

PARA DIVULGAÇÃO IMEDIATA

Ortomolecular Medicine News Service, 28 de fevereiro de 2025

Vacinas - Reavaliando sua Relevância

por Greg Beattie

Introdução

A nova administração de saúde dos EUA prometeu aumentar os testes de segurança das vacinas — uma medida bem-vinda por muitos. No entanto, essa abordagem aborda apenas metade da estrutura de benefícios/riscos na qual as vacinas são julgadas. Neste artigo, apelo para a revisão do lugar exaltado que as vacinas têm desfrutado na história devido aos seus benefícios percebidos. Espera-se que quaisquer novos perfis de risco que surjam dessa nova direção possam, portanto, ser considerados dentro de uma estrutura mais matizada.

O papel da vacinação nos declínios dramáticos da mortalidade e morbidade de certas doenças infecciosas lhe rendeu uma enorme reputação. Essa relevância percebida como agente de mudança no cenário da saúde pública raramente é questionada - e continua sendo nossa solução mais esperançosa quando surgem novas ameaças. [1] Assim, desde o início, as preocupações com os riscos geralmente enfrentam um escrutínio feroz - até mesmo oposição. Isso é o oposto do princípio da precaução. Mesmo onde resultados adversos foram admitidos, o sacrifício de um pequeno número é considerado necessário para o bem maior.

Algumas premissas-chave que sustentam essa percepção são brevemente revisadas aqui:

1. que a vacinação desempenhou um papel fundamental no declínio da mortalidade por doenças infecciosas;
2. que um benefício claro em termos de mortalidade decorre proporcionalmente da sua utilização; e
3. que seu papel na redução da morbidade é facilmente quantificável e substancial.

Os leitores são convidados a reconsiderar essas suposições na esperança de que isso possa promover uma discussão mais aberta e livre sobre questões de segurança quando elas surgirem.

Declínio histórico na mortalidade por doenças infecciosas

Embora a redução drástica da mortalidade por doenças infecciosas nos últimos dois séculos seja frequentemente atribuída à vacinação, o exame dos dados exige uma revisão desta. [2,3]

Na Austrália, evidências empíricas [4] ilustram grandes declínios na mortalidade por doenças específicas antes da vacinação generalizada para cada doença. As mortes por sarampo per capita caíram 99,5% no século anterior à introdução da primeira vacina contra o sarampo (ver Figura 1). Da mesma forma, as mortes por coqueluche caíram 96% antes da implementação em massa da vacina contra coqueluche (DTP) e 86% antes de uma única vacina anterior estar em uso limitado. A mortalidade por difteria caiu

98% antes do licenciamento da DTP e 85% antes de qualquer uso de uma vacina contra difteria.

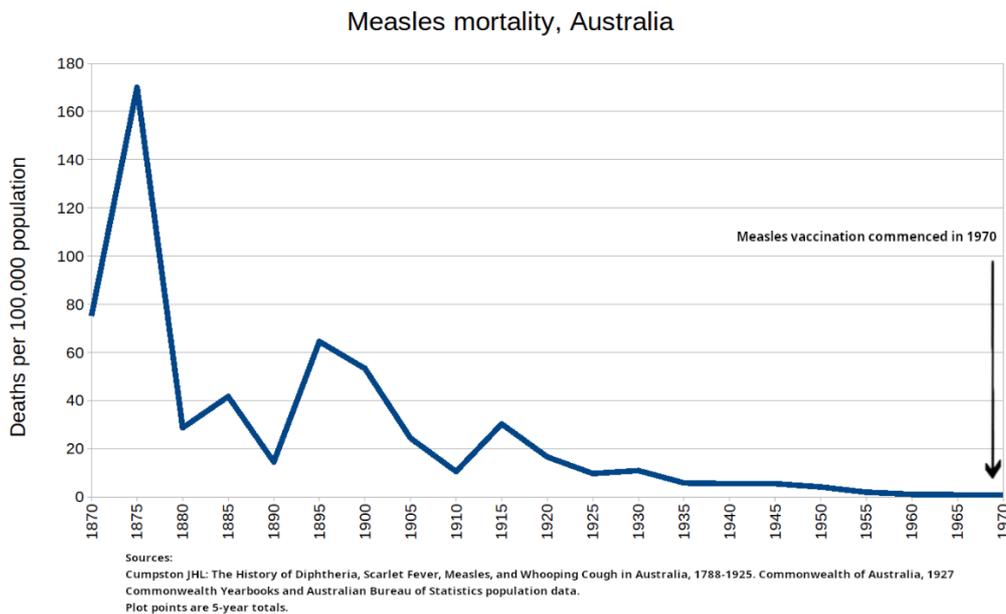


Figura 1.

Deve ser enfatizado que esses números, juntamente com a representação na Figura 1, não fazem nenhuma tentativa de quantificar o papel que as vacinas podem ter desempenhado em quaisquer declínios subsequentes. Eles apenas destacam os declínios que precederam as vacinas.

Este padrão não era exclusivo da Austrália - todos os países com sistemas de registro confiáveis documentaram tendências semelhantes. Vários gráficos confirmando isso estão disponíveis na internet. [5] As vacinas simplesmente não existiam quando a maior parte dos declínios ocorreu. Estamos, portanto, em bases seguras para concluir, sem tentar quantificar sua contribuição eventual, que sua contribuição histórica foi pequena, na melhor das hipóteses.

Estamos igualmente seguros em concluir que outros fatores foram amplamente responsáveis pelos declínios totais, e que suas contribuições de fato ofuscaram as da vacinação. Junto com práticas de saúde mais racionais, esses fatores são universalmente reconhecidos como melhorias na nutrição e no saneamento. Eles não apenas precederam o esforço de vacinação, mas provavelmente continuaram durante ele. Destes, as melhorias na nutrição são consideradas as mais influentes. [2]

Uma exceção ao padrão de chegada tardia da vacinação é, claro, a varíola - a vacina contra a varíola foi desenvolvida em 1798. Embora os registros oficiais indiquem mortalidade insignificante por varíola na Austrália, apesar dos níveis muito baixos de vacinação, [6] outros países experimentaram mortalidade significativa, e declínios substanciais ocorreram durante o uso da vacina. Deve-se notar, no entanto, que declínios paralelos ocorreram em outras doenças infecciosas sem vacina durante o mesmo período - sugerindo claramente que melhorias em outros fatores, como nutrição e saneamento, foram responsáveis. A Figura 2 ilustra os declínios na Inglaterra e no País de Gales tanto da varíola quanto da escarlatina. [7]

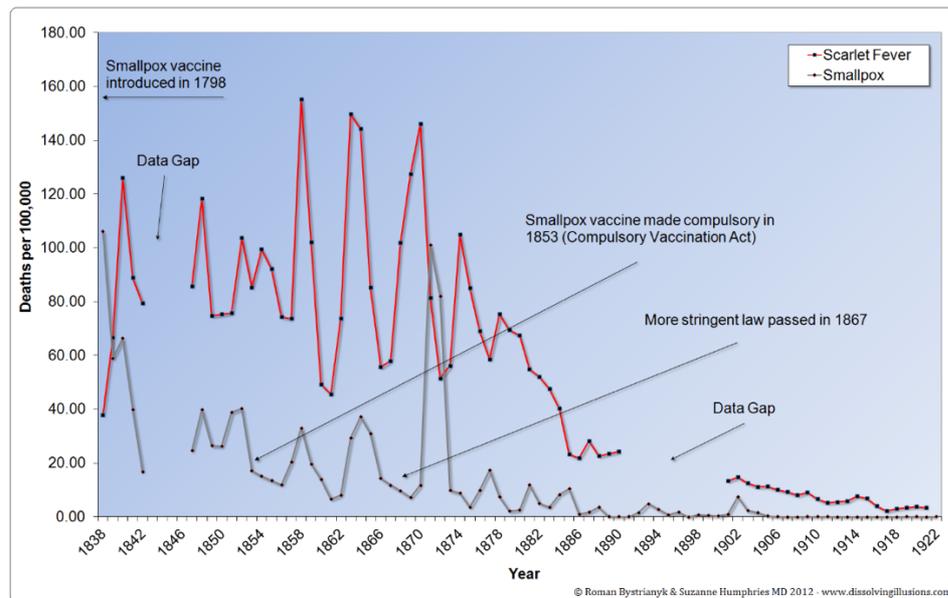


Figura 2. Taxas de mortalidade por varíola e escarlatina na Inglaterra e no País de Gales de 1838 a 1922. (Registro de mortalidade na Inglaterra e no País de Gales por 95 anos, conforme fornecido pelo Escritório de Estatísticas Nacionais, publicado em 1997; Relatório ao Honrável Sir George Cornwall Lewis, Bart, MP, Secretário de Estado Principal de Sua Majestade para o Departamento do Interior, 30 de junho de 1860, pp. a4, 205; Resposta escrita de Lord E. Percy à pergunta parlamentar dirigida pelo Sr. March, MP, ao Ministro da Saúde em 16 de julho de 1923; Ensaio sobre vacinação por Charles T. Pearce, MD, membro do Royal College of Surgeons of England)

Benefício de mortalidade

Programas de vacinação podem ajudar apenas marginalmente a diminuir a mortalidade. O que aconteceria sem eles?

O caso da Suécia fornece um experimento natural interessante. [8] Em 1979, a Suécia removeu a vacina contra coqueluche de seu cronograma, mantendo-a fora por 17 anos até 1996. Ao contrário do que seria de se esperar, os dados de mortalidade mostram que as mortes por coqueluche [9] durante o período de não vacinação (7 mortes) não foram maiores do que os períodos de 17 anos anteriores (10 mortes) ou subsequentes (9 mortes). A sabedoria convencional sugeriria que a pausa deveria ter sido marcada por um pico substancial de mortes, mas esse não foi o caso. A Figura 3 descreve o declínio nas mortes por coqueluche antes da vacina, bem como os baixos níveis persistentes depois, apesar da remoção e reintrodução da vacina.

Este é talvez o único exemplo de um país vacinando, pausando por um período considerável e então retomando, com outros fatores permanecendo presumivelmente constantes. Portanto, pode ser considerado um Desafio → Retirada do desafio → Reintrodução do desafio: um protocolo considerado uma evidência muito forte em relação à noção de causalidade quando observado no nível populacional.

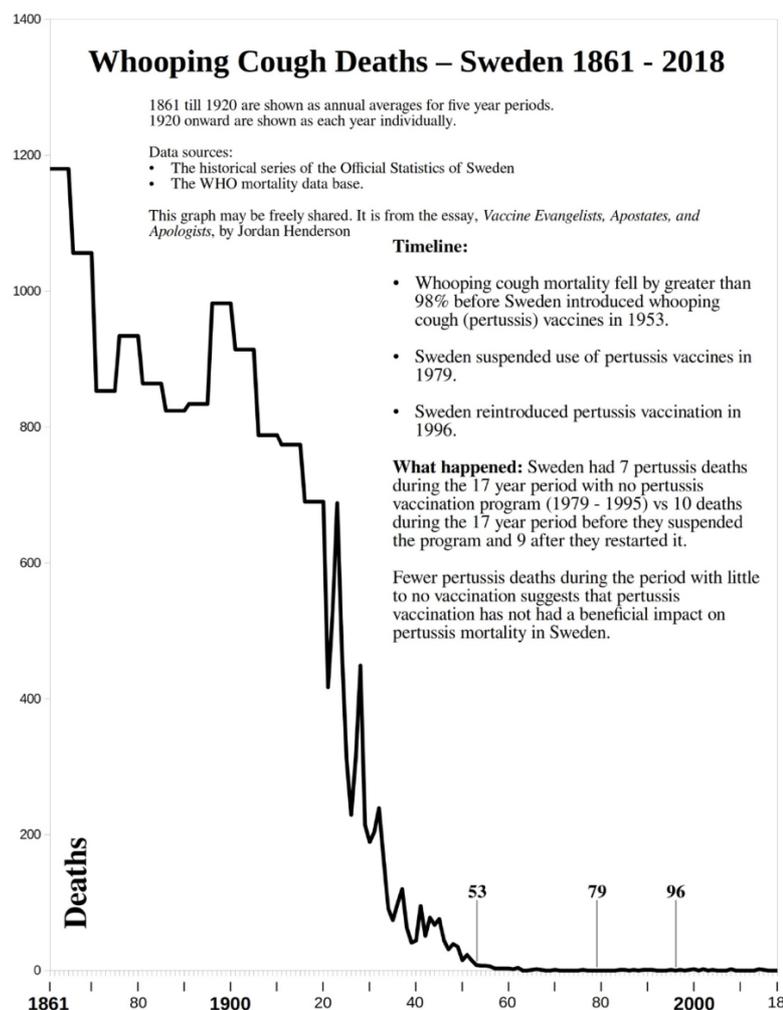


Figura 3.

Também contrariamente às expectativas, a investigação identificou uma associação positiva estatisticamente significativa entre o número de doses de vacinas administradas rotineiramente por um país e as taxas de mortalidade neonatal, infantil e de menores de 5 anos desse país. [10] Mais uma vez, a sabedoria convencional levar-nos-ia a prever o oposto.

Alegações de estudos em países em desenvolvimento parecem equilibrar esses exemplos, no entanto, essas alegações também exigem um exame cuidadoso. Embora reduções drásticas nas mortes por sarampo tenham sido relatadas por esses estudos e atribuídas a programas de vacinação, [11,12] as reduções relatadas não foram baseadas em contagens de mortes. A maioria das mortes estimadas por sarampo ocorre em países que não têm registro de óbitos adequado. Para esses países, as mortes estimadas geralmente derivam de modelos que assumem a eficácia da vacina. [13] O tamanho da população, o número de vacinas administradas e o nível presumido de proteção que elas oferecem são as principais entradas para o modelo. Obviamente, usar os resultados de tal modelo para demonstrar a suposição sobre a qual o modelo é construído é um raciocínio circular.

Morbidade

Embora os dados de mortalidade sofram limitações conhecidas, avaliar a relevância da vacinação além da mortalidade apresenta desafios metodológicos ainda maiores. Os dados de morbidade, embora importantes, são, por necessidade, dados de amostra e, portanto, dependem de um design cuidadoso e de uma adesão rigorosa à quantificação significativa. As notificações de doenças de sistemas de vigilância, frequentemente usadas como um proxy, podem ser influenciadas por vários fatores não relacionados à incidência real da doença. Grandes surtos nas notificações de doenças foram posteriormente determinados como artefatos de tais sistemas. [\[14\]](#)

No exemplo sueco mencionado anteriormente, as notificações de coqueluche foram altas durante a pausa na vacinação (média de 8.545 por ano durante 1979-1995). [\[15\]](#) Então, após a vacinação ser retomada, elas despencaram pelos 17 anos subsequentes para aproximadamente um sexto (média de 1.490 por ano) desse número. As mortes, no entanto, não diminuíram. Essas observações são difíceis de conciliar. O pensamento convencional prevê que as mortes deveriam ter aumentado durante a pausa e então recuado cerca de 6 vezes após a retomada. Se ambos os conjuntos de dados forem confiáveis, a retomada da vacinação levou a uma redução drástica na doença e, ao mesmo tempo, a um aumento drástico na taxa de letalidade. Uma explicação mais provável é que os dados de notificação não são um indicador preciso da morbidade.

Basta ler brevemente os dados sobre o sarampo dos últimos 30 anos no Reino Unido para ver um exemplo da falta de correlação entre casos e mortes. [\[3\]](#)

Os dados de morbidade da poliomielite ilustram uma complexidade adicional. Embora os casos relatados de poliomielite tenham diminuído drasticamente em todos os países desenvolvidos após a introdução da vacina, os protocolos de diagnóstico e notificação mudaram tão fundamentalmente que os números de casos pré e pós-vacina não podem ser comparados de forma significativa. O diagnóstico moderno da poliomielite requer aprovação do comitê de especialistas e confirmação laboratorial do poliovírus, enquanto os casos pré-vacinais eram tipicamente relatados por profissionais individuais com base apenas no julgamento clínico, e estes incluíam muitos casos não paralíticos. [\[16\]](#)

Ensaio clínico randomizado (ECR)

Ensaio controlado randomizado podem parecer oferecer clareza, mas também apresentam preocupações. Considerações éticas normalmente impedem o uso de placebos verdadeiros em estudos de vacinas. A maioria dos ensaios modernos são de equivalência ou não inferioridade — eles comparam novas vacinas com as existentes em vez de controles não vacinados. Isso significa que eles dependem da eficácia estabelecida de seus predecessores. Mas esses predecessores normalmente não foram submetidos a ensaios controlados ou, quando foram, tais ensaios frequentemente usaram outras vacinas não relacionadas (às vezes experimentais), [\[17\]](#) ou solvente de vacina (incluindo formaldeído, tiomersal e fosfato de alumínio), [\[18\]](#) como placebo.

Além disso, ensaios clínicos randomizados raramente usam desfechos clínicos como seus endpoints primários. Em vez disso, a maioria mede a imunogenicidade. Onde os desfechos clínicos são medidos, eles são tipicamente restritos a desfechos clínicos específicos de antígeno (por exemplo, meningite associada ao Hib, em vez de meningite).

Se eles devem abordar o ceticismo, os ensaios controlados randomizados precisam usar placebos inertes e demonstrar sucesso na redução de entidades clínicas usando o

escopo mais amplo possível, incluindo mortalidade geral. Não tenho conhecimento de nenhum ensaio controlado que use um placebo inerte e estabeleça o valor clínico claro de uma vacina em uso rotineiro.

Embora placebos inertes em RCTs de vacinas tenham sido considerados antiéticos, um ensaio de vacina poderia incluir um regime de suplementos nutricionais essenciais fornecidos em várias doses diferentes. Como a nutrição é conhecida por ser um dos principais fatores no aumento da imunidade essencial para a prevenção e tratamento de doenças virais [3] - isso poderia fornecer uma maneira de incluir um placebo verdadeiramente randomizado enquanto também testa a eficácia da dose. [19] Os suplementos de equivalência de candidatos poderiam incluir combinações de vitaminas A, B, C, D, com magnésio, zinco e selênio, em doses múltiplas maiores que a RDA.

Discussão

Essas considerações históricas e metodológicas devem informar os debates atuais sobre a política de vacinas. Para que os benefícios sejam ponderados em relação aos riscos, os benefícios devem ser claramente compreendidos e quantificáveis sem recorrer a suposições questionáveis. Dado que algumas vacinas são isentas de responsabilidade do fabricante em certas jurisdições, e considerando os riscos conhecidos e potenciais, muitos profissionais médicos e membros da comunidade defendem:

1. Discussão científica aberta, incluindo pontos de vista divergentes
2. Protocolos de consentimento informado sólidos
3. Políticas de vacinação não coercitivas
4. Investigação contínua sobre a utilidade e segurança da vacina,
5. Apoio a abordagens alternativas, como suplementação com nutrientes essenciais.

O objetivo explorado aqui não é descartar as vacinas como uma ferramenta de saúde pública, mas encorajar o reexame de algumas das suposições que há muito sustentam seu uso e promover uma avaliação mais realista e baseada em evidências de seus benefícios e limitações dentro do contexto mais amplo de melhorias na saúde pública.

Referências

1. Mayer Y, Etgar S, Shiffman N, et al (2021) Esperança como um preditor para a absorção da vacina COVID-19. Hum Vaccin Immunother . 17:4941-4945. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34714728>
2. McKinlay JB, McKinlay SM (1977) A contribuição questionável das medidas médicas para o declínio da mortalidade nos Estados Unidos no século XX. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 55:405-428. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/413067>
3. Holford, P (2020) Vacinações ou vitaminas impediram mortes por sarampo? Holford Health Club, 30 de setembro de 2020. <https://www.patrickholford.com/did-vaccinations-vitamins-stop-measles-deaths>
4. Cumpston JHL (1927) A história da difteria, escarlatina, sarampo e tosse convulsa na Austrália, 1788-1925. Comunidade da Austrália. Departamento de Saúde. Publicação de serviço nº 37. <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/19292700933> , <https://vaccinationdilemma.com/chapters/CompanionData.zip>

5. Os seguintes sites oferecem vários gráficos: <https://jordanhenderson.substack.com/p/gallery-of-graphs> <https://vaccinationdilemma.com/historical-death-rates-diseases-vaccination.html> <https://dissolvingillusions.com/graphs-images>
6. Cumpston JHL (1914) A História da Varíola na Austrália, 1788-1908. Comunidade da Austrália. <https://archive.org/details/39002011127157.med.yale.edu/mode/2up?view=heater>
7. Humphries S, Bystrianyk R. Dissolving Illusions. Disponível em <https://dissolvingillusions.com/graphs-images>
8. Henderson J. (2023) Evangelistas, apóstatas e apologistas da vacina: Parte 5. <https://jordanhenderson.substack.com/p/vaccine-evangelists-apostates-and-7f5>
9. Banco de Dados de Mortalidade da OMS. Disponível em <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/indicator-groups/indicators/indicator-details/MDB/pertussis>
10. Miller NZ, Goldman GS (2023) Doses de vacinas neonatais, infantis e menores de cinco anos administradas rotineiramente em países desenvolvidos e sua associação com taxas de mortalidade. Cureus 15: e42194. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37484788>
11. OMS (2007) Mortes por sarampo na África caem 91%. <https://www.who.int/news/item/28-11-2007-measles-deaths-in-africa-plunge-by-91>
12. Wolfson LJ, Strebel PM, Gacic-Dobo M, et al., Measles Initiative (2007) A meta de redução da mortalidade por sarampo de 2005 foi alcançada? Um estudo de modelagem de história natural. Lancet. 369:191-200. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17240285>
13. Kenji Shibuya (2007) Decidir estratégias de monitoramento antes de definir metas; Boletim da Organização Mundial da Saúde, junho de 2007, 85:423. <https://www.scielosp.org/article/bwho/2007.v85n6/423-423/en>
14. Scheil W, Cameron S, Roberts C, Hall R (1998) Coqueluche na Austrália do Sul de 1893 a 1996; Comm Dis Intel. 22:76-80. <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-pubs-cdi-1998-cdi2205-cdi2205c.htm>
15. Organização Mundial da Saúde (OMS) (2023) Observatório Global de Saúde da OMS Casos Notificados de Coqueluche por País 1974-2022. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde (OMS). <https://ghdx.healthdata.org/record/who-global-health-observatory-pertussis-reported-cases-country-1974-2022>
16. Nathanson N, Martin J (1979) A epidemiologia da poliomielite: enigmas em torno de sua aparência, epidemicidade e desaparecimento. Am J Epid : 110:672-692. <http://aje.oxfordjournals.org/content/110/6/672.full.pdf+html>
17. Prevenção da coqueluche pela vacinação. Investigação do Conselho de Pesquisa Médica. Br Med J. 1951 30 de junho;1:1463-1471. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14839295>
18. Ad Hoc Group For The Study Of Pertussis Vaccines (1988) Ensaio controlado por placebo de duas vacinas acelulares contra coqueluche na Suécia; Eficácia protetora e eventos adversos. Lancet, 331:P955-P960. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(88\)91778-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(88)91778-3)
19. Wimalawansa SJ (2025) A deficiência de vitamina D atende aos critérios de Hill para causalidade na suscetibilidade, complicações e mortalidade do SARS-CoV-2: uma revisão sistemática. Nutrients , 17:599. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39940457>