

G. Vanden Bossche responde a perguntas feitas pela comissão parlamentar após seu depoimento na audiência sobre vacinação compulsória de 26 de janeiro de 2022

Geert Vanden Bossche, 22 de fevereiro de 2022.[†]

Como várias das questões revelam uma má interpretação do meu aviso e da evidência científica — e isso apesar de vários artigos e entrevistas nos quais os expliquei — eu considero útil clarificar duas coisas de antemão para economizar tempo nas respostas às perguntas em si.

i) A respeito da minha opinião sobre os efeitos perniciosos da atual vacinação em massa.

Repito: minha grande preocupação é:

1. **vacinação em larga escala** em várias camadas da população
2. **durante uma pandemia**
3. de **variantes mais infecciosas do SARS-CoV-2 (SC-2)**
4. com **vacinas contra a Covid-19 (C-19) que não são capazes de prevenir a transmissão do vírus**

Essas quatro condições são completamente satisfeitas pelas campanhas de vacinação atuais e promovem a propagação (mas não a emergência!!) de mutantes / variantes mais infecciosas. Como essas começam a dominar (suprimindo as variantes menos infecciosas), a pressão infecciosa na população aumenta. Isso leva a mais (casos de) doença (cfr. Ômicron). De forma similar ao efeito das aglomerações, uma onda de um vírus altamente infeccioso aumenta rapidamente a taxa de infecção e esta, através da alta taxa de morbidade resultante, resulta em pressão imune no vírus (através de anticorpos naturalmente adquiridos que são, note-se, incapazes de suprimir o vírus quando a taxa de infecção é muito alta!). É possível reduzir essa pressão infecciosa com quimioprofilaxia anti-viral (uma única vez). Pelo outro lado, o prosseguimento da vacinação somente aumenta a pressão imune e garante a continuidade do ciclo vicioso de crescente infectividade do vírus.

ii) A respeito do embasamento científico dos meus argumentos.

Seria ótimo se houvesse, como é o caso da Influenza, estudos já concluídos descrevendo como a imunidade inata e a imunidade pós-infecção se complementam no combate ao SC-2 e como a imunidade vacinal simplesmente ignora as células efetoras do sistema imunológico inato, as quais têm eficiência reconhecida contra o SC-2. Contra a Influenza, por exemplo, já é sabido que aos anticorpos inatos se sucedem os anticorpos naturalmente adquiridos [pós infecção], com efeitos sinérgicos (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11043776/>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/>); e se é geralmente conhecido que a função efetora das vacinas é baseada nas células do sistema imunológico *adquirido* e não nas do sistema inato.

[†]Tradução de Eduardo Fischer.

Também seria ótimo se houvesse estudos descrevendo exatamente como as células efetoras do sistema imunológico inato (e. g. células B1a e NK) poderiam ser treinadas via mudanças epigenéticas durante o curso de uma pandemia de SC-2. É um fato bem sabido e cientificamente publicado que a imunidade inata pode ser treinada através de mudanças epigenéticas.

Infelizmente, não se conhecem os mecanismos de biologia molecular que descrevem como os anticorpos S-específicos [específicos contra a proteína spike] podem, devido a sua afinidade muito maior ao antígeno, ofuscar [*outcompete*] os anticorpos IgM congênitos poliespecíficos, os quais reconhecem padrões autossimilares [*self-like motifs*] nas superfícies dos coronavírus. Contudo, o fenômeno tem sido descrito em geral na situação de anticorpos Ag-específicos [específicos contra um antígeno] e anticorpos inatos.

Para completar, também ainda não há uma descrição exata de como anticorpos inatos podem neutralizar variantes do SC-2 e todos os coronavírus. Essa interação foi descrita para várias variantes do vírus da Influenza (os quais também possuem padrões autossimilares de N-polissacarídeos [*N-glycans*] na sua superfície).

As referências científicas que embasam os argumentos acima e os põe em um contexto lógico são mencionadas no meu artigo abaixo (também publicado no site TrialSiteNews, <https://trialsitenews.com/>)

<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>

Assim como é o caso de uma nova invenção, o segredo está em encaixar corretamente as peças do quebra-cabeça, baseando-se nas publicações científicas as quais — ao menos no caso do SC-2 — estão muito atrasadas em relação aos fatos. Quando essas peças se encaixam, a hipótese é testada contra a realidade para se determinar se ela pode explicar a evolução da pandemia — mesmo com a intervenção humana — o que epidemiologistas e virologistas convencionais não conseguem mesmo com todos os seus modelos. A força da hipótese não está nos artigos científicos que formam as peças individuais do quebra-cabeça mas na confiabilidade das previsões do quebra-cabeça completo quanto à evolução da pandemia. Eu sempre disse que a vacinação em massa levaria a uma sucessão de variantes cada vez mais infecciosas do SC-2 que circulariam predominantemente. Essa previsão se concretizou. Também previ que isso levaria à resistência do vírus aos anticorpos anti-S neutralizantes. Essa segunda previsão também se concretizou. Finalmente, também previ que continuar com a vacinação em massa (e agora potencialmente com uma vacina anti-Ômicron) levaria um aumento ainda maior em infecções, doenças e mortalidade na população vacinada. Eu espero que essa previsão não se concretize, mas é o que deduzo do meu entendimento científico de como vacinação em massa afeta a evolução do vírus e a resposta adaptiva do sistema imunológico.

Estou prevendo o fim do mundo? Muito pelo contrário; no entanto, muitas vezes penso numa máxima do Sherlock Holmes:

“Quantas vezes eu lhe disse que depois de eliminado o impossível, aquilo que permanece, não importa o quão improvável, deve ser a verdade?”

Kathleen Depoorter (N-VA):

Logo farei questões para ambos os convidados, mas inicialmente me dirijo ao Sr. Vanden Bossche. Você começou dizendo que não tem conflito de interesse. Então, você ofereceu um esclarecimento. Eu gostaria de voltar ao assunto. Eu li na imprensa que você está desenvolvendo uma vacina, baseada em células T. Isso procede? Você ainda afirmaria que você não tem conflito de interesse nesse caso? Como você é um consultor, parece difícil acreditar que você seja completamente independente. Uma clarificação seria importante nesse assunto na minha opinião.

Como você provavelmente sabe, a imprensa oficial somente propaga boatos sobre mim. Primeiro de tudo, o conceito não é sobre células T mas sobre células NK [*natural killer*]. Apesar das tentativas frustradas dos checadores de fatos, não existem patentes no conceito e eu não possuo infraestrutura nem nenhum contrato com possíveis investidores ou companhias que poderiam ajudar a desenvolver este, na minha opinião, conceito promissor. Vários dos principais atores da indústria de vacinas estão cientes do meu conceito e dos dados gerados *in vitro*. Entretanto, esta pesquisa foi completamente interrompida desde o início da crise do coronavírus. Além disso, também se deve perguntar qual produtor de vacinas estaria interessado em uma vacina universal que pudesse oferecer, com uma única administração, proteção contra vários agentes patogênicos diferentes. Talvez seja necessário um pouquinho mais de trabalho de casa para examinar como poderia haver até mesmo um indício de conflito de interesses em tal situação. De fato, já declarei publicamente em várias ocasiões que, no improvável caso de haver interesse em desenvolver uma vacina baseada neste conceito, disponibilizarei todo meu conhecimento sobre esta abordagem vacinal sem a intenção de ganhar um único centavo de euro ou de dólar com royalties ou com a comercialização de possíveis direitos de propriedade intelectual. Aparentemente vivemos num tempo em que a verdadeira filantropia e integridade somente resultam em suspeitas. Dado que os coletores de impostos deste país aparentemente pretendem, a todo custo, impor a vacinação à população, talvez fosse mais útil conduzir uma investigação sobre os possíveis conflitos de interesse de vários promotores desta vacinação em massa que são pagos precisamente com o dinheiro do contribuinte. Também é claro que uma parte não insignificante da renda que alguns destes institutos embolsam das colaborações relacionadas à C-19 com a indústria flui de volta para seus próprios bolsos.

Você afirma que uma pandemia natural se extingue após um ano. Entretanto, a literatura comumente menciona períodos de quatro anos. Quais publicações científicas você usa na sua afirmação? Você pode compartilhá-las conosco?

Acho que você consultou a literatura errada. Isso não é sobre a literatura das duas guerras mundiais, mas é a literatura sobre pandemia. Aqui está uma pequena amostra das fontes disponíveis:

<https://www.britannica.com/story/how-long-did-the-flu-pandemic-of-1918-1919>

https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/pandemic_flu.html

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7252012/>

<https://sfamjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1751-7915.13889>

Documentadamente, a duração de uma pandemia varia entre 10 e 20 meses. A gripe russa (possivelmente nem causada por Influenza mas por um coronavírus), que durou da primavera de 1889 até a primavera de 1890, teve um breve reaparecimento 2 anos depois (de janeiro até maio) com 2017 casos, sendo 66 fatais: <https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/651/1/2005.Vol17.Issue3.A2.pdf>

Você também diz que as vacinas devem ter um efeito esterilizante. Todo ano o governo promove uma temporada de vacinação contra a gripe, com um alcance de 60-70%, e isso vem de anos. Para isso são utilizadas várias linhagens. Você está sugerindo que essas campanhas são também inadequadas ou desnecessárias? Cientificamente, nós supomos que a campanha de vacinação contra a gripe tem um efeito e que menos pessoas sejam hospitalizadas ou morram em decorrência. A informação que temos hoje é que a literatura sugere que a vacinação contra a Covid causa casos menos severos, com menos fatalidades. Você realmente discorda? Qual a literatura que embasa o seu ponto de vista?

Veja acima. **A vacinação contra a gripe não envolve vacinação em massa, e não ocorre durante uma pandemia ou epidemia.** A temporada de vacinação precede a temporada de gripe, e somente uma pequena parte da população (i. e. idosos e vulneráveis) é vacinada. Se vacinásemos em massa com vacinas convencionais (nisso incluindo as vacinas contra o Influenza) durante uma pandemia de gripe, como estamos fazendo durante a pandemia do SC-2, eu certamente soaria o mesmo alarme que estou soando agora.

O que eu considero difícil de entender no seu raciocínio sobre ofuscamento, vacinação e imunidade natural é que você afirma que devemos começar a vacinar antes da deflagração de uma pandemia. Contudo, há vários exemplos históricos como Ebola e cólera em que a vacinação começou no meio de uma pandemia. Ainda assim, você não consideraria apropriado começar a vacinar depois da crise?

Primeiramente, não devemos comparar maçãs com peras. **Não estou ciente de nenhum caso de vacinação contra um vírus com vacinas não replicantes durante uma pandemia.** A vacina contra o Ebola também foi uma vacina replicante (VSV-EBOV), cuja eficácia foi vergonhosamente falsificada pela OMS nos estudos clínicos, como demonstrei na minha análise na época em que eu trabalhava na GAVI: https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61f65c43db047c9050ffe014_Critical_analysis_Ebola_vaccine_trial_GVB.pdf

Você também afirma que, através da vacinação, o vírus começará a se desenvolver cada vez mais porque ele batalha contra a imunidade, fazendo como que ele se fortaleça a cada vez. Na verdade, você está criando um paralelo com o caso bacteriano com essa afirmação. Afinal, você está comparando isso a uma bactéria se tornando resistente a um antibiótico. Até hoje, não encontrei referências na literatura para embasar essa hipótese. Você poderia providenciar algumas referências científicas publicadas sobre isso?

O fato que vacinação em massa como descrito acima desperta vários questionamentos, para dizer o mínimo, sobre a disseminação de variantes mais infecciosas é evidente com base em várias publicações. Gostaria de compartilhar com vocês uma pequena amostra:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250780>

:

“Hence, the evolutionary rate ... may underestimate the evolutionary potential of the virus to evade nAbs deployed as active immunity (vaccines) or passive immunity (nAb prophylactics).”

“When nAbs are broadly present in the population, population-level selection for antibody-evading, infection-competent viral mutants may result in a rapid resurgence of SARS-CoV-2 infections.”

“Although these mutants are at a fitness disadvantage compared to the wild-type virus before nAbs are broadly present in the population, they are constantly generated through de novo mutation which allows them to exist at nonzero frequencies. However, once nAbs are common in the population, these mutants will have a selective advantage.”

<https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acs.jpcclett.1c03380> :

“Recent studies confirm that natural selection is the dominating mechanism of SARS-CoV-2 evolution, which favors mutations that strengthen viral infectivity. Here, we demonstrate that vaccine-breakthrough or antibody-resistant mutations provide a new mechanism of viral evolution.”

“We anticipate that as a complementary transmission pathway, vaccine-breakthrough or antibody-resistant mutations, like those in Omicron, will become a dominating mechanism of SARS-CoV-2 evolution when most of the world’s population is either vaccinated or infected.”

<https://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.1002198> :

“Our data show that anti-disease vaccines that do not prevent transmission can create conditions that promote the emergence of pathogen strains that cause more severe disease in unvaccinated hosts.”

(Nota: a vacinação profilática em frangos [que vivem de 6 a 8 semanas] que resulta na altamente infecciosa Doença de Marek não exerce, contudo, pressão na infectividade do vírus — que é o que ocorre com vacinação em massa com as vacinas contra a C-19 — mas somente na sua virulência.)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8672435/pdf/jz1c03380.pdf> :

“... the binding between the S and antibodies could be transmitted among vaccinated people, especially in countries with high vaccination rates.”

“... vaccine-resistant mutations will gradually become one of the main evolution driving forces of SARS-CoV-2, especially in those areas with high vaccination rates.”

“By tracking the evolutionary trajectories of vaccine-resistant mutations in more than 2.2 million SARS-CoV-2 genomes, we reveal that the occurrence and frequency of vaccine-resistant mutations correlate strongly with the vaccination rates in Europe and America.”

“The early stage of SARS-CoV-2 evolution was entirely dominated by infectivity-strengthening mutations. However, since late March 2021, once vaccines had provided protection to highly vaccinated populations, several vaccine-resistant mutations such as Y449S and Y449H have been observed relatively frequently.”

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00036-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00036-0/fulltext) :

“If substantial immune evasion occurs, current vaccines are likely to still offer some benefit to individuals. At the population level, however, they could induce viral selection and escape, making the prospect of achieving herd immunity increasingly remote.”

“We scientists working against COVID-19 must have the courage to address those in power, who bear ultimate responsibility for the policies chosen and their consequences. If this responsibility is shirked or delayed, the inevitable day of reckoning might be terrible.”

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7941658/> :

“The emergence and rapid rise in prevalence of three independent SARS-CoV-2 ”501Y lineages”, B.1.1.7, B.1.351 and P.1, in the last three months of 2020 prompted renewed concerns about the evolutionary capacity of SARS-CoV-2 to adapt to both rising population immunity, and public health interventions such as vaccines and social distancing. As a consequence, all have gained epidemiological and immunological properties that will likely complicate the control of COVID-19.”

“Immune pressure is at present likely impacting the ongoing evolution of SC-2 variants.”

“Besides favoring ACE2 in competitions with neutralizing antibodies for spike protein binding sites, increased ACE2 binding affinities might shorten the time needed for viruses to enter cells and, therefore, shrink the window of their vulnerability to antibodies.”

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34873910/> :

“By tracking the evolutionary trajectories of vaccine-resistant mutations in more than 2.2 million SARS-CoV-2 genomes, we reveal that the occurrence and frequency of vaccine-resistant mutations correlate strongly with the vaccination rates in Europe and America.”

(Editado em 22 de fevereiro de 2022) <https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acsinfectis.1c00557> :

“The odd for these 100 most observed mutations to be there accidentally is smaller than one chance in 1.2 nonillions ($2^{100} \approx 1.2 \times 10^{30}$)”

“There is no doubt that natural selection via viral infectivity, rather than any other competing theories, is the dominating mechanism for SARS-CoV-2 transmission and evolution. This mechanistic discovery lays the foundation for forecasting future emerging SARS-CoV-2 variants”

Outros esclarecimentos e mais referências podem ser encontrado num texto publicado no TrialSiteNews:

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/why-the-ongoing-mass-vaccination-experiment-drives-a-rapid-evolutionary-response-of-sars-cov-2>

Nós cientistas não nos manifestamos somente para “causar”. **Ninguém com o mínimo entendimento de biologia evolucionária pode negar que qualquer microorganismo que sofre uma força que dificulta sua propagação e disseminação sofrerá seleção natural e eventualmente se adaptará ao seu novo ambiente hostil.** O fato de vírus, ao contrário de bactérias, dependerem de células vivas hospedeiras para sua propagação não altera a validade da teoria da evolução de Darwin que variantes que obtenham uma vantagem adaptativa sobre seus pares eventualmente começam a dominá-los. Além disso, para explicar como a vacinação em massa não consegue impedir a infecção do SC-2:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8481107/>

<https://thepulse.one/2021/11/17/a-100-vaccinated-nation-sees-exponential-rise-in-covid-cases-cautions-citentry/>

<https://theconservativetreehouse.com/blog/2021/11/16/geert-vanden-bosch-was-right-the-worlds-most-vaccinated-country-cancels-christmas-due-to-massive-rise-in-covid-19-infections/>

Você afirma que o “software não pode ser apagado”. Sabemos que a imunidade funciona com um certo tipo de memória, mas o mesmo é verdadeiro da imunidade natural. E assim, qual o diferencial da imunidade natural sobre a vacinal que a faz funcionar melhor a longo prazo? As vacinas também afetam as células T. Eu tenho a literatura sobre isso, mas você a contradiz. Você possui alguma publicação científica que a contradiz? Nesse caso gostaria de receber essa informação.

Em contraste com a imunidade induzida pelas vacinas contra a C-19, em uma infecção natural do SC-2 as células efetoras do sistema imunológico inato são estimuladas (e. g. células B1a e células NK). Essas células podem potencialmente ser suficientes para eliminar sozinhas o vírus e conseqüentemente tornar a infecção assintomática ou no máximo leve.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33391280/> : ‘Different Innate and Adaptive Immune Responses to SARS-CoV-2 Infection of Asymptomatic, Mild, and Severe Cases’

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

Células B1a produzem anticorpos IgM polirreativos que desempenham um papel central na contenção do vírus nos primeiros estágios da infecção. Isso tem sido demonstrado em várias publicações (confira a literatura no link acima, <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/why-the-ongoing-mass-vaccination-experiment-drives-a-rapid-evolutionary-response-of-sars-cov-2> assim como o artigo <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/> : ‘Inherent specificities in natural antibodies: a key to immune defense against pathogen invasion’) tratando de outros vírus envelopados e glicosilados (i. e. Influenza) que, assim como o SC-2, causam uma infecção aguda que se estagna por si só (“aguda, autolimitada”). Nem o treinamento dessas células produtoras de IgM induzido pela exposição aos patógenos nem a sua adaptação a células B de memória Ag-específicas têm sido estudados o suficiente (<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.595535/full> : ‘Immunoglobulin M in Health and Diseases: How Far Have We Come and What Next?’). Entretanto, é provável que, assim como está demonstrado para as células NK e outros mediadores do sistema imunológico, as células B1a inatas também passem por reprogramação e refinamento (i. e., “treinamento”): “The cellular basis of trained immunity and heterologous protection against secondary infections resides in the functional reprogramming of innate immune cells, which were first observed in invertebrates” em <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcibr2011679>, ‘Trained Innate Immunity, Epigenetics, and Covid-19’. **E portanto, a vantagem da infecção natural pelo SC-2 é decorrência principalmente do treinamento e da aquisição pelo sistema imunológico inato de um tipo memória que o torna então capaz de controlar e eliminar variantes do SC-2 (!) com cada vez mais eficiência.** Os anticorpos vacinais possuem uma afinidade mais alta para SC-2 que a dos anticorpos inatos polirreativos (a diferença nos mecanismos de ligação [*binding*] é descrita em <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/why-the-ongoing-mass-vaccination-experiment-drives-a-rapid-evolutionary-response-of-sars-cov-2>). Com sua maior afinidade, os anticorpos vacinais Ag-específicos são vantajosos quando o vírus a ser controlado pode ser bem reconhecido por eles. Contudo, isso não acontece com as vacinas atuais contra a C-19 porque elas são direcionadas contra uma proteína S(pike) que cada vez mais se distancia das variantes circulantes. Como resultado, esses anticorpos são minimamente funcionais, enquanto os anticorpos inatos, que, devido à sua natureza multi-específica, poderiam reconhecer e eliminar essas variantes (em sinergia com as células NK), são escanteados.

Em paralelo à vantagem do treinamento do sistema imunológico inato, a infecção natural — em contraste com a vacinação — evita o escape imune porque a carga viral passa pelo seu pico antes que os anticorpos sejam gerados (graças ao sistema imunológico inato). Assim, os anticorpos não exercem pressão imune no vírus — pressão que existe quando pessoas são vacinadas no meio de uma pandemia e criam seus anticorpos sob o cerco completo [*full siege*] do vírus (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250780>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/>).

O efeito da infecção natural pelo SC-2 é portanto — mesmo independente da sua qualidade superior e da diversidade dos anticorpos produzidos — claramente mais eficiente e estável que a imunidade vacinal (por exemplo por causa da imunidade

esterilizante, o treinamento da imunidade celular inata e o baixo risco de escape imune). Isso também pode explicar por que a imunidade natural alcança uma proteção mais forte e mais duradoura contra SC-2 que a imunidade vacinal (veja links abaixo), mesmo após a administração de uma dose de reforço (e mesmo após a terceira dose, proteção contra casos severos da C-19 aparentam ser de curta duração). Mesmo o CDC já admitiu a superioridade da imunidade natural (conforme o primeiro link):

<https://childrenshealthdefense.org/defender/cdc-natural-immunity-trumps-vaccine-immunity/>

<https://twitter.com/martinkulldorff/status/1430660291579105284?s=21>

<https://thepulse.one/2021/11/23/130-research-studies-affirming-the-power-of-natural-immunity-to-covid/>

<https://brownstone.org/articles/79-research-studies-affirm-naturally-acquired-immunity-to-covid-19-documented-linked-and-quoted/>

<https://www.nature.com/articles/d41586-021-01557-z>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396421002036>

Enquanto isso, também já se foi mostrado que há boas razões para acreditar que mesmo uma infecção natural leve é capaz de induzir uma proteção robusta e duradoura contra SC-2, e isso mesmo com baixíssimas concentrações séricas de anticorpos S-específicos adquiridos. O estudo seguinte indica o poder protetivo “oculto” da infecção natural por SC-2:

<https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4.pdf>

De acordo com você existe um risco de efeitos imunológicos adversos. Nisso nós podemos concordar. De fato, qualquer vacina possui efeitos colaterais, e esses devem ser antecipados. Você indica que conteria a pandemia numa maneira diferente, mas você não dá muitos detalhes, exceto no que você diz sobre o quebra-cabeça, o que é comum hoje, porque não é mais baseado somente em vacinação mas também segue outros princípios científicos como profilaxia e por aí vai, máscaras faciais, higienização das mãos, e distanciamento físico. Qual é exatamente a medida que você sugere?

Tenho esclarecido repetidamente em escritos e entrevistas, todos documentados no meu site, que o crucial é primeiramente **parar completamente com a vacinação em massa, então usar uma campanha única de quimioprofilaxia em massa de cerca de seis semanas para diminuir a pressão infecciosa, e também organizar campanhas para sensibilizar a população sobre a importância fundamental da alimentação saudável** (incluindo vitamina D durante o inverno) **e estilo de vida** (ou seja, exercício, não estar acima do peso, descansar o suficiente, etc.) porque há uma associação forte e cientificamente provada entre boa saúde e o funcionamento ótimo do sistema imunológico inato (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33013904/>). Além disso, **a população vulnerável** (por exemplo, os idosos e pessoas com comorbidades) **devem ser protegidas através de medidas de prevenção enquanto a pandemia não estiver**

sob controle, e devem ser tratadas rapidamente com medicamentos apropriados (“tratamento precoce multidrogas”, conforme discutido abaixo, assim que os sistemas de C-19 aparecerem).

Você cita imunidade natural. Você não teria — independente de como isso se sustentaria cientificamente — perseguido nenhuma forma de vacinação ou imunização no início da pandemia, e no que se baseia essa sua afirmação que a pandemia poderia ter acabado após um ano?

No início da pandemia, não havia vacinas contra a C-19. Se elas existissem, talvez houvesse justificativa para vacinar somente os vulneráveis com uma vacina apropriada (i. e. cujas proteínas S fossem as das variantes circulantes), embora eu pessoalmente não seja um grande proponente de vacinar nem que seja um grupo limitado da população numa situação de vacinas vazantes [*leaky*] durante uma pandemia. Faria muito mais sentido tratar as pessoas vulneráveis com as drogas disponíveis no momento (anticorpos monoclonais, drogas antivirais, drogas anti-inflamatórias, corticóides, anti-histamínicos, anticoagulantes, etc.), se necessário preventivamente no caso de um teste positivo, para evitar hospitalização e permitir que esses pacientes possam mais rapidamente contribuir para a imunidade de rebanho através de uma recuperação mais rápida. A eficácia de tais terapias tem sido claramente demonstrada, inclusive em periódicos revisados por pares:

<https://www.ijirms.in/index.php/ijirms/article/view/1100>

<https://www.preprints.org/manuscript/202007.0025/v1>

Você fala do sistema imunológico inato. Pelo que sei, uma criança passa por muitas infecções enquanto frequenta a creche e o jardim de infância e, portanto, acumula uma certa imunidade básica. É claro que todas as moléculas e gatilhos para o desenvolvimento da imunidade já estão presentes nessa criança, mas é o contato com os diferentes vírus que deve garantir que a imunidade seja criada.

E como você acha que a criança cria essa imunidade básica de que você fala, ao invés de sucumbir à infecção? Como pode uma criança que é imunologicamente ingênua resistir a essas infecções? É a imunidade inata que inicialmente absorve a infecção e assim previne doenças graves ou danos aos tecidos antes que a resposta imune adaptativa, cujo desenvolvimento é mais lento, comece a agir. A imunidade que é construída contra vários patógenos dos quais você fala só é possível quando o sistema imunológico inato (por exemplo, devido a anticorpos inatos) encara a maior parte da carga infecciosa (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/> : ‘Inherent specificities in natural antibodies: a key to immune defense against pathogen invasion’).

Você afirma que a imunidade inata teria sido suficiente para conter o coronavírus, mas

eu gostaria de uma explicação científica para isso, pois todos nós sabemos que com a idade — como você se referiu — o sistema imunológico reagirá com menor prontidão. Os especialistas que orientaram o governo na pandemia deixaram muito claro no início da crise que a população ainda não possuía uma imunidade naturalmente construída ao coronavírus porque era um vírus totalmente novo e, portanto, não era realmente possível que nós, como indivíduos, já tivéssemos criado uma imunidade.

O problema é que esses nossos especialistas aparentemente não sabem da existência de imunidade celular inata e são prisioneiros de dogmas e fissurados por anticorpos adquiridos, mesmo que a geração desses anticorpos não ocorra até que a maior parte do vírus SC-2 já tenha sido removida pelo sistema imunológico inato. Portanto, é a imunidade inata juntamente com a ativação das células T CD8+ (sem memória) que são responsáveis pela imunidade esterilizante (através da eliminação das células infectadas pelo vírus) e pela cura da doença (veja a apresentação no Simpósio, <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/videos-and-interviews/geert-vanden-bossche-speaks-at-covid-19-health-symposium>). Justamente por isso, estas infecções virais são chamadas “agudas e autolimitadas”, e esta é também a razão pela qual os anticorpos “naturalmente” adquiridos não têm correlação com proteção. A imunidade inata certamente existia no início da pandemia e explica por que a grande maioria da população saudável — mesmo sem anticorpos adquiridos naturalmente — estava pelo menos protegida contra as formas graves da C-19.

Como você refutaria essa asserção? Seria então possível que um adulto ou idoso saudável tivesse imunidade suficiente para lidar com o vírus, e em que você se baseia para isso?

Mesmo pessoas idosas saudáveis podem possuir um sistema imunológico funcional, por exemplo quando foi suficientemente treinado por, entre outras coisas, outras infecções virais (e. g. Influenza, RSV, etc.). Também é verdade que muitas pessoas idosas saudáveis, mesmo não vacinadas, parecem estar protegidas contra a gripe (e isto também é obviamente verdade para pessoas idosas saudáveis que foram vacinadas com uma vacina contra a gripe mesmo que esta não seja eficaz devido ao desacoplamento com a cepa da gripe circulante). Com certeza também é claro que muitas pessoas idosas e saudáveis não sucumbiram à Covid-19 (C-19) no início da pandemia, e ainda não sucumbiram a ela, mesmo sem terem sido vacinadas. Dizer que nenhuma delas foi infectada é muito difícil.

Então, como você procederia com pacientes que são imunodeficientes? Como você os protegeria?

Eles devem ser especialmente protegidos por medidas de prevenção contra infecções (enquanto não houver imunidade de rebanho), e devem ter acesso a tratamento precoce, especialmente porque este se provou ser extremamente eficaz (ver acima).

Como você avalia a imunidade vacinal relativa à combinação da imunidade inata e da imunidade adquirida? Isso não é um problema para você, ou seria?

A imunidade adquirida com as vacinas disponíveis no momento contra a C-19 não tem, na minha opinião, um papel na luta contra uma pandemia de coronavírus (CoV). Estes anticorpos não induzem imunidade esterilizante, e portanto não são capazes de eliminar o vírus, e quando induzidos em massa (pela vacinação em massa) eles promovem a expansão de variantes de escape imune mais infecciosas. Além disso, a ligação [*binding*] de anticorpos vacinais que não reconhecem adequadamente o antígeno S na variante circulante pode dar origem a uma neutralização inadequada do vírus, o que representa um perigo potencial para o surgimento de ADE (*antibody-dependent enhancement*, agravamento dependente de anticorpos) ([https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(21\)00392-3/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00392-3/fulltext)). A proteção contra formas graves da doença, a único benefício ainda alegado sobre as vacinas contra C-19, depende da ativação de células T multifuncionais não citolíticas, como esclareci anteriormente (todas as contribuições republicadas no TrialSiteNews, <https://trialsitenews.com/>):

‘When anti-S(pike) antibodies against Omicron can no longer sustain the narrative, why not resort to T cells?’

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/when-anti-s-pike-antibodies-against-omicron-can-no-longer-sustain-the-narrative-why-not-resort-to-t-cells>

‘Do cross-reactive T cells explain mild course of Omicron infection?’

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/q-a-09-do-cross-reactive-t-cells-explain-mild-course-of-omicron-infection>

‘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 publications.’

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/to-those-who-continue-attribute-abrogation-sars-cov-2-infection-pre-existing-cross-reactive-t-cells-rather-innate-immunity-the-devil-is-the-detail>

‘Cross-reactive memory T cells are associated with (but not responsible for) protection against SARS-CoV-2 infection in COVID-19 contacts.’

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/cross-reactive-memory-t-cells-are-associated-with-but-not-responsible-for-protection-against-sars-cov-2-infection-in-covid-19-contacts>

‘Killer immune cells still recognize Omicron variant... oh really?’

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/killer-immune-cells-still-recognize-omicron-variant-oh-really>

A indução de tais células T não é livre de perigos. De fato, como vacinólogo, sei muito bem que qualquer doença autoimune ou patologia imunoinflamatória devida a doença natural ou vacinação está sempre ligada a uma forte ativação das células T, em sua maioria células T CD4+.

Você indica que na vacinação, os anticorpos são gerados enquanto há um alto grau de contato com o vírus. Você cita publicações indiretas. O que você quer dizer com indiretas? Isso é realmente embasado cientificamente? Você pode esclarecer isso?

Isso se baseia em um fato simples: quando as pessoas são vacinadas durante uma pandemia, ou seja, durante um período de alto risco de infecção, parte da população ainda estará acumulando anticorpos mesmo já tendo sido expostas ao vírus. Esses anticorpos são por definição “imatuross” (por exemplo, durante sua geração ou após a primeira de duas injeções) e, portanto, não funcionam suficientemente. Quando eles também são dirigidos contra um antígeno (proteína spike) de uma variante diferente da cepa de Wuhan, isto também tem uma influência negativa sobre a afinidade antigênica e, portanto, sobre a funcionalidade (isto é, capacidade de neutralização do vírus) destes anticorpos. Assim sendo, a vacinação em massa durante uma pandemia de variantes com vacinas que não induzem imunidade esterilizante irá inexoravelmente promover a propagação de variantes de escape imune mais infecciosas (ver acima).

Você também indica que as variantes emergiram antes da vacinação em massa. Em que você está se baseando? Afinal de contas, é a primeira vez que ouço isso. Eu também não li isso em nenhum lugar. Gostaria de alguns esclarecimentos sobre isso.

Então você deve realmente rever a literatura. Alguns de seus colegas aparentemente estão cientes disso. Não há dúvida de que as variantes, mesmo as amplamente conhecidas como VoCs (*variants of concern*, variantes de preocupação), existiam antes do início da vacinação em massa. Até os verificadores de fatos mais impiedosos concordarão com isso.

Você afirma que a vacinação em massa contra a ômicron não é necessária. Qual é a sua proposta para as próximas variantes? Afinal de contas, se pensarmos na questão hoje, não se trata apenas de ômicron. Para a ômicron, já é tarde demais. Nisso nós estamos de acordo. Não seria então necessário examinar o que se pode fazer contra as variantes subsequentes?

Não estou apenas argumentando que não é necessária, estou argumentando que na verdade é muito provável que seja prejudicial. Como disse antes, devemos apostar na imunidade inata (treinada), e não em uma vacinação com vacinas que pressionam cada vez mais o vírus mas não o controlam. A família Ômicron pode se expandir para incluir novos membros que tenham um domínio de ligação ao receptor (RBD, *receptor-binding domain*) apresentando resistência aos anticorpos neutralizantes (provocada por 15 mutações no RBD que são comuns entre todos os membros conhecidos da família Ômicron). A imunidade inata contra uma nova variante altamente diferenciada como a Ômicron pode requerer algum treinamento, mas espera-se que, devido ao seu caráter polivalente, ela seja capaz de se tornar efetiva contra novos membros da família Ômicron dentro de um curto período de tempo. Antes que esse treinamento seja concluído, poderemos experimentar um pico de doença leve a moderada, devido a uma pressão infecciosa muito alta. Entretanto, a resistência aos anti-

corpos anti-S permite que os anticorpos inatos interajam ao máximo com o vírus, e isso em minha opinião é a principal razão para o — pelo menos inicialmente — curso comumente bastante leve da Ômicron. **Enquanto a população não acumular anticorpos em massa contra a Ômicron** (por exemplo, como decorrência do aumento da pressão imune sobre o vírus causada pelo aumento da seroprevalência de anticorpos anti-S) **não há razão para acreditar que variantes mais perigosas se desenvolverão**. Entretanto, à medida que as pessoas se tornam mais frequentemente expostas à Ômicron, elas desenvolverão mais e mais anticorpos inferiores devido ao “pecado antigênico” [“antigenic sin”] (nos vacinados com as vacinas C-19 naturais ou nos que se recuperam da doença da C-19) ou, no caso dos não vacinados, devido a infecções assintomáticas ou leves. Devido à **alta infectividade da Ômicron, isto sem dúvida levará a mais e mais casos de doença e portanto a uma maior seroprevalência de anti-S (Ômicron) na população. A próxima variante pode desta maneira se tornar resistente aos anticorpos anti-Ômicron**. É claro que, tendo em vista as variantes de circulação frequente, a chance de variantes do SC-2 se recombinarem entre si num mesmo hospedeiro e darem origem a novas variantes com propriedades totalmente imprevisíveis aumenta. Mas mesmo nesse caso, elas só poderão ser bem-sucedidas se suas características infecciosas lhes permitirem resistir aos anticorpos anti-Ômicron. **Tal seleção natural será somente acelerada por uma vacinação massiva da população contra a Ômicron**, pois também isto demonstrou despertar os “velhos” anticorpos anti-S anti-Wuhan (<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.02.03.479037v1.full.pdf>). A natureza infecciosa das variantes *subsequentes* dependerá, portanto, a meu ver, da pressão imune exercida pela população como resultado da maior taxa de morbidade que pode ser trazida tanto pela própria Ômicron (devido ao reforço *natural* na população seropositiva e/ou à alta infectividade do vírus) como por uma vacina anti-Ômicron (devido ao reforço vacinal da população seropositiva).

Você também afirma que as pessoas não vacinadas têm a mesma reação à ômicron que as pessoas vacinadas. Em meus contatos com médicos de UTI, a situação é bem diferente. Os pacientes que estão gravemente doentes, que desenvolvem Covid-19, e que realmente precisam de hospitalização e auxílio, são principalmente e quase exclusivamente pacientes não vacinados. Como o senhor refuta este fato?

Talvez sejam os dados que você tem. De qualquer forma, de acordo com Sciensano, a média diária de novas hospitalizações por C-19 é maior entre os vacinados (incluindo aqueles que já receberam uma dose de reforço após a vacinação completa) do que entre os não vacinados (<https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-epidemiologische-situatie>). Em particular, dados de outros países também não suportam a sua afirmação:

<https://theconservativetreehouse.com/blog/2021/09/28/truth-being-ignored-victoria-australia-records-867-new-covid-cases-375-in-hospital-and-95-of-those-hospitalized-are-vaccinated/>

<https://www.lifesitenews.com/news/death-rate-from-variant-covid-virus-six-times-higher-for-vaccinated-than-unvaccinated-uk-health-data-show/>

<https://dailyexpose.uk/2021/07/03/fully-vaccinated-people-have-a-885-higher-chance-of-death-due-to-covid-19-than-people-who-are-unvaccinated-according-to-official-data/>

A propósito, houve uma publicação recente indicando que as pessoas vacinadas são mais suscetíveis à infecção com Ômicron e, portanto, adoecem mais facilmente (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.28.22270044v1>). Entretanto, verificou-se que as pessoas vacinadas nesse estudo excretam menos vírus. Centenas de relatórios, publicações e afins já foram publicados, e os dados muitas vezes parecem contradizer-se. O grau de suscetibilidade à infecção, bem como de disseminação do vírus, depende de muitos fatores, tais como carga viral, tipo de variante do SC-2, grau e tipo de imunidade (da qual a imunidade induzida pela vacinação é apenas uma parte), idade do indivíduo testado e possível presença de doenças subjacentes, o momento da testagem, fatores ambientais, etc. Como tanto as variantes virais dominantes quanto a imunidade da população (via treinamento!) evoluem durante a pandemia e critérios semelhantes são frequentemente investigados por diferentes investigadores usando parâmetros ou métodos diferentes, não é surpreendente que os dados sobre a suscetibilidade à infecção e a excreção também evoluem durante a pandemia e diferem dependendo da instituição de pesquisa.

Entretanto, eu ainda sustento que é perfeitamente possível e, em minha opinião, inclusive provável que as pessoas vacinadas se tornem cada vez mais sensíveis à doença da C-19 e tenham cada vez mais dificuldade de controlar o vírus, enquanto eu espero exatamente o contrário em pessoas não vacinadas (principalmente devido à capacidade adaptiva e à reprogramação dos linfócitos responsáveis pela produção de anticorpos inatos os quais são eficazes contra todas as variantes). E assim, vamos ficar à vontade para acompanhar os números de hospitalizações “como resultado de” (e não “com”) Covid, devidamente estratificados por status de vacinação, faixa etária e doenças subjacentes. E vamos revisitar esses números entre agora e o próximo mês. **Os números da Public Health Scotland mostram que o risco de doenças graves e hospitalização entre pessoas duplamente vacinadas já é consideravelmente maior do que entre pessoas não vacinadas** (<https://palexander.substack.com/p/devastating-negative-efficacy-public>). Entretanto, ao invés de focarem em “instantâneos” e fazerem as perguntas erradas, acho que já é hora de os cientistas e especialistas finalmente abordarem i) **como podemos conter a pandemia através da imunidade de rebanho (da verdadeira!) e deixá-la passar para uma fase endêmica** e ii) **que tipo de imunidade as pessoas devem escolher nesse meio tempo**. Essas são, em minha opinião, as duas únicas questões de importância crítica do ponto de vista tanto da saúde pública quanto da saúde individual.

Tenho mais uma questão, para a qual retornarei depois.

Nas questões comuns aos dois oradores, gostaria de adicionar mais algumas perguntas.

Se tornássemos a vacinação obrigatória, qual vacina deveria ser tornada obrigatória? Deixamos o paciente com uma escolha? Existem vacinas de proteínas e vacinas de mRNA.

É importante que haja uma escolha ou uma opção para o paciente ou para o médico, por exemplo?

Obviamente existem diferenças no perfil de segurança das vacinas genéticas e das vacinas convencionais. **Contudo, como acredito que se qualquer vacina for utilizada para a vacinação em massa ela fracassará tanto do ponto de vista individual quanto da saúde pública, não posso recomendar que ninguém seja vacinado com nenhuma dessas vacinas. É mais seguro e mais eficiente garantir a proteção dos vulneráveis contra formas graves da doença através de medidas preventivas, especialmente o tratamento precoce.**

Se tornássemos as vacinas obrigatórias, quantas doses seriam necessárias? Como se consegue isso? Qual é a sua opinião sobre a vacinação sazonal contra a influenza? Se este vírus se tornar endêmico e eventualmente agir como uma gripe, devemos tornar a vacinação contra a gripe obrigatória também?

Dada minha resposta acima, esta pergunta é irrelevante para mim. Se continuarmos seguindo o mesmo rumo, SC-2 se tornará qualquer coisa menos endêmico. Além disso, só posso advertir que, se os governos se empenharem em implementar a vacinação em massa agora também com vacinas convencionais para a gripe sazonal, corremos o risco de, num piscar de olhos, sermos confrontados com ondas de variantes cada vez mais infecciosas do Influenza.

Há uma série de outras vacinas em desenvolvimento, tais como vacinas orais e sprays. Precisamos levá-las em consideração hoje, e podem elas ter um impacto diferente na imunidade obtida?

Não; estas vacinas induzem anticorpos mucosais, mas isto não significa que sua administração durante uma pandemia evitará a expansão de variantes cada vez mais infecciosas. O problema do escape imune do vírus, fugindo dos anticorpos altamente específicos induzidos por estas vacinas (mucosais), permanece idêntico. E mesmo quando tais vacinas são administradas profilaticamente (isto é, fora de uma pandemia), sabe-se que elas devem ser reforçadas regularmente (a cada três a seis meses) para que os anticorpos da mucosa permaneçam presentes em concentração suficiente. Também se pode perguntar por que não há até o momento nenhuma vacina mucosal no mercado que vise infecções virais e que se baseie em um antígeno não replicante.

Em termos de efeitos a longo prazo, e um dos oradores mencionou isto, estamos convencidos de que qualquer vacina deve necessariamente ter um acompanhamento. A farmacovigilância é uma necessidade óbvia. Até que ponto os efeitos a longo prazo determinarão o impacto que uma vacina pode ter sobre as terapias futuras pelas quais os pacientes

poderão passar? Temos os lipídios PEG, que são levemente imunogênicos e sobre os quais há pesquisas em andamento na Universidade de Ghent. Você já levou isso em conta em sua afirmação de hoje?

Não tenho certeza se essa pergunta era para mim. Em qualquer caso, como vacinologista, posso informá-la que estou chocado com os efeitos colaterais relatados até agora (por exemplo, VAERS, EudraVigilance, DoD), especialmente em associação com as vacinas genéticas contra C-19. Não se sabe, na minha opinião, até que ponto a natureza imunogênica ou não imunogênica do PEG contribui para isso mas, como muitos outros fatores, isso precisa ser minuciosamente investigado antes que essas vacinas sejam administradas em massa a todos os setores da população em caráter puramente experimental.

Sofie Merckx (PVDA-PTB):

Faço minhas perguntas ao Sr. Vanden Bossche.

Estas audiências estão ocorrendo no contexto da obrigatoriedade ou não da vacinação. Observo que entramos agora em um debate sobre a utilidade da vacinação, pelo menos nesta pandemia.

Acho que é interessante avaliar essa matéria também. Você afirmou que uma pandemia pára espontaneamente depois de um ano? Você pode dar exemplos disso na história, porque aparentemente nós não lemos os mesmos livros de história?

Eu não leio livros de história, somente publicações científicas. Fico feliz em compartilhar com você a mesma observação que fiz anteriormente à Sra. Depoorter. É claro que a duração da atual pandemia já dobrou em comparação com a de uma pandemia natural, embora agora, de repente, haja vozes que gostariam que a população acreditasse que a infecção se tornou endêmica. **A taxa de infecção nunca foi tão alta e o que temos é qualquer coisa menos imunidade de rebanho. Consequentemente, o fim desta pandemia não está à vista.**

Se eu entendi corretamente, você é claramente a favor da imunidade coletiva. Em 26 de novembro, Sciensano publicou um estudo afirmando que 30.000 hospitalizações haviam sido evitadas pela vacinação. O senhor questiona esse estudo, e baseado no que? O senhor é a favor do modelo brasileiro? No Brasil, os detentores do poder escolheram claramente a opção da imunidade coletiva. Você acha que a situação lá é melhor do ponto de vista sanitário e imunológico?

Esta análise demonstra o “pensamento de curto prazo” que nos impede de controlar esta pandemia. O número de hospitalizações por si só é uma medida inadequada do sucesso de uma intervenção humana em uma pandemia. **O sucesso de uma intervenção em uma pandemia só pode ser avaliado de forma fidedigna por seu impacto na transmissão viral.** Reduzir o número de hospitalizações é o resultado de uma intervenção “sintomática”

que só resulta em variantes cada vez mais competitivas (isto é, infecciosas) se tornando cada vez mais abundantes até se tornarem completamente resistentes aos anticorpos vacinais. Ao ponto que esse grau crescente de infectividade (por exemplo, Ômicron) leva a mais casos de doença. Não se pode descartar que o aumento resultante da pressão imune sobre o vírus leve a uma seleção natural de uma variante capaz de uma infectividade ainda maior porque, por exemplo, os anticorpos gerados ainda podem se ligar ao vírus, mas não podem mais neutralizá-lo. Desta forma, tal variante pode causar ADE. Isto só seria acelerado no caso de uma vacinação adicional contra a Ômicron. O aparecimento de ADE certamente causaria realmente uma tempestade de hospitalizações. **Portanto, meu apelo principal é para o interrompimento imediato da vacinação em massa e para a quimioprofilaxia antiviral em países com altas taxas de vacinação e de infecção** (e. g. Bélgica).

Para uma comparação, o número de hospitalizações prevenidas também deveria ser calculado com base na duração de uma pandemia natural. Como indicado acima, já duplicamos o número de internações. As hospitalizações devem ser evitadas através de tratamento precoce (cuja eficácia é indiscutível, como evidenciado por várias publicações revisadas por pares (<https://www.ijirms.in/index.php/ijirms/article/view/1100>, <https://www.preprints.org/manuscript/202007.0025/v1>) e não por vacinas que apenas promovem a propagação de variantes de escape ainda mais infecciosas. **Isto é o mesmo que secar a pia com a torneira completamente aberta...**

O Brasil ainda tem uma taxa de mortalidade relativamente baixa apesar de uma taxa de infecção muito alta, e existem diferenças regionais significativas. Assim como os medicamentos antivirais e o tratamento precoce podem reduzir muito a hospitalização de pacientes, é de se esperar que a quimioprofilaxia antiviral geral possa reduzir muito a pressão infecciosa e portanto o número de pacientes. Isto é especialmente verdadeiro em lugares onde a pressão infecciosa pode aumentar muito rapidamente devido à superlotação e à falta de higiene. E assim, da mesma forma que a nível individual, a ideia é permitir que a imunidade natural ocorra de forma controlada também a nível populacional. Isso é diametralmente oposto à alegação de que eu defenderia deixar a pandemia seguir seu curso, mesmo em áreas de pressão infecciosa muito alta! **Em qualquer caso, espero que a já decrescente onda de infecções no Brasil leve ao surgimento da imunidade de rebanho, enquanto não vejo tal imunidade de rebanho emergindo tão cedo nos países europeus que continuam a vacinar seus cidadãos em massa (e em breve com vacinas anti-Ômicron).**

Você diz que altas taxas de vacinação levam ao surgimento de variantes. O senhor pode demonstrar isso para a vacina contra C-19 em relação às variantes que já vimos surgir? Tínhamos a variante britânica antes de vacinarmos e todas as outras variantes surgiram em países com baixas taxas de vacinação.

Veja acima: Obviamente, existiam variantes antes do início das vacinações em massa. E, portanto, este não é de modo algum o meu objetivo ao levantar a questão da vacinação em massa.

Você também diz que é completamente contra a vacinação em uma pandemia como a atual e que devemos deixar a imunidade natural trabalhar. Mesmo que não tornemos a vacinação obrigatória, muitos dos vacinados simplesmente se vacinariam assim que as vacinas chegassem ao mercado, porque muitos médicos a recomendam aos seus pacientes e o governo as promove. Você está então defendendo a proibição da vacinação? Você acha que isso seria melhor?

Tudo tem a ver com um debate científico aberto e uma comunicação sincera à população. **Acho difícil acreditar que se muitos médicos realmente tivessem o direito de falar sem censura e se a população fosse devidamente informada sobre i) os efeitos colaterais significativos de algumas dessas vacinas e ii) a eficácia negativa cada vez mais aparente (especialmente com relação aos casos de doença leve e moderada), iii) a ilusão da obtenção da imunidade de rebanho através dessa vacinação, e iv) a alta eficácia do “tratamento precoce multidrogas” em grupos vulneráveis, que muitas pessoas ainda assim aceitariam doses de reforço uma atrás da outra injetadas em seus corpos e nos de seus filhos.**

Você também afirma que pessoas vacinadas e não vacinadas estão no mesmo barco. Entretanto, na Bélgica temos números que mostram que o risco de hospitalização é maior para uma pessoa não vacinada e que as vacinas protegem contra as formas graves da Covid. Entre outras coisas, há um estudo da Sciensano com o qual estou certa de que você está familiarizado. Como o tempo aqui é curto, não tenho conseguido consultá-los há algum tempo. Você pode mostrar esses estudos em que os vacinados têm a mesma taxa de hospitalização que os não vacinados?

Veja acima: De fato, há várias fontes que contradizem isso. Mas, como já assinaléi acima, assim como em minha palestra, não basta olha para “instantâneos”, mas sim por uma visão do objetivo final. **Continuar a incentivar a vacinação em massa com base na proporção de vacinados hospitalizados versus não vacinados não pode levar ao objetivo final desejado que é imunidade de rebanho.** A menos que se reescreva a virologia e imunologia, tal estratégia ameaça apenas promover a seleção natural de uma nova variante contra a qual permaneceriam apenas aqueles cujas defesas imunológicas inatas contra CoV não foram comprometidas pela vacinação.

Catherine Fonck (cdH):

Sr. Vanden Bossche, o senhor fez uma apresentação que questiona profundamente a contribuição da vacinação. Eu sou uma cientista, e tenho lido a literatura científica sobre o SARS-CoV-2 desde o início da pandemia. Portanto, deixe-me pedir-lhe que hoje, com base em evidências e publicações científicas rigorosas, traga a este comitê detalhes sobre os quatro pontos que o senhor queria apresentar.

Você falou sobre o perigo de vacinar durante a pandemia, pois a vacinação induziria

variantes. Qual é a evidência científica para isso?

Veja acima. Repito: eu nunca disse que a vacinação em massa gera variantes, mas sim que ela promove a propagação de variantes mais infecciosas.

É bem conhecido que o processo de ocorrência de variantes ocorre igualmente durante a imunidade induzida após a infecção. De fato, nesta pandemia de SARS-CoV-2, as variantes apareceram espontaneamente, após o acúmulo de mutações, bem antes da vacinação contra a Covid-19.

Eu nunca afirmei o contrário. As pessoas devem ouvir atentamente minhas palavras. Já expliquei acima a diferença entre a imunidade induzida pela infecção natural versus a da vacina.

A segunda suposição que você faz é que a imunidade é perdida se as crianças forem vacinadas, devido à competição entre os anticorpos vacinais e os anticorpos inatos. A evidência científica é muito clara para a imunidade que, pelo contrário, é estimulada e completada pela vacinação. Em que base científica você faz esta suposição de perda de imunidade? Para mim, parece claro que não tem nenhuma prova científica.

Também veja acima.

Você fala de um fenômeno de facilitação de infecção provocada por anticorpos. Qual é a base científica para isto, já que não foi documentado para o SARS-CoV-2? Mesmo com bilhões de pessoas em todo o mundo que foram infectadas ou vacinadas.

Eu nem sequer mencionei isto em minha apresentação. Entretanto, nenhum cientista negaria que os anticorpos que se ligam ao vírus sem neutralizá-lo representam um risco de induzir ADE. Suspeita-se que tal fenômeno também possa explicar por que pessoas parcialmente vacinadas (por exemplo, após uma dose) expostas ao SC-2 podem desenvolver uma forma grave da C-19. Se você gostaria de ouvir um professor explicar sua opinião sobre isto, por favor clique no seguinte link: <https://www.youtube.com/watch?v=wBm1BKL4zlg>

Não há dúvida de que o ADE é uma complicação altamente temida, não apenas em infecções com CoV mas o fenômeno não só é bem conhecido como também temido neste tipo de vírus. **Dado o fato de que as variantes estão sendo cada vez menos neutralizadas pela imunidade induzida vacinal, a questão principal é provar que a chance de ocorrência deste fenômeno (i. e. ADE) pode ser virtualmente eliminada.** Para começar, a ocorrência de efeitos colaterais e doenças em pessoas vacinadas com anticorpos fracamente neutralizantes (devido à vacinação incompleta ou à vacinação com vacinas C-19 em que o antígeno alvo é muito diferente do antígeno apresentado na variante dominante) **deve ser investigada muito mais detalhadamente para nos permitir dar uma**

resposta definitiva.

Finalmente, você disse que as pessoas não vacinadas estão mais protegidas do que as pessoas vacinadas. Em que você baseia esta suposição, que, para mim, não tem sentido nenhum? Já que, por um lado, para a SARS-CoV-2, Covid-19, o risco de morte e hospitalização, e hospitalização com patologias graves, há provas muito claras de que este risco é muito reduzido, extremamente, fortemente reduzido para pessoas vacinadas.

Veja meus comentários acima. Talvez você também deva perceber por um momento que os hospitalizados são apenas uma pequena fração da população e que é mais relevante para controlar a pandemia comparar o número de casos de infecção (por exemplo, entre vacinados e não vacinados) na grande maioria da população que não está hospitalizada. **Como mostrado pelas estatísticas da Public Health Scotland (PHS) e da UK Health Security Agency, para aquela população o número de casos positivos de SC-2 é significativamente menor entre os não vacinados do que entre os vacinados, e isso tem levado, e já há algum tempo, a uma eficácia negativa da vacina:**

<https://andrewmadry.substack.com/p/vaccine-effectiveness-time-to-recalibrate>

<https://paretos.substack.com/p/vaccine-failure-across-the-board>

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1041593/Vaccine-surveillance-report-week-50.pdf

<https://dailysceptic.org/2022/02/04/evidence-of-increased-infection-risk-following-third-dose-exacerbated-by-vaccination-drive-during-omicron-wave-ukhsa-data-show/>

<https://palexander.substack.com/p/devastating-negative-efficacy-public>

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea931da6b2fad72873ea4_Appendix_11_negative_vaccine_efficacy.pdf

(Editado em 22 de fevereiro de 2022) <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/videos-and-interviews/revised-frightening-update-uk-data>

(Editado em 22 de fevereiro de 2022) <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/videos-and-interviews/the-data-noose-uk-data-update-is-it-time-for-those-responsible-to-pay>

(Editado em 22 de fevereiro de 2022) <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/videos-and-interviews/uk-data-noose-on-the-masses-vaccine-stakeholders-what-have-you-done>

O que é preocupante, entretanto, é que devido à vacinação em massa em todas as faixas etárias da população na prática **já não é mais possível comparar pessoas vacinadas e não vacinadas, não a curto prazo, e também não a longo prazo.** Em vista dos números acima, é difícil afastar a impressão de que as autoridades sanitárias aparentemente

se sentem cada vez mais desconfortáveis com tais comparações.

Além disso, no contexto de outras vacinas, no contexto de outras epidemias, outras vacinações foram realizadas durante as epidemias, e isso nunca levou a um aumento das mortes.

Talvez você deva primeiro perguntar se uma vacina não replicante já foi usada para conter uma epidemia de um vírus que causa uma infecção/doença viral aguda e autolimitada. Pelo que conheço, mesmo para vacinas vivas atenuadas, não existem escritos documentando seu uso para vacinação em massa em meio a uma pandemia/epidemia de um vírus altamente mutável (para não mencionar na presença de “variantes” virais já em circulação). Se sua documentação contradisser isso, eu adoraria ouvir mais sobre ela.

Eu realmente gostaria, Sr. Presidente, que em um debate onde fosse apresentada uma tese, que é claramente uma tese antivacinação, fossem fornecidas provas científicas; provas baseadas em revisões sérias da literatura científica.

Se você se orgulha de sua formação científica, seria melhor se primeiro estudasse a literatura em vez de lançar uma série de acusações infundadas e arrogantes a um vacinologista fervoroso e amplamente experiente. Seus argumentos não fazem sentido. Isto é uma perda de tempo. Você deveria se envergonhar profundamente como política.

Sr. Presidente, com isso concluo minha intervenção, obrigada.

Barbara Creemers (Ecolo-Groen):

Início agradecendo aos dois convidados.

Sr. Vanden Bossche, na verdade, minha pergunta seria para o Dr. Herry responder cientificamente a alguns de seus argumentos. Li na sua face expressões de desaprovação em alguns momentos. Posso imaginar que ele tenha outras ideias. Espero que ele tenha o espaço para comunicá-las mais tarde.

Você disse no início do seu discurso que confiamos demais em instantâneos. Quantas mortes temos hoje, quantas hospitalizações temos hoje? Segundo o senhor, não nos concentramos o suficiente no objetivo final. Você tem estudos, previsões ou estatísticas sobre quantas mortes adicionais, além das 28.800 que contamos hoje, teríamos se tivéssemos optado pela imunidade de grupo? Há alguma estimativa desses números? Sciensano diz que se não tivéssemos essa alta taxa de vacinação hoje, teríamos 30.000 hospitalizações adicionais. Ouvi dizer regularmente que nosso sistema de saúde estava à beira do colapso. Nós não seríamos capazes de lidar com essas 30.000 internações adicionais. Em quantas mortes adicionais isso teria resultado?

Veja meus comentários acima sobre a visão de “curto” contra a de “longo” prazo e o fato de que as agências de saúde pública parecem desconhecer a alta eficiência do “tratamento precoce”.

Como tem sido apontado repetidamente no passado, a **combinação do “tratamento precoce (multidrogas)” com a redução da pressão infecciosa** por meio de medidas de prevenção de infecção ou, ainda mais efetivamente, via profilaxia antiviral, me parece ser a abordagem mais científica e mais ética para alcançar a imunidade de rebanho, mesmo no atual estágio “altamente infeccioso” da pandemia da C-19. Estamos entrando no terceiro ano da pandemia e a taxa de infecção nunca foi tão alta. Será que ninguém percebe que a vacinação em massa só resulta num grau mais alto de infecção, causando assim mais doença e eventualmente (se a vacinação em massa continuar por tempo suficiente) formas graves da doença?

Você diz que, quando se trata da eficácia da vacina, você tem uma série de perguntas. Afinal de contas, nós nos baseamos em estudos clínicos. Certamente Sciensano não se baseia apenas em estudos clínicos para afirmar que 30.000 hospitalizações adicionais foram evitadas por causa das vacinações?

De fato, os resultados dos estudos clínicos sequer permitiriam tal cálculo. Entretanto, duvido que essa estimativa leve em conta toda a população porque, na sua grande maioria, o número de casos de infecção registrados é significativamente menor entre os não vacinados do que entre os vacinados, como você mesma pode verificar nos relatórios da UK Health Security Agency e da Public Health Scotland. Como mencionado acima, isto também leva a uma clara eficiência negativa da vacina. Menor chance de doença na população não vacinada significa menor chance de doença grave e conseqüentemente menor chance de hospitalização. **Por conseguinte, as análises e conclusões baseadas em comparações entre pacientes hospitalizados dão uma imagem distorcida do grau de proteção contra hospitalização da população vacinada em comparação com a população não vacinada devido a fatores de confusão (confundidores, *confounders*).**

Notei que no seu último slide você chama por cientistas independentes. Então, você não considera Sciensano independente? Essa é a agência governamental que acompanhamos, não é?

Quando os taxadores (isto é, o governo) tentam tornar a vacinação obrigatória, é difícil crer que aqueles que são pagos com esse dinheiro advindo dos impostos possam facilmente ter uma opinião (científica?) diferente. Mas os nossos médicos também estão, aparentemente, sob grande pressão. Isto é demonstrado, por exemplo, pela comparação entre diferentes países do número de efeitos colaterais relatados (fonte: EudraVigilance, coletado em fim de janeiro de 2021). Se compararmos estes apenas para a vacina Moderna, chegamos à conclusão de que os números da Holanda estão nas alturas comparados com os outros países (incluindo a Bélgica!):

Holanda 17,4 milhões de habitantes
Alemanha 83,2 milhões de habitantes
São 4,78 vezes mais que na Holanda, mas menos relatos

Holanda 17,4 milhões de habitantes
França 67,4 milhões de habitantes
São 3,9 vezes mais que na Holanda, mas menos relatos

Holanda 17,4 milhões de habitantes
Bélgica 11,4 milhões de habitantes
Cerca de 1,5 vezes menos que na Holanda, mas isso é compensado por ter cerca de 12 vezes menos relatos!

Number of individual cases	
Netherlands	34,306
Germany	31,163
France	20,763
Italy	14,991
Spain	10,803
Austria	6,744
Denmark	6,509
Norway	4,727
Sweden	3,573
Belgium	2,816
Portugal	2,724
Ireland	1,351
Czech Republic	1,227
Finland	1,181
Iceland	675
Croatia	673
Greece	614
Lithuania	603
Romania	534
Latvia	505
Estonia	482
Bulgaria	393
Northern Ireland (UK)	362
Poland	347
Cyprus	260
Hungary	248
Luxembourg	174
Slovakia	93
Slovenia	66
Malta	39
Liechtenstein	29
Total	148,975

Em termos mais gerais, os relatórios e dados fornecidos por Sciensano são qualquer coisa menos transparentes: <https://legalhearts.org/wp-content/uploads/2022/02/Persbericht-Wanneer-ook-de-waakhond-een-slaappil-krijgt.pdf>. A

falta generalizada de transparência e a ocultação de dados e informações clínicas importantes por parte das autoridades de saúde e dos reguladores já foi apontada com contundência pelos editores de um dos periódicos revisados por pares de maior prestígio, o British Medical Journal:

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9310d82c58b6cd89454_Appendix_09_lack_of_transparency_of_data.pdf

Outra pesquisa recente, conduzida por especialistas de renome internacional, classificou os dados publicados pela UKHSA como não confiáveis e enganosos, especialmente no que diz respeito aos relatórios sobre as mortes por Covid-19. Um preprint dos resultados foi publicado, ‘Official mortality data for England suggest systematic miscategorisation of vaccine status and uncertain effectiveness of Covid-19 vaccination’:

https://www.researchgate.net/publication/357778435_Official_mortality_data_for_England_suggest_systematic_miscategorisation_of_vaccine_status_and_uncertain_effectiveness_of_Covid-19_vaccination

Você disse, literalmente, que não é necessário vacinar as crianças. Escutei a Ann De Guchtenaere no rádio esta manhã. Também a ouviremos aqui esta tarde, mas gostaria de lhe apresentar uma citação dela.

Ela diz na rádio esta manhã que um em cada três mil jovens com mais de 12 anos desenvolve MIS-C [multisystem inflammatory syndrome in children, síndrome inflamatória multissistêmica infantil], uma complicação grave após a infecção. Após vacinação, essa chance diminui em mais de 90%. Como é que isso se ajusta à sua afirmação de que não devemos vacinar crianças e adolescentes?

Se a Srta. De Guchtenaere já tem à sua disposição material estatístico extenso demonstrando a ocorrência generalizada dessa síndrome numa população suficientemente representativa, eu gostaria de consultar essa base de dados. **Eu teria interesse em saber a quais as crianças exatamente isso diz respeito, e se existem quaisquer comorbidades nestas crianças. Será que a Sra. De Guchtenaere também exercitou o seu entusiasmo contra a frequência de efeitos colaterais que ocorrem neste grupo etário, os quais são documentados em detalhes no VAERS?:** <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/videos-and-interviews/sars-cov-19-vaccines-for-children-jessica-rose>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/>¹. O VAERS realmente soou o alarme a respeito um número muito elevado de efeitos colaterais graves, tais como (mas não somente) miocardite. Ainda que a relação causal nunca possa ser provada sem margem de dúvidas, é **obrigação das autoridades sanitárias assegurar sua inexistência, em vez de permitir um experimento para então possivelmente se observar uma frequência elevada de efeitos colaterais graves.**

¹Este artigo foi inesperadamente e sem qualquer razão científica retirado pela editora Elsevier, por coincidência (?) apenas alguns dias antes da reunião da FDA que decidiria a autorização da vacinação infantil
...

Você afirmar que a infecção conduz à doença e na grande maioria dos casos à recuperação e à imunidade adquirida permanentemente. Como você explicaria as inúmeras infecções repetidas de que temos conhecimento?

Uma imunidade natural sólida e permanentemente adquirida não significa de forma alguma que uma pessoa não possa mais contrair um caso leve, muito menos que ela esteja protegida contra infecções. O que significa é que após a recuperação o sistema imunológico inato após a recuperação está suficientemente treinado para, enquanto em boa saúde, evitar que a quebra dessa primeira linha de defesa inata leve a um caso grave de C-19 agora ou no futuro, e também significa que, numa nova infecção, o vírus seria eliminado. De fato, não se deve esquecer que a evolução para Ômicron resulta de uma espécie de “explosão evolutiva”, na qual uma “mudança” antigênica [*antigen “shift”*] representa um desafio maior mesmo para as células B1a produtoras de anticorpos do sistema imunológico inato do que se seria o vírus SC-2 tivesse passado por uma simples “deriva” antigênica [*antigen “drift”*]. Portanto, não é surpreendente que mesmo no caso de uma infecção natural prévia o sistema imunológico tenha que trabalhar em duas etapas para controlar totalmente a infecção. Entretanto, isto não diminui a tarefa fundamental do sistema imunológico inato de atuar como uma primeira linha de defesa e “limpar” a maior parte da carga de CoV, e conseqüentemente reprogramar células imunes inatas produtoras de IgM para reconhecer as formações de N-polissacarídeos no SC-2 CoV com maior afinidade no futuro (“efeito de treinamento”).

Como você responde ao estudo da Sciensano publicado em dezembro sobre os efeitos a longo prazo da covid? Sciensano entrevistou pessoas entre o final de abril e o final de junho que foram infectadas durante esse período. Muitas dessas pessoas ainda não haviam sido vacinadas. Eu era uma delas. Dos participantes do estudo, 47% tiveram pelo menos dois sintomas após três meses que se encaixavam na patologia da covid longa. Como isso se encaixa na sua afirmação de que a infecção leva à doença e, na grande maioria dos casos, à recuperação e à imunidade adquirida a longo prazo? Como você lida com a covid longa, uma realidade para cerca da metade dos participantes do estudo da Sciensano?

Novamente: Deve-se considerar a saúde e o histórico médico dessas pessoas. Muitas doenças virais, descritas como infecções agudas e autolimitadas, podem levar a uma patologia imunológica ou alguma forma de doença crônica quando a contribuição do sistema imunológico inato é enfraquecida. Essa certamente não é uma característica exclusiva da infecção pelo coronavírus. Daí a importância para a avaliação da presença de comorbidades ou outros fatores preexistentes nos pacientes afetados. E havia. O relatório afirma que os indivíduos com histórico de doenças crônicas têm uma probabilidade significativamente maior de ter a *covid longa*, assim como os indivíduos obesos ou acima do peso. **Mas por favor também observe os possíveis efeitos colaterais da vacina e depois julgue por si mesma se sua frequência e gravidade não lhe pareceriam excessivas, uma vez que a vacinação só protege no máximo contra formas graves da doença.** Uma seleção destes numerosos e, para dizer o mínimo, perturbadores efeitos colaterais oficialmente

relatados pode ser encontrada em fontes reconhecidas como na seguinte lista de links:

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9310d82c5d9b1d89455_Appendix_10_adverse_events.pdf

<https://thepulse.one/2021/11/08/50-of-serious-vaccine-injuries-reported-in-last-30-years-are-from-covid-shots/>

<https://thepulse.one/2021/11/25/pfizer-was-aware-of-over-50k-serious-covid-vaccine-reactions-with-months-of-distribution/>

<https://rumble.com/vqx3kb-the-pfizer-inoculations-do-more-harm-than-good.html>

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea931189c4d366ffb7cf3_Appendix_03_Cumulative_Analysis_of_Post-authorization_Adverse_Event_Reports.pdf

<https://www.aier.org/article/all-cause-mortality-in-the-united-states-during-2021/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/>

https://uploadsssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea931a30e6ede164f876_Appendix_06_Eudravigilance_tem_Jan_29_2022.pdf

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2113017>

https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa2113017/suppl_file/nejmoa2113017_appendix.pdf

(Editado em 22 de fevereiro de 2022) https://www.researchgate.net/publication/357403474_Daten_die_naheliegen_dass_die_betrachtliche_Anzahl_der_schweren_Nebenwirkungen_und_Todesfalle_nach_Gabe_der_neuen_COVID-19_Impfstoffe_einen_kausalen_Bezug_zur_Impfung_hat

(Editado em 22 de fevereiro de 2022) <https://www.informedchoiceaustralia.com/post/1000-peer-reviewed-studies-questioning-covid-19-vaccine-safety>

<https://www.jessicasuniverse.com>

https://uploadsssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9327b175b0d58023139_Appendix_08_Dr_Jessica_Rose_Analysis_of_Supplementary_Appendix.pdf

https://uploadsssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea932e132248c62d1ffffd_Appendix_05_Dr_Jessica_Rose_Symposium_CHONG.pdf

Além disso, os números do DOD (departamento de defesa americano) que recentemente se tornaram conhecidos através de delatores mostram como os efeitos colaterais são qualquer coisa menos negligenciáveis:

<https://www.ronjohnson.senate.gov/2022/2/sen-johnson-to-secretary-austin-has-dod-seen-an-increase-in-medical-diagnoses-among-military-personnel>

Você diz que uma pandemia requer uma abordagem global. Se entendi bem, você diz que nessa abordagem global o caminho a seguir não é a a vacinação mas a imunidade de rebanho. Até que ponto essa abordagem global se encaixa em sua pesquisa sobre uma vacina universal com foco em células NK, seu próprio projeto de pesquisa em que você está trabalhando profissionalmente como consultor? Isso se encaixa, você quer nos levar nessa direção? Não sou um cientista, mas tenho alguma experiência em comunicação. Isso se encaixa bem na comunicação, eu acho.

Em primeiro lugar, qualquer intervenção imunológica que contribua para a imunidade de rebanho aumentará a contenção de uma pandemia. Em qualquer caso, não consigo me convencer de que isso possa ser feito com uma vacina que não produza imunidade esterilizante. Em segundo lugar, uma vacina dessas age como um mofo em uma parede úmida quando implantada em massa durante uma pandemia de variantes.

Comunicar-se é uma coisa, estar devidamente informado é outra. Já esclareci acima sobre minha pesquisa no uso de células NK como alvo de vacinas. O espectro desta pesquisa é muito amplo e não se concentra especificamente nos coronavírus. Como um benefício adicional, devo meus profundos conhecimentos sobre esta pandemia e como nosso sistema imunológico é capaz de combater eficazmente o vírus SC-2 ao meu estudo de como as células de nosso sistema imunológico são capazes de reconhecer a linha tênue entre entidades próprias [*self*] e não próprias [externas, *self-like*, *non-self*]. Esse aprendizado inevitavelmente leva um cientista ao fascinante mundo das células NK. Eu me pergunto se deveria ficar surpreso que justamente os políticos são os que mais desconfiam de pessoas que têm consciência e trabalham por uma causa maior. . . Desde quando a integridade torna uma pessoa “suspeita”?

Laurence Zanchetta (PS):

Obrigado ao Sr. Henry por sua participação. Quanto ao Sr. Vanden Bossche, eu sinceramente lamento a falta de referências na sua fala.

Espero que as várias fontes científicas que cito nas minhas respostas lhe satisfaçam.

Steven Creyelman (VB):

Agradeço a ambos convidados por suas apresentações. A maioria das minhas questões são para ambos, mas se eu tiver uma pergunta específica para um de vocês, o deixarei claro.

Todos os membros deste comitê foram convidados devido a uma certa expertise e têm uma posição clara a favor ou contra a vacinação compulsória. Isso se tornou muito claro hoje. Uma série de propostas foi apresentada. O que eu não ouvi em nenhuma das apresentações, ilustres palestrantes, é com base em quais estudos específicos você chegou à sua posição, e porque esses argumentos são mais valiosos para você do que os do outro lado. Estou genuinamente interessado nesses estudos e gostaria de lê-los para que eu possa então ter um melhor entendimento de seu mundo. Se você pudesse compartilhar esses estudos conosco, eu

certamente apreciaria.

Penso que as referências científicas que mencionei acima são um bom começo para entender quão complexa e evolutiva é uma pandemia. Assim que você adquirir esta percepção, você poderá concluir por si mesmo o quão simplista é vacinar em massa toda uma população com este tipo de vacina durante uma pandemia e assim colocar o vírus sob considerável pressão evolutiva em que ele não pode ser contido de forma nenhuma. Acrescente uma pitada de Darwin e você compreenderá imediatamente as consequências deste experimento em larga escala.

Sou economista por formação, por isso vou falar sobre a receita marginal [marginal surplus revenue]. O que vocês dois acham que é a receita marginal por tornar a vacinação obrigatória? 93% dos flamengos [Flemings] são duplamente vacinados e uma porção significativa já tomou a dose de reforço. Sabendo disso, qual você acha que é a melhor estratégia, a mais sensata? É concentrar-se em alcançar aqueles que ainda não estão vacinados na esperança de elevar a taxa de vacinação, ou é melhor concentrar-se nas pessoas que já estão vacinadas e convencê-las a tomar a dose de reforço para protegê-las ainda mais efetivamente, ou é melhor uma combinação das duas? Como você vê isso?

Minha opinião sobre o assunto pode ser derivada através das respostas anteriores.

Em seguida, a pergunta de um milhão: em sua opinião, podemos vencer essa esta pandemia através da vacinação? Sr. Vanden Bossche, se entendi corretamente, o senhor está dizendo que as vacinas atuais exercem pressão sobre o vírus, fazem com que ele mude e crie variantes. Será que entendi isso corretamente? Em que você baseia sua afirmação?

Novamente, vacinas não causam mutações nos vírus, mas promovem a disseminação de variantes/mutantes preexistentes mais infecciosas.

Li que um vírus não tem interesse em matar seu hospedeiro e por isso as variantes não são necessariamente uma coisa ruim porque um vírus, em seu instinto de sobrevivência, está tentando se tornar mais infeccioso e menos letal ou patogênico. E assim, ele está apenas tentando sobreviver. Qual é a sua posição sobre isso?

As únicas coisas que um vírus pode fazer é se replicar, sofrer mutação ou se esconder (por exemplo, no genoma hospedeiro, mas este último não é aplicável para CoV — somente para vírus latentes). O vírus não pode raciocinar e não tem estratégia. **Se o vírus se torna menos patogênico ou letal, isto se deve puramente à crescente imunidade da população.** Entretanto, certos vírus podem continuar a sobreviver mesmo assim, porque algumas pessoas agem como portadores/excretos assintomáticos e também porque certas populações animais podem abrigar o vírus (os chamados “reservatórios”). Ambas as moda-

lidades são conhecidas e documentadas no caso do SC-2.

Não seria a vacinação uma coisa boa nesse sentido? Como você mesmo destacou, ao menos foi como eu entendi, que assim o vírus é posto sob pressão e muta para uma forma mais leve que é menos problemática para nós. Gostaria de ouvir sua opinião sobre isso.

Mesmo o predomínio da Ômicron sendo, em minha opinião, devido à pressão imune sempre crescente da população sobre a infectividade do vírus (os anticorpos são direcionados contra a proteína spike responsável pela infectividade do vírus), não se pode considerar a Ômicron como uma versão “mais leve” do SC-2 em comparação ao vírus original de Wuhan. Mesmo que a Ômicron não deixe as pessoas gravemente doentes, ela causa uma enorme pressão infecciosa que sem dúvida levará a mais casos de doença. Um aumento repentino do número de casos de doença causa um aumento repentino da pressão imune na população sem que se possa deter a propagação do vírus. Esta pressão — e, portanto, a probabilidade de uma variante resistente aos anticorpos contra Ômicron ser selecionada desta vez — somente aumentará se a vacinação em massa (com vacinas anti-Ômicron) continuar. **Mais uma vez, isto mostra que o prosseguimento das atuais campanhas de vacinação não é uma coisa boa sob nenhum ponto de vista.**

Quanto à janela temporal da vacinação obrigatória, a OMS prevê em sua bola de cristal o fim da pandemia na Europa. Pergunto-me se a vacinação compulsória ainda faria algum sentido. Na sua opinião, isto ainda é oportuno como medida potencial, levando em conta, entre outras coisas, as variantes que agora são dominantes, os medicamentos contra a COVID-19 que estão sendo desenvolvidos, e a cobertura vacinal?

Como indiquei na minha apresentação, nenhuma forma de vacinação compulsória contra a C-19 pode ser justificada cientificamente.

Suponha que o Parlamento decida adotar a vacinação compulsória, poderemos começar aproximadamente em torno do período da Páscoa. Presumo que, nessa época, em abril e maio, haverá menos circulação do vírus. Como devemos então lidar com a vacinação compulsória? A vacinação compulsória nessa época faz sentido, uma vez que independentemente dela no período de inverno teremos potencialmente teremos que ter uma nova dose de reforço? Em outras palavras, se for tomada a decisão de ter a vacinação compulsória, quando devemos programá-la? Qual seria, na opinião dos convidados, o momento mais adequado?

Como indiquei na minha apresentação, nenhuma forma de vacinação compulsória contra a C-19 pode ser justificada cientificamente.

Com relação aos inibidores virais, que papel vocês dois vêem para eles, como os produzidos pela Merck e pela Pfizer, no combate à pandemia? Eles podem ser uma alternativa à vacinação compulsória ou você vê isso mais como um complemento?

Os inibidores virais podem ter lugar no estágio inicial do tratamento da C-19. Eles são então particularmente úteis em indivíduos vulneráveis (imunossuprimidos, idosos, aqueles com doenças subjacentes) para inibir a replicação viral. Entretanto, uma profilaxia antiviral coletiva também pode ser útil, especialmente nos estágios iniciais de uma onda de infecção, para conter a pressão infecciosa e a pressão imune resultante da população sobre o vírus. Absolutamente não faz sentido usar os antivirais por um longo período de tempo e em um estágio tardio da infecção, pois aumenta muito a probabilidade de resistência.

Ontem, na reunião do comitê, o Sr. Vandembroucke disse que a vacinação para crianças e adolescentes é na verdade essencial na defesa contra o vírus. Ele também a recomenda fortemente. Qual é sua posição sobre a vacinação para crianças até 11 anos e adolescentes até 17 anos de idade? Qual é a sua posição sobre a vacinação obrigatória destes jovens? Quais são para você as principais vantagens e desvantagens a serem ponderadas?

Segundo o Office of National Statistics (Reino Unido), em 23 meses (contando até o final de dezembro de 2021 inclusive), três crianças menores de 18 anos morreram de Covid-19 (em uma população total no Reino Unido de aproximadamente 67 milhões). **Isto mostra claramente que C-19 não é uma doença grave na infância**, mesmo que as crianças possam ser infectadas e adoecer. Só muito raramente elas ficam gravemente doentes. Mesmo em crianças, as vacinas não conseguem controlar a infecção. Mesmo se a literatura mostrasse unanimemente que a vacinação suprime significativamente a reprodução viral em crianças, isso não seria motivo para vacinar as crianças. Pelo contrário, quanto mais você exerce pressão sobre o vírus com vacinas que não podem impedir sua propagação, mais pressão você exerce sobre a infectividade do vírus e mais rapidamente as variantes infecciosas de “escape imune”, que são selecionadas como resultado, se espalharão. Além disso, as crianças gozam de forte proteção contra o SC-2 devido aos anticorpos inatos relevantes (ou seja, de cobertura ampla e eficazes contra CoV) os quais são capazes de reconhecer todas as variantes do SC-2. Entretanto, se a ligação desses anticorpos [ao vírus] for dominada por anticorpos vacinais que se ligam fortemente ao vírus sem conseguir uma neutralização significativa, isto não é uma coisa boa em termos de proteção individual contra as variantes de SC-2. Isto pode até suprimir o reconhecimento de outros vírus respiratórios equipados com um envelope glicosilado similar (por exemplo, Influenza ou RSV), e também pode limitar a capacidade desses anticorpos inatos de reconhecer e remover certos autoantígenos em excesso, tais como aqueles originários de células degeneradas (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33193450/>). Isto levanta questões quanto a um possível risco de desenvolvimento de doenças autoimunes. Se também levarmos em conta as estatísticas dos possíveis efeitos colaterais em crianças (<https://www.voiceforsciencerecognition.org/videos-and-interviews/sars-cov-19-vaccines-for-children-jessica-rose>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC848398>

8/) a vacinação de crianças contra SC-2 se torna completamente irresponsável. Finalmente, do ponto de vista da imunidade de rebanho, a vacinação em massa de crianças é uma coisa ruim. Esta opinião é apoiada por vários especialistas:

[https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61e7fd0f49dffe4ff4f5dc75_feature-the-scientific-case-for-an-immediate-halt-to-covid-vaccination-of-children%2B\(003\).pdf](https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61e7fd0f49dffe4ff4f5dc75_feature-the-scientific-case-for-an-immediate-halt-to-covid-vaccination-of-children%2B(003).pdf)

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61e7fd07d6ab9a5e3f48c45d_Verkerk_paper_NL.pdf

<https://www.thehumanside.be/post/de-olifant-en-de-mug-deel-2>

<https://covidrationnel.be/2022/01/03/revision-04-01-2022-la-vaccination-anti-covid-19-des-enfantsnest-pas-obligatoire-elle-nest-surtout-pas-necessaire/>

<https://americasvoice.news/video/17LSdDeqVc40GgZ/>

Uma imunidade natural sólida (ou seja, imunidade inata ± imunidade naturalmente adquirida), como naturalmente presente em crianças saudáveis, resulta na eliminação do vírus e numa forte redução da transmissão do vírus (sem exercer pressão seletiva sobre o vírus!). **E assim**, especialmente após o treinamento de suas células B1 inatas secretoras de IgM, **crianças saudáveis fazem uma importante contribuição para o surgimento da imunidade de rebanho**. A vacinação em massa de crianças contribui apenas para a circulação predominante de variantes mais infecciosas e até mesmo resistentes à vacinas, o que só aumenta ainda mais a pressão infecciosa enquanto a chance da imunidade de rebanho derrete, como neve ao sol.

A professora Ann De Guchtenaere disse hoje no programa de rádio De Ochtend que 70% das crianças já tiveram corona. Qual é a melhor coisa a fazer com meu filho?

Veja meus comentários acima acerca das conclusões da Srta. De Guchtenaere.

Aliás, e quanto à diferença entre a imunidade adquirida através de infecção e a da vacinação? Qual protege melhor?

Expliquei a diferença acima. De fato há uma grande diferença.

A situação é semelhante ou diferente nos jovens comparada com nos adultos?

Possivelmente diferente, já que as células imunes inatas dos adultos têm uma maior capacidade adaptativa resultando em anticorpos inatos relevantes com maior afinidade enquanto as células inatas B1a das crianças são mais numerosas mas produzem IgMs com

afinidade relativamente baixa (ou seja, mais ingênuas em relação ao antígeno). Isto poderia pelo menos explicar porque em grupos etários mais avançados não vacinados a taxa de infecção é menor (isso tanto em pessoas vacinadas como não vacinadas) e esta tendência aumenta até mesmo com o aumento da exposição (ou seja, dependendo do tempo) como mostrado nos gráficos abaixo (fonte: UKPHA):

Figure 2. Rates (per 100,000) by vaccination status from week 33 to week 36 2021

(a) COVID-19 cases

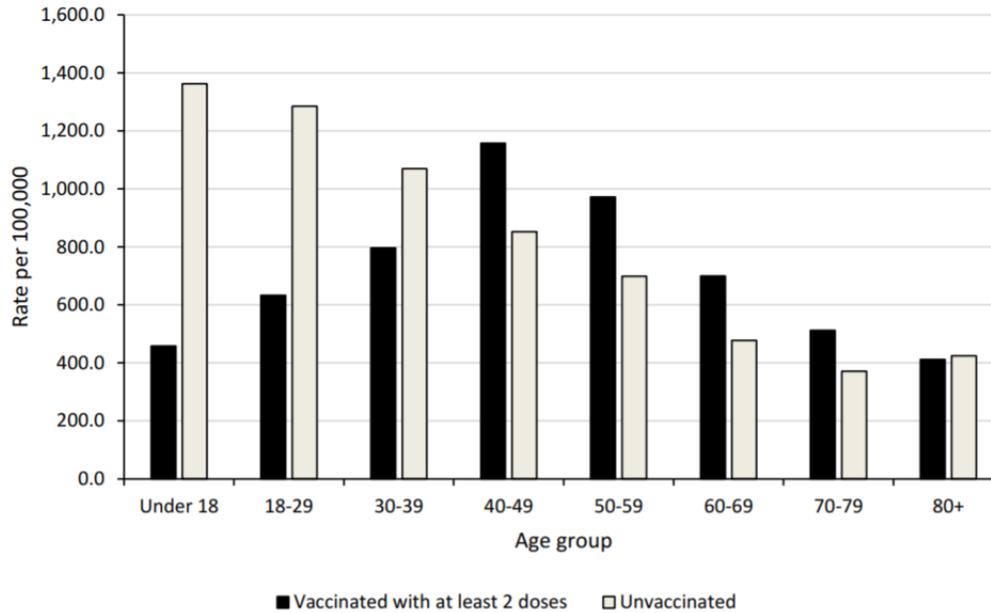
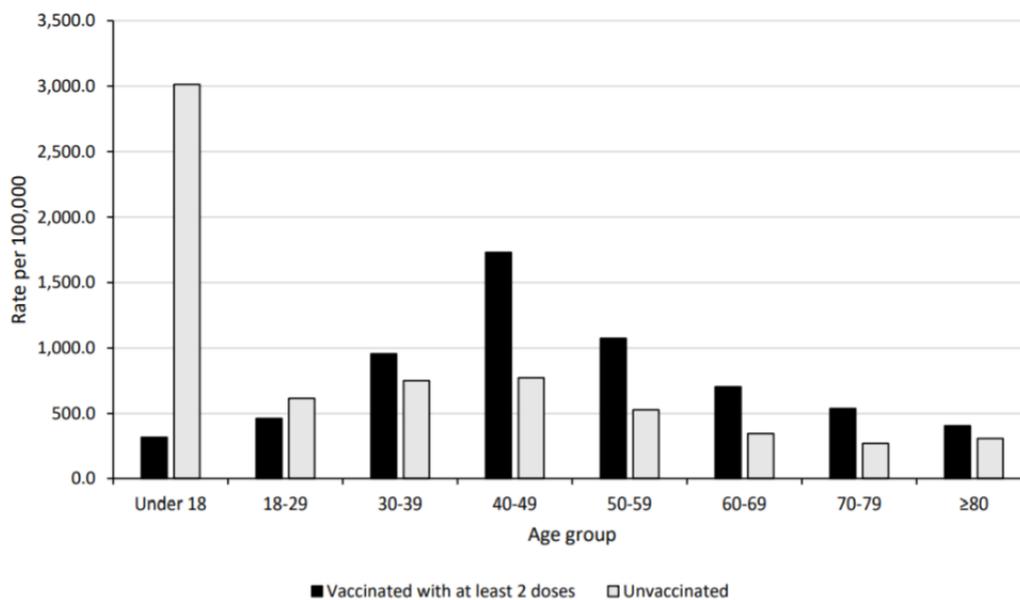


Figure 2. Rates (per 100,000) by vaccination status from week 38 to week 41 2021

(a) COVID-19 cases



A vacinação agrega algo a pessoas saudáveis que já tiveram uma infecção? Há um consenso científico sobre isso?

Como foi observado acima, há numerosos estudos que mostram que as pessoas que passaram por uma infecção sintomática e, portanto, adquiriram anticorpos naturalmente, desfrutam de proteção firme e duradoura. E então, por que se expor ao risco de efeitos colaterais ao se vacinar? Pessoalmente, também acredito que aumentar ainda mais a concentração de anticorpos específicos contra a proteína S só servirá para garantir que o efeito antiviral dos anticorpos inatos poliespecíficos relevantes e dos outros mediadores do sistema imunológico inato (https://www.researchgate.net/publication/357994624_Innate_Immune_Suppression_by_SARS-CoV-2_mRNA_Vaccinations_The_role_of_G-quadruplexes_exosomes_and_microRNAs) seja suprimido por um longo período. Isso possivelmente explica a maior incidência na população vacinada de outras doenças, tanto infecciosas quanto não infecciosas (incluindo o câncer), que agora estão sendo cada vez mais relatadas na comunidade médica. Mesmo que a evidência não seja oficialmente aceita, a preocupação é cientificamente séria o suficiente para justificar uma pesquisa mais específica ao invés de continuar tais — aliás, muito incomuns — práticas de vacinação em base experimental.

Para finalizar, qual é o objetivo final?

É a erradicação do vírus? É aprender a conviver com o vírus como uma espécie de vírus sazonal? Para combater o vírus, precisamos também saber para onde estamos indo. Que caminho devemos tomar para chegar lá?

O objetivo final para um CoV é alcançado quando se estabelece um equilíbrio entre o vírus e a imunidade dos hospedeiros. Esse equilíbrio pode ser alcançado tanto pela imunidade de rebanho² quanto pela seleção, através da pressão imune não esterilizante em larga escala, de um vírus SC-2 que somente ainda pode ser contido por aqueles que possuem anticorpos inatos funcionais suficientes. Na minha opinião, isto equivale a selecionar a parte da população cuja imunidade inata não é comprometida por, por exemplo, anticorpos vacinais específicos contra a proteína S que ainda se liguem ao vírus porém sem serem capazes de neutralizá-lo.

Como descrito acima, a vacinação em massa deve ser abolida e esforços devem ser feitos para fornecer uma quimioprofilaxia antiviral pontual mas em larga escala (para reduzir a pressão infecciosa) **e para promover a saúde individual** (para estimular a imunidade inata). Somente desta maneira a imunidade de rebanho pode ser criada. Isto também proporcionará automaticamente uma melhor proteção para os indivíduos vulneráveis. Estes últimos também devem **ter acesso** (por exemplo, através de clínicos gerais) **ao tratamento precoce** que consiste de vários medicamentos reposicionados que são seguros, baratos e amplamente disponíveis (por exemplo, anti-inflamatórios, anti-histamínicos, cortisona, anticoagulantes, etc.).

²Como já mencionado, não poderá ser alcançada se a vacinação em massa continuar porque a vacinação com as vacinas contra C-19 não permite a imunidade esterilizante

Daniel Bacquellaine (MR):

Sr. Presidente, gostaria de agradecer ao Dr. Herry por reafirmar o benefício da vacinação, pois considero interessante e necessário que não haja dúvidas sobre a valia da vacinação. O debate que estamos tendo hoje é para determinar a melhor maneira de aumentar a cobertura vacinal da população. Quais são os instrumentos e estratégias mais adequados para atingir este objetivo? O objetivo do Parlamento não é debater o valor da vacinação. O Dr. Herry tem sido muito claro sobre este ponto. A vacinação é uma ferramenta eficaz e necessária. Gostaria também de agradecer-lhe por nos lembrar do envolvimento de médicos em geral e médicos hospitalares na luta — esta é a palavra certa — contra esta pandemia para o benefício de toda a população.

Eu gostaria de fazer algumas perguntas. Quando falamos sobre a melhor maneira de aumentar a cobertura vacinal, em teoria, pensamos imediatamente na vacinação obrigatória ou no passaporte vacinal, que é uma espécie de obrigação que é um tanto disfarçada, mas que em última instância permite que a pessoa dê seu consentimento pleno e informado, uma vez que ela pode recusar a vacinação, mesmo que isso signifique não participar de atividades sociais — e esta pode ser sua escolha deliberada. Minha pergunta é sobre a proporcionalidade. Claramente, quando impomos uma obrigação, devemos sempre questionar sua legitimidade e proporcionalidade. Estes são os dois critérios utilizados pelo Conselho de Estado para julgar a relevância de uma obrigação, de uma restrição em relação à população.

No que diz respeito à legitimidade, entendo não haver nenhuma dificuldade. Estamos perseguindo um objetivo de saúde pública, que é legítimo. Não há dúvida sobre isso. Por outro lado, é necessário determinar se a forma de atingir este objetivo de saúde pública é proporcional e respeita uma certa proporcionalidade na extensão da restrição. Este é o segundo critério e é o que, em minha opinião, é extremamente importante quando se fala de vacinação obrigatória.

No que diz respeito à legitimidade, penso que não há nenhuma dificuldade. Estamos perseguindo um objetivo de saúde pública, que é legítimo. Não há dúvida sobre isso. Por outro lado, é necessário determinar se a forma de atingir este objetivo de saúde pública é proporcional e respeita uma certa proporcionalidade na amplitude da restrição. Este é o segundo critério e é o que, em minha opinião, é extremamente importante quando se fala de vacinação obrigatória.

A primeira questão é, portanto, como organizar na prática um sistema de vacinação obrigatória. Se optássemos pela vacinação obrigatória, como a organizaríamos? Porque não há obrigação sem uma sanção. Uma obrigação sem sanção é enganosa. Portanto, devemos nos perguntar como organizar uma vacinação obrigatória que atenderia ao objetivo de não ter que controlar ou testar todos para ver se a pessoa estaria em conformidade com as regras, porque se ela não cumprir com esta vacinação obrigatória, ela estará na situação de ser controlada ou testada novamente. A obrigação não nos isentaria de haver controle, caso contrário, significaria que não há sanção. Esta obrigação se tornaria então inútil e ineficaz.

Com respeito aos profissionais de saúde, o Dr. Herry mencionou o termo discriminação. Mais uma vez, eu não acho que haja discriminação. Novamente, é uma questão de proporcionalidade. Discriminação ocorre quando pessoas na mesma situação são tratadas de

forma diferente. Mas não é sobre isso que estamos falando aqui. Os cuidadores e enfermeiros [caregivers] e as pessoas cuidadas não estão na mesma situação. Portanto, não há discriminação. Os objetivos da obrigação são baseados na pessoa a quem ela se aplica e que se encontra em uma situação diferente. O objetivo de saúde pública impõe uma vacinação obrigatória, ainda mais se dirigida ao pessoal de saúde. Isso me parece bastante claro. Parece que a decisão foi tomada, de acordo com o que algumas pessoas da bancada da situação disseram, mas deve ser seguida.

Ainda no princípio da proporcionalidade, há proporcionalidade no escopo da obrigação e na temporalidade da obrigação. Estas são duas noções que devemos levar em consideração. No escopo da medida, há os cuidadores que mencionei e outro ponto que ainda não foi realmente abordado. E quanto a uma possível obrigação para crianças ou menores? Na opinião do Dr. Herry, a obrigação de vacinação também abrange as crianças, a partir de que idade? A obrigação de vacinação também abrangeria os pacientes que acabaram de contrair Covid?

Qual é o número de meses que poderia ser levado em consideração para tornar esta obrigação efetiva após uma infecção por Covid? Penso que a ideia do passaporte vacinal na França leva esta noção em consideração. No passaporte vacinal, não há somente um requerimento de vacinação, mas também o registro de ter sido infectado pela Covid nos cinco meses anteriores. Qual é a posição do Dr. Herry sobre isto?

Depois há a proporcionalidade em termos de temporalidade. E quanto às vacinas futuras? Hoje, estamos em um momento particular. Por mais que possamos debater a definição de uma ferramenta eficaz para combater uma pandemia num nível teórico e absoluto — penso que o debate sobre a vacinação obrigatória tem seu lugar — é necessário, a fim de julgar a proporcionalidade da medida no momento em que ela é tomada, considerar o tempo em que estamos. Hoje, temos uma variante Ômicron que produz casos muito menos graves e que infecta uma grande parte da população, muito mais do que os números que são apresentados. Eu destacaria que muitas pessoas foram infectadas com Ômicron sem saber ou sem fazer um teste PCR.

E quanto à chegada de novas vacinas em termos temporais? Se amanhã vacinas novas e mais eficazes estiverem disponíveis, será necessária uma quarta, quinta ou até sexta dose como parte de uma vacinação obrigatória? O estágio da epidemia a que chegamos realmente tornaria necessária a vacinação obrigatória, mesmo que em um sentido geral seja considerada útil diante de uma pandemia?

Sr. Presidente, não tenho perguntas para o Sr. Vanden Bossche porque ele não tem o domínio do conhecimento.

Portanto, não preciso responder a isso.

Nathalie Muylle (CD&V):

Abordo a exigência universal da vacinação. Tenho as mesmas perguntas sobre esse assunto que alguns colegas. Como você encara o cronograma de vacinação? Quem deve receber

o quê e quando? Como você vê os períodos de transição, pois sempre haverá um período em que todos receberão um reforço ou uma quarta dose? Que autoridade deve decidir sobre isso? Muito já foi dito a esse respeito. Com base em que material de estudo isso deve ser decidido, e por qual órgão?

Eu também concordo no ponto da temporalidade. A questão então é quando uma pandemia se torna endêmica, quando precisamos impedi-la e quem deve decidir.

Também importante é a idade. Você não disse nada a esse respeito. Outros países europeus o fazem a partir dos 50 ou 60 anos de idade, outros a partir dos 18. Às vezes as pessoas perguntam se não deveria ser a partir dos 6 anos de idade. Que idade você propõe?

Você falou muito corretamente sobre o impacto hoje em dia sobre a organização dos serviços de saúde pública. Se este comitê decidisse dentro de duas a três semanas adotar uma obrigação geral de vacinação, qual seria a consequência nos serviços de saúde primários e secundários? Como isso afetaria a sua organização? Com que rapidez isso mudará? Com que rapidez a pressão será aliviada e haverá espaço para os atendimentos adiados?

Sr. Vanden Bossche, agradeço a sua apresentação, mas devo dizer que também ainda não estou satisfeita. Vi sua reação ao artigo no Knack, no qual o senhor disse, entre outras coisas, que não está obtendo fórum suficiente aqui. Estou aberta ao debate, mas na verdade estou esperando por estudos, especialmente estudos revisados por pares. Entendo quando você diz que a Flandres ou mesmo a Bélgica são um tanto pequenas, mas também podemos encarar o assunto internacionalmente. O que você traz hoje, qual a força da repercussão? Como você pode fundamentar sua apresentação? Estamos abertos ao debate e gostaríamos de analisar esses estudos. Acho que isto é verdade para muitos colegas. No momento, não estou familiarizada com esses estudos, mas talvez isso também tenha a ver com o fato de termos vieses e só vermos determinadas coisas.

É sempre mais fácil olhar para os fatos depois que aconteceram. Como indiquei acima, é muito mais difícil prever o futuro de um evento evolutivo complexo que é fortemente influenciado pela intervenção humana. No entanto, é indispensável estimar com a maior confiança possível o destino final dos vários trens pandêmicos que estão avançando no mundo inteiro. É este o destino final que visamos com numerosas intervenções humanas, é ele possivelmente idêntico? Publicações científicas das várias sub-áreas relacionadas à pandemia fornecem informações valiosas, como peças de um quebra-cabeças que devem ser encaixadas para que possam contribuir efetivamente para uma melhor compreensão da dinâmica entre as populações dos vírus em mutação (variantes), por um lado, e as defesas imunológicas adaptativas da população hospedeira, por outro. Eu já mencionei acima as publicações que descrevem como um vírus evolui sob a pressão imune da população. Por outro lado, também mencionei acima as publicações que ilustram a importância dos anticorpos inatos poliespecíficos como componentes cruciais da primeira linha de defesa contra CoV e, particularmente, documentam como as células do sistema imunológico inato se adaptam pela exposição ao coronavírus para combater o vírus de forma mais eficiente. **Com isso, elas de fato demonstram o viés da interpretação de muitos especialistas, no sentido de que devido à falta de compreensão da interação acima, eles subestimaram imensamente não apenas a capacidade evolutiva do vírus, mas também a capacidade de adaptação natural**

do sistema imunológico dos hospedeiros. A credibilidade das minhas perspectivas não deve, portanto, ser testada contra publicações que não existem *de fato* sobre este assunto, mas sim contra as minhas previsões: Induzir uma imunidade populacional (via vacinação em massa) que só protege contra casos (graves) de doença levará, na minha opinião, em última instância, a que somente a parcela não vacinada da população permaneça protegida contra casos (graves) de doença.

Não tenho treinamento em assistência médica e, portanto, careço de alguns conhecimentos básicos, mas me resta uma pergunta à qual os colegas também se referiram. O Sr. Herry explicou que nove milhões de pessoas vacinadas evitaram um desastre durante a quarta e quinta ondas. Isso deve significar algo. Um total de 28.000 pessoas morreram de Covid em nosso país no primeiro ano. As vacinações começaram em fevereiro e março de 2021, mas a pandemia surgiu um ano antes. Cerca de 20.000 pessoas morreram de Covid em 2020, cerca de 8.000 em 2021, dependendo de quem e quais idades estejam incluídas nesse cálculo. Se tivéssemos lhe seguido, isso significa que — não havia vacinas na época — não teríamos tido 20.000 mortes? Teria a imunidade de rebanho em massa resolvido isso e poderíamos ter evitado esse número de mortes em 2020?

Acho que já respondi a uma pergunta semelhante acima. Visão de “curto prazo” versus visão de “longo prazo”. Visão de túnel versus visão holística.

Gostaria de tocar em mais um elemento que você mencionou muito brevemente, mas que não foi aprofundado. Nós entendemos sua lógica de vacinação. Você diz que hoje em dia ela é tratável. Há muitos testes clínicos e estudos de drogas em andamento neste momento, alguns dos quais atuam sobre o próprio vírus e outros atuam sobre nosso sistema imunológico. Atualmente, ainda estamos na fase de testes clínicos. Alguns estudos foram publicados para medicamentos reposicionados, o que significa que eles estão disponíveis no mercado, embora para indicações diferentes. Qual é essa solução, a que você se refere quando diz que ela é tratável? Por que ainda estamos aqui debatendo reposicionados e estudos clínicos, muitas vezes a um custo muito alto? Eu gostaria de ter mais explicações sobre isso.

Isso ser debatido sem nenhum processo de tomada de decisão é outra coisa que não consigo entender. Os estudos revisados por pares acima mencionados descrevem detalhadamente como os medicamentos que são reposicionados, portanto baratos e, além disso, amplamente disponíveis e conhecidos por serem muito seguros, levam a uma redução de 85% na hospitalização se forem utilizados nos estágios iniciais da doença (ou seja, na primeira semana após o aparecimento dos primeiros sintomas). Deve-se perguntar por que tais tratamentos não estão sendo utilizados. Dados os múltiplos estudos que comprovam a eficácia destes medicamentos no combate à doença da C-19, isso é totalmente irresponsável dos pontos de vista ético e científico.

Robby De Caluwé (Open Vld):

Sr. Presidente, Dr. Herry, Sr. Vanden Bossche, obrigado por suas explicações. Tentarei não me repetir, mas ainda tenho que pedir alguns esclarecimentos.

Que conselho vocês dão aos pais que foram vacinados, mas ainda não sabem se vacinarão os seus filhos? Vocês também percebem que os pais estão relutantes com vacinas tradicionais contra a poliomielite e similares? De fato, sinto que há maior suspeita agora também contra outras vacinas, e que os movimentos antivacina clássicos, que é como eu os chamo, estão crescendo de forma desenfreada. Os dois também vêem estes efeitos?

Quantas vezes é preciso repetir que estas campanhas de vacinação não podem ser comparadas com as vacinações infantis clássicas que estão sendo discutidas? Os coronavírus, incluindo SC-2, são onipresentes, e diferentes espécies de animais formam reservatórios para o vírus, o qual também é altamente variável. Além disso, as vacinas contra a C-19 são vacinas não replicantes. A combinação destes fatos não é aplicável a nenhuma das vacinas em questão ou a doenças infantis. A falta de compreensão no topo leva à confusão entre a população e, infelizmente, à desconfiança em relação à vacinação em geral. Rotular os céticos de “antivacina” só aumenta a suspeita em relação às vacinas básicas. O uso do rótulo “antivacina” infelizmente também é cada vez mais utilizado por indivíduos ou grupos que não têm absolutamente nenhum conhecimento sobre esse assunto.

Chego às consequências a longo prazo. No seu consultório, você costuma notar pessoas que ainda estão sofrendo efeitos meses depois de uma infecção por Covid? Por outro lado, há também casos de lesões causados por vacinas? Afinal de contas, lê-se sobre isso regularmente nas mídias sociais. O Sr. Vanden Bossche se referiu ao Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), onde relatórios de danos ou possíveis reações adversas às vacinas podem ser feitos. Entretanto, ele descreveu esses relatos como se fossem efetivamente ligados à vacinação, quando na verdade são apenas relatos e nada mais. É só uma coleção deles.

A falta de conhecimento é uma coisa, mas expressá-la com tal convicção é um fenômeno. Talvez você deva primeiro se informar sobre a definição de uma reação adversa relacionada à vacina. E talvez você também deva se informar sobre os vários parâmetros que precisam ser cumpridos para determinar uma conexão causal como provável ou improvável. E também em que medida a análise desses parâmetros, por exemplo, no que diz respeito a VAERS (veja os links abaixo), levou pessoas como Jessica Rose, uma dama com formação em biologia computacional, bioestatística e ciências da saúde (<https://www.jessicasuniverse.com/cv-1>), a soarem o alarme:

<https://www.jessicasuniverse.com>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/>

https://uploadsssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9327b175b0d58023139_Appendix_08_Dr_Jessica_Rose_Analysis_of_Supplementary_Appendix.pdf

<https://uploadsssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea932e132248c>

Simplesmente agrupar dados e análises ou inequivocadamente ignorá-los é, para mim, um comportamento incompreensível e irresponsável.

Sr. Vanden Bossche, a maioria dos membros do nosso comitê não tem formação médica. Estou, portanto, certo de que alguns colegas têm as mesmas perguntas que eu. Mas é importante que obtenhamos informações precisas. Seu apelo não era tanto sobre a vacinação compulsória — sua posição sobre isso agora é clara — mas principalmente um apelo contra a vacinação em si. Notei que em sua apresentação você acrescentou referências aqui e ali. Elas não eram legíveis a partir daqui. Você pode compartilhar conosco as fontes às quais você se referiu?

Certamente. Você as encontrará, entre várias outras, nas minhas respostas acima.

Como eu mesmo não tenho formação médica, estas explicações especializadas são muito importantes para mim. Ouvimos aqui opiniões contraditórias, e isso é bom, mas tendo a confiar mais em teses científicas nas quais há um certo consenso. Eu realmente tento me abrir às suas opiniões, Sr. Vanden Bossche, e também passei muito tempo examinando por que você e alguns outros postulam certas coisas. Estou tentando entender por que o senhor afirma certas coisas. Ainda me falta uma certa fundamentação, o que é uma pena, especialmente porque, afinal de contas, o senhor tem aqui um fórum público.

Seria utópico assumir que minhas ideias em um documento curto como este seriam suficientes para convencê-lo. Como já disse, este é um assunto particularmente complexo envolvendo muitas disciplinas diferentes e correlações entre elas. **É por isso que desde o início defendi um debate público, mas científico, dentro de uma estrutura multidisciplinar.** Compreendo sua frustração em relação à persuasão e à credibilidade das minhas declarações. Asseguro-lhe que minha frustração é igual ou maior.

Eu certamente quero estar aberto a opiniões contrárias e me pergunto se você pode me ajudar com isso. Você pode me fornecer algumas perguntas que eu possa fazer a outros especialistas sobre as teorias que dizem ser geralmente aceitas pela ciência, e isto para provar que você está certo e não eles? Vou dar alguns exemplos (...).

Eu pensava que eles eram da opinião de que a ciência evolui? Ou será que eles só usam este argumento quando as previsões que supostamente são baseadas em verdades geralmente aceitas não se tornam realidade? Talvez com suas teorias científicas supostamente geralmente aceitas, eles tenham mais sucesso em responder às perguntas com as quais os confrontei anteriormente em contribuições publicadas online. Você pode encontrá-las ordenadamente listadas em meu website (<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/blog/>)

critical-unresolved-questions), bem como em alguns de meus escritos (<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>).

O relatório mais recente da Sciensano de 22 de janeiro relatou que, naquela época, 28.780 pessoas já haviam morrido em decorrência da Covid-19, a maioria delas durante a primeira e segunda ondas, quando a vacinação ainda não estava disponível. Você previu então que, com a vacinação em massa, o número de mortos iria disparar ainda mais. No final, isso acabou não sendo o caso. Na sua opinião, teria sido melhor então pagar mais alguns milhares de mortes como preço? Eu apreciaria um esclarecimento sobre isso. As pessoas com formação médica questionam isso. Você tem alguma pesquisa que confirme essa teoria?

Em uma resposta anterior, creio ter deixado bem claro que **não vacinar não é o mesmo que fazer vista grossa e que uma visão de curto prazo sem dúvida imporá um custo alto no futuro**. Um custo causado i) pelo escape crescente do vírus da pressão imune subótima exercida pela população vacinada em massa, ii) pela duração prolongada da pandemia devido à vacinação sintomática em massa e iii) pelos casos de morbidade e mortalidade devido aos efeitos colaterais relacionados à vacina. Com relação a este último fator, o significativo excesso de mortalidade, como determinado pelas companhias de seguros, entre outros, é particularmente notável e muito perturbador:

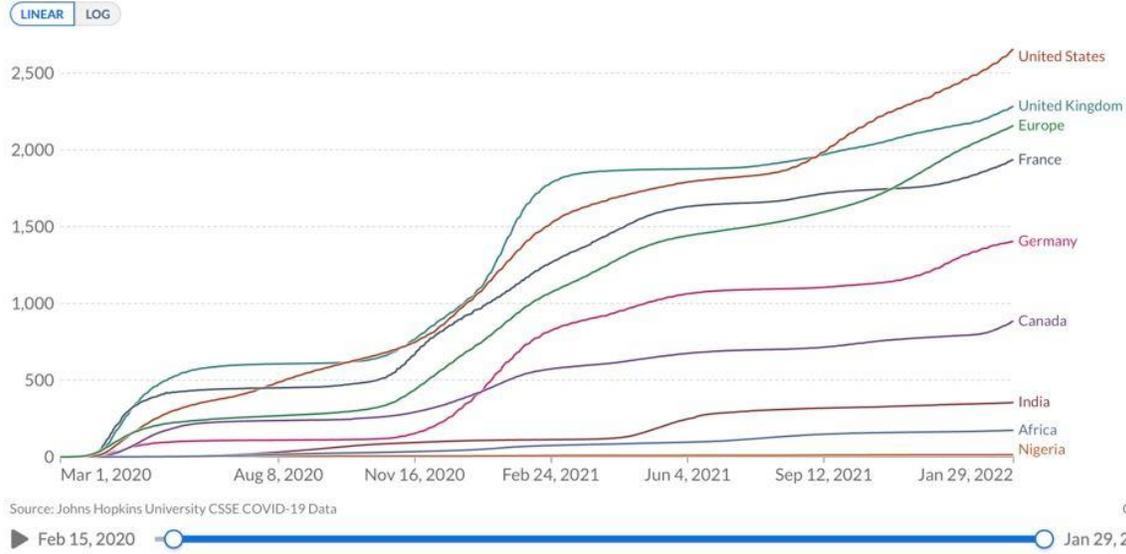
<https://www.fox28spokane.com/indiana-life-insurance-ceo-says-deaths-are-up-40-among-people-ages-18-64/>

Além disso, também é curioso que o aumento da taxa de vacinação é aparentemente acompanhado por um aumento significativo da taxa de mortalidade; países com um grau de vacinação relativamente baixos têm uma taxa de mortalidade significativamente menor. Em Israel, por exemplo, a alta cobertura vacinal, com várias doses de reforços em rápida sucessão, inclusive conduziu a uma nova e espetacular onda de mortalidade (veja abaixo). Portanto, aparentemente há poucas evidências de um efeito benéfico da vacinação em massa sobre a taxa de mortalidade.

Cumulative confirmed COVID-19 deaths per million people

For some countries the number of confirmed deaths is much lower than the true number of deaths. This is because of limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.

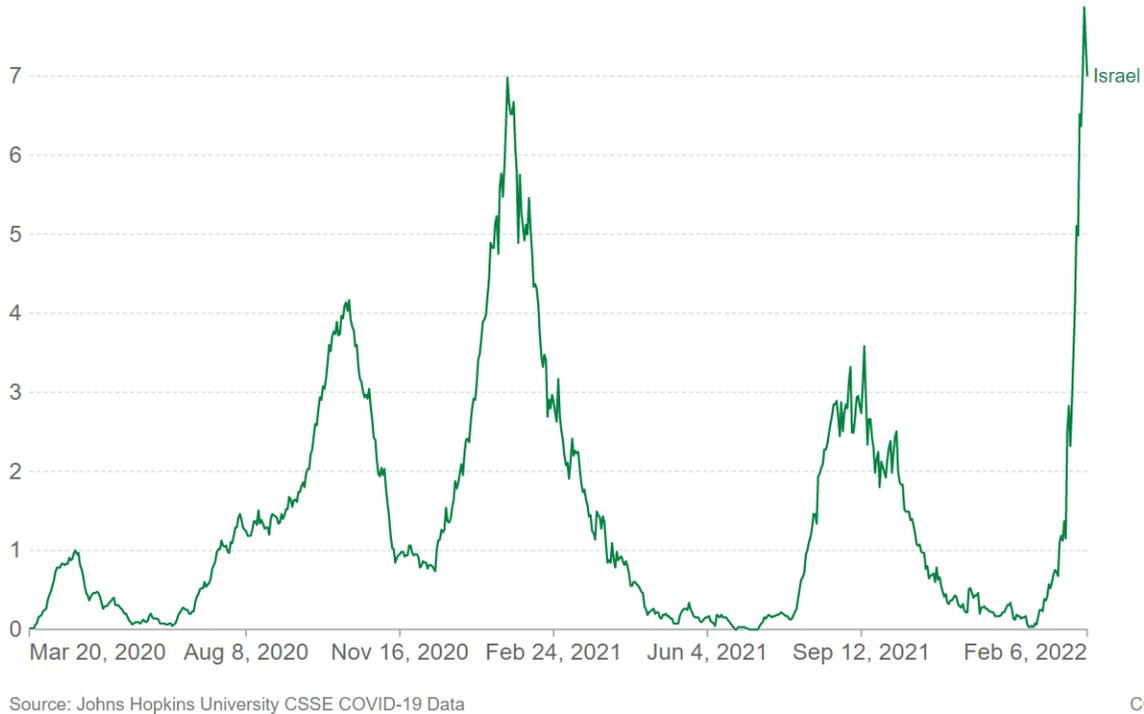
Our World in Data



Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

7-day rolling average. For some countries the number of confirmed deaths is much lower than the true number of deaths. This is because of limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.

Our World in Data



Howe também afirmações suas sobre uma chuva de doenças autoimunes advindas da

vacinação e da vacinação das crianças. Você poderia explicar como isso difere de outras vacinas que as crianças recebem — acho que isso também é importante — ou sua teoria sobre isso é a mesma, que é que na verdade faria pouco sentido vacinar as crianças contra a pólio, por exemplo? Houve algo que me surpreendeu enormemente, mas desconfio que o entendi mal. Entendi que você sugeriu que não se usa o argumento da prevenção da MIS-C para vacinar crianças contra a Covid-19. Acho isso estranho, porque a MIS-C é uma das conseqüências da infecção do corona, assim como outras pessoas ficam com sépsis ou com uma gripe comum. E assim, realmente não entendo esse raciocínio.

Já expliquei acima que deve ser feita uma distinção entre as várias modalidades de vacinação, dependendo do patógeno, da ocorrência da doença e do tipo de vacina. Fazer uma comparação com a vacinação contra a poliomielite é praticamente pegar o extremo oposto. Como também mencionei, quero ver as estatísticas da MIS-C em crianças saudáveis; também me pergunto como seria possível que uma vacina que, na melhor das hipóteses, só proteja contra a forma grave de C-19 também fosse capaz de prevenir a MIS-C. Mesmo que se ignore completamente meu aviso sobre o risco de que esta vacinação em massa acabará levando à seleção natural de uma variante de *escape immune* resistente à vacina e com caráter mais patogênico, mesmo assim a chance de efeitos colaterais sérios da vacina na saúde de crianças completamente saudáveis deve ser pesada contra uma sugestão de prevenção da MIS-C.

Você também vem dizendo há muito tempo — e você o repetiu hoje — que as vacinas contra a Covid-19 são experimentais. Isso não é verdade. Elas são aprovadas condicionalmente. Certamente é correto fazer essa distinção, eu só queria acrescentar.

“Experimental” não significa que estas vacinas não foram testadas; no entanto, significa que os testes foram inadequados. Os estudos pré-clínicos foram claramente inadequados (por exemplo, nenhum estudo de genotoxicidade, nenhum estudo de biodistribuição, apesar da produção *in vivo* do antígeno por exemplo nas vacinas Moderna, Pfizer e J&J), os estudos clínicos tiveram uma duração muito curta para fazer uma avaliação relevante dos possíveis efeitos colaterais, mesmo a médio prazo, e as diferentes populações que agora são injetadas cegamente não faziam parte do estudo de eficácia (por exemplo, crianças, mulheres grávidas, mulheres em idade fértil, pessoas com doenças subjacentes, pessoas que se recuperaram da C-19, pessoas muito idosas). **De acordo com critérios científicos, a ampla implementação destas vacinas em todas os níveis da população só pode ser chamada de “experimental”.** Mesmo quando um produto perfeitamente definido é testado em território desconhecido, esse produto deve ser considerado *experimental* para aquele fim. Eu tenho muita experiência na indústria de vacinas para ser convencido do contrário.

Você também alega que as vacinas podem ter efeitos colaterais a longo prazo. Percebo que isso é frequentemente um argumento para que as pessoas não se vacinem, mas li que há um grande consenso na ciência de que isso na verdade seria impossível. Você pode me fornecer

alguns elementos que desafiam os outros cientistas e mostram que eles estão errados, porque ainda haveria certos efeitos colaterais dentro de cinco anos?

Já relacionei acima as numerosas fontes que relatam a frequência alarmante dos graves efeitos colaterais. **Deve haver uma obrigatoriedade da nossa autoridade reguladora relatar esses efeitos colaterais de uma forma proativa, completa e transparente à população em intervalos muito regulares (por exemplo, semanalmente). Entretanto, isto não está acontecendo.** A população deve consultar os dados divulgados pela Sciensano sobre este assunto. O problema de ter relatórios objetivos e especialmente a provável causa da subnotificação já foram mencionados acima.

Você ainda afirma que a imunidade natural é melhor, mais forte e mais segura do que a imunidade construída através de uma vacina. Você fala sobre a memória imunológica indelével nesse contexto, mas eu não entendo bem por que isso não surgiria quando infectado. E então, qual é a diferença?

A diferença entre imunidade natural e imunidade vacinal já foi discutida em detalhes acima, incluindo a “função de memória” que na imunidade natural também se relaciona principalmente com a imunidade inata (“treinamento”).

Você acha sensato que as pessoas se permitam ser infectadas deliberadamente com o coronavírus? Afinal, há festas organizadas para contaminação, algumas pessoas fazem coisas ainda mais loucas — pelo menos na minha opinião — apenas para serem infectadas. Isto, naturalmente, é motivado por sua crença de que uma imunidade natural seria mais forte. Qual é a sua reação a isso?

Tudo o que posso dizer é que tal comportamento é inspirado e alimentado apenas por uma série de medidas sem sentido que discriminam as pessoas sem serem de forma alguma baseadas em evidências científicas. A infecção natural envolve contaminação via aerossóis ou pequenas gotículas, nunca a inoculação intranasal à qual você parece estar se referindo. Para pessoas jovens e saudáveis não vacinadas, não vejo motivo para evitar contato, muito pelo contrário. Reuniões com muitas pessoas em espaços relativamente pequenos e mal ventilados nunca foram uma boa ideia e isto não é diferente para esta infecção respiratória.

Por fim, gostaria de dizer que os números na verdade contradizem o que você diz sobre imunidade. Vemos uma diferença clara entre pessoas vacinadas e não vacinadas em termos de hospitalizações, e mesmo em termos de infecções e em termos de mortes. Se sua teoria estivesse correta, as pessoas vacinadas deveriam acabar no hospital numa taxa muito maior. Então, a incidência nelas deveria ser muito maior.

Veja meus comentários anteriores a este respeito. Talvez seja bom olhar além das fronteiras nacionais de vez em quando . . . Como dizem na Alemanha, “*Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser*” [*Confie mas verifique*]. Afinal de contas, a mesma pandemia está assolando todos os lugares.

No último parecer da RAG, embora baseado em uma pequena amostra, eles examinaram a variante em vários pacientes e mostrou que das pessoas da amostra que estavam infectadas com a variante Ômicron, 61 não foram vacinadas e apenas um dos pacientes foi vacinado. Isso é uma diferença enorme. Para ser claro, estamos falando de internações devido à infecção pelo coronavírus. Pessoas que foram admitidas por outros motivos não estão incluídas nesta figura. Tomo esses números do último parecer da RAG na última quarta-feira.

Veja acima. Se olharmos para o número de pessoas que não estão hospitalizadas, vemos exatamente o oposto. As pessoas vacinadas são infectadas com Ômicron mais facilmente do que as pessoas não vacinadas (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.28.22270044v1>). Você verá que a proporção que você indica pode mudar rapidamente como já é o caso de acordo com relatórios do exterior: Veja minha resposta anterior sobre a eficácia negativa da vacina (por exemplo, PHS, UKHSA), precisamente no que diz respeito aos casos de infecção! **Os “instantâneos” não são, portanto, uma base confiável para uma política pandêmica sólida.** Em vez disso, a pergunta a ser feita é: **Como podemos acabar com a pandemia e que imunidade devemos escolher para nos proteger o melhor possível nesse período?**

E assim, tenho muitas perguntas sobre o que você está dizendo. Mais uma vez, pode ser um pouco demais para responder a todas elas mais tarde. Se for possível para o presidente, você também pode responder muitas das minhas perguntas por escrito, mas por favor inclua as fontes e as referências, porque você talvez não as conheça de cor.

Certo.

Melissa Depraetere (Vooruit):

Sr. Presidente, eu agradeço aos dois convidados pelos seus comentários.

Sr. Vanden Bossche, o senhor já disse bastante. Foi também uma longa exposição. O senhor deu muitas variações do mesmo argumento. Na minha opinião, seu raciocínio não é totalmente coerente.

Gostaria de fazer alguns comentários sobre isso. Afinal, apesar de todas as evidências científicas, e as evidências científicas que existem atualmente vêm de muitos especialistas, cientistas, reguladores independentes e pessoas que trabalham diariamente com a COVID-19 e as operações de vacinação, você afirma que todos eles estão errados. Isso é possível, é

claro. Isso é uma asserção notável, para dizer o mínimo.

Lamento notar que você aparentemente só segue a mídia que apoia a narrativa. **Há muitos milhares de cientistas que — assim como eu — têm opiniões científicas completamente diferentes. No entanto, eles não conseguem espaço na grande mídia, apesar do seu profundo conhecimento.** Talvez no futuro você também deva prestar atenção à mídia alternativa através da qual essas pessoas compartilham suas descobertas científicas. Também posso lhe assegurar que, nas várias redes profissionais de meus antigos empregadores, existe um grande apoio e compreensão da minha análise. Por razões que você logo saberá, muitos deles preferem permanecer anônimos. A propósito, você não vê como a narrativa está se desmoronando exatamente por causa das muitas contradições que estão sendo cada vez mais expostas graças aos cientistas e repórteres independentes? Você não percebe que cada vez mais países percebem que implementar medidas complexas, discriminatórias, mas cientificamente infundadas, não é mais sustentável? Que eles estão reduzindo essas medidas e regulamentações? **O que é notável é o mundo pequeno em que muitos vivem e a fé cega na mídia e nos funcionários públicos que são pagos com o dinheiro dos impostos coletados por um Estado que está seriamente considerando introduzir a vacinação compulsória.** No que você enfatiza os reguladores “independentes”, isso mostra que você não está ciente das críticas que a FDA recebe dia após dia. Dois funcionários demitiram-se da FDA no ano passado. Acontece que eu conheço muito bem um deles. Conheço também um dos vacinologistas mais conhecidos do planeta **que, no início do ano passado, concordou completamente comigo quanto às consequências da vacinação em massa com estas vacinas sobre a evolução do vírus e que também me advertiu que não valeria a pena opor-me a ela, pois eu não seria compreendido e não teria uma audiência.** Obviamente, estes luminares não estão livres de conflitos de interesse. Mas, por favor, continue pensando que fui eu quem entendeu tudo errado e que quer principalmente se definir como um antivacina. Essa atitude é, de qualquer forma, mais fácil do que assegurar que, **ao invés de uma vacinação obrigatória, haja uma obrigação de um debate científico multidisciplinar sério.**

Mais especificamente, que as vacinas também prejudicariam a imunidade, pois reforçam o vírus. De acordo com você, as vacinas dão imunidade parcial. O vírus se adapta a elas.

Eu nunca afirmei que as vacinas amplificam o vírus! O que eu realmente disse é que a pressão imune exercida pela população devido à vacinação em massa com as atuais vacinas contra a C-19 durante uma pandemia de variantes do SC-2 leva ao domínio de mutantes mais infecciosos que escapam delas. E assim, esta é uma consequência da combinação dos fatores acima mencionados e não das vacinas em si.

Você explicou longamente como você vê isso, com a cláusula do escape, que está contida em algum lugar. O que é estranho nesse raciocínio é que o mesmo raciocínio não se aplica a uma infecção que já tenha ocorrido. Mesmo com infecções anteriores, descobrimos, a

partir de pesquisas, que também há um período de tempo ligado a isso e que, após uma determinada fase, as pessoas também não vêem completamente o efeito da infecção. Aí também, a proteção é incompleta e diminui com o tempo. Isto foi demonstrado em pesquisas.

Se eu entendi corretamente sua pergunta, você está confundindo dois fenômenos completamente distintos. O famoso “escape imune” de que estou alertando é um fenômeno populacional enquanto o desvanecimento do efeito da infecção se relaciona com o indivíduo. Em outras palavras, o *escape imune* não impede de forma alguma que a resposta imunológica induzida pela vacina seja perfeitamente capaz de proteger os indivíduos contra a doença (grave). Adicionalmente, também é errado pensar que quando os anticorpos individuais desaparecem, essa pessoa não estaria mais protegida contra a doença (grave). **Além disso, é uma falácia completa pensar que a imunidade natural não é protetora porque as pessoas são reinfetadas. Uma variante do SC-2 altamente infecciosa rompe mais facilmente a primeira linha (inata) de defesa; isto não significa que essa linha de defesa esteja enfraquecida.** Além disso, pode-se supor — como é o caso de outras células efetoras do sistema imunológico inato — que as células B1a inatas, que protegem contra os coronavírus através da produção dos anticorpos poliespecíficos relevantes, são cada vez mais melhor treinadas e, portanto, reprogramadas para reconhecer e eliminar o coronavírus (incluindo todas as variantes do SC-2) com maior afinidade e, portanto, mais efetivamente. Isto implica, portanto, que a função de proteção destas células imunes inatas não diminui, mas, pelo contrário, aumenta. **Isto explica a eficácia “negativa” da vacina que foi claramente demonstrada nesse ínterim (ver acima). Portanto, é um erro — enquanto a pandemia persistir — correlacionar os níveis de anticorpos adquiridos após a infecção natural com o grau de proteção desfrutado por uma pessoa que se recuperou da doença natural da C-19.** A imunologia é, portanto, um pouco mais complexa do que é frequentemente assumido por nossos especialistas.

É estranho argumentarmos que o vírus da Covid só evoluiria à luz dessas vacinas travesas, mas não com base em infecções anteriores ou pelo treinamento do sistema imunológico. Essa é uma linha de raciocínio que eu não acompanho e acho estranha.

Já expliquei antes como durante uma infecção natural o coronavírus não é colocado sob pressão enquanto durante a vacinação em massa contra a C-19 durante uma pandemia ele é. **Isto se deve ao fato de que durante a infecção natural a luta contra o vírus é conduzida em duas fases diferentes (imunidade inata seguida de imunidade adquirida)** enquanto que este não é o caso da vacinação em massa durante uma pandemia.

Ao mesmo tempo — e isto já foi dito antes — todas as mutações que conhecemos até agora, ou seja, alfa, beta, delta, gama e agora ômicron, surgiram independentemente das vacinas. Eles surgiram em momentos em que a vacinação ainda não desempenhava um papel na pandemia ou em locais onde a vacinação não desempenhava um papel significativo. Assim sendo, não entendo muito bem o seu raciocínio.

Veja a introdução. Eu nunca afirmei que a vacinação em massa é responsável pela EMERGÊNCIA de variantes do vírus!!

Há um terceiro problema é um problema fundamentalmente ético, que o comitê também deveria debater. Você dá um argumento que ouvimos frequentemente da autoproclamada ciência alternativa. É que a população deveria ser repetidamente infectada em benefício da imunidade de rebanho. Entretanto, isso é o mesmo que dizimar a população, no sentido original da palavra. Isto é deixar todos sortear um bilhete de loteria e no final ver quem pegou o palito mais curto. Ele ou ela então se deu mal. Essa pessoa se sacrificou pela imunidade de rebanho. Até onde isso vai? Quantas pessoas devem participar desses sorteios?

Se você estivesse mais ou menos familiar com a literatura, você descobriria que sua comparação com a loteria nacional não é de forma alguma válida. **Agora conhecemos muito bem os fatores de risco preditivos.** Sabemos quais doenças subjacentes aumentam bastante a probabilidade de doença grave na C-19. **Também sabemos como um estilo de vida saudável e hábitos alimentares saudáveis reduzem grandemente o risco. O exercício regular reduz por si só grande parte do risco da doença da C-19** (<https://bjsm.bmj.com/content/55/19/1099>). Infelizmente, os governos dão pouca importância a isto e continuam a tratar a C-19 da mesma forma que outras doenças virais com uma patogênese totalmente diferente, outros grupos alvos suscetíveis, e causadas por vírus com uma taxa de mutação e infectividade muito diferente e que são amplamente combatidas com um tipo diferente de vacinas (por exemplo, vivas atenuadas) que nunca são usadas para vacinação em massa no meio de uma pandemia ou epidemia³. Além disso, o tratamento precoce dos sintomas de C-19 reduz o risco de doenças graves e hospitalização em 85%. Goste-se ou não de ouvir isto, como virologista com vasta experiência em imunologia, posso assegurar que na ausência de imunidade de rebanho, não se pode acabar com esta pandemia de C-19 sem “aguentá-la”.

O que você sugere inclusive já foi tentado. No Brasil, foi mais ou menos tentado. No entanto, a situação lá é dramática. Sua teoria não funcionou por lá. Portanto, não está claro para mim como você a veria de forma diferente em nosso país. Entretanto, a teoria não funcionou na prática, com todas as consequências que isso implica. Mesmo a pressão reduzida sobre os hospitais, que é um de seus argumentos a favor, tem sido absolutamente inexistente. Mesmo esse benefício não é detectável no Brasil.

Em relação à sua comparação no Brasil, remeto-a a uma resposta anterior. O raciocínio de que a aquisição de imunidade de rebanho implica que não se pode tomar nenhuma medida para evitar a hospitalização e a mortalidade é míope. Pessoas vulneráveis precisam

³Como ficou (vagamente) conhecido, a propósito, a administração de uma vacina contra o Ebola durante a pandemia de Ebola na África Ocidental (2014-2016) também foi altamente problemática: https://uplo ads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61f65c43db047c9050ffe014-Critical_analysis_Ebola_vaccine_trial_GVB.pdf

ser protegidas e tratadas; surtos de alta pressão infecciosa precisam ser combatidos (através de medidas direcionadas para prevenir a contaminação e habitação apropriada para evitar *superlotação*, por exemplo) e mais ênfase precisa ser dada a uma dieta e estilo de vida saudáveis para reduzir significativamente a fração vulnerável da população. **Esta pandemia crônica à qual nossa política irrefletida nos conduziu não pode levar à imunidade de rebanho e, portanto, com grande probabilidade, acabará acarretando mais hospitalizações e mortes do que se, como indicado acima, medidas fossem usadas para minimizar os danos de uma pandemia natural enquanto a imunidade de rebanho não fosse uma realidade.** Entretanto, quando essas medidas — especialmente o tratamento precoce — são ignoradas, não é surpreendente que os hospitais fiquem sobrecarregados. **E mesmo que uma variante mais leve como a Ômicron tire a pressão dos hospitais, mesmo assim as pessoas não parecem perceber que esta é a última chance de adquirir imunidade de rebanho a um preço responsável**⁴. Em vez disso, nosso governo está exigindo vacinas anti-Ômicron e assim impedirá o surgimento da imunidade de rebanho.

Sr. Vanden Bossche, não tenho nenhuma pergunta específica para você, porque, com todo respeito, não espero de você nenhuma resposta cientificamente válida às minhas perguntas. Minhas perguntas foram dirigidas ao Sr. Herry.

Igualmente, com todo o respeito, o preconceito nunca foi uma boa virtude.

Sophie Rohonyi (DéFI):

Sr. Presidente, como meus colegas, gostaria de agradecer aos nossos dois convidados por suas apresentações, embora note que o Sr. Herry ainda teve a honestidade e decência de apoiar suas observações com estudos científicos, ao contrário do Sr. Vanden Bossche, mas voltarei a esse assunto mais tarde.

Sabemos que outras vacinas também são necessárias para que uma criança possa, por exemplo, frequentar uma creche. Este é o caso das vacinas contra difteria, coqueluche, sarampo, caxumba ou rubéola. Há também vacinas que são “fortemente recomendadas”, como as contra pneumococo, meningococo C ou hepatite B.

Devo também voltar à questão das contraindicações, em relação à sua experiência com a vacinação contra a pólio, mas também para confrontá-lo com as declarações do Sr. Vanden Bossche, que insinuou que as contraindicações não seriam levadas em conta no caso da vacinação compulsória contra a covid-19.

Entretanto, é claro que tanto o Decreto Real de 26 de outubro de 1966 quanto a Lei de Saúde de 1º de setembro de 1945 prevêm expressamente isenções médicas; estas disposições estabelecem que “a existência de uma contraindicação deve ser atestada por um certificado

⁴desde que as medidas de acompanhamento, como o tratamento precoce multidroga e, idealmente, a profilaxia antiviral coletiva, estejam presentes

médico detalhado que mencione a duração provável da contraindicação e enviada ao inspetor sanitário da área”. Este último informará o prefeito da municipalidade da residência da criança. Você considera, à luz de sua prática como clínico geral, que este sistema está agora aperfeiçoado e que, conseqüentemente, pode ser reutilizado para vacinas contra a covid?

Observamos também que na França foram previstas contraindicações médicas em caso de reações alérgicas às primeiras doses da vacina ou em caso de miocardite associada à infecção da covid ou em caso de síndrome de extravasamento capilar. Estas contraindicações podem ser certificadas tanto por um clínico geral quanto por um especialista. Exceto que na França, esta lista de contraindicações médicas é muito mais ampla do que a existente na Bélgica onde, por enquanto, as únicas contraindicações aceitas são as reações alérgicas a um dos componentes desta vacina contra a covid. Você defende um sistema semelhante ao existente na França, que tem uma longa lista de contraindicações médicas aceitas que podem ser atestadas por um certificado médico?

As contraindicações mencionadas em meu argumento não envolvem fatores que poderiam promover efeitos colaterais da vacina, mas sim modos de administração que poderiam promover tanto a resistência do patógeno à vacina quanto a exacerbação da própria doença após a exposição ao patógeno. Curiosamente, tais contraindicações não são divulgadas para as vacinas.

Você declara sua posição — especificamente, a vacinação obrigatória e eu esperarei que você especifique a idade — com base nos hospitais que devem ser protegidos a todo custo contra novas sobrecargas de pacientes a serem tratados. Mas por que não direcionar esta vacinação obrigatória para aqueles mais vulneráveis à Covid, ou seja, os idosos ou aqueles com comorbidades?

Esta é a opinião defendida pelo especialista em doenças infecciosas Nathan Clumeck, e este é o sistema em vigor na Itália e na Grécia. Eu gostaria de saber seus sentimentos sobre esta opção mais direcionada.

Você também acha que a obrigação da vacinação deve ser temporária, ou seja, baseada na possível menor virulência do vírus, por exemplo quando está na base no barômetro, ou pelo desaparecimento do vírus? E quanto à área geográfica que seria coberta neste caso.

Sabemos também que a vacina não impede que o vírus infecte as pessoas, mas reduz drasticamente tanto a transmissão quanto as formas graves da doença. Portanto, você pode nos dizer mais sobre a proporção de pacientes infectados mesmo tendo sido vacinados? Você confirma que eles teriam ficado muito piores caso não tivessem sido vacinados?

A pergunta mostra uma total falta de compreensão das consequências da vacinação sintomática sobre a evolução do vírus. A vacinação em massa, ou mesmo a vacinação de um grupo inteiro de indivíduos vulneráveis, quando realizada durante uma pandemia, sempre levará à seleção natural, especialmente quando as atuais vacinas contra a C-19 são usadas contra variantes cuja proteína spike é muito diferente da proteína spike contra a qual a vacina foi devisada.

Você vê uma melhora significativa na imunidade de seus pacientes após a terceira dose? Você acha que a obrigação da vacinação deveria ser limitada a estas três doses ou seria mais como várias doses de reforço das vacinas atualmente licenciadas ou uma dose de reforço na véspera do inverno, semelhante ao que é feito para a gripe sazonal? Neste último caso, poderíamos imaginar que a vacina contra a covid e a vacina contra a gripe poderiam ser administrada simultaneamente, pelo menos para as pessoas mais frágeis para as quais esta vacina contra a gripe é necessária?

Tal vacinação de um grupo limitado da população (por exemplo, os vulneráveis) poderia potencialmente ser levada em consideração se essas vacinas fossem usadas FORA de uma pandemia. Entretanto, por enquanto, esse absolutamente não é o caso. A pandemia ainda está em pleno vapor. A administração simultânea também exigiria, naturalmente, estudos clínicos extensos, não apenas para demonstrar a *não inferioridade* da resposta imunológica a cada vacina, mas também para gerar dados de segurança suficientes.

Ainda a respeito do tipo de vacina utilizada, você considera que a vacinação compulsória pode ser executada hoje? Existe alguma diferença entre as vacinas de RNA mensageiro e outras, como Novavax? Ou esta vacinação compulsória deve utilizar as futuras vacinas que são adaptadas à Ômicron e que são esperadas em março ou abril?

Deixe-me abordar brevemente as perguntas que eu queria dirigir ao Sr. Vanden Bossche.

Primeiramente, você diz que nenhuma vacinação obrigatória é cientificamente justificável. Mas a Corte Européia de Direitos Humanos já decidiu várias vezes sobre isso e como tal reconheceu a legitimidade, a proporcionalidade e portanto a legalidade de uma vacinação obrigatória por razões de saúde pública muito claras. Como você responde a todas estas decisões?

Meu argumento é sobre a justificação científica. **Como cientista, é difícil imaginar que intervenções imunológicas que são cientificamente injustificáveis possam encontrar uma base legal.** Se este for o caso, então há claramente algo errado com a legislação relevante.

Em segundo lugar, você nos diz que as vacinas atuais não são capazes de controlar a pandemia. Só para esclarecer, acho que os responsáveis aqui nunca disseram que a vacina é uma panaceia. Pelo contrário, dizemos que ela deve ser vista como uma entre várias ferramentas. Isto pode ser visto na proporção de pessoas vacinadas em unidades de terapia intensiva, que deve ser analisada em relação à proporção de pessoas vacinadas na população em geral. Hoje, é mais ou menos 10%.

Hoje, podemos ver pelos estudos da Sciensano que o risco de acabar em terapia intensiva é muito menor quando as pessoas são vacinadas, quer estejam na faixa etária de 18 a 64 anos ou no grupo acima de 65 anos. Portanto, podemos considerar que o senhor questiona

totalmente a veracidade destes números apresentados semanalmente e ainda por cima pela Sciensano?

Já fiz uma declaração a respeito das estatísticas nas hospitalizações; como elas estão em constante evolução, não oferecendo absolutamente nenhuma base sólida para medidas de longo prazo e como a mentalidade de “instantâneos” representa um enorme risco de que a vacinação sintomática em massa acabe levando a variantes que são caracterizadas não apenas por alta infectividade, mas também por alta virulência. Estou pensando aqui em um aumento da virulência que não decorre necessariamente de uma mudança nas propriedades virais intrínsecas, mas, por exemplo, como resultado da ligação de anticorpos não neutralizantes ao vírus, um fenômeno que claramente constitui um risco de ADE (agravamento dependente de anticorpos da doença). Somente quando tal evolução do vírus ocorrer talvez percebamos que a estratégia míope de evitar hospitalizações por meio da vacinação em massa, independentemente de qualquer objetivo visando gerar imunidade de rebanho, estava errada, e que teria sido melhor recorrer ao tratamento precoce multidroga.

Em terceiro lugar, você sublinhou a falta de visão de longo prazo que temos hoje para todas essas vacinas no que diz respeito aos possíveis efeitos colaterais. Este é um argumento que surge muito regularmente entre aqueles que estão relutantes em tomar a vacina e que não devem ser categorizados como antivacinas, pelo menos não todos. Outro argumento que surge com frequência é que esta vacina ainda se encontra em fase experimental.

Não podemos considerar hoje que o surgimento recente dessas vacinas é compensada pelo enorme número de pessoas vacinadas — estamos agora em 52% da população mundial vacinada —, pela baixíssima proporção de efeitos colaterais sérios observados e pela transparência que é dada a eles? Este caráter recente não é compensado pelo número de vidas salvas graças à vacina, pelo fato de termos sido capazes de evitar o esgotamento mental dos médicos ou a sobrecarga dos hospitais?

O estudo da segurança de uma vacina deve ser feito durante as várias fases do desenvolvimento clínico, e não como um “experimento” com a população. Parece-me que você não está ciente da gravidade e da extensão dos efeitos colaterais relatados. E talvez também não esteja ciente da subnotificação. Na Bélgica, por exemplo, são relatados 15 vezes menos efeitos colaterais do que na Holanda para uma população que é apenas 1,5 vezes maior do que a da Bélgica (veja acima). Só posso ter esperança que as fontes acima relatando os vários efeitos relacionados à vacina contra a C-19 lhe façam refletir.

Você também disse que não estávamos sendo “honestos” o suficiente sobre os efeitos colaterais das vacinas. Você pode nos dizer sobre quais efeitos colaterais não fomos suficientemente “honestos”? Como eu disse, há um boletim semanal sobre este assunto que é muito claro e que vem da agência federal de medicamentos.

Veja acima. Talvez seja importante tirar um momento para olhar “além das fronteiras

nacionais” para VAERS, EudraVigilance e o banco de dados do DoD e comparar os efeitos colaterais relacionados à vacina de C-19 relatados ali, conforme documentado em 2021, com os efeitos colaterais similares nos anos anteriores.

Em quarto lugar, eu tive que reagir à sua tese segundo a qual seria melhor avançar para uma imunidade natural que seria adquirida por uma infecção com o vírus do que pela vacinação. Penso que seu argumento é extremamente perigoso porque encoraja a infecção voluntária. Na Alemanha, por exemplo, circulam conselhos nas redes sociais sobre como ser infectado com certeza, enquanto é impossível prever — mesmo que você seja jovem e saudável — a gravidade dos sintomas em caso de infecção por covid ou se você sofrerá de covid de longa duração.

A ideia de “infecção voluntária” só surgiu por causa da pressão exercida pelos governos sobre os jovens para serem vacinados ou apresentarem um certificado de recuperação da infecção. **Não devemos nos surpreender que tais medidas, cientificamente injustificáveis, levem ao pânico e à precipitação entre as pessoas não vacinadas que são cada vez mais pressionadas a serem vacinadas quando claramente não querem ser vacinadas.** Se você entendesse isso, então talvez não precisasse me acusar de incitar a infecção voluntária.

Acho que seu discurso é muito perigoso, até mesmo criminoso. É o que eu gostaria de dizer. Ao fazer isso, você encoraja as pessoas a assumir o risco de saturar nossos hospitais, com as consequências que isso também implica para os pacientes não Covid que vêem seu tratamento e terapias adiados, às vezes com consequências fatais.

Sua alegação arrogante constitui um ataque direto *ad hominem* e é nada menos que uma tentativa de assassinato de caráter. Tais declarações de pessoas com um mandato político ameaçam a sociedade e rapidamente dão origem a uma espiral de discriminação e segregação degradantes que alguns países infelizmente já estão testemunhando. E isso enquanto seu conhecimento da pandemia não vai além do gato do meu vizinho. Aparentemente, você parece nem mesmo perceber que está grampeando seu cartão de visita inseparavelmente à primeira página da minuta desta audiência.

Finalmente, ainda em relação à sua teoria, gostaria também de lembrá-lo que há pessoas que foram infectadas pelo vírus várias vezes sem nunca terem chegado perto da vacina. Isto mostra que a imunidade adquirida por uma infecção, sem a vacinação, é temporária.

Você claramente não entende que cada vez nestes casos, a pessoa saudável em questão foi protegida da doença precisamente graças à imunidade natural. O mesmo não pode ser dito das vacinas. **Por que você coloca a barreira o mais baixa possível para a vacinação (proteção contra forma grave da doença) enquanto a coloca o mais alta possível**

para a imunidade natural (proteção contra infecção)?

Em outras palavras, segundo a sua estratégia, seria de nosso interesse manter o vírus conosco, pois teríamos que ser reinfectados assim que a imunidade adquirida através da contaminação não fosse mais suficiente. Eu queria ter sua resposta a isso, especialmente porque, como ouvimos, alguns especialistas, como o epidemiologista Pascal Crépey, nos lembraram que quanto maior a circulação do vírus, mais oportunidades você dá a esse vírus para encontrar soluções para um problema como a vacinação ou a imunidade natural.

Você realmente pensou então que iríamos erradicar este vírus? Isto suporia então que as vacinas tivessem imunidade esterilizante, que não houvesse portadores assintomáticos na população e que também não houvesse populações animais que abrigam o vírus. Nenhuma destas condições foi preenchida. Pelo contrário, a vacinação em massa durante a pandemia só leva à circulação dominante de variantes cada vez mais infecciosas com Ômicron sendo a cereja do bolo. Exatamente isso leva circulação do vírus cada vez maior e de fato — como afirma P. Crépey — isso aumenta as chances da seleção natural de variantes do SC-2 capazes de superar a imensa pressão imune exercida pela população. **Eu defendo exatamente o oposto, ou seja, reduzir drasticamente a pressão infecciosa e o risco de transmissão através da imunidade de rebanho.** Mesmo que uma redução drástica da pressão de infecção leve ao desaparecimento gradual de anticorpos naturalmente adquiridos, existe uma “memória imunológica” que permite a um indivíduo previamente recuperado reativar a imunidade natural muito rapidamente. E assim, a população também retoma rapidamente o controle do “surto”. Tais surtos sempre podem ocorrer (por exemplo, sazonalmente) durante a fase endêmica. **Entretanto, dada a má condução desta pandemia, por enquanto podemos somente sonhar com tal fase endêmica. . .**

Eu vos agradeço.