

Vacinação COVID-19

Base de conhecimento para uma decisão consciente de vacinação

Esta ficha informativa é dirigida tanto aos profissionais de saúde — em particular aos médicos — como aos seus pacientes, para o esclarecimento de todas as dúvidas básicas em relação às vacinas COVID-19, servindo de base para uma decisão individual a favor ou contra a vacinação.

NOTA: Este texto é uma adaptação de um boletim original suíço, escrito em alemão, considerando a atual situação na Suíça.

OBRIGAÇÃO DE EDUCAR NO SENTIDO DE OBTER UMA DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADA ANTES DA VACINAÇÃO

A vacinação é, no sentido legal, uma violação da integridade física do indivíduo, que só pode ser realizada por especialistas médicos após terem cumprido o seu dever de informar corretamente. Para exercer o seu direito à autodeterminação e consentir a vacina, o paciente tem, por conseguinte, o direito à devida informação.

A lista de tópicos que deve ser abordada pelos médicos numa entrevista para a educação da vacinação deve incluir o seguinte:

- 1) Explicação compreensível da natureza e dos riscos da vacinação;
- 2) Indicações claras de que os estudos realizados foram feitos numa população limitada, com duração reduzida;
- 3) Informações sobre as circunstâncias específicas do processo de aprovação extraordinária das vacinas;
- 4) Esclarecimento sobre quaisquer riscos que ainda não tenham sido incluídos na informação técnica, mas que tenham sido cientificamente demonstrados;
- 5) Referência à ação voluntária do procedimento;
- 6) Indicação de um possível risco de contágio para terceiros (dependendo da vacina);
- 7) Determinar o risco-benefício individual e clarificar se a vacinação é necessária e útil em total observância das circunstâncias;
- 8) Esclarecer não só sobre os riscos

comuns, mas também acerca das reações adversas raras, também designadas de idiossincráticas, falta de dados de estudos clínicos suficientes e ausência de farmacovigilância de longo prazo (com a função de identificar, avaliar e monitorizar a ocorrência de reações adversas medicamentosas) e a impossibilidade de excluir eventuais consequências graves a longo prazo.

Nesta ficha informativa encontrará informações sob a forma de perguntas e respostas (FAQ) a várias questões que possam eventualmente surgir, quer ao profissional de saúde quer ao paciente interessado na vacinação.

Pedimos que leia com atenção todas as informações expostas neste boletim, que se baseiam na revisão detalhada dos estudos publicados envolvendo as vacinas para a COVID-19. **Como paciente, se tiver dificuldades em compreender algo, tem o direito de questionar o seu médico pessoal, o médico do Centro de Saúde ou o médico do centro de vacinação.** Enquanto subsistir qualquer dúvida ou incerteza no seu espírito, recomendamos que não dê o seu consentimento para a vacinação.

Rogamos, inclusive, aos pacientes que tenham acesso a este boletim, que o mostrem ao seu médico, uma vez que a maioria dos médicos não dispõe das informações que aqui sumarizamos. Por norma, este tipo de informação — mais detalhada — não é divulgado pelas autoridades oficiais.

Em total observância das suas obrigações éticas de informação e divulgação, todos os médicos têm o dever de, eles próprios, se informarem devidamente e fornecer todos os

esclarecimentos a um paciente antes de obter o seu consentimento. Para esse efeito, se se sentirem guiados, encontram na versão eletrónica (PDF) deste documento hiperligações a todos os estudos e publicações citados para verificar o conteúdo aqui resumido.

Também estão disponibilizados os contactos dos autores deste boletim no final do documento. Os autores confirmam que não existem interesses financeiros, políticos, obrigações ou dependências de qualquer tipo. Este boletim não é uma recomendação nem a favor nem contra a vacinação em curso e destina-se única e exclusivamente ao esclarecimento de todas as dúvidas em relação às vacinas COVID-19, servindo como base para uma decisão individual informada.

Como os dados sobre esta matéria estão em constante revolução, as respostas e as opiniões aqui presentes estão sujeitas a alterações dinâmicas, consoante a atualização das informações científicas. Sempre que justificável, faremos uma nova versão deste texto, assinalada no rodapé.

VACINA COVID 19

Caros médicos e pacientes,

Uma decisão consciente de vacinação enquadra-se na avaliação cabal dos riscos e benefícios para a população, mas também da avaliação de riscos e benefícios a nível individual. Fazendo uma rápida revisão da informação atualmente distribuída em Portugal para os médicos e para a população em geral, constata-se que, ao contrário do que a opinião pública faz transparecer, muitas questões determinantes acerca da vacinação ainda não foram corretamente esclarecidas.

ESPECTATIVAS PARA A VACINAÇÃO COVID-19

PERGUNTA: Quero ser vacinado porque, numa perspectiva de custo-benefício, entendo que os efeitos colaterais da vacina são relativamente baixos em comparação com os riscos de uma eventual infeção. Depois de estar vacinado acredito já não poder desenvolver COVID-19 e as subsequentes manifestações sérias da doença, incluindo infetar outras pessoas. Parto do princípio de que a vacinação (para além das habituais medidas restritivas e de etiqueta respiratória) será o contributo mais eficaz para diminuir a pandemia, aliviando os encargos para o Sistema de Saúde, para a população no seu conjunto e para a economia. Espero retomar o caminho da normalidade e que, com a vacinação COVID-19, seja possível recuperar a plena liberdade de circulação (isenção de máscaras, possibilidade de viagens internacionais, participação em grandes eventos, visitas a lares de idosos, etc.). Se um número suficiente de pessoas for vacinado, atingindo a chamada imunidade de grupo, o coronavírus desaparecerá da Terra, como aconteceu, por exemplo, com a varíola.

Estas expectativas serão satisfeitas se eu for vacinado?

RESPOSTA: As suas expectativas são legítimas e correspondem, efetivamente, aos objetivos traçados pelo nosso governo. Constatamos que estas ideias têm sido levantadas amiúde ao longo destes meses por todo o mundo, sobretudo pelos meios de comunicação social e pelos políticos, causando a impressão de uma pretensa garantia de sucesso por via da vacinação em massa. Mas estas promessas carecem de uma fonte de evidências robustas. O atual programa de vacinação pode ser entendido, em termos simples, como uma **experiência global**.

Gostaríamos de deixar bem claro, neste ponto, que não somos opositores à vacinação e que, na prática, apoiamos as vacinas de um modo geral, desde que haja evidências científicas, com base em estudos envolvendo muitos doentes, e experiência suficientes.

A ideia de se proteger de uma doença com uma vacinação é muito tentadora e seria bom que

podéssemos vislumbrar esta pandemia resolvida assim tão facilmente. No entanto, a ideia de que devemos expor toda a nossa população a uma vacina experimental neste momento é extramente preocupante. As vacinas COVID-19 são baseadas numa nova metodologia de vacina que recorre a técnicas de manipulação de funções celulares, a nível de mRNA (BioNTech/Pfizer e Moderna), ou mesmo através da manipulação a nível genético, de DNA (Astra-Zeneca).

É importante deixar bem claro que até agora nunca houve vacinas de mRNA que tenham sido aprovadas para uso em medicina humana. Embora existam algumas terapias de mRNA atualmente em uso na medicina oncológica (utilização a título excepcional), convém saber que, nestes casos particulares, existe uma relação de risco-benefício completamente diferente. A utilização de um procedimento para alguém que padeça de um cancro em fase terminal, como alternativa — ou concomitantemente — à quimioterapia, como critério de inclusão para a terapia, não é certamente comparável ao facto de se querer fazer o mesmo tipo de procedimento, sob a forma de uma vacinação em massa, para todos os cidadãos a nível global. Além disso, a maioria das técnicas de RNA experimentadas contra o cancro até agora são meramente terapêuticas, não sendo vacinas profiláticas. Estes tratamentos destinam-se, por exemplo, a estimular reações imunológicas para eliminar ou reduzir a exposição ao tumor.

À frente, no texto, irão ser dadas explicações e factos adicionais sobre as razões pelas quais é impossível garantir que as suas expectativas em relação à vacinação se concretizem.

PERGUNTA: Quão perigoso é o vírus SARS-CoV-2?

RESPOSTA: A grande maioria das pessoas que desenvolvem COVID-19 têm sintomas leves a moderados e recuperam sem precisar de tratamento médico especial.

Embora, no início da pandemia, a taxa de mortalidade por infeção (IFR) tenha sido assumida como sendo de 3,4%, já em março de 2020 surgiram os primeiros estudos que estimavam a mortalidade em 0,3%. Em setembro de 2020, as estimativas da OMS para a IFR global foram oficialmente corrigidas para

0,23%. Na análise recentemente publicada por Ioannidis, a IFR é, inclusive, estimada em 0,15% em cerca de 1,5 a 2 mil milhões de infeções em todo o mundo (a partir de fevereiro de 2021). O Prof. J. Ioannidis é um epidemiologista muito conceituado e um dos dez cientistas mais citados em todo mundo.

Uma IFR de 0,15% significa que, em cada 1000 pessoas infetadas em todo o mundo, uma média de 1,5 pessoas morre de COVID-19 (envolvendo todas as faixas etárias). De acordo com um estudo da OMS, a IFR em pessoas com menos de 70 anos é ainda mais baixa, com uma média de 0,05%, ou seja, morre uma pessoa por cada 2000 pessoas infetadas. Um estudo na Suíça encontrou uma IFR de 0,68% e valores muito baixos para os sub-50 (0,0092%) e valores mais elevados para os maiores de 65 anos (5,6%). Num estudo alemão de pós-morte, as 735 pessoas falecidas de COVID-19 tinham uma idade média de 83 anos e apenas 22 (3%) não tinham quaisquer condições pré-existentes.

PERGUNTA: Qual é o objetivo da estratégia de vacinação COVID-19?

RESPOSTA: De acordo com a estratégia de vacinação COVID-19, a eliminação do agente patogénico não é o objetivo da vacinação nacional e internacional. Tanto quanto conseguimos perceber, existe um consenso entre os cientistas de que é virtualmente impossível erradicar completamente o vírus SARS-CoV-2, mesmo que os meios de comunicação e os políticos frequentemente usem termos que o possam sugerir ("No COVID", "Estamos em guerra e vamos derrotar o vírus", etc.).

Para erradicar uma doença infecciosa, a imunidade de grupo teria de ser alcançada. No entanto, apenas uma vacina que tenha a capacidade de conferir "imunidade estéril" poderia conceder a almejada imunidade de grupo. **Imunidade estéril** significa que as pessoas vacinadas já não são portadoras do vírus e, por conseguinte, já não podem transmiti-lo. No entanto, de acordo com as mais recentes descobertas, as vacinas em uso não conferem essa imunidade estéril tão almejada. **Por outras palavras, as pessoas vacinadas podem continuar a transmitir o vírus.**

O objetivo da estratégia da vacinação é proteger e preservar a saúde da população. De

acordo com as recomendações internacionais, trata-se de reduzir os casos graves e fatais de COVID-19, garantir a continuidade dos cuidados de saúde e reduzir os custos relacionados com o impacto na saúde psicológica, social e económica relacionados com a pandemia COVID-19.

A nossa opinião: *duvidamos que estes objetivos possam ser alcançados somente através da vacinação. Pelo contrário, enquanto participantes de uma sociedade, devemos assumir ativamente a responsabilidade pela nossa imunidade natural e exigir que o nosso governo forneça os recursos necessários para a assegurar. Deveria igualmente ser dada a oportunidade a tratamentos alopáticos precoces, caso se verifiquem sintomas compatíveis com a doença.*

PERGUNTA: O que significa o termo imunidade de grupo?

RESPOSTA: O termo imunidade de grupo ou efeito rebanho é um termo da epidemiologia e significa que as possibilidades de propagação do agente patogénico dentro da população são extremamente reduzidas quando uma elevada percentagem de uma população se tornou imune a uma doença infecciosa perigosa — seja através da vacinação ou no decorrer de uma infeção pelo vírus. Deste modo, resulta indiretamente uma maior proteção também para indivíduos não imunes, o que é particularmente importante para determinados grupos de risco que não podem ser vacinados.

PERGUNTA: O que seria de temer se não houvesse vacinação contra COVID-19?

RESPOSTA: As pandemias anteriores foram resolvidas sem vacinação, adquirindo a população uma imunidade natural, em resultado da infeção. Um [grupo de 55.000 cientistas e médicos](#) acredita que, mesmo sem vacinação, é possível alcançar a imunidade de grupo sem muitos danos através da proteção direcionada dos mais vulneráveis, não sendo necessário confinamentos rigorosos com todos os seus efeitos colaterais.

No entanto, na atual situação pandémica, a maioria dos governos considera antiética a recusa à vacinação. Embora com uma IFR de

0,15% — baixa e quase comparável à IFR de uma forte gripe sazonal —, de uma perspetiva médica, social e económica, a via de obtenção de imunidade natural constituiria, para eles, uma alternativa de alto risco. A maioria dos países, incluindo Portugal, decidiu, por isso, impedir a imunização natural da população com a ajuda de medidas rigorosas de confinamento, distanciamento e higiene.

Permanecerão neste estado até que a imunização artificial através da vacinação seja alcançada, apesar de não haver garantias concretas de que se consiga, de facto, atingir a imunidade de grupo. Em vez disso até podem sobrevir, eventualmente, riscos acrescidos para a saúde da população.

Um estudo recente em Israel demonstra uma evidente preocupação, no seio da comunidade científica, que a vacinação no pico da pandemia possa propagar o desenvolvimento de mutações do vírus. Neste caso, as vacinas não só seriam ineficazes, como também promoveriam, paradoxalmente, a infeção entre pessoas vacinadas, pois forneceriam um terreno propício à disseminação de mutações, ou seja, de variantes. Neste [estudo](#), verificou-se que as pessoas vacinadas estavam desproporcionadamente infetadas com a variante sul-africana B.1.351 — a proporção reportada foi de oito vezes mais infeções nos indivíduos vacinados do que nos indivíduos não vacinados.

Se o desenvolvimento da vacina se arrastasse ou se as expectativas de vacinação não forem satisfeitas, as medidas rigorosas, duradouras e castradoras para a população e para a economia revelar-se-iam retrospectivamente decisões erradas. Afinal, desde o início, poderíamos ter apostado na imunidade de grupo naturalmente adquirida — tal como no modelo sueco — e poupado muito sofrimento, tempo e dinheiro.

Para os políticos, autoridades e comunicação social que endossaram ou decidiram sobre os confinamentos rigorosos, esse cenário acabou por criar uma enorme pressão para garantir que as vacinas tragam efetivamente resultados.

A nossa opinião: *Esta situação autocriada tem um grande potencial para distorções da percepção da verdade, de acordo com uma citação de P. Coelho no seu livro O Alquimista: «Sou como todas as pessoas: vejo o mundo da maneira que desejava que as coisas*

acontecessem, e não da maneira que as coisas acontecem» (Coelho, 1996, p. 47).

PERGUNTA: Porque é que a imunidade, no caso de COVID-19, artificialmente alcançada através da vacinação, é mais eficaz e sustentável do que a via natural? Porque é que já no início da pandemia se dizia que a pandemia não desaparecia até termos uma vacina que imunizasse toda a população?

RESPOSTA: Por razões sobre as quais só podemos especular, a opinião pública é perentória em afirmar que a imunidade após a vacinação é, de longe, mais eficaz e permanente do que a imunidade naturalmente adquirida através da infeção. Em bom rigor, não existem dados científicos que comprovem esta alegação recorrente. Antes pelo contrário: [uma parte da população](#), sobretudo as crianças, parece ter desenvolvido uma imunidade devido a infeções existentes no passado por outros coronavírus. Em estudos realizados com soros recolhidos antes de COVID-19 foram encontrados anticorpos que reagiram ao SARS-CoV-2. Curiosamente, a prevalência é significativamente maior em crianças, atingindo o valor de [43,8 %](#), e será uma possível explicação de que só 1% a 3% dos casos de COVID-19 ocorram em crianças e que a maioria destes casos sejam geralmente assintomáticos ou apresentando apenas sintomas ligeiros. Isto também resulta numa taxa de mortalidade extremamente baixa — de 0,0018 % — para o coletivo pediátrico.

A nossa opinião: O SARS-CoV-2 permanecerá endemicamente nos próximos anos e vai ser impossível eliminar o vírus na totalidade. Teremos de aprender a viver e a lidar com ele como com qualquer outro vírus. Ainda continuará a ser testado no futuro e serão detetados anualmente novos casos de infeções. Mas também devemos perceber que, até ao final deste ano, uma grande parte das pessoas no planeta provavelmente ainda irá ter contacto com o vírus. Independentemente das expectativas em relação a uma vacina totalmente eficaz, existe a possibilidade de o SARS-CoV-2 se juntar ao rol de coronavírus endémicos no futuro. É bem conhecido o facto de existirem, há muitos anos, quatro coronavírus responsáveis por 10 a 30 por cento das nossas infeções por gripe no outono e no

inverno. O SARS-CoV-2 será o quinto.

PERGUNTA: Porque é que a via de vacinação nos é apresentada como a única alternativa de lidar com COVID-19?

RESPOSTA: Segundo o nosso entendimento, vivemos em todo o mundo com a convicção aparentemente inquestionável de que as soluções para os novos problemas de saúde tenham base, impreterivelmente, no progresso tecnológico, nas novas conquistas humanas e na derrota da natureza. Essa ideia básica firmemente ancorada, mas possivelmente imprecisa, limita as nossas opções e dá azo a que, para a maioria dos políticos, somente a solução da vacina possa ser equacionada, apesar de haver outras possibilidades. Mesmo agora, a única solução para o iminente (e previsível) fracasso da vacinação com a vacina da AstraZeneca consiste na substituição por novas e melhores vacinas, assim como o endurecimento das medidas de contenção.

Alguns cientistas têm vindo a criticar veementemente a quase exclusividade dos esforços de investigação científica no sentido de um rápido desenvolvimento da vacina em detrimento da exploração de outras opções, como métodos para fortalecer o nosso sistema imune ou até mesmo o uso de determinados fármacos já conhecidos pela comunidade médica. Inúmeros tratamentos precoces por recurso à Ivermectina, Remdesivir, Dexametasona, Budesonida, Aspirina, Bamlanivimab (anticorpos monoclonais) e Baricitinib têm demonstrado eficácia em combater ou prevenir formas severas de COVID-19 em vários [estudos clínicos](#), reduzindo assim significativamente a taxa de mortalidade.

ALTERNATIVAS À VACINAÇÃO

PERGUNTA: Existem outras opções de tratamento ou prevenção para COVID-19?

RESPOSTA: Sim, como já foi referido, existem inúmeros estudos de fármacos que têm demonstrado eficácia no combate ou prevenção das formas severas de COVID-19. Estamos a trabalhar num resumo com os estudos

farmacológicos COVID-19 envolvendo alguns fármacos, como a Ivermectina. **Caso esteja interessado, entre em contacto connosco para lhe enviarmos essa informação.** É absolutamente incompreensível que esta informação, que levaria a uma redução de casos graves de COVID-19 e, subseqüentemente, da mortalidade pela doença, não seja ativamente comunicada e promovida pelos órgãos oficiais.

Vários fármacos disponíveis no mercado e já bem conhecidos do corpo clínico, com baixa toxicidade, como a [Ivermectina](#) — um antiparasitário muito conhecido —, demonstraram eficácia na prevenção de COVID-19 antes e depois da exposição ao vírus. De acordo com a [Frontline](#) COVID-19 Critical Care Alliance, a Ivermectina "é um medicamento seguro que é extremamente barato e considerado uma [dádiva](#) para combater a COVID-19."

É sabido que os fármacos também têm o risco associado de efeitos secundários. No entanto, a diferença é significativa, em termos de risco-benefício, especialmente se estes medicamentos forem apenas administrados nos casos graves de COVID-19. Não obstante, — ao contrário das vacinas —, os efeitos secundários tendem a ser resolvidos após a retirada do medicamento.

Deviam-se igualmente explorar todos os métodos para fortalecer o nosso sistema imunitário. (consumo de vitaminas (D e C), especiarias e remédios naturais, um pouco de sol todos os dias, beber água regularmente, prática de exercício físico, cuidar do seu sono, redução do consumo de alimentos industrializados, evitar álcool e cigarros e reduzir o stresse).

Dados convincentes envolvendo 74 [estudos clínicos](#) demonstram que os níveis ideais de vitamina D têm um efeito benéfico no risco de infecção e no curso da cura de COVID-19.

A nossa opinião: *Estamos convencidos de que, se apenas uma fração do montante utilizado para as medidas e para os dispendiosos testes tivesse sido investido na investigação da nossa "imunidade natural", teríamos dado um contributo muito maior em reduzir os efeitos negativos para a saúde física, psicológica, social e económica.*

VACINA COVID-19 DA MODERNA E DA PFIZER/ BIONTECH

PERGUNTA: O que é uma vacina de mRNA?

RESPOSTA: É uma vacina baseada em engenharia genética que contém ácido ribonucleico mensageiro (mRNA). O mRNA contém a informação para a síntese de uma proteína de superfície característica do vírus SARS-CoV-2 (proteína *Spike* ou de pico). O mRNA está incorporado em nanopartículas lipídicas — pequenas gotas de gordura que podem ser absorvidas pelas nossas células do corpo. Se o mRNA for transportado com sucesso para o interior da célula, as nossas células corporais são solicitadas a usar esta informação (mRNA) para produzir a proteína de pico, que também está presente no vírus, e descarregá-la para fora da célula. O nosso sistema imunitário torna-se consciente destas partículas de vírus (antígenos), que estão agarradas às superfícies celulares ou simplesmente flutuam no sangue, e desenvolve anticorpos protetores. Estes anticorpos protetores, que estão presentes no nosso corpo, ajudam a pessoa vacinada na defesa contra o vírus SARS-CoV-2.

Uma vez que a vacina não contém vírus intactos, mas apenas fragmentos de vírus, não é passível de provocar COVID-19.

As vacinas da Pfizer/BioNTech e da Moderna estão entre as primeiras vacinas mRNA do mundo a serem aprovadas, embora a investigação envolvendo esta tecnologia esteja já em curso desde o final dos anos 90. A razão pela qual vários estudos de mRNA tenham terminado sem sucesso é devido a questões tecnológicas, como, por exemplo, a dificuldade em estabilizar o mRNA, ou até mesmo como contornar a toxicidade das nanopartículas lipídicas. Entre estas partículas encontram-se lípidos catiónicos. Vários estudos têm demonstrado que os lípidos catiónicos podem desencadear efeitos [proapoptóticos](#) (morte celular programada) e [pró-inflamatórios](#).

PERGUNTA: Quais são as vantagens de uma vacina mRNA em comparação com os mecanismos de vacinação tradicionais, usados até agora?

RESPOSTA: Uma das vantagens deste novo método é a tecnologia de produção, relativamente simples. Outra é que não há necessidade de potenciadores adicionais de vacinas. Por enquanto não são mencionados outros benefícios que nós — e qualquer pessoa interessada na vacinação — poderíamos esperar, como uma melhor compatibilidade, tolerância e segurança. Por conseguinte, os benefícios parecem existir principalmente para os fabricantes e não para os destinatários das vacinas mRNA.

PERGUNTA: Podemos ter receio que as vacinas mRNA invadam o nosso material genético e o alterem?

RESPOSTA: Em princípio, esta probabilidade é bastante baixa, porque o mRNA não entra no núcleo, onde o material genético (ADN) está armazenado. O mRNA consiste apenas na informação para produzir uma única proteína do vírus. De acordo com o estado atual do conhecimento, a vacina mRNA é tratada pela célula da mesma forma que o próprio mRNA intrínseco.

De qualquer forma, há que ressaltar que, segundo o plano de Gestão de Riscos da EMA (Agência Europeia de Medicamentos), as vacinas foram aprovadas sem terem sido realizados os devidos estudos de [segurança farmacológica](#), [genotoxicidade](#) e [carcinogenicidade](#).

Também não se pode excluir a possibilidade de inserção do mRNA no material genético, se a pessoa for vacinada e tiver uma infecção viral concomitante com um retro ou adenovírus, já que não foram publicados quaisquer estudos envolvendo este risco pelas empresas fabricantes.

Contudo, existe um [estudo](#) recente que sugere que, em determinadas condições, o vírus SARS-CoV-2 é capaz de incorporar no nosso material genético. Isto levanta serias questões e o que pode significar para as vacinas de mRNA para a COVID-19.

A nossa opinião é que seja observado o princípio da precaução — uma regra habitualmente respeitada aquando do desenvolvimento de novas vacinas e que exige que se mantenha a máxima precaução para a sua autorização — e se tenha em conta os efeitos a longo prazo.

VACINA COVID-19 DA ASTRA ZENECA

PERGUNTA: Como funciona a vacina da AstraZeneca?

A tecnologia utilizada na vacina AstraZeneca já apresenta diferenças significativas em relação às anteriores: o mecanismo de ação é observado também no interior do núcleo das nossas células, onde se encontra o nosso DNA.

A vacina é baseada nos chamados vetores virais. Na vacina da AstraZeneca, o vetor é o adenovírus do chimpanzé que foi geneticamente modificado para conseguir carregar o código genético (DNA) com as informações necessárias para produzir a proteína *Spike* (pico) do SARS-CoV-2 — proteína chave no processo de infeção do vírus — para o interior das nossas células.

A versão do adenovírus utilizada é de tal forma modificada que é capaz de penetrar na célula.

Uma vez dentro da célula, o adenovírus deposita o seu DNA no interior do núcleo da célula. O DNA por ele carregado pode ser lido e transcrito numa molécula de mRNA e, a partir daqui, seguir o mesmo mecanismo de uma vacina de mRNA.

Até à introdução da vacina da AstraZeneca, o mundo ainda não conhecia uma única vacina baseada na tecnologia do adenovírus e utilizada tão extensamente numa população. Apenas se tinha conhecimento de uma vacina — contra o ébola e o dengue —, aprovada recentemente, porém, muito pouco utilizada.

PERGUNTA: Podemos ter receio que as vacinas DNA invadam o nosso material genético e o alterem?

RESPOSTA: Existe a possibilidade de o DNA presente no núcleo e fora dos cromossomas

poder ser incorporado no genoma, um processo aleatório chamado de [recombinação heteróloga](#).

Infelizmente, esta integração não é tão rara como se esperaria. Em ratos, um em cada milhão de vírus injetados é integrado no DNA hospedeiro. A vacina AstraZeneca injeta 25 a 50 mil milhões de vírus, dependendo da dosagem. Isto resulta num risco acrescido de danos a longo prazo, em comparação com as vacinas mRNA.

Não existem dados de farmacovigilância a longo prazo envolvendo este fenómeno. O cancro pode ser um desfecho possível, como aliás ocorreu em terapias genéticas precoces em que foram utilizados como vetores virais outros vírus do tipo vírus retro e lentivírus. Contudo, é sabido que os retrovírus e os lentivírus se integram com muito mais frequência do que os adenovírus. Por outras palavras, no caso dos adenovírus, o risco é aparentemente menor, mas a verdade é que já foi observado em estudos com animais. Os hamsters são conhecidos por desenvolverem tumores [se estiverem infetados com adenovírus do tipo humano 12](#).

A nossa opinião: *A presença de DNA externo no núcleo das células, onde se encontra o nosso genoma, acarreta um risco absolutamente imprevisível a longo prazo. Ensaio de farmacovigilância, envolvendo a genotoxicidade e a carcinogenicidade, com a duração de anos, antes da pré-aprovação, deveriam ter excluído esta possibilidade por completo. Isto, contudo, não aconteceu.*

APROVAÇÃO DA VACINA

PERGUNTA: O que é importante para mim saber sobre a aprovação da vacina?

RESPOSTA: Em geral, uma vacina deve atender aos mais altos requisitos em termos de segurança e eficácia. Isto porque se destina a vacinar as pessoas de forma preventiva e também as pessoas mais jovens, que geralmente pouco têm a temer do vírus contra o qual são vacinados. É também o caso do vírus SARS-CoV-2.

O nosso sistema imunitário é incrivelmente complexo e individualmente diferente. É uma tarefa extremamente exigente desenvolver uma

vacina que funcione bem para todos e ao mesmo tempo não faça mal a ninguém. O desenvolvimento de uma vacina, devido às dificuldades e requisitos de segurança acima referidos, geralmente demora 8 a 15 anos antes de esta ser usada em grandes grupos populacionais.

Nesta exceção à regra, as vacinas COVID-19 foram desenvolvidas em poucos meses. Isto devido ao esforço científico, de gestão de estudos clínicos e de investimento de muito dinheiro, encurtando processos. Assim, etapas que normalmente demorariam meses ou até anos foram convertidas em apenas semanas. Traçando uma simples analogia para o que se passa com processos naturais, como por exemplo uma gravidez, nem com todo o dinheiro do mundo seria possível encurtar uma gravidez de 9 meses para 4 semanas. No entanto, isso aconteceu com as vacinas para a COVID-19.

A farmacovigilância tem a função de identificar, avaliar e monitorizar a ocorrência de eventos adversos decorrentes do uso de medicamentos e vacinas durante os estudos clínicos (de fase 1, 2 e 3) e após aprovação (de fase 4). Estudos de 2-3 meses em fase de ensaios clínicos e apenas 2 meses de monitorização de participantes foram suficientes para a aprovação das vacinas. Sem estes dados de suma importância estarem devidamente compilados, iniciou-se a inoculação em massa da população com a vacina. Os problemas relacionados com a vacina da AstraZeneca e a respetiva suspensão da vacinação em vários países são, obviamente, a consequência da ausência de estudos prévios robustos.

PERGUNTA: Houve vacinas que tiveram de ser reprovadas devido a efeitos colaterais graves?

A RESPOSTA: Sim. Um exemplo mais recente é a vacina contra a gripe suína desenvolvida à pressa. Também a Pandemrix, que foi usada na época gripal 2009/2010. Há mais de 1300 casos registados de narcolepsia grave da doença autoimune na Europa em resultado do uso desta vacina, que posteriormente se revelou desnecessária. Inúmeras crianças e adolescentes, em particular, foram afetados. Além disso, houve efeitos colaterais que aparentemente só ocorreram após aprovação, tais como reações alérgicas, paralisia facial, contração, inflamação vascular e inflamação

cerebral. A revisão da aprovação da Pandemrix demonstrou que as [alegações de segurança das autoridades](#) na altura não se suportavam em bases científicas.

PERGUNTA: Quem é o responsável pela aprovação da vacina?

RESPOSTA: A responsável pela aprovação de uma vacina na Europa, incluindo Portugal, é a [EMA](#) (Agência Europeia de Medicamentos).

PERGUNTA: Quais são as especificidades da aprovação das vacinas Moderna, Pfizer-BioNTech ou Astra Zeneca?

RESPOSTA: Estas vacinas, com mecanismo de ação baseado na engenharia genética, nunca usado (Moderna, Pfizer-BioNTech) ou de uso em humanos muito limitado (AstraZeneca), foram desenvolvidas num curto espaço de tempo (8 a 10 meses) e aprovadas num procedimento urgente sem precedentes. Para a aprovação de uma vacina regular, por exemplo, a FDA (autoridade reguladora dos EUA) exige que os participantes do estudo sejam observados por, pelo menos, 6 meses em relação a eventos adversos graves e a outros eventos adversos tratados clinicamente. No caso da vacina da Moderna e da Pfizer/BioNTech, só houve uma observação de 2 ou 3 meses. A vacina está agora a ser administrada a um ritmo alucinante, numa amplitude sem precedentes, a doentes, idosos, saudáveis, jovens e, possivelmente, muito em breve, a [crianças](#) e bebês.

Além disso, sentimos uma atmosfera opressiva criada por estatísticas, medidas restritivas, controlos e medo, em que somos constantemente induzidos pela sugestão de que uma cura para todo este pesadelo passa impreterivelmente pela vacinação COVID-19. Para além disso, existe uma campanha de publicidade grotesca por parte dos governos. Por exemplo, na Alemanha, o Ministério Federal da Saúde está a fazer uma campanha publicitária pró-vacinação COVID-19 num valor total de 25 milhões de euros.

Entretanto, vários países, como a Dinamarca e os Países Baixos, interditarão totalmente a utilização da vacina da AstraZeneca. Outros países, como a Itália e a Alemanha, proibiram a

administração a pessoas com mais de 60 anos. Também Portugal impôs um limite de idade para a administração da vacina da AstraZeneca até aos 60 anos, depois de a Infarmed ter publicado uma circular informativa alertando para alguns casos de tromboembolia que ocorreram em pessoas com uma idade superior a 60 anos.

Nos Estados Unidos, entretanto, a vacina da empresa Johnson & Johnson, que usa um mecanismo igual ao da AstraZeneca baseada em vetores virais, foi suspensa. No dia 13 de abril de 2021, a farmacêutica anunciou que ia adiar temporariamente o seu lançamento no mercado europeu. Nos Estados Unidos, onde 6,68 milhões de pessoas já receberam esta vacina, deixou de ser administrada. A razão: várias mulheres entre os 18 e os 48 anos experimentaram tromboes venosas cerebrais e deficiências de plaquetas após a vacinação. Os seios venosos nas meninges direcionam o retorno do sangue da cabeça para o coração. Se se formar um coágulo, o sangue pode acumular-se nos vasos da cabeça antes da constrição — a pressão aumenta. Se o quadro clínico for observado muito tarde, pode levar a uma hemorragia a nível cerebral com sério risco de vida, especialmente quando associado à baixa de plaquetas sanguíneas.

A nossa opinião: *Da nossa perspectiva, existe o perigo que, nestas circunstâncias, as decisões — mesmo que por comités de especialistas independentes — já não sejam medidas objetivas e com visão a longo prazo.*

EFICÁCIA DA VACINA MODERNA E PFIZER/BIONTECH

PERGUNTA: No jornal li que "Os estudos da vacina mostraram uma elevada eficácia, de 94%, 14 dias após a segunda vacinação." Esta elevada eficácia convenceu-me, porque isso significa que o meu risco de desenvolver um quadro sério de COVID-19 ou mesmo de morrer é agora de apenas 6%, certo?

RESPOSTA: No [estudo](#) da Moderna, 14.134 participantes receberam a vacina da Moderna e 14.073 receberam uma "vacina" contendo placebo (solução salina). Durante a fase de observação, foram diagnosticados, no total,

196 participantes com doença COVID-19 (11 na vacinação e 185 no grupo não vacinado). Deste rácio (11x100/185) deriva a eficácia de 94%. O estudo da [Pfizer/BioNTech](#) mostra resultados semelhantes: a eficácia de 95% da vacinação resulta apenas do número total dos cerca de 40.000 indivíduos em que, depois da segunda dose, apenas 8 indivíduos do grupo de vacinação desenvolveram uma infeção COVID-19, enquanto no grupo placebo 162.

PERGUNTA: Então a eficácia da vacina é realmente muito alta, não é?

RESPOSTA: A apresentação da eficácia como número **relativo** e não **absoluto** ("94% de eficácia" em relação ao quê?) - muitas vezes suscita ideias muito exageradas sobre o efeito de uma medida, e por isso é frequentemente usada de forma sugestiva, especialmente pela indústria farmacêutica. Muitas vezes, estas percentagens também são mal interpretadas nos meios de comunicação social, ao afirmar que 94 em cada 100 pessoas podem ser protegidas através da vacinação contra uma infeção. O uso da eficácia *relativa* é fortemente criticado por [investigadores e editores](#) conceituados.

A eficácia de 94% não quer dizer que 94 em cada 100 pessoas vacinadas fiquem imunes. Trata-se de uma redução *relativa* do risco que diz respeito ao número de doentes, mas não a uma redução *absoluta* que se aplica a todos os vacinados.

A diferença entre a redução de risco relativo e absoluto é difícil para muitas pessoas, incluindo profissionais e jornalistas, compreenderem.

Pode tornar-se mais claro se evocarmos o [exemplo da vacinação sazonal contra a gripe](#). Vejamos: para um grupo heterogéneo de pessoas entre os 16 e os 65 anos, numa época de vírus da gripe com baixa disseminação, a eficácia da vacinação contra a gripe costuma ser de cerca de 50%. Porém, este número não significa que 5 em cada 10 pessoas vacinadas estejam protegidas contra a gripe. Em termos concretos, reais, em cada 100 pessoas não vacinadas, **2** tiveram efetivamente uma infeção confirmada por gripe e, em cada 100 pessoas vacinadas, apenas **1** pessoa contraiu a doença. Quer isto dizer que uma redução de **risco relativo de 50%** se traduz em apenas **1% de risco absoluto** (redução do risco de doença de 2% para 1%).

PERGUNTA: Em que percentagem foi reduzido o risco absoluto dos participantes de contrair COVID-19 (independentemente da gravidade) nos estudos da vacina Moderna e Pfizer/BioNTech?

RESPOSTA: De acordo com o nosso cálculo, no estudo da Moderna, o risco foi reduzido de 1,31% (sem vacinação) para 0,08% (com vacinação), ou seja, num **absoluto de 1,23%**. Por favor, note que esta redução de risco se aplica a todos os casos, desde leves a severos. Dos 196 casos COVID-19 ocorridos no total durante o período de estudo, 166 (85%) foram classificados como leves. Gostaríamos de referir que existem reservas significativas quanto à fiabilidade dos resultados positivos do estudo que, na nossa opinião, são bastante modestos.

Os resultados do estudo da Pfizer/BioNTech mostram resultados semelhantes: dos 180 casos COVID-19 ocorridos no total durante o período de estudo, 171 (95%) foram classificados como leves.

PERGUNTA: Quantas pessoas, portanto, devem ser vacinadas para evitar um caso de COVID-19 (NNV, Number Needed to Vaccinate)?

RESPOSTA: De acordo com o nosso cálculo, o NNV é de 81. Isso quer dizer que 81 pessoas têm de ser vacinadas sem benefício, mas com a ingestão de todos os efeitos secundários, para que uma pessoa — ainda que apenas ligeiramente (teste de PCR positivo, tosse, por exemplo) — sofra menos de COVID-19.

PERGUNTA: O que mais deve ser mencionado na avaliação da eficácia?

RESPOSTA: Se observarmos atentamente [este estudo](#) (tal como outros 6), verifica-se que não houve preocupação em investigar os efeitos da vacinação em mortes ou em histórias graves relacionadas com o coronavírus, mas apenas com a deteção de casos sintomáticos. Se um participante desenvolveu um único sintoma respiratório, como, por exemplo, tosse, e mostrou um resultado PCR positivo, isso era o suficiente para o diagnóstico. Febre, por

exemplo, não era uma condição de diagnóstico. Por outro lado, o período de observação foi de apenas 92 dias, em média, imediatamente após a vacinação. Este estudo, que levou à aprovação da vacina, não tem dados, como é óbvio, sobre a eficácia da vacina após 3, 6 ou 12 meses. Note-se também que os participantes eram principalmente pessoas mais jovens e saudáveis. Só 24,8% dos participantes tinham mais de 65 anos. No entanto, não conseguimos ver quantos tinham mais de 75 anos no grupo de pessoas que foram vacinadas pela primeira vez, no estudo e no apêndice ao [estudo](#).

PERGUNTA: A vacinação com a Moderna ou com a Pfizer/BioNTech confere-me proteção em relação a uma manifestação grave de COVID-19?

RESPOSTA: Após a análise do estudo da [Pfizer/BioNTech](#), destaca-se que só durante dois meses houve uma observação dos voluntários do ensaio. Consoante as metas estabelecidas no protocolo do estudo, envolvendo 43.548 participantes, verificou-se um caso grave no grupo de vacinação versus 4 casos graves no grupo de controlo (com placebo). A vacina não evitou um caso de morte nos participantes do estudo.

No estudo da vacina da Moderna, não houve histórico de doenças graves entre os vacinados durante o período médio de seguimento de 92 dias. No mesmo período, verificaram-se 30 casos no grupo dos não vacinados. Isto sugere, grosso modo, que, pelo menos nos primeiros meses após a vacinação, é evidente um efeito protetor contra as manifestações mais graves da doença.

PERGUNTA: Após ser vacinado com a vacina da Moderna ou da Pfizer/BioNTech, posso assumir que estou protegido e não posso morrer por COVID-19?

RESPOSTA: No estudo que conduziu à autorização de utilização da vacina da Moderna, com 30.351 participantes, houve uma única morte nos vacinados e nenhuma nos não vacinados durante o período de observação [de 92 dias](#), pelo que este estudo não permite qualquer declaração sobre o potencial benefício da vacinação em termos de risco de mortalidade

devido ao pequeno número.

Como referido, o risco de mortalidade para o coronavírus para pessoas com menos de 70 anos é já muito baixo (0,05%) e ainda mais pequeno se não houver condições pré-existentes. As pessoas com condições pré-existentes graves foram excluídas do estudo. Os idosos têm um maior risco de mortalidade por COVID-19.

No estudo com 43.548 participantes da Pfizer/BioNTech, a vacina não evitou um caso de morte.

Porém, um [estudo](#) ainda não publicado mostrou que 31,3% destes idosos, que precisavam particularmente do benefício da vacina, não tinham anticorpos neutralizáveis detetáveis após a segunda vacinação. Por conseguinte, há que presumir que pelo menos 1/3 dos idosos vacinados não tenha proteção contra o vírus e que, pelo menos para estas pessoas, o seu risco de mortalidade não é reduzido através da vacinação.

PERGUNTA: Como doente de alto risco, estou particularmente bem protegido após tomar a vacina da Moderna?

RESPOSTA: Os doentes de alto risco foram excluídos dos estudos. Portanto não existem possíveis declarações fiáveis com base nos resultados obtidos.

PERGUNTA: Como pessoa mais velha ou que viva num lar de idosos, estou particularmente bem protegido após tomar a vacina da Moderna ou da Pfizer/BioNTech?

RESPOSTA: No comunicado oficial da Moderna lê-se: "Verifica-se uma proteção muito boa em pessoas mais velhas". No entanto, no estudo, as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos são entendidas como "pessoas mais velhas". Não é claro pelos [dados publicados](#) quantos participantes tinham uma idade igual ou superior a 75 anos. Apenas é sabido que 0,2% dos vacinados (33 pessoas) eram [residentes de lares de idosos](#) (Tabela S2).

Infelizmente, a totalidade dos dados e relatórios de observação atualmente disponíveis sugere que o efeito da vacina é [pior em indivíduos mais velhos e mais frágeis](#) do que nos participantes

saudáveis.

PERGUNTA: Depois da vacinação também estou protegido contra as mutações (variantes) atuais e futuras do vírus?

RESPOSTA: Não sabemos. As estimativas claramente otimistas dos investigadores, citadas em *loop* nos meios de comunicação social, traduzem o desejo de que sim. Para tal é determinante que haja [um número elevado de anticorpos neutralizantes](#) para conferir proteção contra as novas variantes do SARS-CoV-2 que estão em circulação. Entretanto, múltiplas variantes SARS-CoV-2 escapam à neutralização induzida pela vacina. O facto de as concentrações de anticorpos terem permanecido baixas, particularmente nos idosos, chegando mesmo a serem inexistentes em 31,3% deles, levanta receios de que a proteção contra as mutações do vírus seja muito fraca ou mesmo ausente, especialmente entre os grupos de risco, particularmente os mais velhos.

Um estudo recente em Israel confirma uma preocupação crescente entre a comunidade científica que a vacinação no pico da pandemia possa catalisar o desenvolvimento de novas mutações do vírus, relegando as vacinas para um estatuto de total ineficácia, potenciando a infeção entre pessoas vacinadas. No [estudo](#) em questão, verificou-se que as pessoas vacinadas estavam desproporcionadamente infetadas com a variante sul-africana B.1.351. Esta proporção está estimada em cerca de oito vezes mais em indivíduos vacinados do que em indivíduos não vacinados.

PERGUNTA: Estou grávida, devo vacinar-me?

RESPOSTA: As mulheres grávidas foram excluídas dos estudos. Portanto não existe informação disponível.

PERGUNTA: Depois de vacinado deixarei de poder contagiar outras pessoas?

RESPOSTA: Os dados sobre a questão de saber se a vacinação também protege contra a transmissão do vírus ainda estão em suspenso. Os [estudos](#) das vacinas que levaram à aprovação nem sequer abordam essa questão.

PERGUNTA: Quanto tempo durará o efeito da vacina? Sou vacinado uma única vez, para sempre?

RESPOSTA: Não sabemos. Ainda não é possível ter uma ideia da duração da proteção por recurso a estas vacinas. De facto, é possível que a eficácia das vacinas permaneça muito elevada durante anos ou diminua após 3-4 meses e depois estabilize, ou diminua continuamente. Assim, não se pode excluir a possibilidade de vacinação sazonal para pessoas dos grupos de risco, como é o caso da gripe.

"Um cenário provável é que haverá necessidade de uma terceira dose, algures entre os seis e os doze meses, e depois uma revacinação anual" são declarações do presidente executivo da farmacêutica norte-americana da Pfizer à emissora norte-americana CNBC numa entrevista publicada no dia 15 de abril de 2021. As variantes de SARS-CoV-2 também desempenham um papel importante nesta necessidade.

SEGURANÇA DA VACINA

PERGUNTA: Que efeitos colaterais podem ocorrer imediatamente após a vacinação?

RESPOSTA: Existe o risco de ocorrência de [reações alérgicas graves \(choque anafilático\)](#) dentro de 1 a 45 minutos após a vacinação. [Um acompanhamento próximo de pelo menos 15 minutos é essencial após a vacinação.](#) A frequência deste incidente não é clara. Num período de observação de 3 semanas (de 21.12.20 a 10.01.21), foram oficialmente [reportados 10 casos](#) nos EUA.

A [vacinação de 64.900 funcionários da General Brigham](#), no período de 16.12.20 a 12.02.21, resultou no relato de 1.365 reações alérgicas (2,1%) e de choque anafilático em 16 pessoas (7 pessoas após vacinação com a Pfizer/BioNTech e 8 pessoas após vacinação com a Moderna). Isto corresponde a 2,47 pessoas por 10.000 vacinas. Na Alemanha, 127 relatos de reações anafiláticas foram recebidos até 12.03.2021. Porém, como vários estudos já demonstraram,

quando se trata de efeitos colaterais, assume-se geralmente que exista uma elevada percentagem de casos não relatados, percentagem essa que pode atingir os 94% ou até mesmo os 99%.

Em declarações à [Blick-TV \(26.03.2021\)](#), o Dr. Felix Huber, membro da *Swiss National COVID-19 Science Task Force* e presidente da Rede Médica Medix, estima que a frequência e a ameaça destes incidentes agudos de vacinação sejam tão elevadas que considerou demasiado arriscado a vacinação ser realizada em farmácias e centros de vacinação.

PERGUNTA: Que efeitos secundários pode a vacina ter dentro de poucos dias após a vacinação?

RESPOSTA: Os efeitos secundários mais relatados são a dor no local da injeção (92%), fadiga (70%), dor de cabeça (64,7%), dor muscular (61,5%), dor nas articulações (46,4%), calafrios (45,4%), náuseas/vómitos (23%), sensibilidade ao inchaço/pressão da axila (19,8%), febre (15,5%), inchaço do local de injeção (14,7%) e vermelhidão (10 %). Estes sintomas surgem geralmente nas primeiras 15 horas e podem assumir uma percentagem considerável, mas desaparecem, na sua maioria, depois de 2 dias.

Frequentemente (1 em cada 10 pessoas) surge uma erupção cutânea circunscrita com inchaço e comichão no local da injeção (o chamado "braço COVID") que pode ocorrer com um atraso de cerca de 7 dias. O efeito colateral é considerado uma reação alérgica inofensiva mediada por células T. As células T, fazendo parte do grupo de glóbulos brancos, são células do sistema imunitário que são responsáveis pela defesa do organismo contra agentes desconhecidos.

PERGUNTA: Espera-se que outras vacinas causem este nível de efeitos secundários imediatos?

RESPOSTA: Não, de forma alguma. As outras vacinas que conhecemos são muito bem toleradas. Em toda a nossa carreira na área da saúde, ainda não experimentámos uma vacina que mostrasse este nível intenso de efeitos secundários agudos desde o início da implementação (64% de dor de cabeça, 45% de

calafrios, reações alérgicas, etc.) e mesmo assim conseguiu ser aprovada. Na nossa opinião, uma vacina tão mal tolerada não teria, "normalmente", qualquer hipótese de ser aceite pela população e muito menos pelas autoridades.

A nossa opinião: *Estamos cada vez mais preocupados com o facto de a pandemia ter conduzido a uma vontade sem precedentes entre a população e a comunidade médica de acatar efeitos secundários significativos e até mesmo riscos sérios para a saúde, em prol de medidas cujos benefícios estão, de facto, mal documentados.*

PERGUNTA: São conhecidos outros efeitos secundários da vacina?

RESPOSTA: Os sistemas de reporte nos países europeus e nos EUA têm registado um enorme aumento de suspeitas de reações adversas desde o início das campanhas de vacinação COVID-19.

Resumindo: nos Estados Unidos ([VAERS](#)), na União Europeia ([EUDRA](#)), e na Grã-Bretanha ([MHRA](#)) já se registaram cerca de 5.000 mortes que foram notificadas por médicos como suspeitas de vacinação. Também foram relatados milhares de "incidentes indesejáveis" não triviais associados à vacinação, como os atrás referidos, mas também paralisia facial temporária, distúrbios cardiovasculares e abortos.

O Instituto Paul Ehrlich (PEI), na Alemanha, publica regularmente relatórios de segurança sobre casos suspeitos de efeitos secundários e complicações após a vacinação COVID-19. De acordo com o último relatório sobre suspeitas de efeitos secundários ou complicações da vacinação com a vacina de mRNA Comirnaty (BioNTech), a vacina de mRNA da Moderna e a vacina vetorial COVID-19 da AstraZeneca, [de 23/03/2021](#), foram recebidas 19.194 notificações (das quais 2.287 graves), no período de 27 de dezembro de 2020 (início da campanha de vacinação) a 12 de março de 2021.

Em comparação, houve "apenas" 27.721 notificações de efeitos secundários para todas as atividades de vacinação nos 21 anos anteriores.

Nos últimos 21 anos, foram reportadas 206 mortes relacionadas com vacinas na Alemanha, contra [351 mortes após as vacinas COVID-19](#) nos últimos 2,5 meses (de 27.12.2020 até 12.03.21).

Uma análise estatística dos números do Instituto Robert Kochs, na Alemanha, mostra um aumento acentuado das mortes por COVID-19 no grupo etário 80+ em [200 distritos](#) desde o início da campanha de vacinação.

Encontramos também relatos frequentes de mortes em lares de idosos após campanhas de vacinação ([Noruega](#), [Suíça](#), [Alemanha](#), [Espanha](#)).

Em bom rigor, o facto de os efeitos secundários da vacinação terem sido relatados às autoridades não significa, obviamente, que seja correto assumir que todos esses incidentes observados estejam causalmente relacionados com a vacinação.

O que é certo e preocupante, porém, é a enorme acumulação de relatórios de acontecimentos suspeitos. Afinal, essa desconfiança deve ter sido tão significativa ao ponto de levar médicos e demais notificantes a enfrentar o grande esforço burocrático de preencher os formulários detalhados dos relatórios.

PERGUNTA: Existe alguma recomendação sobre como evitar potenciais efeitos secundários da vacina?

RESPOSTA: A recomendação do conceituado virologista francês, [Dr. Jean-Marc Sabatier](#), é de obter altos níveis de vitamina D antes da vacinação (125 - 187,5 nmol/l). Numa entrevista [datada de 30 de janeiro de 2021](#), explica que grande parte dos efeitos secundários da vacina (Pfizer/BioNTech) pode ser explicada pela ativação do sistema de renina-angiotensina, que é causada pelo efeito semelhante a COVID-19 da vacina. A vitamina D também atua neste sistema de forma oposta, o que explica o efeito protetor contra os efeitos secundários da vacinação (ver [aqui](#), página 4).

PERGUNTA: Existem outras preocupações sobre a validade dos resultados dos estudos?

RESPOSTA: Sim. Uma profunda revisão de todos os dados dos [estudos](#) publicados ou disponibilizados pelas autoridades de licenciamento dos [EUA](#) e da [Agência Europeia de Medicamentos](#) deixa a impressão de deficiências gravíssimas. Para além da já referenciada falta de estudos de segurança farmacológica de genotoxicidade e carcinogenicidade, estudos estes que deveriam ter sido realizados no âmbito dos novos métodos de vacina de manipulação celular ou até mesmo genética, no caso da AstraZeneca, também a falta de dados da farmacovigilância é motivo de preocupação. Compartilhamos agora as preocupações expressas num artigo de 26 de [novembro](#) de 2020 e num outro, de 4 de [janeiro](#) de 2021, ambos publicados no famigerado jornal especializado *British Medical Journal* (BMJ) pelo Prof. Dr. Peter Doshi:

- 1) **Término precoce do período de acompanhamento:** Quando as vacinas receberam a aprovação de emergência, houve uma pressão ética para oferecer, de imediato, a vacinação aos participantes do estudo que ainda não tinham sido vacinados (pois pertenciam ao grupo que recebeu o placebo). Porém, isso só deveria ter sido feito após o período de acompanhamento originalmente planeado — de 2 anos. Com muitos participantes do estudo a mudarem do grupo placebo para o grupo da vacina, as empresas ficaram em risco de não terem dados suficientes para determinar a segurança a longo prazo e os resultados da proteção da vacina.
- 2) Para obter resultados fiáveis da pesquisa médica, é de extrema importância que os **estudos sejam do tipo “duplo-cego”**, o que significa que nem os participantes nem os profissionais que realizam o estudo sabem a quem está a ser administrada a vacina e a quem está a ser administrado o placebo. Porém, em [estudos](#) de vacinas, este procedimento importantíssimo muitas vezes é deturpado, porque a ocorrência de efeitos secundários imediatos revela, ao

próprio e ao profissional de saúde, que foi utilizada a vacina ou a solução salina (placebo). É sabido que as distorções (vieses) resultantes dos resultados dos estudos, especialmente se os estudos foram efetuados pelo próprio fabricante, são muitas vezes consideráveis e sempre a favor do fabricante da vacina. Uma vez que as vacinas agora aprovadas têm efeitos secundários significativos e específicos, como o “braço COVID”, temos de presumir um forte efeito revelador, entrando em consideração inúmeros fatores que podem desencadear vieses.

- 3) **Frequência do teste de PCR desconhecida:** Para poder avaliar a objetividade do estudo, é essencial saber com que frequência foram realizados os testes de PCR nos dois grupos de estudo. No entanto, esses dados ainda não foram divulgados.
- 4) **Efeitos secundários sobrepostos e sintomas da doença:** Algumas das reações indesejáveis à vacina (febre, dor muscular, dor de cabeça, calafrios, etc.) também são sintomas da própria doença COVID-19. Os investigadores foram solicitados a usar o seu julgamento clínico para decidir se seria um efeito secundário ou um sinal de doença COVID-19 e se deveriam ou não realizar o teste (página 63). Mas se nem todos os participantes do estudo com sintomas de COVID-19 foram testados, porque os pesquisadores presumiram que era uma reação à vacinação, então isso poderia facilmente ter levado a que casos de doença no grupo da vacina tenham sido ignorados. Num estudo adequado, todos os casos suspeitos de COVID-19 deveriam ter sido testados, independentemente da especulação sobre se era ou não um efeito secundário.
- 5) **Uso de medicamentos supressores de sintomas:** Os documentos do estudo publicados não revelam com que frequência os participantes tomaram medicamentos antipiréticos e anti-inflamatórios. Pode-se presumir que aqueles que foram vacinados o fizeram com muito mais frequência devido aos efeitos secundários graves e frequentes (calafrios, dores musculares e articulares, e dor de cabeça) após a vacinação. Esses medicamentos podem ter suprimido os

sintomas de COVID-19 e reduzido a probabilidade de serem testados e “descobertos”.

- 6) **Casos suspeitos de COVID-19 com resultados de teste negativos:** No ensaio de registo da vacina da Pfizer/BioNTech, ocorreu um grande número de casos suspeitos de COVID-19 que mostraram um resultado de teste PCR negativo. (total de 3.410 casos: 1.594 no grupo da vacina e 1.816 no grupo do placebo). Com 20 vezes mais casos suspeitos do que casos confirmados, esta categoria de doença não pode ser simplesmente ignorada. **Se todas essas pessoas tivessem um resultado de PCR (falso) negativo, mas ainda tivessem COVID-19, isso reduziria drasticamente a prova de eficácia da vacina para aproximadamente 19%!**
- 7) **Dados brutos do estudo ausentes:** A presença de milhares de casos suspeitos de COVID-19 (item 6) não foi mencionada no relatório de 92 páginas da Pfizer, nem na publicação no *New England Journal of Medicine*, nem em nenhum dos relatórios da vacina Moderna. Isso exige a divulgação dos dados brutos dos estudos, que são, entretanto, retidos pelas empresas farmacêuticas, pelo menos até ao final da fase de acompanhamento, ou seja, até 2022, quando já estiverem vacinadas milhões de pessoas.
- 8) **A pesquisa incidiu sobre informações inúteis:** A única maneira de descobrir se as vacinas são realmente capazes de conter a pandemia é saber se elas conseguem reduzir a transmissão do vírus, reduzir os internamentos hospitalares, diminuir a ocupação das UCI e prevenir a ocorrência de mortes. No entanto, esses não foram os principais desfechos nos estudos realizados até o momento. Por exemplo, no estudo da Pfizer/BioNTech, a vacina não evitou um caso de morte.
- 9) **Exclusão inexplicada de muitos participantes do estudo:** No estudo sobre a vacina Pfizer/BioNTech, 371 pessoas foram excluídas por razões pouco claras devido a “desvios de protocolo significativos”. O preocupante é o desequilíbrio das pessoas excluídas: 311 do grupo da vacina contra 60 do grupo do placebo. A exclusão dessas pessoas não é explicada.

10) **Dados ausentes sobre os grupos de risco:** Pessoas idosas com comorbidades quase não foram representadas nos estudos de vacinas. Por este motivo, assume-se que não foram recolhidos dados robustos sobre a eficácia e a segurança particularmente nestes grupos específicos. Curiosamente, uma vez permitido o uso destas vacinas, deu-se — paradoxalmente — prioridade à vacinação destes grupos de risco.

11) **Resultados positivos de COVID-19 são misturados.** Pessoas com histórico conhecido de infeção por SARS-CoV-2 não foram incluídas nos estudos. No entanto, 3,0% (Pfizer-BioNTech) e 2,2% (Moderna) de todos os participantes revelaram ter tido um teste de PCR positivo no teste de admissão, o que por si só é impressionante e levanta dúvidas sobre o real significado dos testes de PCR. Se estas pessoas desenvolveram sintomas durante o estudo e tiveram novamente um teste de PCR positivo, foram avaliadas como um caso COVID (reinfeção). Quando se juntam os dois estudos, constata-se que houve nove casos de reinfeção, ou seja, de uma nova infeção. Isso é muito estranho, porque até agora apenas são conhecidos uns poucos [casos isolados](#) de reinfeções sintomáticas em todo o mundo (com 141 milhões de infeções). Podem estes números atender aos mais altos critérios de qualidade para a aprovação desta vacinação de suma importância?

12) **Diagnóstico COVID-19 sem significado fiável:** Os estudos de vacinação mostraram que houve vários participantes com teste positivo, mas sem sintomas, e, por outro lado, muitos (3.410) casos com sintomas, mas testes negativos. Nestes estudos, o teste PCR foi o único critério de decisão decisivo para o diagnóstico de COVID-19. No entanto, este procedimento é [altamente controverso](#) em termos de [valor](#) informativo na prática clínica diária e não é adequado para confirmar o diagnóstico da doença, especialmente em indivíduos livres de sintomas com uma probabilidade pré-teste baixa, o que também corresponde à nossa própria experiência prática. Todo o conceito de “diagnóstico COVID- 19” fica assim em terreno muito instável. A validade dos ensaios clínicos das vacinas, que utilizaram o teste PCR como fator decisivo, pode ser,

por este mesmo motivo, reduzida ao ponto da quase inutilidade.

13) **Perda de dados do estudo:** Um olhar mais atento sobre o número de sujeitos “Lost to FU — Perdidos para acompanhamento”, num período de observação de apenas dois meses, é surpreendente. Verificou-se que, no decorrer da reunião da [FDA](#) (autoridade de licenciamento nos EUA), se abordou o facto que 166 indivíduos (80 no grupo de vacinação, 86 no grupo placebo) — pagos para participar no estudo —, não apareceram para o acompanhamento e deixaram de poder ser contactados. Embora um acompanhamento perdido seja perfeitamente aceitável em estudos de aplicação com a duração de anos, é difícil acreditar que 166 indivíduos se tenham perdido e não tenha havido sequer a possibilidade de os contactar durante uma observação de apenas dois meses, especialmente quando o estudo é baseado numa “estatística” com apenas 4 casos graves no grupo de placebo contra 1 no grupo de vacinação.

Não podemos dizer até que ponto todos estes fatores acabaram por afetar os resultados do estudo Moderna e Pfizer/BioNTech. No entanto, o que é bem conhecido para o mundo da investigação, comunidade médica, autoridades reguladoras e até para o público em geral é que as empresas farmacêuticas têm um grande interesse em assegurar que o seu produto possa mostrar bons resultados. Isto porque existe uma enorme pressão competitiva, especialmente quando se trata de vacinas. É importante que uma empresa de vacinas esteja entre as [primeiras](#) a receber aprovação, mesmo que se trate apenas de uma aprovação de emergência. Isto porque as empresas que se seguem têm obrigatoriamente, a partir desse momento, de provar que o seu produto é melhor para também obter a aprovação, o que dá às primeiras a serem aprovadas uma grande vantagem comercial. Podemos estar certos de que o patrocinador de um estudo utilizará a margem de manobra legal para preparar e apresentar resultados a seu favor.

A nossa opinião: Nesta fase da pandemia, todos somos desafiados a querer saber a verdade, mesmo que corresponda a um despertar doloroso para a triste realidade em que nos vimos subitamente mergulhados.

QUEM É RESPONSÁVEL EM CASO DE DANOS PROVOCADOS PELA VACINA?

Devido à aprovação em condições especiais, o fabricante da vacina só é responsável se a vacina for defeituosa, no sentido de um erro de fabrico. A pessoa que administra a vacina pode ser considerada responsável se o dever de cuidado não tiver sido cumprido (por exemplo, devido à falta de informação ou à administração incorreta da vacina).

O jornal espanhol *La Vanguardia* partilhou um [contrato](#) integral a que teve acesso, o primeiro celebrado entre a Comissão Europeia e a Pfizer/BioNTech, cuja vacina se tornou a principal a ser administrada na Europa — incluindo em Portugal. O contrato revelado inclui uma cláusula sobre as eventuais responsabilidades da Pfizer/BioNTech no caso de as vacinas provocarem danos a terceiros, incluindo a empresas. O texto esclarece que toda a responsabilidade recai sobre a própria Comissão Europeia e os países membros da UE.

A farmacêutica diz responsabilizar-se só em caso de ocorrerem falhas na fabricação das vacinas, mas a partir do momento da entrega das mesmas todas as suas responsabilidades cessam e não estão previstas indemnizações. O texto não faz referência a indemnizações no caso de efeitos adversos não descritos na ficha técnica da vacina.

PERGUNTA: Em caso de suspeita de danos provocados pela vacina, quem pode confirmar se os meus sintomas foram causados pela vacinação?

RESPOSTA: O diagnóstico e, acima de tudo, o processamento legal de um potencial dano por vacinação é geralmente muito longo e cansativo para as vítimas. As provas são difíceis de obter. Nos EUA, por exemplo, oito anos depois, ainda estavam em curso [processos judiciais relativos](#) à ocorrência de narcolepsia após a vacinação do Pandemrix em 2009/2010.

PREOCUPAÇÕES GERAIS DE SEGURANÇA SOBRE AS VACINAS COVID-19

PERGUNTA: Existem outras preocupações de segurança em relação às vacinas COVID-19 atualmente em uso?

RESPOSTA: Sim, existem preocupações de segurança significativas a nível individual e coletivo.

PERGUNTA: Quais são as preocupações de segurança que me afetam diretamente como pessoa?

RESPOSTA: As duas seguintes preocupações aqui enumeradas são as mais prementes:

1. **Antibody Dependent Enhancement.** O fenómeno denominado de “Antibody Dependent Enhancement, ADE” — uma espécie de combate do sistema imunitário — está a receber muita atenção por parte dos especialistas. Este fenómeno envolve o desenvolvimento de anticorpos que se ligam à superfície dos vírus, mas não os tornam inofensivos. Ao invés, ativam-nos e contribuem para a sua propagação e proliferação.

O ADE, por exemplo, há muito que é conhecido de experiências com vacinas corona em gatos. No decurso destes estudos, todos os gatos que inicialmente toleraram bem a vacinação morreram depois de terem sido infetados com coronavírus reais.

De facto, este problema de ADE é uma das principais razões pelas quais falharam muitos ensaios anteriores de vacinas para os outros coronavírus humanos. Foram observadas grandes preocupações de segurança em modelos animais. Se o ADE ocorrer num indivíduo, a sua resposta ao vírus pode ser [pior](#) do que a sua resposta sem vacina, já que pode causar uma resposta hiperinflamatória — tempestade de citocinas — e uma desregulação geral do sistema imunitário que pode permitir que o vírus cause ainda mais danos aos nossos pulmões e aos outros órgãos do nosso corpo. Além disso, há o perigo de as células do nosso corpo se tornarem suscetíveis de infeção viral devido à entrada viral adicional.

Há muitos estudos que demonstram que o ADE é um problema persistente com os coronavírus em geral e com os vírus relacionados com a SARS em particular. Por exemplo, estudos demonstram que [macacos-rhesus](#) que [foram](#) vacinados com a proteína *Spike* do vírus SARS-CoV desenvolveram mazelas graves no pulmão quando confrontados com SARS-CoV, enquanto os macacos que não foram vacinados, não. Da mesma forma, [ratos](#) que foram imunizados com uma de quatro vacinas diferentes contra o SARS-CoV mostraram alterações histopatológicas nos pulmões com infiltração de eosinófilos após infecção do vírus SARS-CoV.

Este fenómeno, quando ocorre, geralmente só é detetado após a vacina estar em uso há algum tempo, razão pela qual até agora tem sido dada grande importância a longos períodos de acompanhamento nos estudos de vacinas.

Devido à falta destes estudos, não podemos avaliar o risco de ADE [associado às vacinas COVID-19](#).

Seria de extrema importância que as vacinas promovessem uma imunidade robusta também através das células T, para além das respostas de anticorpos.

Existem vários artigos científicos que demonstram alguma [preocupação](#) para não dizer [inquietação](#). Num artigo publicado em [outubro de 2020](#), os autores concluem que a possibilidade de ADE com vacinas COVID-19 não é apenas teórica, mas real e que os indivíduos vacinados e que venham a ser vacinados deveriam ser explicitamente informados [deste risco específico e significativo de ADE COVID-19](#), se se pretende cumprir devidamente o dever médico e ético de divulgação.

2. Reações autoimunes após a vacinação: Os anticorpos contra o vírus, que o nosso sistema imunitário produz em caso de infeção, mas também após a vacinação, podem, em casos raros, ser direcionados contra o próprio tecido do corpo, que tem estruturas de superfície semelhantes às dos vírus. O nosso próprio sistema imunitário ataca então as próprias células do tecido como se fossem vírus invasores, o que às vezes pode levar a inflamações e danos graves — as famigeradas doenças autoimunes. A literatura médica ([revisão de 2013](#)) está repleta de [afirmações](#) relativas ao risco de doenças

autoimunes em resultado da vacinação (por exemplo, [aqui](#)).

Só em casos raros é que a patologia autoimune foi claramente correlacionada com vacinas específicas, por exemplo no caso da síndrome de Guillain-Barré (poliradiculo-neurite). Até à data, não há provas que a exposição ao [SARS-CoV-2](#) possa desencadear tais reações autoimunes. A situação é diferente com as vacinas COVID-19. A questão passa por saber se é possível ocorrerem reações autoimunes como resultado das vacinas COVID-19. Tal é [discutido para as vacinas mRNA](#), mas ainda não se pode tirar conclusões devido ao curto período de seguimento.

No caso da vacina AstraZeneca, contudo, já é certo, pois após apenas algumas semanas de utilização verificou-se que a vacinação podia levar a um processo autoimune (formação de anticorpos contra as próprias plaquetas sanguíneas do corpo), conduzindo a um mau funcionamento do sistema de coagulação do sangue e a trombose venosa [cerebral](#).

PERGUNTA: Quais são as preocupações gerais de segurança sobre a atual campanha mundial de vacinação?

RESPOSTA: Constata-se cada vez mais que mesmo as pessoas vacinadas podem, pelo menos moderadamente, contrair COVID-19 e espalhar o vírus. Este fenómeno, conhecido há muito tempo, é referido como "leaky vaccines", que podem levar a uma "fuga imunitária", ou seja, a uma infiltração do sistema imunitário e à fuga dos vírus do organismo afetado (propagação). Enquanto os meios de comunicação e os políticos concentram a sua atenção no suposto sucesso das vacinas, vários cientistas estão extremamente preocupados com este fenómeno — e não apenas desta [COVID-19](#) —, algo semelhante ao desenvolvimento das resistências bacterianas como resultado do uso inconsistente e indiscriminado de antibióticos. A utilização de vacinas COVID-19 fracas (com fugas) poderia constituir a receita perfeita para que, por seleção natural, surgissem estirpes virais resistentes à vacina, mais virulentas e infecciosas. **Por outras palavras, a verificar-se, a utilização destas vacinas seria como atear o fogo na palha e piorar sobremaneira a panorama da pandemia.**

Os cenários que poderiam surgir destas manipulações humanas mal ponderadas são, por exemplo, tão alarmantes que o respeitado criador de vacinas [Geert Vanden Bossche](#) fez um [apelo urgente](#) à OMS no dia 11 de março de 2021, pedindo: "O fim imediato de todas as campanhas de vacinação COVID-19 como a maior emergência sanitária".

O virologista alerta veementemente para o facto que os efeitos positivos das vacinas não compensam os riscos de consequências desastrosas para a Saúde Global, com a ameaça bem real de que as variantes em circulação se transformem num "monstro" com uma mortalidade muito mais assustadora.

ADEQUAÇÃO, ANÁLISE DE RISCO-BENEFÍCIO

PERGUNTA: A vacinação ajuda a levantar as medidas de proteção, quarentena e isolamento e as restrições nos lares de idosos e outras instituições?

RESPOSTA: Não. Até estarem disponíveis dados mais detalhados é importante cumprir escrupulosamente todas as medidas de proteção existentes para os grupos mais vulneráveis.

PERGUNTA: Porque dizem então que as vacinas são seguras e eficazes?

RESPOSTA: Os políticos e as autoridades fazem este género de declarações: "As vacinas contra a COVID-19 são seguras e eficazes. [...] São também seguras e eficazes em indivíduos de idade mais avançada e com doenças crónicas". "A vacinação é muito mais segura para o indivíduo do que a infeção e as suas consequências potencialmente graves".

Só podemos especular como uma agência governamental ou um político é capaz de rotular incondicionalmente uma vacina como segura e eficaz após apenas algumas semanas da sua utilização generalizada.

PERGUNTA: Então qual é a avaliação risco-benefício?

RESPOSTA: A nossa opinião, que está alinhada com a de outros médicos e cientistas sem interesses financeiros, cargos políticos, obrigações ou dependências de qualquer tipo no negócio das vacinas, é que, na ponderação entre a segurança e o efeito, aderimos à regra "3 + 1" — "uma vacina COVID-19 deve ser em **primeiro** lugar segura, segura em **segundo**, segura em **terceiro** e eficaz em **quarto**".

Devido às nossas principais preocupações de segurança e aos efeitos, em grande parte não confirmados, especialmente nos grupos de risco, na nossa perspetiva, **as vacinas não cumprem o seu objetivo**.

PERGUNTA: Quão apropriado é ser vacinado agora contra uma doença com uma baixa taxa de mortalidade global (0,15%), embora existam opções de tratamento com poucos efeitos secundários?

RESPOSTA: Neste momento deve ser capaz de encontrar a resposta a esta pergunta por si próprio.

PERGUNTA: Se as vacinas atuais ainda são demasiado inseguras e ineficazes, devemos depositar as nossas esperanças numa futura vacina corona?

RESPOSTA: Existem dúvidas fundamentais sobre a utilidade de uma vacina contra os coronavírus. Isto acontece porque os coronavírus são rapidamente mutáveis. Tal como no caso da [gripe](#), as vacinas ficarão provavelmente sempre [atrás](#) das mutações dos vírus e desenvolverão uma fraca eficácia protetora, especialmente nos idosos.

A nossa opinião: *Em relação aos vírus, devemos fundamentalmente relaxar as nossas ideias atípicas humanas de inimizade, guerra, luta, armas, superação, vitória, etc. e apreciar mais a conexão com a Natureza.*

Temos de aprender a lidar com os riscos por forma a que não sejam criados riscos ainda maiores.

BENEFÍCIOS DA VACINAÇÃO EM TERMOS DE LIBERDADE DE CIRCULAÇÃO E DE FLEXIBILIZAÇÃO DAS MEDIDAS

PERGUNTA: Muitas pessoas dizem que a comprovação de vacinação será necessária para que, por exemplo, se possa voltar ao trabalho, assistir a grandes eventos ou viajar de avião. É a única razão pela qual tenho de ser vacinado, certo?

RESPOSTA: Por detrás destes esforços está a convicção de que apenas as pessoas vacinadas com uma vacina COVID-19 podem deixar de ser portadoras do vírus SARS-CoV-2.

A nossa opinião: Tudo sobre esta convicção é falso. Os dados científicos atuais não deixam dúvidas: tanto existem imunes não vacinados como vacinados não imunes. Se houver alguma razão fundamentada cientificamente para fazer uma distinção clara entre imune e não imune, deverá ser realizado um teste imunológico fiável, que, de acordo com o nosso entendimento médico, nunca será possível fazer, porque, mercê das mutações, nunca haverá um "totalmente imune" ou "não imune".

O facto que tal "passaporte verde de vacinação" esteja a ser discutido publicamente é, para nós, mais uma indicação dos absurdos em que nos vimos metidos em tão pouco tempo.

Tentar vincular a vacinação COVID-19 a determinados privilégios é anticientífico, antiético, ilegal, discriminatório e um meio inadmissível de manipular o comportamento da população. O facto de não haver lugar a uma indignação generalizada e de o mundo da ciência, a comunidade médica, os advogados, os ativistas de direitos humanos, a defesa do consumidor e/ou os políticos não terem iniciado um veemente protesto contra tal passaporte, ou que este possa estar a ser reprimido, é extremamente preocupante.

A nossa opinião: Independentemente da sua decisão individual de vacinação, todas as pessoas para quem os valores básicos ancorados na Constituição são importantes devem agir agora contra estes esforços ilegais, em observância dos direitos fundamentais granjeados pela humanidade. A discussão sobre o passaporte de vacinação COVID-19 é um apelo a que todos os responsáveis sejam claros sobre

até que ponto desejam apoiar um rol de medidas discriminatórias e outras regulamentações e controlos cientificamente injustificados.

RESUMO DA NOSSA POSIÇÃO SOBRE A VACINAÇÃO COVID-19

Uma recomendação pró-vacinação necessita de uma relação de risco-benefício claramente a pender para o benefício.

Os dados atualmente disponíveis (e os dados que ainda não foram recolhidos) mostram — contrariamente às campanhas de vacinação e à opinião pública induzida —, na sua totalidade, uma relação risco-benefício desfavorável ou incerta para todos os grupos de candidatos: os doentes de alto risco, os idosos, os saudáveis, os jovens e os profissionais de saúde...

Em geral, só podemos formar opiniões com base em informações existentes, fidedignas. Solicitamos a todos os pacientes e colegas médicos a estudarem cuidadosamente as informações aqui fornecidas e a verificarem os pormenores provavelmente desconhecidos nas publicações científicas originais, com vista a educarem os seus pacientes individualmente, numa conversa detalhada, e a respeitarem a decisão do paciente sem exercer qualquer tipo de pressões.

Infelizmente, não é o que se está a observar em muitos centros de vacinação ou nas equipas de vacinação móveis em lares de idosos. Têm sido recorrentes afirmações periclitantes de médicos em lares de idosos ou em centros de vacinação, tais como: "Se não for vacinado, não terá uma consulta durante muitos meses", "Com a vacinação está protegido e sem ela pode morrer", "Uma pessoa que se recusa a vacinar não é solidária". As afirmações do género são insuportáveis e erradas do ponto de vista médico, ético, científico e humano.

No entanto, notamos que o atual clima social de intolerância, desproporcionalidade, estreitamento de opinião, propaganda de vacinação, medo, coerção social e falsa esperança no regresso à liberdade pode representar para muitas pessoas uma forte pressão, mesmo que irracional, a favor da vacinação.

EM ÚLTIMA INSTÂNCIA, CADA DECISÃO INDIVIDUAL DEVE SER RESPEITADA.

Dr. M. Gauger (médico):

Apenas 25 anos antes do meu nascimento, na Europa, uma ideologia, construída pela propaganda do Estado, explorou a credulidade e indiferença da população e, em poucos anos, levou a um sofrimento indescritível e a uma destruição devastadora (Nacional Socialismo, Segunda Guerra Mundial).

Talvez seja esta a razão pela qual estou especialmente sensibilizado quando percebo que também agora uma ideologia (crença no progresso, conquista da natureza e a possibilidade de controlo dos vírus) que é propagada pelos governos e poderes económicos responde à ingenuidade da população e, no espaço de um ano, já levou a mudanças nunca esperadas no sentido da manipulação de opinião, restrição de liberdades e aumento do controlo e da regulação.

As provas científicas já não são a base decisiva para muitas deliberações pandémicas oficiais.

Na minha opinião, este é o momento de ficar alerta, de recordar o propósito da Constituição e de lutar pela objetividade, clareza, sustentabilidade e segurança dinâmica.

Sapere aude — Tem a coragem de usar o teu próprio intelecto

Immanuel Kant

Dr. D. Beyer (médico): Após inúmeras discussões com doentes durante o ano passado, tornou-se claro para mim que o medo do vírus não é de modo algum o único medo que vem à tona na corrente situação. Observo um aumento perceptível de receios de vários tipos nas consultas. Estes receios significam uma verdadeira angústia para a pessoa em questão, e esta angústia, por sua vez, influencia a sua opinião e a sua visão do mundo.

Nunca me ocorreria julgar um medo como apropriado e o outro como inadequado. É tão difícil para mim definir uma opinião como certa ou errada. Corresponde simplesmente a um certo ponto de vista sobre algo.

Aos meus olhos, permitir a diversidade de opiniões é um sinal de uma sociedade saudável. Os medos querem ser ouvidos e expressos. Só isso é um passo significativo para a cura. Permitir dar voz, ouvir e tentar compreender as diferentes perspetivas é a necessidade do momento.

O entendimento é uma redescoberta do Eu no Teu

Wilhelm Dilthey, (fundador das humanidades)

Este texto é uma adaptação de um boletim original suíço, escrito em alemão, considerando a atual situação na Suíça:

http://www.arztpraxis-muotathal.ch/fileadmin/user_upload/COVID_Impfung_Patienteninformation020421.pdf

*Revisão científica e adaptação de **Dr. Celio Marques**, bioquímico, doutorado em 2004 com nota “Summa cum Laude” no Departamento de Farmacologia na Universidade de Johann Wolfgang Goethe, em Frankfurt, Alemanha. Trabalhou 3 anos no Departamento de Medicina III, Universidade Johannes Gutenberg, Mainz, Alemanha, no laboratório de terapia genética. Desde 2007, o Dr. Marques trabalha na investigação clínica de fármacos e tem experiência comprovada na monitorização, gestão e planeamento de mais de 40 ensaios clínicos na indústria farmacêutica, atualmente como Líder Global de Startup para Ensaio Clínicos e responsável pela Startup de grandes estudos globais.*

Contacto: celiomarques1@gmx.de