

Vacinação contra a Herpes Zoster: evidências, segurança e papel do farmacêutico

Autoras: Pamela Alejandra Saavedra¹ e Emília Vitória da Silva²
Revisão: Dayani Galato²

1. Farmacêutica do Conselho Federal de Farmácia e Estagiária de Pós-Doutoramento no Programa de Pós-Graduação em Assistência farmacêutica, Universidade de Brasília.
2. Professoras permanentes do Programa de Pós-Graduação em Assistência farmacêutica, Universidade de Brasília.

A vacinação contra a herpes zoster (HZ) representa um marco na prevenção de uma das infecções virais mais dolorosas e incapacitantes em adultos ^{5,8}. Atualmente, existem três tipos principais de vacinas: a vacina de vírus vivo atenuado (Zostavax®) ², a vacina recombinante (Shingrix®) e a vacina inativada, indicada para pessoas imunossuprimidas.

A Zostavax®, derivada da cepa Oka/MSD, contém uma concentração 14 vezes maior de vírus atenuado do que a vacina de varicela ^{2,3}. Sua eficácia varia de 50% a 70% ⁵, com redução da incidência da dor, também conhecida como neuralgia pós-herpética (NPH), em até 66% ^{2,5}. Entretanto, a proteção decresce com a idade e ao longo do tempo — chegando a apenas 18% em maiores de 80 anos ⁵. Por ser uma vacina de vírus vivo, está contraindicada em pessoas com imunossupressão, nos quais casos de HZ disseminado foram relatados ⁵, essa vacina já esteve disponível no Brasil, mas sua comercialização foi descontinuada em 2022.

A vacina recombinante (Shingrix®), composta pela glicoproteína E do vírus Varicella-zoster e o adjuvante AS01B, representa avanço significativo em imunogenicidade e segurança ². **Sua eficácia ultrapassa 97% em indivíduos ≥50 anos e mantém proteção de longo prazo (até 10 anos)** ^{2,3,6}. Mesmo em pessoas imunossuprimidas, a vacina Shingrix® demonstrou 81% de redução na incidência de HZ em comparação ao placebo ⁶. Embora mais reatogênica, com alta frequência de reações locais (85%) e sintomas sistêmicos leves (66%), a taxa de eventos adversos graves é semelhante à observada em vacinas convencionais (estudo ZOE-50).

Pesquisadores compararam o risco relativo da síndrome de Guillain-Barré após a vacinação com vacina recombinante versus vacina de vírus vivo atenuado, durante um período de risco pós-vacinação de 1 a 42 dias e um período de controle de 43 a 183 dias. Os pesquisadores identificaram um risco atribuível de 3,13 (IC 95%: 0,62–5,64) casos em excesso por milhão de doses administradas nos primeiros 42 dias após a vacinação ⁵, mas os benefícios superaram amplamente os riscos, conforme avaliação Comitê Consultivo sobre Práticas de Imunização (*Advisory Committee on Immunization Practices ACIP*) e da FDA (*Food and Drug Administration*) ^{1,5}.

A adesão completa ao esquema de duas doses (intervalo de 2 a 6 meses) é crucial para garantir a efetividade. Estudos apontam que intervenções conduzidas por farmacêuticos, como lembretes eletrônicos e contatos telefônicos, aumentam a taxa de conclusão vacinal e reduzem o tempo entre as doses ⁷.

Além de administradores, os farmacêuticos e demais profissionais de saúde são mediadores-chave na educação vacinal. O esclarecimento sobre eficácia, segurança, possíveis reações e custo-benefício da imunização contribui para superar barreiras de hesitação vacinal — frequentemente relacionadas à percepção equivocada de que o HZ é uma condição leve ou inevitável com a idade ^{4,8}.

Em síntese, a vacinação contra o HZ deve ser encarada como intervenção prioritária de saúde pública em populações envelhecidas. A integração entre equipes médicas, farmacêuticas e gestores é essencial para ampliar a cobertura vacinal, reduzir complicações e promover o envelhecimento saudável e ativo .

Cabe ainda salientar que a CONITEC está avaliando a incorporação da vacina contra HZ a pessoas idosas e adultos imunossuprimidos no SUS, no entanto, o custo da vacina, ainda é um desafio, o que não permita que seja custo-efetiva, levando a recomendação inicial de não incorporação.

Referências

1. Bardach, A.E.; Palermo, C.; Alconada, T.; Sandoval, M.; Balan, D.J.; Nieto Guevara, J. et al. Herpes zoster epidemiology in Latin America: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. v. 16, n. 8, e0255877. 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255877>.
2. Freer, G.; Pistello, M. Varicella-zoster virus infection: natural history, clinical manifestations, immunity and current and future vaccination strategies. *New Microbiologica*. v. 41, n. 2, p. 95-105, 2018. ISN 1121-7138.
3. Harbecke, R.; Cohen, J. I.; Oxman, M.N. Herpes Zoster Vaccines. *JID*. (Suppl 4) S429. p. 224, 2021.
4. Jiang, B.; Wang, Q.; Wang, Z.; Xu, Y.; Yang, T.; Yang, W.; Jia M.; Feng L. Willingness to accept herpes zoster vaccines and the influencing factors in China. *BMC Infectious Diseases* v. 22, p. 888, 2022. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07840-2>.
5. Marra, Y.; Lalji, F. Prevention of Herpes Zoster: A Focus on the Effectiveness and Safety of Herpes Zoster Vaccines. *Viruses*. v. 14, p. 2667. 2022. <https://doi.org/10.3390/v14122667>
6. Marra, F.; Yip, M.; Cragg, J.J.; Vadlamudi, N.K. Systematic review and meta-analysis of recombinant herpes zoster vaccine in immunocompromised populations. *PLoS ONE*. v. 19, n. 11, p. e0313889, 2024. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313889>
7. Parikh, R.; Singer, D.; Chmielewski-Yee, E.; Dessart, C. Effectiveness and safety of recombinant zoster vaccine: A review of real-world evidence. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. v.19, p.3, 2023. 2263979, DOI: 10.1080/21645515.2023.2263979
8. Zhu, Y.; Tao, Z.; Feng, H.; Xu, Q.; Chen, L.; Ding, S.; Li, Y.; Dong, Y. Vaccination coverage, willingness and determinants of herpes zoster vaccine among individuals aged 50 and above in Ningbo, China: A population based cross-sectional study. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. v.21, n.1, p.2524247, 2025. DOI: 10.1080/21645515.2025.2524247

Data da última revisão: 15/12/2025.

Licenciado sob CC BY 4.0.

