

Ao público brasileiro.

*"Nossa vida começa a acabar no dia em que nos calamos sobre coisas importantes." - Martin Luther King*

São Paulo, 3 de fevereiro de 2024

Prezados Cidadãos,

Venho, por meio deste texto, tecer questionamentos acerca das declarações dos prezados Professores Dr. [Amilcar Tanuri](#) (virologista), Dr. [Orlando da Costa Ferreira Junior](#) (imunologista), também do Laboratório de Virologia Molecular da UFRJ, e do Dr. [Jackson Cioni Bittencourt](#), do Instituto de Ciências Biomédicas (ICB) da Universidade de São Paulo (USP) em artigo publicado no Estadão Verifica<sup>1</sup> assinado por Bernardo Costa, publicado em 26/01/2024 às 10h24. Conheço estes pesquisadores e tenho profunda estima pelo trabalho excelente que eles têm desenvolvido por décadas de empenho à pesquisa, educação e ciência brasileira. No entanto discordo de vários dos posicionamentos e respeitosamente, na medida do possível, apresento aqui razões para isto. Isto é importante, porque o Ministério da Saúde do Brasil incluiu as vacinas genéticas de RNA mensageiro (mRNA) para COVID no Programa Nacional de Imunização, em uma decisão contrária à de quase todos os países do mundo e em desacordo com as recomendações das organizações de saúde. Entendo que esta é uma medida descabida, que vai desacreditar o PNI em geral, o que seria desastroso.

Apresentarei os trechos da matéria do checador de fatos seguidas das respostas. Isto ajuda a dar ao texto o aspecto de um debate que pretende ser informativo e prolongado pelo bem dos que, por meio de seus impostos, nos sustentam como professores e pesquisadores.

*Estadão: "A proteína spike e as nanopartículas lipídicas são injetadas no organismo de forma controlada, em baixas quantidades e com permanência transitória, sendo, assim, incapazes de gerar doenças no organismo."*

Resposta: Esperava-se que a injeção sendo aplicada corretamente com aspiração deveria confinar a suspensão vacinal ao músculo deltoide no sítio de inoculação. No entanto estudos publicados em jornais indexados contradizem a noção de controle no processo. Polykretis e colegas<sup>2</sup> pesquisaram as reações inflamatórias autoimunes desencadeadas pelas vacinas genéticas contra a COVID-19 em tecidos terminalmente diferenciados e concluíram que o estudo "tem o objetivo de chamar a atenção das comunidades científica e regulatória para a necessidade crítica de estudos de biodistribuição para as vacinas genéticas contra a COVID-19, bem como para avaliações racionais de danos e benefícios por faixa etária." Infelizmente esta

---

<sup>1</sup> <https://www.estadao.com.br/estadao-verifica/medicos-japoneses-vacinas-covid-doencas-enganoso/>

<sup>2</sup> <https://doi.org/10.1080/08916934.2023.2259123>

mensagem não atingiu os cientistas entrevistados pelos checadores de fatos ou os gestores do Ministério da Saúde

Cabe considerar que numa infecção aguda natural por SARS-CoV-2, o tempo para a eliminação do vírus no soro em uma coorte de 121 adultos virêmicos hospitalizados por COVID-19 foi investigado<sup>3</sup>. O tempo médio para a eliminação do vírus no soro foi de 7 dias após a admissão, o que corresponde a 15 dias após o início dos sintomas. Portanto isto implica em um período médio de 22 dias de exposição do organismo humano à proteína Spike. No entanto, 30% dos infectados podem apresentar persistência do domínio S1 da Spike até 15 meses após a fase aguda, na ausência de genomas virais detectáveis (somente de fragmentos), indicando que alguns monócitos podem continuar a apresentar S1 em pacientes severos ( $p=0.004$ ) e sequelados pós infecção aguda ( $p=0.02$ )<sup>4</sup>.

Aram e colegas<sup>5</sup> detectaram vacina no miocárdio em um subconjunto de pacientes injetados dentro de 30 dias após a morte. Os ventrículos cardíacos nos quais a vacina foi detectada tinham lesão cicatrizante e tinham mais macrófagos miocárdicos do que os ventrículos cardíacos nos quais a vacina não foi detectada. Esses resultados sugerem que as vacinas de mRNA do SARS-CoV-2 persistem rotineiramente até 30 dias após a vacinação e podem ser detectadas no coração.

Neste sentido, foi feita por Brogna e colegas<sup>6</sup> a detecção da proteína Spike recombinante no sangue de indivíduos injetados por produtos contra o Sars-CoV-2. O fragmento específico da Spike foi encontrado em 50% das amostras biológicas analisadas, e sua presença foi independente do título de anticorpos IgG contra o SARS-CoV-2. O método proteômico usado permitiu avaliar a meia-vida da molécula de proteína Spike e que deveria, segundo os autores, conduzir a uma consideração crítica dos riscos ou benefícios de continuar a administrar doses de reforço adicionais da vacina de mRNA do SARS-CoV-2. Essa abordagem foi um apoio valioso para complementar o monitoramento do nível de anticorpos e representa a primeira detecção proteômica de Spike recombinante em indivíduos vacinados. O tempo mínimo e máximo em que a Spike foi detectada após a vacinação foi de 69 e 187 dias, respectivamente. Portanto o tempo mínimo detectado é no máximo 3 vezes maior em média do esperado em uma fase aguda da infecção viral natural. É muito preocupante a presença da Spike por tanto tempo independente do título de Ab detectado. Estes achados talvez questionem a eficácia da Spike como imunógeno.

Por sua vez, Fraiman e colegas<sup>7</sup> usaram a lista da Brighton Collaboration para avaliar eventos adversos graves de interesse especial (AESIs) observados em ensaios de vacinas de mRNA contra a COVID-19. Eles observaram que os dados da Pfizer apresentaram um risco 36% maior

---

<sup>3</sup> <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2021.115595>

<sup>4</sup> [10.3389/fimmu.2021.746021](https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.746021)

<sup>5</sup> <https://doi.org/10.1038/s41541-023-00742-7>

<sup>6</sup> [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/prca.202300048?fbclid=IwAR1pPUdKu08ug520ni8xA-1CSlkdgHFd37CWQew1YUi0DtZWE36yp71h7\\_A](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/prca.202300048?fbclid=IwAR1pPUdKu08ug520ni8xA-1CSlkdgHFd37CWQew1YUi0DtZWE36yp71h7_A)

<sup>7</sup> <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.08.036>

de eventos adversos graves no grupo da vacina; diferença de risco 18,0 por 10.000 vacinados (IC 95% 1,2 a 34,9); razão de risco 1,36 (IC 95% 1,02 a 1,83). O estudo da Moderna apresentou um risco 6% maior de eventos adversos graves no grupo da vacina: diferença de risco 7,1 por 10.000 (IC 95% -23,2 a 37,4); razão de risco 1,06 (IC 95% 0,84 a 1,33).

Constataram que os estudos da Pfizer e da Moderna, o maior excesso de risco ocorreu entre a categoria Brighton de distúrbios de coagulação. Isto justifica o fato de que os distúrbios cardíacos têm sido uma preocupação central para as vacinas de mRNA. No estudo da Pfizer, mais AESIs cardiovasculares ocorreram no grupo da vacina do que no grupo do placebo, mas no estudo da Moderna os grupos diferiram em apenas 1 caso. Assim como no estudo de Chua e colegas, eles também concluíram que o risco excessivo de eventos adversos graves encontrado aponta para a necessidade de análises formais de danos e benefícios, particularmente aquelas que são estratificadas de acordo com o risco de resultados graves da COVID-19. Infelizmente estes achados importantes aparentemente também não atingiram os cientistas entrevistados pelo Estadão Verifica e/ou os gestores do Ministério da Saúde, que desconsideraram riscos estimados de forma independente.

No entanto outros estudos mostraram o mecanismo inflamatório e, portanto, a patogenia da proteína Spike. Khan e colegas<sup>8</sup> investigaram as funções inflamatórias diretas das principais proteínas estruturais do SARS-CoV-2. Os pesquisadores estimularam macrófagos derivados de células monocíticas humanas THP1 com proteínas S1, S2, M, N e E recombinantes. Observaram que as proteínas S1 e S2 induziram citocinas pró-inflamatórias IL6, TNFA e IL1B, sendo a S2 mais potente, conforme medido por RT-PCR em tempo real e ELISA. É muito importante frisar que não foi observada resposta inflamatória induzida pelas proteínas da membrana (M), do envelope (E) e do nucleocapsídeo (N). No entanto, demonstraram que proteína S desencadeia a inflamação por meio da ativação da via NF-κB de maneira dependente de MyD88. Além disso, essa ativação da via NF-κB foi anulada em macrófagos deficientes em Tlr2. De forma consistente, a administração de IL-6, TNF-α e IL-1β induzida pela proteína S em camundongos do tipo selvagem, mas não em camundongos com deficiência de Tlr2. Notavelmente, após o reconhecimento da proteína S, o TLR2 se dimeriza com o TLR1 ou TLR6 para ativar a via do NF-κB. Em conjunto, esses dados revelaram um mecanismo para a tempestade de citocinas durante a infecção por SARS-CoV-2 e, como subproduto benéfico, sugerem que o TLR2 pode ser um possível alvo terapêutico para a COVID-19.

O mais importante deste estudo é que ele demonstra a deficiência central, conceitual das vacinas baseadas em Spike, que é a não utilização de peptídeos não patogênicos derivados de outras proteínas estruturais imunogênicas ou somente de multímeros de RBD ou fragmentos como o Loop 2<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> <https://doi.org/10.7554/eLife.68563>

<sup>9</sup> <https://doi.org/10.5281/zenodo.10387168>

Ademais Robles e colegas<sup>10</sup> demonstraram que proteína Spike do SARS-CoV-2 induz a inflamação endotelial por meio da sinalização da integrina  $\alpha 5\beta 1$  e do NF- $\kappa$ B embasando o entendimento da relação causal entre a Spike e as complicações circulatórias severas e potencialmente letais, como vasculites e trombos aglutinados pela Spike.

Outro aspecto aparentemente completamente desconsiderado pelos cientistas entrevistados foram os estudos de casos fatais pós-vacinais, já publicados. Schwab e colegas<sup>11</sup> relataram os achados de autópsias de 25 pessoas que morreram inesperadamente e dentro de 20 dias após a vacinação anti-SARS-CoV-2. As autópsias indicaram morte devido à insuficiência cardíaca arritmogênica aguda. Estes estudos indicam que a miocardite pode ser uma complicação potencialmente letal após a vacinação anti-SARS-CoV-2 baseada em mRNA. Os autores sugerem que os achados podem ajudar a diagnosticar adequadamente casos pouco claros após a vacinação e a estabelecer um diagnóstico oportuno *in vivo*, fornecendo, assim, a estrutura para o monitoramento adequado e o tratamento precoce de casos clínicos graves.

Trabalhos de imuno-histo e -cito química conduzidos por Baumeier e colegas<sup>12</sup> com material de biópsia pós-vacinal, mostram a Spike concentrada em células do endoteliais, mas espalhando-se em regiões vicinais, ao redor do endotélio em vários tecidos. A indicação de que se trata de uma consequência da vacina é a ausência de reação com anticorpos anti-N (nucleoproteína), que incriminariam o vírus, exceção feita às vacinas inativadas que expõem o conteúdo do vírion durante sua preparação, o que não foi o caso desses pacientes. Curiosamente, a vacina de vírus inativados, sempre a primeira opção para viroses emergentes, foi substituída rapidamente pelas plataformas vacinais baseadas em mRNA e adenovírus símios, todas expressando somente a proteína Spike, cardiopática, neuropática e inflamogênica.

Ademais um estudo importante de Schmeling e colegas na Dinamarca<sup>13</sup> demonstrou um fato adicional extremamente preocupante e sério. Os eventos adversos vacinais têm severidade devido ao lote vacinal e não com as condições fisiológicas dos pacientes.

Portanto as alegações de que as plataformas vacinais para COVID-19 são inofensivas e minimamente consequentes não tem fundamento científico. Apesar de tudo que foi aqui relatado, cabe verificar a lista, obtida da Pfizer (via FOI 3727 do governo da Austrália), de mais de um milhar de patologias associadas às vacinas<sup>14</sup>, por exemplo.

---

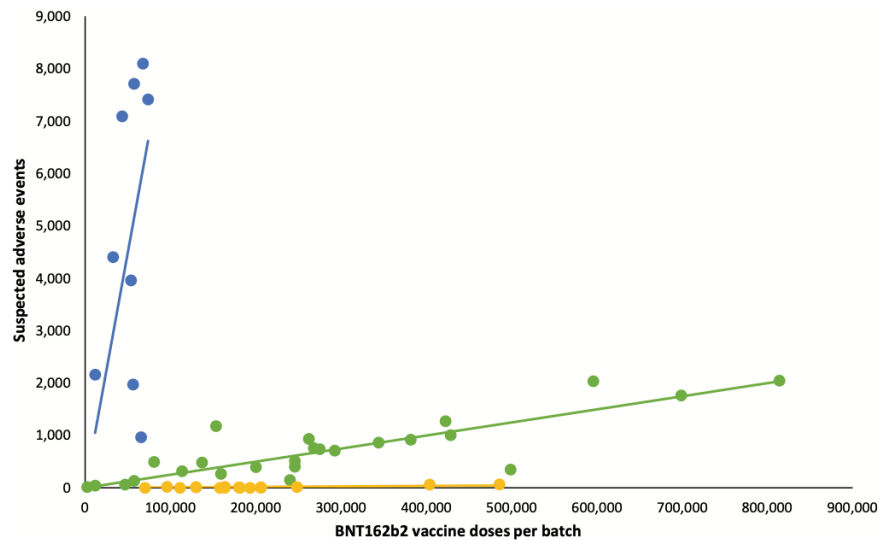
<sup>10</sup> <https://doi.org/10.1016/j.jbc.2022.101695>

<sup>11</sup> <https://doi.org/10.1007/s00392-022-02129-5>

<sup>12</sup> <https://doi.org/10.3390/ijms23136940>

<sup>13</sup> <https://doi.org/10.1111/eci.13998>

<sup>14</sup> <https://www.tga.gov.au/sites/default/files/2022-08/foi-3727-01.pdf>



**Figura 1.** Trabalho feito na Dinamarca por Schmeling *et al.* (2023) mostrando a variação lote-dependente de casos suspeitos de serem eventos adversos (suspected adverse events - SAE). Segundo depoimento do Dr. Peter McCullough, acerca deste estudo, apresentado no Senado dos EUA e no Parlamento Europeu, 30% dos vacinados (amarelo - lotes de baixo risco) incluídos no estudo não apresentam, qualquer reação adversa e 70% têm efeitos moderados (verde - lotes de risco moderado). No entanto, 4.2% dos vacinados (azul - lotes de alto risco) tiveram uma frequência elevadíssima de efeitos adversos: miocardite, parada cardíaca, coágulos no sangue, derrame cerebral hemorrágico, incapacitação, morte súbita em casa durante o sono etc. Os dados da Dinamarca são parecidos com os obtidos nos USA porém, nos EUA o grupo de alta frequência foi de 7.7% (10 milhões de americanos vacinados).

Ademais, além do aumento alarmante de notificações no Sistema de Notificação de Eventos Adversos de Vacinas (VAERS)<sup>15</sup> após o lançamento das injeções em massa (ver comentários e estudos com os dados do VAERS abaixo, neste texto), todas as alegações aqui apresentadas pelos pesquisadores entrevistados, que minimizam o impacto negativo de plataformas vacinais em uso para COVID, deveriam ser confrontadas com a coleção de relatos de casos e estudos revisados por pares que citam efeitos adversos após a vacinação contra a COVID, disponibilizada no Diretório de Publicações Científicas<sup>16</sup> do React 19. O React 19 informa que pesquisar os eventos adversos das vacinas contra a Covid pode ser intimidante, em parte devido a uma ampla miríade de fatores. Em primeiro lugar, as informações são incrivelmente difíceis de encontrar. Portanto, no Diretório de Publicações Científicas, foi disponibilizada uma lista cada vez maior de estudos revisados por pares específicos sobre os eventos adversos da vacina contra a Covid. A lista disponibilizada é selecionada e mantida por uma equipe dedicada de PhDs e profissionais médicos lesionados pelas vacinas.

<sup>15</sup> <https://vaers.hhs.gov/>

<sup>16</sup> <https://react19.org/science>

Cabe incluir que análises de correlação entre excesso de mortalidade a administração das plataformas vacinais em uso para COVID-19<sup>17</sup>, tem sido desconsiderada. Independentemente de serem confirmadas reiteradamente de forma independente, deveriam ao menos suscitar uma posição mais cautelosa e crítica por parte da comunidade científica genuinamente a serviço da população.

*Estadão: “Sobre a substância IgG4, os médicos consultados nesta checagem afirmam que não há um estudo sério que comprove que ela é produzida pela vacina, causando danos à saúde.”*

Resposta: É preocupante constatar que alguns dos entrevistados aparentemente estava desinformados acerca do papel incapacitante do IgG4 como resposta imune às vacinas da COVID-19. Sheehan e colegas<sup>18</sup> estudaram a dinâmica das respostas de anticorpos sérico-neutralizantes em vacinados por meio de várias doses da vacina BNT162b2.

Os autores relatam que, embora tenham sido detectadas fortes respostas de neutralização em soros de vacinas de duas e três doses, essas respostas caíram rapidamente para níveis pré-ímmunes em quatro e seis meses, respectivamente. Embora os reforços tenham aumentado a reatividade sérica de anticorpos (Ab) IgG e as respostas de anticorpos neutralizantes (nAb) contra cepas variantes, todas as variantes testadas mostraram resistência aos soros imunes de duas e três doses.

Os dados refletem a baixa durabilidade das respostas nAb induzidas pela vacina, que são um forte indicador de proteção contra a infecção sintomática pelo SARS-CoV-2. Eles concluem que: ***A indução de respostas humorais ativadas por IgG4 pode permitir a persistência viral prolongada por meio da regulação negativa das funções efetoras mediadas por Fc.*** Evidência do papel do decorrente enfraquecimento da resposta imune antiviral deveria ser extremamente preocupante para os entrevistados e os gestores de saúde pública no Brasil, pois implica no uso de uma ***vacina que não gera imunidade duradoura e não impede transmissão de forma eficiente e que também causa tolerância às infecções virais.***

*Estadão: “De forma mais abrangente, afirmam que não há relação de causa-efeito comprovada entre a vacina e qualquer doença.”*

Resposta: Certamente isto não é o que Chua e colegas observaram em Hong Kong em um artigo<sup>19</sup> onde concluíram: ***“Há um aumento significativo no risco de miocardite/pericardite aguda após a vacinação com a Comirnaty entre adolescentes chineses do sexo masculino, especialmente após a segunda dose.”*** Ademais, cabe revisitar as repostas ao longo deste texto que refutam esta premissa irresponsável e desinformada, apresentada neste texto do Estadão Verifica.

---

<sup>17</sup> <https://correlation-canada.org/research/>

<sup>18</sup> <https://www.mdpi.com/2076-393X/11/11/1720>

<sup>19</sup> <https://doi.org/10.1093/cid/ciab989>

Nakahara e colegas, publicaram recentemente um grande estudo de tomografia por emissão de pósitrons (PET) cardíaca de pacientes vacinados em sua segunda dose em comparação com os não vacinados. Numa revisão do trabalho<sup>20</sup>, o Dr. Peter A. McCullough, informa que eles descobriram que: "Em um estudo retrospectivo de 700 pacientes vacinados contra SARS-CoV-2 e 303 não vacinados que foram submetidos a PET/CT para outras indicações que não miocardite, os pacientes que receberam sua segunda vacina 1-180 dias antes da obtenção de imagens mostraram maior captação miocárdica de 18Fluorina-fluorodeoxiglicose (18F-FDG) (mediana do intervalo SUVmax, 4.6-5.1 [IQRs: 2.9-8.6]) do que os pacientes não vacinados (SUVmax mediano, 3.3 [IQR: 2.5-6.2]; intervalo de P, <.001 - .001)." Ao contrário da crença pessoal dos entrevistados e do entrevistador leigo, **estes achados, demonstram uma significativa alteração metabólica associada a lesão cardíaca causalmente relacionado com vacinação.**

No entanto cabe colocar aqui achados mais abrangentes e recentes de Rose e colegas<sup>21</sup>. Após o lançamento das injeções Pfizer-BioNTech BNT162b2, Moderna mRNA-1273, e Janssen Ad26.COVS.2 coronavirus disease 2019 (COVID-19) nos Estados Unidos, milhões de pessoas relataram eventos adversos (EAs) usando o Sistema de Relatos de Eventos Adversos de Vacinas (VAERS). O objetivo desta análise foi descrever os dados sobre miocardite no VAERS e as vacinas contra a COVID-19 como possíveis determinantes da miocardite.

Os autores usaram os dados do VAERS para examinar a frequência de relatos de miocardite desde o início da campanha de vacinação em massa e comparamos isso com os valores históricos nos dados de administração de vacinas VAERS e COVID-19 do banco de dados Our World in Data. Examinaram os relatos de miocardite no VAERS no contexto de sexo, idade e dose. A análise estatística foi feita usando o teste t de Student para determinar diferenças estatisticamente significativa entre as idades dos eventos adversos (EAs) de miocardite e o teste do Chi-quadrado para determinar as relações entre variáveis categóricas com significância estatística.

Os autores descobriram que o número de relatos de miocardite no VAERS após a vacinação contra a COVID-19 em 2021 foi 223 vezes maior do que a média de todas as vacinas combinadas nos últimos 30 anos. Isso representou um aumento de 2500% no número absoluto de notificações no primeiro ano da campanha ao comparar os valores históricos anteriores a 2021. Os dados demográficos revelaram que a miocardite ocorreu mais em jovens (50%) e homens (69%). Um total de 76% dos casos resultou em atendimento de emergência e hospitalização. Do total de relatos de miocardite, 92 indivíduos morreram (3%). A miocardite foi mais provável após a dose 2 ( $p < 0,00001$ ) e indivíduos com menos de 30 anos de idade foram mais propensos do que indivíduos com mais de 30 anos de idade ( $p < 0,00001$ ).

---

<sup>20</sup> [https://petermcculloughmd.substack.com/p/myocardial-metabolism-changed-in?utm\\_source=%2Fsearch%2Fnakahara&utm\\_medium=reader2&fbclid=IwAR3DXcY5BRCZ9OzEs4YQ99C1i2oMhXkVRyYjX8HpTFAtI2QCyQAc7YcWqAs](https://petermcculloughmd.substack.com/p/myocardial-metabolism-changed-in?utm_source=%2Fsearch%2Fnakahara&utm_medium=reader2&fbclid=IwAR3DXcY5BRCZ9OzEs4YQ99C1i2oMhXkVRyYjX8HpTFAtI2QCyQAc7YcWqAs)

<sup>21</sup> <https://doi.org/10.1177/20420986241226566>

Seria importante adicionar que um estudo do Hu e colegas<sup>22</sup>, que avaliou a segurança das vacinas monovalentes BNT162b2 (Pfizer-BioNTech), mRNA-1273 (Moderna) e NVX-CoV2373 (Novavax) contra a COVID-19 em crianças americanas de 6 meses a 17 anos de idade. O estudo incluiu 4.102.016 inscritos com idades entre 6 meses e 17 anos. Treze dos 15 resultados testados sequencialmente não atingiram o limite para um sinal estatístico. Na análise primária, sinais de miocardite ou pericardite foram detectados após a vacina BNT162b2 em crianças de 12 a 17 anos de idade e sinais de convulsões/aprisionamentos foram detectados após a vacinação com BNT162b2 e mRNA-1273 em crianças de 2 a 4/5 anos de idade.

No entanto, em uma análise de sensibilidade *post-hoc*, o sinal de convulsões/apoplexia foi sensível à seleção das taxas de background e não foi observado quando as taxas de background de 2022 foram selecionadas em vez das taxas de 2020. Em conclusão, o estudo descobriu que a vacinação contra a COVID-19 está fortemente associada a um sinal de segurança adverso grave de miocardite, particularmente em crianças e adultos jovens, resultando em hospitalização e morte.

Os autores declararam que é imperativa uma investigação mais aprofundada sobre os mecanismos subjacentes da miocardite induzida pela vacina contra a COVID-19, e que é imperativa para criar estratégias de mitigação eficazes e garantir a segurança dos programas de vacinação contra a COVID-19 em todas as populações. É, portanto, escandalosa a posição do Estadão Verifica e lastimável o endosso que foi refutado por ciência. Este estudo em particular é um preprint do medRxiv, e, portanto, no estágio aqui apresentado, não foi avaliado por pares. No entanto, dado o tamanho da população investigada e a implicação de não se levar a sério os achados indicando perigo, é irresponsável desprezá-los em qualquer avaliação séria de risco.

*Estadão: “Eles consideram, ainda, ser problemática qualquer análise com base em artigos pesquisados no PubMed, por constar, ali, artigos de toda sorte, inclusive aqueles sem qualidade científica atestada. Em 2023, por exemplo, houve recorde de retirada de artigos publicados em revistas científicas, por erro ou fraude: mais de 10 mil, segundo lista da prestigiada revista Nature.”*

Resposta: Quase todas as respostas dadas aqui são derivadas artigos revisados por pares e publicados em jornais indexados. Ao invés de tentar desprezar a produção científica mundial, sugiro a estes professores que escolham publicações para embasar suas colocações, para evitar um discurso, baseado em crenças pessoais, potencialmente obscurantista e danoso. O dano advém da irresponsabilidade ética de minimizar risco em face de perigos impropriamente determinados, mas claramente demonstrados pelos trabalhos científicos sérios.

---

<sup>22</sup> <https://doi.org/10.1101/2023.10.13.23296903>



*Estadão: “É difícil você compilar dados ali porque tem artigos de todas as qualidades. Mais de 10 mil artigos científicos publicados na pandemia foram retirados de várias revistas científicas por erro ou fraude. Os dados eram feitos muito rápidos, sem crítica nenhuma. Não dá para querer falar mal da vacina a partir de literatura retirada do PubMed”, diz Tanuri*

A sugestão dada na questão anterior se aplica ao prezado Prof. Tanuri, que sugere acreditar que buscar, selecionar e estudar trabalhos do PubMed é em si algo danoso. Qualquer revisão sistemática bem-feita implica em excluir trabalhos de baixa qualidade ou procedência questionável. Encorajo o distinto Professor a não debasear ou desacreditar o PubMed, o que não é no melhor interesse da verdadeira ciência, sendo, no entanto, de interesse para uso dos que querem fazer propaganda enquanto calam o discurso e debate científico honesto e necessário. Espero, portanto, que o STF em sua ávida atividade de normatizar acesso a informação, não se baseie em crença pessoal e não proíba o acesso ao PubMed.

*Estadão: “Bittencourt também citou a [retirada de vários artigos](#) pré-prints, não revisados por pares, das publicações científicas. “Isso porque outros pesquisadores fizeram a mesma coisa e não encontraram os mesmos resultados. Por isso que alguns pesquisadores sérios, durante a pandemia, conversavam mais através de plataformas confiáveis e fechadas, trocando os dados, do que através de publicações. Isso aconteceu muito”, acrescentou Bittencourt.”*

Resposta: Seria gratificante se o Prof. Bittencourt verificasse os conflitos de interesse embutidos no texto aqui citado do IQC, comandado por uma assessora da Janssen Farmacêutica. O IQC não tem autoridade acadêmica para se posicionar de forma consequente e honesta nesta questão. O argumento de que um estudo deva ser cancelado porque alguém obteve outros resultados é complicado pelo fato de que achados paradoxais exigem mais estudo não a exclusão de hipóteses potencialmente desfavoráveis a determinadas narrativas de interesse. É evidente no artigo do Estadão Verifica, e que escapa a todos entrevistados, que **é básico em avaliação de risco o entendimento de que uma vez que o perigo não é conhecido o risco é máximo**. Isto é de bom senso e esperado no lido ético com a vida alheia.

*Estadão: “A proteína spike [é um fragmento do vírus SARS-CoV-2](#), causador da covid-19, [por meio da qual o vírus entra nas células humanas](#). Já as [nanopartículas formadas por lipídios](#) são utilizadas para inserir nas células do organismo as substâncias envelopadas por elas. Segundo Orlando Ferreira, elas também produzem uma ação inflamatória que estimula o sistema imunológico a reagir.”*

Resposta: Apresentar a Spike como um fragmento do vírus denota despreparo no lido com aspectos básicos do assunto sendo tratado, o que tem sido a norma de um jornalismo que se sentiu capacitado para substituir a ciência por crença e interesse escuso.

O papel inflamatório e cardiopático da Spike foi apresentado acima. No entanto, adicionalmente, Hulsher e colegas<sup>23</sup> relatam em uma revisão sistemática, que as vacinas contra

---

<sup>23</sup> ESC Heart Failure (2024) DOI: 10.1002/ehf2.14680

a COVID-19 têm sido associadas à miocardite, que, em algumas circunstâncias, pode ser fatal. Para tal investigaram possíveis vínculos causais entre as vacinas contra a COVID-19 e a morte por miocardite usando análise *post mortem*.

Eles coletaram todos os relatórios de autópsia publicados envolvendo miocardite induzida por vacinação contra a COVID-19 até 3 de julho de 2023. Para tal, todos os estudos de autópsia que incluíram a miocardite induzida pela vacina contra a COVID-19 como uma possível causa de morte foram incluídos. A causalidade em cada caso foi avaliada por três médicos independentes com experiência e conhecimento em patologia cardíaca. Identificaram inicialmente 1.691 estudos e, após a triagem seguindo critérios de inclusão, incluíram 14 artigos que continham 28 casos de autópsia.

Observaram que o sistema cardiovascular foi o único sistema de órgãos afetado em 26 casos. Em dois casos, a miocardite foi caracterizada como uma consequência de uma síndrome inflamatória multissistêmica. A idade média da morte foi de 44,4 anos. A média e a mediana do número médio de dias desde a última vacinação contra a COVID-19 até a morte foi de 6,2 e 3 dias, respectivamente.

Os autores estabeleceram que todas as 28 mortes provavelmente estavam ligadas à vacinação contra a COVID-19 por meio de uma revisão independente das informações clínicas apresentadas em cada artigo. Estes dados infelizmente não foram considerados pelo Prof. Orlando Ferreira, que acredito teria tido uma posição crítica mais informada, se de posse deles, assim como os outros cientistas entrevistados.

*Estadão: “Na conferência do dia 11, os médicos japoneses afirmaram que milhares de artigos compilados no PubMed relataram efeitos colaterais após a vacinação que afetam todos os órgãos, “variando desde a oftalmologia até a medicina interna geral, incluindo o coração e a saúde mental”. Nos 3.071 artigos científicos com efeitos colaterais da vacina que disseram ter coletado em pesquisa no site, os japoneses relataram a ocorrência de doenças como “as do coração, rins, tireoide, diabetes, fígado, pele, olhos, sangue e enfermidades neurais, sistêmicas, cerebrais e pulmonares, cobrindo todas as categorias médicas possíveis”*

Resposta: Apesar do que foi aqui apresentado, não é necessário ir além da lista de efeitos adversos apresentados nos documentos da Pfizer para comprovar estes fatos. No entanto o Estadão Verifica é irresponsável pois tenta *jogar* 3.071 artigos científicos no lixo sem ter ao menos feito uma verificação detalhada e cuidadosa do material (do que seria incapaz). Dado o papel mundialmente reconhecido destes grupos de checadores de fatos como acessórios de propaganda, não cabe aqui dar-lhes maior atenção. É infeliz notar este esforço de se escamotear sob a reputação de cientistas meritosos, no entanto.

*Estadão: “Ainda na conferência, disseram que o mecanismo por meio do qual esses supostos efeitos colaterais acontecem são conhecidos. Segundo a declaração de um dos médicos, a*

---

vacina de mRNA – [que rendeu o Prêmio Nobel de Medicina a seus criadores](#) – injeta duas substâncias tóxicas no organismo: a **proteína spike** e as **nanopartículas lipídicas**. “Quando você administra um gene tóxico em alguém, as consequências são muito claras”, diz o médico japonês.”

Resposta: O prêmio Nobel foi dado pelo estudo das modificações pós-transcricionais do mRNA e não pela vacina de mRNA. O uso deste Nobel para tentar apresentar os achados de Drew Weissman e Katalin Karikó como sendo “por suas descobertas sobre modificações de bases de nucleosídeos que permitiram o desenvolvimento de vacinas eficazes de mRNA contra a COVID-19” é no mínimo uma tentativa de pedalar, glorificar e justificar o uso de plataformas vacinais com sérios problemas conceituais e práticos, incluindo o abuso do uso do achado dos laureados. Portanto, esta colocação pode ser entendida como propaganda enganosa.

Estes checadores de fato não fazem a lição de casa e não sabem que as modificações pós-transcricionais são muito infrequentes e facilitam a formação de agregados macromoleculares funcionais, enquanto os mRNAs com todas as uracilas trocadas por N1-metilpseudouridina constituem uma bizarrice e tornam-se de difícil degradação pela célula, possibilitando sua detecção meses após a inoculação além de induzir a erros na tradução de consequências desconhecidas. Portanto eles demonstram um caso de ignorância inconsequente associada a propaganda enganosa, no mínimo dolosa.

*Estadão: “A vacina da Pfizer tem 30 microgramas de RNA, que nas suas células vão gerar uma quantidade da **proteína spike**. Essa questão da própria proteína ser tóxica a gente tem que pensar que é uma expressão transitória, não é pra sempre. Essa proteína tem uma vida média no seu corpo e ela vai ser destruída”, diz Tanuri, que prossegue: “A quantidade de proteína spike que você tem no seu organismo se você for infectado pelo coronavírus é cem vezes maior. A vacina existe para você encontrar com o vírus de forma controlada, sem ter a doença, antes que o vírus entre em contato com você. Então, essa argumentação de que os efeitos colaterais sejam por causa da proteína spike diretamente, é algo que eu não acredito”.*

Resposta: Colagrossi e colegas<sup>24</sup> estimaram a carga viral em pessoas infectadas por SARS-CoV-2. O RNA do SARS-CoV-2 no plasma foi encontrado em 8 pacientes (19,5%), com um valor médio (IQR) de 694 (209-1023) cópias/mL. Os pacientes virêmicos foram caracterizados por uma taxa de mortalidade mais alta (50,0% vs. 9,1%; p = 0,018) em relação aos pacientes sem viremia. Os pacientes virêmicos foram mais frequentemente afetados por malignidades hematológicas (62,5% vs. 3,0%; p < 0,001) e apresentaram carga viral mais alta em amostras respiratórias (9.404.000 [586.060-10.000.000] vs. 1560 [312-25.160] cópias/mL; p = 0,002). Assumindo que o corpo humano tem um volume médio de 5 litros de sangue. O volume médio de sangue de um adulto normal tem um volume de sangue de 60 ml/kg de peso, corresponde aproximadamente a 35 mL de plasma e 25 mL de hemácias por cada quilograma, quando o

---

<sup>24</sup><https://doi.org/10.1186/s12879-021-05886-2>

hematócrito está normal. Assumindo adulto normal de peso médio de 69.4kg podemos considerar um volume total de plasma de 2429 ml de plasma. Usando a estimativa de carga viral no plasma de Colagrossi e companheiros de 694 cópias por ml, podemos calcular que, em média, um total de 1.685.726 cópias de genomas virais no plasma. Como uma partícula viral apresenta de 50 a 100 cópias de Spike<sup>25</sup>, podemos assumir que 17 milhões de Spikes estão circulando a cada momento durante a fase aguda da infecção.

Por sua vez, na Pfizer-BioNTech Comirnaty COVID-19 há 30 µg de mRNA por dose de 0.3 ml<sup>26</sup>. O tamanho de mRNA vacinal é de 7810 pares de base<sup>27</sup>. Para encontrar o número de cópias de uma molécula de RNA com 7810 nucleotídeos em 3000 ng, pode-se, (i) Estimar o peso molecular da molécula de RNA, (ii) Calcular o número de moles de RNA (iii) Usar o número de Avogadro para converter moles em número de moléculas, (iv) Como cada molécula de mRNA codifica uma cópia de Spike, o número de moléculas de Spike também será o número de cópias de mRNA. Portanto pode-se estimar o peso molecular da molécula de mRNA: Peso molecular = comprimento da molécula de mRNA (em nucleotídeos) × 330 daltons/nucleotídeo. O peso molecular = 7810 nucleotídeos × 330 daltons/nucleotídeo, dá um peso molecular ≈ 2.573.300 daltons. Em seguida calcula-se o número de moles de mRNA: Número de moles = Massa de RNA (em gramas) / Peso molecular. Mas antes deve-se converter 3000 ng em gramas: 1 ng = 1 × 10<sup>-9</sup> gramas. O que estima a massa de RNA = 3000 ng × (1 grama / 10<sup>9</sup> ng) = 3 × 10<sup>-6</sup> gramas. Pode-se então calcular o número de moles: Número de moles = 3 × 10<sup>-6</sup> gramas / 2.573.300 daltons ≈ 1,165 × 10<sup>-15</sup> moles. Pode-se então converter moles em número de moléculas usando o número de Avogadro, via a fórmula Número de moléculas = Número de moles × número de Avogadro (6,022 × 10<sup>23</sup> moléculas/mol) e chega-se a um número de moléculas ≈ (1,165 × 10<sup>-15</sup> moles) × (6,022 × 10<sup>23</sup> moléculas/mol) ≈ 7,018 × 10<sup>8</sup> moléculas. Como cada molécula representa uma cópia da proteína Spike, o número de cópias da Spike é ≈ 7,018 × 10<sup>8</sup> cópias. Portanto, há aproximadamente 701.800.000 cópias da molécula Spike codificadas em mRNA mensageiro vacinal em uma dose usual de 30 µg da Pfizer-BioNTech.

No entanto a quantidade de cópias da Spike produzidas, por tempo indeterminado é de algumas ordens de grandeza o valor de mRNAs que foram transfectados nas células de quase todos os tecidos do organismo humano, fazendo com que a afirmação do ilustre Prof. Tanuri: *“A quantidade de proteína spike que você tem no seu organismo se você for infectado pelo coronavírus é cem vezes maior”*, seja no mínimo curiosa, pois implicaria numa viremia total de 70.100.800.000 cópias de genomas virais. Isto equivaleria a um valor mais que 415 mil vezes superior ao observado no plasma de pacientes virêmicos e mais de 40 mil vezes o valor observado por Colagrossi e companheiros em pacientes imunodeprimidos ou com manifestação graves da doença.

Ademais, o ilustríssimo professor erra novamente ao dizer que a vacina é um encontro controlado com o vírus. Na verdade, é um encontro com uma única proteína estrutural viral,

---

<sup>25</sup> <https://doi.org/10.1016/j.asoc.2023.110210>

<sup>26</sup> <https://covid-vaccine.canada.ca/info/pdf/pfizer-biontech-covid-19-vaccine-pm1-en.pdf>

<sup>27</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/OR134577.1>

apresentada ao sistema de forma mal avaliada. Ele talvez reavaliasse seu entendimento da patologia causada pela Spike se considerasse que a Spike ligada ao receptor CKAP4, induz fator de von Willebrand (vWF) e trombose<sup>28</sup>.

Talvez o ilustre cientista, *ao lê-lo concordaria* que este estudo publicado na Nature por Li e colegas, é um achado que questiona e desqualifica o uso da Spike como imunógeno expressado por tempo indeterminado e explica reações adversas observadas no uso de vacinas porcasmente desenhadas. Ademais, foi apresentado em um estudo de Mulrone y e colegas, também na Nature<sup>29</sup>, que produtos de tradução errada, com mudanças de fase +1 do mRNA da Pfizer provocam resposta imune fora do alvo, com produção exagerada de Interferon-gama, devido ao uso de N1-metilpseudouridina somente ao invés de uracilas.

Portanto, estas plataformas apresentam antígenos não especificamente relacionados com o SARS-CoV-2 cuja consequência é inesperada, não estudada em detalhe acerca de impactos adversos e, portanto, de aplicação inaceitável em bilhões de pessoas.

*Estadão: “Um texto no site do Conselho Federal de Farmácia traz a mesma explicação dada por Tanuri: “A proteína spike gerada pelas vacinas fica no corpo em concentrações muito menores do que o próprio vírus induz durante a covid-19. Permanecem no corpo apenas os anticorpos contra a proteína spike gerados pela vacinação, que protegem o indivíduo contra os casos mais graves da covid-19”.*

Resposta: A afirmação de que somente os anticorpos contra a Spike permanecem no corpo é desorientadora. Por exemplo, Grifoni e colegas<sup>30</sup>, conscientes de que uma compreensão correta da imunidade adaptativa ao SARS-CoV-2 é importante para o desenvolvimento de vacinas, e da interpretação da patogênese da doença do coronavírus 2019 (COVID-19) e a calibração das medidas de controle da pandemia, desenvolveram um estudo, publicado na Cell, que demonstrou que 25 peptídeos codificados pelo SARS-CoV-2 induzem resposta imune protetora.

Usaram "megapools" de peptídeos previstos de serem apresentados por HLA classe I e II, identificaram células T CD8+ e CD4+ específicas para SARS-CoV-2 em circulação em ~70% e 100% dos pacientes convalescentes com COVID-19, respectivamente.

As respostas das células T CD4+ à Spike, o principal alvo da maioria dos esforços de vacinação, foram robustas e correlacionadas com a magnitude dos títulos de IgG e IgA anti-SARS-CoV-2. As proteínas M, Spike e N foram responsáveis, cada uma, por 11% a 27% da resposta total de CD4+, com respostas adicionais comumente direcionadas a nsp3, nsp4, ORF3a e ORF8, entre outras. Para as células T CD8+, Spike e M foram reconhecidas, com pelo menos oito fases

---

<sup>28</sup> [https://www.nature.com/articles/s41392-022-01183-9?fbclid=IwAR2aE72TjhrzJiNBlq2WjqPbiMT015Mg6ryZPZjbQhSFCOuRNdNnID3\\_crY](https://www.nature.com/articles/s41392-022-01183-9?fbclid=IwAR2aE72TjhrzJiNBlq2WjqPbiMT015Mg6ryZPZjbQhSFCOuRNdNnID3_crY)

<sup>29</sup> [https://www.nature.com/articles/s41586-023-06800-3?fbclid=IwAR30XLnEZEkkrHzE\\_toQMx74r\\_jpQy6RIOOs9IneLFxiLzHNv\\_nrXwijfrA](https://www.nature.com/articles/s41586-023-06800-3?fbclid=IwAR30XLnEZEkkrHzE_toQMx74r_jpQy6RIOOs9IneLFxiLzHNv_nrXwijfrA)

<sup>30</sup> <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.05.015>

abertas de leitura (ORFs) do SARS-CoV-2 como alvo. É importante ressaltar que foram detectadas células T CD4+ reativas ao SARS-CoV-2 em ~40%-60% dos indivíduos não expostos, sugerindo o reconhecimento de células T de reação cruzada entre os coronavírus circulantes do "resfriado comum" e o SARS-CoV-2.

Portanto, o foco na Spike, nas plataformas vacinais em uso, certamente não teve base em um possível melhor entendimento do repertório acessível para provocar imunização. Por exemplo Rak e colegas<sup>31</sup> estudaram a reatividade de anticorpos elicitados pela proteína N (nucleocapsídeo viral) após considerar que a imunidade humoral específica do vírus em pacientes com COVID-19 e naqueles vacinados com vacinas específicas foi caracterizada em vários estudos, principalmente usando testes sorológicos baseados na proteína Spike. No entanto, a proteína Spike e, especificamente, seu domínio de ligação ao receptor (RBD) são propensos a mutações e escape imune, o que sugere a sensibilidade reduzida dos testes sorológicos validados na detecção de anticorpos criados para variantes preocupantes (VOC).

Estes autores entendiam que a proteína do nucleocapsídeo (N) viral é mais conservada em comparação com a Spike, e que pouco se sabia sobre a reatividade cruzada dos anticorpos específicos da N entre o vírus B.1 ancestral e diferentes VOCs. Eles então geraram fosfoproteínas N recombinantes de diferentes cepas de SARS-CoV-2 e analisaram a magnitude dos anticorpos específicos de N em soros convalescentes de COVID-19 usando um sistema de teste ELISA baseado na N.

Eles constataram uma forte correlação positiva na magnitude dos anticorpos anti-N (B.1) e anticorpos específicos para vários COVs em pacientes recuperados da COVID-19, sugerindo que os anticorpos que se ligam à N são altamente reativos e que os epítomos mais imunogênicos dessa proteína não estão sob pressão seletiva.

Estes achados sugerem que os testes sorológicos baseados em RBD devem ser atualizados em tempo hábil para refletir a natureza em constante evolução da proteína Spike do SARS-CoV-2, enquanto os sistemas de teste validados baseados em N podem ser usados para a análise de soros de pacientes com COVID-19, independentemente da cepa que causou a infecção. No entanto uma implicação destes achados é que peptídeos da N do SARS-CoV-2 poderiam fazer parte do portfólio de antígenos apresentados em uma eventual vacina para COVID-19.

*Estadão: "Ainda sobre a toxicidade da proteína spike injetada no organismo pela vacina, o Estadão Verifica já [mostrou que ela é eliminada do corpo após vacinação](#). O Fato ou Fake, do G1, esclareceu que [a proteína spike das vacinas de mRNA não provocam danos no organismo](#). Em outras checagens, o G1 mostrou que [a proteína spike da vacina não causa câncer ou trombose](#)."*

---

<sup>31</sup> <https://doi.org/10.3390/v14092041>

Resposta: Estadão Verifica não tem qualificação para mostrar, muito menos para demonstrar o que alega. Este escritório de profissionais de propaganda e censura, mas leigos em ciência, se baseou na declaração da presidente da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), Mônica Levi que teria declarado: *“Essa proteína não fica permanentemente nas células. Ela só é fabricada e induz a resposta imunológica, o reconhecimento e a fabricação de anticorpos contra ela, que é o principal antígeno do vírus”*. O que esta senhora não considerou, ao proferir sua crença pessoal, é o fato que o mRNA vacinal tem a meia vida muito maior que de um mRNA natural devido à completa substituição das uridinas por N1-metilpseudouridinas e modificações no trato poli-A 3’ que fazem com que este mRNA anômalo tenha uma estabilidade inédita, maior do que em qualquer sistema biológico natural conhecido.

Os trabalhos feitos em autópsias e biópsias acima apresentados, falsificam esta afirmação da presidente da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), que certamente não deve também ter avaliado com cuidado os dados apresentados pela Pfizer sobre a construção de sua plataforma vacinal.

O Fato ou Fake do G1, igualmente é leigo em ciência, mas profissional em censura e em divulgar que a Spike das vacinas de mRNA não provocam danos no organismo, nos moldes da indústria do tabaco. Novamente, o que já foi apresentado aqui refuta esta proposição de cunho mercadológico. Ademais afirmar que a Spike não é cardiopática e trombótica vai na contramão do que tem sido alegado até pelas próprias produtoras das vacinas genéticas de mRNA e adenovírus, governos e agências de saúde internacionais. Possivelmente não receberam diretrizes atualizadas e mantém as de 3 anos atrás cegamente.

Estes checadores de fato desconhecem que as vacinas da Astrazeneca e Janssen, que expressam somente Spike, foram descontinuadas em diversos países? Eles não têm ao menos curiosidade em saber a causa disto? Deveriam saber que Kovarz e colegas<sup>32</sup> descreveram um mecanismo inesperado que poderia explicar os eventos tromboembólicos que ocorrem com vacinas baseadas em DNA (por exemplo a da Astrazeneca e a da Janssen), mas não com vacinas baseadas em RNA. Ou seja, são ainda piores e mais mal desenhadas. Os autores mostraram que o mRNA codificado por DNA que codifica a proteína Spike pode ser editado de forma que a âncora transmembrana da Spike seja perdida, de modo que a Spike quase completa seja secretada pelas células. As variantes secretadas da Spike podem provocar efeitos colaterais graves ao se ligarem às células por meio do receptor ACE2. Eles sugerem que evitar esses eventos de splicing deve se tornar parte de um projeto racional de vacina para aumentar a segurança de vacinas em potencial. Ou seja, a péssima qualidade das plataformas vacinais é assustadora e, que apesar do desuso das opções mais toscas e lesivas, questiona a seriedade das agências regulatórias lenientes.

*Estadão: “Em relação às **nanopartículas lipídicas**, a inclusão dessa substância na vacina de mRNA segue a mesma lógica: “A quantidade dessas nanopartículas também é ínfima, é na faixa*

---

<sup>32</sup> <https://doi.org/10.7554/eLife.74974>

*de 100 microgramas, 0,1 miligramas. Ela obviamente induz uma resposta inflamatória, mas assim, de novo, você não está injetando todo dia essa partícula. Então você tem um efeito sim, mas um efeito que a gente chama de adjuvante, um efeito local que tenta causar a inflamação para ativar o sistema imune”, diz Tanuri.”*

Resposta: O Prof. Tanuri está equivocado ao alegar “um efeito local que tenta causar a inflamação para ativar o sistema imune”. Estudos de biodisponibilidade e danos sistêmicos refutam esta afirmação de efeito local. Felizmente, tentativas como esta baseadas em desinformação são refutadas pela realidade.

O dano é muito maior do que o aceitável de uma suspensão de composição incerta que é difundida muito além do sítio de inoculação no músculo deltóide do braço. Um estudo austríaco por Chalupka e colegas<sup>33</sup> demonstrou que entre cerca de 4 milhões de pessoas acompanhadas, aquelas que tomaram 4 doses da “vacina” contra SARS-CoV-2 MORREM QUASE 300% MAIS DE COVID em comparação a pessoas que tomaram NENHUMA dose. Estudos como este deveriam no mínimo indicar que algo está errado com estas plataformas vacinais e que cautela deve ser exercida pelo bem de nossas crianças. Neste sentido espero que o Prof. Tanuri, concorde com esta preocupação humanitária.

*Estadão: “O virologista conclui: “A gente não consegue ver uma razão, uma explicação plausível do mecanismo de ação dessa ação tóxica, tanto da proteína spike quanto dessas nanopartículas lipídicas a ponto de causar doenças no organismo.”*

Resposta: Foram apresentadas evidências acima, publicadas de forma independente em jornais indexados e em estudos revisados por pares que refutam a afirmação do prezado Professor. Para ajudá-lo a ver razões, pode-se indicar a leitura de um estudo publicado por Marchand e colegas<sup>34</sup> que versa sobre o risco de mortalidade por todas as causas e relacionada ao coração após a vacinação contra a COVID-19, por meio de uma meta-análise de estudos de séries de casos autocontrolados (SCCS). Eles informaram que a série de casos autocontrolados (SCCS) é um novo projeto de estudo equipado de forma exclusiva para quantificar eticamente a segurança da vacinação.

Com base nesta metodologia, realizaram uma meta-análise em todas as SCCS que avaliaram a mortalidade associada à vacinação contra a COVID-19 no período imediatamente após a vacinação. Incluíram SCCS que investigaram a segurança da vacinação contra a COVID-19 e relataram mortalidade por todas as causas e relacionada ao coração.

Três SCCS foram localizadas, totalizando aproximadamente 750.000 pacientes. A razão de risco (HR) combinada não revelou associação significativa da vacinação contra a COVID-19 com a mortalidade por todas as causas (HR = 0,89, 95% CI [0,71, 1,10], p = 0,28). Com relação à mortalidade relacionada ao coração, o HR agrupado sugere que a vacinação contra a COVID-19

---

<sup>33</sup> <https://doi.org/10.1111/eci.14136>

<sup>34</sup> <https://doi.org/10.1080/21645515.2023.2230828>



está associada a um risco aumentado de mortalidade relacionada ao coração (HR = 1,06, 95% CI [1,02, 1,11], p = 0,007). A análise de subgrupo mostrou que o gênero masculino está significativamente associado a um aumento na incidência de mortes relacionadas ao coração (HR = 1,09, IC de 95% [1,02, 1,15], p = 0,006).

Em conclusão, a vacinação contra a COVID-19 pode estar associada a um pequeno aumento na mortalidade relacionada ao coração, especialmente entre os homens. Me parece indecente o eufemismo “*um pequeno aumento na mortalidade relacionada ao coração*” considerando que bilhões foram vacinados. Mas para este grupo de cientistas e para o Estadão Verifica, aparentemente não há problema algum e nem um risco pequeno é considerado. Alguns poderiam perceber dolo nas declarações em desacordo com os fatos, mas de interesse comercial, contidas neste artigo de checadores de fatos.

*Estadão: “Outra afirmação dos médicos japoneses é a de que as vacinas de mRNA induzem no organismo a proliferação da imunoglobulina [IgG4](#), que “causa problemas em várias funções imunológicas”, diz um dos conferencistas. Amilcar Tanuri e Orlando Ferreira afirmam não haver comprovação científica sobre isso: “Um colega nosso, no início da pandemia, ia atrás de quatro tipos de IgG, e a IgG4 nunca foi achada”, diz Orlando: “Isso nunca foi ventilado. Essa questão da IgG4, na verdade, está vindo agora com esses japoneses e uns youtubers que estavam levantando isso, mas sem mostrar nenhum dado, sem mostrar nenhum estudo científico que fosse sério”.*”

Resposta: O papel importante da indução de IgG4 foi apresentado acima e refuta esta possível colocação. No entanto, encorajo o prestigioso Prof. Orlando Ferreira a escrever uma carta ao Editor Chefe da Science Immunology solicitando a retratação do manuscrito de Irrgang e colegas<sup>35</sup> intitulado: “*Mudança de classe para anticorpos IgG4 não inflamatórios e específicos para Spike após a vacinação repetida com mRNA do SARS-CoV-2*”.

Seria crucial que, por uma questão de honestidade intelectual, ele justifique que as suas razões são: “*Um colega nosso, no início da pandemia, ia atrás de quatro tipos de IgG, e a IgG4 nunca foi achada*”, uma pérola da aplicação método de Bacon, certamente! E adicionasse que “*Isso nunca foi ventilado. Essa questão da IgG4, na verdade, está vindo agora com esses japoneses e uns youtubers que estavam levantando isso, mas sem mostrar nenhum dado, sem mostrar nenhum estudo científico que fosse sério*”. O que não se pode levar a sério são estas colocações, dada a gravidade da questão.

De qualquer forma, sugiro que ele considere incluir em sua atividade em prol da Ciência uma conduta equivalente com relação ao trabalho de Sheeham e colegas, que também foi citado neste texto, que também refuta suas colocações. Gostaria muito de ter acesso às respostas obtidas por ele dos editores e autores, caso haja alguma.

---

<sup>35</sup> <https://www.science.org/doi/epdf/10.1126/sciimmunol.ade2798>

*Estadão: “Durante a pandemia, as pessoas deixaram de ir ao médico. Então, aquelas que tinham algum problema de saúde em potencial, quando voltaram aos consultórios já vacinadas contra a covid-19, constatou-se que estavam doentes. Aí fica fácil dizer que a causa é vacina, concorda?”*

Resposta: Não é possível concordar com esta afirmação quando vemos pessoas jovens e atléticas tendo morte súbita em atividades cotidianas de forma inédita, 3 anos após o lançamento de um programa vacinal universal de forma apressada e em desrespeito às normas canônicas necessárias e precedentes de desenvolvimento de vacinas.

***Os controversos mecanismos de lesão cardíaca causados por plataformas vacinais de mRNA começam a ser melhor entendidos, na autêntica velocidade da ciência, após 3 anos do lançamento dos malfadados produtos, provando que uma autorização emergencial de uso (EUA) não substitui a observação científica.*** Barmada e colegas<sup>36</sup> demonstraram haver um aumento da regulação de citocinas inflamatórias e linfócitos correspondentes com capacidade de danificar tecidos, sugerindo uma patologia dependente de citocinas, que pode ainda ser acompanhada por fibrose cardíaca associada a células mieloides. Esses achados provavelmente descartam alguns mecanismos propostos anteriormente para a miopericardite associada à vacina de mRNA e apontam para novos mecanismos com relevância para o desenvolvimento de vacinas e cuidados clínicos.

No interesse de informar os entrevistados e esclarecer o público, cabe dizer que os autores deste trabalho, discursaram sobre uma inflamação antes rara do tecido cardíaco mediada pelo sistema imunológico que pode ocorrer após a vacinação, inclusive após vacinas de mRNA contra o SARS-CoV-2. No entanto, os mecanismos celulares e moleculares imunológicos subjacentes que conduzem a essa patologia permanecem pouco compreendidos.

Devido ao limitado conhecimento deste quadro, os autores estudaram uma coorte de pacientes que desenvolveram miocardite e/ou pericardite com níveis elevados de troponina, peptídeo natriurético do tipo B e proteína C reativa, bem como anormalidades de anormalidades de imagem cardíaca logo após a vacinação com mRNA do SARS-CoV-2.

Eles observaram que ao contrário das hipóteses iniciais, os pacientes não demonstraram características de miocardite de hipersensibilidade, nem apresentaram respostas exageradas de anticorpos específicos ou neutralizantes do SARS-CoV-2-específicas ou neutralizantes, consistentes com um mecanismo humoral hiper imune. Além disso não encontraram nenhuma evidência de autoanticorpos direcionados ao coração. Em vez disso, o perfil sérico imunológico sistemático e imparcial revelou elevações nas interleucinas circulantes (IL-1 $\beta$ , IL-1RA e IL-15), quimiocinas (CCL4, CXCL1 e CXCL10) e metaloproteases de matriz (MMP1, MMP8, MMP9 e TIMP1). O perfil imunológico profundo subsequente, usando RNA de célula única e sequenciamento de repertório de células mononucleares do sangue periférico durante a

---

<sup>36</sup> DOI: 10.1126/sciimmunol.adh3455

doença aguda, revelou expansão das células T citotóxicas CXCR3+ ativadas e das células NK, ambas fenotipicamente semelhantes às células assassinas acionadas por citocinas.

Além disso, os pacientes apresentaram assinaturas de monócitos CCR2+ CD163+ inflamatórios e profibróticos, bD163+ profibróticos, juntamente com CD163 solúvel elevado no soro, que podem estar ligados ao realce tardio de gadolínio, observado em imagens cardíacas obtidas por ressonância magnética (MRI), que pode persistir por meses após a vacinação. Juntos, os resultados demonstram a regulação positiva das citocinas inflamatórias e das correspondentes citocinas matriciais inflamatórias e linfócitos correspondentes com capacidade de danificar tecidos, sugerindo uma patologia dependente de citocinas, que pode ainda ser acompanhada por fibrose cardíaca associada a células mieloides.

Em conclusão, os achados provavelmente descartaram alguns mecanismos propostos anteriormente para a miopericardite associada à vacina de mRNA e implicam a ativação e a citotoxicidade aberrante de linfócitos acionados por citocinas, bem como respostas inflamatórias e profibróticas de células mieloides na imunopatologia que ocorre em pacientes suscetíveis após a vacinação de mRNA. Portanto, ficou claro que os mecanismos envolvidos nas cardiopatias potencialmente severas e letais induzidas por vacinas de mRNA não são bem entendidas e dados contraditórios ainda estão sendo obtidos, o que implica em fatores relevantes que não podem ser desconsiderados de avaliações de custo-benefício.

Crucialmente o perigo envolvido nas vacinas não é conhecido e, portanto, o risco é máximo. Isto é particularmente crítico a longo prazo e é possivelmente dependente do tempo de produção dos antígenos vacinais e produtos de mudança +1 de fases de leitura durante a tradução ribossomal em milhares de células de vários tecidos de cada organismo injetado.

*Estadão: “Em relação ao câncer, duas reportagens do jornal japonês The Asahi Shimbun apresentam dados que vão ao encontro do que Tanuri diz. Em fevereiro de 2021, [o jornal mostrou](#) que a população deixou de realizar exames durante a pandemia com medo de se contaminar com o coronavírus. Segundo estudo da Sociedade do Câncer do Japão, o número de pessoas que foram examinadas para câncer de estômago, pulmão, mama, cólon e útero caiu 63% entre abril e julho de 2020, quando o vírus estava se espalhando, em comparação com o mesmo período de 2019.”*

Resposta: O prazo de 10 a 15 anos estabelecido anteriormente para a avaliação clínica das vacinas foi sempre considerado necessário para garantir o tempo adequado para o monitoramento do desenvolvimento de efeitos adversos (EAs), como cânceres e distúrbios autoimunes. Como estas injeções genéticas foram aplicadas em populações em poucos meses após o início do desenvolvimento e avaliação, é no mínimo leviano e diversionista tentar alegar que os lockdowns sejam uma explicação ou justificativa para desacoplar as injeções de mRNA de complicações devido ao potencial oncogênico e da hiper progressão tumoral como recidivas de cânceres e complicações advindas de autoimunidade exacerbada. De fato, a produção excessiva de anticorpos não neutralizantes pode aumentar o risco de reações autoimunes por meio de reação cruzada com tecidos do hospedeiro em vez do vírus, desencadeando, assim,

reações autoimunes inflamatórias por meio de mimetismo molecular<sup>37 38 39</sup>. Esses mecanismos podem coletivamente aumentar o risco de patologias inflamatórias autoimunes, incluindo cânceres, doenças cardiovasculares e muitas outras doenças com etiologia inflamatória crônica<sup>40 41</sup>.

Neste contexto, uma descoberta surpreendente e alarmante foi a presença do promotor do vírus símio 40 (SV40) em amostras da vacina da Pfizer, que estava notavelmente ausente das amostras da vacina da Moderna<sup>42</sup>. Em outubro de 2023, a agência reguladora Health Canada confirmou a presença dessa sequência genética em amostras de vacina de mRNA<sup>43</sup>.

O SV40, um vírus de DNA oncogênico originalmente isolado em 1960 de vacinas contra a poliomielite contaminadas, induz linfomas, tumores cerebrais e outras malignidades em animais de laboratório<sup>44</sup>. Dados imunológicos de pacientes com câncer indicaram que seus soros tinham uma prevalência maior de anticorpos contra a SV40 em comparação com indivíduos saudáveis<sup>45</sup>.

Uma meta-análise baseada no agrupamento de diversos dados de 1.793 pacientes com câncer identificou um excesso de risco significativo da SV40 em associação com tumores cerebrais, cânceres ósseos, linfoma não Hodgkin e mesotelioma maligno<sup>46</sup>. No entanto, parece improvável que a exposição a material do SV40, por si só, resulte em malignidade humana, conforme sugerido pela ausência de uma epidemia de câncer após a distribuição de vacinas contra a poliomielite contaminadas com SV40. Um cenário mais provável é que material genético do SV40 funcione como cofator na gênese e progressão de tumores, conforme indicado por estudos laboratoriais que revelam seu potencial cocarcinogênico como o amianto, um carcinógeno estabelecido<sup>47</sup>.

Ademais, McKinney e colegas, publicaram na Nature<sup>48</sup> a elucidação de outro fator preocupante que agrega ao risco de recidivas e aceleração do processo oncogênico induzido por estes produtos baseados em mRNA experimentais expressando Spike e vários outros peptídeos inespecíficos por mudança de fase de leitura. A supressão imunológica genérica que surge após repetidas injeções de reforço representa outra grande preocupação. Eles demonstraram o papel de repetidas doses dos produtos injetáveis na exaustão de células T, que se refere a uma

---

<sup>37</sup> J Autoimmun. 2022, 132:102898. [10.1016/j.jaut.2022.102898](https://doi.org/10.1016/j.jaut.2022.102898)

<sup>38</sup> J Autoimmun. 2023, 139:103070. [10.1016/j.jaut.2023.103070](https://doi.org/10.1016/j.jaut.2023.103070)

<sup>39</sup> Clin Immunol. 2021, 224:108665. [10.1016/j.clim.2021.108665](https://doi.org/10.1016/j.clim.2021.108665)

<sup>40</sup> Clin Immunol. 2021, 226:108721. [10.1016/j.clim.2021.108721](https://doi.org/10.1016/j.clim.2021.108721)

<sup>41</sup> Autoimmunity. 2023, 56:2259123. [10.1080/08916934.2023.2259123](https://doi.org/10.1080/08916934.2023.2259123)

<sup>42</sup> OSFPreprints. 2023, [10.31219/osf.io/mjc97](https://doi.org/10.31219/osf.io/mjc97)

<sup>43</sup> [https://www.theepochtimes.com/world/exclusive-health-canada-confirms-undisclosed-presence-of-dna-sequence-in-pfizer-shot-5513277?utm\\_campaign=share&utm\\_medium=email&utm\\_source=email\\_share\\_mailer](https://www.theepochtimes.com/world/exclusive-health-canada-confirms-undisclosed-presence-of-dna-sequence-in-pfizer-shot-5513277?utm_campaign=share&utm_medium=email&utm_source=email_share_mailer)

<sup>44</sup> Clin Microbiol Rev. 2004, 17:495-508. [10.1128/CMR.17.3.495-508.2004](https://doi.org/10.1128/CMR.17.3.495-508.2004)

<sup>45</sup> Front Oncol. 2019, 9:670. [10.3389/fonc.2019.00670](https://doi.org/10.3389/fonc.2019.00670)

<sup>46</sup> Am J Med. 2003, 114:675-84. [10.1016/s0002-9343\(03\)00087-1](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(03)00087-1)

<sup>47</sup> Expert Rev Respir Med. 2011, 5:683-97. [10.1586/ers.11.51](https://doi.org/10.1586/ers.11.51)

<sup>48</sup> Nature. 2015, 523:612-6. [10.1038/nature14468](https://doi.org/10.1038/nature14468)

condição imunológica na qual as células T CD8+ apresentam uma perda progressiva da produção de citocinas e do potencial citotóxico. Sabe-se que essa disfunção ocorre em condições como infecções crônicas, câncer e doenças autoimunes<sup>49 50</sup>.

Dando continuidade ao que já foi dito sobre o IgG4, após três e quatro doses da vacina de mRNA contra a COVID-19, os pesquisadores observaram uma resposta diminuída das células T contra a proteína S, associada a uma mudança de classe para IgG4<sup>51</sup>. A IgG4 não apenas não protege contra a infecção, mas bloqueia ativamente outras IgGs para suprimir sua ação, levando à imunossupressão<sup>52</sup>. Notavelmente, uma resposta reduzida das células T contra o SARS-CoV-2 foi observada um mês após o recebimento da terceira e quarta dose<sup>53</sup>. Essa exaustão das células T após múltiplas inoculações de mRNA da COVID-19 poderia ajudar a explicar os achados de estudos que mostram taxas crescentes de COVID-19 com o aumento da frequência de reforços<sup>54 55</sup>.

Por sua vez, Loacker e colegas demonstraram um aumento significativo na expressão do ligante de morte programada 1 (PD-L1) na superfície das células imunológicas, medido dois dias após a segunda injeção de mRNA<sup>56</sup>. A ligação do PD-L1 ao PD-1 encontrado nas células cancerosas restringe a capacidade das células T de eliminar as células cancerosas, facilitando assim a evasão imunológica do tumor<sup>57</sup>. Níveis elevados de PD-L1 nas células imunológicas podem predispor os pacientes com câncer a resultados desfavoráveis, e os tratamentos que visam à supressão de PD-L1 (bloqueio anti-PD1) estão ganhando força como opções terapêuticas viáveis<sup>58</sup>. *A rápida progressão de vários linfomas tem sido associada a vacinas de mRNA contra a COVID-19*<sup>59 60 61 62</sup>, e o PD-L1 elevado pode desempenhar um papel nesse contexto.

Outros fatores relacionados ao potencial oncogênico e de hiper progressão tumoral das vacinas contra a COVID-19 tornaram-se foco de intensa investigação. Uma revisão recente de Angues e Bustos<sup>63</sup> exploraram a capacidade hipotética das vacinas contra a COVID-19 de ativar mecanismos biológicos que podem criar coletivamente um microambiente propício à progressão do câncer, seja acelerando a doença macroscópica existente ou despertando micrometástases adormecidas. Esses mecanismos estão relacionados principalmente aos

---

<sup>49</sup> Cell Discov. 2021, 7:99. [10.1038/s41421-021-00329-3](https://doi.org/10.1038/s41421-021-00329-3)

<sup>50</sup> Nat Immunol. 2021, 22:809-19. [10.1038/s41590-021-00949-7](https://doi.org/10.1038/s41590-021-00949-7)

<sup>51</sup> Sci Immunol. 2023, 8:eade2798. [10.1126/sciimmunol.ade2798](https://doi.org/10.1126/sciimmunol.ade2798)

<sup>52</sup> Vaccines (Basel). 2023, 11:99. [10.3390/vaccines11050991](https://doi.org/10.3390/vaccines11050991)

<sup>53</sup> Sci Rep. 2023, 13:763. [10.1038/s41598-023-28101-5](https://doi.org/10.1038/s41598-023-28101-5)

<sup>54</sup> Open Forum Infect Dis. 2023, 10:ofad209. [10.1093/ofid/ofad209](https://doi.org/10.1093/ofid/ofad209)

<sup>55</sup> PLoS One. 2023, 18:e0293449. [10.1371/journal.pone.0293449](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293449)

<sup>56</sup> Clin Chem Lab Med. 2023, 61:e17-9.

<sup>57</sup> Mol Cancer. 2019, 18:10. [10.1186/s12943-018-0928-4](https://doi.org/10.1186/s12943-018-0928-4)

<sup>58</sup> Adv Exp Med Biol. 2020, 1248:33-59. [10.1007/978-981-15-3266-5\\_3](https://doi.org/10.1007/978-981-15-3266-5_3)

<sup>59</sup> Front Med (Lausanne). 2021, 8:798095. [10.3389/fmed.2021.798095](https://doi.org/10.3389/fmed.2021.798095)

<sup>60</sup> Front Med (Lausanne). 2022, 9:963393. [10.3389/fmed.2022.963393](https://doi.org/10.3389/fmed.2022.963393)

<sup>61</sup> Int J Hematol. 2023, 118:503-7. [10.1007/s12185-023-03607-w](https://doi.org/10.1007/s12185-023-03607-w)

<sup>62</sup> Medicina (Kaunas). 2022, 58:874. [10.3390/medicina58070874](https://doi.org/10.3390/medicina58070874)

<sup>63</sup> Cureus. 2023, 15:e50703. [10.7759/cureus.50703](https://doi.org/10.7759/cureus.50703)

efeitos pró-inflamatórios da proteína S e dos LNPs, às interrupções na capacidade do organismo de gerar interferon tipo I e às perturbações na regulação dos microRNAs celulares causadas pela estrutura alterada do mRNA nas vacinas. Além disso, as injeções experimentais de mRNA contra a COVID-19 provocam concentrações elevadas de interleucina-17 (IL-17) e regulação positiva de Th17, interrompendo assim a imunidade Th1-Th2, aumentando a condição inflamatória crônica dos pacientes com câncer e ampliando ainda mais o crescimento e a progressão de tumores<sup>64 65 66</sup>.

Portanto é irresponsável desprezar a quantidade de dados sobre o papel destes produtos injetáveis nos mecanismos relacionados à oncogênese e, mesmo assumindo que o perigo não esteja completamente determinado, é dolo irresponsável e inadmissível tentar enganar pessoas acerca da presença de risco.

*Estado: “[Em outra matéria](#), foi reportado recorde de mortes no Japão em 2022 desde a Segunda Guerra Mundial, com câncer sendo a principal causa. Segundo o texto, a covid-19 está relacionada ao dado, mas não devido à aplicação da vacina, e sim pelas seguintes hipóteses: um problema pré-existente de saúde pode ter piorado após contrair covid, a pressão sobre o sistema de saúde na pandemia impossibilitou o tratamento de outras doenças e a redução de atividades outdoor pode ter deixado a saúde das pessoas mais fraca.”*

Resposta: O termo “pessoa mais fraca” é enganoso e oculta uma série de complicações no funcionamento da imunidade dos vacinados, conduzindo a imunocomprometimento e ao cavalo de troia, trazendo no seu bojo uma plethora de doenças autoimunes e infecciosas facilitadas pela exaustão celular e tolerância. Seneff e colegas<sup>67</sup> observaram que as vacinas contra a COVID-19 causam supressão da imunidade inata por meio de um profundo comprometimento da sinalização do interferon tipo I, juntamente com a interrupção do controle regulatório da síntese de proteínas e da vigilância do câncer. Estes pesquisadores salientaram que: (i) As vacinas de mRNA promovem a síntese sustentada da proteína spike do SARS-CoV-2.; (ii) A proteína spike é neurotóxica e prejudica os mecanismos de reparo do DNA; (iii) A supressão das respostas de interferon tipo I resulta em imunidade inata prejudicada; (iv) As vacinas de mRNA podem aumentar o risco de doenças infecciosas e câncer. (v) A otimização de códons nas vacinas resulta em mRNA rico em G, que tem efeitos complexos imprevisíveis.

Eythorsson e colegas<sup>68</sup> estimaram a taxa de reinfecção por SARS-CoV-2 durante uma onda Omicron na Islândia. Esse estudo de coorte de base populacional monitorou todas as pessoas previamente infectadas com SARS-CoV-2 para reinfecção durante a onda Omicron na Islândia que foi definida de 1º de dezembro de 2021 (primeiro caso diagnosticado de Omicron na Islândia) até o final do período de estudo em 13 de fevereiro de 2022. No total, foram incluídas

---

<sup>64</sup> Cancers (Basel). 2022, 14:4464. [10.3390/cancers14184464](https://doi.org/10.3390/cancers14184464)

<sup>65</sup> Vaccines (Basel). 2022, 10:171. [10.3390/vaccines10020171](https://doi.org/10.3390/vaccines10020171)

<sup>66</sup> Int J Mol Sci. 2023, 24:5944. [10.3390/ijms24065944](https://doi.org/10.3390/ijms24065944)

<sup>67</sup> <https://doi.org/10.1016/j.fct.2022.113008>

<sup>68</sup> doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.25320

11.536 pessoas com PCR positivo. O estudo resultou na constatação de um aumento da probabilidade de reinfecção com o tempo desde a infecção inicial e foi maior entre as pessoas que receberam 2 ou mais doses em comparação com 1 dose ou menos. As razões implicam no papel da redução da capacidade imune e eventualmente por escape imune de variantes sob pressão seletiva não esterilizante sendo exercida pela apresentação de antígenos desatualizados, num processo intenso de reposição de clados virais. As variantes Omicron, são o exemplo deste processo em decorrência de vacinação ineficaz e nunca recomendada durante um surto epidêmico, para se evitar catástrofes nas plataformas vacinais. Os preceitos básicos de controle de doenças foram atirados pela janela neste assalto à humanidade.

Em uma audiência de emergência, realizada no dia 09 de outubro de 2023, após verificações de inúmeros exames e testes realizados por especialistas, foi divulgado que todos saibam sobre a contaminação por DNA das injeções de Covid-19. A audiência foi moderada pelo Drs. Mark Trozzi e Christof Plothe, durante a qual o WCH - World Council for Health (Conselho Mundial de Saúde) informou sobre os graves perigos de grandes quantidades de DNA que foram descobertas nas injeções de Covid-19 da Moderna e da Pfizer.

Os fabricantes alegaram FALSAMENTE que essas injeções contêm apenas RNA mensageiro, e que esse RNA mensageiro codifica apenas a proteína Spike do coronavírus, o que já seria muito ruim. No entanto, em fevereiro de 2023, como mencionamos acima, o cientista americano Kevin McKernan e sua equipe revelaram dados preliminares de que as injeções contêm grandes quantidades de DNA e sequências genéticas adicionais, incluindo na injeção da Pfizer, uma sequência do vírus SV40, que é conhecida por seu potencial de causar câncer. Essas descobertas já foram confirmadas em vários laboratórios, e adicionam outro nível de criminalidade e perigo às injeções que já estão em muitos de nossos entes queridos e continuam a ser promovidas e administradas a vítimas desavisadas em todo o mundo.

*Estadão: “Segundo Jackson Bittencourt, “nunca conseguiu-se provar que vacina causa doença”. “Pode ser que a pessoa vacinada não sabia que estava com baixa imunidade ou já tinha contraído um outro vírus e, eventualmente, pela requisição da resposta imune para responder ao estímulo da vacina, apresentou a doença. Mas, nesse caso, ela não tem nada a ver com a vacina, não há relação de causa-efeito. Por isso que, antes de ser vacinada, a pessoa é perguntada: ‘você teve alguma doença recentemente? Você é imunodeprimido? Você está usando que droga? Você teve febre?’ Todas essas preocupações são levadas em consideração para aplicar a vacina”, explica Bittencourt.”*

Resposta: Em completa violação da resolução Nº966 da CONEP, nenhuma destas ou quaisquer outras perguntas foram feitas e nem um TCLE foi apresentado aos vacinados expostos à fase 3 da aplicação de produtos experimentais, que de forma anômala, foi conduzida em conjunto com um programa de vacinação mundial. No entanto a declaração de que “nunca conseguiu-se provar que vacina causa doença” é surpreendente. Ela é contradita e refutada por quase tudo o que é apresentado neste texto. Por exemplo, o estudo de Michaels e colegas<sup>69</sup> expõe o

---

<sup>69</sup> <https://orcid.org/0009-0008-9853-6677>

disparate. A análise feita por eles é única por ter sido o primeiro estudo dos dados originais do ensaio clínico da vacina de mRNA BNT162b2 da Pfizer/BioNTech BNT162b2 mRNA (C4591001) realizado por um grupo não afiliado ao patrocinador do estudo.

O estudo incluiu uma análise forense dos 38 participantes do estudo que morreram entre 27 de julho de 2020, o início da Fase 2/3 do estudo clínico e 13 de março de 2021, a data final do relatório intermediário oficial de 6 meses. A Fase 2/3 do estudo envolveu 44.060 indivíduos que foram igualmente distribuídos em dois grupos e receberam a dose 1 de vacina de mRNA BNT162b2 ou um placebo composto por uma solução salina normal a 0,9%. Na semana 20, quando a vacina de mRNA BNT162b2 recebeu a Autorização de Uso Emergencial do FDA dos EUA, os indivíduos do braço placebo tiveram a opção de receber a dose 1 da vacina de mRNA BNT162b2 ou o placebo, que consistia em uma solução salina normal a 0,9%. Participantes do braço placebo tiveram a opção de receber a vacina BNT162b2 e mudar para o grupo vacinado.

O mais importante achado foram as evidências de um ***aumento de mais de 3,7 vezes no número de mortes devido a eventos cardíacos nos indivíduos vacinados com BNT162b2 em comparação com os indivíduos que receberam apenas o placebo***. A notificação tardia das mortes dos indivíduos no Formulário de Relato de Casos obscureceu o sinal de evento adverso cardíaco e permitiu que a Autorização de Uso Emergencial da Pfizer/BioNTech prosseguisse sem contestação. Esta última informação claramente denota possível dolo da Pfizer e talvez explique a intenção última do Estadão Verifica em suprimir a verdade sob endosso desinformado.

Este é o momento de considerar que cientistas sérios e competentes, imbuídos da sua obrigação de preservar a saúde e a vida de pessoas, estão ativamente trabalhando em vários países por uma moratória neste experimento nefasto que tem causado lucro para poucos e dor e sofrimento para muitos. Mead e colegas<sup>70</sup> publicaram uma revisão intitulada: “*Vacinas de mRNA contra a COVID-19: Lições aprendidas com os testes de registro e a campanha global de vacinação*”. Segundo eles, o entendimento sobre as vacinas contra a COVID-19 e seu impacto na saúde e na mortalidade evoluiu substancialmente desde os primeiros lançamentos de vacinas.

Os autores informam que, os relatórios publicados dos ensaios originais randomizados de fase 3 concluíram que as vacinas de mRNA contra a COVID-19 poderiam reduzir bastante os sintomas da COVID-19. Nesse ínterim, surgiram problemas com os métodos, a execução e os relatórios desses estudos essenciais. A reanálise dos dados do estudo da Pfizer identificou aumentos estatisticamente significativos em eventos adversos graves (SAEs) no grupo da vacina. Diversos SAEs foram identificados após a Autorização de Uso Emergencial (EUA), incluindo morte,

---

<sup>70</sup> <https://www.cureus.com/articles/203052-covid-19-mrna-vaccines-lessons-learned-from-the-registrational-trials-and-global-vaccination-campaign#!/>



câncer, eventos cardíacos e vários distúrbios autoimunes, hematológicos, reprodutivos e neurológicos.

Além disso, esses produtos nunca foram submetidos a testes toxicológicos e de segurança adequados, de acordo com os padrões científicos previamente estabelecidos. Entre os outros tópicos principais abordados nesta revisão narrativa estão as análises publicadas de danos graves a seres humanos, questões de controle de qualidade e impurezas relacionadas ao processo, mecanismos subjacentes aos eventos adversos (AEs), a base imunológica para a ineficácia da vacina e as tendências de mortalidade com base nos dados dos ensaios de registro. O desequilíbrio entre risco e benefício comprovado pelas evidências até o momento contraindica novas injeções de reforço e sugere que, no mínimo, as injeções de mRNA devem ser removidas do programa de imunização infantil até que sejam realizados estudos toxicológicos e de segurança adequados. A aprovação da agência federal, nos USA, para as vacinas de mRNA contra a COVID-19 em uma base de cobertura geral para toda a população não teve apoio de uma avaliação honesta de todos os dados de registro relevantes e da consideração proporcional dos riscos e benefícios. Eles concluíram, que ***dada a extensa e bem documentada lista de eventos adversos sérios (SAEs) e a relação inaceitavelmente alta entre risco e benefício, é imperativo demandar dos governos que endossem uma moratória global sobre os produtos de mRNA modificados até que todas as questões relevantes relativas à causalidade, ao DNA residual e à produção de proteínas aberrantes sejam respondidas.***

Em circunstâncias onde os direitos humanos guiassem a conduta de práticas em saúde pública de acordo com o Código de Nuremberg<sup>71</sup>, esta coleção de horrores, sendo praticada abertamente, sob chancela de estados seria considerada crime contra a humanidade de forma categórica. Em suma, as respostas às colocações, aqui criticadas por meio de argumentos consubstanciados, deveriam suscitar um debate científico, adulto e honesto entre cientistas sem a intermediação de agências de propaganda, censores ou de pessoas sem um histórico acadêmico adequado como o dos cientistas envolvidos nesta matéria. Dado o teor das proposições, não tenho certeza se o que aqui foi apresentado como sendo palavras dos nobres colegas reflete o que de fato disseram, o que seria lastimável se fato. Espero que esta seja uma oportunidade e um convite para um necessário debate acadêmico no melhor interesse da verdade e do nosso povo.

Atenciosamente,

Prof. Paolo Zanotto, *D.Phil.*

ps. Agradeço ao Dr. Peter A McCullough o acesso ao material de seu artigo: *Mead M, Seneff S, Wolfinger R, et al. (January 24, 2024) COVID-19 mRNA Vaccines: Lessons Learned from the Registrational Trials and Global Vaccination Campaign. Cureus 16(1): e52876. doi:10.7759/cureus.52876.* Ele foi fundamental para edificar o presente texto, notadamente em aspectos do potencial oncológico e da hiper progressão tumoral.

---

<sup>71</sup> <https://ori.hhs.gov/content/chapter-3-The-Protection-of-Human-Subjects-nuremberg-code-directives-human-experimentation>