

A fundamentação imunológica para não vacinar as crianças contra a Covid-19

Geert Vanden Bossche, 19 de abril de 2022.[†]

Sumário

Mensagem principal	1
Imunidade inata: O anjo da guarda da criança	3
Não há exemplo mais claro de intervenção imunológica humana que afronte a imunidade natural do que a vacinação infantil contra C-19	5
Crianças são particularmente suscetíveis a efeitos colaterais das vacinas contra C-19	9
A vacinação das crianças em particular promove o escape imune e diminui dramaticamente a chance de se gerar imunidade de rebanho	12
A Ômicron funciona como uma ótima vacina viva atenuada em crianças saudáveis não vacinadas. Vaciná-las com qualquer uma das vacinas atuais contra C-19 somente aumentará (ao invés de mitigar) a pressão imune seletiva exercida pelas populações altamente vacinadas e sem dúvida extinguirá a última esperança de imunidade de rebanho	12
Nenhuma criança saudável deve ser considerada elegível para vacinação contra C-19, seja do ponto de vista de saúde individual ou da coletiva	14
Resumo e conclusão	15

Mensagem principal

Quando um entendimento profundo de imunologia, virologia, vacinologia, biologia evolutiva e biologia molecular é aplicado para analisar se as crianças devem receber as vacinas atuais contra a COVID-19 (**C-19**), conclui-se que a recomendação de tal vacinação é cientificamente insensata e que tal vacinação é prejudicial às crianças como indivíduos, às crianças como um grupo e à Humanidade como um todo, pelas seguintes razões:

- (a) Crianças têm uma população abundante de células B inatas capazes de produzir rapidamente anticorpos (**Acs**) inatos/naturais, em sua maioria do isotipo IgM, e que são altamente adaptáveis a um espectro amplo e diversificado de antígenos ou agentes patogênicos¹. Os Acs inatos podem facilitar a destruição mediada por células de células hospedeiras infectadas com Coronavírus (**CoV**), incluindo todas as variantes

[†]Tradução de Eduardo Fischer.

¹*The immune system of children: the key to understanding SARS-CoV-2 susceptibility?* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7202830/>

do SARS-CoV-2 (**SC-2**)², independentemente de um estímulo imunológico [*immune priming*] prévio via encontros com antígenos/patógenos.

- (b) A imunidade inata pode ser treinada para adquirir memória e, portanto, melhorar a defesa imunitária inata do hospedeiro em caso de exposição futura a variantes mais infecciosas que possam surgir durante uma epidemia ou pandemia³.
- (c) As vacinas contra C-19 prejudicam o sistema imunitário inato — por exemplo, dificultando a ligação dos anticorpos inatos de baixa afinidade e interferindo no treinamento normal do sistema imunitário inato de uma criança.
- (d) Ao estimular [*priming*] a imunidade específica induzida pela vacina em vez de explorar a defesa imunitária natural multiespecífica preexistente no hospedeiro, as vacinas contra C-19 previnem o desenvolvimento da imunidade ótima e esterilizante nos vacinados.
- (e) Enquanto a imunidade natural (ou seja, imunidade inata das células matadoras com mediação dos Acs, combinada com Acs específicos contra a proteína Spike (**S**) adquiridos após a recuperação da doença natural) contribui para gerar imunidade de rebanho durante uma pandemia/epidemia, os Acs vacinais S-específicos neutralizantes não contribuem. Como a vacina impede o desenvolvimento de imunidade natural ótima e esterilizante, as vacinas contra C-19 impedem que a criança vacinada contribua para o desenvolvimento da imunidade de rebanho durante uma pandemia de SC-2.
- (f) Como os sistemas imunitários das crianças não vacinadas contribuem para o desenvolvimento da imunidade de rebanho contra CoVs, elas beneficiam enormemente a saúde pública. A vacinação infantil contra C-19 impede este benefício à saúde pública.
- (g) A estimulação do sistema imunitário da criança com vacinas contra C-19 provavelmente aumentará ainda mais o escape imune e aumentará a infectividade e a virulência de futuras variantes.
- (h) Cada vez mais serão as crianças não vacinadas que terão melhor capacidade de lidar com futuras infecções por novas variantes do SC-2, em comparação com crianças e adultos vacinados — porque os não vacinados mantêm intacta a capacidade de ativar naturalmente a imunidade inata esterilizante mediada por Acs, enquanto os vacinados comprometeram a imunidade inata e estão propensos a infecções de escape [*break-through infections*] (devido a níveis decrescentes de Acs vacinais) e potencialmente predispostos ao agravamento dependente de Acs (devido à subótima capacidade de neutralização dos Acs vacinais).
- (i) Em comparação aos indivíduos não vacinados, os indivíduos vacinados têm maior probabilidade de serem infectados com SC-2 caso o vírus se torne amplamente resistente

²<https://link.springer.com/article/10.1007/s00281-004-0182-2>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7202830/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC6384419/>

³<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5087274/pdf/nihms-824693.pdf>

aos Acs vacinais potencialmente neutralizantes — porque, entre outras coisas, os Acs vacinais anti-S não neutralizantes na realidade facilitam a entrada do SC-2 nas células epiteliais humanas das vias aéreas superiores.

- (j) A interferência da vacina no funcionamento e no treinamento do sistema imunitário inato de uma criança torna a criança vacinada mais suscetível não apenas à doença da C-19, mas também a outras doenças virais (respiratórias).
- (k) Além disso, as vacinas podem provocar efeitos imunológicos inflamatórios e autorreativos em indivíduos vacinados — causando efeitos colaterais relacionados à vacina, tais como miocardite, por exemplo, e outras potenciais doenças autoimunes.
- (l) Resumindo: Há evidências científicas convincentes de que os riscos associados à vacinação contra C-19 superam de longe quaisquer benefícios — ao nível do indivíduo, ao nível da biologia evolutiva, e ao nível da imunidade de rebanho.

Imunidade inata: O anjo da guarda da criança

A imunidade inata é uma proteção genérica natural com a qual a pessoa já nasce. O sistema imunitário inato com o qual as crianças nascem é o motivo pelo qual crianças saudáveis não ficam gravemente doentes com a infecção por SC-2. Quando elas são expostas ao vírus SC-2, as células imunitárias efectoras preexistentes em seu sistema imunitário inato produzem altas concentrações de anticorpos naturais inatos funcionais, capazes de reconhecer todas as variantes do SC-2 e até mesmo todos os CoVs. Acredita-se que esses anticorpos poliespecíficos naturais inatos reconheçam todas as variantes do SC-2 (e outros CoVs) e sejam dirigidos a autoantígenos verdadeiros [*true self-antigens*] (por exemplo, autopolissacarídeos [*self-glycans*]), bem como a padrões antigênicos de autoimitação [*self-mimicking antigen patterns*] no vírus⁴. Os padrões de autoimitação com polissacarídeos [*self-mimicking glycan patterns*] são, por exemplo, expostos na superfície de vírus envelopados glicosilados. Crianças que nascem com deficiências genéticas raras nos genes relativos aos efetores imunitários inatos ou cuja defesa imunitária inata está enfraquecida devido a doenças subjacentes podem não se beneficiar de uma resposta imunológica protetora suficientemente forte. Entretanto, estes casos são uma exceção muito rara e não serão considerados para o propósito do seguinte artigo de opinião.

Há também evidências convincentes de que a imunidade inata pode ser treinada através de mudanças epigenéticas. Estas últimas podem alterar a resposta imunológica de tal forma que as células imunitárias inatas respondam mais fortemente a uma segunda exposição ao vírus do que à exposição inicial⁵. Os repetidos desafios por SC-2 durante a pandemia da

⁴<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5119654/pdf/nihms810515.pdf>
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.02139/full>
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/cti.2016.90>

⁵<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC5087274/pdf/nihms-824693.pdf>
<https://www.nature.com/articles/s41577-020-0285-6.pdf>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC6225771/pdf/nihms-995099.pdf>

C-19 já explicariam porque é que células imunitárias inatas “treinadas” em grupos etários mais avançados (em contraste com células imunitárias inatas ingênuas das crianças) podem mesmo levar a uma eficácia negativa da vacina nesses grupos etários (ver anexo no fim; dados da Public Health Scotland⁶ e da UK Health Security Agency, UKHSA⁷).

A qualidade do nosso sistema imunitário inato está directamente relacionada com a nossa saúde geral. Se uma pessoa é saudável, não tem nenhuma doença subjacente, tem uma boa nutrição, vive um estilo de vida ativo, está em boa saúde física e mental, então essa pessoa terá uma boa imunidade inata.

Existe uma segunda camada de protecção, caso a imunidade inata seja vazada, que é a imunidade adquirida (adaptativa). No caso de uma infecção viral aguda e autolimitada, se o sistema imunitário inato for capaz de reduzir a maior parte da carga viral mas não conseguir eliminar todo o vírus, de tal forma que alguns vírus persistam e causem doença — então a natureza tem um sistema reserva, que é o nosso sistema imunitário adquirido (adaptativo). Os Acs adquiridos (adaptativos), que são específicos para cada vírus, são produzidos por células B imaturas e capturam as partículas do vírus que romperam a nossa primeira linha de defesa imunitária inata e facilitam o abafamento [*abrogation*] da infecção via células T citotóxicas, permitindo assim a recuperação da doença natural. Além disso, o sistema imunitário adquirido (adaptativo) lembrará deste evento específico e — através do amadurecimento de células B de memória específicas para o vírus (para produzir Acs neutralizantes de alta afinidade e especificidade no futuro) — será capaz de fornecer protecção duradoura contra uma exposição futura tanto ao vírus original como a um largo espectro de variantes virais.

No caso do coronavírus, a protecção duradoura contra a infecção é proporcionada por ambos: pelos Acs inatos poliespecíficos treinados epigeneticamente, e pelos Acs S-específicos produzidos pelas células B de memória do sistema imunitário adaptativo. Uma vez que a resposta imunológica inata elimina o grosso da carga viral antes que os Acs S-específicos atinjam seu pico, estes últimos não exercem pressão imune sobre a infectividade viral. Com base em tudo isto, conclui-se que — mesmo durante uma pandemia — a imunidade natural pode desencadear e manter uma imunidade esterilizante sem levar a escape imune. Isto já explica porque uma pandemia “natural” de uma infecção viral aguda e autolimitada irá gerar espontaneamente uma imunidade de rebanho e, portanto, passará a uma fase endêmica. Em contraste, os Acs S-específicos neutralizantes induzidos pelas vacinas contra C-19 podem não ter capacidade neutralizante suficiente para prevenir a infecção quando a vacinação é realizada durante uma pandemia. Isto conduz inevitavelmente a uma pressão imune seletiva (ou seja, direccionada à S) sobre o vírus em circulação.

O sistema imunitário inato é equipado com agentes efetores humorais e celulares extremamente potentes (isto é, os Acs inatos e as células NK, respectivamente) que são capazes de prevenir infecções virais produtivas. Desde que presentes em concentração suficientemente

⁶<https://palexander.substack.com/p/devastating-negative-efficacy-public?s=r>

⁷https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1045619/Technical-Briefing-31-Dec-2021-Omicron-severity_update.pdf

elevada e/ou tenham sido treinados por exposição prévia, os Acs inatos fornecem proteção imediata, precoce e ampla contra vários agentes patogênicos virais, incluindo os CoV e Influenza, tornando-se um componente crucial e não redundante do sistema imunitário humoral⁸.

Os Acs inatos são produzidos principalmente, se não exclusivamente, por um subconjunto de células B duradouras que se autorrepõem [*self-replenishing*], denominadas células B-1⁹. Tem sido sugerido que o padrão peculiar de desenvolvimento destas células B-1, que se baseia na seleção positiva via autoantígenos, assegura a produção de Acs inatos expressando especificidades evolutivamente importantes que são necessárias para o reconhecimento de sinais comuns relacionados a agentes patogênicos em vez de sinais de antígenos específicos¹⁰. Diferentes repertórios de tais especificidades de anticorpos operam coletivamente para maximizar a flexibilidade da primeira linha de defesa imunitária do hospedeiro em resposta a autoantígenos de circulação livre e diferentes conjuntos de agentes patogênicos invasores que comungam de padrões autossimilares [*self-like motifs*] semelhantes. Isso já explica como os Acs inatos contra SC-2 protegem contra todos os CoV, incluindo todas as suas variantes, mas também contra o vírus da gripe e muito provavelmente outros vírus glicosilados que causem doenças agudas (por exemplo, vírus respiratórios como o Influenza e o vírus sincicial respiratório). Não obstante, as células B-1 desenvolveram um padrão especial de resposta que minimiza o risco de autoimunidade¹¹.

Não há exemplo mais claro de intervenção imunológica humana que afrente a imunidade natural do que a vacinação infantil contra C-19

Os sistemas imunitários inatos das crianças são, pela sua natureza, robustos e fortes, e é por isso que a grande maioria das crianças expostas ao SC-2 contraem infecções assintomáticas e a esmagadora maioria delas está protegida das formas graves da doença da C-19, independentemente das características da linhagem do SC-2 a que elas sejam expostas. É devido a este sistema imunitário inato que a vacinação não beneficia as crianças; de fato, a vacinação pode ser prejudicial em que os Acs adquiridos induzidos pela vacina que já não são capazes de neutralizar as variantes altamente infecciosas do SC-2 ainda podem se ligar ao vírus e assim ofuscar [*outcompete*] os Acs naturais inatos ingênuos de afinidade muito menor¹².

⁸Panda, Ding (2015) *Natural Antibodies Bridge Innate and Adaptive Immunity* <https://www.jimmunol.org/content/jimmunol/194/1/13.full.pdf>

⁹Baumgarth, Tung Herzenberg (2005) *Inherent specificities in natural antibodies: a key to immune defense against pathogen invasion* <https://link.springer.com/article/10.1007/s00281-004-0182-2>

¹⁰Veja referência acima e Reyneveld, Savelkoul and Parmentier (2010) *Current Understanding of Natural Antibodies and Exploring the Possibilities of Modulation Using Veterinary Models* *Frontiers* <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.02139/full>

¹¹<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC4324358/>

¹²Verkerk (2021) *Feature: The scientific case for an immediate halt to covid “vaccination” of children* <https://www.anhinternational.org/news/feature-the-scientific-case-for-an-immediate-halt-to-covid-vaccination-of-children/>

Desta forma, a imunidade adaptativa induzida pela vacina, infelizmente, permite às crianças exercer pressão imune sobre a infectividade viral (ou seja, sobre a proteína S), especialmente quando os Acs vacinais são convocados repetidamente devido à circulação dominante de variantes virais bastante infecciosas. Além disso, não se pode descartar que concentrações subneutralizantes de Acs vacinais complexados com o SC-2 possam causar o agravamento da doença dependente de anticorpos (ADED, *antibody-dependent enhancement of disease*)¹³ de 1º grau¹⁴. O ADED de 1º grau pode ser devido à produção predominante de Acs afucosilados. Não se sabe se a síntese de Acs afucosilados poderia ser promovida como resultado de uma afinidade subótima dos Acs anti-S neutralizantes já que os Acs afucosilados sabidamente aumentam a afinidade da IgG para a família IgG-Fc-receptor III (FcγRIII) que é encontrada em células NK (e em alguns subtipos de outras células) no sistema imunitário¹⁵.

No caso da Ômicron, a preponderância de Acs não neutralizantes sobre os neutralizantes torna os vacinados mais suscetíveis à infecção em comparação com os indivíduos não vacinados. Quanto mais seus Acs vacinais forem incrementados (por doses adicionais de reforço ou pelo vírus em circulação), mais os vacinados se tornarão suscetíveis à infecção¹⁶.

A vacinação interfere no desenvolvimento da imunidade de rebanho: Ambas as defesas imunitárias mediadas por Acs (isto é, ativação de células NK por Acs inatos e ativação de células T citotóxicas por Acs adquiridos) que ocorrem naturalmente são capazes de prevenir ou abafar [*abrogate*] a infecção produtiva por SC-2 e reduzir a transmissão durante uma pandemia/epidemia, permitindo assim que a parte saudável e não vacinada da população contribua para a imunidade de rebanho (naturalmente), o que beneficia a saúde pública, uma vez que a pandemia só pode terminar quando a imunidade de rebanho for alcançada. Isto está em nítido contraste ao efeito dos Acs anti-S induzidos pela vacinação, os quais exercem pressão imune seletiva sobre a infectividade viral quando presentes em alta prevalência (vacinação em massa!). No caso da Ômicron, os Acs anti-S são direcionados tanto contra o domínio de ligação aos receptores [*receptor-binding domain*] quanto contra o domínio do N-terminal [*N-terminal domain*] da proteína S (**S-RBD** e **S-NTD**, respectivamente); como estes Acs estão presentes em alta prevalência (devido ao alto nível de infectividade da Ômicron em uma população altamente vacinada), eles exercerão pressão imune adicional sobre a infectividade viral (já que Acs anti-S-RBD-Ômicron também visam o sítio antigênico *amplamente* neutralizante dentro do RBD) assim como sobre a virulência viral (já que a exposição à Ômicron resulta no aumento de Acs direcionados contra o sítio antigênico con-

¹³<https://www.nature.com/articles/s41577-020-0321-6.pdf>

¹⁴O ADED de 1º grau resulta da interação de complexos imunitários anticorpos-vírus com FcγR e/ou receptores do sistema complemento em certos tipos de células do hospedeiro, facilitando assim o aumento da infecção e da replicação viral e/ou aumento da inflamação e da imunopatologia, enquanto o ADED de 2º grau resulta do aumento da interação entre células infectadas que estejam a proteína S complexada com Acs anti-S em sua superfície e células não infectadas, facilitando assim o aumento da fusão trans [*trans fusion*] e o aumento da inflamação imunológica.

¹⁵<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35385861/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471492222000381>

¹⁶*Transmission of SARS-CoV-2 Omicron VOC subvariants BA.1 and BA.2: Evidence from Danish Households* <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.28.22270044v1>

servado no NTD que pode potencializar a infecção¹⁷).

Devido à importante contribuição das células imunitárias inatas efectoras para proteger as crianças de infecções virais produtivas e, portanto, de doenças, SC-2 é uma infecção em crianças da mesma forma que o Influenza é uma infecção em crianças, mas nenhuma é uma doença infantil. As crianças certamente pegam o SC-2, mas devido à sua imunidade inata, a infecção é na maioria das vezes assintomática ou apenas causadora de doença leve¹⁸. Não é anormal nem incomum que as crianças fiquem doentes ou que tenham um ou dois dias de mal-estar. Casos de doenças graves em crianças são raros e quase nenhum caso de morte foi relatado na faixa etária de 1 a 19 anos. Durante o período de 1 de fevereiro de 2021 a 31 de dezembro de 2021, as mortes na Inglaterra e no País de Gales onde a C-19 foi a *única* causa mencionada na certidão de óbito, de acordo com o Office for National Statistics, foram de dois indivíduos do sexo masculino (<1 ano; 15-19 anos) e um do sexo feminino (10-14 anos)¹⁹. Esses achados são confirmados pelo relatório de vigilância vacinal publicado pela UKHSA em março de 2022 (ver anexo). Naturalmente, crianças com doenças subjacentes ou indivíduos mais velhos com um sistema imunitário inato enfraquecido podem contrair sintomas mais severos e requerer hospitalização. Da mesma forma, a circulação dominante de variantes altamente infecciosas pode levar a infecções produtivas mais frequentes e sintomas mais pronunciados em crianças, como será explicado mais adiante. Seria errado, porém, concluir que isto pode ser resolvido por um programa de vacinação em massa, pois não há dúvida de que a expansão fulminante na prevalência de tais variantes altamente infecciosas (por exemplo, Ômicron) resultou diretamente do programa de vacinação em massa²⁰, e que a continuação deste programa somente aumentará ainda mais a pressão imune seletiva e, portanto, promoverá ainda mais a expansão de variantes ainda mais infecciosas. É importante notar que no caso da Ômicron a falta de capacidade neutralizante demonstrada pelos Acs induzidos pela vacina levou agora ao aumento da infectividade viral nos vacinados, ou seja, os vacinados são mais suscetíveis à infecção do que os não vacinados. Isto já explica por que a eficácia da vacina diminuiu drasticamente, mesmo em crianças²¹ (ver também anexo no fim). Quando o vírus rompe a primeira linha de defesa imunitária das crianças (ou seja, a defesa imunitária inata mediada por Acs), seu sistema imunitário ativa a próxima linha de defesa imunitária natural, isto é, as células T citotóxicas, cuja ativação é provavelmente desencadeada pela internalização em células dendríticas de vírus que são complexados com Acs (IgMs) S-específicos produzidos por células B imaturas. Desta forma, o vírus é eliminado de uma forma que não gera pressão imune seletiva sobre a infectividade viral, ao mesmo tempo em que permite o treinamento de células efectoras poliespecíficas produtoras

¹⁷Um sítio na proteína spike do SARS-CoV-2 que potencializa a infectividade e é alvo de anticorpos: [https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(21\)00392-3/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00392-3/fulltext)
<https://vitalhuman.substack.com/p/geert-vanden-bossches-analysis-of?s=r>

¹⁸Carsetti, Quintarelli, Quinti, Mortari, Zumla, Ippolito, Locatelli, (2020) *The immune system of children: the key to understanding SARS-CoV-2 susceptibility?* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7202830/>

¹⁹COVID-19 deaths and autopsies Feb 2020 to Dec 2021 <https://www.ons.gov.uk/aboutus/transparencyandgovernance/freedomofinformationfoi/covid19deathsandautopsiesfeb2020todec2021>

²⁰<https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acsinfecdis.1c00557>

²¹<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/videos-and-interviews/uk-data-noose-on-the-masses-vaccine-stakeholders-what-have-you-done>

de Acs no sistema imunitário inato. As pessoas que se recuperam da doença da C-19 (por exemplo, a maioria esmagadora das crianças que contraem a infecção sintomática pelo SC-2) acabarão no fim das contas por desenvolver IgGs completamente funcionais que neutralizam rapidamente o vírus (incluindo uma ampla gama de variantes) após a reexposição, enquanto o sistema imunitário inato treinado cuidará da carga viral remanescente em virtude dos Acs inatos poliespecíficos que adquiriram um maior nível de afinidade para variantes circulantes mais infecciosas.

As declarações dos governos e dos promotores da vacinação de que a vacinação das crianças lhes proporcionará uma melhor proteção contra doenças graves afrontam a natureza e a maneira pela qual nossa defesa imunitária natural lida com sucesso com uma infecção natural por vírus envelopados glicosilados que sabidamente causam predominantemente doenças ou infecções agudas e autolimitadas. Isto inclui o treinamento de células imunitárias inatas efectoras secretoras de Acs, o que permite um reconhecimento mais eficiente do SC-2 e de todas as suas variantes e portanto aprimora a proteção contra a doença. A proteção induzida por vacinas, pelo contrário, só protege contra casos graves da doença. Além disso, tal proteção provavelmente será de curta duração, pois com ela vem uma pressão imune substancial sobre a virulência viral²².

Quando a Ômicron for sucedida por uma nova família de variantes que superem essa pressão imune, as vacinas não mais protegerão contra a doença grave. São os Acs polirreativos no sistema imunitário inato que protegem crianças e jovens saudáveis da doença (grave)²³. Este mecanismo de proteção é fundamentalmente diferente daquele que protege os vacinados contra a doença grave. Todas as vacinas não vivas contra doenças infecciosas agudas são baseadas em Acs. As vacinas virais baseadas em Acs protegem contra a doença, mas nunca protegem apenas contra a doença *grave*. Além disso, não se conhecem vacinas virais que aumentem a suscetibilidade dos vacinados à infecção enquanto os protegem da doença (grave). É, portanto, altamente provável que a proteção *in vivo* contra doença grave — como reivindicado pelas atuais vacinas contra C-19 — não se deva aos Acs S-específicos neutralizantes mas aos Acs S-específicos *não neutralizantes* que são capazes de tanto aumentar a infectividade viral²⁴ como diminuir a virulência viral. Isto se aplica particularmente às infecções causadas pela Ômicron, que é conhecida por ser amplamente resistente aos Acs potencialmente neutralizantes induzidos pela vacina. Quando presentes em concentração suficiente, os Acs S-específicos de alta afinidade superam prontamente os Acs multiespecíficos de baixa afinidade na ligação ao mesmo antígeno²⁵. Dada a alta taxa de infecção pelo vírus e,

²²*Poor virus-neutralizing capacity in highly C-19 vaccinated populations could soon lead to a fulminant spread of Sars-CoV-2 super variants that are highly infectious and highly virulent in vaccinees while being fully resistant to all existing and future spike-based C-19 vaccines* <https://vitalhuman.substack.com/p/geert-vanden-bossches-analysis-of?s=r>

²³Reyneveld, Savelkoul, Parmentier (2020) *Current Understanding of Natural Antibodies and Exploring the Possibilities of Modulation Using Veterinary Models. A Review* <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.02139/full>

²⁴Um sítio na proteína spike do SARS-CoV-2 que potencializa a infectividade e é alvo de anticorpos: [https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(21\)00392-3/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00392-3/fulltext)
<https://vitalhuman.substack.com/p/geert-vanden-bossches-analysis-of?s=r>

²⁵<https://www.geertvandenbossche.org/post/c-19-pandemia-quo-vadis-homo-sapiens>

portanto, o grande risco de reexposição (e, portanto, de reforço natural), é razoável presumir que muitos dos vacinados experimentem uma *supressão de longa duração da funcionalidade* de seus Acs inatos polirreativos protetores e, portanto, fiquem dependentes da imunidade dos Acs vacinais para proteção contra a doença grave da C-19²⁶, ao mesmo tempo em que se tornam mais suscetíveis à infecção por SC-2²⁷ e possivelmente também a infecções causadas por outros vírus envelopados glicosilados que são normalmente reconhecidos pelo mesmos Acs inatos. Isto se aplica particularmente às crianças, pois suas células imunitárias inatas efectoras são em grande parte ingênuas por falta de treinamento imunológico²⁸. Além disso, como já mencionado acima, a proteção contra a doença grave será provavelmente de curta duração devido à seleção natural contínua de novas variantes de escape imune.

Crianças são particularmente suscetíveis a efeitos colaterais das vacinas contra C-19

Acs inatos ligam-se ao SC-2 com menor afinidade do que os Acs vacinais. Os Acs vacinais que não neutralizam o vírus mas ainda são capazes de ligar-se a ele podem, portanto, diminuir ou mesmo suprimir a ligação dos Acs inatos relevantes (isto é, que reagem a CoV) ao SC-2²⁹. Como os Acs vacinais são específicos para cada antígeno, eles têm maior afinidade ao vírus e podem ofuscar [*outcompete*] os Acs inatos polirreativos, mesmo que não neutralizem o vírus (como com Ômicron, como discutido acima). Quando os Acs vacinais são reforçados, por exemplo devido a repetidas exposições às variantes circulantes “mais infecciosas”, eles podem suprimir os autoanticorpos protetivos inatos [*innate self-protective antibodies*] por um período de tempo *prolongado*. A supressão prolongada dos Acs inatos relevantes pelos Acs vacinais pode levar à tolerância a outros patógenos virais respiratórios e, conseqüentemente, causar *maior suscetibilidade a outras infecções respiratórias virais agudas*.

Os autoanticorpos protetivos inatos desempenham um papel importante no descarte dos antígenos derivados de células autólogas degradadas ou degeneradas³⁰. Assim, a supressão

²⁶Observo que, como a capacidade de proteção dos anticorpos vacinais está cada vez mais diminuída, as alegações sobre a proteção induzida pela vacina têm sido reduzidas para apenas “proteção contra a doença grave”. Há também evidências convincentes de que esta proteção será perdida quando surgirem novas variantes que tomem o lugar da Ômicron (<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/predictions-gvb-on-evolution-c-19-pandemic>)

²⁷*Poor virus-neutralizing capacity in highly C-19 vaccinated populations could soon lead to a fulminant spread of Sars-CoV-2 super variants that are highly infectious and highly virulent in vaccinees while being fully resistant to all existing and future spike-based C-19 vaccines* <https://vitalhuman.substack.com/p/geert-vanden-bossches-analysis-of?s=r>

Transmission of SARS-CoV-2 Omicron VOC subvariants BA.1 and BA.2: Evidence from Danish Households <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.28.22270044v1>

²⁸<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC6225771/pdf/nihms-995099.pdf>

²⁹Vanden Bossche (2021) *Why is the ongoing mass vaccination experiment driving a rapid evolutionary response of SARS-CoV-2?* <https://trialsitenews.com/why-is-the-ongoing-mass-vaccination-experiment-driving-a-rapid-evolutionary-response-of-sars-cov-2/>

³⁰<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2012.00066/full>

prolongada dos Acs inatos relevantes por meio dos Acs vacinais não neutralizantes pode inibir a eliminação de tais autoantígenos alterados e, portanto, fazer com que o sistema imunitário do hospedeiro comece a atacar suas próprias células e tecidos³¹. Isto implica que a vacinação de crianças na presença de variantes que são amplamente resistentes aos Acs neutralizantes pode *sujeitá-las ao risco de doenças autoimunes*.

Não é apenas o fato de não haver nenhum benefício em receber a vacina e que uma criança possa se tornar mais suscetível a outras doenças virais ou mesmo autoimunes, mas também há um sério risco de que certas vacinas, em particular as vacinas genéticas contra C-19 (por exemplo, vacinas de mRNA), possam prejudicar a saúde da criança logo após sua administração, causando *efeitos colaterais imunoinflamatórios* (por exemplo, miocardite). Os efeitos colaterais que ocorrem logo após a administração da vacina são de especial preocupação com as vacinas genéticas contra C-19 e apenas contribuem com riscos que devem ser considerados na análise de risco-benefício das vacinas genéticas contra C-19.

As variantes altamente infecciosas provavelmente reinfectarão indivíduos previamente infectados assintomaticamente logo após sua primeira exposição. Uma vez que a infecção assintomática anterior aumenta brevemente as concentrações de Acs S-específicos não neutralizantes, estes indivíduos podem se tornar mais suscetíveis à infecção por SC-2. Isto vale particularmente para crianças pequenas já que seus Acs inatos são essencialmente ingênuos³² (isto é, produzidos por células B imaturas) e podem, portanto, serem prontamente suprimidos por Acs S-específicos³³. Não é, portanto, surpreendente que uma pandemia de variantes mais infecciosas tenha uma *maior taxa de infecção em crianças pequenas*. Como a vacinação em massa resultou na expansão da prevalência de variantes mais infecciosas, a observação acima mencionada deve ser considerada um efeito colateral imunológico (indireto) do programa de vacinação em massa. As autoridades de saúde pública argumentam que as crianças são uma importante fonte de transmissão viral. Elas parecem não entender que a vacinação em massa é a culpada do aumento da transmissão viral, não a solução. Além disso, atualmente não se sabe se a suscetibilidade prematura a infecções virais contra as quais os Acs inatos normalmente protegeriam bem poderia representar uma nova ameaça à saúde e ao bem-estar das crianças pequenas. Por conseguinte, deveria ser investigado se a maior incidência de hepatite em crianças pequenas (por exemplo, de 2 a 5 anos de idade), por exemplo, poderia possivelmente ter resultado de tal aumento na suscetibilidade. Os dados da UKHSA mostram, porém, que as crianças podem mitigar rapidamente essa sua maior suscetibilidade à infecção em virtude do treinamento de seu sistema imunitário inato. Isto já explica porque a eficácia da vacina já é agora negativa também nestes grupos etários mais jovens (como já mencionado acima). A infecção anterior assintomática ou leve não impede o treinamento imunológico inato, pois este tipo de infecção não influencia [*prime*] o sistema imunitário do

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/cti.2016.90>

³¹Veja nota acima.

³²*B Cells, Antibodies, and More*. Clinical journal of the American Society of Nephrology: CJASN, 11(1), 137–154. <https://doi.org/10.2215/CJN.09430915>

³³<https://www.trialsitenews.com/p/geertvandenbossche/the-alleged-case-for-experimental-c-19-vaccination-of-children-is-merely-based-on-silo-mentality-and-immunological-ignorance>

hospedeiro. Isso fornece evidências adicionais da vacinação de crianças pequenas não trazer benefícios à saúde.

Como as vacinas de mRNA levam à síntese *in vivo* descontrolada de uma proteína (no caso, a proteína S) que é decorada com autopolissacarídeos, os *efeitos colaterais imunoinflamatórios* relacionados à vacinação podem ocorrer muitos meses após a vacinação (a expressão da proteína S tem sido apontada como persistindo por vários meses) e podem se manifestar em vários órgãos diferentes (a expressão da proteína S tem sido demonstrada em vários órgãos diferentes³⁴). Não se pode descartar que — na presença de Acs S-específicos — a expressão acentuada da proteína S na superfície das células do tecido transfectado do hospedeiro desencadeie a fusão dessas células com células saudáveis e não transfectadas do hospedeiro e, portanto, leve à formação de sincícios e mudanças histopatológicas em geral³⁵. Foi demonstrado que a expressão da proteína S na superfície celular desencadeia a fusão *trans* entre células infectadas e não infectadas nos tecidos do hospedeiro³⁶.

Quando você começa a vacinar com vacinas não vivas, a imunidade adquirida está sendo ativada enquanto a imunidade natural mediada por Acs é contornada³⁷. Esta é, naturalmente, a intenção de ser vacinado: para que uma resposta mais específica de anticorpos possa lidar mais efetivamente com a infecção. Entretanto, se o vírus contra o qual uma pessoa foi vacinada mudar significativamente, então os Acs adquiridos específicos gerados contra esse vírus pela vacina podem não mais reconhecê-lo tão bem quanto antes e falharão em neutralizá-lo. Por outro lado, a ampla resposta imunológica inata que poderia ter sido capaz de lidar com o vírus alterado é sufocada [*crowded out*] pela resposta imunológica adaptativa induzida pela vacina, deixando uma pessoa vulnerável a uma infecção significativa por variantes virais ou ao *ADED* de 1º grau, este último como resultado potencial da fraca ligação dos Acs neutralizantes a sítios antigênicos heterólogos³⁸. Do ponto de vista imunológico, é razoável supor que isso seja particularmente relevante em indivíduos que sejam vacinados pouco antes de sua exposição primária a uma variante viral (ou seja, cuja proteína S difira daquela usada na vacina) ou cujas células imunitárias inatas efectoras não sejam bem treinadas, como é regularmente o caso de crianças pequenas. Mas mesmo que haja um encaixe razoável entre a variante circulante e os Acs S-específicos induzidos, a virologia básica ensina que — a menos que vacinas vivas atenuadas sejam utilizadas — a vacinação em massa durante uma pandemia de um vírus altamente mutável, como é o caso do SC-2, é uma receita para escape imune³⁹, e que as variantes virais que escapam de Acs potencialmente neutralizantes

³⁴<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7827936/>
<https://www.youtube.com/watch?v=JwjJs5ZHKJI>

³⁵<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/an-open-letter-to-parents-and-pediatricians-regarding-covid-vaccination>: p. 35

³⁶<https://www.nature.com/articles/s41586-021-03925-1>

³⁷Williams (2021) *What Explains Rising Cases Among the Vaccinated?* <https://www.ukcolumn.org/article/what-explains-rising-cases-among-the-vaccinated>

³⁸<https://www.nature.com/articles/s41577-020-0321-6.pdf?origin=ppub>

³⁹<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/the-alleged-case-for-experimental-c-19-vaccination-of-children-is-merely-based-on-silo-mentality-and-immunological-ignorance>
<https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acsinfecdis.1c00557>

se tornarão mais prevalentes na população⁴⁰.

A vacinação das crianças em particular promove o escape imune e diminui dramaticamente a chance de se gerar imunidade de rebanho

Quando administradas durante uma pandemia, as vacinas contra C-19 não podem diminuir a transmissão viral na população e, portanto, não podem contribuir para a imunidade de rebanho. As faixas etárias mais jovens têm uma capacidade particularmente alta de contribuir para a imunidade de rebanho, pois têm uma forte capacidade funcional de Acs inatos e, portanto, um alto potencial para mediar uma imunidade esterilizante abrangente mediada por Acs contra CoV (presumivelmente através da ativação das células NK que é não seletiva e mediada por IgMs e/ou da ativação das células T CD8+ citotóxicas MHC-irrestritas⁴¹ que é mediada por IgMs adquiridas de reação cruzada ampla [*broadly cross-reactive*]). Como as IgGs S-específicas neutralizantes induzidas pelas vacinas prontamente ofuscam [*outcompete*] os Acs inatos ingênuos em crianças pequenas, a pressão imune seletiva que elas exercem sobre a infectividade viral só vai aumentar. Como resultado, as variantes de escape imune “mais infecciosas” desfrutarão de uma forte vantagem competitiva, o que acelerará sua propagação dominante na população hospedeira. Ao se vacinar crianças, não somente sua saúde individual está sendo potencialmente prejudicada, mas também a saúde pública em geral — o comprometimento da imunidade inata de grandes partes da população impede que a imunidade de rebanho seja estabelecida e reforça ainda mais a adaptação das variantes de escape imune mais infecciosas à população altamente vacinada, acelerando assim seu predomínio na população hospedeira. Os sistemas imunitários saudáveis das crianças são os reservatórios de eliminação do vírus e constituem uma fonte importante para gerar imunidade de rebanho e diminuir a probabilidade de que variantes mais infecciosas dominem.

⁴⁰*Kompendium der allgemeinen Virologie (in German)*, M.C. Horzinek (1985): p. 137

⁴¹<https://www.trialsitenews.com/p/geertvandenbossche/to-all-those-who-continue-to-attribute-abrogation-of-sars-cov-2-infection-to-pre-existing-cross-reactive-t-cells-rather-than-to-innate-immunity-the-devil-is-in-the-detail-of-peer-reviewed-publication>

A Ômicron funciona como uma ótima vacina viva atenuada em crianças saudáveis não vacinadas. Vaciná-las com qualquer uma das vacinas atuais contra C-19 somente aumentará (ao invés de mitigar) a pressão imune seletiva exercida pelas populações altamente vacinadas e sem dúvida extinguirá a última esperança de imunidade de rebanho

Só poderemos nos livrar da pandemia quando alcançarmos a imunidade de rebanho. A imunidade de rebanho é a imunidade da população e por definição só é alcançada quando a taxa de transmissão viral é suficientemente baixa para garantir que as pessoas vulneráveis (isto é, aquelas com um status de saúde fraco ou imunossuprimido) tenham uma probabilidade baixa de serem infectadas. Ou seja, os vulneráveis são automaticamente protegidos pela imunidade de rebanho gerada pela maior parte da população.

Na minha opinião, considero que tivemos uma oportunidade de atingir a imunidade de rebanho no início desta pandemia, oportunidade interrompida pelos lockdowns até o início da vacinação em massa — estas medidas fizeram com que a oportunidade de atingir a imunidade de rebanho nos estágios iniciais tenha sido perdida. Considero que a oportunidade de atingir a imunidade de rebanho se encolheu ainda mais com a chegada da variante Ômicron porque esta variante adquiriu um nível substancial de resistência aos Acs vacinais⁴². Como resultado, os Acs vacinais não neutralizantes estão agora tornando o vírus mais infeccioso nos vacinados, o que explica porque a grande maioria da população é agora mais suscetível à infecção⁴³. Isso é exatamente o oposto do que a vacinação em massa deveria fazer. No entanto, nos não vacinados, a Ômicron está servindo como uma vacina viva atenuada, pois estimula a imunidade natural de formas que não discriminam entre as variantes do SC-2 e que não exercem pressão imune sobre a infectividade viral (isto é, através do abafamento [*abrogation*] mediado por Acs da infecção via células imunitárias citotóxicas MHC-irrestritas polirreativas). Este mecanismo tipicamente contribui para a construção da imunidade de rebanho e para o fim de uma pandemia de uma doença viral aguda e autolimitada. Isso significa que apenas a parte não vacinada da população está agora contribuindo para a imunidade de rebanho mas, infelizmente, também significa que esta última não está mais ao alcance da população porque grande parte da população já foi vacinada.

Outro benefício das vacinas vivas atenuadas (ou seja, Ômicron nos não vacinados) é que elas são capazes de treinar as células imunitárias inatas efetas, o que conseqüentemente pode até aprimorar seu reconhecimento do vírus para melhorar o efeito protetor dos Acs

⁴²Williams (2021) *What Explains Rising Cases Among the Vaccinated?* <https://www.ukcolumn.org/article/what-explains-rising-cases-among-the-vaccinated>

⁴³<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.28.22270044v1>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34384810/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128678/pdf/main.pdf>

inatos. As células imunitárias efectoras que secretam os Acs inatos podem ser treinadas da mesma forma que outros efetores imunitários inatos podem ser treinados: pela exposição repetida aos chamados “padrões moleculares associados a patógeno”⁴⁴. Isto é, de fato, bem demonstrado pelos dados publicados pela Health Security Agency do Reino Unido, anteriormente Public Health England⁴⁵, e pela Public Health Scotland⁴⁶ — onde eles mostraram que basicamente com o envelhecimento e também com maior exposição ao patógeno o número de casos nas pessoas não vacinadas foi drasticamente reduzido — a um ponto tal que a eficácia da vacina agora se tornou negativa na grande maioria dos grupos etários (veja acima).

Nenhuma criança saudável deve ser considerada elegível para vacinação contra C-19, seja do ponto de vista de saúde individual ou da coletiva

Como os Acs anti-S induzidos pelas vacinas não podem evitar infecções virais produtivas na população hospedeira, eles não podem impedir a seleção natural de variantes mais infecciosas. Conseqüentemente, a indução de Acs vacinais em grandes partes da população promove a transmissão seletiva de variantes “mais infecciosas” e, portanto, impede o estabelecimento da imunidade de rebanho. Quanto mais pessoas vacinarmos, mais e mais rapidamente a população exercerá pressão imune sobre o ciclo de vida do vírus. Isto agora traz o alto risco de promover a expansão de novas variantes que são não apenas mais infecciosas mas também muito mais virulentas⁴⁷. Em contraste, a imunidade naturalmente induzida esteriliza o vírus na medida em que previne ou abafa a infecção produtiva pelas variantes circulantes sem oferecer vantagens competitivas às variantes mais infecciosas. A imunidade naturalmente induzida pode, portanto, diminuir drasticamente a transmissão viral. Isto é, a propósito, o que explica o declínio rápido/acentuado das taxas de infecção, mortalidade e morbidade após um surto em casos durante uma pandemia natural. No evento bastante excepcional de uma criança saudável não vacinada (isto é, sem doenças subjacentes ou deficiências imunológicas) contrair a doença com gravidade moderada, a criança não só se recuperará da doença como também desenvolverá a imunidade adquirida, que é de longa duração e dirigida contra um espectro diversificado de variantes do SC-2⁴⁸ e protegerá essa criança, mesmo quando os níveis de Acs adquiridos forem baixos (pois isso permitirá que Acs inatos treinados entrem na jogada). Na ocasião excepcional em que a Ômicron rompa a defesa imunitária inata de uma criança saudável, ou para esse propósito qualquer indivíduo saudável não vacinado, causando um quadro de doença mais grave, o paciente pode ser tratado com sucesso — isso sempre foi reconhecido, e pode-se tratá-lo com sucesso através de um tratamento precoce

⁴⁴<https://www.nature.com/articles/s41577-020-0285-6>

⁴⁵<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccine-surveillance-report>

⁴⁶https://www.publichealthscotland.scot/media/11054/22-01-07-covid19-winter_publication_report.pdf

⁴⁷<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/predictions-gvb-on-evolution-c-19-pandemic>

⁴⁸<https://www.science.org/doi/pdf/10.1126/science.abg9175>

multidrogas⁴⁹. Desta forma, mesmo os pacientes que estão em risco de desenvolver um quadro grave da doença podem não somente se recuperarem com sucesso mas até mesmo contribuírem para a imunidade de rebanho. *O status imunológico de uma pessoa que se recuperou da C-19 é, portanto, muito diferente daquele induzido por uma vacina contra C-19.* Os Acs vacinais anti-S têm um espectro mais restrito⁵⁰ e, portanto, não só são menos protetores contra a infecção por variantes virais, mas também são candidatos a suscitar ADED caso sua ligação à S na variante circulante seja muito fraca para neutralizar o vírus.

A Ômicron está agora gerando cada vez mais imunidade anti-infecção durável na parte não vacinada da população. Entretanto, dado o efeito de aumento da infecção pelos Acs vacinais não neutralizantes nos vacinados e suas fortes e frequentes reconvocações como resultado do reforço natural (via Ômicron!), a imunidade de rebanho não está mais ao alcance das populações altamente vacinadas. Quanto mais pessoas vacinamos, mais e mais rapidamente a população exercerá pressão imune sobre o ciclo de vida do vírus. Isto agora incorre no alto risco de promover a expansão de novas variantes que são não somente mais infecciosas mas também muito mais virulentas⁵¹. Na mesma linha de raciocínio, não devemos vacinar contra a variante Ômicron, pois a vacinação em massa contra a Ômicron também aumentará os níveis dos Acs não neutralizantes, ou seja, Acs que aumentam a infecção e assim inevitavelmente aumentam ainda mais a pressão imune seletiva sobre o vírus e fomentam a propagação de variantes muito mais perigosas que resistem totalmente a Acs potencialmente neutralizantes. Por esta razão, é vital que deixemos em paz as pessoas saudáveis e não vacinadas, que deixemos em paz as crianças saudáveis não vacinadas, e que — ao invés disso — diminuamos a transmissão viral conduzindo campanhas de quimioprofilaxia antiviral em larga escala em países altamente vacinados enquanto protegemos os vulneráveis e possibilitamos seu acesso ao tratamento precoce multidrogas.

Resumo e conclusão

Em suma, podemos concluir como resumido a seguir:

Como as células imunitárias inatas efectoras em crianças pequenas não são treinadas para lidar com vírus altamente infecciosos, os seus Acs inatos, os quais abrigam um repertório de especificidades direcionadas a vírus envelopados glicosilados, podem ser prontamente superados pelos Acs vacinais de alta afinidade direcionados à proteína S, mesmo que estes Acs não neutralizem mais o vírus. Consequentemente, a vacinação de crianças desliga sua imunidade antiviral natural amplamente poliespecífica em troca de Acs vacinais S-específicos que estão se tornando cada vez mais inúteis à medida que sua capacidade de neutralização é progressi-

⁴⁹<https://www.ijirms.in/index.php/ijirms/article/view/1100>
<https://www.preprints.org/manuscript/202007.0025/v1>

⁵⁰<https://www.science.org/doi/pdf/10.1126/science.abg9175>

⁵¹<https://www.nature.com/articles/s41559-021-01603-z>
<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/predictions-gvb-on-evolution-c-19-pandemic>

vamente corroída devido ao maior escape da proteína S mutante do SC-2 dos Acs altamente específicos e potencialmente neutralizantes (uma tendência que tem sido claramente confirmada por epidemiologistas moleculares⁵²) ao mesmo tempo em que ofuscam [*outcompete*] os Acs inatos protetores. Os baixos níveis de Acs vacinais estão, portanto, levando a um alto risco de *infecções de escape* em crianças que expostas a variantes virais.

Além disso, Acs vacinais com capacidade de neutralização diminuída em relação às variantes do SC-2 provavelmente aumentarão a suscetibilidade das crianças vacinadas ao *ADED de 1^o grau*, tornando assim os Acs vacinais S-específicos nos vacinados, e particularmente nas crianças, mais perigosos.

A supressão dos Acs inatos, intensificada por uma alta prevalência prolongada (pandemia!) de elevados Acs anti-S em crianças vacinadas, também as transformaria em um *excelente criadouro para variantes de escape imune mais infecciosas* enquanto provavelmente as tornaria *mais suscetíveis a outras infecções virais e doenças autoimunes*.

Com base no acima exposto, não pode haver dúvidas de que a conclusão da análise de risco/benefício aponta forte e inequivocamente contra a vacinação de crianças contra SC-2 já que o risco de administrar vacinas a crianças saudáveis supera o benefício. Portanto, não há benefício em proteger sinteticamente as crianças com vacinas quando sua imunidade natural produz uma resposta imunológica duradoura que é muito mais segura e eficiente, tanto do ponto de vista individual como da saúde pública. Afrontar a defesa imunitária natural da criança contra SC-2, e várias outras infecções virais agudas e autolimitadas (por exemplo, Influenza), é um pecado imperdoável!

Anexo⁵³

UK Health Security Agency
COVID-19 Vaccine Surveillance Report
Dados de 28 de fevereiro de 2022 a 27 de março de 2022
Publicados em 31 de março de 2022

Resumo dos casos, hospitalizações e mortes:

Pode-se conferir as versões anteriores deste relatório semanal e se observar a tendência de diminuição da eficácia da vacina emergir e se tornar cada vez mais clara desde aquela época.

⁵²Martin, Weaver, Tegally, San, Shank, Wilkinson, Lucaci, Giandhari, Naidoo, Pillay, Singh, Lessells, NGS-SA; COVID-19 Genomics UK (COG-UK); Gupta, Wertheim, Nekturenko, Ben Murrell, Harkins, Lemey, MacLean, Robertson, Oliveira, Pond (2021) *The emergence and ongoing convergent evolution of the N501Y lineages coincides with a major global shift in the SARS-CoV-2 selective landscape* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33688681/>

⁵³Agradeço a Christopher H. pelos cálculos e por compartilhar as tabelas e os gráficos.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1065279/vaccine-surveillance-report-week-13.pdf

Casos

- Acima dos 18 anos de idade, a vacinação **aumentou a taxa de infecção** independentemente do número de doses, às vezes em mais de 400%
- Abaixo dos 18 anos de idade, 1 ou 2 doses **aumentaram levemente a taxa de infecção**
- Abaixo dos 18 anos de idade, 3 ou mais doses (200.000 pessoas num total de 64 milhões no país inteiro) reduziram a taxa de infecção em somente 30%

Hospitalizações

- Acima dos 18 anos de idade, 3 ou mais doses diminuíram a taxa de hospitalização em no máximo 40%, e em alguns casos nem diminuíram
- Acima dos 29 anos de idade, 1 ou 2 doses **aumentaram a taxa de hospitalização** em todas os grupos etários, às vezes em mais de 200%

Mortes

- Acima dos 18 anos de idade, 3 ou mais doses diminuíram a taxa de mortalidade em no máximo 58%, mas em alguns grupos somente em 16%
- Acima dos 29 anos de idade, 1 ou 2 doses **aumentaram o taxa de mortalidade** em todos os grupos etários, muitas vezes em mais de 200%

De modo geral, estes dados sugerem que o uso destas vacinas aumenta e muito a propagação da C-19.

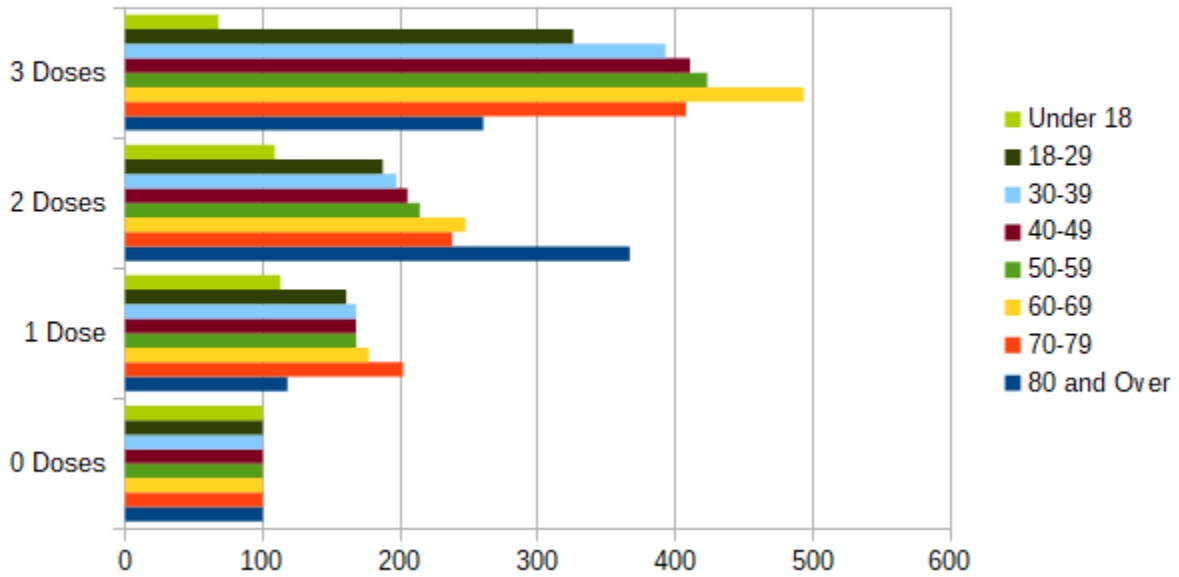
Que estas vacinas oferecem no máximo uma redução medíocre dos desfechos negativos, e apenas por um curto período de tempo.

Que estas vacinas em todos os casos causam a longo prazo um aumento de maior magnitude nos desfechos negativos.

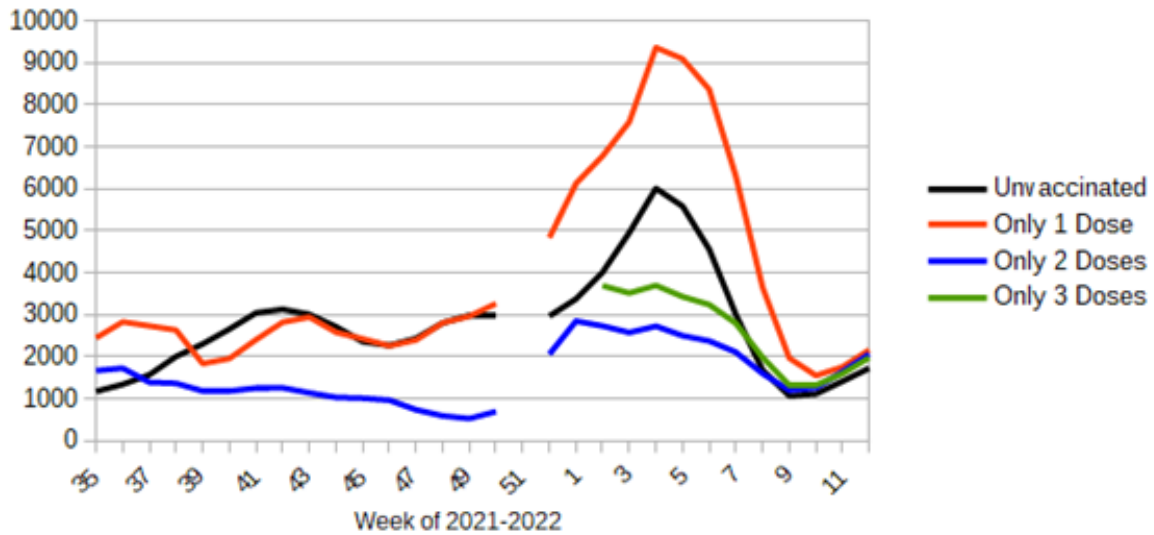
Os dados acima se referem à C-19, não incluindo nenhum efeito colateral das vacinas.

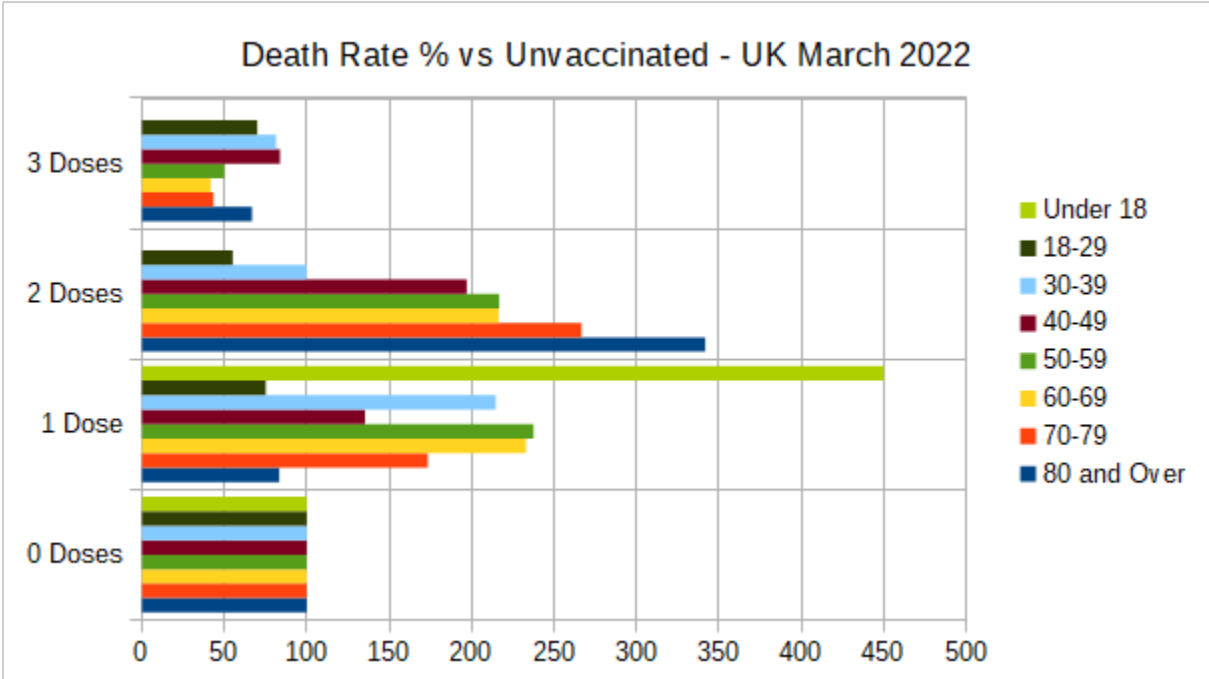
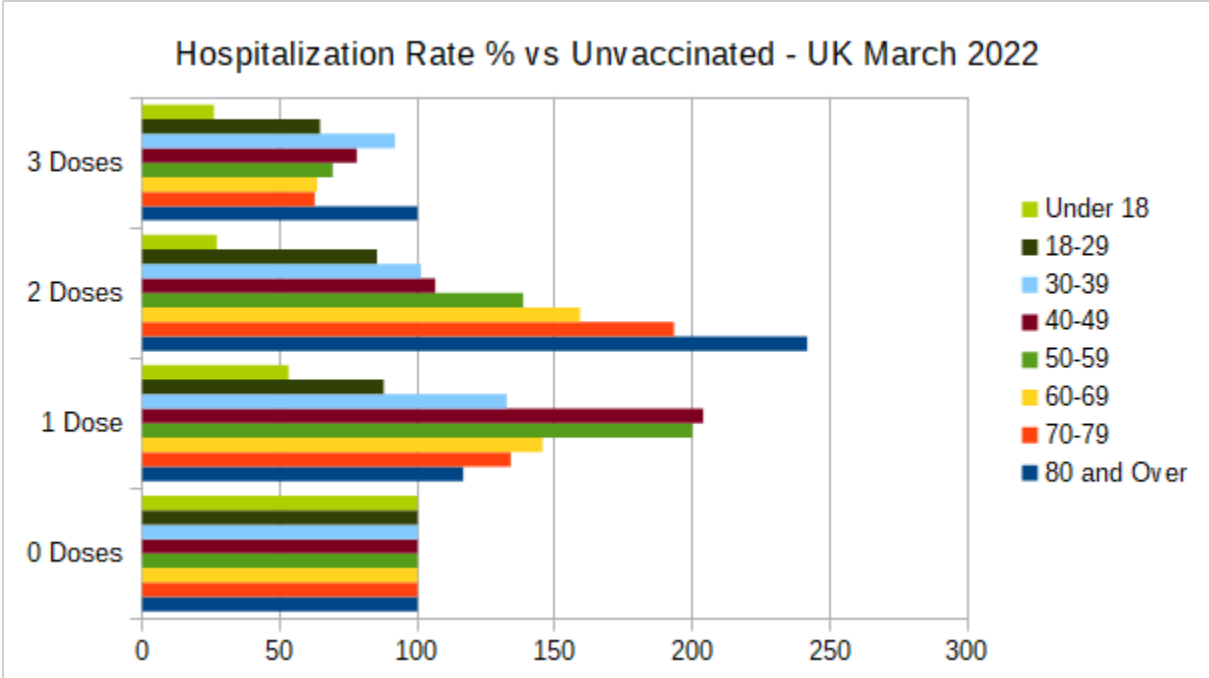
As planilhas do LibreOffice são mostradas abaixo. Elas refletem a chance percentual de casos/hospitalizações/mortes em (completamente ou parcialmente) vacinados versus não vacinados.

Case Rate % vs Unvaccinated - UK March 2022



COVID-19 4 Week Case Rate Per 100,000 Under 18 - UK 2021-2022





Os dados brutos podem ser encontrados na tabelas abaixo.

A página 16 detalha o número de indivíduos vacinados em cada grupo com dados do mesmo período:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1065232/Weekly_Flu_and_COVID-19_report_w13.pdf

Dados na página 85:

Table 9: Provisional cumulative COVID-19 vaccine uptake by age in England

NATIONAL	People in NIMS cohort	Vaccinated with at least 1 dose		Vaccinated with at least 2 doses		Vaccinated with at least 3 doses	
		Number vaccinated	% vaccine uptake	Number vaccinated	% vaccine uptake	Number vaccinated	% vaccine uptake
Over 80	2,725,031	2,606,360	95.6	2,588,995	95.0	2,489,360	91.4
75 to under 80	2,133,304	2,044,647	95.8	2,030,250	95.2	1,970,892	92.4
70 to under 75	2,846,524	2,697,369	94.8	2,675,085	94.0	2,583,850	90.8
65 to under 70	2,913,793	2,701,506	92.7	2,671,058	91.7	2,533,006	86.9
60 to under 65	3,506,762	3,192,769	91.0	3,147,868	89.8	2,895,760	82.6
55 to under 60	4,122,382	3,685,697	89.4	3,623,490	87.9	3,239,553	78.6
50 to under 55	4,252,064	3,705,311	87.1	3,627,815	85.3	3,140,991	73.9
45 to under 50	4,003,872	3,319,357	82.9	3,226,652	80.6	2,630,671	65.7
40 to under 45	4,224,339	3,293,170	78.0	3,169,100	75.0	2,418,247	57.2
35 to under 40	4,610,462	3,381,051	73.3	3,213,988	69.7	2,261,371	49.0
30 to under 35	4,867,872	3,410,681	70.1	3,191,046	65.6	2,067,595	42.5
25 to under 30	4,577,404	3,133,201	68.4	2,885,858	63.0	1,732,466	37.8
20 to under 25	4,046,915	2,869,475	70.9	2,574,993	63.6	1,444,366	35.7
18 to under 20	1,393,549	1,030,461	73.9	919,097	66.0	507,503	36.4
16 to under 18	1,378,699	940,804	68.2	722,628	52.4	189,399	13.7
12 to under 16	2,891,284	1,659,504	57.4	926,494	32.0	10,400	0.4
Under 12	8,605,738	183,840	2.1	38,184	0.4	70	0.0
Total*	63,099,994	43,856,094	69.5	41,233,031	65.3	32,115,749	50.9

População com 80 anos ou mais: 2.725.031

3 doses = 2.489.360

2 doses = 2.566.995 - 2.489.360 = 77.635

1 dose = 2.606.360 - 2.566.995 = 39.365

Não vacinados = 2.725.031 - 2.606.360 = 118.671

População de 70 a 79 anos: 4.979.828

3 doses = 4.554.742

2 doses = 4.705.335 - 4.554.742 = 150.593

1 dose = 4.742.016 - 4.705.335 = 36.681

Não vacinados = 4.979.828 - 4.742.016 = 237.812

População de 60 a 69 anos: 6.420.555

3 doses = 5.428.766

2 doses = 5.818.926 - 5.428.766 = 390.160

1 dose = 5.894.275 - 5.818.926 = 75.349

Não vacinados = 6.420.555 - 5.894.275 = 526.280

População de 50 a 59 anos: 8.374.446

3 doses = 6.380.544

2 doses = 7.251.305 - 6.380.544 = 870.761

1 dose = 7.391.008 - 7.251.305 = 139.703

Não vacinados = 8.374.446 - 7.391.008 = 983.438

População de 40 a 49 anos: 8.228.211
 3 doses = 5.048.918
 2 doses = 6.395.752 - 5.048.918 = 1.346.834
 1 dose = 6.612.527 - 6.395.752 = 216.775
 Não vacinados = 8.228.211 - 6.612.527 = 1.615.684

População de 30 a 39 anos: 9.478.334
 3 doses = 4.328.966
 2 doses = 6.405.034 - 4.328.966 = 2.076.068
 1 dose = 6.791.732 - 6.405.034 = 386.698
 Não vacinados = 9.478.334 - 6.791.732 = 2.686.602

População de 18 a 29 anos: 10.017.868
 3 doses = 3.684.335
 2 doses = 6.379.948 - 3.684.335 = 2.695.613
 1 dose = 7.033.137 - 6.379.948 = 653.189
 Não vacinados = 10.017.868 - 7.033.137 = 2.984.731

População de até 18 anos de idade: 12.875.721
 3 doses = 199.869
 2 doses = 1.687.306 - 199.869 = 1.487.437
 1 dose = 2.784.148 - 1.687.306 = 1.096.842
 Não vacinados = 12.875.721 - 2.784.148 = 10.091.573

Agora na página 40 do primeiro relatório, os casos:

Cases reported by specimen date between week 9 2022 (w/e 6 March 2022) and week 12 2022 (w/e 27 March 2022)	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1 to 20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date ¹	Third dose ≥14 days before specimen date ¹
	[This data should be interpreted with caution. See information below in footnote about the correct interpretation of these figures]						
Under 18	234,919	9,694	172,743	1,331	21,201	27,633	2,317
18 to 29	212,638	13,906	28,140	290	9,843	47,550	112,909
30 to 39	279,848	13,330	29,166	177	7,082	44,727	185,366
40 to 49	253,592	9,312	15,437	49	3,497	26,565	198,732
50 to 59	242,471	8,162	7,669	27	1,834	14,514	210,265
60 to 69	166,870	4,948	3,013	10	764	5,486	152,649
70 to 79	105,126	3,129	1,266	6	391	1,903	98,431
80 or over	58,145	4,155	923	3	361	2,219	50,484

80+

Taxa de casos entre os não vacinados = $923 / 118.671 * 100 = 0,78\%$
 Taxa de casos entre aqueles com 1 dose = $361 / 39.365 * 100 = 0,92\%$
 Taxa de casos entre aqueles com 2 doses = $2.219 / 77.635 * 100 = 2,86\%$
 Taxa de casos entre aqueles com 3 doses = $50.484 / 2.489.360 * 100 = 2,03\%$

70 – 79

Taxa de casos entre os não vacinados = $1.266 / 237.812 * 100 = 0,53\%$

Taxa de casos entre aqueles com 1 dose = $391 / 36.681 * 100 = 1,07\%$

Taxa de casos entre aqueles com 2 doses = $1.903 / 150.593 * 100 = 1,26\%$

Taxa de casos entre aqueles com 3 doses = $98.431 / 4.554.742 * 100 = 2,16\%$

60 – 69

Taxa de casos entre os não vacinados = $3.013 / 526.280 * 100 = 0,57\%$

Taxa de casos entre aqueles com 1 dose = $764 / 75.349 * 100 = 1,01\%$

Taxa de casos entre aqueles com 2 doses = $5.486 / 390.160 * 100 = 1,41\%$

Taxa de casos entre aqueles com 3 doses = $152.649 / 5.428.766 * 100 = 2,81\%$

50 – 59

Taxa de casos entre os não vacinados = $7.669 / 983.438 * 100 = 0,78\%$

Taxa de casos entre aqueles com 1 dose = $1.834 / 139.703 * 100 = 1,31\%$

Taxa de casos entre aqueles com 2 doses = $14.514 / 870.761 * 100 = 1,67\%$

Taxa de casos entre aqueles com 3 doses = $210.265 / 6.380.544 * 100 = 3,30\%$

40 – 49

Taxa de casos entre os não vacinados = $15.437 / 1.615.684 * 100 = 0,96\%$

Taxa de casos entre aqueles com 1 dose = $3.497 / 216.775 * 100 = 1,61\%$

Taxa de casos entre aqueles com 2 doses = $26.565 / 1.346.834 * 100 = 1,97\%$

Taxa de casos entre aqueles com 3 doses = $198.732 / 5.048.918 * 100 = 3,94\%$

30 – 39

Taxa de casos entre os não vacinados = $29.166 / 2.686.602 * 100 = 1,09\%$

Taxa de casos entre aqueles com 1 dose = $7.082 / 386.698 * 100 = 1,83\%$

Taxa de casos entre aqueles com 2 doses = $44.727 / 2.076.068 * 100 = 2,15\%$

Taxa de casos entre aqueles com 3 doses = $185.366 / 4.328.966 * 100 = 4,28\%$

18 – 29

Taxa de casos entre os não vacinados = $28.140 / 2.984.731 * 100 = 0,94\%$

Taxa de casos entre aqueles com 1 dose = $9.843 / 653.189 * 100 = 1,51\%$

Taxa de casos entre aqueles com 2 doses = $47.550 / 2.695.613 * 100 = 1,76\%$

Taxa de casos entre aqueles com 3 doses = $112.909 / 3.684.335 * 100 = 3,06\%$

<18

Taxa de casos entre os não vacinados = $172.743 / 10.091.573 * 100 = 1,71\%$

Taxa de casos entre aqueles com 1 dose = $21.201 / 1.096.842 * 100 = 1,93\%$

Taxa de casos entre aqueles com 2 doses = $27.633 / 1.487.437 * 100 = 1,86\%$

Taxa de casos entre aqueles com 3 doses = $2.317 / 199.869 * 100 = 1,16\%$

Na página 41, as hospitalizações:

Cases presenting to emergency care (within 28 days of a positive test) resulting in overnight inpatient admission, by specimen date between week 9 2022 (w/e 6 March 2022) and week 12 2022 (w/e 27 March 2022)	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1 to 20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date ¹	Third dose ≥14 days before specimen date ¹
	[This data should be interpreted with caution. See information below in footnote about the correct interpretation of these figures]						
Under 18	1,096	27	965	5	56	38	5
18 to 29	690	8	246	3	47	190	196
30 to 39	692	5	200	0	38	156	293
40 to 49	582	10	124	0	34	111	303
50 to 59	892	1	127	1	37	155	571
60 to 69	1,054	5	116	0	24	135	774
70 to 79	2,014	5	140	1	29	171	1,668
80 or over	3,369	2	147	1	55	224	2,940

80+

Taxa de hospitalização entre os não vacinados = $147 / 118.671 * 100 = 0,1\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 1 dose = $55 / 39.365 * 100 = 0,14\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 2 doses = $224 / 77.635 * 100 = 0,29\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 3 doses = $2.940 / 2.489.360 * 100 = 0,12\%$

70 – 79

Taxa de hospitalização entre os não vacinados = $140 / 237.812 * 100 = 0,059\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 1 dose = $29 / 36.681 * 100 = 0,079\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 2 doses = $171 / 150.593 * 100 = 0,114\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 3 doses = $1.668 / 4.554.742 * 100 = 0,037\%$

60 – 69

Taxa de hospitalização entre os não vacinados = $116 / 526.280 * 100 = 0,022\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 1 dose = $24 / 75.349 * 100 = 0,032\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 2 doses = $135 / 390.160 * 100 = 0,035\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 3 doses = $774 / 5.428.766 * 100 = 0,014\%$

50 – 59

Taxa de hospitalização entre os não vacinados = $127 / 983.438 * 100 = 0,013\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 1 dose = $37 / 139.703 * 100 = 0,026\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 2 doses = $155 / 870.761 * 100 = 0,018\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 3 doses = $571 / 6.380.544 * 100 = 0,009\%$

40 – 49

Taxa de hospitalização entre os não vacinados = $124 / 1.615.684 * 100 = 0,0077\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 1 dose = $34 / 216.775 * 100 = 0,0157\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 2 doses = $111 / 1.346.834 * 100 = 0,0082\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 3 doses = $303 / 5.048.918 * 100 = 0,0060\%$

30 – 39

Taxa de hospitalização entre os não vacinados = $200 / 2.686.602 * 100 = 0,0074\%$

Taxa de hospitalização entre aqueles com 1 dose = $386.698 * 100 = 0,0098\%$
 Taxa de hospitalização entre aqueles com 2 doses = $156 / 2.076.068 * 100 = 0,0075\%$
 Taxa de hospitalização entre aqueles com 3 doses = $293 / 4.328.966 * 100 = 0,0068\%$

18 – 29

Taxa de hospitalização entre os não vacinados = $246 / 2.984.731 * 100 = 0,0082\%$
 Taxa de hospitalização entre aqueles com 1 dose = $47 / 653.189 * 100 = 0,0072\%$
 Taxa de hospitalização entre aqueles com 2 doses = $190 / 2.695.613 * 100 = 0,0070\%$
 Taxa de hospitalização entre aqueles com 3 doses = $196 / 3.684.335 * 100 = 0,0053\%$

<18

Taxa de hospitalização entre os não vacinados = $965 / 10.091.573 * 100 = 0,0096\%$
 Taxa de hospitalização entre aqueles com 1 dose = $56 / 1.096.842 * 100 = 0,0051\%$
 Taxa de hospitalização entre aqueles com 2 doses = $38 / 1.487.437 * 100 = 0,0026\%$
 Taxa de hospitalização entre aqueles com 3 doses = $5 / 199.869 * 100 = 0,0025\%$

Na página 43, as mortes em até 60 dias:

Death within 60 days of positive COVID-19 test by date of death between week 9 2022 (w/e 6 March 2022) and week 12 2022 (w/e 27 March 2022)	Total**	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1 to 20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date ¹	Third dose ≥14 days before specimen date ¹
	[This data should be interpreted with caution. See information below in footnote about the correct interpretation of these figures]						
Under 18	3	0	2	0	1	0	0
18 to 29	15	0	6	0	1	3	5
30 to 39	44	0	13	0	4	10	17
40 to 49	61	1	11	0	2	18	29
50 to 59	155	0	24	0	8	45	78
60 to 69	350	1	48	0	16	77	208
70 to 79	825	3	72	0	19	120	611
80 or over	2,614	5	145	2	36	320	2,106

80+

Taxa de mortalidade entre os não vacinados = $145 / 118.671 * 100 = 0,12\%$
 Taxa de mortalidade entre aqueles com 1 dose = $38 / 39.365 * 100 = 0,10\%$
 Taxa de mortalidade entre aqueles com 2 doses = $320 / 77.635 * 100 = 0,41\%$
 Taxa de mortalidade entre aqueles com 3 doses = $2.106 / 2.489.360 * 100 = 0,08\%$

70 – 79

Taxa de mortalidade entre os não vacinados = $72 / 237.812 * 100 = 0,030\%$
 Taxa de mortalidade entre aqueles com 1 dose = $19 / 36.681 * 100 = 0,052\%$
 Taxa de mortalidade entre aqueles com 2 doses = $120 / 150.593 * 100 = 0,080\%$
 Taxa de mortalidade entre aqueles com 3 doses = $611 / 4.554.742 * 100 = 0,013\%$

60 – 69

Taxa de mortalidade entre os não vacinados = $48 / 526.280 * 100 = 0,0091\%$

Taxa de mortalidade entre aqueles com 1 dose = $16 / 75.349 * 100 = 0,0212\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 2 doses = $77 / 390.160 * 100 = 0,0197\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 3 doses = $208 / 5.428.766 * 100 = 0,0038\%$

50 – 59

Taxa de mortalidade entre os não vacinados = $24 / 983.438 * 100 = 0,0024\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 1 dose = $8 / 139.703 * 100 = 0,0057\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 2 doses = $45 / 870.761 * 100 = 0,0052\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 3 doses = $78 / 6.380.544 * 100 = 0,0012\%$

40 – 49

Taxa de mortalidade entre os não vacinados = $11 / 1.615.684 * 100 = 0,00068\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 1 dose = $2 / 216.775 * 100 = 0,00092\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 2 doses = $18 / 1.346.834 * 100 = 0,00134\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 3 doses = $29 / 5.048.918 * 100 = 0,00057\%$

30 – 39

Taxa de mortalidade entre os não vacinados = $13 / 2.686.602 * 100 = 0,00048\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 1 dose = $4 / 386.698 * 100 = 0,00103\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 2 doses = $10 / 2.076.068 * 100 = 0,00048\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 3 doses = $17 / 4.328.966 * 100 = 0,00039\%$

18 – 29

Taxa de mortalidade entre os não vacinados = $6 / 2.984.731 * 100 = 0,00020\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 1 dose = $1 / 653.189 * 100 = 0,00015\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 2 doses = $3 / 2.695.613 * 100 = 0,00011\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 3 doses = $5 / 3.684.335 * 100 = 0,00014\%$

<18

Taxa de mortalidade entre os não vacinados = $2 / 10.091.573 * 100 = 0,00002\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 1 dose = $1 / 1.096.842 * 100 = 0,00009\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 2 doses = $0 / 1.487.437 * 100 = 0,00000\%$
Taxa de mortalidade entre aqueles com 3 doses = $0 / 199.869 * 100 = 0,00000\%$