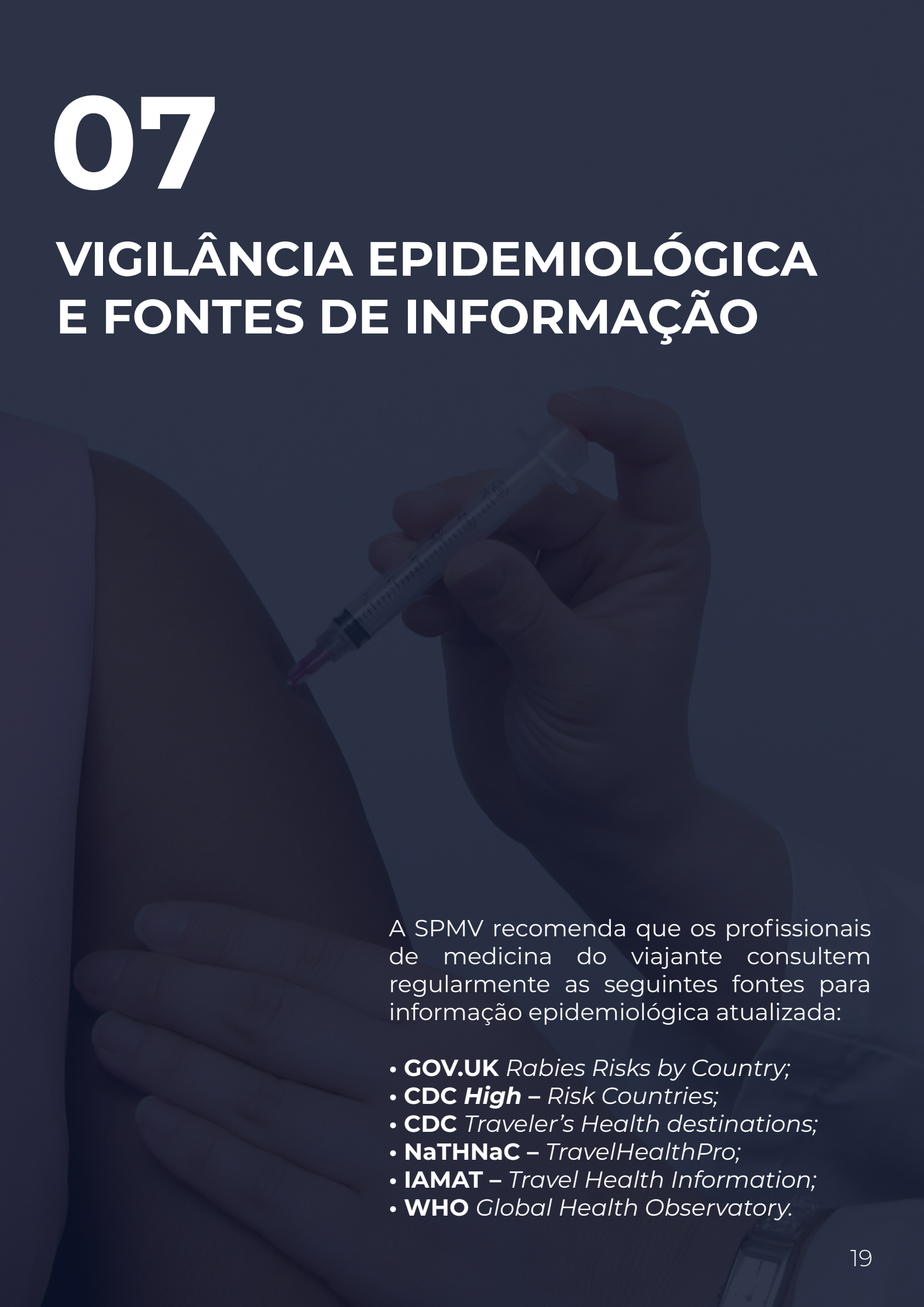
RECOMENDAÇÕES DA SPMV



- A avaliação na consulta do viajante deve incluir a análise do destino, duração da estadia, tipo de atividades previstas, risco de contacto com animais e acessibilidade a cuidados de saúde capazes de assegurar PPE em tempo útil;
- A PPrEP deve ser considerada em viajantes com risco acrescido de exposição, nomeadamente aqueles que permaneçam em áreas remotas ou que apresentem elevada probabilidade de contacto com animais potencialmente infetados, incluindo morcegos;
- Todos os viajantes devem ser aconselhados a evitar o contacto com mamíferos potencialmente infetados e informados das medidas imediatas a adotar após uma exposição, incluindo lavagem adequada da ferida e procura urgente de avaliação médica;
- Perante uma exposição de risco, a PPE deve ser iniciada o mais precocemente possível, de acordo com a categoria de exposição, estado vacinal prévio do viajante e imunossupressão subjacente ou não;
- Os contactos com morcegos merecem especial atenção, devendo qualquer exposição potencial ser valorizada e avaliada para PPE, mesmo na ausência de lesões evidentes;
- Os médicos que realizam consulta do viajante devem manter vigilância contínua sobre a epidemiologia da raiva e consultar regularmente fontes internacionais atualizadas para apoiar a avaliação individual do risco e a tomada de decisão clínica.

07

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E FONTES DE INFORMAÇÃO



A SPMV recomenda que os profissionais de medicina do viajante consultem regularmente as seguintes fontes para informação epidemiológica atualizada:

- **GOV.UK** *Rabies Risks by Country*;
- **CDC High** – *Risk Countries*;
- **CDC** *Traveler's Health destinations*;
- **NaTHNaC** – *TravelHealthPro*;
- **IAMAT** – *Travel Health Information*;
- **WHO** *Global Health Observatory*.

08

REFERÊNCIAS

- [1]. World Health Organization (WHO). Rabies; Set, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rabies>;
- [2]. Brown CM, DeMaria A Jr. Clinical manifestations and diagnosis of rabies. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-rabies>
- [3]. Direção-Geral de Alimentação e Veterinária. (2024). Plano de Contingência da Raiva. Ministério da Agricultura e Pescas. Agosto 2024. Disponível em: https://www.dgav.pt/wp-content/uploads/2024/08/Plano-de-contingencia-Raiva_2024.pdf;
- [4]. European Food Safety Authority (EFSA), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). The European Union One Health 2020 Zoonoses Report. EFSA Journal. 2021;19(12):e06971. doi:10.2903/j.efsa.2021.6971;
- [5]. Direção-Geral da Saúde. Norma N.º 001/2025: Profilaxia pré e pós-exposição ao vírus da raiva. Ministério da Saúde. Janeiro 2025;
- [6]. World Organization for Animal Health. Self-declaration of freedom from rabies by Portugal [Internet]. Paris: WOAH; Março 2024. Disponível em: [woah.org](https://www.woah.org);
- [7]. Decreto-Lei n.º 39209, de 14 de maio de 1953. Insere disposições destinadas a combater as doenças contagiosas dos animais. Diário do Governo n.º 100/1953, Série I de 1953-05-14. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/39209-1953-643502>;
- [8]. Morgan M, Abrahamian FM. Animal bites (dogs, cats, and other mammals): Evaluation and management. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; Disponível em: <https://www.uptodate.com>;
- [9]. GSKPro. Rabipur: Resumo das características do medicamento; Jul 2018;

- [10]. WHO. Expert Consultation on Rabies: WHO Technical Report Series, nº 1012; 3rd report, 2018;
- [11]. Centers for Disease Control and Prevention. Rabies Post-exposure Prophylaxis Guidance. Atlanta: 2024. Disponível em: [cdc.gov](https://www.cdc.gov/rabies/exposure/);
- [12]. World Health Organization. Rabies vaccines: WHO position paper – April 2018. Weekly Epidemiological Record. April 2018; 93(16):201-19. Disponível em: [who.int](https://www.who.int/);
- [13]. GSK Vaccines. Rabipur pó e solvente para suspensão injetável: Resumo das Características do Medicamento [Internet]. Lisboa: INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.; 2025 [citado em 2026 Jun 15]. Disponível em: [infarmed.pt](https://www.infarmed.pt/);
- [14]. European Medicines Agency. Rabipur: EPAR - Product Information. Países Baixos; 2024. Disponível em: [europa.eu](https://www.europa.eu/);
- [15]. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano. Diário da República n.º 167/2006, Série I de 2006-08-30; Artigo 92.º (Autorização de utilização excecional). Disponível em: [diariodarepublica.pt](https://www.diariodarepublica.pt/);
- [16]. European Medicines Agency. Human rabies immunoglobulin: Core profile for product information. Países Baixos; 2020. Disponível em: [europa.eu](https://www.europa.eu/);
- [17]. Wallace RM, Shlim DR. Rabies. In: Brunette GW, editor. CDC Yellow Book 2026: Health Information for International Travel. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2025. Available from: CDC Yellow Book – Rabies;
- [18] Brown CM, DeMaria A Jr. Rabies pre-exposure prophylaxis. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; revisto em Abril 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/rabies-pre-exposure-prophylaxis>;
- [19] World Health Organization. Blood Donor Selection: Guidelines on Assessing Donor Suitability for Blood Donation. Geneva: World Health Organization; 2012.

GRUPO DE TRABALHO

Esta recomendação foi elaborada pelo seguinte grupo de trabalho da Sociedade Portuguesa de Medicina do Viajante (SPMV):

Cândida Abreu

Davy Fernandes

Gabriela Saldanha

Jorge Atouguia

Lino André Silva

Nuno Marques

Sandra Xará

Soraia Almeida

