

NORMA

Número: 007/2025

Data: 31/07/2025

Atualização: 15/10/2025

Assunto: Estratégia de imunização contra a Hepatite A

Palavras-Chave: Hepatite A; Vírus da Hepatite A; Imunização; PNV; Pré-exposição; Pós-exposição; Surto

Para: Sistema de Saúde

Contatos: vacinas@dgs.min-saude.pt

- Sumário da Atualização:**
- Definição do estado imunitário (**pontos 11 e 12**)
 - Esquema vacinal recomendado (**Quadro 2**)
 - Vacinação no âmbito do PNV em situações especiais (**Quadro 3**)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do art.º 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, e do art.º 5 da Portaria n.º 114/2024/1, de 22 de março, a Direção-Geral da Saúde (DGS) emite a seguinte Norma:

A presente Norma foi elaborada com base no contexto epidemiológico atual da hepatite A em Portugal, bem como nas recomendações da Comissão Técnica de Vacinação (CTV). Esta Norma pretende atualizar os esquemas vacinais recomendados contra a hepatite A em contexto de pré-exposição, pós-exposição/surto de hepatite A e do Programa Nacional de Vacinação (PNV).

ESTRATÉGIA DE IMUNIZAÇÃO

1. Em Portugal, recomenda-se a vacinação contra a hepatite A a grupos com risco acrescido de exposição ou de gravidade da doença.
2. A vacinação contra a hepatite A em contexto de pré e pós-exposição é gratuita, incluindo o controlo dos surtos. No âmbito do PNV, a vacina contra a hepatite A deve ser administrada em situações especiais, para as quais é gratuita. No contexto da medicina do viajante a vacinação deve manter-se mediante prescrição médica individualizada e adquirida nas farmácias comunitárias.
3. A administração de imunoglobulina humana normal (IgHN)¹ pode ser ponderada, mediante prescrição médica e obtenção de consentimento informado, em situações específicas, nomeadamente quando a vacina esteja indisponível ou contraindicada.

Finalidade da nova estratégia de imunização

4. Reduzir a incidência de hepatite A em grupos vulneráveis e/ou com maior risco de exposição.

¹ Consultar recomendações da UKHSA disponíveis em: <https://www.gov.uk/government/publications/immunoglobulin-when-to-use/hepatitis-a-immunoglobulin-issued-2024>

5. Diminuir a morbidade e mortalidade associadas à infeção por vírus da hepatite A (VHA), especialmente em grupos populacionais mais vulneráveis e/ou com maior risco de exposição.
6. Prevenir surtos em comunidades ou contextos de risco acrescido.
7. Controlar a transmissão de VHA durante surtos, com vista à interrupção de cadeias de transmissão.
8. Promover o acesso à vacinação contra a hepatite A a grupos de risco acrescido de exposição e/ou de doença grave.

Definição do estado imunitário

9. São consideradas peças 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, administrada há ≤ 12 meses;
 - c. duas doses de vacina monovalente contra a hepatite A, ou equivalente, independentemente da data de administração.
10. São consideradas peças não imunes ao VHA:
 - a. peças sem história de infeção prévia pelo VHA;
 - b. peças sem registo de vacinação prévia contra a hepatite A;
 - c. peças com registo de uma administração de vacina contra a hepatite A há mais de 12 meses e com serologia negativa.
11. São consideradas peças em situação de imunidade desconhecida:
 - a. peças com registo de 1 dose de vacina monovalente contra a hepatite A, ou equivalente, administrada há mais de 12 meses;
 - b. peças 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^{2,3}.
12. Para as peças abrangidas pelo ponto anterior, recomenda-se a realização de teste serológico antes da decisão de vacinação (**Quadro 1**). Em contexto de surto ou risco de exposição contínua, se os resultados serológicos não estiverem disponíveis em 14 dias após a realização do teste

² 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

³ 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>

serológico, a decisão de vacinação deve ser definida pela Autoridade de Saúde, de acordo com a avaliação do risco.

Quadro 1. Interpretação dos resultados serológicos e decisão de vacinação

| anti-VHA IgM | anti-VHA IgG | Interpretação | Decisão de vacinação |
|--------------|--------------|--|----------------------|
| Positivo | Positivo | Infeção aguda/convalescença | Não recomendada |
| Positivo | 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 |

Vacinas abrangidas pela presente Norma

13. Em Portugal, estão disponíveis as seguintes vacinas contra a hepatite A⁴ (Anexo I):
- Vacinas monovalentes, disponíveis em duas dosagens (dose de pessoa adulta e dose pediátrica): Vaqta[®] e Havrix[®];
 - Vacina combinada contra a hepatite A e hepatite B, disponível em dose de pessoa adulta: Twinrix Adulto[®].

Esquema vacinal recomendado

14. Recomenda-se a vacinação contra a hepatite A, com vacina monovalente com dose e esquema vacinal ajustados à idade, de acordo com o definido no **Quadro 2**, nos contextos de pré-exposição, pós-exposição e de surto.
15. 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 2**.
16. A vacinação combinada está particularmente indicada para:
- viajantes ou turistas não imunizados para hepatite A e B, que se desloquem para países de elevada endemicidade^{2,3};
 - pessoas com esquemas vacinais incompletos ou em atraso para hepatite A e/ou B.
17. 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.

⁴ As características das vacinas monovalente e combinada podem ser consultadas no Anexo I e em [Infomed](#).

Quadro 2. Esquema vacinal recomendado contra o VHA e VHA/VHB

| 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 | | 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 no Anexo I.

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

Vacinação em contexto de pré-exposição

18. Recomenda-se a vacinação contra a hepatite A, em contexto de pré-exposição, a pessoas não imunes⁵, que apresentem, pelo menos um dos seguintes critérios:

- personas com múltiplos parceiros sexuais e/ou história de práticas sexuais em grupo;
- personas com parceiros sexuais anónimos;
- história de práticas sexuais com uso de substâncias psicoativas (*Chemsex*);
- personas envolvidas em prática de sexo comercial;
- funcionário/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);
- personas 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;
- personas com saneamento básico inadequado e/ou acesso limitado a água potável;
- trabalhadores do setor dos serviços de águas e resíduos.

⁵ Consultar o ponto 10 da presente norma relativo a "pessoas não imunes".

19. Em contexto de pré-exposição e face ao contexto epidemiológico nacional recomenda-se a administração de **1 dose da vacina monovalente contra hepatite A**^{6,7} a pessoas não imunes⁵, de acordo com o esquema vacinal recomendado no **Quadro 2**, de forma **gratuita**.

Acesso à vacinação em contexto de pré-exposição

20. 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:
- a. Vacinação autoproposta: pessoas que considerem que apresentam risco de contrair hepatite A poderão contactar um ponto de vacinação, autopropondo-se para vacinação;
 - i. dada a particularidade do acesso à vacinação por autoproposta, os profissionais de saúde responsáveis pela administração da vacina devem, previamente à sua administração, realizar uma avaliação de risco individual, nomeadamente:
 1. informam sobre os destinatários da vacina (critérios de elegibilidade - grupos com risco acrescido);
 2. efetuam avaliação individual para detetar possíveis precauções ou contra-indicações à sua administração.
 - b. Vacinação através de declaração de elegibilidade para vacinação contra a hepatite A em contexto de pré-exposição, emitida pelo médico que identifica a elegibilidade (Anexo II);
 - i. a identificação de elegibilidade e consciencialização para a vacinação deve ser realizada em consultas, nomeadamente⁸:
 1. consultas de PrEP para VIH, de tratamento de infeção por VIH, de tratamento de IST;
 2. consultas clínicas em organizações de base comunitária/não governamentais para populações-chave;
 3. consultas de saúde ocupacional/medicina do trabalho para os profissionais de saúde;
 4. consultas da área dos comportamentos aditivos e das dependências;
 5. consultas dos cuidados de saúde primários;

⁶ A recomendação para a administração de uma segunda dose da vacina será reavaliada em função da evolução do contexto epidemiológico nacional.

⁷ O uso *off-label* de uma dose única da vacina contra a hepatite A é considerado pela OMS em contextos específicos. Adicionalmente, o ECDC recomenda estratégias de dose única para populações não vacinadas no contexto dos surtos atuais. Informação disponível em:

- European Centre for Disease Prevention and Control (2025). Rapid Risk Assessment – Multi-country outbreak of hepatitis A in the EU/EEA. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-multi-country-outbreak-hepatitis-eueea>

- World Health Organization. Hepatitis A vaccines: WHO position paper – October 2022. Weekly Epidemiological Record, No. 40, 2022, 97:461–476. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363396/WER9740-eng-fre.pdf>

⁸ Esta lista não é exaustiva. Poderão ser identificadas pessoas elegíveis para vacinação noutros momentos de contacto com os serviços de saúde.

21. As pessoas autopropostas e/ou as que detenham uma declaração de elegibilidade deverão agendar a vacinação através de contacto com o ponto de vacinação que lhes seja mais conveniente.
22. Os serviços de saúde ocupacional/medicina do trabalho organizam a vacinação dos seus trabalhadores de acordo com os critérios de elegibilidade.
23. Em situações excecionais, em que as Autoridades de Saúde identifiquem a necessidade de vacinação em massa, dispensa-se o preenchimento da declaração de elegibilidade.

Imunização passiva em contexto de pré-exposição

24. A utilização de imunoglobulina humana normal (IgHN)¹ 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.

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

25. Recomenda-se a vacinação contra a hepatite A, em contexto de pós-exposição/surto, aos contactos próximos⁹ e assintomáticos de casos confirmados.
26. A vacinação deve ser feita o mais precocemente possível após a última exposição, idealmente até **14 dias** após a exposição¹⁰, devendo ser implementada com carácter prioritário.
27. Recomenda-se a administração de **1 dose da vacina monovalente contra hepatite A**^{6,7} aos contactos próximos⁹ de casos confirmados, não imunes⁵, desde que assintomáticos, de acordo com o esquema vacinal recomendado no **Quadro 2**.
28. Em contexto de pós-exposição/surto a **vacinação é gratuita**.

Acesso à vacinação em contexto de pós-exposição/surto de hepatite A

29. A identificação de pessoas elegíveis para vacinação pós-exposição/surto pressupõe que:
 - a. perante um caso suspeito, e aquando do inquérito epidemiológico, sejam identificados os respetivos contactos próximos⁹ elegíveis para vacinação;
 - b. os contactos próximos elegíveis para a vacinação são contactados pela Autoridade de Saúde Local, informando sobre a sua elegibilidade para vacinação e dos procedimentos para acesso à vacinação;
 - c. para cada contacto elegível é emitida uma declaração de elegibilidade para vacinação pós-exposição/surto contra hepatite A (Anexo III).
 - i. em situações excecionais, em que as Autoridades de Saúde identifiquem a necessidade de vacinação em massa, dispensa-se o preenchimento da declaração de elegibilidade.

⁹ Considera-se contato próximo qualquer pessoa com risco elevado de exposição à hepatite A por ter tido convívência ou interação equivalente à domiciliar com o caso índice durante o período de transmissibilidade, incluindo quem compartilhou alimentos, instalações sanitárias ou prestou cuidados pessoais.

¹⁰ 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.

Imunização passiva em contexto de pós-exposição/surto de hepatite A

30. A administração de imunoglobulina humana normal (IgHN)¹ pode ser ponderada em situações específicas, nomeadamente quando a vacina esteja indisponível ou contraindicada, devendo ser avaliada caso-a-caso, mediante prescrição médica e obtenção de consentimento informado. Quando indicada, a administração deverá ser efetuada **até 14 dias** após a exposição.
31. A imunoglobulina 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.

Vacinação no âmbito do PNV em situações especiais

32. A vacinação contra a hepatite A no âmbito do PNV é recomendada e **gratuita**, com vacinas monovalentes, num esquema de **2 doses**, de acordo com o **Quadro 3**, 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.
33. 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**.
34. A vacinação combinada está particularmente indicada para:
- viajantes ou turistas não imunizados para hepatite A e B, que se desloquem para países de elevada endemicidade;
 - pessoas com esquemas vacinais incompletos ou em atraso para hepatite A e/ou B.
35. 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.

Quadro 3. Esquema vacinal recomendado contra o VHA e VHA/VHB no âmbito do PNV

| Vacina | Faixa Etária (anos) (b) | 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 (a) | - |
| | ≥ 18 | 50 U/1 ml | | | | - |
| Havrix® | 1-15 | 720 U ELISA/0.5 ml | 2 doses | 1ª Visita | 6 a 12 meses após a dose primária (a) | - |
| | ≥ 16 | 1441 ELISA/1 ml | | | | - |
| Twinrix Adulto® | ≥16 | 720 U/1 ml + 0.02 mg/1 ml | 3 doses | 1ª Visita | 1 mês depois da 1ª dose (a) | 6 meses depois da 1ª dose |

(a) O intervalo entre doses é flexível. Não é necessário repetir doses se o intervalo recomendado for excedido.

(b) Nos adultos, em caso de gravidez ou amamentação, a vacinação deve ter em conta a informação específica constante no Anexo I.

Vacinação no âmbito da medicina do viajante

36. No âmbito da medicina do viajante, a vacinação contra a hepatite A é recomendada, mas **não gratuita** a pessoas viajantes ou turistas que se desloquem ou que vão residir para países de elevada endemicidade^{2,3} para a hepatite A¹¹.
37. A vacinação é recomendada mediante prescrição médica individualizada, e adquirida nas farmácias comunitárias.
38. A vacinação contra a hepatite A é recomendada com vacinas monovalentes, num esquema de **2 doses**, de acordo com o **Quadro 3**.
39. 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**.
40. A vacinação combinada está particularmente indicada para:
- viajantes ou turistas não imunizados para hepatite A e B, que se desloquem para países de elevada endemicidade^{2,3};
 - peessoas com esquemas vacinais incompletos ou em atraso para hepatite A e/ou B.
41. 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.

Imunização passiva em contexto da medicina do viajante

42. A utilização de imunoglobulina humana normal (IgHN)¹ 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.

Locais de vacinação

43. A vacinação gratuita ocorre em pontos de vacinação previamente autorizados, nos termos da Portaria n.º 114/2024/1, de 22 de março.¹²
44. Os pontos de vacinação devem cumprir todos os requisitos, nos termos do artigo 14º da Portaria n.º 114/2024/1, de 22 de março.
45. Qualquer pessoa elegível para a vacinação gratuita pode entrar em contacto com uma unidade de saúde, para proceder ao seu agendamento.
46. Vacinação fora de unidades de saúde:
- Pode ser feita em caso de necessidade, como forma de promover o acesso e adesão à vacinação, mediante avaliação efetuada pela Autoridade de Saúde.
 - As equipas de vacinação devem ser constituídas por profissionais de saúde com formação e treino em vacinação e na atuação em casos de reações anafiláticas.

¹¹ Preferencialmente, em situação de viagem, a vacina deve ser administrada, pelo menos, 2 semanas antes da partida. Se tal não for possível, deverá, ainda assim, ser administrada uma dose.

¹² [Portaria n.º 114/2024/1, de 22 de março](#)

- c. As equipas de vacinação devem estar dotadas dos meios e do equipamento necessário conforme artigo 14º da Portaria n.º 114/2024/1 de 22 de março.
 - d. A unidade de saúde deve possuir plano de contingência que assegure a pronta resposta da emergência pré-hospitalar para administrações fora da unidade de saúde.
47. Na vacinação em contexto de pós-exposição, a Autoridade de Saúde Local, após identificar contactos próximos elegíveis para vacinação, encaminha-os para os pontos de vacinação definidos, sendo transmitida a informação aos referidos pontos de vacinação, para permitir a organização do processo de vacinação.
- a. A transferência de utentes para pontos de vacinação pertencentes a outras Unidades Locais de Saúde (ULS) ou a outras regiões do país deve ser feita através da rede de Autoridades de Saúde.

Registo e Sistema de Informação - VACINAS

48. Todos os atos vacinais devem ser registados durante a sessão vacinal:
- a. As vacinas administradas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente do ponto de vacinação, devem ser registadas no momento da vacinação na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS¹³, ou até 24 horas após a administração, em caso de indisponibilidade do sistema.
 - b. A vacinação gratuita deve ser registada como “VHASNS” ou sinalizado como adquirido pelo SNS. O registo da administração das vacinas do contingente privado deve ser realizado com o código “VHA” e sinalizado como não adquirido pelo SNS.

Monitorização pós-vacinação

49. A monitorização do número de vacinas administradas e da cobertura vacinal é realizada sob a responsabilidade da DGS, com base na Plataforma– VACINAS, com a colaboração dos Serviços Operativos de Saúde Pública de âmbito regional e das ULS.
50. A monitorização da segurança das vacinas contra a hepatite A é realizada através do Sistema Nacional de Farmacovigilância, cuja gestão e responsabilidade é da competência do INFARMED, I.P.
- a. Deve ser garantido o período de vigilância no ponto de vacinação, durante 30 minutos após a administração.
 - b. Os profissionais de saúde devem estar atentos a eventuais reações adversas e consultar o Resumo das Características do Medicamento (RCM) da vacina administrada. Todas as suspeitas de reações adversas devem ser comunicadas ao INFARMED, I.P., pelos profissionais de saúde, no Portal de Notificação de Reações Adversas - [Portal RAM](#).¹⁴
 - c. As reações adversas mais frequentes podem ser consultadas no Anexo I da presente Norma.¹⁵

¹³ Desenvolvido pela SPMS, E.P.E. com a coordenação e o apoio técnico da DGS.

¹⁴ Em alternativa, podem ser utilizados os seguintes contactos: INFARMED, I.P. – Direção de Gestão do Risco de Medicamentos: +351 21 798 73 73 e/ou farmacovigilancia@infarmed.pt; Linha do Medicamento (gratuita): 800 222 444.

¹⁵ A informação constante nesta Norma não substitui a consulta do Resumo das Características do Medicamento (RCM) da vacina administrada.

Receção, armazenamento e distribuição

51. Deve seguir-se o modelo de governação previsto na Portaria n.º 114/2024/1, de 22 de março¹⁶, nos termos aplicáveis às vacinas incluídas no PNV.
52. A receção, armazenamento e distribuição de vacinas deve obedecer ao regulamento das boas práticas previstas na Deliberação n.º 77 – A/CD/2021 que aprova as alterações ao Regulamento das Boas Práticas de Distribuição de Medicamentos de Uso Humano, publicado na Deliberação n.º 047/CD/2015 de 19 de março e, que deve ser garantido por todas as entidades envolvidas no processo, com a supervisão regulamentar do INFARMED, I.P..
53. A vacina deve ser armazenada e conservada a temperaturas entre os 2°C e os 8°C, devendo ser garantida a rede de frio até ao momento da administração.¹⁷
54. A vacina deve ser mantida dentro da sua embalagem de origem, para proteção da exposição à luz. A vacina não deve ser congelada.

Deve constar do processo clínico a decisão fundamentada da eventual impossibilidade da aplicação da presente Norma.

Revoga-se a Norma n.º 019/2018 de 12/12/2018, da DGS, que havia revogado a Norma n.º 016/2017, de 14/08/2017.

O conteúdo da presente Norma será atualizado sempre que a evidência científica assim o justifique.

Ficam sem efeito os conteúdos de normas, orientações, circulares, ofícios e informações anteriores que contrariem o disposto nesta Norma.

Rita Sá Machado

Diretora-Geral da Saúde

¹⁶ [Portaria n.º 114/2024/1, de 22 de março](#)

¹⁷ De acordo com o disposto na [Orientação n.º 023/2017 de 07/12/2017](#)

ANEXO

Resumo das principais características das vacinas contra a hepatite A

Vacinas monovalentes contra a hepatite A¹⁸

| 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/1 ml: indicada a partir dos ≥18 anos de idade | - 720 U ELISA/0.5 ml: indicada dos ≥12 meses aos ≤15 anos de idade. Pode também ser utilizada até aos 18 anos de idade, inclusive - 1440 U ELISA/1 ml: indicada a partir dos ≥16 anos de idade. |
| Contraindicações | 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. | |
| Precauções e outras notas | A segurança e eficácia em lactentes com idade inferior a 12 meses não foram estabelecidas. Deve ser administrado com precaução em indivíduos com trombocitopenia ou distúrbio hemorrágico. A vacinação deve ser adiada em indivíduos com doença febril aguda grave. A administração a pessoas imunocomprometidas 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). | |
| Reações adversas | As reações adversas mais frequentes são: - locais: eritema, dor/sensibilidade e edema no local da injeção; | |

¹⁸ Deverá ser consultado o Resumo das Características do Medicamento em [INFOMED](#).

| | | |
|---|--|--|
| | - sistêmicas: febre baixa e irritabilidade em crianças; cefaleia e fadiga em pessoas adultas. | |
| Conservação | Conservar entre 2°C e 8°C Não congelar Proteger da luz | |
| Utilização na gravidez e amamentação | Não é recomendado em 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 com menos de dois anos. Pode ser utilizada a via subcutânea em situações excecionais, podendo resultar numa resposta imunológica subótima. | |

Vacina combinada contra a hepatite A e hepatite B¹⁸

| | |
|-----------------------------------|---|
| Vacina contra a hepatite A | Twinrix® |
| Dosagem disponível | 720 U/1 ml + 0.02 mg/1 ml |
| Tipo de vacina | Vírus da hepatite A inativado e antigénio de superfície do vírus da hepatite B |
| Indicações | Prevenção da infeção pelos vírus da hepatite A e da hepatite B em adolescentes com ≥16 anos de idade e pessoas adultas |
| Contraindicações | 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. |
| Precauções e outras notas | Deve ser administrado com precaução em pessoas com trombocitopenia ou discrasia/distúrbio hemorrágico. A vacinação deve ser adiada em indivíduos com doença febril aguda. A administração a indivíduos imunocomprometidos e/ou sob terapêutica imunossupressora pode não resultar na resposta imunológica esperada. 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. |
| Reações adversas | As reações adversas mais frequentes são: |

12/18

NORMA N.º 007/2015 DE 31/07/2025, atualizada a 15/10/2025

| | |
|-------------------------------------|--|
| | - Locais: eritema, dor/sensibilidade e edema no local da injeção; - Sistémicas: cefaleia. |
| Conservação | Conservar entre 2°C e 8°C. Não congelar. Proteger da luz. |
| Local e via de administração | Via intramuscular – no músculo deltóide. Pode ser utilizada a via subcutânea em situações excecionais, podendo resultar numa resposta imunológica subótima. |

ANEXO II

Declaração de elegibilidade para vacinação contra a hepatite A em contexto de pré-exposição

Para os devidos efeitos, declara-se que a pessoa com o nome _____, nascida em ___ / ___ / _____, com o número SNS _____, é elegível para vacinação contra a hepatite A, em contexto de pré-exposição, com a vacina _____ (monovalente ou combinada) contra a hepatite A, ao abrigo da Norma n.º ___/2025 de _____ da DGS.

A administração da vacina deverá cumprir o esquema vacinal e via de administração recomendados de acordo com a Norma n.º ___/2025 de _____ da DGS.

Nome do/a médico/a e número de cédula profissional:

Assinatura do/a médico/a

Estabelecimento/ Unidade de Saúde emissora:

Data de Emissão: ___ / ___ / _____

Nota: Esta declaração deve conter o carimbo da instituição ou a vinheta do médico. Poderá ser substituída por outra, emitida informaticamente, desde que contenha a mesma informação.

ANEXO III

Declaração de elegibilidade para vacinação contra a hepatite A em contexto de pós-exposição/surto hepatite A

Para os devidos efeitos, declara-se que a pessoa com o nome _____, nascida em ___ / ___ / _____, com o número SNS _____, é elegível para vacinação contra a hepatite A, em contexto de pós-exposição com a vacina _____ (monovalente ou combinada) contra a hepatite A ao abrigo da Norma n.º ___/2025 de _____ da DGS.

A administração da vacina deverá cumprir o esquema vacinal e via de administração recomendados de acordo com a Norma n.º ___/2025 de _____ da DGS

Nome do/a médico/a e número de cédula profissional:

Assinatura do/a médico/a

Estabelecimento/ Unidade de Saúde emissora:

Data de Emissão: ___ / ___ / _____

Nota: Esta declaração deve conter o carimbo da instituição ou a vinheta do médico. Poderá ser substituída por outra, emitida informaticamente, desde que contenha a mesma informação.

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

- A. O VHA é um membro do género Hepatovírus, dentro da família *Picornaviridae*. É um vírus pequeno, sem invólucro, com um genoma de ácido ribonucleico (RNA) linear de cadeia simples. O VHA possui apenas um serotipo, apesar da existência de vários genótipos e subgenótipos diferentes.¹⁹ O VHA é resistente a pH baixo e ao calor e temperaturas negativas, ficando inativado quando exposto a temperaturas iguais ou superiores a 81 °C durante 10 minutos.²⁰
- B. O VHA é eliminado nas fezes, podendo persistir no ambiente durante um período prolongado. Após a ingestão, o VHA penetra e replica-se na mucosa intestinal, entra na circulação sanguínea êntero-hepática atingindo as células hepáticas, para as quais possui um tropismo especial. O vírus não possui efeito citopático direto, mas a infeção induz respostas imunitárias inatas e adaptativas, que levam a um processo necroinflamatório agudo no fígado, que é normalmente autolimitado e não deixa sequelas.^{19,20,21}
- C. O período de incubação da hepatite A é geralmente de 14 a 28 (até 50) dias, sendo que o quadro clínico está frequentemente correlacionado com a idade: enquanto as crianças pequenas apresentam, geralmente, infeção assintomática, as crianças mais velhas e as pessoas adultas apresentam, frequentemente, doença sintomática.^{21,22}
- D. As manifestações clínicas são as da hepatite viral aguda, indistinguíveis da hepatite provocada por outros vírus.
- E. Os sintomas incluem mal-estar geral, fadiga, anorexia, vômitos, desconforto abdominal no hipocôndrio direito, diarreia e, menos frequentemente, febre, dores de cabeça, artralgia e mialgia. Níveis elevados das enzimas hepáticas, colúria e, por vezes, acolia e icterícia são manifestações características da hepatite viral aguda.^{20,21}
- F. A hepatite A tem cura completa em >99% dos casos, embora a recidiva dos sintomas tenha sido relatada em 3 a 20% dos casos clínicos.^{20,21}
- G. A hepatite recidivante caracteriza-se pela eliminação de VHA nas fezes e elevação das aminotransferases, após a primoinfeção, sendo que os sintomas recorrentes ocorrem, tipicamente, até 6 meses após a infeção anterior. Em alguns casos raros pode ocorrer insuficiência hepática aguda por VHA (cerca de 1 em cada 300 casos) que, ainda menos frequentemente, com evolução para "hepatite fulminante" (com encefalopatia) pode resultar em morte ou na necessidade de transplante hepático.^{20,21} Nalguns casos muito raros pode ocorrer transmissão no contexto de transfusão.
- H. A transmissão de VHA está associada a uma excreção extensa do vírus nas fezes, particularmente no final do período de incubação. A virémia prolongada é aproximadamente

¹⁹ Cuthbert JA. Hepatitis A: old and new. Clin Microbiol Rev. 2001;14(1):38-58.

²⁰ World Health Organization. WHO position paper on hepatitis A vaccines – October 2022 <http://www.who.int/wer>; 2022 7th October 2017. Contract No.: 40.

²¹ Abutaleb A, Kottlilil S. Hepatitis A: Epidemiology, Natural History, Unusual Clinical Manifestations, and Prevention. Gastroenterol Clin North Am. 2020;49(2):191-9.

paralela, embora em menor magnitude, à excreção do vírus nas fezes e pode durar até 6 meses ou mais.^{19,20,21}

- I. A infeção é mais comum em países de baixa e média renda com condições sanitárias e práticas higiénicas deficitárias, sendo que a maioria das crianças (90%) é infetada pelo vírus da hepatite A antes dos 10 anos de idade, na maioria das vezes sem sintomas. A incidência é baixa em países de renda alta com boas condições sanitárias e higiénicas.²²

Epidemiologia da hepatite A

- J. A endemicidade da hepatite A, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é determinada pela seroprevalência por faixa etária, que indica o grau de imunidade da população e a suscetibilidade a novas infeções. Regiões com alta seroprevalência têm infeções precoces na infância, geralmente assintomáticas, o que gera imunidade e reduz a ocorrência de surtos e casos graves. Em contrapartida, regiões com endemicidade intermédia ou baixa concentram maior número de suscetíveis entre pessoas adolescentes e adultas, elevando o risco de surtos e probabilidade de formas graves da doença. Em 2019, estimaram-se 159 milhões de casos agudos de hepatite A no mundo, com 39.000 mortes, sendo que a maior parte da carga da doença ocorreu em países de renda baixa e médio-baixa, especialmente na Ásia e África. Embora a incidência tenha aumentado ligeiramente entre 2010 e 2019, a mortalidade caiu 40% no mesmo período. Em países de alta renda, a baixa seroprevalência reflete melhores condições sanitárias, mas também implica maior risco de surtos e complicações clínicas quando o vírus circula entre adultos não imunizados.²³
- K. Em 2017, ocorreu um surto de hepatite A em Portugal, principalmente entre pessoas gay, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens (GBHSH), como também aconteceu noutros países europeus. Cerca de 86% dos casos ocorrem 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.
- L. Embora o maior surto tenha ocorrido em 2017, entre 2024 e 2025 registou-se um aumento inesperado de casos de hepatite A. A partir de 2024, a transmissão pessoa-a-pessoa tornou-se mais frequente, sendo a principal forma de transmissão em 2025.
- M. Desde o verão de 2024, o aumento de casos de hepatite A em 2025 esteve associado a dois surtos distintos: um associado a condições deficitárias de salubridade, que tem afetado, particularmente, a população infantil, com origem no Algarve e propagação para o Alentejo e Lisboa e Vale do Tejo; e outro no Norte, relacionado com transmissão sexual, sobretudo entre HSH.

²² World Health Organization. Hepatitis A <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>: World Health Organization; 2025 [cited 2025]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>

²³ World Health Organization. WHO position paper on hepatitis A vaccines – October 2022 <http://www.who.int/wer>; 2022 7th October 2017. Contract No.: 40.

- N. Considerando o aumento da atividade epidemiológica da hepatite A em Portugal desde o ano de 2024, verifica-se uma alteração significativa no padrão de ocorrência da doença, com a identificação de dois surtos distintos, com características epidemiológicas, sociodemográficas e genómicas diferentes.
- O. A ocorrência de dois surtos com perfis distintos e que afetam comunidades vulneráveis e grupos com maior risco de exposição reforça a necessidade de medidas urgentes e proporcionais de Saúde Pública, entre as quais se destaca a ampliação da cobertura vacinal contra hepatite A.

Perfil de Segurança das vacinas²⁴

- A. As vacinas disponíveis são seguras, não tendo sido reportados, ao sistema de Farmacovigilância, efeitos que suscitem alerta de segurança, para nenhuma das vacinas comercializadas em Portugal (Anexo I).

AVALIAÇÃO

A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional.

APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito da Unidade de Vacinas, Imunização e Produtos Biológicos, da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS), tendo por base o parecer da Comissão Técnica de Vacinação.
- B. Os peritos envolvidos na atualização da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- C. A presente Norma foi submetida à auscultação da Direção Executiva do SNS, I.P., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED), Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), Coordenadores Regionais de Vacinação, Autoridades de Saúde de âmbito Regional e Programa Nacional para as Hepatites Virais.

²⁴ A leitura da presente Norma não dispensa a consulta do RCM da vacina.