

Hepatite A

1. Doença

A hepatite A é uma infecção aguda, de notificação obrigatória,¹ causada por um vírus de RNA, membro do género *Hepatovirus*, da família dos *Picornaviridae*, designado por vírus da hepatite A (VHA). Pode provocar um quadro agudo inespecífico, quase sempre autolimitado, caracterizado por febre, mal-estar geral, icterícia, colúria, astenia, anorexia, náuseas, vômitos e dor abdominal. A infecção só é sintomática em 30% dos casos com idade inferior a 6 anos. Em crianças mais velhas e nos adultos, a infecção geralmente provoca doença clínica (hepatite aguda) em mais de 70% dos casos e, em cerca de 1% destes evolui para insuficiência hepática aguda. A gravidade da doença aumenta acima dos 50 anos de idade e em pessoas com doença hepática crónica. Em mulheres grávidas, a hepatite aguda provocada pelo VHA tem sido associada à ocorrência de parto pré-termo e outras complicações gestacionais.

O período médio de incubação é de 28-30 dias, variando entre 15 e 50 dias. O período de transmissibilidade máxima ocorre na segunda metade do período de incubação (isto é, enquanto a infecção é ainda assintomática) e a maioria dos casos é considerada não transmissível após a primeira semana de icterícia.

O VHA é eliminado nas fezes, em elevadas concentrações, de 2 a 3 semanas antes e até 1 semana após o aparecimento dos sintomas. Alguns doentes, em particular crianças ou imunodeprimidos, podem eliminar vírus nas fezes durante períodos mais longos (vários meses).

O modo de transmissão é por via fecal-oral, através da ingestão de alimentos ou água contaminados ou por contacto próximo com pessoas infetadas.

A transmissão associada a contacto sexual tem sido descrita, desde a década de 70, em homens que têm sexo com homens (HSH), decorrente de práticas sexuais que facilitam a transmissão fecal-oral quando um dos parceiros está infetado (sexo anal, com ou sem preservativo; sexo oro-anal).

Apesar de raros, foram descritos casos de transmissão por transfusão de sangue e seus derivados.

O diagnóstico deve ser considerado em doentes com quadro clínico e critérios epidemiológicos sugestivos e é confirmado através da deteção de anticorpos IgM anti-VHA. Estes anticorpos são detetáveis no início da fase sintomática, atingem o seu pico durante a fase aguda ou de convalescença e permanecem detetáveis aproximadamente durante 3 a 6 meses. Na sua forma recorrente, os anticorpos IgM anti-VHA podem persistir durante toda a duração da doença. Os anticorpos IgG anti-VHA aparecem na fase de convalescença e mantêm-se durante décadas,

¹ Despacho n.º 1150/2021, de 28 de janeiro.

estando associados a imunidade protetora para toda a vida.

A detecção de IgG anti-VHA na ausência de IgM anti-VHA reflete uma infecção passada ou vacinação e não infecção aguda. A detecção de IgM anti-VHA na ausência de sintomas, pode refletir uma infecção antiga com persistência prolongada de IgM, um falso-positivo, ou uma infecção aguda assintomática (mais frequente nas crianças com idades inferiores a 6 anos).

Não existe tratamento específico antivirico para a infecção provocada por VHA. Nas situações mais graves, pode ser necessário tratamento sintomático e de suporte.^{2,3,4}

2. Complicações

Até 10% dos casos pode apresentar um quadro recorrente de hepatite nos 6 meses a seguir ao quadro inaugural da doença (hepatite recorrente), com sintomas, que duram, geralmente, menos de 3 semanas. Nestes casos, verificam-se, também, alterações bioquímicas, que poderão manter-se durante 12 meses.

Em menos de 5% dos casos, pode ocorrer hepatite colestática, caracterizada por um período prolongado de icterícia (>3 meses), acompanhada de prurido, febre, perda de peso, diarreia e mal-estar geral. Nestes casos, a nível laboratorial observa-se uma acentuada elevação da bilirrubina (geralmente, >10 mg/dL) e da fosfatase alcalina e moderada elevação das aminotransferases séricas (5 a 15 vezes o limite superior da normalidade), bem como elevação do colesterol sérico. De uma forma geral, a hepatite colestática resolve espontaneamente, sem sequelas.

A hepatite fulminante com insuficiência hepática é rara, ocorrendo em menos de 1% dos casos. A letalidade é de 0,3-0,6% (aumenta com a idade e atinge 1,8% em doentes com mais de 50 anos).

A infecção por VHA nunca evolui para a cronicidade e promove imunidade para toda a vida.⁵ Não existe associação entre a infecção por VHA e cirrose ou cancro hepático.

3. Epidemiologia

Em termos globais, a infecção por VHA é comum nos países de baixo e médio rendimento, relacionando-se com sistemas de saneamento básico fracos ou inexistentes e com condições de higiene precárias. Nestes países, mais de 90% das crianças é infetada, a grande maioria sem apresentar sintomas. Nos adolescentes e jovens adultos, a infecção ocorre em grupos de maior risco: HSH, pessoas consumidoras de drogas injetáveis, viajantes para áreas endémicas e comunidades ou populações residentes em aglomerados populacionais de elevada densidade populacional (ex.: campos de refugiados).⁶ Estima-se que mais de 100 milhões de casos de hepatite A ocorram, anualmente, em todo o mundo, sendo responsáveis por 15.000-30.000 mortes por ano. Deste total de casos estimados, cerca de 1,5 milhões são reportados todos os anos.⁷

Em países de alto rendimento, devido à melhoria das condições socioeconómicas, de higiene e

² UK Health Security Agency. (2019). The Green Book Chapter 17: [Hepatitis A](#).

³ Heymann, D. L., & American Public Health Association. (2015). Control of communicable diseases manual: an official report of the American Public Health Association. Apha Press, An Imprint Of The American Public Health Association.

⁴ UpToDate. Hepatitis A virus infection in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. Dez 2024. Disponível [aqui](#).

⁵ UpToDate. Hepatitis A virus infection in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. Dez 2024. Disponível [aqui](#).

⁶ World Health Organization (2025), Hepatitis A, 12 fevereiro 2025. Disponível [aqui](#).

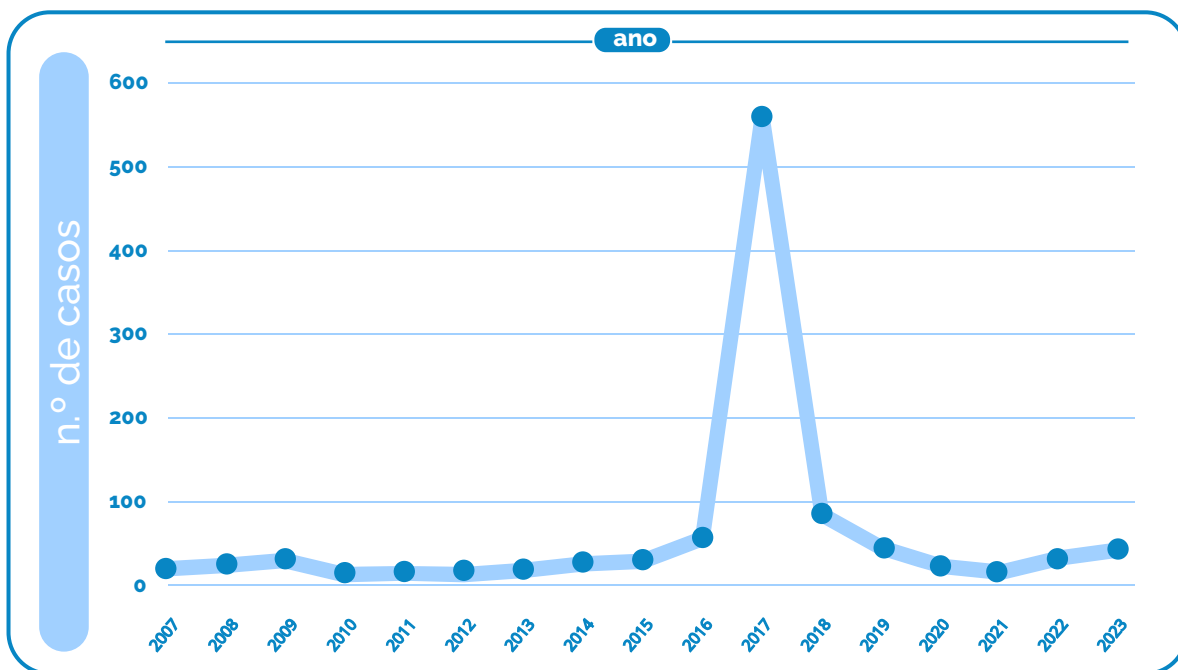
⁷ World Health Organization (2019), The Immunological Basis for Immunization Series: Module 18 – Hepatitis A. Disponível [aqui](#).

implementação de adequados sistemas de saneamento básico, bem como acesso a água segura, tem-se verificado uma diminuição da incidência de hepatite A. Contudo, neste contexto, adolescentes e jovens adultos constituem os grupos mais vulneráveis a manifestações mais graves da doença, se não vacinados.⁸

Segundo dados do *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC),⁹ em 2022, 30 países europeus reportaram 4.548 casos de hepatite A, correspondendo a uma taxa de notificação de 1 caso por 100.000 habitantes. Crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 14 anos corresponderam à maior proporção de casos (20%), apresentando a maior taxa de notificação (2 casos por 100.000 habitantes).

Em Portugal, de acordo com o Inquérito Serológico Nacional de 2015-2016,¹⁰ estima-se que cerca de 58,1% da população nacional apresenta imunidade para a doença. A população com menor nível de imunidade foi a das crianças com idades compreendidas entre os 2 e 4 anos (8,7%). Acima dos 54 anos de idade, verificou-se a maior proporção de casos imunes (93,5%). Ao longo dos últimos anos, tem-se verificado uma diminuição da seroprevalência de IgG anti-VHA em Portugal, resultado da diminuição da incidência de hepatite A no país, relacionada com a melhoria das condições socioeconómicas. Este facto, pode aumentar a suscetibilidade em idades vulneráveis à doença sintomática, se não se mantiverem os esforços de contenção e vacinação em vigor.

Nos últimos anos têm-se registado surtos ocasionais de hepatite A em Portugal. Em 2017, ocorreu um surto de hepatite A em Portugal, principalmente entre pessoas gay, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens (GBHSH), à semelhança do verificado noutros países europeus. Cerca de 86% dos casos ocorreram em homens e, em metade deles, a transmissão ocorreu por contacto sexual. A maioria dos casos (68%) foi registada na região de Lisboa e Vale do Tejo. Entre 2024 e 2025 registou-se um aumento de casos de hepatite A. A partir de 2024, a transmissão associada a contacto sexual tornou-se mais frequente.



Figuran.º 1 - Número total de casos de hepatite A, por ano de notificação, Portugal, 2007-2023. Fonte: DGS/ECDC.

⁸ World Health Organization (2019). The Immunological Basis for Immunization Series: Module 18 – Hepatitis A. Disponível [aqui](#).

⁹ European Centre for Disease Prevention and Control (2024), Annual Epidemiological Report for 2022. Disponível [aqui](#).

¹⁰ Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2017), Inquérito Serológico Nacional 2015-2016. Doenças evitáveis pela vacinação. Disponível [aqui](#).

4. Vacinação

Em Portugal, a vacinação contra a hepatite A é recomendada a grupos de risco acrescido de exposição e de gravidade da doença.¹¹ Todas as vacinas disponíveis são altamente imunogénicas. A imunidade decorrente da vacinação persiste, virtualmente, durante toda a vida.

4.1. Características das vacinas

Em Portugal, existem 2 vacinas monovalentes contra a hepatite A disponíveis: Vaqta[®] e Havrix[®], ambas disponíveis em duas dosagens (dose de adulto e dose pediátrica). Também está disponível uma opção combinada com a vacina contra a hepatite B, Twinrix[®], apenas com uma dosagem disponível (adulto). As características das vacinas podem ser consultadas nos Quadros n.º 1 e 2.

Quadro n.º 1 – Características das vacinas monovalentes contra a hepatite A¹²

Vacina contra a hepatite A	Vaqta [®]	Havrix [®]
Dosagens disponíveis	25 U/0,5 mL 50 U/1 mL	720 U ELISA/0,5 mL 1440 U ELISA/1 mL
Tipo de vacina	Vírus da hepatite A inativado	
Indicações	Prevenção da infeção pelo vírus da hepatite A	
	- 25 U/0,5 mL: indicada dos ≥12 meses aos 17 anos de idade - 50 U/0,5 mL: indicada a partir dos ≥18 anos de idade	- Havrix 720 Júnior: indicada dos ≥12 meses aos 15 anos de idade, inclusive. Pode também ser utilizada até aos 18 anos de idade, inclusive - Havrix 1440 Adulto: indicada a partir dos ≥16 anos de idade.
Contraindicações	---	
Precauções e outras notas	História de hipersensibilidade às substâncias ativas, ou a qualquer dos excipientes, à neomicina ou ao formaldeído. Hipersensibilidade após administração prévia de qualquer vacina contra a hepatite A - estas pessoas devem ser referenciadas para consulta de imunoalergologia, para investigação A segurança e eficácia em lactentes com idade inferior a 12 meses não foram estabelecidas Deve ser administrada com precaução em indivíduos com trombocitopenia ou distúrbio hemorrágico A vacinação deve ser adiada em indivíduos com doença febril aguda grave A administração a indivíduos imunocomprometidos e/ou sob terapêutica imunossupressora pode não resultar na resposta imunológica esperada Vaqta [®] - Uma vez que a tampa do frasco contém borracha natural seca de látex, que pode provocar reações alérgicas, recomenda-se precaução ao vacinar indivíduos sensíveis ao látex Havrix [®] - Uma vez que contém fenilalanina nos seus excipientes, deve ser administrada com precaução em indivíduos com fenilcetonúria (a quantidade administrada deve ser considerada na preparação das refeições no dia da administração da vacina)	

¹¹ Direção-Geral da Saúde (2025), Norma n.º 007/2025, de 31/07/2025. Disponível [aqui](#).

¹² Deverá ser consultado o Resumo das Características do Medicamento em [INFOMED](#).

Reações adversas	As reações adversas mais frequentes são: - Locais: eritema, dor/sensibilidade e edema no local da injeção - Sistêmicas: febre e irritabilidade em crianças; cefaleia e fadiga em adultos	
Conservação	Conservar entre 2°C e 8°C Não congelar Proteger da luz	
Utilização na gravidez e amamentação	Não é recomendada a mulheres grávidas ou durante o aleitamento, a menos que exista um elevado risco de infeção por hepatite A e que o médico assistente considere que os possíveis benefícios da vacinação são superiores aos potenciais riscos para o feto	Pode ser utilizada durante a gravidez, se necessário Só deve ser utilizada durante o período de amamentação quando absolutamente necessário
Local e via de administração	Via intramuscular – no músculo deltoide em crianças, adolescentes e adultos. Na região ântero-lateral da coxa em crianças pequenas Pode ser utilizada a via subcutânea em situações excecionais, podendo resultar numa resposta imunológica subótima	

Quadro n.º 2 - Características da vacina combinada contra a hepatite A e hepatite B¹³

Vacina contra a hepatite A e hepatite B	Twinrix®
Tipo de vacina	Vírus da hepatite A inativado e antígeno de superfície do vírus da hepatite B
Indicações	Prevenção da infeção pelos vírus da hepatite A e da hepatite B em adolescentes e adultos com ≥16 anos de idade
Contraindicações	---
Precauções e outras notas	<p>História de hipersensibilidade às substâncias ativas, ou a qualquer dos excipientes, e à neomicina. Hipersensibilidade após administração prévia de qualquer vacina contra a hepatite A ou hepatite B - estas pessoas devem ser referenciadas para consulta de imunoalergologia, para investigação</p> <p>Deve ser administrada com precaução em indivíduos com trombocitopenia ou distúrbio hemorrágico</p> <p>A vacinação deve ser adiada em indivíduos com doença febril aguda grave</p> <p>A administração a indivíduos imunocomprometidos e/ou sob terapêutica imunossupressora pode não resultar na resposta imunológica esperada</p> <p>Devido à escassa evidência existente, não é recomendada a vacinação a mulheres grávidas ou durante o aleitamento, a menos que exista um elevado risco de infeção e o médico assistente considere que os possíveis benefícios da vacinação são superiores aos potenciais riscos</p>

¹³ Deverá ser consultado o Resumo das Características do Medicamento em [INFOMED](#).

Reações adversas	As reações adversas mais frequentes são: - Locais: eritema, dor/sensibilidade e edema no local da injeção - Sistémicas: cefaleia, fadiga
Conservação	Conservar entre 2°C e 8°C Não congelar Proteger da luz
Local e via de administração	Via intramuscular – no músculo deltoide Pode ser utilizada a via subcutânea em situações excecionais, podendo resultar numa resposta imunológica subótima

4.2. Vacinação de grupos de risco

Em Portugal, a vacina contra a hepatite A está recomendada: em contexto de pré-exposição a grupos de risco específicos; em contexto de pós-exposição e gestão de surtos; no âmbito do PNV em situações especiais; e em contexto de viagem.

Neste âmbito, consideram-se:

1. Pessoas imunes ao VHA: aquelas que se enquadram em, pelo menos, uma das seguintes situações:

- a. infeção prévia por VHA documentada;
- b. uma dose de vacina monovalente contra a hepatite A, ou equivalente,¹⁴ administrada há \leq 12 meses;
- c. duas doses de vacina monovalente contra a hepatite A, ou equivalente, independentemente da data de administração.

2. Pessoas não imunes ao VHA: aquelas que se enquadram em, pelos menos, uma das seguintes situações:

- a. pessoas sem história de infeção prévia pelo VHA;
- b. pessoas sem registo de vacinação prévia contra a hepatite A;
- c. pessoas com registo de uma administração de vacina contra a hepatite A há mais de 12 meses e com serologia negativa.

3. Pessoas em situação de imunidade desconhecida para o VHA:

- a. pessoas com registo de 1 dose de vacina monovalente contra a hepatite A, ou equivalente,¹⁵ administrada há mais de 12 meses;
- b. pessoas sem registo de vacinação e que cumpram pelo menos umas das condições seguintes:
 - i. nascidas antes de 1967;
 - ii. história conhecida de icterícia de etiologia desconhecida;
 - iii. tenham vivido mais de um ano em países de alta endemicidade.^{16,17}

¹⁴ Considera-se equivalente a vacinação completa com a vacina combinada contra a hepatite A e hepatite B

¹⁵ Considera-se equivalente a vacinação completa com a vacina combinada contra a hepatite A e hepatite B.

¹⁶ A lista de países com elevada endemicidade de hepatite A pode ser consultada através do mapa da OMS, disponível em: https://www.who.int/images/default-source/maps/global_hepa_ithriskmap.png?sfvrsn=a54529dd_0

¹⁷ Segundo a classificação da OMS, os níveis de endemicidade são definidos com base na seroprevalência: Alta: \geq 90% até aos 10 anos de idade; Intermédia: \geq 50% até aos 15 anos de idade e $<$ 90% até aos 10 anos; Baixa: \geq 50% até aos 30 anos de idade e $<$ 50% até aos 15 anos; Muito baixa: $<$ 50% até aos 30 anos de idade. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363396/WER9740-eng-fre.pdf?sequence=1>

c. para pessoas em situação de imunidade desconhecida recomenda-se a realização de teste serológico antes da decisão de vacinação (Quadro n.º 3). Em contexto de surto ou risco de exposição contínua, se os resultados serológicos não estiverem disponíveis em 14 dias após a realização do teste serológico, a decisão de vacinação deve ser definida pela Autoridade de Saúde, de acordo com a avaliação do risco.

Quadro n.º 3 - interpretação dos resultados serológicos e decisão de vacinação

anti-VHA IgM	anti-VHA IgG	Interpretação	Decisão de vacinação
Positivo	Positivo	Infeção aguda/convalescença ^a	Não recomendada
Positivo ^a	Negativo		
Negativo	Positivo	Imunidade adquirida através de infeção passada ou pela vacinação	Não recomendada
Negativo	Negativo	Ausência de história de infeção e sem imunidade	Recomendada

a. Nos indivíduos assintomáticos, particularmente em crianças pequenas ou em populações com baixa prevalência, a presença de anti-VHA IgM pode corresponder a uma infeção assintomática recente, à persistência prolongada de IgM após infeção anterior ou a um resultado falso-positivo. Nestes casos, a interpretação laboratorial deve ser criteriosa e integrada no contexto clínico e epidemiológico. Se necessário, recomenda-se a repetição da serologia ou a deteção do RNA viral por técnicas de amplificação de ácidos nucleicos.

4.2.1. Vacinação em contexto de pré-exposição:

Recomenda-se a vacinação contra a hepatite A, em contexto de pré-exposição, a pessoas não imunes,¹⁸ que apresentem, pelo menos um dos seguintes critérios:

- Pessoas com múltiplos parceiros sexuais e/ou história de práticas sexuais em grupo;
- Pessoas com parceiros sexuais anónimos;
- História de práticas sexuais com uso de substâncias psicoativas (*Chemsex*);
- Pessoas envolvidas em prática de sexo comercial;
- Funcionários(as) ou utilizadores(as) de espaços onde se pratique sexo em grupo ou sexo anónimo;
- Diagnóstico recente de infeção sexualmente transmissível (IST) (nos últimos 6 meses);
- Pessoas em profilaxia pré-exposição (PrEP) para o vírus da imunodeficiência humana;
- Profissionais de saúde com contacto direto e continuado com pessoas com hepatite A em fase aguda;
- Profissionais envolvidos na colheita e processamento de produtos biológicos de casos suspeitos ou confirmados de hepatite A;
- Pessoas com saneamento básico inadequado e/ou acesso limitado a água potável;
- Trabalhadores do setor dos serviços de águas e resíduos.

¹⁸ São consideradas pessoas não imunes: 1. Pessoas sem história de infeção prévia por VHA; 2. Pessoas sem registo de vacinação prévia contra a hepatite A; 3. Pessoas com registo de 1 administração de vacina contra a hepatite A há mais de 12 meses e com serologia negativa.

Em contexto de pré-exposição recomenda-se a administração de **1 dose** de vacina monovalente¹⁹ de acordo com o esquema recomendado no Quadro n.º 4. Nestas situações, a administração é feita de forma **gratuita**.

Quadro n.º 4 – Esquema vacinal recomendado contra o VHA

Vacina	Faixa etária (anos) ^a	Dosagem	Esquema vacinal	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose
Vaqta®	1-17	25 U/0,5 mL	1 dose	1ª visita	-	-
	≥18	50 U/1 mL		1ª visita	-	-
Havrix®	1-15	720 U ELISA/0,5 mL	1 dose	1ª visita	-	-
	≥16	1440 ELISA/1 mL		1ª visita	-	-
Twinrix Adulto®	≥16	720 U/1 mL + 0,02 mg/1 mL	3 doses	1ª visita	1 mês depois da 1ª dose ^b	6 meses depois da 1ª dose ^b

a. Nos adultos, em caso de gravidez ou amamentação, a vacinação deve ter em conta a informação específica constante nos Quadros n.º 1 e 2, relativos às características das vacinas.

b. O intervalo entre doses é flexível. Não é necessário repetir doses se o intervalo recomendado for excedido.

Por forma a garantir o acesso à vacinação contra a hepatite A aos grupos de risco definidos, a identificação das pessoas elegíveis para vacinação pode ser realizada das seguintes formas:

1. Vacinação autoproposta: pessoas que considerem que apresentam risco de contrair hepatite A poderão contactar um ponto de vacinação, autopropondo-se para vacinação. Dada a particularidade do acesso à vacinação autoproposta, os profissionais de saúde responsáveis pela administração da vacina devem, previamente à sua administração, realizar uma avaliação de risco individual, nomeadamente:

- Informam sobre os destinatários da vacina (critérios de elegibilidade – grupos com risco acrescido);
- Efetuam avaliação individual para detetar possíveis precauções ou contraindicações à sua administração.

2. Vacinação através de **declaração de elegibilidade** para vacinação contra a hepatite A em contexto de pré-exposição, emitida pelo médico que identifica a elegibilidade.²⁰ A identificação de elegibilidade e consciencialização para a vacinação deve ser realizada em consultas, nomeadamente:²¹

- Consultas de PrEP para VIH, de tratamento de infeção por VIH, de tratamento de IST;
- Consultas clínicas em organizações de base comunitária/não governamentais para populações-chave;

¹⁹ A vacina combinada contra a hepatite A e B (Twinrix Adulto®) pode ser utilizada sempre que exista indicação para vacinação contra ambos os vírus, como forma de otimizar o número de doses e melhorar a adesão ao esquema vacinal. Está, especialmente, indicada para viajantes ou turistas não imunizados para ambos os vírus, que se desloquem para países de elevada endemicidade ou para pessoas com esquemas vacinais incompletos ou em atraso para a hepatite A e/ou B. A decisão entre utilizar a vacina combinada ou vacinas monovalentes deve ser tomada pelo médico, com base na avaliação clínica individual, no histórico vacinal da pessoa e na disponibilidade de vacinas.

²⁰ A declaração pode ser consultada na Norma n.º 007/2025, de 31/07/2025, atualizada a 15/10/2025. Disponível [aqui](#).

²¹ Esta lista não é exaustiva. Poderão ser identificadas pessoas elegíveis para vacinação noutros momentos de contacto com os serviços de saúde.

- Consultas de saúde ocupacional/medicina do trabalho para os profissionais de saúde;
- Consultas da área dos comportamentos aditivos e das dependências;
- Consultas dos cuidados de saúde primários.

As pessoas autopropostas e/ou as que detenham uma declaração de elegibilidade deverão agendar a vacinação através do contacto com o ponto de vacinação que lhes seja mais conveniente.

Os serviços de Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho organizam a vacinação dos seus trabalhadores, de acordo com os critérios de elegibilidade.

Em situações excepcionais, em que as Autoridades de Saúde identificam a necessidade de vacinação em massa, dispensa-se o preenchimento da declaração de elegibilidade.

A utilização de **imunização passiva** com **imunoglobulina humana normal (IgHN)**²² pode ser ponderada em situações em que a vacina esteja indisponível ou contraindicada, devendo ser avaliada caso a caso, mediante decisão e prescrição médica e após obtenção de consentimento informado.

4.2.2. Vacinação em contexto de pós-exposição/surto de hepatite A

A vacinação é uma das medidas mais importantes para controlo de surtos. Recomenda-se a vacinação contra a hepatite A, em contexto de pós-exposição/surto, aos contactos próximos,²³ não imunes²⁴ e assintomáticos de casos confirmados de hepatite A.

Nestas situações, a vacinação deve ser feita o mais precocemente possível após a última exposição,²⁵ idealmente até **14 dias** após a exposição, devendo ser implementada com carácter prioritário.

Recomenda-se a administração de **1 dose** de vacina monovalente²⁶ contra a hepatite A, de acordo com o esquema vacinal recomendado no Quadro n.º 4. A vacinação nestes contextos é administrada de forma **gratuita**.

A identificação de pessoas elegíveis para vacinação em contexto de pós-exposição/surto pressupõe que:

- Perante um caso suspeito, e aquando do inquérito epidemiológico, sejam identificados os respetivos contactos próximos elegíveis para vacinação;
- Os contactos próximos elegíveis para vacinação são contactados pela Autoridade de Saúde Local, informando sobre a sua elegibilidade para vacinação e dos procedimentos para acesso à vacinação;

²²UKHSA (2025), Hepatitis A immunoglobulin, Guidance. Disponível [aqui](#).

²³ Considera-se contato próximo qualquer pessoa com risco elevado de exposição à hepatite A por ter tido convivência ou interação equivalente à domiciliar com o caso índice, durante o período de transmissibilidade, incluindo quem compartilhou alimentos, instalações sanitárias ou prestou cuidados pessoais.

²⁴ São consideradas pessoas não imunes: 1. Pessoas sem história de infeção prévia por VHA; 2. Pessoas sem registo de vacinação prévia contra a hepatite A; 3. Pessoas com registo de 1 administração de vacina contra a hepatite A há mais de 12 meses e com serologia negativa.

²⁵ A vacinação pode ser considerada quando a exposição ocorreu há mais de 14 dias, apesar do efeito protetor poder ser inferior. Nestas situações, pode ser ponderada a realização de testes serológicos previamente à decisão de vacinar. Estas situações devem ser avaliadas caso-a-caso, mediante avaliação de risco, pelo médico assistente e/ou Autoridade de Saúde.

²⁶ A vacina combinada contra a hepatite A e B (Twinrix Adulto®) pode ser utilizada sempre que exista indicação para vacinação contra ambos os vírus, como forma de otimizar o número de doses e melhorar a adesão ao esquema vacinal. Está, especialmente, indicada para viajantes ou turistas não imunizados para ambos os vírus, que se desloquem para países de elevada endemicidade ou para pessoas com esquemas vacinais incompletos ou em atraso para a hepatite A e/ou B. A decisão entre utilizar a vacina combinada ou vacinas monovalentes deve ser tomada pelo médico, com base na avaliação clínica individual, no histórico vacinal da pessoa e na disponibilidade de vacinas.

- Para cada contacto elegível é emitida uma declaração de elegibilidade para vacinação pós-exposição/surto.²⁷ Em situações excecionais, em que as Autoridades de Saúde identificam a necessidade de vacinação em massa, dispensa-se o preenchimento da declaração de elegibilidade.

A utilização de **imunização passiva** com **imunoglobulina humana normal (IgHN)** pode ser ponderada em situações em que a vacina esteja indisponível ou contraindicada, devendo ser avaliada caso a caso, mediante decisão e prescrição médica e após obtenção de consentimento informado. A IgHN deve ser considerada como alternativa ou complemento à vacinação em determinados grupos vulneráveis, como pessoas com compromisso imunitário, com doença hepática crónica, contraindicação vacinal ou idade inferior a 12 meses, sendo a sua administração realizada após avaliação individualizada pelo médico assistente.

4.2.3. Vacinação no âmbito do PNV em situações especiais

A vacinação contra a hepatite A no âmbito do PNV é recomendada e **gratuita**, com vacina monovalente,²⁸ num esquema de **2 doses**, de acordo com o Quadro n.º 5, aos seguintes grupos de risco:

- Pessoas candidatas a transplante hepático e pessoas com doença hepática crónica com avaliação serológica negativa;
- Pessoas sob tratamento com fatores de coagulação derivados do plasma.

Quadro n.º 5 – Esquema vacinal recomendado contra o VHA no âmbito do PNV

Vacina	Faixa etária (anos) ^a	Dosagem	Esquema vacinal	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose
Vaqta [®]	1-17	25 U/0,5 mL	2 doses	1ª visita	6 a 18 meses depois da dose primária ^b	-
	≥18	50 U/1 mL		1ª visita		-
Havrix [®]	1-15	720 U ELISA/0,5 mL	2 doses	1ª visita	6 a 12 meses depois da dose primária ^b	-
	≥16	1440 ELISA/1 mL		1ª visita		-
Twinrix Adulto [®]	≥16	720 U/1 mL + 0,02 mg/1 mL	3 doses	1ª visita	1 mês depois da 1ª dose ^b	6 meses depois da 1ª dose ^b

a. Nos adultos, em caso de gravidez ou amamentação, a vacinação deve ter em conta a informação específica constante nos Quadros n.º 1 e 2, relativos às características das vacinas.

b. O intervalo entre doses é flexível. Não é necessário repetir doses se o intervalo recomendado for excedido.

4.2.4. Vacinação no âmbito da Medicina do Viajante

No âmbito da Medicina do Viajante, a vacinação contra a hepatite A é fortemente recomendada, mas **não gratuita**, a viajantes ou turistas que se deslocam ou que vão residir para países de

²⁷ A declaração pode ser consultada na Norma n.º 007/2025, de 31/07/2025, atualizada a 15/10/2025. Disponível [aqui](#).

²⁸ A vacina combinada contra a hepatite A e B (Twinrix Adulto[®]) pode ser utilizada sempre que exista indicação para vacinação contra ambos os vírus, como forma de otimizar o número de doses e melhorar a adesão ao esquema vacinal. Está, especialmente, indicada para viajantes ou turistas não imunizados para ambos os vírus, que se deslocam para países de elevada endemicidade ou para pessoas com esquemas vacinais incompletos ou em atraso para a hepatite A e/ou B. A decisão entre utilizar a vacina combinada ou vacinas monovalentes deve ser tomada pelo médico, com base na avaliação clínica individual, no histórico vacinal da pessoa e na disponibilidade de vacinas.

elevada endemicidade²⁹ para a hepatite A. Mesmo viagens curtas (definidas usualmente como estadias < a 2 semanas) podem representar risco significativo de exposição, independentemente de o motivo da viagem corresponder a lazer, trabalho, voluntariado ou visitas a familiares e amigos.³⁰

A vacinação é disponibilizada mediante prescrição médica e adquirida nas farmácias comunitárias.

Nestas situações, a vacina deve ser administrada, preferencialmente, **2 semanas** antes da partida. Se tal não for possível, deverá, ainda assim, ser administrada.

A vacinação contra a hepatite A é recomendada com vacinas monovalentes,³¹ num esquema de **2 doses**, de acordo com o Quadro n.º 5. A vacina combinada contra a hepatite A e B (Twinrix Adulto®) pode ser utilizada sempre que exista indicação para vacinação contra ambos os vírus, como forma de otimizar o número de doses e melhorar a adesão ao esquema vacinal. A recomendação para a sua utilização encontra-se igualmente apresentada no Quadro 3.

A vacinação combinada está particularmente indicada para:

a) viajantes ou turistas não imunizados para hepatite A e B, que se desloquem para países de elevada endemicidade;^{32,33}

b) pessoas com esquemas vacinais incompletos ou em atraso para hepatite A e/ou B.

A decisão entre utilizar a vacina combinada ou vacinas monovalentes deve ser tomada pelo médico, com base na avaliação clínica individual, no histórico vacinal da pessoa e na disponibilidade de vacinas.

A utilização de imunoglobulina humana normal (IgHN)³⁴ pode ser ponderada em situações em que a vacina esteja indisponível ou contraindicada, devendo ser avaliada caso-a-caso, mediante decisão e prescrição médica e após obtenção de consentimento informado.³⁵

Viajantes com mais de 40 anos, imunocomprometidos ou com doença hepática crónica devem ser cuidadosamente avaliados. Quando apropriado, principalmente se a partida está prevista num período temporal < a 2 semanas, devem receber a combinação de vacina e IgHN para maximizar a proteção.³⁶

²⁹ Nomeadamente, áreas da Ásia, África, América Central e América do Sul, bem como em algumas zonas do Médio Oriente e Europa de Leste. Os países de elevada endemicidade de hepatite A encontram-se sinalizados no mapa da OMS, disponível [aqui](#).

³⁰ Fiore A.E., et al (2006). Prevention of hepatitis A through active or passive immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Disponível [aqui](#).

³¹ A vacina combinada contra a hepatite A e B (Twinrix Adulto®) pode ser utilizada sempre que exista indicação para vacinação contra ambos os vírus, como forma de otimizar o número de doses e melhorar a adesão ao esquema vacinal. Está, especialmente, indicada para viajantes ou turistas não imunizados para ambos os vírus, que se desloquem para países de elevada endemicidade ou para pessoas com esquemas vacinais incompletos ou em atraso para a hepatite A e/ou B. A decisão entre utilizar a vacina combinada ou vacinas monovalentes deve ser tomada pelo médico, com base na avaliação clínica individual, no histórico vacinal da pessoa e na disponibilidade

de vacinas.
³² A lista de países com elevada endemicidade de hepatite A pode ser consultada através do mapa da OMS, disponível em: https://www.who.int/images/default-source/maps/global_hepa_ithriskmap.png?sfvrsn=a54529dd_0

³³ Segundo a classificação da OMS, os níveis de endemicidade são definidos com base na seroprevalência: Alta: ≥90% até aos 10 anos de idade; Intermédia: ≥50% até aos 15 anos de idade e <90% até aos 10 anos; Baixa: ≥50% até aos 30 anos de idade e <50% até aos 15 anos; Muito baixa: <50% até aos 30 anos de idade. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363396/WER9740-eng-fre.pdf?sequence=1>

³⁴ Consultar recomendações da UKHSA disponíveis em: <https://www.gov.uk/government/publications/immunoglobulin-when-to-use/hepatitis-a-immunoglobulin-issued-2024>

³⁵ Consultar recomendações da UKHSA, disponíveis [aqui](#).

³⁶ CDC (2018). Update: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices for use of Hepatitis A Vaccine for Postexposure Prophylaxis and for Preexposure Prophylaxis for International Travel. Disponível [aqui](#).

5. Links úteis

- Direção-Geral da Saúde: Norma n.º 007/2025, de 31/07/2025, atualizada a 15/10/2025 – [Estratégia de imunização contra a hepatite A](#)
- World Health Organization: [Hepatitis A](#)
- European Center for Disease Prevention and Control: [Hepatitis A](#)
- Centers for Disease Control and Prevention: [CDC Yellow Book 2024 Hepatitis A](#)
- Direção-Geral da Saúde: Saúde de A a Z – [Hepatite A](#)

6. Referências Bibliográficas:

Centres for Disease Prevention and Control (2024), CDC Yellow Book 2024, Travel-Associated Infections & Diseases, Hepatitis A. [Hepatitis A | CDC Yellow Book 2024](#)

Centres for Disease Prevention and Control (2018), Update: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices for use of Hepatitis A Vaccine for Postexposure Prophylaxis and for Preexposure Prophylaxis for International Travel

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6743a5.htm>

Direção-Geral da Saúde (2025), Norma n.º 007/2025, de 31/12/2018 – Estratégia de imunização contra a Hepatite A <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072025-de-31072025-estrategia-de-imunizacao-contra-a-hepatite-a-pdf.aspx>

European Centre for Disease Prevention and Control (2024). Hepatitis A. In: ECDC. Annual Epidemiological Report for 2022. Stockholm: ECDC; 2024. [Annual epidemiological report 2022 - Hepatitis A](#)

Fiore A.E., Wasley A., Bell B.P. (2006), Prevention of hepatitis A through active or passive immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16708058/>

Heymann, D. L., & American Public Health Association. (2015). Control of communicable diseases manual: an official report of the American Public Health Association. Apha Press, An Imprint Of The American Public Health Association.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2017), Inquérito Serológico Nacional 2015-2016, Doenças evitáveis pela vacinação. [ISN 2015-2016.pdf](#)

UK Health Security Agency. (2019). The Green Book Chapter 17: [Hepatitis A. Green Book Chapter 17 Hepatitis A](#)

World Health Organization (2019), The Immunological Basis for Immunization Series: Module 18 – Hepatitis A. [97892516327-eng.pdf](#)