

Nota Técnica: Vacina herpes-zóster inativada recombinante (Shingrix®) — 29/09/2025

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO)
Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI)
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)
Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)
Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO)
Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD)
Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)
Sociedade Brasileira de Genética Médica e Genômica (SBGM)
Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm)
Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI)
Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC)
Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT)
Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR)
Sociedade Brasileira de Terapia Celular e Transplante de Medula Óssea (SBTMO)
Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)

Introdução

O herpes-zóster (HZ) é causado pela reativação do vírus varicela-zóster, latente no organismo após infecção prévia. A doença é caracterizada por uma erupção cutânea localizada, em geral dolorosa, envolvendo um ou poucos dermatômos adjacentes. A principal complicação é a neuralgia pós-herpética, dor que pode se estender por um período prolongado depois da resolução do rash cutâneo. A depender da intensidade dos sintomas, o quadro pode ter grande impacto na qualidade de vida e levar à incapacidade física, perda de autonomia e/ou depressão.

O HZ é uma enfermidade frequente, cuja incidência tem crescido em todo o mundo, e alguns relatos mostram aumento durante a pandemia de covid-19. Apesar de poder

atingir indivíduos de qualquer idade, a probabilidade de HZ aumenta com o envelhecer, em especial a partir dos 50 anos. Os riscos também são mais elevados em pessoas imunocomprometidas, a exemplo das que vivem com HIV/Aids, transplantadas, pacientes com câncer e em uso de drogas imunossupressoras. A incidência de HZ entre jovens imunocomprometidos, inclusive, é bastante superior à verificada em pessoas acima de 50 anos sem comprometimento imune além da idade.

Carga da Doença

Em nível global, estudos indicam que a maioria dos adultos com idade ≥ 40 anos já possui evidências sorológicas de infecção pelo vírus varicela-zoster (VVZ), o que os coloca em risco de desenvolver HZ ao longo da vida. Nos Estados Unidos, Austrália e Europa, mais de 94% da população apresenta evidências sorológicas de infecção nas primeiras quatro décadas de vida.

O risco cumulativo de desenvolver HZ ao longo da vida é de aproximadamente 30%, aumentando significativamente após os 50 anos de idade. Em pessoas com 85 anos ou mais, podendo atingir até 50%. Resultados de uma meta-análise mostraram que a incidência cresce de forma marcante em faixas etárias mais avançadas, variando de 5,15 casos por 1.000 pessoas-ano (IC 95%: 4,58–5,78) entre indivíduos de 50 a 54 anos para 11,27 casos por 1.000 pessoas-ano (IC 95%: 10,17–12,50) em indivíduos com 80 anos ou mais.

Em pacientes imunocomprometidos (IC), o quadro clínico e as erupções cutâneas podem ser mais graves, com duração prolongada e risco aumentado de desenvolver a doença disseminada. Os pacientes IC também têm maior risco de desenvolver HZ recorrente em comparação com indivíduos imunocompetentes.

Além disso, as complicações do HZ, especialmente a neuralgia pós-herpética (NPH), tornam-se mais frequentes com o avanço da idade. Comorbidades como doença

pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças cardiovasculares, doença renal crônica e diabetes também são apontadas como fatores de risco adicionais para o desenvolvimento de HZ.

Complicações do herpes-zóster

Neuralgia Pós-Herpética (NPH)

Complicação dolorosa mais comum, ocorre em 5% a 30% dos casos. É definida por dor persistente por ≥ 90 dias após a erupção cutânea.

Herpes Zoster Oftálmico (HZO)

Afeta de 10% a 25% dos indivíduos. Pode causar ceratite, glaucoma, uveíte, necrose retiniana e até cegueira em 50% a 90% dos casos.

- Estudo na Nova Zelândia com 869 pacientes mostrou que 26,9% apresentaram perda total ou parcial da visão; 9,6% tiveram perda permanente e 3,6% desenvolveram perda grave;
- Fatores de risco para perda grave: idade avançada (HR 1,1; $p=0,001$), imunossupressão (HR 3,1; $p=0,028$), baixa acuidade visual inicial (HR 2,8; $p=0,002$) e uveíte (HR 4,8; $p=0,004$);
- Associado a complicações cerebrovasculares: risco de AVC aumenta 1,3–1,9 vezes nos primeiros três meses após o HZ.

Complicações neurológicas

- Cerebral (AVC): associado à reativação do VVZ em artérias cerebrais.
- Complicações cutâneas e viscerais disseminadas: especialmente em pacientes imunocomprometidos.

Outras complicações

Prurido pós-herpético crônico, doenças cutâneas ou viscerais disseminadas, risco de infarto agudo do miocárdio (IAM) 1,7 vez maior até seis meses após HZ.

Recorrência do HZ

- Estudo nos EUA: taxa de recorrência de 6,2% após 8 anos, semelhante ao risco de um primeiro episódio.
- Risco maior em imunocomprometidos, pacientes com dor ≥ 30 dias no episódio inicial, mulheres e ≥ 50 anos.

Hospitalização por HZ

- EUA, Austrália, Alemanha: taxas de hospitalização entre 10–31/100.000 pessoas-ano (60–69 anos) e 65–100/100.000 pessoas-ano (≥ 80 anos).
- Itália:
 - Diagnósticos primários $\rightarrow$ 10,3 (HZ) e 1,9 (NPH)/100.000 pessoas-ano.
 - Primários + secundários $\rightarrow$ 17,5 (HZ) e 2,9 (NPH)/100.000 pessoas-ano.
 - Estimativa anual: 2.829 hospitalizações em adultos ≥ 15 anos, das quais 92,3% são em ≥ 50 anos.
 - NPH representa 16,9% das internações, aumentando progressivamente nos idosos.

Epidemiologia

Na América Latina, a epidemiologia e a carga do HZ ainda são pouco documentadas. Estudos regionais estimam que a incidência cumulativa anual esteja entre 318 e 3.423 casos por 100.000 pessoas e que a densidade de incidência seja de 6,4 a 36,5 casos por 1.000 pessoas-ano — a idade superior a 50 anos é o fator de risco mais significativo. As taxas de hospitalização observadas variam de 3% a 35,7%, com taxas de mortalidade mais altas em mulheres, independentemente da faixa etária e país. Complicações como neuralgia pós-herpética, herpes zoster oftálmico e síndrome de Ramsay Hunt foram mais prevalentes em indivíduos imunossuprimidos do que em imunocompetentes.

Vacinação

Vacina herpes-zóster atenuada – Zostavax®

Até meados de 2022, a única vacina disponível para prevenir o HZ e suas complicações no Brasil era a Zostavax® (MSD). Descontinuada no Brasil, era elaborada a partir de vírus vivos atenuados, administrada em dose única por via subcutânea, e licenciada para adultos imunocompetentes acima de 50 anos de idade. O calendário de vacinação SBIm Idoso recomendava a Zostavax® na rotina a partir dos 60 anos. No entanto, a vacina era contraindicada para imunocomprometidos, salvo algumas exceções listadas em bula que deviam ser avaliadas pelo médico. Embora a eficácia e a proteção diminuíssem com o passar do tempo, o fabricante não preconizava doses de reforço.

Vacina herpes-zóster recombinante (VZR)

Em outubro de 2017, foi aprovada nos Estados Unidos uma nova vacina para HZ, a Shingrix® (GSK). Trata-se de uma vacina inativada, constituída da glicoproteína E recombinante — um antígeno importante do vírus varicela-zóster —, em combinação com o adjuvante AS01. Está indicada para pessoas com imunocomprometimento a partir de 18 anos de idade e adultos com 50 anos ou mais. A vacina chegou ao Brasil em junho de 2022 e, até o momento, pode ser encontrada apenas em serviços privados de imunização.

Eficácia em Grupos Especiais

Receptores de transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas (aHSCT, ≥18 anos)

- Contra HZ: 68,2% (71,8% entre 18–49a; 67,3% ≥50a);
- Contra hospitalizações relacionadas ao HZ: 84,7%;
- Contra NPH: 89,3%;
- Redução de 38% na duração da dor intensa.

Pacientes com neoplasias hematológicas (≥18 anos)

- Contra HZ: 87,2%;
- Resposta humoral: 65,4%;
- Resposta celular: 83,7% após duas doses.

Pacientes com tumores sólidos (≥18 anos, pré/durante quimioterapia)

- Resposta humoral: >80%;
- Resposta celular: 50%;
- Melhor imunogenicidade em vacinados antes da quimioterapia.

Pacientes com transplante renal (imunossuprimidos crônicos)

- Resposta humoral: 80,2%;
- Resposta celular: 71,4% após duas doses;
- Anticorpos e células T mantiveram-se elevados até 12 meses.

Pacientes vivendo com HIV (≥18 anos, ≥1 ano de diagnóstico)

- Resposta celular: 90% após 3ª dose, persistindo em 64,5% após 1 ano;
- Resposta humoral: 92,3–98,1% após 3 doses; anticorpos mantidos até o mês 18.

Proteção ao longo do tempo

Um estudo que avaliou a eficácia da vacina recombinante adjuvada contra o herpes zoster (RZV) por até 11 anos apontou que, durante o período de seguimento, a eficácia contra HZ foi de 79,8% (IC 95%: 73,7–84,6) em indivíduos ≥50 anos e de 73,2% (IC 95%: 62,9–80,9) em indivíduos ≥70 anos. A eficácia vacinal, desde a segunda dose aplicada 1 mês após a primeira dose até 11 anos de seguimento, foi de 87,7% (IC 95%: 84,9–90,1) em participantes ≥50 anos, mantendo-se em 82,0% (IC 95%: 63,0–92,2) no final do estudo.

Recomendações da SBIm

Indicação

A vacina herpes-zóster recombinante (VZR) – Shingrix® pode ser usada independentemente de histórico de varicela ou de vacinação prévia com a vacina herpes-zóster atenuada.

Maiores de 50 anos de idade (rotina)

Nos estudos pivotais, a VZR inativada demonstrou mais de 90% de eficácia na prevenção de episódios agudos, mesmo entre idosos acima de 70 anos de idade. Por essa razão, tornou-se a vacina preferencial para a prevenção do HZ em adultos acima de 50 anos.

Indivíduos a partir de 18 anos com comorbidades específicas

Recomenda-se considerar a vacinação devido ao maior risco de complicações, especialmente em pessoas com diabetes, cardiopatia e/ou pneumopatia, doença renal crônica, HIV/AIDS, erros inatos da imunidade, doenças oncológicas em atividade, doenças autoimunes que causem imunossupressão, em uso de drogas imunossupressoras, candidatas a transplante ou transplantadas de órgãos sólidos, bem como transplantadas de células-tronco hematopoiéticas.

A disponibilidade de uma vacina inativada representa um novo e excepcional instrumento de prevenção contra o herpes-zóster para pessoas a partir de 18 anos com imunocomprometimento ou em outras situações de risco para herpes-zóster, como diabetes. Já foram publicados estudos que demonstraram eficácia de 68,2% em pacientes transplantados de medula óssea e de 87,2% em pacientes com tumores malignos hematológicos.

Esquema de doses

Rotina

- Duas doses (0,5 ml, por via intramuscular), com intervalo de dois meses (0-2 meses). Caso seja necessário alterar o esquema padrão, pode ser adotado um intervalo de até seis meses;
- O intervalo mínimo permitido é de quatro semanas entre as doses;
- Doses aplicadas com intervalos inferiores devem ser desconsideradas;
- Não há necessidade de reiniciar a série caso o intervalo seja estendido inadvertidamente por mais de seis meses.

Pessoas com imunocomprometimento

O esquema de vacinação é o mesmo recomendado para pessoas sem imunocomprometimento, mas algumas precauções devem ser observadas:

- Pacientes com transplante de medula óssea: administrar a vacina HZR de seis a 12 meses após o transplante. De preferência, dois meses antes da descontinuação da medicação antiviral;
- Receptores de transplantes de órgãos sólidos: quando possível, administrar a vacina antes do transplante — o intervalo mínimo entre as doses é de quatro semanas. Caso a vacinação prévia não seja viável, recomenda-se aguardar de seis a 12 meses após o procedimento, preferencialmente quando a dosagem de drogas imunossupressoras for baixa (somente de manutenção) e na ausência de doença do enxerto contra hospedeiro (rejeição);
- Pacientes com câncer: quando possível, administrar a vacina antes do início da quimioterapia, tratamento com imunossupressores, radioterapia ou esplenectomia. Se não houver disponibilidade de tempo, vacinar no melhor

momento para o paciente, quando a imunossupressão mais intensa tiver cessado;

- Pacientes em uso de anticorpos monoclonais (anticélulas B, como rituximab, por exemplo): a vacina deve ser administrada pelo menos quatro semanas antes da próxima dose;
- Pacientes vivendo com HIV/Aids: pacientes que estiverem com níveis mais elevados de linfócitos CD4 e carga viral do HIV sob controle terão uma resposta imune melhor às vacinas em geral. O uso de antirretrovirais também melhora a resposta imune às vacinas. Por outro lado, pacientes com estado imune pior e HIV mais avançado têm maior risco de zóster. Nesses casos, cabe ao médico avaliar o melhor momento para a vacinação;
- Pacientes com doenças autoimunes: quando possível, administrar a vacina antes de iniciar imunossupressão mais agressiva.

Uso após quadro de herpes-zóster

A vacina inativada também está recomendada para pacientes que já apresentaram quadro de HZ. Pela raridade de recorrência da doença em curto prazo, a SBIm sugere que a vacinação seja realizada a partir de seis meses após um episódio agudo de herpes-zóster. Caso o profissional avalie que há risco de perda de oportunidade vacinal, não há necessidade de aguardar o prazo: a recomendação pode ser feita logo após a resolução do quadro.

Uso em pessoas que receberam a vacina herpes-zóster atenuada

A eficácia da Zostavax® diminui significativamente com o tempo, especialmente em pacientes mais velhos (≈41% entre 70–79 anos e apenas 18% em ≥80 anos nos primeiros 3 anos). Por isso, para ampliar a proteção, deve ser considerada a possibilidade de iniciar o esquema da Shingrix® em pessoas já vacinadas com a Zostavax®. O intervalo mínimo entre as duas vacinas é de dois meses.

Importante: A vacinação prévia com a vacina atenuada não deverá ser considerada como primeira dose do esquema. São necessárias duas doses da Shingrix®, com intervalo de dois meses.

Uso com medicações antivirais

Alguns pacientes com elevado risco para HZ têm indicação de uso profilático de antivirais como aciclovir, famciclovir ou valaciclovir. Na medida em que a Shingrix® é inativada, não há restrição à aplicação concomitante ao uso de antivirais.

Uso em gestantes e nutrízes

Não há experiência de uso em gestantes até o momento, portanto, a vacinação não está recomendada como rotina. Entretanto, vacinas inativadas, recombinantes e de subunidade não representam quaisquer riscos para nutrízes ou seus bebês, de modo que, quando indicadas, podem ser usadas nessas situações.

Uso simultâneo com outras vacinas

O uso simultâneo da vacina HZ inativada com as vacinas influenza, pneumocócicas e tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa) foi estudado e mostrou-se seguro, sem qualquer interferência na resposta imune às vacinas.

Eventos adversos

Os eventos adversos mais comuns são os locais (dor, edema e vermelhidão), geralmente de intensidade leve a moderada e transitórios. Cansaço, calafrios, febre e mialgia também são eventos adversos sistêmicos descritos, que se resolvem com analgésicos comuns.

Referências

- Anderson DVM, Masters NB, Guo A, Shepersky L, Leidner AJ, Lee GM et al. Use of recombinant zoster vaccine in immunocompromised adults aged >19 years: Recommendations of the advisory committee on Immunization practices- United States, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022;71(3):80-84.
- Bastidas A, de la Serna J, El Idrissi M, et al.; ZOE-HSCT Study Group Collaborators. Effect of recombinant zoster vaccine on incidence of herpes zoster after autologous stem cell transplantation: a randomized clinical trial. *JAMA* 2019;322:123–33.
- Bardach AE, Palermo C, Alconada T, Sandoval M, Balan DJ, Nieto Guevara J, et al. Herpes zoster epidemiology in Latin America: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2021 Aug 12;16(8):e0255877. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255877>
- Bollaerts K, Riera-Montes M, Heininger U, Hens N, Ouverain A, Verstraeten T, et al. A systematic review of varicella seroprevalence in European countries before universal childhood immunization: deriving incidence from seroprevalence data. *Epidemiol Infect.* 2017 Oct;145(13):2666–77.
- CDC – Center for Disease Control and Prevention. Considerations for use of recombinant zoster vaccine (RZV, Shingrix) in immunocompromised adults aged >19 years. Disponível em <https://www.cdc.gov/shingles/hcp/vaccine-considerations/index.html#:~:text=Immunocompromised%20adults%2019%20years%20and,6%20months%20after%20the%20first>. Acesso em 25/09/2025
- Curran D, Callegaro A, Fahrbach K, Neupane B, Vroiling H, van Oorschot D, et al. Meta-Regression of Herpes Zoster Incidence Worldwide. *Infect Dis Ther.* 2022 Feb;11(1):389–403.
- Dagnew AF, Ilhan O, Lee WS, et al.; Zoster-039 Study Group. Immunogenicity and safety of the adjuvanted recombinant zoster vaccine in adults with hematological malignancies: a phase 3, randomized, clinical trial and posthoc efficacy analysis. *Lancet Infect Dis* 2019;19:988–1000.
- Dooling KL, Guo A, Patel M, Lee GM, Moore K, Belongia EA, Harpaz R. Recommendations of the Advisory Committee on Immunizations Practices for use of zoster vaccines. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67:103-108.
- Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, Gnann JW, Levin MJ, Backonja M, et al. Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis an Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2007 Jan;44 Suppl 1:S1-26.

Erskine N, Tran H, Levin L, Ulbricht C, Fingerroth J, Kiefe C, et al. A systematic review and meta-analysis on herpes zoster and the risk of cardiac and cerebrovascular events. PLoS One. 2017;12(7):e0181565.

Harpaz R, Ortega-Sanches IR, Seward JF. Advisory Committee on Immunization Practices; CDC. Prevention of Herpes Zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 2008;57(No. RR-5):1-30. PMID:1852318

Hope-simpson et al. The nature of herpes zoster: a long-term study and a new hypothesis. Proc R Soc Med. 1965 Jan;58(1):9-20.

Johnson RW, Rice ASC. Clinical practice. Agosto 2025 Postherpetic neuralgia. N Engl J Med. 2014. Oct;371(16):1526-33

Kawai K, Gebremeskel BG, Acosta CJ. Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: towards a global perspective. BMJ Open. 2014; 4(6):e004833.

Kurland MJ, St Sauver JL, Saddier P. Herpes zoster recurrences more frequent than previously reported. Mayo Clin Proc. 2011. Feb;86(2):88-93.

Lal H, Cunningham AL, Godeaux O, Chlibek R, Diez-Domingo J, Hwang S-j et al. Efficacy of na adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. N Engl J Med 2015;372(22):2087-2096.

Marra F, Parhar K, Huang B, Vadlamudi N. Risk Factors or Herpes Zoster Infection: A Meta-Analysis. Open fórum Infect Dis. 2020 Jan;7(1):ofaa005.

Mc Kay SL, Guo A, Pergam AS, Dooling K. Herpes Zoster risk in immunocompromised adults in the United States: a systematic review. Clin Infect Dis 2020;71(7): e125-e134.

Minassian C, Thomas SL, Smeeth L, Douglas I, Brauer R, Langan SM. Acute Cardiovascular Events after Herpes Zoster: A Self-Controlled Case Series Analysis in Vaccinated and Unvaccinated Older Residents of the United States. PLoS Med. 2015 Dec;12(12):e1001919.

Mueller NH, Gilden DH, Cohrs RJ, Mahalingam R, Nagel MA. Varicella zoster virus infection: clinical features, molecular pathogenesis of disease, and latency. Neurol Clin. 2008 Aug;26(3):675-97, viii.

Niederer RL, Meyer JJ, Liu K, Danesh-Meyer H V. Herpes Zoster Ophthalmicus Clinical Presentation and Risk Factors for Loss of Vision. Am J Ophthalmol. 2021 Jun;226:83-9.

Schmader K. Herpes Zoster in older adults. Clin Inf Dis 2001;32(10): 1481-1486

Sociedade Brasileira de imunizações (SBIm). Calendários de Vacinação SBIm. Adulto – Idoso – Especiais. Disponível em <https://sbim.org.br/calendario-de-vacinacao>. Acesso em 25/09/2025.

Thompson RR, Kong CL, Porco TC, Kim E, Ebert CD, Acharya NR. Herpes Zoster and postherpetic neuralgia: Changing incident rates from 1994 to 2018 in the United States. Clin Inf Dis 2021;73(9); e3210-3217.

Tseng HF, Bruxvoort K, Ackerson B, Luo Y, Tanenbaum H, Tian Y, et al. The Epidemiology of Herpes Zoster in Immunocompetent, Unvaccinated Adults ≥ 50 Years Old: Incidence, Complications, Hospitalization, Mortality, and Recurrence. J Infect Dis. 2020 Aug;222(5):798–806.

Volpi A. Severe complications of herpes zoster. Herpes. 2007 Sep;14 Suppl 2:35–9.14.

Wareham DW, Breuer J. Herpes zoster. BMJ. 2007 Jun;334(7605):1211–5.

Yawn BP, Wollan PC, Kurland MJ, St Sauver JL, Saddier P. Herpes zoster recurrences more frequent than previously reported. Mayo Clin Proc. 2011 Feb;86(2):88–93