

# Hepatite B

## 1. Doença

A hepatite B é uma infecção viral causada pelo vírus da hepatite B (VHB), pertencente à família *Hepadnaviridae*, com forte tropismo hepático e de notificação obrigatória<sup>1</sup> em Portugal. Trata-se de um vírus de DNA circular, parcialmente de cadeia dupla, que se replica através de um intermediário de RNA, podendo integrar-se no genoma do hospedeiro. Este ciclo de replicação permite a sua persistência viral nas células infetadas. O VHB apresenta elevada variabilidade genética, com múltiplos genótipos (de A a H) e subgenótipos, muitos dos quais têm distribuição geográfica específica.

A infecção aguda é, na maioria dos casos, assintomática. Quando presentes, os sintomas podem incluir: anorexia, desconforto abdominal, náusea, vômitos, artralgias, febre ligeira, icterícia e, por vezes, exantema, geralmente de início insidioso. Em raros casos, pode ocorrer hepatite fulminante, caracterizada por necrose hepática maciça, frequentemente fatal.

O risco de evolução para infecção crónica varia, inversamente, com a idade: cerca de 90% dos recém-nascidos infetados ao nascimento desenvolvem cronicidade, tal como 20 a 50% das crianças infetadas entre o 1º e o 5º ano de vida e apenas 1 a 5% das pessoas infetadas após os 5 anos de idade. Indivíduos imunocomprometidos também apresentam risco acrescido.

A hepatite B crónica é definida pela persistência, no soro, do antígeno de superfície (AgHBs) por, pelo menos, seis meses. Entre os indivíduos AgHBs positivos, a presença simultânea do antígeno do envelope (AgHBe) indica maior risco de transmissão, embora indivíduos AgHBe negativos, mas com ADN viral elevado, também sejam potencialmente muito infecciosos.

A transmissão do VHB ocorre por exposição parentérica ou mucosa a sangue ou fluidos corporais infetados, incluindo relações sexuais desprotegidas e transmissão vertical da mãe para recém-nascido, durante ou imediatamente após o parto. O vírus pode sobreviver em superfícies durante, pelo menos, sete dias, possibilitando a transmissão indireta por objetos contaminados. O período de incubação da hepatite B varia entre 40 e 160 dias, sendo o AgHBs habitualmente detetável no soro entre 60 e 90 dias após a infecção, precedendo em várias semanas o aparecimento de sintomas. O diagnóstico da infecção aguda baseia-se na deteção simultânea de AgHBs e de anticorpos IgM contra o antígeno do **core** (IgM anti-HBc). Na maioria dos casos, a infecção aguda resolve-se espontaneamente, com desaparecimento do AgHBs do soro. Contudo, em alguns indivíduos, a persistência deste marcador indica evolução para infecção crónica.<sup>2,3,4</sup>

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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> World Health Organization (2024), Hepatitis B. Disponível [aqui](#).

<sup>4</sup> UK Health Security Agency (2025), The Green Book Chapter 18: Hepatitis B. Disponível [aqui](#).

O diagnóstico é realizado através da deteção de antigénios, anticorpos específicos e/ou da identificação de ADN viral no soro, permitindo distinguir infeção aguda de crónica, monitorizar evolução e diferenciar imunidade natural da adquirida pela vacinação. O Quadro n.º 1 descreve a interpretação dos resultados dos testes serológicos.

**Quadro n.º 1** – Interpretação dos resultados dos testes serológicos para hepatite B

AgHBs	Anti-HBc	IgM Anti-HBc	Anti-HBs	Interpretação
-	-	-	-	Suscetível
-	+	-	+	Imune por infeção natural
-	-	-	+	Imune pela vacinação
+	+	+	-	Infeção aguda
+	+	-	-	Infeção crónica
-	+	-	-	Inconclusivo: <sup>a</sup> - Infeção prévia que não evoluiu para cronicidade - Falso positivo - Infeção crónica com baixos níveis de AgHBs - Infeção aguda em resolução

a. Repetir serologia.

Legenda: AgHBs – antigénio de superfície; Anti-HBc – anticorpo contra o antigénio do **core**; IgM Anti-HBc – anticorpo de fase aguda contra o antigénio do **core**; Anti-HBs – anticorpo contra o antigénio de superfície.

Não existe tratamento específico para a infeção aguda da hepatite B, sendo o tratamento de suporte. Para a infeção crónica podem ser utilizados alguns antivirais orais, como tenofovir e entecavir, que podem atrasar a progressão da doença, reduzir o risco de carcinoma hepatocelular e aumentar a sobrevivência.<sup>5</sup>

A medida mais eficaz de prevenção da hepatite B é a vacinação universal, com impacto comprovado na redução de infeções e de carcinoma hepatocelular.<sup>6</sup>

## 2. Complicações

O VHB é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um vírus oncogénico. É uma das principais causas de doença hepática crónica, cirrose e carcinoma hepatocelular, apresentando, portanto, impacto significativo na morbidade e mortalidade globais. Estima-se que cerca de 15 a 25% das pessoas com hepatite B crónica morram prematuramente devido a complicações, principalmente cirrose ou carcinoma hepatocelular.<sup>7</sup> A hepatite B parece ser responsável por cerca de 80% dos casos de carcinoma hepatocelular, em termos globais.

<sup>5</sup> World Health Organization (2024). Hepatitis B. Disponível [aqui](#).

<sup>6</sup> Devin RS., et al (2018). Global prevalence, treatment, and prevention of hepatitis B virus infection in 2016: a modelling study, The Lancet Gastroenterology&Hepatology, Volume 3, Issue 6p383-403 June 2018. Disponível [aqui](#).

<sup>7</sup> Nelson, N. P., Easterbrook, P. J.& McMahon, B. J. (2016). Epidemiology of Hepatitis B Virus Infection and Impact of Vaccination on Disease. Clinics in liver disease, 20(4), 607–628. Disponível [aqui](#).

De acordo com o *Global Hepatitis Report 2024*<sup>8</sup> da OMS, as hepatites virais representam uma das principais causas de mortalidade global, com cerca de 1,3 milhões de mortes anuais (cerca de 3.500 por dia), ultrapassando o número de mortes causadas por outras doenças transmissíveis, como infeção pelo VIH (680.000), a malária (627.000) e próximo do da tuberculose (1,4 milhões). Destas mortes, 83% são causadas pela hepatite B e 17% pela hepatite C.<sup>9,10</sup>

### 3. Epidemiologia

O vírus da hepatite B (VHB) foi identificado no final da década de 1960, trabalho que valeu a Baruch Blumberg o Prémio Nobel da Medicina em 1976, pelo seu contributo para a compreensão das hepatites virais e para o desenvolvimento da vacina contra o VHB (Blumberg, 1977).<sup>11</sup>

De acordo com o *Global Hepatitis Report* da OMS, a mortalidade associada às hepatites virais aumentou de 1,1 milhões de óbitos, em 2019, para 1,3 milhões em 2022, sendo 83% atribuídos à hepatite B e 17% à hepatite C. Nesse mesmo ano, estimou-se que cerca de 254 milhões de pessoas viviam com infeção crónica pelo VHB em todo o mundo. Apesar da tendência global de diminuição da incidência em comparação com 2019, a carga de novos casos permanece elevada: em 2022, ocorreram 2,2 milhões de novas infeções por hepatites virais, das quais 1,2 milhões foram causadas por VHB e 1 milhão por VHC, o que corresponde a mais de 6.000 novas infeções por dia.

A OMS classificou os países com base na prevalência da infeção crónica por VHB. As regiões de alta prevalência incluem a África Subsaariana, grande parte da Ásia e as ilhas do Pacífico. As regiões de prevalência intermédia incluem a Amazônia, partes da Europa Central e de Leste, o Médio Oriente e o subcontinente indiano. As regiões de baixa prevalência incluem a maior parte da Europa Ocidental e a América do Norte.

Na Região Europeia (UE/EEE), em 2023, foram notificados 37.766 casos de hepatite B, correspondendo a uma taxa bruta de notificação de 8,1 casos por 100.000 habitantes. Destes, 40,5% foram casos de infeção crónica e 6,3% de infeção aguda. Entre os casos com informação acerca da via de transmissão, a transmissão sexual foi a mais frequente (18%), seguida da transmissão nosocomial (16%) e da transmissão por contactos sexuais em homens que têm sexo com homens (HSH – 14,7%). Nos casos de infeção crónica, a transmissão vertical foi a mais reportada (39,4%). Embora se observe uma tendência de diminuição da incidência na última década, verificou-se um aumento de 0,3 para 0,6 casos por 100.000 habitantes entre 2021 e 2023.<sup>12</sup>

Portugal é um dos 15 Estados-Membros da UE/EEE que tem um programa nacional prioritário no âmbito das hepatites virais crónicas, que dispõe de financiamento próprio. Em 2024 observou-se uma taxa de notificação de 2,5 casos de hepatite B por 100.000 habitantes, representando um aumento face aos anos anteriores, com 271 casos confirmados a serem notificados nesse ano. Dos casos confirmados de hepatite, registaram-se 4 casos de superinfeção/coinfeção com o vírus da hepatite Delta (VHD), correspondendo a uma incidência de 1,42%.<sup>13</sup>

<sup>8</sup> World Health Organization. (2024). Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. Disponível [aqui](#).

<sup>9</sup> 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

<sup>10</sup> UK Health Security Agency (2025), The Green Book Chapter 18: Hepatitis B. Disponível [aqui](#).

<sup>11</sup> Blumberg, B. S. (1977). Australia antigen and the biology of hepatitis B. *Science*, 197(4298), 17–25. <https://doi.org/10.1126/science.325649>.

<sup>12</sup> European Centre for Disease Prevention and Control (2025), Hepatitis B, Annual Epidemiological Report for 2023. Disponível [aqui](#).

<sup>13</sup> Direção-Geral da Saúde (2025), Relatório do Programa Nacional para as Hepatites Virais 2025. Disponível [aqui](#).

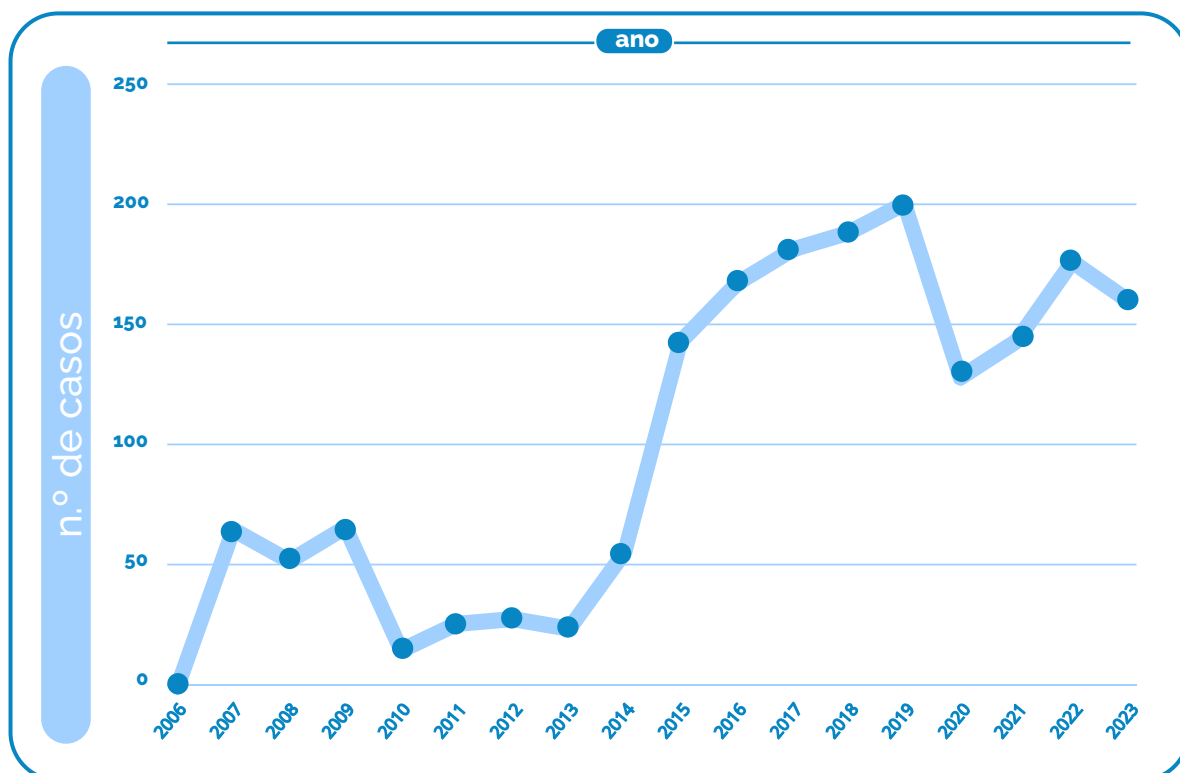


Figura n.º 1 - Número total de casos de hepatite B, por ano de notificação, Portugal, 2006-2023. Fonte: DGS/ECDC

#### 4. Vacinação

A vacina contra o VHB é a primeira vacina com impacto na prevenção de doença oncológica (prevenção do cancro primitivo do fígado - carcinoma hepatocelular ou hepatoma) e evita a infeção pelo VHB e pelo VHD.

Desde 1982, estão disponíveis vacinas contra a hepatite B efetivas e seguras. Estas eram, inicialmente, produzidas a partir de proteínas da superfície viral purificadas do soro de doentes cronicamente infetados. Atualmente, as vacinas disponíveis são obtidas por engenharia genética e estão disponíveis desde 1986. A OMS recomenda a vacinação universal contra a hepatite B em lactentes ou adolescentes desde 1987. Em 2008, 177 países já tinham implementado a vacina contra a hepatite B como parte integrante dos seus programas nacionais de vacinação infantil. A vacinação contra a hepatite B constitui uma das intervenções mais eficazes e custo-efetivas na prevenção de doenças transmissíveis, representando uma prioridade na prevenção das hepatites virais, conforme define a Estratégia Global do Sector da Saúde contra as Hepatites Virais (GHSS) da OMS.<sup>14,15</sup>

O impacto da vacinação ultrapassa os compromissos globais de prevenção e controlo da hepatite B, assumindo também um papel fundamental no Plano Europeu de Luta contra o Cancro, nomeadamente na prevenção do cancro hepatocelular.<sup>16</sup>

<sup>14</sup> World Health Organization, Hepatitis B. Disponível [aqui](#).

<sup>15</sup> World Health Organization (2017), Hepatitis B vaccines: WHO position paper – July 2017. Disponível [aqui](#).

<sup>16</sup> Comissão Europeia (2021), Plano Europeu de Luta contra o Cancro. Disponível [aqui](#).

A medida mais eficaz para controlar a hepatite B é a inclusão efetiva no Programa Nacional de Vacinação (PNV), com a administração da primeira dose ainda na maternidade.

Em Portugal, estão disponíveis as seguintes vacinas para imunização contra a hepatite B:

-Vacina monovalente contra hepatite B;

-Vacina combinada contra a hepatite A e a hepatite B;

-Vacina combinada contra difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b, poliomielite e hepatite B (hexavalente DTPaHibVIPVHB).

As características das vacinas podem ser consultadas nos Quadros n.º 2, 3 e 4.

#### 4.1. Características das vacinas<sup>17</sup>

Quadro n.º 2 – Características da vacina contra a hepatite B – Engerix B®

<b>Tipo de vacina</b>	Vacina de antígeno de superfície recombinante do vírus da hepatite B Antígeno adsorvido em hidróxido ou sais de alumínio
<b>Indicações</b>	Prevenção de infeção por vírus da hepatite B Recomendada desde o nascimento e até aos 15 anos de idade, inclusive, na dose de 10 µg/0,5 mL Recomendada a indivíduos com ≥16 anos de idade, na dose de 20 µg/1 mL
<b>Contraindicações</b>	---
<b>Precauções</b>	Pessoas com história de reação anafilática a uma dose anterior, a algum dos constituintes da vacina ou a substâncias que podem estar presentes em quantidades vestigiais, devem ser referenciados para consulta de imunoalergologia para investigação  Doença aguda grave, com ou sem febre – aguardar até recuperação completa  Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante – pode ser administrada via subcutânea  Crianças pré-termo com idade gestacional ≤28 semanas, que ainda estejam internadas ou que já tenham tido alta hospitalar, fazem as primeiras vacinas em meio hospitalar, devendo ser assegurada a vigilância de eventos cardiorrespiratórios por um período mínimo de 6 a 8 horas
<b>Reações adversas</b>	Reações locais mais frequentes (principalmente nas primeiras 24 horas): dor, eritema e tumefação Reações sistémicas mais frequentes: febre, cefaleias, irritabilidade, fadiga, sintomas gastrointestinais (como náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal) e anorexia Reações adversas graves, habitualmente raras
<b>Conservação</b>	Conservar entre 2°C e 8°C Não congelar

<sup>17</sup> Deverá ser consultado o Resumo das Características do Medicamento em [INFOMED](#).

<sup>18</sup> Não administrar outras vacinas no mesmo braço em que foi administrada a vacina BCG, durante os 3 meses seguintes.

<sup>19</sup> A vacina é administrada na sua forma monovalente aquando da primeira dose, no período neonatal. Pode ser administrada (3 doses) também na forma monovalente, no âmbito da vacinação de grupos de risco.

<b>Dose e via de administração</b>	<p>≤15 anos de idade: 0,5 mL (10 µg antigénio, conforme o produtor)          &gt;15 anos de idade: 1 mL (20 µg antigénio, conforme o produtor)          Intramuscular (ou subcutânea, em pessoas com alterações da coagulação)</p>
<b>Local da injeção</b>	<p>&lt;12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região ântero-lateral da coxa direita          ≥12 meses de idade: músculo deltoide, na face externa da região ântero-lateral do terço superior do braço direito</p>
<b>Compatibilidade</b>	<p>Pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas em locais anatómicos diferentes ou no mesmo membro (exceto com a BCG<sup>18</sup>), desde que as injeções sejam distanciadas ≥2,5 cm</p>
<b>Vacinas combinadas</b>	<p>A VHB<sup>19</sup> existe também combinada com a DTPa, a VIP e a Hib (hexavalente DTPaHibVIPVHB). A VHB também existe combinada com a vacina contra a hepatite A</p>

**Quadro n.º 3** – Características da vacina contra difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b, poliomielite e hepatite B (hexavalente DTPaHibVIPVHB) – Infanrix Hexa®

<b>Tipo de vacina</b>	<p>Vacina combinada, contendo os seguintes antigénios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toxoide diftérico adsorvido (D)</li> <li>- Toxoide tetânico adsorvido (T)</li> <li>- Toxoide e subunidades de <i>Bordetella pertussis</i> (Pa) adsorvidos</li> <li>- Vírus da poliomielite dos tipos 1, 2 e 3, inteiros e inativados (VIP)</li> <li>- Polissacárido capsular de <i>Haemophilus Influenzae</i> do tipo b adsorvido, conjugado com proteína tetânica (Hib)</li> <li>- Antigénio de superfície do vírus da hepatite B, recombinante (VHB)</li> </ul> <p>Antigénios adsorvidos em hidróxido e fosfato de alumínio</p>
<b>Indicações</b>	<p>Prevenção da difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b, poliomielite e hepatite B, como primovacinação ou como reforço          Recomendada ≥6 semanas e &lt;36 meses de idade          Pode ser administrada &lt;7 anos de idade</p>
<b>Contraindicações</b>	<p>Encefalopatia<sup>20</sup> de etiologia desconhecida nos 7 dias após administração de uma vacina com componentes de <i>Bordetella pertussis</i></p>
<b>Precauções</b>	<p>Pessoas com história de reação anafilática a uma dose anterior, a algum dos constituintes da vacina ou a substâncias que podem estar presentes em quantidades vestigiais (neomicina, estreptomina, polimixina B, leveduras), devem ser referenciadas para consulta de imunoalergologia para investigação</p> <p>Doença aguda grave, com ou sem febre – aguardar até recuperação completa</p> <p>Síndrome de <i>Guillain-Barré</i> ou neurite braquial nas 6 semanas após dose anterior de vacina contra o tétano – completar a primovacinação por prescrição médica</p> <p>Reação tipo <i>Arthus</i> após dose anterior de vacina contra o tétano ou a difteria</p>

<sup>20</sup> Definida como uma alteração grave e aguda do sistema nervoso central, sem causa conhecida, que se pode manifestar por perturbações graves da consciência ou por convulsões generalizadas ou focais persistentes, não recuperando dentro de 24 horas.

	<p>Alterações neurológicas que predisponham ao aparecimento de convulsões ou deterioração neurológica, nomeadamente encefalopatia evolutiva (precaução para a vacina contra a tosse convulsa) – aguardar até estabilização neurológica; vacinação por prescrição</p> <p>Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante - decisão do médico assistente</p> <p>Crianças pré-termo com idade gestacional <math>\leq 28</math> semanas, que ainda estejam internadas ou que já tenham tido alta hospitalar, fazem as primeiras vacinas em meio hospitalar, devendo ser assegurada a vigilância de eventos cardiorrespiratórios por um período mínimo de 6 a 8 horas</p> <p>Os antigénios de Hib podem ser excretados na urina durante 2 semanas a um mês após a vacinação - possível interferência com resultados laboratoriais na deteção de Ag de Hib</p>
<b>Reações adversas</b>	<p>Reações locais mais frequentes: dor, rubor e tumefação, 1 a 3 dias após a administração da vacina. Ocasionalmente pode aparecer um nódulo indolor no local da injeção que, geralmente, é reabsorvido lentamente ao longo de várias semanas</p> <p>Reações sistémicas mais frequentes (principalmente nas primeiras 24 horas): febre (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>), choro persistente (durante <math>\geq 1</math> hora). Pode também ocorrer agitação, sonolência, anorexia, irritabilidade, vômitos, diarreia, cefaleias e mialgias</p> <p>Reações adversas graves habitualmente raras ou muito raras</p>
<b>Conservação</b>	<p>Conservar entre <math>2^{\circ}\text{C}</math> e <math>8^{\circ}\text{C}</math>          Não congelar          Proteger da luz</p>
<b>Dose e via de administração</b>	<p>0,5 mL          Intramuscular</p>
<b>Local da injeção</b>	<p><math>&lt; 12</math> meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região ântero-lateral da coxa esquerda  <math>\geq 12</math> meses de idade: músculo deltoide, na face externa da região ântero-lateral do terço superior do braço esquerdo</p>
<b>Compatibilidade</b>	<p>Pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas em locais anatómicos diferentes ou no mesmo membro (exceto com a BCG<sup>21</sup>), desde que as injeções sejam distanciadas <math>\geq 2,5</math> cm</p>

<sup>21</sup> Não administrar outras vacinas no mesmo braço em que foi administrada a vacina BCG, durante os 3 meses seguintes.

Quadro n.º 4 – Características da vacina combinada contra a hepatite A e hepatite B - Twinrix®

<b>Tipo de vacina</b>	Vírus da hepatite A inativado e antígeno de superfície do vírus da hepatite B
<b>Indicações</b>	Prevenção da infeção pelos vírus da hepatite A e da hepatite B em adolescentes e adultos com ≥16 anos de idade
<b>Contraindicações</b>	---
<b>Precauções</b>	<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 administrado 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 em 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>
<b>Reações adversas</b>	<p>As reações adversas mais frequentes são:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Locais: eritema, dor/sensibilidade e edema no local da injeção</li><li>- Sistémicas: cefaleia e fadiga</li></ul>
<b>Conservação</b>	<p>Conservar entre 2°C e 8°C</p> <p>Não congelar</p> <p>Proteger da luz</p>
<b>Local e via de administração</b>	<p>Via intramuscular – no músculo deltoide</p> <p>Pode ser utilizada a via subcutânea em situações excepcionais, podendo resultar numa resposta imunológica subótima</p>

#### 4.2. Esquema geral recomendado

A vacina VHB incluída no PNV é administrada num esquema de **3 doses**: a 1ª dose é administrada ao nascimento, a 2ª dose aos 2 meses de idade, a 3ª dose aos 6 meses de idade.

**Quadro n.º 5** – Esquema geral recomendado para a vacinação contra a hepatite B

Vacina /Doença	Nascimento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB1	VHB2		VHB3								

A vacinação ao nascimento deverá ser administrada obrigatoriamente na maternidade, nas primeiras 24 horas de vida. Quando tal não ocorrer, deve ser administrada o mais brevemente possível no período neonatal.

### 4.3. Esquemas vacinais de recurso

Incluem-se nos esquemas vacinais de recurso pessoas sem registo de vacinação, sem qualquer dose anterior de uma ou mais vacinas, com esquemas incompletos ou com esquemas diferentes do recomendado.

Recomenda-se apenas o número de doses necessário para completar o esquema, de acordo com a idade.

Excecionalmente, a vacina VHB pode ser administrada separadamente ou em combinações diferentes das referidas.

#### 4.3.1. Esquemas vacinais em atraso (≥3 meses e <7 anos)

As crianças com ≥3 meses e <7 anos de idade que não cumpriram o “Esquema geral recomendado” (Quadro n.º 5) devem seguir o esquema apresentado no Quadro n.º 6, tendo em conta a sua história vacinal e a idade.

**Quadro n.º 6** – Esquema vacinal em atraso para crianças com idade igual ou superior a 3 meses e inferior a 7 anos de idade

Vacina/ Doença	1ª Visita	4 semanas após a dose anterior	18 meses de idade ou 6 meses após a dose anterior
Hepatite B <sup>a</sup>	VHB 1	VHB 2	VHB 3

a. A VHB 3 é efetuada aos 6 meses de idade, respeitando os intervalos mínimos entre doses. Depois dos 6 meses de idade, a VHB 3 deve ser efetuada 6 meses após a dose anterior ou de acordo com os intervalos mínimos recomendados.

#### 4.3.2. Esquemas vacinal tardio (≥7 anos e <18 anos)

As crianças e adolescentes com idades ≥7 e <18 anos, que não cumpriram o “Esquema geral recomendado” (Quadro n.º 5), devem seguir o esquema apresentado no Quadro n.º 7.

**Quadro n.º 7** – Esquema vacinal tardio para pessoas com idade igual ou superior a 7 anos e inferior a 18 anos de idade

Vacina/ Doença	1ª Visita	4 semanas após a dose anterior	6 meses após a dose anterior
Hepatite B <sup>a</sup>	VHB 1	VHB 2	VHB 3

a. Utilizar dose de adultos de ≥16 anos de idade.

## 4.4. Regras aplicáveis aos esquemas de vacinação

### 4.4.1. Idades máximas para iniciar e completar os esquemas de vacinação

A idade máxima para iniciar e completar a vacinação contra a hepatite B encontra-se descrita no Quadro n.º 8.

**Quadro n.º 8** – PNv: Idade máxima para iniciar e completar os esquemas vacinais com a VHB

Vacina/ Doença	Idade máxima para iniciar <sup>a</sup>	Idade máxima para completar <sup>a</sup>	Coortes de nascimento abrangidas
VHB <sup>b</sup>	17 anos	Sem limite	≥1980

a. Até ao último dia em que se verifica a idade referida.

b. Exceto vacinação de grupos de risco.

### 4.4.2. Idades mínimas e intervalos entre doses

#### Intervalos superiores ao recomendado

Intervalos superiores aos recomendados entre doses da vacina VHB não reduzem a proteção final contra a hepatite B. No entanto, até ao cumprimento do esquema, a pessoa pode não estar imunizada. A interrupção do esquema vacinal apenas requer que seja completado, independentemente do tempo decorrido desde a administração da última dose.

#### Idades e intervalos inferiores ao recomendado

Por razões epidemiológicas, clínicas ou para não perder oportunidades de vacinação, pode ser necessário antecipar a idade recomendada para a primeira dose e/ou encurtar os intervalos entre doses do esquema vacinal recomendado. Nestes casos, deve respeitar-se sempre a idade mínima de administração da primeira dose e os intervalos mínimos entre doses ou vacinas.

A administração da vacina mais de 4 dias antes da idade mínima recomendada e/ou com intervalos inferiores aos mínimos aconselhados (com uma tolerância de 4 dias) pode diminuir a resposta imunológica. Nestes casos, as doses administradas não são consideradas válidas, devendo ser repetidas, assegurando os intervalos mínimos entre doses.

A utilização de idades mínimas para início do esquema vacinal e/ou intervalos mínimos<sup>22</sup> entre doses ou vacinas pode ser considerada, nas seguintes situações:

- Risco elevado de não cumprimento do esquema recomendado;
- Alterações imunitárias;

<sup>22</sup> O encurtamento do intervalo entre doses pode aumentar a frequência de reações adversas.

- Preparação de viagem;
- Vacinação pós-exposição ou em resposta a surto.

Excepcionalmente, para algumas vacinas e em situações de elevado risco como, por exemplo, viagens ou a existência de surto, os esquemas recomendados podem ser alterados, recorrendo-se a esquemas acelerados, que podem não cumprir a idade mínima para a primeira dose e/ou os intervalos mínimos entre doses. Estas alterações requerem **prescrição médica**, incluindo a devida justificação.

**Quadro n.º9** – PNV: Idade mínima para iniciar a vacinação e intervalos mínimos entre doses sequenciais da mesma vacina

Vacina/ Doença	Idade mínima para a 1ª dose	Intervalo mínimo entre a 1ª e 2ª dose	Intervalo mínimo entre a 2ª e 3ª dose
VHB	nascimento	4 semanas	8 semanas

O intervalo mínimo entre a VHB 1 e VHB 3 é de **16 semanas**. Este intervalo pode ser de 8 semanas, se for administrada uma 4ª dose aos 12 meses de idade.

A idade mínima para a VHB 3 é aos **6 meses**. A vacina hexavalente contendo VHB não deve ser administrada antes das 6 semanas de idade devido aos demais componentes da vacina (DTPa, Hib e VIP). A partir dos 16 anos de idade é utilizada a dose de adulto.

#### 4.4.3. Intervalos entre vacinas diferentes

A VHB é uma vacina inativada injetável.

- A administração com vacinas vivas orais (ex.: vacina contra Rotavírus) ou vivas injetáveis pode ser feita no mesmo dia ou com qualquer intervalo entre administrações.
- A administração com outras vacinas inativadas pode ser feita no mesmo dia ou com qualquer intervalo entre administrações.

### 4.5 Vacinação de grupos de risco ou em circunstâncias especiais

Os grupos de risco<sup>23</sup> para os quais a vacinação contra a hepatite B é gratuita são os seguintes:

- Pessoas com doença renal terminal, sob hemodiálise ou diálise peritoneal;
- Pessoas com hemofilia;
- Coabitantes de pessoas com infeção por VHB;
- Profissionais de saúde do SNS e estudantes da área da saúde;
- Profissionais e utentes das Cooperativas de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas (CERCIS);
- Profissionais e utentes de outras instituições destinadas a crianças com perturbações do desenvolvimento psicomotor e/ou comportamental;

<sup>23</sup> Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 15/DT, de 15/10/2001 – Grupo de risco para a Hepatite B. Disponível em: [Direção-Geral da Saúde](#)

- Profissionais do sexo. Neste grupo a vacinação deverá ser iniciada após rastreio para deteção de suscetíveis;
- Pessoas que utilizam drogas ilícitas injetáveis por via endovenosa. Neste grupo a vacinação deverá ser iniciada após rastreio para deteção de suscetíveis;

Os trabalhadores com risco acrescido de exposição profissional ao VHB e que não estão incluídos nos grupos de risco descritos, devem ser vacinados, sendo a sua vacinação responsabilidade da respetiva entidade patronal.

#### 4.5.1. Grávidas e lactantes

A vacina contra a hepatite B pode ser administrada a grávidas e lactantes, se indicada. A vacinação deve ocorrer, se possível, no 2º e 3º trimestres de gestação, a fim de evitar a associação temporal entre a vacina e algum eventual evento com o feto.

#### 4.5.2. Recém-nascidos e lactentes pré-termo e/ou de baixo peso ao nascer

A vacinação de crianças pré-termo não deve ser adiada, mesmo quando permanecem internadas em meio hospitalar.

A administração das vacinas recomendadas ao recém-nascido e ao lactente pré-termo requer algumas precauções, de acordo com a idade gestacional e situação clínica, pelo que os hospitais devem estar preparados para a vacinação dos lactentes com idade gestacional  $\leq 28$  semanas que ainda estejam internados ou que já tenham tido alta hospitalar, assegurando a vigilância de eventos cardiorrespiratórios por um período mínimo de 6 a 8 horas.

A vacinação com VHB a recém-nascidos e lactentes de baixo peso deve ser feita de acordo com o Quadro n.º 10.

**Quadro n.º 10** – Vacinação com VHB de recém-nascidos e lactentes de baixo peso, de acordo com o peso ao nascer e o estado serológico da mãe

Vacina	Peso ao nascer <2.000g	Peso ao nascer $\geq 2.000g$
VHB	<b>A) Mãe Ag HBs negativo</b> <b>Vacinação - Esquema de 3 doses (0,2,6 meses de idade):</b> 1ª dose – quando atingir 1 mês de idade ou 2.000g (o que se verificar primeiro); 2ª dose – 2 meses de idade ( $\geq 4$ semanas após a 1ª dose); 3ª dose – 6 meses de idade ( $\geq 16$ semanas após a 1ª dose e $\geq 8$ semanas após a 2ª dose).	<b>D) Mãe Ag HBs negativo</b> <b>Vacinação - Esquema PNV:</b> 0,2,6 meses de idade
	<b>B) Mãe Ag HBs positivo</b> <b>Primeiras 12 h de vida:</b> Vacina + IgG anti-VHB <sup>a</sup> <b>Vacinação – esquema de 4 doses:</b> 0,1,2,6 meses de idade	<b>E) Mãe Ag HBs positivo</b> <b>Primeiras 12 h de vida:</b> Vacina + IgG anti-VHB <sup>a</sup> <b>Vacinação – Esquema de 3 doses:</b> 0,1,6 meses de idade

<b>VHB</b>	<p><b>C) Mãe Ag HBs desconhecido</b>  <b>Investigar imediatamente serologia materna:</b>  Mãe Ag HBs negativo – igual a A)  Mãe Ag HBs positivo – igual a B)</p> <p>Se não for possível efetuar serologia ou se os resultados permanecerem desconhecidos até às 12 horas de vida:  proceder como mãe Ag HBs positivo – igual a</p>	<p><b>F) Mãe Ag HBs desconhecido</b>  <b>Investigar imediatamente serologia materna:</b>  Mãe Ag HBs negativo – igual a D)  Mãe Ag HBs positivo – igual a E)</p> <p>Se não for possível efetuar serologia ou se os resultados permanecerem desconhecidos até às 12 horas de vida:  proceder como mãe Ag HBs positivo – igual a E)</p>
------------	--	---

a. Imunoglobulina específica anti-VHB.

#### 4.5.3. Alterações imunitárias

A vacinação de pessoas com alterações imunitárias deve ser efetuada sob **orientação e prescrição do médico assistente**, pela eventual necessidade de estabelecer esquemas personalizados.

A vacina VHB, por ser uma vacina inativada, pode ser administrada em imunodeficientes, de preferência, até **2 semanas** antes da intervenção imunossupressora.

As vacinas inativadas podem ser administradas a **pessoas com imunodeficiências** primárias embora a resposta imunitária seja variável. Só nas pessoas com imunodeficiência combinada grave é que não é esperado qualquer benefício da vacinação.

As **pessoas transplantadas** com **células estaminais** apresentam disfunções do sistema imunitário, tanto da imunidade celular como da humoral, durante vários meses após o transplante. Independentemente da história vacinal do dador, estas pessoas devem ser consideradas como não vacinadas. A demora para a reconstituição imunitária é variável consoante o tipo de transplante, a medicação e as eventuais complicações, pelo que o esquema vacinal deve ser determinado pela equipa de transplante. A vacina VHB pode ser administrada em qualquer altura, idealmente, até **2 semanas** antes do transplante.

O **dador de células estaminais** medulares ou periféricas deve ter o esquema do PNV atualizado.

**Após o transplante de células estaminais** medulares ou periféricas a vacinação com VHB é recomendada e gratuita, e pode ser realizada em qualquer idade, devendo ser feita:

-Num esquema de **3 doses** (esquema 0, 1, 6 meses ou 0, 2, 12 meses se vacina combinada hexavalente);

-Iniciar 6 a 12 meses após o transplante;

Os candidatos a **transplante de órgão sólido** necessitarão de imunossupressão crónica após o transplante, para evitar a rejeição do enxerto, pelo que têm um risco aumentado de infeções graves, incluindo as evitáveis por vacinação. Nestes casos, preferencialmente **pré-transplante**, a VHB pode ser administrada em qualquer altura, idealmente, até **2 semanas** antes do transplante, se necessário.

- Recomenda-se a realização de controlo serológico (anti-HBs) no momento da primeira consulta pré-transplante. Caso o título de anti-HBs seja **inferior a 10 UI/L**, deve ser

administrada uma dose da vacina VHB e quantificar anti-HBs 1 a 2 meses depois.

- Se, nesta reavaliação, o valor de anti-HBs se mantiver **inferior a 10 UI/L**, deverão ser administradas mais duas doses da vacina, respeitando um intervalo mínimo de quatro meses entre a 2ª e a 3ª dose. A resposta vacinal deverá ser novamente avaliada 1 a 2 meses após a última dose.
- Se, após este esquema vacinal completo, o título de anti-HBs continuar inferior a 10 UI/L, o indivíduo deverá ser considerado **não respondedor**. Nestes casos, recomenda-se a administração de **imunoglobulina específica anti-VHB** sempre que haja contato com produtos comprovadamente ou potencialmente contaminados com o vírus da hepatite B.
- Adicionalmente, em adultos com doença renal crónica em estadio 5, seronegativos e que não respondam à primeira dose padrão da vacina (20 µg), pode ser considerada a utilização de uma dose mais elevada da vacina (40 µg).

**Após o transplante de órgão sólido**, e uma vez ultrapassado o período de maior imunossupressão, habitualmente 3 a 6 meses após o transplante, os doentes devem iniciar ou dar continuidade ao esquema de vacinação da VHB. Deve ser reavaliada a serologia para hepatite B e eventual revacinação, caso não tenha sido considerado não respondedor.

**Pessoas que vão iniciar terapêutica imunossupressora** deverão, idealmente, cumprir o esquema vacinal recomendado para a idade antes do início da terapêutica. A vacina VHB pode ser antecipada para garantir maior eficácia e segurança, mas deve ser administrada até **2 semanas** antes do início da terapêutica imunossupressora. Se administrada num intervalo mais curto, deve ser considerada a revacinação após recuperação imunológica, eventualmente baseada em titulação de anticorpos para antígenos vacinais.

Após concluída terapêutica imunossupressora de curta duração, se for necessária a vacinação com VHB, devem ser cumpridos os intervalos recomendados no Quadro n.º 11.

**Quadro n.º 11** – Vacinação VHB: Intervalos recomendados para vacinação com vacina VHB, após concluída a terapêutica imunossupressora de curta duração

Tipo de terapêutica	Intervalo para vacinação com VHB
Geral	
Fármacos modificadores das respostas biológicas (inibidores de citocinas)	≥3 meses (Pode ser administrada uma dose "zero", antes deste intervalo, em situações de surto)
Fármacos que causam depleção de linfócitos B (ex.: rituximab, alemtuzumab) e CTLA4-Ig	≥6 meses

Nas pessoas com necessidade de **imunossupressão crónica**, recomenda-se o cumprimento da VHB, com o esquema adequado à idade. Sempre que possível, vacinar em períodos de remissão da doença e com menor imunossupressão.

A administração da vacinação VHB a **pessoas sob terapêutica com corticoides** deve seguir o recomendado no Quadro n.º 12.

Quadro n.º 12 – Vacinação VHB: Vacinação de acordo com o tipo de tratamento com corticosteroides.

Tipo de terapêutica	Vacinação com VHB
Com doses elevadas (prednisona >1mg/Kg/dia ou >20mg/dia, ou seu equivalente)	Sem contraindicação (preferível após o final do tratamento, se este não for de longa duração)
Com doses baixas	Sem contraindicação
Com dose substitutiva	Sem contraindicação
Por via tópica ou inalatória	Sem contraindicação

Nas **peessoas que vivem com VIH**, a vacinação, para ser mais efetiva, deve ser efetuada o mais precocemente possível. Na presença de imunossupressão grave pode ser considerado protelar a vacinação até recuperação imunitária com a terapêutica antirretroviral. A administração da VHB é recomendada, de acordo com o esquema adequado à idade, em qualquer estadio da doença (apesar da resposta poder estar diminuída). Os adultos, devem ainda ser vacinados com VHB, de acordo com as recomendações mencionadas para candidatos e transplantados com órgãos sólidos. Nas pessoas que foram vacinadas em fase de imunossupressão grave, podem ser considerados reforços da VHB.

A **peessoas com asplenia anatómica ou funcional, hipoesplenismo, défice congénito do complemento ou terapêutica com inibidores do complemento** recomenda-se a administração da vacina VHB com o esquema adequado à idade.

Nas **peessoas sob terapêutica com produtos contendo imunoglobulinas (Ig)**, a interação entre imunoglobulinas (Ig) e a vacinação VHB é reduzida, pelo que estas podem ser administradas em simultâneo, antes ou depois da administração de produtos contendo imunoglobulinas, desde que em locais anatómicos diferentes. O anticorpo monoclonal específico Palivizumab não interfere com a resposta à vacinação VHB.

#### 4.5.4. Coabitantes de pessoas com imunodeficiência

A vacina VHB pode ser utilizada sem contraindicação ou precaução específica nos **coabitantes de pessoas com imunodeficiência**.

#### 4.5.5. Alterações da coagulação

As pessoas com risco de diátese hemorrágica, nomeadamente trombocitopenia, alterações da coagulação ou sob terapêutica anticoagulante, têm risco acrescido de hemorragia se forem vacinadas por via intramuscular.

Se a terapêutica anticoagulante for de curta duração é preferível adiar a vacinação para permitir a vacinação por via intramuscular.

Nas pessoas sob terapêutica anticoagulante, não deve ser usada a via intramuscular, se: i) o INR for >3,0 (varfarina) ou ii) atividade anti-Xa for >0,5 UI/mL (heparina de baixo peso molecular), 4 horas após a toma.

A vacinação com VHB por via subcutânea profunda pode ser utilizada, contudo, para além de esta via se associar a maior frequência de reações locais, a resposta imunitária pode ser inferior à obtida com a via intramuscular.

Em caso de administração por via intramuscular, deve ser utilizada uma agulha de 23 Gauge (0,6mm x 25mm) ou mais fina e deve ser exercida pressão firme no local da injeção (sem friccionar) durante, pelo menos, cinco minutos. A pessoa vacinada deve diminuir a mobilidade do membro inoculado durante 24 horas. Esta inoculação deve ocorrer imediatamente a seguir à terapêutica da coagulopatia, quando está indicada.

#### 4.5.6. Viajantes ou indivíduos que vão residir no estrangeiro

Viajantes para zonas de média-elevada prevalência de hepatite B,<sup>24,25</sup> que não tenham o esquema vacinal atualizado devem ser vacinados, idealmente **2 semanas** antes da data de partida, de acordo com o recomendado nos esquemas vacinais de recurso (Quadros n.º 6 e 7, 8 e 9), podendo haver necessidade de adiantar e/ou acelerar o esquema vacinal. Os esquemas acelerados (que não respeitam idade ou intervalos mínimos) requerem prescrição médica, incluindo programação das doses após viagem, para completar o esquema. Paralelamente, devem ser reforçadas as demais recomendações preventivas, nomeadamente aquelas que se prendem com comportamentos de risco (atividade sexual desprotegida ou em grupo, consumo de drogas injetáveis).<sup>26,27</sup>

Idealmente, o viajante deve programar uma consulta médica (preferencialmente no âmbito da medicina das viagens), 2 ou 3 meses antes da partida, de modo que haja tempo suficiente para poder completar os esquemas de vacinação eventualmente exigidos/recomendados.

#### 4.5.7. Profissionais de Saúde e outros profissionais com risco de exposição ocupacional

Os profissionais de saúde devem ter o PNV atualizado, nomeadamente a vacinação contra a hepatite B.

Todos os profissionais dos serviços de saúde que não tenham funções estritamente administrativas<sup>28</sup> têm direito à vacinação contra a hepatite B, no âmbito do PNV.

A vacinação de profissionais não previamente vacinados não carece de controlo serológico prévio. Os profissionais que, após serologia, têm indicação para vacinação, deverão apresentar uma prescrição médica válida para a administração da vacina.

O Serviço de Saúde Ocupacional de cada instituição é responsável pela verificação do estado vacinal dos seus profissionais de saúde.

<sup>24</sup> A endemicidade para a hepatite B é definida, segundo a OMS, pela seroprevalência de AgHBs na população geral de determinada área geográfica: elevada endemicidade (seroprevalência ≥8%); endemicidade média-alta (seroprevalência 5-7%); endemicidade média baixa (seroprevalência 2-4%); baixa endemicidade (seroprevalência <2%). Para mais informações consultar [Global Hepatitis Report 2024](#).

<sup>25</sup> Alberta Health Services (2025). Hepatitis B virus infection – High Endemic Geographic Areas. Disponível [aqui](#).

<sup>26</sup> UKHSA (2025). The Green Book, Chapter 18: Hepatitis B. Disponível [aqui](#).

<sup>27</sup> Center for Diseases Control and Prevention (2025). CDC Yellow Book, Sex and Travel. Disponível [aqui](#).

<sup>28</sup> Grupo de risco para a Hepatite B, de acordo com a circular normativa nº15/DT de 15/10/2001. Disponível [Aqui](#)

## 4.6. Profilaxia pós-exposição

A importância da vacinação em situação de pós-exposição está inequivocamente demonstrada na prevenção da hepatite B.

A administração de VHB ou imunoglobulina específica anti-VHB está indicada a contactos não adequadamente vacinados ou imunizados, após exposição a um caso de hepatite B (Quadro n.º 12), com os seguintes objetivos:

- Proteção individual (se vacinação efetuada nas primeiras 24 horas pós-exposição);
- Atualizar esquemas vacinais em atraso (*catch-up*);
- Reduzir a circulação do agente na comunidade.

Os recém-nascidos filhos de mães com AgHBs positivo devem receber imunoglobulina anti-VHB ao nascimento e iniciar o esquema vacinal da VHB nas primeiras 12 horas de vida. Nestas crianças aplicam-se esquemas vacinais diferentes, por indicação médica, de acordo com o peso ao nascer e o estado serológico da mãe (ver Quadro n.º 10, 4.5.2. Recém-nascidos e lactentes pré-termo e/ou de baixo peso ao nascer). Estas crianças devem ser testadas para AgHBs e para o anti-HBs entre os **9 e os 12 meses** de idade para verificar o sucesso da vacinação. Se não tiverem título protetor (anti-HBs  $\geq 10$  UI/L) e continuarem com AgHBs negativo, devem receber uma dose de VHB e quantificar anti-HBs 1-2 meses depois. Se anti-HBs  $< 10$  UI/L, administrar mais 2 doses de VHB (intervalo mínimo de 4 meses) e quantificar anti-HBs 1-2 meses depois. Se anti-HBs  $< 10$  UI/L, é considerado não respondedor e não deverá receber mais doses de vacina.

**Quadro n.º 13** –Vacinação recomendada contra a hepatite B (VHB) e administração de imunoglobulina em pós-exposição, de acordo com o estado vacinal/serológico

Estado vacinal/ serológico de pessoa exposta	Exposição a caso AgHBs positivo <sup>a</sup>	Exposição a “caso” com estado serológico desconhecido e não pertencente a grupo de risco
A) Não vacinado	Iniciar esquema de 3 doses VHB (0,1,6 meses) <sup>b</sup> Administrar 1 dose de IgG anti-VHB, simultaneamente com a 1ª dose de VHB	Iniciar esquema de 3 doses VHB (0,1,6 meses)
B) Esquema vacinal incompleto	Completar esquema de 3 doses VHB (0,1,6 meses) Administrar 1 dose de IgG anti-VHB, simultaneamente com a 1ª dose de VHB	Completar esquema de 3 doses VHB (0,1,6 meses)
C) Vacinado/ Imunizado (anti-HBs $\geq 10$ UI/L)	---	---
D) Vacinado e após 3 doses, anti-HBs $< 10$ UI/L	<b>1.</b> 1 dose VHB + 1 dose de IgG anti-VHB <b>2.</b> Quantificar anti-HBs 4-6 meses depois <b>3.</b> Se anti-HBs $< 10$ UI/L, administrar mais 2 doses de VHB (intervalo mínimo de 4 meses)	<b>1.</b> 1 dose VHB <b>2.</b> Quantificar anti-HBs 1-2 meses depois <b>3.</b> Se anti-HBs $< 10$ UI/L, administrar mais 2 doses de VHB (intervalo mínimo de 4 meses)

E) Vacinado e após 6 doses, anti-HBs <10 UI/L	Administrar 2 doses de IgG anti-VHB (0,1 mês)	---
F) Vacinado e estado serológico desconhecido	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quantificar anticorpo anti-HBs de imediato<sup>c</sup></li> <li>2. De acordo com o resultado da serologia, atuar como em C, D ou E</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quantificar anti HBs de imediato<sup>c</sup></li> <li>2. De acordo com o resultado da serologia, atuar como em C, D ou E</li> </ol>

a. Se pertencer a grupo de risco ou não for possível excluir história de risco, proceder como se fosse AgHBs positivo. Grupos de risco: trabalhadores do sexo, homens que têm sexo com homens, pessoas com origem ou permanência em áreas de elevada prevalência de VHB, pessoas que consomem drogas injetáveis.

b. Exceto no recém-nascido filho de mãe AgHBs positivo com peso <2.000 g, que faz esquema acelerado de 4 doses (0, 1, 2, 6 meses).

c. Se o resultado da serologia demorar >24 horas, administrar uma dose de VHB, respeitando o intervalo mínimo entre doses.

Em caso de exposição ocupacional ou não ocupacional a fluidos biológicos, sangue e outros fluidos orgânicos contendo sangue, tanto o “caso” como o contacto devem, se possível, ser avaliados quanto ao estado serológico relativamente ao vírus da hepatite B. Dependendo do estado serológico, as recomendações para a profilaxia pós-exposição constam no Quadro n.º 13.

Se tiverem passado mais de 14 dias pós-exposição, apenas é administrada a vacina, dependendo do estado vacinal/serológico (Quadro n.º 13), independentemente do tempo decorrido.

A exposição ao vírus da hepatite B implica o acompanhamento clínico e serológico da pessoa exposta. Tratando-se de exposição ocupacional, este acompanhamento é responsabilidade dos Serviços de Saúde Ocupacional

## 5. Links úteis

- World Health Organization: [Hepatitis B](#)
- European Center for Diseases Prevention and Control: [Hepatitis B](#)
- UK Health Security Agency (2025), *The Green Book Chapter 18*: [Hepatitis B](#)
- Direção-Geral da Saúde: [Programa Nacional para as Hepatites Virais](#).

## 6. Referências Bibliográficas

Blumberg, B. S. (1977). Australia antigen and the biology of hepatitis B. *Science*, 197(4298), 17–25. <https://doi.org/10.1126/science.325649>.

Center for Diseases Control and Prevention (2025), CDC Yellow Book, Sex and Travel [Sex and Travel | Yellow Book | CDC](#)

Devin RS., et al (2018), Global prevalence, treatment, and prevention of hepatitis B virus infection in 2016: a modelling study, *The Lancet Gastroenterology&Hepatology*, Volume 3, Issue 6p383-403 June 2018. [https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253\(18\)30056-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(18)30056-6/abstract)

Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 15/DT, de 15/10/2001 – Grupo de risco para a Hepatite B. [Direção-Geral da Saúde](#)

Direção-Geral da Saúde. (2025). Relatório do Programa Nacional para as Hepatites Virais 2024. ISBN: 978-972-675-381-0. <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-tem-das-mais-altas-coberturas-vacinais-contr-a-hepatite-b-e-supera-os-97-de-taxa-de-cura-na-hepatite-c-pdf.aspx>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2025). Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. Stockholm:

ECDC. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hepatitis-b-annual-epidemiological-report-2023>

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

Nelson, N. P., Easterbrook, P. J.& McMahon, B. J. (2016). Epidemiology of Hepatitis B Virus Infection and Impact of Vaccination on Disease. *Clinics in liver disease*, 20(4), 607–628. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1089326116300514?via%3Dihub>

UK Health Security Agency (2025), The Green Book Chapter 18: Hepatitis B <https://www.gov.uk/government/publications/hepatitis-b-the-green-book-chapter-18>

World Health Organization. (s.d.). Hepatitis B <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

World Health Organization. (2024). Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672>