

HEPATITE A: PROTOCOLO DE ATUAÇÃO - PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS

Hepatitis A: Action protocol - post-exposure prophylaxis for healthcare workers at a Portuguese Hospital

Juliana Rodrigues¹, Filipa Duarte Costa², Bárbara Oliveira e Silva³, Joana Peixoto⁴, Pedro Matos⁵ e Sílvia Oliveira⁶

¹Serviço de Medicina do Trabalho; Unidade Local de Saúde do Alto Ave; jfrancisca12@gmail.com; ORCID 0009-0003-5192-8036

²Serviço de Medicina do Trabalho Unidade Local de Saúde do Alto Ave; filipacosta_101@hotmail.com; ORCID 0009-0001-4864-5882

³Serviço de Medicina do Trabalho; Unidade Local de Saúde do Alto Ave; bsos1996@gmail.com; ORCID 0009-0000-6371-9790

⁴Serviço de Medicina do Trabalho Unidade Local de Saúde do Alto Ave; joana.ff.peixoto@gmail.com; ORCID 0000-0003-1032-6090

⁵Serviço de Medicina do Trabalho Unidade Local de Saúde do Alto Ave; pedromiguelmatos@ulsaave.min-saude.pt; ORCID 0009-0004-6044-8429

⁶Serviço de Medicina do Trabalho Unidade Local de Saúde do Alto Ave; silviasousaoliveira@ulsaave.min-saude.pt

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, following the hepatitis A outbreak in 2017, an unexpected increase in cases was observed from 2024, persisting into 2025. During this period, person-to-person transmission became predominant, highlighting the need for preventive strategies and vaccination targeting healthcare professionals (HCPs) in hospital settings. **Objectives:** This protocol aims to review the clinical aspects that characterize the hepatitis A virus (HAV) and establish standardized procedures, based on scientific evidence, for the management of healthcare workers exposed to the hepatitis A virus, with a focus on their occupational protection and the prevention of intra-hospital transmission. **Methodology:** The protocol was developed based on a narrative review of the current literature, including national and international guidelines and scientific articles indexed in PubMed. **Results:** Hepatitis A is a viral infection transmitted via the fecal-oral route, with an average incubation period of 28 days. It is generally a self-limiting disease, and prevention is based on vaccination and the management of exposed professionals by Occupational Health Services (OHS). **Conclusions:** The recent outbreaks in Portugal, with distinct profiles, reinforce the need for urgent and standardized measures by the OHS. The implementation of this protocol contributes to greater protection of HCWs and a more effective response to future outbreaks in a hospital setting.

Keywords: Hepatitis A, Occupational Exposure, Healthcare Workers, Risk Groups, Vaccination.

RESUMO

Introdução: Em Portugal, após o surto de hepatite A em 2017, observou-se, a partir de 2024, um aumento inesperado de casos que se manteve até 2025. Durante este período, a transmissão pessoa-a-pessoa tornou-se predominante, evidenciando a necessidade de estratégias preventivas e de vacinação direcionadas a profissionais de saúde (PS) em ambiente hospitalar. **Objetivos:** Este protocolo visa rever os aspetos clínicos que caracterizam o vírus de hepatite A e estabelecer procedimentos padronizados, para a gestão de PS expostos ao vírus da hepatite A, com foco na sua proteção ocupacional e na prevenção da transmissão intra-hospitalar. **Metodologia:** A elaboração do protocolo baseou-se numa revisão narrativa da literatura atualizada, incluindo orientações nacionais e internacionais e artigos científicos indexados da PubMed.

Resultados: A hepatite A é uma infeção viral transmitida por via fecal-oral, com incubação média de 28 dias. Trata-se de uma doença geralmente autolimitada e a prevenção baseia-se na vacinação e na gestão de profissionais expostos, pelos Serviços de Saúde Ocupacional (SSO). **Conclusões:** Os surtos recentes em Portugal, com perfis distintos, reforçam a necessidade de medidas urgentes e uniformizadas pelos SSO. A implementação deste protocolo contribui para uma maior proteção dos PS e para uma resposta mais eficaz a futuros surtos em contexto hospitalar.

Palavras-chave: Hepatite A, Exposição Ocupacional, Profissionais de Saúde, Grupos de Risco, Vacinação.

1. INTRODUÇÃO

A hepatite A é causada pelo vírus da hepatite A (VHA). O VHA é um vírus do género *Hepatovirus* da família *Picornaviridae*. Foi identificado pela primeira vez em 1973 e os seres humanos são o único reservatório conhecido. Geralmente é transmitido pela via fecal-oral (por contato pessoa a pessoa ou consumo de alimentos ou água contaminados). A infeção por VHA é geralmente uma doença autolimitada que não evolui para cronicidade. A insuficiência hepática fulminante ocorre em menos de 1% dos casos. A infeção confere imunidade vitalícia e pode ser prevenida por vacinação. A hepatite A pode ocorrer esporadicamente ou de forma epidémica^{1,2,3}.

A hepatite A na Europa e em Portugal tem adquirido cada vez mais relevância em termos de saúde pública e saúde ocupacional devido ao aumento da sua incidência e do número de surtos que têm vindo a ocorrer nos últimos anos.

Globalmente, estima-se que ocorram anualmente cerca de 159 milhões de novas infeções pelo VHA, resultando em 39.000 mortes. Em 2017, ocorreu um surto de hepatite A em Portugal, principalmente entre pessoas gay, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens (GBSH), como também aconteceu noutros países europeus. Cerca de 86% dos casos ocorrem em homens e, em metade deles, a transmissão ocorreu por contacto sexual. 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. 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 HSH¹.

Embora qualquer pessoa possa ser infetada pelo VHA, certos indivíduos correm um risco acrescido de infeção e doença grave (como insuficiência hepática fulminante), nomeadamente, viajantes internacionais; HSH; consumidores de drogas ilícitas injetáveis ou não injetáveis; pessoas cujos empregos aumentam o risco de exposição e pessoas em situação de sem-abrigo. Outras condições, também podem colocar pessoas com maior risco de desenvolver doença grave, como indivíduos com doença hepática crónica (incluindo hepatite B e hepatite C) e vírus da imunodeficiência humana (VIH)^{2,3,4}. A proteção contra a infeção pelo VHA é proporcionada pela vacinação como profilaxia pós-exposição até duas semanas após o contacto⁵. Através da imunização, os grandes objetivos da DGS e da WHO são a redução da incidência de hepatite A em grupos vulneráveis e/ou com maior risco de exposição, a diminuição da morbi-mortalidade associadas à infeção e sobretudo a prevenção de surtos em contextos de risco acrescido e o controlo da transmissibilidade do vírus durante surtos, com vista à interrupção de cadeias de transmissão^{1,6,7,8,9,10,11}.

Neste sentido, torna-se emergente o desenvolvimento de um protocolo de atuação em caso de exposição a VHA por parte de profissionais de saúde. A carência de procedimentos uniformizados e protocolados de gestão em caso de surto intra-hospitalar torna este documento ainda mais relevante no controlo das cadeias de transmissão por parte dos Serviços de Saúde Ocupacional (SSO). Assim, o principal enfoque deste protocolo é a revisão dos aspetos clínicos que caracterizam a infeção pelo VHA, o desenvolvimento de orientações sobre a gestão de profissionais de saúde em caso de surto intra-hospitalar e a atuação em caso de pré e pós-exposição ao VHA por parte de PS. A principal finalidade foi produzir um protocolo replicável e adaptado ao contexto dos hospitais portugueses.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este protocolo foi elaborado com base na revisão narrativa da literatura mais atualizada das principais orientações internacionais e nacionais sobre prevenção, controlo e gestão pós-exposição da infeção por Hepatite A. Foram consultadas as normas e guias da Direção-Geral da Saúde (DGS), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Adicionalmente, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados MEDLINE/PubMed, utilizando as palavras-chave “hepatitis A” e “occupational exposure”. Definiram-se como critérios de inclusão artigos científicos (revisões e estudos originais) e normas de orientação clínica que abordassem aspetos diagnósticos e a gestão de contactos em ambiente hospitalar, com aplicabilidade prática à saúde ocupacional. Excluíram-se publicações desatualizadas face às recomendações internacionais mais recentes ou sem aplicabilidade ao contexto hospitalar português. Dos 20 artigos científicos selecionados e analisados, foram incluídos no total, 5 fontes documentais, publicadas entre 2016 e 2026. A evidência recolhida foi sintetizada de forma a fundamentar os algoritmos de decisão e as recomendações de gestão de aptidão laboral apresentadas neste protocolo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Clínica

A hepatite A tem um período de incubação médio de 28 dias (14–50 dias) e é transmitida principalmente por via fecal-oral, através de contacto pessoa-a-pessoa ou ingestão de alimentos ou água contaminados. Os indivíduos são contagiosos desde o final do período de incubação até cerca de uma semana após o aparecimento de icterícia. Em mais de 70% dos adultos surgem sintomas como náuseas, vômitos, febre, dor abdominal e posteriormente icterícia, acompanhados por elevação acentuada das aminotransferases e bilirrubina. A maioria dos doentes recupera completamente em 2 a 6 meses e a infeção não evolui para doença crónica nem permite reinfeção. Em casos raros pode ocorrer insuficiência hepática fulminante, sobretudo em pessoas com mais de 50 anos ou com doença hepática prévia^{1,2,6}.

Diagnóstico

O diagnóstico da infeção por VHA é estabelecido pela deteção de anticorpos IgM anti-VHA no soro. Os anticorpos IgM no soro são detetáveis no início dos sintomas, e permanecem detetáveis por aproximadamente três a seis meses. Os anticorpos séricos IgG aparecem precocemente na fase de convalescença da doença, permanecem detetáveis por décadas e estão associados à imunidade protetora vitalícia. A deteção de IgG anti-VHA na ausência de IgM anti-VHA reflete

infecção ou vacinação prévia. Exames de imagem geralmente não são indicados para o diagnóstico. Analiticamente a ALT e a bilirrubina total podem ajudar a suportar o diagnóstico^{2,3}.

O CDC não recomenda a realização de exames de rotina para hepatite A. No que concerne a serologia para VHA pré-vacinação, na maioria dos casos, não é recomendado realizar testes serológicos à hepatite A antes da vacinação. No entanto, pode-se considerar essa possibilidade em casos específicos, quando o custo da vacinação de pessoas que já estão imunes é uma preocupação^{2,3,4}.

Como a hepatite A constitui uma doença de declaração obrigatória em Portugal, todos os casos suspeitos ou confirmados devem ser notificados à autoridade de saúde através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE)¹.

Tratamento

O tratamento consiste em cuidados de suporte (reforço da hidratação, dieta leve, repouso durante a fase sintomática, tratar sintomas como náuseas, febre, prurido...). Devem ser evitados medicamentos que possam causar danos hepáticos ou que são metabolizados pelo fígado. Em alguns casos, indivíduos com sintomas severos podem necessitar de internamento. Doentes com insuficiência hepática fulminante geralmente requerem transplante hepático³.

Prevenção

Atualmente, existem 3 vacinas contra a hepatite A disponíveis em Portugal, nos contextos de pré-exposição, pós-exposição e de surto: 2 vacinas monovalentes, disponíveis em duas dosagens (dose de pessoa adulta e dose pediátrica): Vaqta® e Havrix® e 1 vacina combinada contra a hepatite A e B, disponível em dose de pessoa adulta: Twinrix Adulto®, que 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 vacinal¹.

Em todos os exames médicos de admissão, o médico de trabalho deve averiguar a existência de registos de vacinação prévios, bem como a existência de história prévia de infeção por VHA (história credível ou presença de IgG anti-VHA).

Se o PS não apresentar registo vacinal e não apresentar história de infeção, deve realizar o esquema vacinal em contexto de pré-exposição se apresentar pelo menos um dos seguintes critérios (segundo as *guidelines* mais recentes^{1,2,3,4}):

- PS com contacto direto e continuado com pessoas com hepatite A em fase aguda;
- PS com risco ocupacional aumentado no que concerne ao contacto com fezes ou à prestação de cuidados de higiene a doentes (como por exemplo, médicos, enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde do Serviço de Gastrentereologia, Serviço de Cirurgia Geral/Proctologia; Serviço de Medicina Interna, Serviço de Pediatria; auxiliares de lavandaria, entre outros)
- PS envolvidos na colheita e processamento de produtos biológicos de casos suspeitos ou confirmados de hepatite A (como por exemplo, técnicos de laboratórios de microbiologia/virologia).

Em contexto de pré-exposição e face ao contexto epidemiológico nacional recomenda-se a administração de 1 dose da vacina monovalente contra hepatite A a pessoas não imunes¹.

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^{1,2}.

Investigação de Surto

Em contexto de pós-exposição/surto torna-se, portanto, fulcral, em primeiro plano, definir o período de contagiosidade do doente índice (definido pelo final do período de incubação até cerca de uma semana após o aparecimento de icterícia).

Em segundo lugar, é importante definir quais são os contactos de risco com o caso índice, em ambiente hospitalar. Assim, são definidos como contactos de risco/contactos próximos de casos confirmados de Hepatite A em ambiente hospitalar, os PS:

- assintomáticos em contacto direto com fezes ou material biológico contaminado do caso índice (como por exemplo, os técnicos auxiliares de saúde e enfermeiros que prestaram cuidados pessoais ao doente sem EPI's adequados);
- assintomáticos durante manipulação de amostras laboratoriais com VHA sem EPI's adequados (como por exemplo, trabalhadores do laboratório que manipulem amostras de fezes).

Em caso de confirmação de hepatite A num doente ou PS, as chefias de serviço devem fornecer ao SSO a lista de PS considerados contactos próximos de acordo com as definições acima descritas.

Perante a decisão de vacinação como medida preventiva após exposição a um caso confirmado de Hepatite A, é necessário em terceiro lugar, definir o estado imunitário do PS.

O **PS é considerado imune ao VHA** se cumprir pelo menos 1 das seguintes condições:

- Infecção prévia por VHA documentada;
- 1 dose de vacina monovalente contra a hepatite A, ou equivalente, administrada há ≤ 12 meses;
- 2 doses de vacina monovalente contra a hepatite A, ou equivalente, independentemente da data de administração¹.

São considerados **PS não imunes ao VHA**:

- PS sem história de infecção prévia pelo VHA;
- PS sem registo de vacinação prévia contra a hepatite A;
- PS com registo de uma administração de vacina contra a hepatite A há mais de 12 meses e com serologia negativa¹.

Após investigação do estado imunitário dos PS, deve ser definida a abordagem pós-exposição:

- **PS imunes:**

- Não necessita de PPE;

- **PS não imunes:**

- A vacinação deve ser feita o mais precocemente possível após a última exposição, idealmente até 14 dias após a exposição, devendo ser implementada com carácter prioritário. Recomenda-se a administração de 1 dose da vacina monovalente contra hepatite A aos contactos próximos de casos confirmados, não imunes, desde que assintomáticos. A administração de imunoglobulina humana normal (IgHN) pode ser ponderada, em situações específicas, nomeadamente quando a vacina esteja indisponível ou contraindicada. Quando indicada, a administração também deverá ser efetuada até 14 dias após a exposição.

- **PS em situação de imunidade desconhecida**

- São consideradas pessoas em situação de imunidade desconhecida aquelas com registo de 1 dose de vacina monovalente contra a hepatite A, ou equivalente, administrada há mais de 12 meses e sem serologia que comprove imunidade. Nestas situações, recomenda-se a realização de teste serológico antes da decisão de vacinação ou imunoglobulina.

Aptidão para o Trabalho

Perante um PS com hepatite A clinicamente sintomática deverá ser emitida uma ficha com inaptidão temporária em média durante o período de 1 semana após o surgimento da icterícia. Após este timing, deverá ser reavaliado pelo Médico do Trabalho para decisão da aptidão mediante evolução clínica.

PS imunes - Não são necessárias restrições laborais, sendo considerado aptos para a função. Podem manter a sua atividade assistencial, incluindo cuidados diretos a doentes. Deve ser promovida a autovigilância de sinais ou sintomas.

PS não imunes - Não são necessárias restrições laborais, sendo considerados aptos para a função. Podem manter a sua atividade assistencial, incluindo cuidados diretos a doentes, com reforço das medidas de higiene e autovigilância de sinais e sintomas.

PS em situação de imunidade desconhecida - Não são necessárias restrições laborais, sendo considerados aptos para a função. Podem manter a sua atividade assistencial, incluindo cuidados diretos a doentes, com reforço das medidas de higiene e autovigilância de sinais e sintomas.

CONCLUSÃO

A atividade epidemiológica da hepatite A tem vindo a crescer cada vez mais, quer a nível europeu, quer em Portugal. Nos últimos anos, registamos surtos de hepatite A com diferentes vias de transmissibilidade, diferenças geográficas e até sociodemográficas, verificando-se desde o ano de 2024 uma alteração considerável no padrão de ocorrência da doença. Estas diferenças, bem como a existência medidas de prevenção e PPE eficazes, através da vacinação (que confere imunidade vitalícia), vem reforçar a necessidade da implementação, divulgação e execução de documentos protocolados com procedimentos uniformizados de gestão em caso de exposição ou surto, nomeadamente a nível hospitalar. A implementação destas medidas promove a proteção dos profissionais e dos doentes mais vulneráveis, reduz a probabilidade de transmissão secundária e contribui para a manutenção dos objetivos nacionais e europeus de eliminação da doença. Este protocolo, ajustado à realidade e especificidades dos hospitais portugueses, assume-se como uma ferramenta fundamental para uma intervenção eficaz, segura e sustentada na evidência científica.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradece-se a todo o corpo clínico do Serviço de Saúde Ocupacional. O presente artigo não recebeu nenhum financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Direção-Geral da Saúde. (2025). *Norma n.º 007/2025, de 31/07/2025: Estratégia de imunização contra a hepatite A* (atualizada a 15/10/2025). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072025-de-31072025-estrategia-de-imunizacao-contr-a-hepatite-a-pdf.aspx>
2. Centers for Disease Control and Prevention. (2025, August 29). *Clinical overview of hepatitis A*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/hepatitis-a/hcp/clinical-overview/index.html>
3. Centers for Disease Control and Prevention. (2025, January 31). *Clinical care of hepatitis A*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/hepatitis-a/hcp/clinical-care/index.html>

4. Centers for Disease Control and Prevention. (2025, January 31). *Hepatitis A vaccine administration*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/hepatitis-a/hcp/vaccine-administration/index.html>
5. Hu, X., Collier, M. G., & Xu, F. (2020). *Hepatitis A outbreaks in developed countries: Detection, control, and prevention*. *Foodborne Pathogens and Disease*, 17(3), 166–171. <https://doi.org/10.1089/fpd.2019.2648>
6. World Health Organization. (2025, February 12). *Hepatitis A* (Fact sheet). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
7. Wiseman, R., Weil, L. M., Lozano, C., Johnson, T. J., Jr., Jin, S., Moorman, A. C., Foster, M. A., Mixson-Hayden, T., Khudyakov, Y., Kuhar, D. T., & Graves, J. (2016). Notes from the field: Health care–associated hepatitis A outbreak — Texas, 2015. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(16), 421–422.
8. Oza, H. H., Lee, M. G., Boisson, S., Pega, F., Medlicott, K., & Clasen, T. (2022). Occupational health outcomes among sanitation workers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 240, 113907.
9. Lang, F., Schoene, K., Goessler, F., Rose, D.-M., & Kegel, P. (2022). Hepatitis A and hepatitis B infection risk among employees at schools for disabled pupils. *Scientific Reports*, 12, 20134.
10. Girish, V., Grant, L. M., & John, S. (2024). Hepatitis A. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>
11. Adjei-Gyamfi, S., Asirifi, A., Asobuno, C., & Korang, F. K. (2024). Knowledge and occupational practices of beauticians and barbers in the transmission of viral hepatitis: A mixed-methods study in Volta Region of Ghana. *PLOS ONE*, 19(7), e0306961.