



SENADO FEDERAL

Gabinete Senador Luís Carlos Heinze

CPI DA PANDEMIA COVID-19: Fatos, informações e dados que foram negligenciados



SF/21827.81268-31

SUMÁRIO

	Página
1. Considerações iniciais	1
2. A origem da pandemia	4
3. Aquisição de vacinas	7
4. Tratamentos medicamentosos	35
5. Cuidados com os indígenas	78
6. Conflitos de interesses	85
7. Considerações finais	89
8. Anexos	114

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O resultado da CPI-COVID, neste Senado Federal, precisa ser visto por olhos penetrantes e alheios ao emaranhado do ambiente adredeamente acusatório de que se impregnou.

Para isso, dentre tantos editoriais e opiniões, colho a de um jornalista sabidamente respeitado, que, dentre outros semelhantes encargos, foi diretor de redação da revista VEJA por quinze anos.

J.R. GUZZO, em matéria que divulgou em 26/08/2021, acentuou:

“ A CPI da Covid foi aberta em abril e até agora não investigou os desvios de dinheiro do combate à pandemia nos estados.

Não há registro, nos 200 anos de história do Parlamento brasileiro, de alguma coisa — qualquer coisa — tão calamitosa para o Congresso Nacional, o respeito devido às instituições e à lei e, no fim das contas, à ideia de que a vida pública deve ser conduzida com um mínimo de decência, quanto essa “CPI da Covid” que se arrasta por aí desde o início do mês de maio.

A CPI nasceu morta, por um motivo bem simples: sua intenção nunca foi fazer uma investigação séria, honesta e profissional de irregularidades ocorridas no tratamento da epidemia. Tudo o que quis, de maneira indiscutível e flagrante, foi chegar à conclusão de que o presidente da República havia praticado “genocídio”.

Não se trata de uma questão de opinião: no seu discurso inicial, antes de se ouvir a primeira testemunha ou de se apurar o primeiro fato, o relator já anunciou que o relatório final da CPI iria condenar o governo, o seu “negacionismo”, a cloroquina e sabe Deus o que mais. Como acreditar, por um minuto que seja, na limpeza de qualquer ação praticada por um monstrengo desses?

A credibilidade do Congresso, em condições normais de temperatura e de pressão, já é um desastre com perda quase total — a fé que a população coloca em senadores e deputados está, mais ou menos, entre a que é dedicada aos flanelinhas e a que distingue os vendedores de relógios suíços feitos no Paraguai. Com essa CPI, caiu abaixo de zero, e aí deve ficar por tempo indeterminado.

Em quatro meses inteiros de ruído, gasto insensato de dinheiro público e acessos de histeria dos “acusadores”, sem contar as mais grosseiras violações da lei, a comissão não foi capaz de descobrir um único fato real — nem um — que apontasse para a prática de delitos. Não foi feita uma única e escassa acusação que tivesse um mínimo de valor jurídico. Não foi produzido nada, absolutamente nada, capaz de gerar um mero inquérito policial.

Xingatório de mãe, desrespeito escandaloso aos direitos humanos e legais dos depoentes, acessos de neurastenia por parte dos inquisidores e mentiras em estado puro — é tudo o que essa aberração produziu até agora e vai produzir até acabar, em novembro.

Onde estão os deputados que tinham “depoimentos devastadores” sobre corrupção na compra de vacinas? Onde estão os representantes de “laboratórios indianos” e as suas acusações sem resposta? Onde estão os vendedores–corretores–intermediários disso e daquilo? Onde está, enfim, a bomba de hidrogênio anunciada dezenas de vezes na mídia? A soma dos efeitos concretos de tudo isso, até agora, é três vezes zero.

No momento, como se o fracasso absoluto das acusações em termos de fatos e de provas não existisse, a CPI enrola a opinião pública com mais um “jantar” que “teria” havido para combinar alguma “possível” roubalheira em não se sabe bem o quê. Há também a opção de debater voos de avião “para a Índia” para uma compra de vacinas que não foi feita, num negócio que não se sabe qual é.

É difícil de acreditar, mas tudo isso rende manchete diária na imprensa. O relator e o presidente da CPI, além dos seus colegas mais excitados, publicam na mídia, desde o primeiro dia de CPI, qualquer disparate que queiram; são, hoje, os reais editores do noticiário sobre essa farsa toda.

Em nenhum momento se menciona que o relator da CPI tem nove processos penais no lombo, e que o presidente é um veterano de investigações sobre corrupção da Polícia Federal na área da saúde; sua própria mulher e três irmãos, por sinal, foram para a cadeia sob acusação de ladroagem no mesmo setor de atividade.

Não se dá um pio, igualmente, sobre o aspecto mais sórdido e inexplicável dessa CPI. A investigação não apura nada, absolutamente nada, da corrupção gigante que foi a gestão da COVID-19 nos estados, o “Covidão” – ao contrário, oculta deliberadamente o seu extenso prontuário de roubos de respiradores, superfaturamento em hospitais de emergência que nunca funcionaram, contratos secretos de compra e por aí afora.

Esses são os fatos. O resto é falsificação.

A população brasileira assistiu ao desenrolar das atividades da CPI e sabe que o jornalista retratou com fidelidade a escandalosa condução de um instrumento investigatório que goza de prerrogativas judiciais.

Para tudo sintetizar: IMAGINE-SE UMA AUDIÊNCIA, NO FORUM, conduzida por três juízes, em que eles se comportassem como o Presidente, o Vice-Presidente e o Relator se comportaram!!!

SEM PALAVRAS...”

2. A ORIGEM DA PANDEMIA

Embora os primeiros casos de Covid-19 tenham sido identificados no início de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, um estudo liderado pela Universidade de Kent, na Inglaterra, sugere que a primeira pessoa a ser infectada pelo coronavírus Sars-CoV-2 tenha se contaminado cerca de dois meses antes dos dados oficiais — entre o início de outubro e meados de novembro de 2019. De acordo com a pesquisa, publicada no periódico científico *PLOS Pathogens*, o mais provável é que o vírus tenha surgido na China em 17 de novembro de 2019. Em janeiro de 2020, o agente infeccioso já teria se espalhado globalmente.

Foi a aplicação de um método originalmente criado para datar o momento de extinção de uma espécie que conduziu os pesquisadores às conclusões. Neste caso, como o grupo estava interessado no momento de origem — e não extinção — de um organismo, a técnica da ciência da conservação, conhecida internacionalmente pela sigla OLE, foi aplicada com a direção temporal reversa. Assim, os pesquisadores conseguiram estimar a data aproximada de origem do vírus Sars-CoV-2 em 203 países, incluindo o Brasil.

Os resultados sugerem que, após emergir na China, os primeiros casos de Covid-19 fora do país teriam ocorrido no Japão, em 3 de janeiro de 2020. Depois, o vírus chegaria à Tailândia, em 7 de janeiro de 2020. O patógeno, então, começaria a se espalhar na Europa, chegando primeiro à Espanha, em 12 de janeiro de 2020. *“Em seguida, o vírus parece ter continuado a se espalhar para outros países no leste da Ásia, com a quarta data de origem fora da China sendo na Coreia do Sul, em 14 de janeiro de 2020”*, escreveram os pesquisadores no estudo.



SF/21827.81268-31

Após a propagação no continente europeu, o vírus teria se espalhado pela América do Norte, fazendo dos Estados Unidos o quinto país fora da China a ser atingido pela pandemia, em 16 de janeiro de 2020. Os pesquisadores também elencaram os primeiros casos estimados em outros três continentes: na Oceania, a Austrália teria sido a pioneira, com a data de origem estimada em 23 de janeiro de 2020; na África, foi a Nigéria, em 9 de fevereiro de 2020; e na América do Sul, o Brasil, em 19 de fevereiro de 2020 (Roberts *et al.*, 2021).

Em 19 de abril de 2002 - na primavera antes do primeiro surto de SARS na Ásia - Christopher M. Curtis, Boyd Yount e Ralph Baric entraram com um pedido de Patente U.S. 7.279.372 para um método de produção de coronavírus recombinante. Em primeiro registro público das reivindicações, eles procuraram patentear um meio de produzir, "*um infectante, com defeito de replicação, coronavírus.*" Este trabalho foi financiado pela bolsa NIH (National Institute of Health) referenciada acima e GM63228. Em suma, o Departamento dos EUA da Saúde e Serviços Humanos estava envolvido no financiamento da amplificação da natureza infecciosa do coronavírus entre 1999 e 2002, antes que o SARS fosse detectado em humanos.

Neste contexto, foram observados esforços incomuns de obtenção de patentes do CDC, quando em 25 de abril de 2003 os citados pesquisadores buscaram patentear o coronavírus SARS isolado de humanos que supostamente foi transferido para humanos durante o período de 2002-2003 e durante o surto de SARS na Ásia. Porém a Lei 35 U.S.C. §101 proíbe a natureza do patenteamento. Essa ilegalidade não impediu o CDC em seus esforços. Sua aplicação, atualizada em 2007, indicou que finalmente foi emitido como Patente U.S. 7.220.852 e restringiu qualquer pessoa não licenciada por sua patente de manipular SARS CoV, desenvolver testes ou kits para medir o coronavírus SARS em humanos ou trabalhar com seu vírus patenteado para uso terapêutico. Foram realizados trabalhos associados a este vírus por seus colaboradores selecionados, onde encontram-se incluídas quantidades consideráveis de engenharia quimérica, estudos de ganho de função, caracterização viral, detecção, tratamentos (vacinas e intervenção terapêutica) e inquéritos sobre armamento. Em suma, com a Patente U.S. 6.593.111 de Baric (Reivindicações 1 e 5) e a patente 852 do CDC (Reivindicação 1), nenhuma pesquisa nos Estados Unidos poderia ser conduzida sem permissão ou violação.



Foi observado que o especialista em ganho de função, Dr. Ralph Baric, foi o destinatário de milhões de dólares em pesquisas dos EUA com origem de doações de várias agências federais, mas também fez parte do Comitê Internacional da Organização Mundial da Saúde sobre *Taxonomy of Viruses* (ICTV) e o conhecido *the Coronaviridae Study Group* (CSG). Nesta posição, ele foi responsável por determinar a "novidade" de dados de espécies de vírus, mas se beneficiaram diretamente da determinação de declarações de novidade na forma de novas autorizações de financiamento de pesquisa e patentes associadas e colaboração comercial. Junto com CDC, NIAID, OMS, partes acadêmicas e comerciais (incluindo empresas como Johnson & Johnson; Sanofi e diversas empresas de biotecnologia detentoras de patentes; Moderna; Ridgeback; Gilead; Sherlock Biosciences; e, outros), um poderoso grupo de interesses constituíram o que é conhecido como "diretorias interligadas" de acordo com as leis antitruste dos EUA.

Essas entidades também eram afiliadas ao Conselho de Monitoramento de Preparação Global da OMS (GPMB), cujos membros atuaram como instrumental no EVENTO 201 do exercício de mesa pandêmica global de coronavírus financiado pela *Open Philanthropy* em outubro de 2019. Este evento, financiado pelo principal investidor da Sherlock Biosciences e vinculando ao parceiro de financiamento interligado, a Fundação Bill e Melinda Gates no mandato GPMB para um exercício de preparação global para doenças respiratórias a ser concluído em setembro de 2020, alertou a inteligência norte-americana para antecipar um cenário de "epidemia". Esperávamos ver tal cenário emergir de Wuhan ou Guangdong China, norte da Itália, Seattle, Nova York ou uma combinação dos dois, uma vez que o Dr. Zhengli Shi e o trabalho do Dr. Baric sobre a transmissão zoonótica do coronavírus identificaram mutações sobrepostas no coronavírus em populações de morcegos localizadas nessas áreas.

Em maio de 2021 foi publicado o dossiê Fauci, de autoria de David E. Martin. Este dossiê não é de forma alguma exaustivo. É, no entanto, indicativo das inúmeras violações criminais que podem estar associadas ao terrorismo de COVID-19. Todos os materiais de origem são referenciados neste dossiê, que encontra-se em investigações por parte do Senado Americano. Análises detalhadas adicionais de todos os indivíduos, instituições de pesquisa,



fundações, fontes de financiamento e empresas comerciais podem ser acessados a pedido.

Durante a condução da CPI Covid-19 no Brasil este dossiê foi citado várias vezes, bem como houve a indicação da necessidade de o Senado Federal brasileiro entrar em contato com o Senado Federal Americano para juntos discutirem sobre a possível origem criminosa desta pandemia. Porém em nenhum momento a mesa que regia a CPI manifestou boa vontade. Ao contrário, negligenciou os alertas e nas degravações de diversas sessões da CPI constam ameaças e acusações de “fake news” sobre a existência deste dossiê. O mesmo encontra-se em anexo a este relatório.

3. AQUISIÇÃO DE VACINAS

Um século atrás, Oswaldo Cruz empreendeu no Brasil uma obra saneadora que se converteria num dos episódios mais comoventes da história da saúde pública mundial. O grande sanitaria estabelecceu um modelo de ação e deixou um exemplo que ainda inspiram o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que possui 48 anos de existência no Brasil.

Num país como o nosso — de dimensões continentais e cerca de 212 milhões de habitantes —, erradicar ou manter sob controle todas as doenças que podem ser erradicadas ou mantidas sob controle por meio de vacinas é uma missão que dignifica o PNI. Desde que foi criado, em 18 de setembro de 1973, o PNI procura não apenas cumprir sua missão. Nessas quase cinco décadas, tornou-se ação de governo caracterizada pela inclusão social, na medida em que assiste todas as pessoas, em todos os recantos do País, sem distinção de qualquer natureza. Seja rico ou pobre, more no litoral ou nos sertões, seja velho ou jovem, o brasileiro sabe que pode contar com vacina de boa qualidade em todos os momentos de sua vida. Não existem excluídos para o PNI. As vacinas do programa estão à disposição de todos nos postos ou com as equipes de vacinação, cujo empenho permite levar a imunização mesmo a locais de difícil acesso — às matas, aos morros, aos becos das favelas, às palafitas. Eles vão aonde é preciso ir para imunizar a população. Trata-se, enfim, de um programa que honra a memória e respeita as lições de profissionais de saúde notáveis de



ontem e de hoje. Garantir saúde, sim, mas com o comportamento ético e a consciência de que é preciso lutar sem descanso para reduzir as desigualdades sociais do Brasil. O Programa Nacional de Imunizações tem papel preponderante nessa luta, cuja missão maior é dedicação à garantia de saúde de toda a população brasileira.

Na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), braço da Organização Mundial de Saúde (OMS), o PNI brasileiro é citado como referência mundial.

No histórico do PNI, duas providências foram especialmente importantes: a implantação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Cries), desde 1993, e a criação, em 1991, do Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CTAI).

Os Cries são unidades de vacinação públicas e gratuitas que oferecem produtos especiais a indivíduos que necessitam de imunobiológicos específicos, mediante prescrição médica. Os Centros de referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) têm como finalidade facilitar o acesso à população, em especial dos portadores de imunodeficiência congênita ou adquirida e de outras condições especiais de morbidade, ou exposição a situações de risco aos imunobiológicos especiais para a prevenção das doenças que são objeto do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Os CRIE atendem de forma personalizada o público que necessita de produtos especiais, de alta tecnologia e alto custo que são adquiridos pelo PNI. Porém, para fazer uso desses imunobiológicos, é necessário apresentar a prescrição com indicação médica (com CID10) e relatório clínico do seu caso (em receituário ou outro documento, cópia de resultado de exame que comprove o laudo, se for o caso). Nos municípios onde não há CRIE, basta procurar a Secretaria Municipal de Saúde – Programa Municipal de Imunizações, que intermediará o contato com o CRIE. Já foram implantados 36 desses centros em todos os estados brasileiros e com importante papel para o Sistema de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinais. Hoje, os Cries contam com um sistema informatizado para o controle e avaliação de suas ações, o SI-Crie. Beneficiam-se dos Cries pacientes que podem ser agrupados em três principais categorias:



- profilaxia pré e pós-exposição a agentes infecciosos em determinados grupos de risco;
- substituição de produtos disponíveis na rede básica do País, quando não puderem ser utilizados devido a motivos clínicos;
- imunização de imunodeficientes.

O CTAI é composto por membros nomeados pelo Ministro da Saúde, profissionais experts em áreas afins, representantes de sociedades médicas das cinco macrorregiões do País, do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (INCQS/Fiocruz), da Vigilância Epidemiológica Nacional e do PNI. Com caráter consultivo, o Comitê tem por finalidade assessorar o Ministério da Saúde na identificação de prioridades, na formulação de diretrizes nacionais nas áreas de pesquisa, produção, aquisição, distribuição e utilização de imunobiológicos, fundamentado em avaliações sistemáticas e em dados técnico-científicos atualizados. Neste sentido, e afim de aumentar esforços no combate da COVID-19, o governo brasileiro instituiu a Câmara Técnica de Assessoramento em Imunização (CTAI) e a Câmara Técnica em Imunização da Covid-19 (CTAI COVID-19), por meio da portaria GM/MS Nº 1.841, de 5 de agosto de 2021 (D.O.U. Publicado em 09/08/2021, edição: 149, seção 1, página 59, Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Dentre os integrantes desta câmara, destacam-se: representantes do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis; da Coordenação Geral do PNI da Secretaria de Vigilância em Saúde; do CONASS e do CONASEMS; de órgãos e entidades governamentais e não governamentais envolvidos técnica e cientificamente com a temática; e especialistas de notório conhecimento em assuntos relacionados à imunização. A CTAI COVID se reúne em caráter ordinário quinzenalmente, e em caráter extraordinário sempre que houver necessidade.

Sendo a COVID-19 uma doença infecciosa causada por um novo coronavírus que surgiu recentemente (SARS-CoV-2, na sigla em inglês), em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi declarada pela OMS como uma pandemia, a primeira de não-influenza, que afetou mais de 200 países, com mais de 240



milhões de casos até o momento. O mundo buscou em tempo recorde vacinas contra a COVID-19. E não foi diferente no Brasil.

Em 16 de dezembro de 2020 foi publicado o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, sob a gestão do Ministro Eduardo Pazuello (https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica.pdf).

Para colaboração na elaboração deste plano, o Ministério da Saúde instituiu a Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis por meio da Portaria GAB/SVS nº 28 de 03 de setembro de 2020 com a Coordenação da SVS, composta por representantes deste ministério e de outros órgãos governamentais e não governamentais, assim como Sociedades Científicas, Conselhos de Classe, especialistas com expertise na área, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

O plano foi organizado em 10 eixos, a saber:

- 1) Situação epidemiológica e definição da população-alvo para vacinação;
- 2) Vacinas COVID-19;
- 3) Farmacovigilância;
- 4) Sistemas de Informações;
- 5) Operacionalização para vacinação;
- 6) Monitoramento, Supervisão e Avaliação;
- 7) Orçamento para operacionalização da vacinação;
- 8) Estudos pós-marketing;
- 9) Comunicação;
- 10) Encerramento da campanha de vacinação.

As diretrizes definidas neste plano visaram apoiar as Unidades Federativas (UF) e municípios no planejamento e operacionalização da vacinação contra a doença. O governo considerou que o êxito dessa ação será possível mediante o envolvimento das três esferas de gestão em esforços



coordenados no Sistema Único de Saúde (SUS), mobilização e adesão da população à vacinação.

Destaca-se que foi previsto que as informações contidas neste plano seriam atualizadas conforme o surgimento de novas evidências científicas, conhecimentos acerca das vacinas, cenário epidemiológico da covid-19, em conformidade com as fases previamente definidas e aquisição dos imunizantes após aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Durante a condução da CPI não foram dadas oportunidades para os depoentes relatarem os detalhes deste plano que foi implementado pelo governo brasileiro. Importante frisar aqui as principais premissas deste plano, que foram:

- 1) Este plano foi elaborado em consonância com as orientações globais da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).
- 2) Em dezembro de 2020 existiam vacinas COVID-19 que se encontravam em estudos de fase III, algumas já utilizadas emergencialmente em alguns países, embora não houvesse ainda uma vacina registrada no Brasil.
- 3) Algumas definições contidas neste plano são dinâmicas, condicionadas às características e disponibilidade das vacinas aprovadas para o uso emergencial, e que portanto precisariam ser ajustadas como, por exemplo, adequação dos grupos prioritários, população-alvo, capacitações e estratégias para a vacinação.

3.1 Sobre grupos com elevada vulnerabilidade social

Além dos indivíduos com maior risco para agravamento e óbito devido às condições clínicas e demográficas, existem ainda grupos com elevado grau de vulnerabilidade social e, portanto, suscetíveis a um maior impacto ocasionado pela COVID-19. Neste contexto, é importante que os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) também foram levados em consideração ao pensar a vulnerabilidade à COVID-19.

O Plano de Vacinação desenvolvido pelo Programa Nacional de Imunizações em cooperação com o comitê de especialistas da Câmara Técnica,



foi baseado em princípios similares aos estabelecidos pela OMS, bem como nas considerações sobre a viabilização operacional das ações de vacinação. Optou-se pela seguinte ordem de priorização: preservação do funcionamento dos serviços de saúde, proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos, seguido da preservação do funcionamento dos serviços essenciais e proteção dos indivíduos com maior risco de infecção.

Desta forma foram elencadas as seguintes populações como grupos prioritários para vacinação:

- 1) Trabalhadores da área da saúde (incluindo profissionais da saúde, profissionais de apoio, cuidadores de idosos, entre outros);
- 2) Pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas;
- 3) População idosa (60 anos ou mais);
- 4) Indígena aldeado em terras demarcadas aldeados, comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas;
- 5) População em situação de rua;
- 6) Morbidades (Diabetes mellitus; hipertensão arterial grave (difícil controle ou com lesão de órgão alvo); doença pulmonar obstrutiva crônica; doença renal; doenças cardiovasculares e cérebro-vasculares; indivíduos transplantados de órgão sólido; anemia falciforme; câncer; obesidade grau III);
- 7) Trabalhadores da educação, pessoas com deficiência permanente severa, membros das forças de segurança e salvamento, funcionários do sistema de privação de liberdade, trabalhadores do transporte coletivo, transportadores rodoviários de carga, população privada de liberdade.

Os detalhamentos das especificações dos grupos prioritários e recomendações para vacinação dos grupos elencados acima encontram-se no anexo deste relatório.

É importante ressaltar aqui que mesmo que o governo federal quisesse adquirir vacinas em dezembro de 2020, não haviam naquela data nenhuma vacina disponível no mercado e cuja fornecedora tivesse ingressado com documentação para pedido de registro emergencial junto



à **ANVISA**. Também, mesmo que o governo federal tivesse o interesse de centralizar ou promover uma campanha de vacinação sob a tutela federal, este estava impedido pelo STF. O Ministro do STF, Ricardo Lewandowski foi o relator da AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 6.587 do DISTRITO FEDERAL, em que deixou claro que:

I – A vacinação em massa da população constitui medida adotada pelas autoridades de saúde pública, com caráter preventivo, apta a reduzir a morbimortalidade de doenças infecciosas transmissíveis e a provocar imunidade de rebanho, com vistas a proteger toda a coletividade, em especial os mais vulneráveis.

II – A obrigatoriedade da vacinação a que se refere a legislação sanitária brasileira não pode contemplar quaisquer medidas invasivas, aflitivas ou coativas, em decorrência direta do direito à intangibilidade, inviolabilidade e integridade do corpo humano, afigurando-se flagrantemente inconstitucional toda determinação legal, regulamentar ou administrativa no sentido de implementar a vacinação sem o expresse consentimento informado das pessoas.

III – A previsão de vacinação obrigatória, excluída a imposição de vacinação forçada, afigura-se legítima, desde que as medidas às quais se sujeitam os refratários observem os critérios constantes da própria Lei 13.979/2020, especificamente nos incisos I, II, e III do § 2º do art. 3º, a saber, o direito à informação, à assistência familiar, ao tratamento gratuito e, ainda, ao “pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas”, bem como os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, de forma a não ameaçar a integridade física e moral dos recalcitrantes.

IV – A competência do Ministério da Saúde para coordenar o Programa Nacional de Imunizações e definir as vacinas integrantes do calendário nacional de imunização não exclui a dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para estabelecer medidas profiláticas e terapêuticas destinadas a enfrentar a pandemia decorrente do novo coronavírus, em âmbito regional ou local, no exercício do poder-dever de “cuidar da saúde e assistência pública” que lhes é cometido pelo art. 23, II, da Constituição Federal.



V - ADIs conhecidas e julgadas parcialmente procedentes para conferir interpretação conforme à Constituição ao art. 3º, III, d, da Lei 13.979/2020, de maneira a estabelecer que: (A) a vacinação compulsória não significa vacinação forçada, por exigir sempre o consentimento do usuário, podendo, contudo, ser implementada por meio de medidas indiretas, as quais compreendem, dentre outras, a restrição ao exercício de certas atividades ou à frequência de determinados lugares, desde que previstas em lei, ou dela decorrentes, e (i) tenham como base evidências científicas e análises estratégicas pertinentes, (ii) venham acompanhadas de ampla informação sobre a eficácia, segurança e contraindicações dos imunizantes, (iii) respeitem a dignidade humana e os direitos fundamentais das pessoas; (iv) atendam aos critérios de razoabilidade e proporcionalidade, e (v) sejam as vacinas distribuídas universal e gratuitamente; e (B) tais medidas, com as limitações expostas, podem ser implementadas tanto pela União como pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, respeitadas as respectivas esferas de competência.

Fonte: AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 6.587 DISTRITO FEDERAL, em 17/12/2020.

3.2. Sobre os contratos e quantidades de vacinas entregues

O quadro abaixo publicado pelo Ministério da Saúde resume os contratos aquisição de vacinas realizados desde janeiro de 2021 até os dias atuais.

Quadro 1. Projeção de entregas de vacinas Covid-19 em quantidade de doses adquiridas pelo governo federal. Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/entregas-de-vacinas-covid-19/projecao-de-entregas-de-vacinas-covid-19-13-10-2021/view>



Projeção de entregas de vacinas Covid-19 (quantidade de doses)												DISQUE SAÚDE 136		
SITUAÇÃO REGULATÓRIA ANVISA	NOME DA VACINA	DESENVOLVEDORES/PRODUTORES (LABORATÓRIOS)	jun-21	jul-21	ago-21	set-21	out-21	nov-21	dez-21	PREVISÃO DE RECEBIMENTO	PREVISÃO DE RECEBIMENTO	TOTAL	SITUAÇÃO	
			RECEBIDO	RECEBIDO	RECEBIDO	RECEBIDO	RECEBIDO	RECEBIDO	RECEBIDO	RECEBIDO	RECEBIDO			
USO EMERGENCIAL	COVIDSHIELD - COVID-19	BIOMANGUMINOS (FIOCRUZ)/ASTRAZENECA/CORONAVAC/UMC	2.000.000	1.996.000								3.996.000	FIRMADO	
REGISTRADA	COVID-19 (RECOMBINANTE)	BIOMANGUMINOS (FIOCRUZ)/ASTRAZENECA/CORFO		2.822.000	18.186.750	21.077.750	18.258.000	14.504.000	11.517.760	12.033.740		106.000.000	FIRMADO	
REGISTRADA	COVID-19 (RECOMBINANTE)	BIOMANGUMINOS (FIOCRUZ)/ASTRAZENECA/CORFO								3.306.000	15.374.000*	56.109.900*	75.000.000*	
REGISTRADA	COVID-19 (RECOMBINANTE)	BIOMANGUMINOS (FIOCRUZ)										35.000.000*	EM TRATATIVA	
USO EMERGENCIAL	CORONAVAC/ASSORVIDA COVID-19	INSTITUTO BUTANTAN/SINOVAC BIOTECH	8.702.340	4.853.000	22.758.870	5.800.000	5.116.000	5.000.000	10.054.000	30.000.000	7.115.832	106.000.000	CONTRATADO	
USO EMERGENCIAL	CORONAVAC/ASSORVIDA COVID-19	INSTITUTO BUTANTAN/SINOVAC BIOTECH										30.000.000*	EM TRATATIVA	
CONVAV FACILITY	ASTRAZENECA/CORFO	ASTRAZENECA/CSK BIOSCIENCE		1.022.400		4.051.200		4.048.800				5.118.200	14.241.600	
CONVAV FACILITY	COMBRINACTM	PROZEBIOTECH/INVETI					842.400					842.400	CONTRATADO	
CONVAV FACILITY	CORONAVAC/ASSORVIDA COVID-19	INSTITUTO BUTANTAN/SINOVAC BIOTECH							3.916.800			3.916.800	CONTRATADO	
CONVAV FACILITY	AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO	AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO										23.510.999*	23.510.999	
REGISTRADA	COMBRINACTM	PROZEBIOTECH/INVETI		1.000.000	2.515.500	11.062.800	13.028.870	27.404.910	38.217.230	5.177.200		100.000.000	CONTRATADO	
REGISTRADA	COMBRINACTM	PROZEBIOTECH/INVETI								31.000.000*	62.898.000*	93.898.000	CONTRATADO	
USO EMERGENCIAL	JANSSEN COVID-19 VACINE	JANSSEN (JOHNSON & JOHNSON)						1.801.000				36.198.400	38.000.000	
USO EMERGENCIAL	JANSSEN COVID-19 VACINE	JANSSEN (JOHNSON & JOHNSON)						3.000.000					DOAÇÃO/AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO	
USO EMERGENCIAL	CORONAVAC/ASSORVIDA COVID-19	INSTITUTO BUTANTAN/SINOVAC BIOTECH				2.000							DOAÇÃO/AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO	
USO EMERGENCIAL	CORONAVAC/ASSORVIDA COVID-19	INSTITUTO BUTANTAN/SINOVAC BIOTECH						20.000			9.300		DOAÇÃO/AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO	
REAPORTAÇÃO CONDICIONAL*	GRUTINA V	SARALLEN/UNIMED/QUÍMICA										30.000.000*	CONTRATADO	
TOTAL			35.702.340	6.852.000	26.609.270	25.987.000	33.362.800	30.947.810	42.846.770	68.021.000	65.084.432	51.540.500	390.148.400	549.512.468*
LIBERAÇÃO DAS VACINAS ACESSO ACIR														
BIOCS - INSTITUTO NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE EM SAÚDE			60	300	5.700	880	1.800	694	1.020	1.908	1.294	940	35.148	

No quadro acima fica demonstrado que o governo federal adquiriu as vacinas para o combate da COVID19 a partir de janeiro de 2021, tendo totalizado cerca de 550 milhões de doses de vacinas para combater a COVID-19. E que atualmente os Estados e municípios contam com 549.512.468 doses de vacinas disponíveis (ver no quadro acima que este valor se refere a um quantitativo total atualizado considerando somente a situação firmado/contratado, excluindo contrato sobrestado/em rescisão/em tratativas). Com uma população de 212.600.000 habitantes, temos a garantia de 2,58 doses por habitantes.

Se somarmos a este valor as doses previstas em contrato sobrestado/em rescisão/em tratativas, teremos a quantidade total de 624.512.468 doses de vacinas até dezembro deste ano. Portanto, o governo federal já obteve garantias de fornecimento de 2,93 doses de vacinas por habitante do Brasil, independentemente de sua idade.

Com o avanço da vacinação no Brasil, estudo do banco suíço UBS usou dados sobre ritmo de vacinação para avaliar perspectivas de controle da pandemia e projetou retorno à normalidade econômica de nossa páise para o último trimestre de 2021 (<https://exame.com/bussola/banco-suico-projeta-normalidade-economica-no-brasil-para-setembro/>).

SF/21827.81268-31

3.3. Sobre as quantidades por tipo/marca

Em primeiro lugar, cabe demonstrar quais vacinas possuem registro para sua comercialização e aplicação nos cidadãos brasileiros.

Quadro 2. Situação atual de registro das vacinas que estão disponíveis para os brasileiros. Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>

As vacinas adotadas pelo SUS passaram por todas as etapas necessárias para a criação de um novo imunizante e cumprem a critérios científicos rigorosos adotados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Veja o status das vacinas que estarão disponíveis no Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Registros Definitivos		Aprovadas para uso emergencial		Em análise pela Anvisa	
LABORATÓRIO	DOSES	LABORATÓRIO	DOSES	LABORATÓRIO	DOSES
Astrazeneca/Oxford (Fiocruz)		Janssen (Johnson & Johnson)		Covaxin (Bharat Biotech)	
Pfizer (BioNTech)		CoronaVac (Butantan)		Sputnik-V (União Química)	

Em segundo lugar, é necessário esclarecer quais etapas de liberação de vacinas são necessárias.

O planejamento da vacinação nacional foi e continua sendo orientado em conformidade com o registro e licenciamento de vacinas, que no Brasil é de atribuição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), conforme Lei nº 6.360/1976 e regulamentos técnicos como RDC nº 55/2010, RDC 348/2020 e RDC nº 415/2020. Ressalta-se ainda a RDC nº 444, de 10 de dezembro de 2020, que estabelece a autorização temporária de uso emergencial, em caráter experimental, de vacinas COVID-19 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância nacional, decorrente do surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Trata-se de normativa que estabelece os critérios mínimos a serem cumpridos pelas empresas para submissão do pedido de autorização temporária de uso emergencial durante a vigência da emergência em saúde



pública, detalhados no Guia da Anvisa nº 42/2020. Ressalta-se que a vacinação é gratuita.

Uma vez obtido o registro emergencial, iniciou-se o processo de aquisição e distribuição das vacinas no Brasil.

Quadro 3. Etapas de liberação de vacinas por parte do Ministério da Saúde. Fonte:

https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMAS_LIBERA_VACINA/EMAS_LIBERA_VACINA.html

Recebimento pelo MS	Doses	Imunizante	Monitoramento de temperatura	Controle de qualidade	Anvisa	Data de liberação	Doses Liberadas
15/10	1.320.920	Pfizer - 06 doses	●	●	○	-	0
15/10	1.905.918	Pfizer - 06 doses	●	●	○	-	0
15/10	3.982.670	Fiocruz - 05 doses	●	●	●	-	0
14/10	912.576	Pfizer - 06 doses	●	●	○	-	0
10/10	1.977.288	Pfizer - 06 doses	●	●	●	14/10	1.977.288
10/10	11.700	Pfizer - 06 doses	●	●	●	15/10	11.700
06/10	1.140.750	Pfizer - 06 doses	●	●	●	07/10	1.140.750
05/10	9.300	Coronavac - Covax - 01 dose	○	●	○	-	0

● Não se aplica ● Em andamento
○ Não iniciado ● Vacinas liberadas

Portanto, fica evidenciado que os lotes de vacina passam por rigoroso monitoramento de controle de temperatura (para os imunizantes que assim requerem tal controle), controle de qualidade e constante acompanhamento da ANVISA. **No quesito transparência de divulgação destas informações, cita-se que o governo federal mantém estes acessos públicos constantemente atualizados no site oficial do Ministério da Saúde.**

Por meio da Resolução nº 8, de 09 de setembro de 2020 foi instituído o Grupo de Trabalho para a coordenação de esforços da união na aquisição e na distribuição de vacinas contra COVID-19, no âmbito do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19. O grupo de trabalho foi coordenado pelo representante do Ministério da Saúde, teve duração inicial de até 90 dias, e foi prorrogado. Este comitê continua sendo formado por



representantes de vários ministérios e secretarias do governo federal, e têm como objetivos:

I - Coordenar as ações governamentais relativas à aquisição, ao registro, à produção e à distribuição de vacina (s) com qualidade, eficácia e segurança comprovadas contra a COVID-19; e

II - Colaborar no planejamento da estratégia nacional de imunização voluntária contra a COVID-19.

Para o acompanhamento das ações relativas à vacina AZD 1222/ChAdOx1 n-CoV19 contra a COVID-19, decorrentes da Encomenda Tecnológica (ETEC) firmada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a empresa AstraZeneca, foi publicada a Portaria GM/MS Nº 3.290, de 4 de dezembro de 2020, instituindo Comitê Técnico no âmbito do Ministério da Saúde. Compete ao Comitê Técnico acompanhar as ações de pesquisa, desenvolvimento, produção, contratualização, transferência e incorporação tecnológica da vacina AZD 1222/ChAdOx1 nCoV19 contra covid-19. O Comitê foi composto por representantes do Ministério da Saúde, tendo sido designados por meio da Portaria GAB/SE nº 684, de 10 de dezembro de 2020. O Ministério da Saúde realiza o monitoramento técnico e científico do cenário global de desenvolvimento de vacinas contra Sars-CoV-2 e na perspectiva de viabilizar acesso da população brasileira às vacinas seguras e eficazes, se articulou com representantes de diversas empresas e laboratórios desenvolvedores de vacinas, para aproximação técnica e logística de candidatas. **Nesse sentido, o Brasil iniciou ainda em 2020 negociações que totalizaram, conforme cronogramas já disponíveis, em torno de 350 milhões de doses de vacinas COVID-19, por meio dos acordos:**

I - Encomenda tecnológica:

A Encomenda Tecnológica (ETEC) é um dos instrumentos de estímulo à inovação instituídos pela Lei 10.973/2004 (Lei de Inovação), alterada pela Lei 13.243/2016 e regulamentada pelo Decreto 9.283/2018. A ETEC também é prevista como um dos casos de dispensa de licitação, conforme art. 24, inciso XXXI, da Lei 8.666/1993, que se aplica ao presente instrumento



subsidiariamente, visto que a Lei de Inovação prevê regras específicas para esse tipo de contratação.

A ETEC pode ser adotada em situações de falha de mercado e alto nível de incerteza, ou seja, quando o Estado se depara com um problema ou uma necessidade cuja solução não é conhecida ou não está disponível e envolve risco tecnológico. Nesse tipo de situação, a Administração Pública pode apresentar o problema para o mercado e identificar potenciais interessados em investir no desenvolvimento da solução. São identificados os potenciais interessados que apresentam maior probabilidade de sucesso, com possibilidade de contratação de mais de um.

Neste tipo de acordo de encomenda tecnológica encontram-se as vacinas da Fiocruz/AstraZeneca – 100,4 milhões de doses, até julho/2021 e em torno de 110 milhões de doses (produção nacional) entre agosto a dezembro/2021.

II - Covax Facility

Covax Facility é um dos caminhos para a entrada de vacinas contra Covid19 no país e independe da existência de registro ou autorização no país. Assim, as vacinas aprovadas pelo OMS (Organização Mundial de Saúde) para o consórcio estão aptas a entrar no Brasil.

O Covax Facility é uma aliança internacional conduzida pela OMS, entre outras organizações, com o objetivo de acelerar o desenvolvimento e a produção de vacinas contra Covid-19 e garantir o acesso igualitário à imunização em todo o mundo. Mais de 150 países aderiram à iniciativa. A admissão do Brasil, que foi assinada em 25 de setembro de 2020, e incluiu o acesso a 42,5 milhões de doses. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 465/2021, de 9 de fevereiro de 2021, estabeleceu a dispensa de registro e da autorização de uso emergencial e os procedimentos para importação e monitoramento das vacinas Covid-19 adquiridas pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 (Covax Facility).



Em 28/06/2021, constavam no consórcio Covax Facility as seguintes vacinas: PFIZER/BIONTECH; ASTRAZENECA; JANSSEN; MODERNA; SINOPHARM e SINOVAC.

Fonte: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/vacinas/covax-facility>

III - Memorandos de Entendimento:

O conhecido por Memorando de Entendimento, também intitulado MOU (*Memorandum of Understanding*) é, em realidade, um contrato atípico, preliminar, um acordo firmado entre duas ou mais partes para alinhar os termos e detalhes de um entendimento, assim como seus direitos e deveres.

Esse documento serve como primeiro passo para a formalização de um documento jurídico mais elaborado como, por exemplo, um contrato social para a constituição de uma empresa ou sociedade.

É um instrumento hoje muito utilizado no universo de pequenas empresas. Esse documento se torna uma peça estratégica pois pode gerar entre as partes um entendimento com os direitos e obrigações de cada parte envolvida no negócio.

Muitos consideram o MOU como uma versão mais formal de um acordo verbal ou um “acordo de cavalheiros”.

O MOU é muito maleável, não há qualquer cláusula obrigatória que deve estar contida em um contrato preliminar desse tipo. Por isso, os sócios têm a liberdade de estipular o que entenderem ser pertinente, mas, naturalmente, dentro da legalidade.

Os requisitos para a validade do contrato, descritos no artigo 166 do Código Civil são diretamente aplicáveis aos Memorandos de Entendimento.



SF/21827.81268-31

Art. 166. É nulo o negócio jurídico quando:

I - Celebrado por pessoa absolutamente incapaz;

II - For ilícito, impossível ou indeterminável o seu objeto;

III - O motivo determinante, comum a ambas as partes, for ilícito;

IV - Não revestir a forma prescrita em lei;

V - For preterida alguma solenidade que a lei considere essencial para a sua validade;

VI - Tiver por objetivo fraudar lei imperativa;

VII - A lei taxativamente o declarar nulo, ou proibir-lhe a prática, sem cominar sanção.

O contrato preliminar, no caso o MOU, é um negócio jurídico definido em lei, introduzido à norma pelos termos do artigo 462 do Código Civil, que dispõe que *“o contrato preliminar, exceto quanto à forma, deve conter todos os requisitos essenciais ao contrato a ser celebrado. ”* ARNALDO RIZZARDO **conceitua o memorando de entendimento como “o contrato no qual as partes se obrigam a realizar posteriormente um contrato definitivo. ”**

Foram firmados memorandos de entendimento, não vinculantes, que expõem a intenção de acordo, podendo sofrer alterações de cronograma e quantitativos a serem disponibilizados, a saber: Pfizer/BioNTech, Janssen Instituto Butantan, Bharat Biotech, Moderna, Gamaleya.

- Instituto Butantan e farmacêuticas Bharat Biotech, Moderna, Gamaleya e Janssen – solicitadas informações de preços, estimativa e cronograma de disponibilização de doses, dados científicos dos estudos de fase I, II e III;
- Pfizer/BioNTech – 70 milhões de doses - 8,5 milhões de doses até junho de 2021, sendo 2 milhões de doses previstas para o primeiro trimestre, 6,5

milhões no segundo trimestre; 32 milhões no terceiro trimestre e 29,5 milhões no quarto trimestre;

- Janssen – 38 milhões de doses – 3 milhões de doses no segundo trimestre de 2021, 8 milhões no terceiro trimestre de 2021, 27 milhões no quarto trimestre de 2021.

A partir dos memorandos de entendimento, o Ministério da Saúde prosseguiu com as negociações para efetuar os contratos, a fim de disponibilizar com agilidade, mas com segurança técnica, a maior quantidade possível de doses de vacinas para imunizar a população brasileira, de acordo com as indicações dos imunizantes.

Aqui cabe salientar que o memorando de entendimento da Bharat Biotech não foi levado adiante, e portanto, não evoluiu para nenhum tipo de contrato de aquisição de vacinas.

Quanto às entregas e distribuições de vacinas para o combate de COVID-19 em quantidade de doses adquiridas pelo governo federal, temos a seguinte informação:

Quadro 4. Previsão de entregas de novos lotes de vacinas por fornecedor.

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>

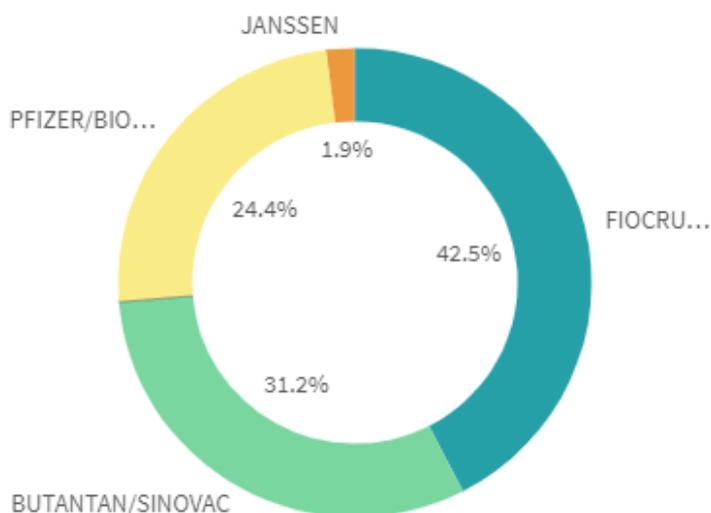
Mais de 600 milhões de doses de vacinas Covid-19 estão encomendadas até o fim de 2021. Confira a previsão de entrega de doses pelos laboratórios (Atualizado em 13/10/2021).

	<u>Outubro</u>	<u>Nov/Dez</u>	<u>TOTAL</u>
Fiocruz/Índia	-	-	3.999.600
Fiocruz/Oxford	-	-	100.000.000
Fiocruz/Oxford	15.374.000	71.671.990	75.000.000
Fiocruz/BioManguinhos	-	35.000.000	35.000.000



Butantan/Sinovac	-	-	100.000.000
Butantan/Sinovac	-	30.000.000	30.000.000
Covax/AstraZeneca	-	5.119.200	14.241.600
Covax/Pfizer	-	-	842.400
Covax/Coronovac	-	-	3.916.800
Covax/A confirmar	-	23.510.999	23.510.999
Pfizer	5.177.250	4.036.500	100.001.070
Pfizer	31.000.000	99.999.900	99.999.900
Janssen	-	36.198.450	38.000.000
Janssen	-	-	-
Butantan/Sinovac	-	-	-
Butantan/Sinovac	9.300	-	-
União Química/Sputnik V	-	-	10.000.000*
No INCQS	96	-	9.928
Total	51.560.550	305.537.039	559.512.369

Quadro 5. Distribuição de vacinas por laboratório. Fonte: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/demas_c19vacina/demas_c19vacina.html



Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde – RNDS

Observa-se que houve uma distribuição bastante diversificada e equilibrada, demonstrando não ter ocorrido processo tendencioso de preferência de aquisição de vacinas em favorecimento de algum fornecedor.

Quadro 6. Situação atual da vacinação no Brasil. Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>

Acesso em 25/10/2021



Quadro 7. Comparativo de vacinação entre os 4 países que mais vacinaram no mundo. Fonte: Our world in Data, acesso em 24/10/2021.



SF/21827.81268-31



Os dados acima deixam evidente que o governo federal logrou êxito em obter número suficiente de doses de vacinas para dar a devida cobertura vacinal de sua população. Atualmente o Brasil é o quarto país do mundo que mais vacinou para combater a COVID 19.

3.4. Sobre a vacina da Pfizer

Na CPI foi dado grande ênfase aos possíveis atrasos de vacinação da população brasileira, onde insistentemente argumentavam que o laboratório Pfizer havia ofertado suas vacinas ainda no segundo e último trimestres de 2020.

Ao checarmos os dados do Ministério da Saúde, e da ANVISA, verificamos que a Pfizer, apesar de ter propagandeado que dispunha de vacinas para fornecer ao Brasil ainda em 2020, somente ingressou com documentos de submissão de registro em 05/02/2021. E obteve tal registro no dia 23/02/2021, portanto 18 dias corridos após a submissão de documentos junto à ANVISA (fonte: documentos da diretoria 4 da ANVISA, submetidos à CPI COVID19).

Em 8 de março de 2021 foi realizada assinatura de contrato para compra de 100.000.000 de doses da Pfizer (contrato número 52/2021). E em 13 de maio de 2021 for efetivada a assinatura de contrato para aquisição de



99.999.900 doses adicionais desta mesma vacina (contrato número 117/2021). Portanto, o Brasil adquiriu da Pfizer o montante de 199.999.990 doses de vacinas.

Quadro 8. Padrão de entregas da Pfizer no mundo.

País	Oferta	Aprovação	1ª entrega
EUA	20/11/20	11/12/20	13/12/2020
Canadá	09/10/20	09/12/20	03/05/2020
Comunidade Européia	01/12/20	21/12/20	18/03/2021
Suíça	01/10/20	19/12/20	20/03/2021
Austrália	02/11/20	25/11/20	15/02/2021
Japão	18/12/20	14/02/21	30/04/2021
Brasil	10/12/20	23/02/21	29/04/2021

Fonte: <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2021/04/30/vacina-da-pfizer-brasil-recebe-1o-lote-do-imunizante-com-4-meses-de-atraso.ghtml>

<https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-supply-united-states-100-million>

<https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/06/covid-19-vaccination-covid-vaccination-allocations-horizons-covid-19-vaccination-covid-vaccination-allocations-horizons-19-june-2021.pdf>

<https://www.theguardian.com/australia-news/2021/sep/23/australias-supply-of-pfizer-covid-vaccine-may-face-disruption-in-october>

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01220-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01220-4/fulltext)

<https://www.japantimes.co.jp/news/2021/07/15/national/local-vaccination-crunch/>

Salientamos que, em 12 de fevereiro de 2021 segundo a própria companhia, a vacina Pfizer-BioNTech COVID-19 não estava aprovada ou licenciada pelo US Food and Drug Administration (FDA), mas foi autorizada para uso emergencial pelo FDA sob uma Autorização de Uso de Emergência (EUA) para prevenir a doença do Coronavírus 2019 (COVID- 19) para uso em indivíduos com 16 anos de idade ou mais. O uso de emergência deste produto



SF/21827.81268-31

só é autorizado durante a declaração de que existem circunstâncias que justifiquem a autorização de uso de emergência do produto médico de acordo com a Seção 564 (b) (1) da Lei FD&C, a menos que a declaração seja encerrada ou a autorização revogada antes. Fonte: www.cvdvaccine-us.com .

A vacina Pfizer-BioNTech COVID-19 estava autorizada para uso sob uma Autorização de Uso de Emergência nos EUA para imunização ativa para prevenir doença coronavírus 2019 (COVID-19) causada por síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS- CoV-2) em indivíduos com 16 anos de idade ou mais. Fonte: <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-supply-united-states-100-million>

Embora tenham assinado contrato com a Pfizer ainda em 2020, as entregas desta empresa para a União Européia não aconteceram antes de março de 2021, segundo informações obtidas na imprensa (fonte: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-eu-idUSKBN2B817Q>)

Quadro 9. Reportagem ressaltando os atrasos de entregas das vacinas da Pfizer na União Europeia. Fonte: Reuters, em 16 de março de 2021.



REUTERS

Mundo O negócio Mercados Breakingviews Vídeo Mais

CHEMISTRY THAT MATTERS™

HOW CAN WE KEEP PATIENTS SAFER?

COLLABORATION.

DISCOVER MORE >

سابق
عناكب

CORRIDA PARA A CURA 16 DE MARÇO DE 2021 / H07 / ATUALIZADO 7 MESES ATRÁS

Pfizer entregará 200 milhões de doses de vacina à UE no segundo trimestre

Por Sabine Siebold , Francesco Guarascio

3 MIN DE LEITURA

f t

BRUXELAS (Reuters) - A Comissão Europeia espera receber cerca de 200 milhões de doses da vacina Pfizer / BioNTech COVID-19 no segundo trimestre, informou pela primeira vez na terça-feira.

Países como a Suécia, Dinamarca, Finlândia, Lituânia, Letônia e Estônia experimentaram atrasos nas entregas das vacinas vendidas pela Pfizer em 2020. Não foram entregues as vacinas prometidas nas datas contratadas (fonte: <https://www.bbc.com/news/world-europe-55666399>). Estas seis nações classificaram a situação como "inaceitável" e alertaram que "diminui a credibilidade do processo de vacinação". Estes países instaram a UE a pressionar a Pfizer-BioNTech.

Quadro 10. Reportagem ressaltando o descontentamento dos países europeus quanto ao atraso de entrega das vacinas da Pfizer.

Coronavirus: EU anger over delayed Pfizer vaccine deliveries

© 16 January

Coronavirus pandemic



(fonte: <https://www.bbc.com/news/world-europe-55666399>).

Embora a Austrália tenha assinado acordo de aquisição de vacinas da Pfizer em novembro de 2020, as primeiras doses de Pfizer chegaram em 15 de fevereiro de 2021, com o primeiro-ministro Scott Morrison recebendo sua primeira injeção em 21 de fevereiro ao lado de um residente de idosos.

De acordo com o documento do governo federal da Austrália sobre o horizonte de entregas da vacina Pfizer, publicado em junho de 2021, a Austrália esperava receber entre outubro e dezembro entre 1,7 e 2,3 milhões de doses de Pfizer por semana e 430.000 a 615.000 doses de Moderna por semana. E esta expectativa não se concretizou.

Em julho de 2021 a Austrália havia vacinado a terceira proporção mais baixa de sua população de qualquer nação da OCDE, com apenas 18 por cento dos maiores de 16 anos totalmente vacinados (<https://www.smh.com.au/national/how-did-australia-s-vaccine-rollout-turn-into-a-train-wreck-20210729-p58dzu.html>).

Desde meados de agosto de 2021, a Austrália assinou acordos de troca de doses para 4 milhões de doses do Reino Unido , 1 milhão de doses da Polônia e 500.000 doses de Cingapura.



SF/21827.81268-31

A Pfizer foi contratada para fornecer 40 milhões de doses em 2021 para a Austrália, a maior parte das quais chegando no último trimestre do ano (<https://www.theguardian.com/australia-news/2021/sep/23/australias-supply-of-pfizer-covid-vaccine-may-face-disruption-in-october>).

No Japão a situação não foi diferente. Embora o Japão estivesse se preparando para sediar os Jogos Olímpicos de Verão em Tóquio, apenas 4% da população haviam sido vacinada até 21 de maio de 2021 (Lancet, 2021, “Lançamento retardado da vacina COVID-19 no Japão”, [https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736\(21\)01220-4/attachment/c518070e-7319-489c-9077-55f9e2d7d53e/mmc1.pdf](https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736(21)01220-4/attachment/c518070e-7319-489c-9077-55f9e2d7d53e/mmc1.pdf)).

Quadro 11. Comparação da vacinação de pelo menos uma dose em cada país em maio de 2021. Fonte: Our world in data.

Naquela mesma data o Brasil havia vacinado 21,08% de sua população (Fonte: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> .Consulta em 05/05/2021.), enquanto que o Japão e a Coreia do Sul haviam vacinado menos de 5% e menos de 10% de sua população, respectivamente. Portanto, a alegação de atraso na aplicação das vacinas é uma narrativa que não se sustenta.

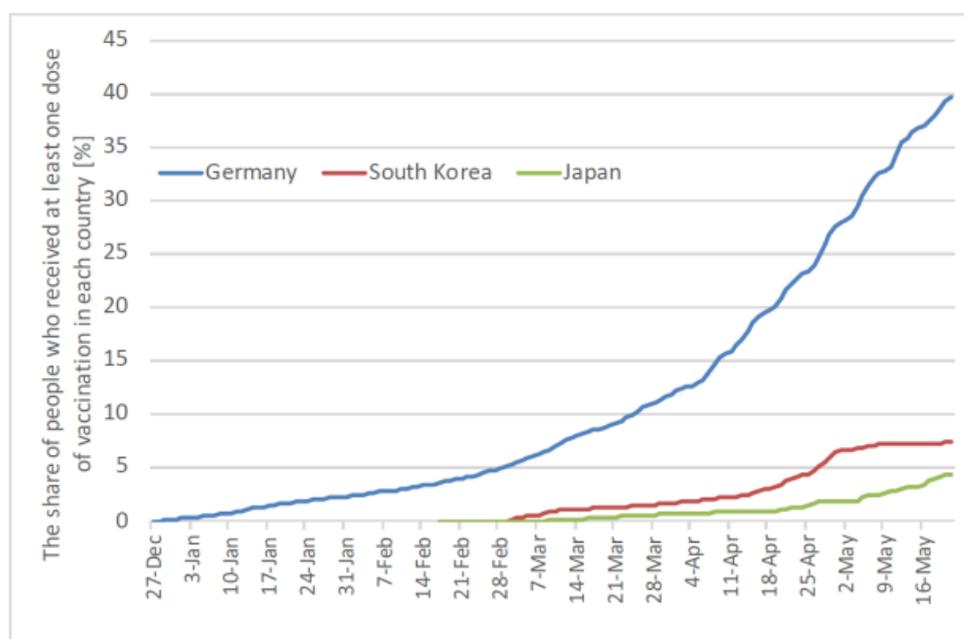


Figure: Comparison of the share of people who received at least one dose of vaccination in each country as of May, 2021 (Data source: Our data in World).

O Chile, primeiro país da América do Sul a iniciar a vacinação contra COVID-19, iniciou a vacinação na em 24 de dezembro de 2020, após receber



10.000 doses iniciais da Pfizer-BioNtech. Entretanto, as demais entregas também atrasaram. "As vacinas da Pfizer na região praticamente não chegaram, chegaram as amostras", afirmou o chefe de gabinete em entrevista ao canal argentino TN. **Cafiero garantiu: "30.000 vacinas chegaram ao Chile e por isso o Chile teve que comprar urgentemente da China, da Sinovac, porque senão não tinha vacinas, a Pfizer não estava cumprindo os contratos".**

Logo após a transmissão, Rodrigo Yáñez, subsecretário chileno de Relações Econômicas Internacionais, à frente das negociações de vacinas anticovid no país, afirmou no Twitter que, em 8 de abril, as doses de recebidas pelo Chile foram de 1.886.625, após a chegada de outras 234.000 doses em abril de 2021. Além disso, segundo dados oficiais, 1.226.219 doses da vacina haviam aplicadas em abril de 2021. **O número total de doses recebidas pelo Chile foi de 13.858.101, somando 11.971.476 da Sinovac (vacina Coronavac), até o dia 08 de abril de 2021** (<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/12/28/pfizer-adia-entrega-da-vacina-contracovid-em-oito-paises-europeus.ghtml>; https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2021/04/08/interna_internacional,1255170/chile-recebeu-1-8-milhao-de-vacinas-da-pfizer-e-nao-30-000-como-disse-a-a.shtml).

Portanto, fica evidente que a empresa Pfizer ofertou suas vacinas em dezembro de 2020, mas não logrou êxito em cumprir as entregas nos tempos acordados, tendo apresentado atrasos em diversos países. E isto não teria sido diferente com o Brasil.

Quando indagado na CPI sobre possível descaso por parte de nosso governo em relação às ofertas da Pfizer, diversos depoentes deixaram claro que a principal preocupação do governo Brasileiro foi em relação à logística desta vacina, que requeria condições especiais de armazenagem e transporte a -4°C, e o argumento do governo federal foi o de que este não concordava com as condições estabelecidas pelo laboratório e que a empresa não se responsabilizava por eventuais efeitos colaterais da vacina. Mas essas mesmas condições não necessariamente foram impostas a outros países que compraram a vacina, segundo o que apuramos abaixo.

No contrato nº 52/2021, relativo ao processo nº 25000.171832/2020-92, contrato que entre si celebram a União por intermédio do Departamento de Logística em Saúde da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, e a empresa Pfizer Export B.V., há dois aspectos muito importantes a ser considerados:



O primeiro aspecto é quanto às possíveis penalidades em relação a um eventual atraso de entrega das vacinas. Segundo os itens 2.5 e 2.6 do citado contrato,

“Cláusula 2.5 Escassez de Produto (b) O Comprador neste ato renuncia a todos os direitos e recursos que possa ter em Lei, equidade ou de outra forma, resultantes de ou relativos a: (i) qualquer falha pela Pfizer em desenvolver ou obter Autorização do Produto de acordo com as datas estimadas descritas neste Contrato; ou (ii) qualquer falha pela Pfizer em entregar as Doses Contratadas de acordo com o Cronograma de Entrega. No caso de uma inconsistência entre as disposições desta Cláusula 2.5 (Escassez de Produto) e aquelas de outras cláusulas deste Contrato, as disposições desta Cláusula 2.5 (Escassez de Produto) prevalecerão e substituirão aquelas de outras cláusulas deste Contrato na medida de tal inconsistência.

2.6 Atrasos na Entrega

Em circunstância alguma a Pfizer estará sujeita a ou será responsável por qualquer penalidade por atraso na entrega”.

O segundo aspecto que gerou desconforto ao governo brasileiro, foi sobre o item 9.4 Renúncia à Imunidade de Soberania, onde consta que “ O Comprador, em seu próprio nome e em nome do Estado Brasileiro, expressa e irrevogavelmente renuncia a qualquer direito de imunidade que este ou seus ativos possam ter ou adquirir no futuro (a título de imunidade de soberania ou qualquer outra forma de imunidade), incluindo quaisquer ativos controlados por qualquer agência, autarquia, banco central ou autoridade monetária do Brasil, em relação a qualquer arbitragem nos termos da Cláusula 12.2 (Arbitragem) ou a qualquer outro processo judicial instituído para homologar ou executar qualquer decisão, despacho ou sentença arbitral, ou qualquer composição em conexão com qualquer arbitragem nos termos da Cláusula 12.2 (Arbitragem), quer no Brasil quer qualquer outra jurisdição estrangeira, incluindo, entre outros, imunidade contra citação, imunidade de jurisdição, ou imunidade



contra julgamento proferido por uma corte ou tribunal, imunidade contra decisão executória, e imunidade contra apreensão cautelar de quaisquer de seus ativos. O Comprador, em nome próprio e da República Federativa do Brasil, concorda e avença ainda em não alegar tal imunidade a qualquer título em qualquer processo relacionado a este Contrato. O Comprador, em nome próprio e da República Federativa do Brasil, expressa e irrevogavelmente submete-se à jurisdição dos tribunais de Nova York, ou de qualquer outro tribunal competente, para fins de execução de qualquer decisão, despacho ou sentença arbitral, ou qualquer composição em conexão com qualquer arbitragem nos termos da Cláusula 12.2, bem como declara e garante que a Pessoa que assina este Contrato em seu nome tem capacidade legal para submeter-se a tal jurisdição. O Comprador também renúncia, expressa e irrevogavelmente, à aplicação de qualquer Lei em qualquer jurisdição que possa de outra forma restringir ou limitar sua obrigação de indenizar decorrente de ou em conexão com quaisquer Reivindicações Indenizadas. O Comprador declara e garante que a Pessoa que assina este Contrato em seu nome tem capacidade efetiva para renunciar à aludida imunidade e vincular o Comprador e o Estado Brasileiro às limitações de responsabilidade e renúncias de responsabilidade previstas neste instrumento”.

Acontece que o governo brasileiro ficou impedido de celebrar tal contrato em virtude das cláusulas abusivas do mesmo. E estas cláusulas não estavam presentes no contrato firmado entre a Pfizer e a União Europeia (contrato em anexo neste relatório). Diante destas diferenças, o Brasil não se submeteu às condições contratuais sem tomar as devidas providencias cabíveis em atendimento à atual Legislação Brasileira.

Tomadas as devidas providências, o Brasil executo a encomenda de 100 milhões de doses num primeiro contrato e adicionais 99.999.990 doses em contrato adicional. Aqui salientamos que o Brasil adquiriu as mesmas quantidades de doses que a União Europeia adquiriu da Pfizer. Portanto,



não cabe a acusação de negligência e tampouco de desconsideração pelas vacinas da Pfizer.

Quadro 12. Aspecto inicial do contrato efetivado entre a Pfizer e a União Europeia para a aquisição de vacinas no combate à COVID19.

SANTE/2020/C3/043 - SI2.838335

SENSITIVE



EUROPEAN COMMISSION
Directorate-General for Health and Food Safety

ADVANCE PURCHASE AGREEMENT (“APA”)¹ for the development, production, priority-purchasing options and supply of a successful COVID-19 vaccine for EU Member States

SANTE/2020/C3/043 - SI2.838335

1. **The European Commission**, acting on behalf and in the name of the Member States set out in Annex III (hereinafter referred to as “Participating Member States”)²;

being represented for the purposes of the signature of this APA by Ms Stella Kyriakides, Commissioner of Health and Food Safety

on the one part and

2. **Pfizer Inc.**

Quadro 13. Aspecto do contrato celebrado entre a empresa Pfizer e a União Europeia, que indica que as primeiras entregas das vacinas deveriam acontecer ainda no último trimestre de 2020, fato este que não se concretizou.

Subject to points (i) to (v) below, it is estimated that the order will be delivered as set out in the table below (the “**Interim Delivery Schedule**”) assuming Authorisation being granted by 15 December 2020. The Interim Delivery Schedule and logistics will be further refined into a monthly schedule by the Contractor after the Commission has communicated how to apportion the 200 million Vaccine doses amongst the Participating Member States pursuant to the provisions of this Article I.6.3.

The Interim Delivery Schedule is as follows (subject to the limitations set forth below):

Quarter	Q4 2020	Q1 2021	Q2 2021	Q3 2021
Doses (million)	25	40	60	75

- (i) No doses will be shipped to the Member States prior to the Contractor receiving Authorisation.
- (ii) If Authorisation is received after 15 December 2020 then the Interim Delivery Schedule will shift accordingly and be adjusted to reflect the delay between 15 December 2020 and the date of Authorisation (“**Adjusted Delivery Schedule**”).
- (iii) If Authorisation is not received by 15 August 2021, the Commission and the Contractor will have the right to terminate the APA.



Quadro 14. Aspecto relativo à diferenciação de preços celebrada no contrato entre a empresa Pfizer e a União Europeia.

I.7 PRICES

The price of the Vaccine to the Commission and the Participating Member States for the 200 million Contracted Doses will be €15,50 per dose excluding VAT.

The unit price for each dose of the Vaccine is volume-based as set out in the following table:

Volume tier (doses)	1-100 million	101-200 million
Total price per dose within each volume tier, excluding VAT	€17,50	€13,50

To the extent that, contrary to the commitments set out in Article I.6.2 and in the table set out in Article I.6.3, fewer than 200 million doses are ordered under this APA, then the price per dose of the Vaccine will be adjusted accordingly. For example, if the APA is for 150 million doses, the average price will be: $((100 \text{ million} \times €17.50) + (50 \text{ million} \times €13.50)) / 150 \text{ million} = €16.17$ per dose. As another example, if the APA is for 70 million doses, the average price will be: $(70 \text{ million} \times €17.50) / 70 \text{ million} = €17.50$ per dose.

In addition, if an Additional Order is requested by the Commission and agreed to by the Contractor, the price of the Additional Product will be:

Quadro 15. Aspecto relativo ao local de arbitragem para a resolução de impasses, que para a União Europeia, foi estipulado a Bélgica. Já para o Brasil, foi exigida a renúncia de soberania e foi estipulado Nova Iorque como local de arbitragem.

- (ii) a Participating Member State does not have the right to suspend and/or otherwise not perform its obligations under this clause I.12 except where the Participating Member State puts forward reasonable evidence that one of the situations listed in this Article I.12.1(i) and (ii) is applicable and the matter is brought for dispute resolution under Article I.13, in which case the Participating Member State's obligation to make any indemnity payment which is the subject of such dispute resolution shall be suspended until the resolution of such dispute; and the amounts paid by a Participating Member State under this Article I.12 are not recoverable from the Contractor (irrespective of whether or not the Third Party Claim resulted from a contractual breach by the Contractor) based on a claim of breach by the Contractor of the provisions of this APA or of a Vaccine Order Form except where there is final adjudication by competent courts that no indemnification is available to the Contractor pursuant to this Article I.12, in which case any corresponding indemnification already paid by a Participating Member State shall be fully reimbursed by the Contractor.

I.13 APPLICABLE LAW AND SETTLEMENT OF DISPUTES

I.13.1 This APA shall be governed by the laws of Belgium.

I.13.2 Dispute Resolution

3.5. Projetos nacionais de vacinas

Diante da escassez de vacinas no mundo, e vislumbrando a necessidade de se desenvolver alternativas de vacinas que possam auxiliar no combate à COVID-19 também nos próximos anos, o governo federal incentivou, através do MCTI (Ministério de Ciências e Tecnologias), políticas de desenvolvimento



SF/21827.81268-31

de vacinas nacionais. No total, o governo federal auxiliou em quinze (15) estratégias de desenvolvimento de vacinas, e que resultou até o presente momento, em dez (10) projetos de vacinas com tecnologia brasileira.

Os projetos que se encontram em fases mais adiantadas de avaliação junto à ANVISA (diretoria 4), ou seja, já em fase de estudos clínicos são os seguintes:

1. Projeto de vacina em parceria com a USP: USP São Paulo e USP Ribeirão Preto;
2. Projeto de vacina em parceria com a UFMG;
3. Projeto de vacina em parceria com a Bahia;
4. Projeto de vacina em parceria com a UFPR;
5. Projeto de vacina em parceria com a UFSC

Fonte: http://redevirus.mcti.gov.br/projetos_rede/#results

4. TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS

Nesta CPI foi dado grande ênfase sobre a questão relativa ao uso de tratamentos ditos precoces no combate à COVID-19. As acusações estão relacionadas ao fato de que diversos médicos fizeram uso de remédios reposicionados (os conhecidos “*off label*”).

Uma vez instalada a pandemia no mundo e no Brasil, esta foi oficialmente reconhecida pela Organização Mundial de Saúde no dia 11/03/2020 (ROSER, M. *et al.* 2020).

Diante dessa situação, várias alternativas foram tomadas por profissionais da saúde, de modo a salvar o maior número de vidas possíveis, mesmo havendo pouco conhecimento sobre a doença. Com diversos estudos sendo realizados com objetivo de tratar a doença (MCCULLOUGH *et al.*, 2021), começaram a surgir observações e experiências positivas de profissionais que lidam diariamente com a moléstia, como por exemplo: Dr. Bryan Tyson, Dr. Geoge Fareed, Dr. Pierre Kory, Dr. Paul Marik, dos Estados Unidos, Dr. Didier Raoult, na França, e no Brasil, Dr. Ricardo Ariel Zimmerman, Dr. Paulo Porto de Melo,



Dr. Francisco Cardoso, Dr. Flavio Cadeiani, Dr. Roberto Zeballos, Dra. Luciana Cruz, Dra. Roberta Lacerda, entre diversos outros.

As recorrentes afirmações da mesa diretora da CPI com tanta insistência de que “*não há eficácia comprovada*” ou que “*não há evidências científicas*” sobre esses medicamentos soavam como algo já pré-determinado e dogmático, e, portanto, na essência, anticientífico, pois a Ciência existe graças a constantes questionamentos e sucessivos debates.

E se não bastasse, existem sim diversos níveis de evidências científicas com relação a diversos medicamentos para tratar a doença causada pelo novo coronavírus (GAUTRET et. al. 2020).

A área da saúde se baseia em uma hierarquia científica, organizada como Pirâmide de Evidências Científicas, conforme imagem a seguir:



Pirâmide da evidência. Fonte: adaptado de Chiappelli et al

O que significa essa pirâmide?



Nível 1 - Revisões sistemáticas e meta-análises

Tanto Revisões Sistemáticas como Meta-análises são o nível mais alto de evidências científicas. São estudos que analisam diversos outros estudos.

Consiste em revisões planejadas que utilizam métodos explícitos e sistemáticos para coletar e analisar criticamente os dados dos estudos incluídos na revisão (RHOTER, 2007).

Já as meta-análises são análises estatísticas utilizadas para integrar alguns estudos sobre o mesmo tema.

Nível 2 - Ensaio clínico randomizado

Segundo Souza, 2009:

“...O estudo clínico randomizado (ECR) é uma das ferramentas mais poderosas para a obtenção de evidências para o cuidado à saúde. Apesar de algumas possíveis variações, baseiam-se na comparação entre duas ou mais intervenções, as quais são controladas pelos pesquisadores e aplicadas de forma aleatória em um grupo de participantes. O objetivo deste artigo foi descrever aspectos relativos à validade externa e interna dos ECRs, bem como apresentar bases de dados para sua obtenção e ferramentas para avaliação de qualidade...”

Nível 3 - Estudos de coorte

Segundo Kuschnir, 2012:

“... Estudos de coorte fazem parte do grupo de estudos observacionais de cunho epidemiológico que se propõem a observar, em uma população previamente definida, qual será a incidência de determinada doença ou fenômeno relacionado à saúde ou doença...”

Nível 4 - Caso-controle

Segundo Oliveira et al., 2015:

“...Um estudo caso-controle é um estudo observacional para determinar se uma exposição está associada com um desfecho. De maneira simplificada, identificar um grupo conhecido por ter o desfecho (casos) e um grupo conhecido por não o ter (controles), olhando para trás no tempo para saber quais indivíduos em cada grupo tiveram a exposição e comparar a frequência da exposição no grupo caso com o grupo controle...”



Nível 5 - Relato de casos - série de casos

Segundo Oliveira *et. al.*, 2015:

“... Relatos e séries de casos são integrantes importantes da literatura médica e continuam a ter seus espaços nas revistas científicas. Frequentemente, eles são a primeira evidência para novas terapias. Relatos e séries de casos têm baixo nível de evidência e há vários argumentos contra o uso deles para a aplicação de novas terapias. O uso criativo e crítico desses estudos pode aumentar seu valor histórico no enriquecimento da experiência na medicina. Sua metodologia e tópicos devem ser desenvolvidos sob a luz da crescente abordagem pragmática em relação às evidências e argumentações de assuntos relacionados à medicina e outras ciências da saúde...”

Nível 5 – Opiniões de experts, estudos com animais, estudos *in vitro*

São estudos baseados em opiniões, sugestões, ou resultados de estudos em animais ou feitos em células em laboratórios. É o nível mais baixo de evidências científicas. **É nesse grupo que se enquadram as recomendações da OMS e de associações médicas.**

A seguir, explicaremos sobre algumas das medicações que foram rechaçadas pelos relator e membros da diretoria da CPI, rotulando-as como “comprovadamente ineficazes” apesar de que são utilizadas há décadas, na condição de medicamentos reposicionados, no combate e controle de diversas doenças, inclusive, agora, contra o COVID-19:

1. **IVERMECTINA:** Em estudos em que foi administrada nos primeiros três dias após a infecção (fase viral da doença), possui o **nível máximo de evidência**, revisão sistemática com meta-análise, revisada e publicada, sendo segura e eficaz no tratamento do COVID-19. Vejamos:
 - A. Em relação à eficácia da ivermectina, existem diversos estudos demonstrando seus benefícios e existem algumas meta-análises sobre este medicamento. Meta-análises são junções de vários



estudos com a aplicação de métodos estatísticos para chegar a uma conclusão mais fidedigna.

- B. Como exemplo, um esforço filantrópico colaborativo, envolvendo um grupo internacional de profissionais de saúde, denominado The BIRD *Recommendation on the Use of Ivermectin for Covid-19*, disponibilizou em 20/02/2021 uma meta-análise e concluiu que a ivermectina pode reduzir o risco de morte entre pessoas com COVID-19 em 68%, além de constatarem que eventos adversos graves são infrequentes. A profilaxia entre aqueles com alta exposição pode reduzir o risco de infecção em 86% (BRYANT et al., 2021).
- C. Confirmando os achados anteriores, uma recente meta-análise, publicada na revista científica *Pharmacological Reports*, no dia 29/03/2021, de Chia Siang Kow e colaboradores, concluiu que “o efeito estimado da ivermectina indicou benefícios de mortalidade”, ou seja, o medicamento reduziu a taxa de mortalidade (KOW et al., 2021).
- D. Em outra recente revisão com meta-análise, publicada em maio de 2021 na revista científica *American Journal of Therapeutic*, Kory e colaboradores encontraram “grandes reduções estatisticamente significativas na mortalidade, tempo para recuperação clínica e tempo para eliminação viral”.
- E. Em relação aos riscos, a hepatite causada pela droga é extremamente rara. O nível de segurança do medicamento é de até 20 vezes a dosagem habitual, segundo o LiverTox, site americano referência para hepatites medicamentosas (BATHESSDA, 2021). No total, cerca de 3,7 bilhões de doses de ivermectina foram distribuídas em campanhas de administração em massa de medicamentos em todo o mundo nos últimos 30 anos (RAJTER et al., 2020).



F. Em contraste, o nível de segurança para disfunção hepática do paracetamol (Tylenol) é de apenas 2 vezes a dose habitual (KURTOVIC; RIORDAN, 2003).

Portanto, o risco desta medicação é baixo para um potencial benefício muito elevado.

2. **Hidroxicloroquina:** (especificamente nos primeiros dias de sintomas, e não em fase avançada) possui o nível de evidência, revisão sistemática com meta-análise, revisada e publicada, sendo segura e eficaz no tratamento do COVID-19. Vejamos:

A. A cloroquina foi sintetizada em 1934, ou seja, é utilizada há cerca de 80 anos. Geralmente é bem tolerada quando utilizada nas dosagens adequadas. Os principais efeitos adversos leves são cefaleia, mal-estar, tontura, visão turva, dificuldade de foco, distúrbio gastrointestinal leve e coceira. Efeitos adversos graves são raros, mas podem ocorrer com o uso da droga a longo prazo, como neuromiopia, retinopatia ou uma reação idiossincrática, como eritema multiforme e toxicidade da medula óssea (TAYLOR, WHITE, 2004). É improvável que a terapia cause lesão hepática em indivíduos normais (NIDDK; 2021).

B. Hidroxicloroquina contra a COVID-19 possui nível de evidência científica: a revisão sistemática.

C. Um estudo científico revisado por pares e publicado na revista científica *New Microbes and New Infections*, investigou se a hidroxicloroquina é eficaz contra a COVID-19, principalmente quando administrada mais cedo, e se ela está ou não associada ao agravamento da doença e se é segura. Os estudos incluídos foram avaliados quanto à eficácia, tempo de administração e segurança. Os autores concluíram:



“...Hidroxicloroquina é consistentemente eficaz contra o COVID-19 quando fornecido no início do ambiente ambulatorial. Ele também foi considerado eficaz em geral em estudos com pacientes internados. Nenhum estudo imparcial encontrou resultados piores com o uso de hidroxicloroquina. Nenhuma mortalidade ou eventos adversos de segurança graves foram encontrados... (PRODOMOS, RUMSCHLAG, 2020) ”.

Uma meta-análise publicada na revista científica *Pathogens and Global Health*, em junho de 2021, concluiu que o uso da hidroxicloroquina foi associado a uma redução de mortalidade em 20%.

Como profilaxia, ou seja, prevenção da doença, uma recente meta-análise foi publicada na revista científica *Journal of Infection and Public Health* e encontrou uma redução de até 75% nas infecções por COVID-19 (STRICKER, FESLER, 2021).

Os outros níveis de evidências da hidroxicloroquina:

D. Em relação especificamente à hidroxicloroquina, existem estudos revisados por pares e publicados em revistas científicas de todos os níveis da Pirâmide de Evidências Científicas. Serão citados alguns exemplos:

E. Ensaio Clínico Randomizado:

Um estudo realizado com 491 adultos sintomáticos não hospitalizados com COVID-19 obteve um efeito relativo benéfico para o grupo de tratamento de 37,8%, apesar de não obter significância estatística, por ser de pequena amostragem (SKIPPER *et al.*, 2020).

F. Relato de caso/Série de casos, Estudos de Caso-controle, Estudos de Coorte:

No Brasil, um estudo analítico, observacional e retrospectivo realizado com base em dados secundários obtidos em bancos de dados públicos brasileiros, correlacionou as vendas de cloroquina e



hidroxicloroquina com fatores preditores significativos para a redução da transmissibilidade, taxa de hospitalização e mortalidade causados pelo novo coronavírus. A hipótese de que o tratamento ambulatorial precoce pode ajudar no controle da pandemia foi consistente com os resultados obtidos nesse estudo (NEVES, 2021)

G. Em um estudo de coorte retrospectivo, observacional e multicêntrico, 1.274 pacientes levemente sintomáticos foram avaliados e tratados ambulatorialmente antes de qualquer hospitalização relacionada ao COVID-19, com o objetivo de avaliar a quantidade de internações. Neste estudo, a utilização de hidroxicloroquina foi associada a uma menor taxa de hospitalização (IP et al., 2021).

H. Um estudo realizado com 141 pacientes, utilizando hidroxicloroquina, azitromicina e zinco, comparou os resultados com dados públicos independentes de 377 pacientes da mesma comunidade com COVID-19 e os resultados obtidos mostraram uma redução de 81,6% na taxa de hospitalização e 79,4% na taxa de mortalidade (DERWAND, SCHOLZ, ZELENKO, 2020).

I. Estudos *in vitro*:

Um estudo realizado *in vitro* observou que a cloroquina é mais eficiente para inibir a replicação do vírus na célula em comparação com as outras seis drogas (WANG et al., 2020).

Outro estudo concluiu que os fármacos cloroquina e hidroxicloroquina possuem boa atividade contra o coronavírus *in vitro* (YAO et al., 2020).

3. **Nitazoxanida:** possui ensaio clínico randomizado, revisado e publicado, o segundo maior nível de evidência científica e eficácia:

A. Um estudo randomizado, controlado por placebo, revisado por pares e publicado na revista científica *The European respiratory journal*



demonstrou que a nitazoxanida reduziu a carga viral significativamente em comparação com o grupo placebo (ROCCO *et al.*, 2021).

Com as **evidências disponíveis**, cabe ao médico responsável, com base na Prática da **Medicina Baseada em Evidências** e preceitos éticos, decidir ou não qual a terapia mais adequada para o seu paciente, de acordo com estudos, observações, experiência prévia, transparência e consenso entre ambas as partes.

O próprio Conselho Federal de Medicina reforçou a autonomia médica dos profissionais para prescrever o tratamento que considerarem mais adequado:

“... O ponto fundamental que embasa o posicionamento do CFM é o respeito absoluto à autonomia do médico na ponta de tratar, como julgar mais conveniente, seu paciente; assim como a autonomia do paciente de querer ou não ser tratado pela forma proposta pelo médico assistente.

Deve ser lembrado que a autonomia do médico e do paciente são garantias constitucionais, invioláveis, que não podem ser desrespeitadas no caso de doença sem tratamento farmacológico reconhecido, como é o caso da covid-19, tendo respaldo na Declaração Universal dos Direitos do Homem, além do reconhecimento pelas competências legais do CFM que permite o uso de medicações off label.

O Parecer nº 4/2020 não apoia ou condena o tratamento precoce ou qualquer outro tratamento farmacológico ou protocolos clínicos de sociedades de especialidades ou do Ministério da Saúde. O Parecer respeita a autonomia do médico e do paciente para que ambos, em comum acordo, estabeleçam qual o tratamento será realizado.”

4.1. Sobre uma possível confusão entre tratamento precoce e tratamento em pacientes graves

Parte da grande da sociedade e, também para os membros da CPI, em função de serem leigos no assunto, provavelmente houve confusão a respeito dos estudos clínicos descritos por determinados depoentes e que contribuíram para causar conclusões precipitadas e incorreta sobre medicamentos para tratamento da COVID-19.



A COVID-19 possui **quatro fases**. Para cada fase, há tratamentos diferentes (GAUTRET et al., 2020). Em alguns estudos, o início do tratamento ocorre nos primeiros dias de sintomas da doença, quando o paciente é atendido ambulatorialmente.

Fase I – Incubação: o período de incubação dura em média de 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14 dias após a exposição (BRASIL, 2020). É o período assintomático. Pode ser com ou sem vírus detectável.

Fase II -Replicação Viral ou Infecciosa: do contágio até o 10º dia. Porém neta fase o vírus é detectável. Os sintomas da fase de replicação viral ou infecciosa são ausentes ou autolimitados em cerca de 85% dos casos e, quando sintomáticos, os mesmos desaparecem entre 7 e 10 dias caso o paciente apresente um sistema imunológico robusto e/ou receba o tratamento adequado, momento em que os pacientes se tornam assintomáticos, deixando de ser contagiosos no 14º dia.

Fase III- Inflamatória: Nesta fase, que se inicia entre 7 e 10 dias, ainda pode estar ocorrendo replicação viral, mas já ocorre também inflamação pulmonar com o paciente ainda apresentando sintomas da fase 1 (febre, mialgia, etc.). Também são notadas alterações clínicas como piora da tosse, sem hipóxia, no entanto a tomografia (de preferência) ou radiografia de tórax podem revelar comprometimento de até 30% dos pulmões (vidro fosco). Nesta fase o paciente ainda não apresenta dispneia.

Fase IV - Tempestade de citocinas: As citocinas são substâncias naturalmente produzidas pelas células do sistema imunológico para regular a ação imunológica, em particular para favorecer a reação inflamatória, que é uma resposta natural da defesa de um organismo acometido por uma agressão. Mas, no caso da "tempestade citocínica", observa-se uma aceleração deste processo, que desemboca em uma reação hiperinflamatória disseminada que pode ser letal.

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Tocantins, a Sociedade Brasileira de Cancerologia no dia 13 de abril de 2020 manifestou-se a favor da proposta para tratamento precoce com hidroxiquina e azitromicina da COVID-19, em regime ambulatorial (e portanto nas fases I e II da doença), e enviou ao Ministro da Saúde do Brasil um ofício explicando a tomada desta decisão. Diante destes dados iniciais

que geram uma hipótese de que a hidroxicloroquina e azitromicina podem alterar o curso da doença, com provável diminuição da morbidade (e talvez da mortalidade também) e na ausência de efeitos secundários importantes no uso em curto prazo, não existe nenhuma justificativa para não se oferecer esse tratamento “*off label*” no cenário da pandemia, haja vista que são duas drogas utilizadas há décadas em vários cenários clínicos, com efeitos colaterais conhecidos e de pequena incidência, mesmo no uso crônico, e com mortalidade muitíssimo inferior à da Covid-19 que é uma doença de alta letalidade e morbidade. Entretanto, a decisão de tomar ou não a medicação é do paciente e o médico só deve prescrever após o paciente assinar termo consentimento livre e esclarecido específico. Neste sentido, o Conselho Federal de Medicina, no PARECER CFM nº 4/2020, publicado em 23 de abril de 2020 condicionou uso de cloroquina e hidroxicloroquina a critério médico e diante do consentimento do paciente. “Na visão do CFM, a primeira possibilidade em que pode ser considerado o uso cloroquina e da hidroxicloroquina é no caso de paciente com sintomas leves, em início de quadro clínico, em que tenham sido descartadas outras viroses (como influenza, H1N1, dengue) e exista diagnóstico confirmado de COVID 19. A segunda hipótese é em paciente com sintomas importantes, mas ainda sem necessidade de cuidados intensivos, com ou sem recomendação de internação”.

O Parecer do CFM na íntegra, está disponível eletronicamente no site <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>.

Em relação à hidroxicloroquina, existem **mais de 30 estudos** voltados à fase **inicial** da doença. Em todos eles, sem exceção, os resultados clínicos são positivos para os pacientes tratados, principalmente em desfechos duros, como redução de mortalidade ou hospitalizações.

O grande “celeuma” desta CPI foi o de misturar resultados de estudos com pacientes hospitalizados com os de estudos realizados em pacientes ambulatoriais, apresentando somente os resultados em pacientes hospitalizados e graves, como se estes valores encontrados pudessem ser extrapolados para pacientes tratados na fase inicial da doença.



Foi o caso das notícias que envolvem a metanálise publicada na revista científica *Nature* (AXFORS, 2021), que se tornou notícia em manchetes garrafais em quase todas as grandes mídias brasileiras. Neste estudo, aproximadamente 80% dos pacientes estavam internados, boa parte já no oxigênio ou intubadas. Entretanto, na mesma notícia, afirma-se: "*Já sabíamos que a hidroxicloroquina e a cloroquina não funcionam para tratar COVID-19*" – o que sugere um viés de confirmação no sentido de não usar como tratamento até mesmo no início da doença.

4.2 Da falta de equidade ao tratar as informações e os depoentes na CPI

Em um artigo científico de 2011, publicado na revista científica *The Journal of American Medical Association*, um estudo científico de Dong Heun Lee demonstrou que apenas 14% das diretrizes de tratamento da *Infectious Diseases Society of America* foram baseadas no "nível máximo" de evidência (LEE, VIELEMEYER, 2011), um pré-requisito que os jornais supracitados "exigem" dos medicamentos anti-Covid19.

Sob esse prisma, especificamente hidroxicloroquina e ivermectina já possuem um nível de evidência maior que cerca de 86% dos tratamentos de doenças infecciosas.

Diversos tratamentos carecem do nível de evidência máximo como a vacina antitetânica, insulina, hidrocortisona, tetraciclina, clindamicina, varfarina, heparina, predisona, metilfenidato, clorpromazina, glucagon, amitriptilina, furosemida, cefalexina, miconazol, zidovudina, ciclofosfamida, piperaciclina/tazobactama, altas doses de penicilina para neurosífilis, vancomicina, penicilina G potássica e amoxicilina (HCQwhitepaper, 2020).

Ou seja, nesta CPI o relator vários membros dela atuaram de modo notadamente tendencioso, priorizando requerimentos e depoentes que não possuíam qualificação técnica para discutir o tema, e também em diversas seções da CPI os membros destratarem e desqualificaram os depoentes que apresentavam opiniões divergentes do já pré-determinado por eles (capítulo 7



neste relatório). Os membros da CPI nunca desqualificaram médicos que prescrevem, por exemplo, a **insulina** ou a **vacina antitetânica**, estas que comprovadamente não possuem o nível máximo de evidência científica. Pelo princípio da equidade, também **não podem desqualificar** aqueles que prescrevem hidroxicloroquina e ivermectina contra o SARS-Cov2.

Como exposto, a ciência nem sempre foi respaldada por níveis de evidência máximo em todos os seus procedimentos. Pelo contrário, apenas uma minoria das intervenções consagradas possui este nível de evidência que atualmente é exigido em plena pandemia para drogas seguras, que respeitam o princípio de não-maleficência.

Outro exemplo é a cirurgia de artroplastia de quadril. Há diversos benefícios quando bem indicada, porém, é um procedimento que não foi testado em ensaios clínicos randomizados e a qualidade de evidência é avaliada apenas por estudos observacionais não randomizados (MURAD et al., 2016). Existem numerosos estudos observacionais não randomizados demonstrando os benefícios do tratamento da COVID-19 com diversos fármacos (GAUTRET et al., 2020).

Quando se trata dos medicamentos da área de cardiologia, 89% das recomendações não possuem evidência científica máxima (FANAROFF et al., 2019).

Portanto, **é uma falácia dizer que não haviam evidências científicas**, como insistem em afirmar os órgãos de mídia citados anteriormente, tendo em vista que as citações realizadas no presente texto são apenas uma pequena parcela das inúmeras evidências existentes acerca do uso dos medicamentos para tratar a COVID-19. **A ciência não é estática, está sempre se modificando.** Novos estudos surgem, conceitos anteriores são alterados e assim ela segue seu percurso.

Essa implacável, equivocada e supostamente proposital postura por parte da CPI, acerca de diversos medicamentos que comprovadamente salvam vidas, certamente vem contribuindo para o **agravamento da crise** atual, cujas consequências finais ainda não são mensuráveis.



O correto conhecimento dessas informações poderia ter ajudado médicos na linha de frente e auxiliado a população a não tomar doses erradas no momento errado, evitando assim o agravamento da doença, poupando pessoas da internação e até mesmo da morte.

Curiosamente, à época das viroses do zika virus e chikungunya, determinados senadores noticiavam positivamente o uso ‘*off-label*’ (medicamento reposicionados) da cloroquina, que ainda não possuía estudos clínicos prévios, mas, agora, na pandemia do covid-19, atacam medicamentos que possuem o mesmo princípio de utilização.

Em termos científicos, tais remédios foram utilizados de forma *off-label*, ou seja, para uma finalidade não prevista na bula, uma vez que os médicos são livres para tratar pacientes que tenham uma certa condição que, por analogia com outra semelhante, ou por base fisiopatológica, ele acredite possam vir a se beneficiar de um determinado medicamento não aprovado para ela.

O neurologista Arnold Kriegstein e sua equipe na Universidade da Califórnia em São Francisco investigaram como o vírus Zika penetra em células da placenta e do tecido cerebral e observaram que a azitromicina, um antibiótico produzido no início dos anos 1980 e amplamente usado contra uma série de infecções, inclusive por gestantes, impediu a proliferação do vírus e evitou danos celulares nos testes em laboratório. Esses dados se somaram ao do trabalho coordenado pelo virologista Amílcar Tanuri na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Tanuri e sua equipe já haviam observado que um dos compostos mais usados para combater a malária, a cloroquina, descoberta em 1934, também era capaz de conter o Zika em experimentos feitos com células.

Abaixo seguem os links para algumas reportagens da época que comprovam todo o alegado:

Retallack *et al.*, 2016. <https://www.pnas.org/content/113/50/14408.long>
https://sbmicrobiologia.org.br/wp-content/uploads/2016/06/micro-in-foco_291.pdf, ver página 11.

<https://revistapesquisa.fapesp.br/esperanca-contra-o-zika/>

<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/05/remedio-utilizado-para-tratar-malaria-pode-protger-fetos-contr-zika.html>

<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,remedio-antimalaria-da-resultado-contr-zika,10000049405>

Onde está lógica dos Senadores para agirem de forma tão discrepante nesta CPI? Por qual motivo não se manifestaram contrários ao uso “*off-labe*” de cloroquina nas epidemias de Zika Virus e Chikungunia, já que, conforme alegaram nesta CPI, não havia estudos científicos prévios “padrão ouro”, comprovando suas respectivas eficácias, no tratamento desses dois vírus?

Muitos médicos têm evitado prescrever medicamentos a respeito dos quais há evidências suficientes de eficácia, devido à pressão política e da mídia sobre a opinião pública.

Eles têm sido coagidos até mesmo a não discutir sobre o assunto, sendo sumariamente censurados pelas redes sociais, deixando, assim, pacientes sem medicações específicas, afinal, **não existem alternativas** de tratamentos para pessoas já infectadas. Ao mesmo tempo, médicos têm sido taxados pejorativamente de negacionistas, ou simplesmente ignorados por esta CPI, que não cumpriu seu dever ético e moral de ouvir opiniões diversas, criando uma **falsa ilusão de um consenso médico-científico** e clima de represália contra os profissionais que prescrevem e defendem as intervenções no estágio inicial da doença.

Provavelmente conhecendo esse cenário, Mauro Ribeiro, presidente do Conselho Federal de Medicina, em entrevista para a Rádio Jovem Pan, dia 25/03/2021, afirmou que “não podemos afirmar que o tratamento precoce não tem efeito” (<https://www.gp1.com.br/saude/noticia/2021/3/25/dizer-que-tratamento-precoce-nao-tem-efeito-e-mentira-diz-presidente-do-cfm-498472.html>) e <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>).

Recomendações de entidades ou associações não são sinônimos de comprovação científica. Em notícia publicada no portal G1, do grupo Globo, ao desqualificar a hidroxiclороquina como, um medicamento barato, genérico e sem



patentes, como "sem comprovação científica", a referência utilizada foi a "não recomendação da OMS". Ou seja, a recomendação ou não da OMS é usada como "comprovação científica".

Por outro lado, a ANVISA aprovou o medicamento Remdesivir, fabricado pela gigante Gilead, para o tratamento da COVID-19 no Brasil - e a OMS também recomenda **contra** esse medicamento. Só que, neste caso, a mídia não se postou contra a aprovação nem rotulou o Remdesivir - caríssimo e com patentes - com a alcunha de "sem comprovação científica". Afirmações assim não são encontradas em nenhuma mídia de massa brasileira.

Argumentos de autoridade, de entidades recomendando ou deixando de recomendar (por exemplo, a SBI – Sociedade Brasileira de Infectologia), não possuem peso em uma discussão científica, e equiparam-se a 'opinião de experts' na pirâmide de evidências.



Pirâmide da evidência. Fonte: adaptado de Chiappelli et al

Na ciência, o que vale são estudos científicos, e muitas vezes, em momentos de urgência, dispensa-se até a revisão por pares e a publicação final - como ocorreu com a vacina Coronavac, que começou a ser aplicada antes mesmo da disponibilização do *preprint*, mas apenas com uma apresentação dos dados em um powerpoint via entrevista coletiva.

A **Declaração de Helsinque**, que define princípios éticos para pesquisas em seres humanos, estabelece, em seu item 32:

*“No tratamento de um paciente, quando métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos comprovados **não existirem** ou forem ineficazes, o médico com o consentimento informado do paciente, **deverá ser livre** para utilizar medidas profiláticas, diagnósticas e terapêuticas **não comprovadas ou inovadoras**, se, em seu julgamento, estas oferecerem a esperança de salvar a vida, restabelecer a saúde e aliviar o sofrimento. Quando possível, essas medidas devem ser objeto de pesquisa, programada para avaliar sua segurança ou eficácia. Em todos os casos, as novas informações devem ser registradas e, quando apropriado, publicadas. As outras diretrizes relevantes desta Declaração devem ser seguidas”.*

Assim, segundo esse documento balizador das práticas médicas, mesmo se não houvesse nenhum nível de comprovação - o que não é o caso - médicos não deveriam sofrer o constrangimento de não poder receitar os medicamentos que julgarem oportunos.

Por sua vez, o **Código de Nuremberg**, firmado na Alemanha após a Segunda Guerra, prescrevia que, diante de situações que envolvam a conservação da vida e da saúde, os indivíduos humanos *"devem estar situados de tal forma que possam exercer livremente o poder de escolha, sem a intervenção de qualquer elemento de força, fraude, engano, coação, constrangimento, alcance excessivo ou coerção"* (*human subjects "should be so situated as to be able to exercise free power of choice, without the intervention of any element of force, fraud, deceit, duress, constraint, over-reaching, or coercion"*; *Trials of War Criminals 1946-1949, pp. 181-182*).

Abaixo seguem os resumos quanto ao número de estudos científicos que foram publicados a respeito de tratamento precoce com Ivermectina e com Hidroxicloroquina. As citações destes estudos encontram-se no anexo deste relatório.

Quadro 16. Número de estudos e o percentual de melhoria mediante a aplicação de tratamento com Ivermectina. Fonte: <https://ivmmeta.com/>

	Número de Estudos	Profilaxia (preventivo)	Tratamento precoce	Tratamento tardio	Número de pacientes	Número de autores
Percentual de melhoria como tratamento com Ivermectina						
Todos os estudos	63	86%	66%	36%	47.461	625
Revisado por pares	44	86%	71%	38%	17.126	466
Estudos randomizados e controlados	30	84%	62%	20%	6.368	357

Total de estudos: 137 estudos, com média de 63% de melhoras obtidas mediante o tratamento com Ivermectina.

A metanálise usando o desfecho mais sério relatado mostrou haver 66% [52-76%] e 86% [75-92%] de melhora para o tratamento precoce e profilaxia, com resultados semelhantes após análise de sensibilidade baseada em exclusão (que exclui todos os GMK / BBC estudos de equipe), com desfechos primários e após restrição a estudos revisados por pares ou ensaios clínicos randomizados.



Melhorias estatisticamente significativas foram observadas para mortalidade, ventilação, admissão na UTI, hospitalização, recuperação, casos e eliminação viral. Trinta (30) estudos mostraram melhorias estatisticamente significativas de forma isolada.

Mais de 20 países adotaram ivermectina para COVID-19. A base de evidências é muito maior e tem um conflito de interesses muito menor do que normalmente usado para aprovar medicamentos.

Quadro 17. Número de estudos e o percentual de melhoria mediante a aplicação de tratamento com Hidroxicloroquina. Fonte: <https://c19hcq.com/>

	Número de Estudos	Tratamento precoce	Tratamento tardio	Número de pacientes	Número de autores
Todos os estudos	32	64%	19%	412.766	4.723
Revisado por pares	199	-	19%		
Estudos randomizados e controlados	8	46%	-		
Estudos randomizados e controlados	45	21%	-		

Total de estudos: 284 estudos, com média de 44% de melhoras obtidas mediante o tratamento com Hidroxicloroquina.

Banco de dados de todos os estudos com Hidroxicloroquina (HCQ) no combate à COVID-19. 360 estudos, 263 revisados por pares, 294 comparando grupos de tratamento e controle. HCQ não é eficaz quando usado muito tarde com altas dosagens por um longo período (ensaios RECOVERY/SOLIDARIETY), a eficácia melhora com o uso mais precoce e melhor dosagem. O tratamento precoce mostra consistentemente efeitos positivos. As avaliações negativas geralmente ignoram o tempo de tratamento, geralmente com foco em um subconjunto de estudos em estágio avançado. As evidências *in vitro* fizeram alguns acreditar que os níveis terapêuticos não seriam atingidos, no entanto, isso estava incorreto (Fonte: <https://c19hcq.com/>)

4.3. Sobre os estudos/artigos que impactaram negativamente sobre a percepção de eficácia de hidroxicloroquina

A cloroquina permanece nos protocolos oficiais chineses de tratamento, apesar de que hoje já temos drogas mais eficazes para tratar a doença.

A perseguição ao uso da hidroxicloroquina, uma droga menos tóxica, utilizada com sucesso em vários países, começou com uma fraude deliberada publicada na revista Lancet (Mehra *et al.*, 2020, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31324-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31324-6/fulltext)). Essa fraude, que envolvia uma companhia de fachada, a *Surgisphere*, e alegava ter registro de 671 hospitais que misteriosamente pediam para permanecer anônimos, e alegava que o tratamento com hidroxicloroquina estaria matando pacientes de COVID-19.



Uma simples passagem de olhos pelo número de autores em um estudo dessa extensão, 4 apenas, e esse misterioso anonimato, permitiria supor que se tratava de uma fraude, mas o editor Peter Horton deixou que fosse publicada na Lancet, apesar de Didier Raoult na França muito rapidamente ter apontado a provável fraude. O percentual de fumantes, por exemplo, em cada continente, discrepava do % conhecido. Com base nesse artigo na Lancet, a OMS mandou que cessassem os testes da droga em 17 países. Pesquisadores começaram a investigar e descobriram que a gerente de vendas da *Surgisphere* era uma atriz pornô; a diretora científica era uma escritora de ficção científica; o número de registros médicos na África e na Austrália eram impossíveis de se obter a partir do número de pacientes nesses locais em hospitais de registros acessíveis; a cessação dos registros em certos países envolveria questões éticas que tornavam impossível a obtenção. Ainda assim, foi só depois de cerca de 150 pesquisadores liderados pelo britânico James Watson fazerem uma carta pedindo a retratação do artigo que ele foi finalmente retirado da revista.

Os editores de jornais nacionais não noticiaram essa fraude da revista Lancet como fraude, noticiaram como erro técnico. A Folha de São Paulo: “*The Lancet retrata estudo que apontava maior risco de morte associado a hidroxiclороquina*”. Dizendo que a retratação se devia ao fato de que a *Surgisphere* se negava a compartilhar a base de dados, e se omitindo totalmente sobre a fraude que foi noticiada por pequenos jornais franceses, indianos e americanos. A omissão sobre os detalhes da fraude calou até mesmo a voz do editor da Lancet, Peter Horton, que disse que a publicação foi uma “fabricação” e uma “fraude monumental” .

Tão logo a revista Lancet aceitou retratação da publicação que dizia que a hidroxiclороquina matava, já saía o resultado do estudo Recovery, que mostrava que a hidroxiclороquina matava. A publicação do Lancet foi dia 22 de maio; a OMS logo em seguida suspendeu os ensaios (25); a retratação da publicação, 4 de junho. No dia 5 de junho o pesquisador Peter Horby já convocava a imprensa para dizer que no dia 4 haviam aberto parciais do ensaio e que estavam suspendendo porque não havia efeito e mostrava dados sugestivos de maior mortalidade.



Esse ensaio foi realizado com pacientes hospitalizados, e nunca foi de uso precoce, onde utilizaram nos pacientes 2400 mg nas 1as 24 h do ensaio (três vezes mais que a dose terapêutica de outros ensaios), depois 800 mg a cada 24h (2x mais que outros ensaios). Ou seja, também atingiram a dose letal de HCQ .

O jornal Frances Soir mostrou que Martin Landray, colaborador do ensaio, justificou a alta dose alegando que era a utilizada para “disenteria amebiana”. Ocorre que a droga que se usa nessa condição, e exatamente nessas doses, é a hidroxiquinolina, e não a hidroxicloroquina. O coordenador do ensaio Peter Horby tentou consertar as palavras do colaborador alegando que ele queria dizer abscesso hepático amebiano, mas essa condição também não é tratada por hidroxicloroquina, mas por cloroquina, e as doses são outras. Ou seja, tudo leva a crer que esse ensaio usou doses semelhantes às que se usa de hidroxiquinolina, e não de hidroxicloroquina, e ao fazer isso, atingiram a dose letal de hidroxicloroquina.

“A medicina é uma ciência da incerteza e uma arte da probabilidade”, afirmou o Professor Regius de Medicina em Oxford William Osler (1849-1919) há mais de um século. Depois de produzir centenas de milhares de artigos sobre COVID-19, os cientistas não têm uma resposta clara para sua origem e respostas individuais imprevisíveis após a infecção. Cabe aos médicos e cientistas reduzir a incerteza e aplicar os melhores conhecimentos no cuidado de seus pacientes, orientados pelo aforismo hipocrático *primum non nocere*.

O artigo sobre a avaliação crítica do uso terapêutico de difosfato de cloroquina (CQ) e hidroxicloroquina (HCQ) no COVID-19 é um rico relato do estado da arte. Ele ilustra a importância de uma pesquisa bibliográfica aprofundada e abrangente e a necessidade de um trabalho preparatório antes de conduzir um ensaio clínico randomizado. Conforme informado no artigo, já era conhecido antes do COVID-19 que: ”1) A letalidade da cloroquina em overdose é mais de seis vezes maior do que com outras drogas. A mortalidade é proporcional às concentrações máximas no sangue; O resultado depende da dose retida, das concentrações sanguíneas resultantes e da demora em chegar aos cuidados intensivos de suporte; 2) A hidroxicloroquina foi ligeiramente mais segura do que a cloroquina em testes pré-clínicos e é considerada melhor



tolerada a longo prazo. Ambas as drogas são perigosas em caso de overdose; 3) A principal preocupação com altas doses é a toxicidade cardiovascular. Na sobredosagem, foi observada uma variedade de arritmias, incluindo bloqueio sino-atrial e atrioventricular, bloqueio de ramo e diferentes arritmias ventriculares (incluindo TdP). O ECG comumente mostra alargamento do QRS e prolongamento do QT. 4). Há uma contribuição significativa da azitromicina para o risco de arritmia. Individualmente, o uso da azitromicina pode apresentar um risco maior de TdP do que a cloroquina ou hidroxicloroquina; 5) As principais interações medicamentosas que causam preocupação são as interações farmacodinâmicas com outras drogas bloqueadoras do canal hERG (prolongamento do intervalo QT) - notadamente a azitromicina. Se esses medicamentos forem adicionados durante ou logo após a administração das 4-aminoquinolinas, as concentrações plasmáticas de potássio devem ser superiores a 4 mmol / L, as concentrações plasmáticas de cálcio e magnésio devem estar na faixa normal e os ECGs devem ser monitorados para o prolongamento do intervalo QT; 6) Hipocalemia, resultante de acúmulo intracelular, é uma característica consistente, complicação importante e um indicador de prognóstico de intoxicação por cloroquina, contribuindo para arritmias ; 7) A concentração de potássio plasmático na admissão correlacionou-se inversamente com o alargamento do QRS e o prolongamento do QT. Bons cuidados intensivos com tratamento imediato da hipocalemia foram contribuintes importantes para a sobrevivência; 8) Em pacientes com concentração de cloroquina no sangue total na admissão inferior a 15 µM, não ocorreram óbitos. A mortalidade aumentou acentuadamente em concentrações mais altas, com mortalidade superior a 5% para concentrações acima de 20 µM; 9) De repente, morte inexplicada não foi associada a regimes de dosagem previamente aprovados de cloroquina, apesar da administração de bilhões de cursos de profilaxia e tratamento e ampla variação na dosagem; 10) A confusão e a preocupação surgiram extrapolando os riscos cumulativos indubitáveis de dano miocárdico com dosagem crônica para exposições de curto prazo, superestimando o risco de arritmias ventriculares resultantes do prolongamento moderado do QT; 11) A cloroquina e a hidroxicloroquina têm propriedades farmacocinéticas incomuns com enormes volumes aparentes de distribuição (cloroquina > hidroxicloroquina) e eliminação muito lenta do corpo (semividas de



eliminação terminal > 1 mês); 12) Monitoramento de eventos adversos cardiovasculares (alargamento de QRS, prolongamento de QT, arritmias) e fatores de risco modificáveis (ou seja, concentrações plasmáticas de potássio / cálcio / fosfato / magnésio, função renal gravemente comprometida e co-administração de drogas que prolongam o intervalo QT) é aconselhável em pacientes recebendo altas doses de cloroquina ou hidroxicloroquina e gravemente doentes (hospitalizados); 13) Embora a cloroquina e a hidroxicloroquina prolonguem o intervalo J a T do ECG e sejam potencialmente 'torsadogênicos', não está claro até que ponto o risco de TdP é aumentado. Além disso, relatos de prolongamento do QT comumente omitem a medição do prolongamento do QRS e, portanto, superestimam o prolongamento do JT; 14) As reações adversas mais comuns relatadas são dispepsia, náusea, ocasionalmente vômitos, distúrbios visuais (particularmente dificuldades de acomodação transitórias) e dor de cabeça. O prurido é particularmente problemático em pacientes de pele escura e pode ser limitante da dose. 15) A cloroquina administrada por via oral é bem absorvida, mesmo em pacientes inconscientes. A acumulação ocorre lentamente com doses repetidas (como em condições reumatológicas ou antimalárico contínuo) devido à taxa de eliminação terminal muito lenta.

Níveis mais altos são alcançados em pacientes com insuficiência renal”.

Uma questão crítica e vital no estudo de medicamentos reposicionados (*‘off label’*) em situações de alta incerteza, como o COVID-19 logo após sua ocorrência, é a seleção da concentração do medicamento a ser testada em ensaios clínicos randomizados. Para a hidroxicloroquina, a análise crítica cita o estudo de Yao X, Ye F, Zhang M, Cui C, Huang B, Niu P, *et al.* Eles descobriram que o HCQ é mais potente do que a cloroquina ao desenvolver um modelo farmacocinético de base fisiológica (PBPK) (publicado em 9 de março de 2020, antes da publicação dos resultados dos ensaios clínicos randomizados em revistas conceituadas). Eles sugeriram uma dose de ataque de 400 mg duas vezes ao dia de sulfato de hidroxicloroquina por via oral, seguida por uma dose de manutenção de 200 mg duas vezes ao dia por 4 dias para tratar a infecção por SARS-CoV-2 [dosagem total 2,4 g]. Este regime de dosagem, de acordo com eles, atingiu 3 vezes a potência do fosfato de cloroquina quando administrado



500 mg duas vezes ao dia 5 dias antes e foi adotado no estudo RECOVERY, mas por sua duração (5 vs 10 dias) e dose de ataque 3 vezes maior no primeiro dia (800 mg vs 2.400 mg) Horby P, White NJ e Landray MJ, em uma resposta ao NEJM, afirmaram que o HCQ foi avaliado principalmente como um medicamento antiviral no estudo UK RECOVERY. “O esquema de dosagem de hidroxicloroquina no ensaio RECOVERY foi, portanto, projetado para fornecer as mais altas concentrações de tecido que fossem seguras a fim de fornecer o máximo de atividade antiviral e, portanto, a melhor chance de benefício terapêutico.

Em outro artigo (aceito em 25 de março de 2020) por Cui C, Zhang M, Yao X, Tu S, Hou, En VSJ *et al.*, os autores aplicaram o mesmo modelo PBPK acima referido e estudaram a seleção da dose de fosfato de cloroquina (CQ) para o tratamento de COVID-19. De acordo com os autores, “o novo modelo de PBPK permite uma descrição detalhada da farmacocinética de CQ em vários órgãos-chave (pulmão, coração, fígado e rim) e foi aplicado para projetar estratégias de dosagem em pacientes com COVID-19 agudo”. Depois de combinar o modelo PBPK com relações clínicas de exposição-resposta conhecidas, eles propuseram dosagens CQ para COVID-19 agudo (Dia 1: 750 mg BID, Dias 2-5: 500 mg BID, dosagem total 5,5 g), COVID-19 moderado (Dia 1: 750 mg e 500 mg, Dias 2-3: 500 mg BID, Dias 4-5: 250 mg BID, dosagem total 4,25 g) e outras populações vulneráveis (por exemplo, insuficiência renal e hepática e pacientes idosos, Dias 1-5: 250 mg BID, dosagem total 2,5 g). É perceptível que à medida que a doença progride, ou em populações vulneráveis, a dose total de CQ diminui em seu curso de tratamento fixo de 5 dias. Este regime de dosagem parece ajustar-se bem ao conhecimento fisiopatológico conhecido sobre doenças virais.

Prevê-se que a ação terapêutica antiviral ocorra principalmente na fase inicial de replicação. O reconhecimento precoce da progressão de COVID-19 (replicação viral / estágio prodromico, pneumonia / estágio inflamatório e tempestade de citocinas / doença crítica) recomendaria testar principalmente CQ e HCQ nos primeiros 5 dias após o início dos sintomas e não nas fases posteriores de hospitalização pacientes com resposta imune hiperinflamatória secundária à agressão do vírus. O artigo da PLoS Medicine reafirma que “quanto



mais cedo no processo de evolução da doença a multiplicação do patógeno for inibida, melhor será o resultado”. A eficácia de qualquer agente antiviral pode variar se for prescrito precocemente, na fase prodrômica, ou posteriormente, com fenômenos inflamatórios e imunopatológicos. Tanto o WHO SOLIDARITY / UK RECOVERY (dosagem total 9,6g de HCQ, equivalente a 7,44g de base de cloroquina) e os ensaios brasileiros CloroCOVID19 (dosagem total de 20g de CQ no grupo de alta dose, equivalente a 12g de cloroquina base) adotaram um plano 10 prescrição de um dia para pacientes hospitalizados e graves com suspeita clínica ou infecção por SARS-CoV-2 confirmada por laboratório. É bem conhecido que os pacientes prescritos com doses mais altas de cloroquina apresentam maior risco de morte por overdose, conforme demonstrado no estudo CloroCOVID19 e nos indivíduos com auto-intoxicação estudados por Clemessy e colaboradores na França. A dose total de HCQ usada nos ensaios RECOVERY / SOLIDARITY foi 2,83 vezes superior à dosagem estimada por Yao X et al. estudo publicado quase simultaneamente com o desenvolvimento dos dois protocolos. No grupo de altas doses do CloroCOVID19 (pacientes graves ou criticamente enfermos), a dose total foi o dobro da sugerida pelo consenso de especialistas de Guangdong, 2,85 superior às diretrizes propostas pela Comissão de Saúde da China, 4,44 superior ao regime posológico permitido pelo Ministério brasileiro de Saúde para pacientes hospitalizados e 3,63 vezes superior à maior dose recomendada por Cui C et al. Modelo PBPK para doença aguda grave, 4,7 vezes superior a COVID-19 moderado e 8 vezes superior à dosagem para pacientes vulneráveis. 63 vezes superior à dose mais alta recomendada por Cui C et al. Modelo PBPK para doença aguda grave, 4,7 vezes superior a COVID-19 moderado e 8 vezes superior à dosagem para pacientes vulneráveis. 63 vezes superior à dose mais alta recomendada por Cui C et al. Modelo PBPK para doença aguda grave, 4,7 vezes superior a COVID-19 moderado e 8 vezes superior à dosagem para pacientes vulneráveis. Não está claro se os regimes posológicos nos estudos WHO SOLIDARITY / UK RECOVERY foram definidos após modelagem farmacocinética-farmacodinâmica detalhada. Por outro lado, está claro que não há relato de um modelo de simulação de dosagem no estudo CloroCOVID19, apenas uma referência à dosagem sugerida pelo consenso de especialistas de



Guangdong. O consenso baseou suas recomendações exclusivamente em estudos in vitro e séries de casos não publicados de pacientes atendidos na China. A dosagem total de CloroCOVID19 foi 68% mais forte do que a usada nos estudos WHO SOLIDARITY / UK RECOVERY, no caso de hidroxicloroquina e cloroquina apresentarem toxicidades equivalentes molares. Sobre a alta dosagem no estudo CloroCOVID19, afirma-se no artigo que “foi encontrada cardiotoxicidade grave em um ensaio COVID-19 encerrado prematuramente, no qual a dose de carga do tratamento da malária com cloroquina de 10 mg base / kg foi administrada duas vezes ao dia durante uma semana”. Ele precisa de uma correção: o grupo de alta dose no estudo CloroCOVID19 ingeriu 8 comprimidos de CQ por dia durante 10 dias (a dose de ataque para malária por P. vivax não complicada no Brasil é de 4 comprimidos) sem ajuste por peso. Os pacientes em seu grupo de alta dose teriam que pesar 120 kg para receber adequadamente a dose inicial de tratamento de malária de 10 mg base / kg. Um paciente tratado com CQ no estudo CloroCOVID19 tinha menos de 50 kg. Essa dosagem alta provavelmente pode contribuir para o agravamento da doença, em vez de ser terapêutica. o grupo de alta dose no estudo CloroCOVID19 ingeriu 8 comprimidos de CQ por dia durante 10 dias (a dose de ataque para malária por P. vivax não complicada no Brasil é de 4 comprimidos) sem ajuste por peso. Os pacientes em seu grupo de alta dose teriam que pesar 120 kg para receber adequadamente a dose inicial de tratamento de malária de 10 mg base / kg. Um paciente tratado com CQ no estudo CloroCOVID19 tinha menos de 50 kg. Essa dosagem alta provavelmente pode contribuir para o agravamento da doença, em vez de ser terapêutica. o grupo de alta dose no estudo CloroCOVID19 ingeriu 8 comprimidos de CQ por dia durante 10 dias (a dose de ataque para malária por P. vivax não complicada no Brasil é de 4 comprimidos) sem ajuste por peso. Os pacientes em seu grupo de alta dose teriam que pesar 120 kg para receber adequadamente a dose inicial de tratamento de malária de 10 mg base / kg. Um paciente tratado com CQ no estudo CloroCOVID19 tinha menos de 50 kg. Essa dosagem alta provavelmente pode contribuir para o agravamento da doença, em vez de ser terapêutica. Um paciente tratado com CQ no estudo CloroCOVID19 tinha menos de 50 kg. Essa dosagem alta provavelmente pode contribuir para o agravamento da doença, em vez de ser terapêutica. Um paciente tratado com CQ no estudo CloroCOVID19 tinha menos de 50 kg. Essa dosagem alta



provavelmente pode contribuir para o agravamento da doença, em vez de ser terapêutica.

Deve-se ter cuidado extra para determinar a dosagem para converter a base de cloroquina em difosfato de cloroquina para evitar sobredosagem não intencional causada por efeitos adversos de CQ que podem levar a hipocalemia, alterações do ritmo cardíaco e mortes, intensificadas em pacientes com problemas renais. No mesmo dia (24 de abril de 2020) da publicação do ensaio CloroCOVID19 no JAMA Network Open (precedido pela entrevista de 12 de abril ao NYT), o FDA anunciou que “estamos cientes de relatos de problemas graves de ritmo cardíaco em doentes com COVID-19 tratados com hidroxicloroquina ou cloroquina, frequentemente em combinação com azitromicina e outros medicamentos que prolongam o intervalo QT”. Comentando sobre o artigo, o segundo mais citado em 2020 no JAMA Network Open, seu editor afirmou que a descontinuação do ensaio brasileiro foi decidida porque o risco de efeitos tóxicos do regime de alta dose superou seus benefícios e que “Quase depois disso, todos os ensaios clínicos randomizados foram interrompidos”. É estranho que um pequeno ensaio não controlado, muito cheio de preconceitos, comparando dois regimes de dosagem altamente diferentes de CQ como um adjuvante a outras drogas que prolongam o intervalo QT em pacientes amazônicos vulneráveis com suspeita de COVID-19 grave, tenha ganhado tanto reconhecimento da comunidade científica. Os cientistas médicos estão fazendo testes clínicos cegos e também se tornando cegos para sua análise crítica e interpretação? Preconceituoso, comparar dois regimes de dosagem altamente diferentes de CQ como um adjuvante a outras drogas que prolongam o intervalo QT em pacientes amazônicos vulneráveis com suspeita de COVID-19 grave, ganhou muito reconhecimento da comunidade científica. Os cientistas médicos estão fazendo testes clínicos cegos e também se tornando cegos para sua análise crítica e interpretação? Novamente preconceituoso, comparar dois regimes de dosagem altamente diferentes de CQ como um adjuvante a outras drogas que prolongam o intervalo QT em pacientes amazônicos vulneráveis com suspeita de COVID-19 grave, ganhou muito reconhecimento da comunidade científica. Os cientistas médicos estão fazendo testes clínicos cegos e também se tornando cegos para sua análise crítica e interpretação?

Além da dosagem total de CQ, também é fundamental avaliar o estado



clínico dos pacientes e o nível de atendimento prestado nos hospitais. Para o ensaio CloroCOVID19, não houve critérios de exclusão. Para o estudo RECOVERY do Reino Unido, apenas os pacientes com um intervalo QT corrigido prolongado conhecido na eletrocardiografia eram inelegíveis para receber hidroxicloroquina e se, na opinião do médico assistente após fazer o histórico médico, os pacientes não estivessem expostos a risco substancial (não definido) se participassem do ensaio. Um critério de inclusão crítico, informado no registro em [clinicaltrials.gov](https://www.clinicaltrials.gov), não foi divulgado no relatório CloroCOVID19 da Rede JAMA Aberta. Este critério só permitiu a participação de pacientes com idade <51 anos se eles tivessem um fator de risco conhecido para COVID-19 ou comorbidade grave, como por exemplo, câncer. De acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (SVI), baseado em infraestrutura urbana, capital humano e renda e trabalho, Manaus foi a região metropolitana com os piores resultados entre as 16 estudadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do Brasil. Entre outras grandes cidades do Brasil, seu sistema de saúde local não tem boa reputação. Na época do ensaio CloroCOVID19, o Hospital Delphina Aziz era o único hospital a admitir casos de COVID-19 em Manaus. A qualidade da atenção à saúde em 176 hospitais no Reino Unido, onde o ensaio RECOVERY foi realizado, não é comparável ao hospital de Manaus, um hospital sobrecarregado em um ambiente de baixa renda. No entanto, o protocolo do hospital de Manaus para o tratamento dos casos suspeitos de COVID-19 incluía o uso de azitromicina, ceftriaxona e oseltamivir, com o uso adjuvante de cloroquina como droga experimental. O protocolo CloroCOVID19 não previa sistematicamente a análise de eletrólitos séricos (especialmente potássio) na entrada e como cuidados de rotina nos dias seguintes à admissão. Não houve relato de abandono devido a náuseas intensas, vômitos ou diarreia como seria de esperar em ensaios usando tal regime de alta dosagem de CQ, particularmente após a administração obrigatória de outra dose de CQ, por protocolo, após 30 minutos, em caso de rejeição ou vomitando.

Exceto para o estudo CloroCOVID19 no Brasil, Watson, Tarning, Hogg, Baud, Megarbane, Clemessy e White concluíram que “a modelagem farmacocinética prevê que a maioria dos regimes de altas doses testados no COVID-19 são improváveis de causar toxicidade cardiovascular grave”. Para a dosagem prescrita no ensaio brasileiro, os autores afirmaram que poderia ser



diretamente letal, conforme sugerido por uma análise farmacométrica de coortes de intoxicação por cloroquina. No entanto, deve-se lembrar que a simulação não considerou os danos do SARS-CoV-2 no sistema cardiovascular e as comorbidades associadas em pacientes frágeis / idosos tratados com um coquetel de outras drogas. No ensaio brasileiro, difosfato de cloroquina foi administrado como adjuvante à azitromicina, ceftriaxona e oseltamivir em pacientes que possivelmente usam outras drogas (por exemplo, digital, antidiabéticos e diuréticos) com interações significativas e potencialmente letais. Isso poderia resultar em hipocalemia, desequilíbrio ácido-básico, distúrbios cardíacos, parada cardíaca e morte. Portanto, é impróprio incluir os achados do estudo brasileiro CloroCOVID19 como feito na metanálise de RCT publicado sobre resultados de mortalidade com HCQ e CQ no COVID-19 ou misturar evidências de pacientes em diferentes estágios do COVID-19, conforme proposto pelas diretrizes terapêuticas da OMS COVID-19, como se houvesse evidências conclusivas sobre a eficácia e segurança do CQ / HCQ para o tratamento do COVID-19 em todos os estágios.

“*Dosis sola facit venenum*”, afirmou Paracelsus em 1538. Para medicamentos com índice terapêutico estreito, como a cloroquina, deve-se ter muita atenção para encontrar os limites das doses terapêuticas e tóxicas para a realização de um ensaio clínico randomizado. No entanto, no julgamento clínico, a regra ética da prudência impõe a prescrição de uma dose não tão forte de algum medicamento poderoso a pacientes vulneráveis e frágeis que enfrentam uma doença letal em seu estágio final. A publicação dos resultados do ensaio brasileiro CloroCOVID19 no JAMA Network Open (24 de abril de 2020), que sugeriu um efeito cardiotóxico do difosfato de cloroquina em 2 casos de morte súbita, e a análise do registro multinacional retratado publicada no The Lancet (22 de maio de 2020), “Impedir a realização de ensaios controlados muito randomizados necessários para fornecer evidências robustas sobre os riscos e benefícios” da cloroquina e da hidroxicloroquina, como a revisão crítica imparcial e equilibrada publicada na PLoS Medicine corretamente apontou. O aumento da politização e da ciência doentia combinadas com interesses indizíveis são responsáveis por fazer o medo triunfar sobre a esperança de médicos e pacientes de encontrar tratamentos eficazes, seguros e baratos para a fase prodrômica da COVID-19.



4.4. Sobre cidades e países que adotaram tratamentos com remédios

Abaixo listamos os países que usam Hidroxicloroquina, de acordo com todos os links apresentados abaixo. Em seguida, buscamos quantas mortes e a população de cada um desses países, e a média é de 14,08 mortes por 100.000 habitantes (Fonte: <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>).

Quadro 18. Países que usam Hidroxicloroquina reposicionada e seus respectivos índices relacionados à COVID-19.

País	Mortes por 100.000 habitantes	Vacinação (% pop.)	Óbitos	População	Letalidade (%)
Argelia	13,7	31,6	5.890	43.079.800	2,9
Burkina Faso	1,1	1,4	214	20.243.902	1,4
Camarões	6,2	1,8	1.600	25.865.580	1,6
República Centro-Africana	2,1	6,5	100	4.734.300	0,86
China	3,3	155,5	4.636	1.384.571.429	0,003
Congo	1,2	0,2	1.053	89.560.000	1,9
Coreia do Sul	5,4	147,0	2.773	51.750.663	0,8
Cuba	72,0	223,3	8.167	11.336.574	0,9
Djibouti	18,3	9,2	181	988.002	1,34
Eritrea	1,3	0	45	3.414.634	0,7
Gabão	12,3	6,6	274	2.226.000	0,1
Gana	3,8	8,6	1.170	31.070.000	0,9
Guiné	1,2	9,6	141	13.130.000	2,3

Guiné Bissau	7,2	6,0	141	1.968.000	2,3
Índia	332,9	20,7	455.000	1.366.576.271	1,3
Indonésia	52,3	65,5	143.000	273.500.000	3,4
Madagascar	3,6	2,0	960	26.938.111	2,2
Mali	2,8	2,8	558	20.250.000	3,5
Marrocos	40,1	57,2	14.612	36.467.066	1,5
Nigéria	1,4	3,9	2.882	206.100.000	1,4
Rússia	156,0	69,1	226.000	144.373.171	2,8
Senegal	11,5	11,4	1.878	16.303.725	2,5
Emirados Árabes Unidos	21,8	209,0	2.130	9.771.529	0,3
Venezuela	16,9	56,2	4.810	28.440.000	1,2
Média	32,9	45,8	36.592	158.860.781	1,6

Fontes: <https://ourworldindata.org/coronavirus-data> e <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>

Acessados em 25/10/2021

Enquanto isso, em países que não adotaram o uso de medicamentos reposicionados, apresentam os resultados abaixo:

Quadro 19. Países que não adotaram Hidroxicloroquina reposicionada e seus respectivos índices relacionados à COVID-19.

País	Mortes por 100.000 habitantes	Vacinação (% pop.)	Óbitos	População	Letalidade (%)
Brasil	286,9	74,6	606.000	211.210.979	2,8
Reino Unido	209,5	139,6	140.000	66.835.456	1,6



SF/21827.81268-31

Bélgica	225,1	144,4	25.846	11.484.026	2,0
Itália	221,7	147,0	132.000	59.550.000	2,8
Portugal	176,6	159,0	18.133	10.269.667	1,7
França	176,0	145,0	118.000	67.057.959	1,6
Suécia	145,8	141,1	14.993	10.285.409	1,3
Estados Unidos	227,0	123,0	736.000	324.240.000	1,6
Média	208,6	134,2	223.872	95.116.687	1,9

Fontes: <https://ourworldindata.org/coronavirus-data> e <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>

Acessados em 25/10/2021

Comparando os dados dos dois quadros acima (quadros 18 e 19), verificamos que a letalidade é na média, 15,8 % inferior nos países que adotaram tratamentos medicamentosos. E estes países, em média, vacinaram considerável menor proporção de sua população. O parâmetro mortalidade também foi inferior nestes países.

Se tivéssemos seguido os países que estão tendo melhores resultados, teríamos no Brasil menos mortes do que tivemos. **Cabe ao MPF investigar os reais motivos pelo qual esta CPI se negou a analisar os dados e fatos que em diversas ocasiões os depoentes tentaram mostrar, mas foram silenciados. E também cabe ao MPF buscar os motivos pelos quais requerimentos de senadores foram rechaçados e requerimentos para depoimentos de pessoas sem a devida qualificação profissional ou relevância para a investigação foram priorizados.**

Algeria - (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.researchsquare.com/article/rs-519255/v1>



SF/21827.81268-31

<https://www.theafricareport.com/26264/coronavirus-didier-raoult-the-african-and-chloroquine-from-dakar-to-brazzaville/>

<https://www.afrik.com/edouard-philippe-emporte-par-le-covid-didier-raoult-l-hydroxychloroquine-et-le-remdesivir>

<https://www.theeastafrican.co.ke/news/africa/Algeria-backs-hydroxychloroquine-use/4552902-5564930-duphp6/index.html>

<https://al-bab.com/blog/2020/05/covid-19-algeria-and-morocco-continue-using-chloroquine-despite-concerns>

<https://www.dovepress.com/off-label-use-of-chloroquine-and-hydroxychloroquine-for-covid-19-treat-peer-reviewed-fulltext-article-RRTM>

<https://twitter.com/gummibear737/status/1256676533638479872>

<https://www.barrons.com/news/hydroxychloroquine-a-drug-dividing-the-world-01591006809>

<https://www.mediterranee-infection.com/wp-content/uploads/2020/09/COVIDAfricaJOUmII.pdf>

<https://twitter.com/Covid19Crusher/status/1258469706442444804>

https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/senegal/ces-pays-africains-qui-ont-decide-de-continuer-a-soigner-le-covid-19-avec-l-hydroxychloroquine_3983239.html

Burkina Faso -(Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.researchsquare.com/article/rs-519255/v1>

https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/senegal/ces-pays-africains-qui-ont-decide-de-continuer-a-soigner-le-covid-19-avec-l-hydroxychloroquine_3983239.html

<https://www.lifesitenews.com/news/doctors-insist-this-drug-is-a-proven-safe-inexpensive-key-to-returning-society-toward-normal-functioning-and-to-preventing-huge-loss-of-life-from-covid-virus>

<https://www.theafricareport.com/26264/coronavirus-didier-raoult-the-african-and-chloroquine-from-dakar-to-brazzaville/>

Camarões - (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.researchsquare.com/article/rs-519255/v1>

<https://www.france24.com/en/20200503-covid-19-in-cameroon-a-chloroquine-therapy-hailed-by-french-expert-becomes-state-protocol>

<https://www.voanews.com/science-health/coronavirus-outbreak/cameroon-begins-large-scale-chloroquine-production>



SF/21827.81268-31

<https://twitter.com/Covid19Crusher/status/1257626384782053377?s=20>

<https://www.dovepress.com/off-label-use-of-chloroquine-and-hydroxychloroquine-for-covid-19-treat-peer-reviewed-fulltext-article-RRTM>

<https://www.france24.com/fr/20200502-covid-19-au-cameroun-la-m%C3%A9thode-raoult-%C3%A9rig%C3%A9e-en-protocole-d-%C3%A9tat>

República Central Africana - (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.researchsquare.com/article/rs-519255/v1>

China -Cloroquina - official - country-wide adoption

<https://www.archyde.com/china-approves-chloroquine-instead-of-hydroxychloroquine-against-covid-19/>

<https://www.hsj.gr/medicine/is-there-a-correlation-between-changes-in-hydroxychloroquine-use-and-mortalityrates-from-covid19.pdf>

<http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653p/202008/0a7bdf12bd4b46e5bd28ca7f9a7f5e5a.shtml>

Congo - (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.researchsquare.com/article/rs-519255/v1>

Coreia do Sul -(Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.hsj.gr/medicine/is-there-a-correlation-between-changes-in-hydroxychloroquine-use-and-mortalityrates-from-covid19.pdf>

<https://twitter.com/LukeMor19529310/status/1271442135720615938>

https://twitter.com/rn_american/status/1272812657142349826

<https://twitter.com/ProlongingCovid/status/1279874993153662977>

<https://twitter.com/businessriz/status/1261092622312955904>

Cuba -(Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://covid19cubadata.github.io/protocols.html>

<https://covid19cubadata.github.io/protocolos/protocolo-version-6.pdf>



SF/21827.81268-31

<https://pleno.news/saude/coronavirus/cuba-se-destaca-no-combate-a-covid-com-hidroxicloroquina.html>

<https://www.aa.com.tr/en/americas/cuba-early-hydroxychloroquine-potent-against-covid-19/1905650>

Djibouti -(Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.dovepress.com/off-label-use-of-chloroquine-and-hydroxychloroquine-for-covid-19-treat-peer-reviewed-fulltext-article-RRTM>

<https://www.globaltimes.cn/content/1189839.shtml>

<https://face2faceafrica.com/article/djibouti-others-warned-about-chloroquine-despite-big-covid-19-recoveries>

https://www.voanews.com/covid-19-pandemic/djibouti-treating-all-covid-patients-chloroquine-scientists-urge-caution?utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter

Eritrea - (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.researchsquare.com/article/rs-519255/v1>

Gabão - (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.researchsquare.com/article/rs-519255/v1>

<https://www.mediterranee-infection.com/wp-content/uploads/2020/09/COVIDAfricaJOUmII.pdf>

Gana -(Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.researchsquare.com/article/rs-519255/v1>

<https://www.dovepress.com/off-label-use-of-chloroquine-and-hydroxychloroquine-for-covid-19-treat-peer-reviewed-fulltext-article-RRTM>

<https://africafeeds.com/2020/04/01/ghana-kenya-approve-use-of-chloroquine-to-treat-covid-19-patients/>

<https://www.panafrican-med-journal.com/content/series/37/1/9/full/>

<https://guardian.ng/news/nigeria/national/chloroquine-potent-for-covid-19-prevention-says-nafdac/>

Guiné - (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption



SF/21827.81268-31

<https://www.researchsquare.com/article/rs-519255/v1>

<https://mosaiqueguinee.com/traitement-des-malades-de-covid19-en-guinee-nous-continuons-avec-lhydroxychloroquine-anss/>

Guiné-Bissau (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.researchsquare.com/article/rs-519255/v1>

Índia - (Hydroxy)chloroquine - official – uso misto com Ivermectina

https://www.icmr.gov.in/pdf/covid/techdoc/COVID19_Management_Algorithm_2042021_v1.pdf

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30313-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30313-3/fulltext)

https://indianexpress.com/article/cities/pune/maharashtra-expands-use-of-hydroxychloroquine-as-preventive-measure-6376275/lite/?_twitter_impression=true

<https://twitter.com/Billtheicon/status/1262508966321496066>

<https://www.hsj.gr/medicine/is-there-a-correlation-between-changes-in-hydroxychloroquine-use-and-mortalityrates-from-covid19.pdf>

<https://www.oneindia.com/india/no-covid-19-death-in-manipur-mizoram-nagaland-sikkim-so-far-health-ministry-3111048.html>

<https://www.facebook.com/groups/hydroxychloroquine/permalink/2367454293560817/>

<https://www.msn.com/en-ph/news/world/india-backs-hydroxychloroquine-for-virus-prevention/ar-BB14EloP?ocid=st2>

<https://aapsonline.org/hcq-90-percent-chance/>

<https://indianexpress.com/article/india/vadodara-administration-drive-hcq-helping-in-containing-covid-19-cases-say-docs-as-analysis-begins-6486049/>

<https://www.barrons.com/news/hydroxychloroquine-a-drug-dividing-the-world-01591006809>

<https://www.mohfw.gov.in/pdf/RevisedHomelsolationGuidelines.pdf>

<https://www.theaustralian.com.au/world/coronavirus-india-and-indonesia-stand-by-antimalarials/news-story/d7856d1371697fe69e4fcc39d7f1f97c>

Indonesia -(Hydroxy)chloroquine - official – uso misto

<https://www.theaustralian.com.au/world/coronavirus-india-and-indonesia-stand-by-antimalarials/news-story/d7856d1371697fe69e4fcc39d7f1f97c>



SF/21827.81268-31

<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-indonesia-chloroqu/exclusive-indonesia-major-advocate-of-hydroxychloroquine-told-by-who-to-stop-using-it-idUSKBN23227L>

<https://twitter.com/sagleyos/status/1274856392902533120>

<https://twitter.com/sagleyos/status/1274992969549037569>

<https://twitter.com/sagleyos/status/1274505486180782080>

Madagascar - (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.researchsquare.com/article/rs-519255/v1>

Mali - (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.researchsquare.com/article/rs-519255/v1>

<https://www.mediterranee-infection.com/wp-content/uploads/2020/09/COVIDAfricaJOUMLI.pdf>

Marrocos - (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.dovepress.com/off-label-use-of-chloroquine-and-hydroxychloroquine-for-covid-19-treat-peer-reviewed-fulltext-article-RRTM>

<https://www.afrik.com/covid-19-pourquoi-les-marocains-decedent-plus-en-europe-qu-au-maroc>

<https://www.theafricareport.com/26264/coronavirus-didier-raoult-the-african-and-chloroquine-from-dakar-to-brazzaville/>

<https://www.afrik.com/edouard-philippe-emporte-par-le-covid-didier-raoult-l-hydroxychloroquine-et-le-remdesivir>

<https://www.morocoworldnews.com/2020/06/306587/moroccan-scientist-moroccos-chloroquine-success-reveals-european-failures/>

<https://www.hsj.gr/medicine/is-there-a-correlation-between-changes-in-hydroxychloroquine-use-and-mortality-rates-from-covid19.pdf>

<https://www.mediterranee-infection.com/wp-content/uploads/2020/09/COVIDAfricaJOUMLI.pdf>

<https://al-bab.com/blog/2020/05/covid-19-algeria-and-morocco-continue-using-chloroquine-despite-concerns>

<https://northafricapost.com/41247-morocco-continues-use-of-chloroquine-despite-controversy.html>

<https://www.challenge.ma/coronavirus-ce-que-le-maroc-a-reussi-144484/>



SF/21827.81268-31

<https://www.barrons.com/news/hydroxychloroquine-a-drug-dividing-the-world-01591006809>

https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/senegal/ces-pays-africains-qui-ont-decide-de-continuer-a-soigner-le-covid-19-avec-l-hydroxychloroquine_3983239.html

<https://twitter.com/Marie94167358/status/1260661671816835082>

Nigeria - (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://twitter.com/nosamagbe/status/1261706460750364672>

<https://www.vanguardngr.com/2020/06/covid-19-nigerian-study-finds-chloroquine-hydroxychloroquine-effective-as-prophylaxis/>

<https://twitter.com/RobinJHelmholdt/status/1281080419241332738>

<https://medicalworldnigeria.com/post/Chloroquine-Potent-For-COVID-19-Prevention-Says-NAFDAC?pid=45479>

<https://www.dovepress.com/off-label-use-of-chloroquine-and-hydroxychloroquine-for-covid-19-treat-peer-reviewed-fulltext-article-RRTM>

<https://www.westafricanpilotnews.com/2020/08/26/chloroquine-cqb-treat-coronavirus-at-early-stage-nafdac-dg/>

<https://www.aa.com.tr/en/africa/nigeria-goes-on-with-hydroxychloroquine-clinical-trials/1854814>

https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/senegal/ces-pays-africains-qui-ont-decide-de-continuer-a-soigner-le-covid-19-avec-l-hydroxychloroquine_3983239.html

<https://guardian.ng/news/nigeria/national/chloroquine-potent-for-covid-19-prevention-says-nafdac/>

Russia -(Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/052/548/original/%D0%9C%D0%A0_COVID-19_%28v.9%29.pdf

<https://pledgetimes.com/russian-ministry-of-health-has-updated-recommendations-for-the-treatment-of-covid-19/>

<https://www.hsj.gr/medicine/is-there-a-correlation-between-changes-in-hydroxychloroquine-use-and-mortalityrates-from-covid19.pdf>

<https://www.themoscowtimes.com/2020/04/17/russia-approves-unproven-malaria-drug-to-treat-coronavirus-a70025>

<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202004160037#print>



SF/21827.81268-31

<https://www.themoscowtimes.com/2020/04/06/moscow-doctors-forced-to-self-test-risky-malaria-drug-for-coronavirus-bbc-a69877>

<https://twitter.com/gummibear737/status/1279874373046939649>

<https://www.barrons.com/news/hydroxychloroquine-a-drug-dividing-the-world-01591006809>

<https://thebl.com/world-news/russia-supports-hydroxychloroquine-drug-ccp-virus-trump.html>

Senegal -(Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://wfvu.org/content/senegal-pledges-bed-every-coronavirus-patient-%E2%80%94-and-their-contacts-too>

<http://www.tellerreport.com/news/2020-05-02-coronavirus--a-study-in-senegal-confirms-the-effectiveness-of-hydroxychloroquine.BJeet4Kst8.html>

<https://www.africanews.com/2020/04/06/coronavirus-patients-on-chloroquine-heal-faster-senegalese-medic/>

<https://www.dovepress.com/off-label-use-of-chloroquine-and-hydroxychloroquine-for-covid-19-treat-peer-reviewed-fulltext-article-RRTM>

<https://medicalxpress.com/news/2020-04-senegal-hydroxychloroquine-virus-treatment.htm>

<https://www.afrik.com/edouard-philippe-empote-par-le-covid-didier-raoult-l-hydroxychloroquine-et-le-remdesivir>

<https://www.theafricareport.com/26264/coronavirus-didier-raoult-the-african-and-chloroquine-from-dakar-to-brazzaville/>

<https://www.barrons.com/news/hydroxychloroquine-a-drug-dividing-the-world-01591006809>

<https://www.mediterranee-infection.com/wp-content/uploads/2020/09/COVIDAfricaJOUMLI.pdf>

https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/senegal/ces-pays-africains-qui-ont-decide-de-continuer-a-soigner-le-covid-19-avec-l-hydroxychloroquine_3983239.html

Emirados Árabes Unidos - (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<https://www.dha.gov.ae/en/HealthRegulation/Documents/COVID%20National%20Guidelines%20FINAL%2018%20March.pdf>

<https://www.khaleejtimes.com/uae/abu-dhabi/combating-coronavirus-surge-in-recoveries-as-uae-leaves-no-stone-untuned-in-covid-war->



SF/21827.81268-31

<https://gulfnews.com/uae/coronavirus-patient-in-dubai-i-feel-lucky-to-be-in-the-uae-they-are-doing-everything-to-keep-covid-19-in-control-1.1586642381478>

<https://english.alarabiya.net/en/coronavirus/2020/04/12/Coronavirus-UAE-says-it-is-successfully-treating-patients-with-hydroxychloroquine>

<https://www.barrons.com/news/hydroxychloroquine-a-drug-dividing-the-world-01591006809>

Venezuela - (Hydroxy)chloroquine - official - country-wide adoption

<http://www.mpps.gob.ve/index.php/sistemas/descargas>

<https://efectococuyo.com/coronavirus/venezuela-empieza-a-usar-la-cloroquina-para-tratar-covid-19-anuncia-jorge-rodriguez/>

<https://www.hsj.gr/medicine/is-there-a-correlation-between-changes-in-hydroxychloroquine-use-and-mortalityrates-from-covid19.pdf>

<https://www.prnewswire.com/news-releases/more-evidence-presented-for-why-hydroxychloroquine-should-be-made-available-in-a-new-court-filing-by-the-association-of-american-physicians--surgeons-aaps-301098030.html>

<https://www.barrons.com/news/hydroxychloroquine-a-drug-dividing-the-world-01591006809>

Quadro 20. Mortalidade (óbitos/100.000 habitantes) e letalidade (%) de municípios e Estados que adotaram atenção primária e aplicação de tratamentos medicamentosos em nível ambulatorial.

Município	Mortalidade (mortes/100.000 habitantes)	Letalidade* (%)	% de vacinação da população
Porto Feliz, SP	282,3	1,37	83,8
Porto Seguro, BA	157,3	1,96	77,5
Novo Tiradentes, RS	0	0	88,9
Chapecó, SC**	345,5	1,64	80,8
Estado			
Amapá	230,9	1,6	54,6
Roraima	335,0	1,6	51,2

*Letalidade: número de óbitos/ número de casos confirmados.



**Chapecó:vide o vídeo com relato do prefeito da cidade no link de acesso

<https://drive.google.com/file/d/15-zgMnCEmmlvlsyZ8Fc-VVylnXprszv5/view?usp=sharing>

Fonte: <https://coronavirus.portoseguro.ba.gov.br/>

<https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2021/09/18/populacao-esta-comprometida-diz-secretaria-de-unico-municipio-do-rs-sem-mortes-por-covid.ghtml>

<https://www.facebook.com/prefeituradechapeco/>

<https://www.portal.ap.gov.br/coronavirus>

<https://covid.saude.gov.br/>

<https://www.vacinaja.sp.gov.br/vacinometro/>

<https://www.nsctotal.com.br/especiais/monitor-da-vacina-contracoronavirus>

<https://vacina.saude.rs.gov.br/>

Quadro 21. Mortalidade (óbitos/100.000 habitantes) e letalidade (%) de municípios e Estados que não adotaram aplicação de tratamentos medicamentosos em nível ambulatorial.

Município	Mortalidade (mortes/100.000 habitantes)	Letalidade* (%)	% de vacinação da população
Serrana, SP	249,8	2,2	100,0
Lagoa Vermelha, RS	348,8	2,3	84,9
Xanxerê, SC	344,7	1,6	100,0
Estado			
Amazonas	332,1	3,2	61,1
Rio de Janeiro	393,8	5,2	71,5
São Paulo	330,0	3,4	80,2
Rio Grande do Sul	310,5	2,4	74,3

Fonte: <https://covid.saude.gov.br/>



SF/21827.81268-31

<http://www.serrana.sp.gov.br/coronavirus/>

<https://www.xanxere.sc.gov.br/tag/index/index/codTag/7722>

https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/75/2

<https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/>

Ao compararmos a letalidade dos Estados e municípios apresentados neste relatório, fica evidente a redução de letalidade (óbitos/número de infectados) nos Estados que adotaram atenção primária e tratamentos medicamentosos no âmbito ambulatorial. Portanto, sugerimos ao Ministério Público uma investigação criteriosa dos motivos pelos quais os respectivos governadores e prefeitos deixaram de realizar atendimentos e não permitiram a aplicação de tratamentos medicamentosos para a população.

Também fica evidente a importância de uma cobertura vacinal para proteção da população contra a COVID-19.

4.5. Pfizer e tratamentos medicamentosos

A empresa Pfizer, informou no dia 27 de setembro de 2021 que iniciou um grande estudo testando seu medicamento antiviral oral experimental para a prevenção da infecção por COVID-19 entre aqueles que foram expostos ao vírus.

O estudo de estágio intermediário a avançado testará o medicamento da Pfizer, PF-07321332, em até 2.660 participantes adultos saudáveis com 18 anos ou mais que vivem na mesma casa que um indivíduo com infecção sintomática confirmada por COVID-19.

No referido ensaio, o PF-07321332, projetado para bloquear a atividade de uma enzima chave necessária para o coronavírus se multiplicar, será administrado junto com uma dose baixa de ritonavir, um medicamento mais antigo amplamente usado em tratamentos combinados para a infecção pelo HIV. Ora, a CPI foi informada deste fato pelo Senador Luís Carlos Heinze em diversas sessões, e nunca manifestou o interesse em conhecer o projeto. Mas este projeto utiliza medicamento reposicionado e também preconiza tratamento



SF/21827.81268-31

precoce de COVID-19. Isto se revela uma falta de coerência por parte desta CPI, e merece maior investigação por parte do Ministério Público e autoridades sanitárias do Brasil (fonte: <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/pfizer-begins-early-stage-study-oral-covid-19-drug-2021-03-23/>).

5. CUIDADOS COM OS INDÍGENAS

5.1. Ações SESAI durante a pandemia

O Ministério da Saúde tem garantido assistência aos quase 800 mil indígenas brasileiros que vivem em aproximadamente 6 mil aldeias de todo o Brasil durante a pandemia da Covid-19. Por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a pasta reforçou o atendimento, mesmo antes do decreto de pandemia feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Dessa forma, foram realizadas ações de informação, prevenção e combate ao coronavírus, orientando comunidades indígenas, gestores e colaboradores em todo o país. Desde então, já foram disponibilizados mais de R\$ 103 milhões em ações específicas para o enfrentamento da Covid-19.

A SESAI produziu portarias, informes técnicos, relatórios, recomendações, protocolos de manejos clínicos, boletins epidemiológicos e elaborou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus em Povos Indígenas para os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Os DSEI também elaboraram Planos de Contingência Distrital para Infecção Humana pelo Coronavírus, sendo que cada um possui um nível de resposta e estrutura para as diferentes situações, visando ao enfrentamento da pandemia.

Desta forma, cada DSEI também possui autonomia para a aquisição de insumos e elaboração de documentos orientativos.

Foi instituído pela SESAI um Comitê Nacional de Crise que incluiu o Comitê de Crise Central (no âmbito da SESAI) e os Comitês de Crise Distritais (no âmbito dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas), sendo esses



compostos por 50% de usuários da saúde indígena, 25% de trabalhadores e 25% de gestores. Identifica-se assim que as ações da SESAI são efetivadas com plena participação do controle social.

5.2 Atendimento SESAI

A SESAI leva serviços de atendimentos básicos de saúde à aproximadamente 6 mil aldeias em todo o Brasil, por meio de 34 DSEI, possuindo mais de 14,6 mil profissionais de saúde em área, sendo que, mais de 52% são indígenas. Mesmo com a pandemia causada pelo coronavírus, a SESAI continua realizando os atendimentos rotineiros. De 1º de janeiro até 31 de dezembro de 2020, foram realizados mais de 13 milhões de atendimentos nos territórios indígenas de todo o Brasil. Dados preliminares de 2021 apontam para mais de 20 milhões de atendimentos em 20 meses.

5.3. Profissionais de saúde e atenção básica

Somente em 2020, a SESAI contratou 1.233 profissionais de saúde para atuar nas aldeias. Em 2021, mais de 2.110 profissionais estão sendo contratados.

Ao longo de todo o período da pandemia, a SESAI tem desenvolvido estratégias para aprimorar o atendimento. Para oferecer mais agilidade em situações de emergência, a Secretaria autorizou a contratação das Equipes de Resposta Rápida (ERR) para atuar diretamente nos DSEI. Composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, a equipe permanece de dispõe de meios de transporte – terrestre, fluvial e aéreo – essas equipes podem ser levadas a pontos dos distritos onde haja problemas relacionados à covid-19. No total, 311 profissionais foram contratados para comporem essas equipes.

5.4. Capacitações

Desde o começo da pandemia, Secretaria, por meio de ações próprias e dos DSEI, também capacitou os indígenas e seus profissionais. Foram disponibilizados, no site do Ministério da Saúde, vídeos educativos direcionados para a população indígena, agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento e outros trabalhadores da saúde sobre enfrentamento da Covid-19. Também foram produzidos materiais educativos nas línguas maternas.



Os profissionais da Saúde Indígena participaram de cursos presenciais e on-line voltados à prevenção da doença. Neste contexto, destacam-se os cursos de Atualização dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), que têm como objetivo ofertar aos participantes a oportunidade de aprofundar o estudo e a prática das questões relacionadas à Saúde Indígena, fortalecendo o papel dos AIS e AISAN como profissionais de referência no cumprimento das suas funções, bem como melhorar a qualidade dos atendimentos e serviços prestados às comunidades, reforçando também as medidas de prevenção da Covid-19. Até o final de 2021, serão quase 7mil agentes indígenas capacitados, que também já receberam kits de equipamentos para atuarem nas aldeias.

5.5. Unidade de Atenção Primária Indígena (UAPI)

Outra ação importante foi a criação da Unidade de Atenção Primária Indígena (UAPI). As unidades fortaleceram os serviços de atenção primária à saúde indígena no atendimento da população indígena proporcionando o acolhimento de casos de Síndrome Gripal (SG) e suspeitos de Covid-19. Foram criadas 352 UAPI dentro de aldeias, respeitando as tradições e especificidades culturais de cada etnia. Essas unidades foram equipadas com concentradores de oxigênio que viabilizaram a não necessidade de evacuação para unidades hospitalares.

5.6. Alas hospitalares

Durante o ápice da pandemia, foram instaladas alas indígenas em hospitais. No total, a SESAI disponibilizou 154 leitos para indígenas nos estados do Amazonas (Manaus, Atalaia do Norte, Benjamin Constant), Amapá (Macapá), Pará (Belém, Marabá, Santarém) e Roraima (Boa Vista). As ações conjuntas com o Ministério da Defesa para envio de equipamentos, insumos e apoio de pessoal para Hospitais Militares que atendem também a população civil no Amazonas (São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga e Atalaia do Norte/Vale do Javari) também foram fundamentais.



5.7. Missões interministeriais

Em parceria com o Ministério da Defesa, a SESAI realizou 20 missões interministeriais, em 14 DSEI, tendo sido contabilizados mais de 60 mil atendimentos. O objetivo, além de combater a covid-19, foi levar atendimento especializado à população tendo em vista as limitações que a média e alta complexidade a cargo de estados e municípios estavam enfrentado.

Assim, além de clínicos gerais, as missões contaram com médicos infectologistas, pediatras e ginecologistas. Em algumas missões, tendo em vista o alto índice de zoonoses, médicos veterinários também integraram as missões.

As 20 operações interministeriais viabilizaram o atendimento a 450 mil indígenas, tendo sido realizados 60.505 procedimentos.

As ações aconteceram em São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga; Amazonas; Vale do Javari; Roraima (I e II); Xavante (I, II e III); Mato Grosso do Sul (I, II, III e IV); Maranhão (I, II e III); Alto Rio Juruá; Caiapó do Pará; Guamá Tocantins e Alto Rio Solimões.

5.8. Reforço de insumos e Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) para os DSEI

Visando complementar as compras e os estoques dos 34 DSEI, a SESAI também realizou aquisição de Equipamentos, possibilitando assim que todos os colaboradores e, conseqüentemente, os indígenas estejam devidamente protegidos.

Até o presente momento, foram enviados 809.911 mil itens. Foram enviadas 6.033 unidades de álcool em gel 70%; 18.472 unidades de aventais, 166.900 unidades de luvas de procedimento; 487.950 unidades de máscara cirúrgica; 63.390 unidades de máscara N95; 10.046 unidades de óculos de proteção ou protetor facial, 20.500 toucas descartáveis, 36.620 kits de testes rápidos para a Covid-19.

5.9. CENTROS DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE (CIEVS)

Para o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica da covid-19 nos DSEI foram implantados os Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), em cooperação com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), como parte da Rede Nacional de Vigilância, Alerta e Resposta do SUS (Rede VigiArSUS), lançada em 29 de outubro de 2020 pelo Ministério da Saúde.

São unidades de inteligência epidemiológica de detecção, verificação, avaliação, monitoramento e comunicação de risco imediata de potenciais emergências em saúde pública que atuam por meio de um processo contínuo e sistematizado de coleta, consolidação, análise, monitoramento e avaliação de dados, indicadores e informações estratégicas para viabilizar uma resposta rápida e integrada entre as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

5.10. Atenção especializada

Em 2020, a SESAI habilitou 17 estabelecimentos para receber Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI). Foram R\$ 7 milhões aplicados no ano passado. As unidades estão localizadas em 8 estados.

Os hospitais habilitados pelo Incentivo para o IAE-PI recebem recursos anualmente e podem investir na ambientação de leitos hospitalares com redes, na disponibilização de intérpretes para atuar dentro das unidades de saúde e no apoio diagnóstico e terapêutico da população indígena.

Este ano, até o momento, já foram repassados mais de R\$ 5 milhões de recursos, para sete estabelecimentos em 4 estados.

5.11. Saúde mental

Desde setembro de 2020, a SESAI vem desenvolvendo um projeto de atendimento psicológico on-line para os trabalhadores da Saúde Indígena,



denominado Cuidando do Cuidador. Neste projeto, os trabalhadores dos 34 DSEI podem buscar apoio psicológico especializado caso estejam em situação de sofrimento mental. Este projeto justifica-se pela maior sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e demais agravos relacionados aos sofrimentos mentais decorrentes da pandemia de COVID-19.

A SESAI ainda ampliou o número de profissionais de saúde mental que desenvolvem ações nas aldeias indígenas e qualificou mais 583 profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI). Atualmente, são quase 100 profissionais de psicologia que realizam apoio e assistência direta aos indígenas e às equipes de saúde no manejo de transtornos mentais, problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e ações de prevenção do suicídio.

São eles que enfrentam todas as dificuldades de acesso para atuar em área indígena prestando serviços rotineiros de atenção básica de saúde - como vacinação, acompanhamento nutricional, entre outros. Os profissionais de saúde da SESAI são fundamentais na identificação precoce dos sintomas da Covid-19, na orientação sobre isolamento social e no tratamento dos sintomas, além da remoção de pacientes para os hospitais municipais em caso de agravamento.

5.12. Informações

A SESAI elabora inúmeros vídeos informativos direcionados à população indígena sobre o enfrentamento da Covid-19 bem como divulga depoimentos de lideranças indígenas incentivando a vacinação. Os vídeos educativos e institucionais estão disponíveis na plataforma do Youtube: https://www.youtube.com/channel/UCBDWbs0o03k_-AkOwHOaY6Q

5.13. Orçamento

Em relação ao cumprimento da Lei Orçamentária, em 2020, o orçamento da SESAI foi de R\$ 1,4 bilhão. Em 2021, a SESAI contou com um orçamento de R\$ 1,5 bilhão para investimento em saúde indígena. Mais de R\$ 100 milhões foram destinados, exclusivamente, para ações de enfrentamento da Covid-19.



A SESAI criou um portal exclusivo para divulgar dados sobre a covid-19, <http://saudeindigena.saude.gov.br>. Na aba de transparência, pode-se ter acesso a dados orçamentários extraídos do Tesouro Gerencial atualizados mensalmente.

São seis painéis virtuais onde a população pode ter acesso aos gastos e aplicações do orçamento em cada DSEI.

5.14. Imunização e monitoramento

Além dos serviços rotineiros, atualmente a SESAI está trabalhando na imunização da população indígena conforme Plano Nacional de operacionalização. Todas as ações são monitoradas pelo Comitê Nacional de Crise, respeitando a legislação vigente com o objetivo de oferecer aos indígenas brasileiros o serviço básico de saúde bem como a proteção dos povos indígenas.

As doses necessárias para vacinar os indígenas e profissionais de saúde indígena (907.200), em duas fases, foram repassadas aos 34 DSEI no dia 18 de janeiro deste ano. Até o dia 26 de agosto de 2021, 351.974 indígenas (86% da população) já haviam recebido a primeira dose de vacina e outros 320.013 (79%) a segunda dose. Nos DSEI, as equipes de saúde realizam buscas para garantir que toda a população de indígenas que vivem nas aldeias seja vacinada.

Os demais brasileiros, assim como os indígenas que vivem em contexto urbano ou rural em municípios, estão sendo vacinados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nas demais fases do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.

O Boletim Epidemiológico da Covid-19 é atualizado de segunda a sábado pela SESAI e os números são fornecidos pelas equipes de saúde dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), subordinados à SESAI. Até o dia 26/08/2021, foram registrados 52.702 casos confirmados por Covid-19 entre indígenas, sendo 50.812 recuperados. No total, foram 794 óbitos registrados. **A taxa de letalidade, de acordo com levantamento oficial do Ministério da Saúde é de 1,5% entre indígenas, sendo 2,8% para a população brasileira em geral.**



Cabe ressaltar que, os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASISUS) passam por processos criteriosos de qualificação dos Distritos e da SESAI, garantindo consistência da informação sobre a infecção por Covid-19 em Povos Indígenas e são validados pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS).

5.15. Compromisso com os indígenas

A atual gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) vem trabalhando incansavelmente, desde fevereiro de 2020, para desenvolver estratégias de proteção e prevenção dos indígenas, junto ao Ministério da Saúde, respeitando as etnias, culturas e tradições desses povos.

6. CONFLITOS DE INTERESSES

Dentre os diversos depoentes, bem como membros de Sociedades Médicas, houve diversos momentos em que estes profissionais se manifestaram no decorrer da CPI. Aqui apresentamos alguns casos que ficou evidenciada a ocorrência de conflitos de interesses. Ressaltamos que em nenhum momento a CPI manifestou interesse em verificar possíveis conflitos de interesse existente para estes depoentes e membros de sociedades profissionais da classe médica. Este aspecto ficou carente na análise da CPI. Sugerimos ao Ministério Público uma investigação a respeito deste aspecto.



Quadro 22. Possível conflito de interesse do Dr. Alberto Chababo, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia.

Alberto Chababo, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia

<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=U3tQYBLSfkw%3D>



Conflitos de Interesse



Abrir no Acrobat

- ▶ Ministrei aulas para MSD, GSK, Abbott e Pfizer
- ▶ Participei de eventos nacionais e internacionais com apoio de MSD e Pfizer
- ▶ Consultoria para Pfizer, BioMérieux e ANVISA

Quadro 23. Possível conflito de interesse do Dr. Clovis Arns, presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia, em que declara ter recebido apoio financeiro para suas pesquisas da empresa Jansen.

J Antimicrob Chemother 2012; **67**: 2020–2028
doi:10.1093/jac/dks130 Advance Access publication 24 April 2012

**Journal of
Antimicrobial
Chemotherapy**

Efficacy and safety of rilpivirine in treatment-naïve, HIV-1-infected patients with hepatitis B virus/hepatitis C virus coinfection enrolled in the Phase III randomized, double-blind ECHO and THRIVE trials

Mark Nelson^{1*}, Gerardo Amaya², Nathan Clumeck³, **Clovis Arns da Cunha⁴**, Dushyantha Jayaweera⁵, Patrice Junod⁶, Taisheng Li⁷, Pablo Tebas⁸, Marita Stevens⁹, Annelie Buelens⁹, Simon Vanveggel⁹ and Katia Boven¹⁰ on behalf of the ECHO and THRIVE Study Group†

¹Chelsea and Westminster Hospital, St Stephen's Centre, London, UK; ²Department of Infectious Diseases, Centro Médico Puerto de Hierro and University of Guadalajara, Jalisco, Mexico; ³Clinic of Infectious Diseases, Saint-Pierre University Hospital, Brussels, Belgium; ⁴Centro Médico São Francisco, Curitiba, Brazil; ⁵Division of Infectious Diseases, University of Miami, Miami, FL, USA; ⁶Clinique Medicale du Quartier Latin, Montreal, Canada; ⁷Beijing PUMC Hospital, Beijing, China; ⁸Division of Infectious Diseases, University of Pennsylvania Hospital, Philadelphia, PA, USA; ⁹Janssen Infectious Diseases BVBA, Beerse, Belgium; ¹⁰Janssen Research & Development LLC, Titusville, NJ, USA

Funding

This study was sponsored by Janssen Pharmaceuticals. The medical writing support and assistance in coordinating and collating author contributions from Ian Woollens (principal writer) of Gardiner-Caldwell Communications was funded by Janssen.

Transparency declarations

M. N. has acted as consultant and received educational and research grants from Merck Sharpe & Dohme (MSD), GlaxoSmithKline (GSK), Bristol-Myers Squibb (BMS), Gilead Sciences, Johnson & Johnson, Janssen, Abbott Laboratories, Boehringer Ingelheim (BI), Schering-Plough, Pfizer and Roche. N. C. has participated as an expert or investigator for Abbott Laboratories, BI, Gilead Sciences, GSK, MSD, Pfizer, Roche and Janssen. C. A. da C. has received research support from BMS, Janssen, Gilead Sciences and Schering-Plough. In addition, he has served as consultant and speaker for BMS, Janssen-Cilag, Gilead Sciences, Abbott Laboratories, MSD and Roche. D. J. has been an investigator and/or scientific advisor (Review Panel or Advisory Committee) for Janssen, BMS, Gilead Sciences, BI and GSK. He has received research support from Janssen, BMS, Roche and GSK, and speaker honorarium from Janssen, BMS, Gilead Sciences, BI, Roche and GSK. He has served as a consultant for Janssen, BMS, Gilead Sciences, Roche and GSK, and has been on the Speaker's Bureau for Janssen, BMS, Gilead Sciences, BI and GSK. P. J. has received consulting fees and/or grants from Abbott Laboratories, Gilead Sciences, Merck, Janssen, Viv HealthCare and BMS. P. T. has received consulting fees from GSK, Merck and, more than 1 year since publication, Pfizer and Janssen. M. S., S. V. and K. B. are full-time



Quadro 24. Possível conflito de interesse do Dr. Clovis Arns, presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia, em que declara ter recebido apoio financeiro para suas pesquisas da empresa Pfizer.

Clóvis Arns da Cunha, presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia

https://www.aparcih.org.br/download/cpi_2017/CA-MRSA_Clovis.pdf

I Congresso Paranaense de Infectologia

CA-MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina adquirido na comunidade)

DR. CLÓVIS ARNS DA CUNHA

PROFESSOR DE INFECTOLOGIA DA UFPR
CHEFE DO SERVIÇO DE INFECTOLOGIA DO HOSP N. SRA. DAS GRAÇAS,
CURITIBA-PR
ESPECIALIZAÇÃO (CLINICAL FELLOW) EM INFECTOLOGIA PELA
UNIVERSIDADE DE MINNESOTA, EUA

Relacionamento profissional com a indústria farmacêutica envolvendo antibióticos

Pesquisa Clínica, "advisory board", palestrante ou elaboração de material científico.

Merck-Sharp-Dohme, Pfizer, Wyeth, Janssen-Cilag, Sanofi-Aventis, Novartis, Astra-Zeneca, Cerexa, Eurofarma, Bayer.

Esta apresentação faz parte do programa oficial do I Congresso PR de Infectologia

Quadro 25. Possível conflito de interesse do Dr. Clovis Arns, presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia, em que declara ser consultor da empresa Astra-Zeneca.

Clóvis Arns da Cunha, presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia, 2020

<https://www.scielo.br/j/bjid/a/8b9yNJmrRfD6f3JF5hBrFjs/?format=pdf&lang=en>



Original article

Joint report of SBI (Brazilian Society of Infectious Diseases), FEBRASGO (Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations), SBU (Brazilian Society of Urology) and SBPC/ML (Brazilian Society of Clinical Pathology/Laboratory Medicine): recommendations for the clinical management of lower urinary tract infections in pregnant and non-pregnant women

Patricia de Rossi ¹, Sergio Cimerman ², José Carlos Truzzi ³, Clovis Arns da Cunha ⁴, Rosiane Mattar ⁵, Marinés Dalla Valle Martino ⁶, Mauricio Hachul ⁷, Adagmar Andriolo ⁸, José Ananias Vasconcelos Neto ⁹, João Antônio Pereira-Correira ¹⁰, Antonia M.O. Machado ¹¹, Ana Cristina Gales ¹²

Conflicts of interest

Patricia de Rossi: speaker (Zambon)
Sergio Cimerman: no conflict of interest
José Carlos Truzzi: speaker (Zambon)
Clovis Arns da Cunha: consultation fee/participation in advisory board, clinical research, speaker: AstraZeneca, Bayer, Cerexa Inc., Eurofarma, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer/Wyeth, Sanofi-Aventis, Zambon
Rosiane Mattar: no conflict of interest
Marinés Dalla Valle Martino: no conflict of interest
Mauricio Hachul: no conflict of interest
Adagmar Andriolo: no conflict of interest
José Ananias Vasconcelos Neto: no conflict of interest
João Antonio Pereira-Correira: no conflict of interest
Antonia M. O. Machado: no conflict of interest
Ana Cristina Gales: consultation fee/participation in advisory board, speaker: Abbott, Cristália, InfectoPharm, MSD, Pfizer, Zambon



Quadro 26. Possíveis conflitos de interesse negligenciados pelos painelistas do evento “ Diretrizes para tratamento farmacológico da COVID-19”, realizado em 2020.

Clóvis Arns da Cunha, presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia, 2020

Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

Guidelines for the pharmacological treatment of COVID-19. The task force/consensus guideline of the Brazilian Association of Intensive Care, the Brazilian Society of Infectious Diseases and the Brazilian Society of Pulmonology and Tisiologia

Maicson Falavigna^{1,2,3}, Verônica Colpani⁴, Cinara Stein¹, Luciano Cesar Pontes Azevedo^{5,6}, Angela Maria Bagattini⁵, Gabriela Vilela de Brito⁷, José Miguel Chatkin⁸, Sergio Cimerman^{9,10}, Miriam de Freitas Dalben Corradi⁹, Clóvis Arns da Cunha^{10,11}, Flávia Cordeiro de Medeiros⁷, Halilton Alves de Oliveira Junior⁷, Leandro Genehr Fritscher^{1,8}, Marcelo Basso Gazzana^{1,12}, Débora Dalmas Graf⁴, Lays Pires Marra⁷, Jessica Yumi Matuoka⁷, Michelle Silva Nunes¹³, Daniela Vianna Pachito^{5,14}, Cássia Garcia Moraes Pagano¹, Patrícia do Carmo Silva Parreira⁷, Rachel Riera^{5,15}, Amilton Silva Junior¹⁶, Bruno de Melo Tavares¹⁶, Alexandre Pehm Zavascki^{17,18}, Regis Goulart Rosa¹, Felipe Dal-Pizzol^{19,20}

	EMS e Hospitais Filantrópicos. Não relacionados à diretriz: recebeu financiamento de pesquisa da Pfizer	
Amilton Silva Junior	Não há conflitos de interesse	o Painelista
Angela Bagattini*	Não há conflitos de interesse	o Revisão sistemática
Bruno Tavares	Não há conflitos de interesse	o Painelista
Cassia Garcia Moraes Pagano*	Não há conflitos de interesse	o Revisão sistemática
Cinara Stein*	Não há conflitos de interesse	o Metodologista da diretriz / Revisão sistemática
Clóvis Cunha	Não relacionados à diretriz: Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI)	o Painelista
Daniela Pachito	Não há conflitos de interesse	o Revisão sistemática
Débora Graf*	Não há conflitos de interesse	o Revisão sistemática
Felipe Dal Pizzol	Não relacionados à diretriz: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)	o Painelista
Flávia Medeiros*	Não há conflitos de interesse	o Revisão sistemática
Gabriela Brito*	Não há conflitos de interesse	o Revisão sistemática
Halilton Oliveira Jr*	Relacionados à diretriz: Fornecimento de medicação pela EMS para pesquisa sobre hidroxilcloroquina (Pesquisador no estudo COALIZAÇÃO 5).	o Metodologista / Revisão sistemática
José Chatkin	Não relacionados à diretriz: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SBPT	o Painelista
Jessica Matuoka	Não há conflitos de interesse	o Revisão sistemática
Lays Marra*	Não há conflitos de interesse	o Revisão sistemática
Leandro Fritscher	Não relacionados à diretriz: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SBPT	o Painelista

Alexandre Zavascki, membro da Sociedade Brasileira de Infectologia, 2020

Guidelines for the pharmacological treatment of COVID-19. The task force/consensus guideline of the Brazilian Association of Intensive Care, the Brazilian Society of Infectious Diseases and the Brazilian Society of Pulmonology and Tisiologia

Maicson Falavigna^{1,2,3}, Verônica Colpani⁴, Cinara Stein¹, Luciano Cesar Po Azevedo^{5,6}, Angela Maria Bagattini⁵, Gabriela Vilela de Brito⁷, José Miguel Chatkin⁸, Sergio Cimerman^{9,10}, Miriam de Freitas Dalben Corradi⁹, Clóvis Arns da Cunha^{10,11}, Flávia Cordeiro de Medeiros⁷, Halilton Alves de Oliveira Junior⁷, Leandro Genehr Fritscher^{1,8}, Marcelo Basso Gazzana^{1,12}, Débora Dalmas Graf⁴, Lays Pires Marra⁷, Jessica Yumi Matuoka⁷, Michelle Silva Nunes¹³, Daniela Vianna Pachito^{5,14}, Cássia Garcia Moraes Pagano¹, Patrícia do Carmo Silva Parreira⁷, Rachel Riera^{5,15}, Amilton Silva Junior¹⁶, Bruno de Melo Tavares¹⁶, Alexandre Pehm Zavascki^{17,18}, Regis Goulart Rosa¹, Felipe Dal-Pizzol^{19,20}

Participante	Potencial conflito de interesse	Participação
Alexandre Zavascki	Relacionados à diretriz: Membro do comitê diretivo dos estudos COALIZAÇÃO (não remunerado), avaliando hidroxilcloroquina, azitromicina, corticosteróides e tocilizumabe, financiado pelo Ministério da Saúde, EMS e Hospitais Filantrópicos. Não relacionados à diretriz: recebeu financiamento de pesquisa da Pfizer	o Painelista

Dr. Alexandre Zavascki é membro do grupo de estudos “Coalização”, que relata estudos e metanálises de tratamentos medicamentosos no combate à COVID-19 no Brasil. Também declarou que recebeu recursos da Pfizer para financiar suas pesquisas.



Maicon Falavigna

Guidelines for the pharmacological treatment of COVID-19. The task force/consensus guideline of the Brazilian Association of Intensive Care, the Brazilian Society of Infectious Diseases and the Brazilian Society of Pulmonology and Tisiology

Maicon Falavigna^{1,2,3}, Verônica Colpani^{1,4}, Cinara Stein¹, Luciano Cesar Pontes Azevedo^{5,6}, Angela Maria Bagattini⁵, Gabriela Vilela de Brito⁷, José Miguel Chatkin⁸, Sergio Cimerman^{9,10}, Mirian de Freitas Dalben Corradi⁵, Clovis Arns da Cunha^{10,11}, Flávia Cordeiro de Medeiros⁷, Haliton Alves de Oliveira Junior⁷, Leandro Genehr Fritscher^{1,8}, Marcelo Basso Gazzana^{1,12}, Débora Dalmas Gräf¹, Lays Pires Marra⁷, Jessica Yumi Matuoka⁷, Michelle Silva Nunes¹³, Daniela Vianna Pachito^{5,14}, Cássia Garcia Moraes Pagano¹, Patrícia do Carmo Silva Parreira⁷, Rachel Riera^{5,15}, Amilton Silva Júnior¹⁶,

Maicon Falavigna*	Relacionados à diretriz: Membro do comitê diretivo dos estudos COALIZÃO (não remunerado), avaliando hidrocloreto de cloroquina, azitromicina, corticosteróides e toclizumabe, financiado pelo Ministério da Saúde, EMS e Hospitais Filantropicos. Membro GRADE working group. Não relacionados à diretriz: sócio da empresa de	o Metodologista da diretriz / Revisão sistemática / Coordenador
-------------------	--	---

Rev Bras Ter Intensiva. 2020;32(2)

Participante	Potencial conflito de interesse	Participação
	consultoria H1Analyze, tendo executado e recebido honorários de projetos com Ritchie, PTC Therapeutics, Sanofi, Boehringer e Abbvie. Sócio da empresa de teleconsultoria em saúde Inova médica.	

Dr. Maicon Farina atua como consultor das empresas Rocha, IPTC Therapeutics, Sanofi, Boehringer e Abbvie. Além disto, é sócio da empresa Inova Médica.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

DEPOIMENTO DE MÉDICA E CIENTISTA QUE COMPROVA A EFICÁCIA DOS MEDICAMENTOS

Exemplo de negligência e constrangimentos na CPI

No dia do depoimento da convidada, Dra. Nise Yamaguchi, ela já presente à reunião, a Mesa foi contestada pelo fato da surpresa de haver desconvocado os que foram aprovados para serem ouvidos no dia seguinte, em razão de ser sabida a posição deles, favorável ao uso de fármacos. O Presidente antecipou sua posição adversa: *É muito mais importante do que a gente estar discutindo se cloroquina é bom ou não para a saúde.*

Dra. NISE iniciou informando sua atividade médica por 40 anos, atendendo a mais de 15 mil pacientes com câncer. Informou que foi sabatinada por três horas pelo Conselho Federal de Medicina e que insistiu na necessidade de preservar a autonomia do médico e com a independência do paciente. Sobre o tratamento precoce, assentou:

Tenho sido conhecida pela minha defesa em prol do tratamento imediato. Isso é baseado em ciência, não é? E uma ciência bastante profunda – estou terminando –, em que nós já temos artigos científicos publicados, endossados por notas técnicas para a Procuradoria-Geral da União, com uma discussão dos artigos negativos, porque existem vários propondo que não funciona, mas a maioria dos artigos negativos que aqui estão são feitos em pacientes moderados e graves, não nos pacientes iniciais. Então, eu trouxe os artigos que embasam a propositura da SBI, da Sociedade Brasileira de Infectologia, dizendo que nada

funciona, mostrando em cada um deles que existem questões referentes a pacientes mais graves. Também em alguns o número de pacientes foi insuficiente para dar a resposta que se propunha, assim como em metanálises, que são o conjunto de estudos que vão fazendo um número suficiente para a sua análise. Se você escolhe os artigos positivos, você vai ter uma metanálise positiva; se não, negativa.

Trouxe também os artigos que embasam não só a hidroxicloroquina como a ivermectina, já em grupos internacionais.

O que eu quero dizer é que essa eterna discussão entre cientistas vai ocorrer sempre. Em todo congresso o debate é isto: é cada um colocando a sua opinião. O que a gente não pode é impedir os médicos de expressar a sua opinião, baseado naquilo que já está publicado. Então, existe ciência. A ciência caminha dos dois lados.

O importante é que nós tenhamos paz e composição, porque o grande inimigo comum é o vírus. O grande inimigo comum é a mortalidade. Se a gente puder diminuir essa mortalidade através de isolamento social, de máscaras, de cuidados com os nossos idosos, de fazermos as vacinas eficientes e seguras.

... Já fiz fóruns no Chile, México, Áustria Canadá, acabei recebendo prêmios internacionais...

Nos primeiros minutos de seu depoimento, foi interrompida, imputando-lhe certa afirmação. Ela, insistentemente solicitava oportunidade de esclarecer, e era impedida.

Antes mesmo da primeira pergunta do Relator, o Senador ROGÉRIO CARVALHO insinuou afirmação da Dr. NISE sobre imunidade produzida por vírus. Ao que ela, tentou esclarecer, mas foi impedida. Veja-se o nível de obstrução (isso se repetiu em outras questões, no decorrer da oitiva):

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – Não, eu não estou dizendo...

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – Não, quando eu disse...

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – Desculpe, eu tenho que esclarecer o seguinte...

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – Desculpe, Senador, eu gostaria de concluir...

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – Eu só gostaria de completar a minha...

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – O senhor me desculpe, eu gostaria de...

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – O senhor me desculpe, eu preciso completar...

Seguiram-se alterações entre Senadores, uns encarecendo que se a deixasse esclarecer.

O SR. CIRO NOGUEIRA (Pela ordem.) – Não vai poder responder, Presidente?

A tentativa de intimidação foi evidente. Chegou-se a dizer que fora exonerada, ao que ela informou que ela pedira para voltar à universidade, de onde ela havia sido emprestada. (p.21)

Em seguida, sobre se mantinha ou não manifestação sobre a imunidade de rebanho, foi pressionada a uma resposta sim/não, embora esclarecesse que, num primeiro momento havia uma proposição e, na sequência, com a mudança das circunstâncias, estava havendo discussão sobre a matéria.

Ao exibir vídeos sobre manifestações da Dra. NISE, o Relator insistia em que ela deveria, em resposta objetiva, sim/não, dizer se mantinha a posição, ao que respondeu:

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – Estou dizendo o seguinte, que, na resolução daquela época – isso foi em junho do ano passado – nós tínhamos uma realidade diferente, nós

imaginávamos que uma segunda onda e uma terceira onda viriam com os mesmos vírus. Se viessem com os mesmos vírus, nós teríamos, sim, uma imunidade. Então, para aquele momento, a discussão era pertinente. A própria Organização Mundial da Saúde não sabia se deveria fazer lockdowns absolutos, lockdowns horizontais...

O SR. RENAN CALHEIROS – *Então a senhora mantém a posição, não é?*

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Não, eu não. Eu digo que para aquele momento, sim, era pertinente essa discussão. Para este momento, são novos algoritmos que vão ter que entrar.*

O SR. RENAN CALHEIROS (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - AL) – *Então, a senhora retira o que falou?*

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Também não, Senador. Eu estou dizendo que, para aquele momento, era bastante conveniente e necessária a discussão.*

Durante toda a oitiva de Dra. NISE as questões formuladas insistiam em não atender à essa explicação: foram tempos diferentes, no início, diante de um pânico mundial, sem vacinas, que atitudes tomar?

Perguntas capciosas eram formuladas como “*Havia outros defensores dessa tese dentro do gabinete paralelo QUE V. SA. INTEGRAVA*”. Ou seja, o Relator estava afirmando que a depoente integrava um Gabinete Paralelo. Ao que ela retrucou desconhecê-lo e nunca integrar qualquer gabinete paralelo.

A questão seguinte foi, novamente, capciosa, em que o Relator deu como fato comprovado a existência daquele aconselhamento paralelo. A depoente procurou esclarecer *Senador, desculpa...* mas foi a isso impedida pelo Relator e formulou nova questão tendenciosa: “*Como V. Sa., como membro desse gabinete, analisa essas declarações que vimos nos vídeos?*” Diante da terceira negativa da depoente, o Relator insinuou que não pretendia desmenti-la, mas que havia provas fortes sobre a existência daquele gabinete, nominando inclusive partícipes e questionou: *Além desses E DE SI PRÓPRIA, V.Sa. poderia nos informar o nome de outras pessoas que participam desse gabinete?*

Mais adiante, depois de uma série de perguntas, o Relator volta a fazer a mesma insinuação

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *A minha consultoria é pontual...*

O SR. RENAN CALHEIROS – *Desse gabinete paralelo?*

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Não, eu nunca participei de gabinete paralelo. O senhor me desculpe.*

Em prosseguimento, observe-se como se a constrangeu, buscando compeli-la a ser objetiva, em questão em que se desejava incriminar o Governo, dando como provado o atraso na aquisição de vacinas:

O SR. RENAN CALHEIROS – *Então, só pra deixar claro aqui nos anais da CPI, V. Sa. não considera essas posições nem acertadas nem erradas.*

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Eu não considero que elas tenham algo a ver com a minha posição, porque eu estou aqui para falar da minha posição.*

...O SR. RENAN CALHEIROS – *Então, como V. Sa. avalia as consequências do atraso da aquisição de vacinas pelo Governo Federal?*

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Veja, eu não participei de nenhuma discussão, então eu não sei o que houve com relação a essas discussões, se houve atraso. Eu ouço pela*



mídia, ouço pelas questões, mas eu não tenho como avaliar essa questão. Então, como eu não sei tudo aquilo que aconteceu...

O SR. RENAN CALHEIROS – *V. Sa. não conhece o descaso, o atraso?*

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Eu não conheço os fatores que forem envolvidos nas discussões técnicas entre os pares.*

O SR. RENAN CALHEIROS – *Sim, mas eu perguntei sobre as consequências. Que consequências esse atraso causou ao Brasil na sua avaliação técnico-científica?*

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Olha, eu não sei se houve atraso, desculpe, eu não tenho informação com relação ao ponto inicial da partida...*

O SR. RENAN CALHEIROS – *Não houve atraso...*

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *... que seria assim: quanto foi de atraso, quanto foi de consideração entre as partes, de contratos entre as partes. Como eu não participo dessa discussão e fiz questão de me abster de qualquer opinião – o senhor não vai ouvir a minha opinião em nenhum momento, por mais que eu tenha sido procurada pela mídia, porque eu queria ressaltar ainda...*

O SR. RENAN CALHEIROS – *Então, eu vou especificar para a senhora tentar responder. Eu estou tentando me esforçar para facilitar a resposta, qualquer resposta.*

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *É, eu considero que o atraso que existe no início do tratamento é o que tem determinado tantos mortos e tantas questões nesse momento. Não só isso, não é, como nesse momento a gente tem também um problema de diagnóstico, nós temos problemas com relação a toda essa questão. Nós somos um País em que temos vacinado bastante gente, mas eu não sei dizer para o senhor se o conjunto de ações vai ser alguma coisa... Então, eu quero dizer o seguinte, que esse conjunto de vacinas, distanciamento social, uso de máscara, etc., é o que vai contribuir para melhorar, e aí, onde a gente tem que atuar, cada um atua na sua área. Eu não estou atuando nem em distribuição de vacina, nem em regulação de vacina, nem em distribuição. Então, eu estou aqui...*

Embora ela asseverasse que nunca estivera sozinha com o Presidente, o Relator insistia em afirmar que estivera, sem qualquer evidência disso.

Em determinado momento, Dra. NISE reclamou da forma em que tais questões eram formuladas, exigindo-se resposta sim/não. Ocorre que as perguntas iniciavam, de caso pensado, com afirmações sobre fatos negados pela depoente, o que exigia que, antes de responder sim ou não, precisava negar a insinuação:

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Eu agradeço a sua fala, Senador. E, na realidade, a questão é que eu não posso, às vezes, dizer, em cima de uma afirmação, que eu faço isso ou aquilo, porque as afirmações...*

Sobre o atraso na aquisição das vacinas, embora a depoente afirmasse desconhecer a existência de atraso, inclusive esclarecendo que havia cláusulas de irresponsabilidade por parte de pretensa empresa vendedora, o Relator tentou imputar isso decorrer da concepção da imunidade de rebanho.

De igual modo, tentando impingir a depoente ser contrária às vacinas, esclareceu:



A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – Na ocasião, eu dizia que o desenvolvimento das vacinas... Elas deveriam ser condicionais. Os registros são condicionais, como são até hoje. Eles são condicionais, de acordo com o desenvolvimento da tecnologia, do conhecimento... A gente vai ter agora a mudança de tecnologia de uma vacina, da CoronaVac para a ButanVac. A gente está tendo o desenvolvimento de novas... Por exemplo, a população... Crianças não foram testadas; grávidas não foram testadas; e nem idosos demais foram testados. Então, essas populações, quando você vai para uso indiscriminado, você tem que avaliar com muito mais cuidado, não é? Então, nós temos... Tem um número de crianças, sim, que está sendo testado agora, em que houve algumas características, mas nessa época nós tínhamos mais perguntas do que respostas. Então...

Dra. NISE reiterou em diversas respostas sua concordância com a vacina e, apesar disso, numa sequência de inexplicável insistência, o Senador RANDOLFE RODRIGUES procurou lhe impingir a pecha de adversária daquela alternativa. Observe-se a catilinária em que deblaterou ameaçadoramente a depoente, interrompendo outros oradores:

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – Cabe questionar. Cabe questionar quem é contra a vacina.

(Intervenções fora do microfone.)

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – Cabe questionar quem é contra a vacina.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – Cabe questionar quem é contra a vacina.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – Alguém vir aqui desinformar sobre vacina...

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – Alguém vir aqui desinformar sobre vacina...

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – A gente não vai matar gente nesta CPI, não.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – A gente não vai matar gente nesta CPI, não...

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – Desinformar sobre vacina não pode, não.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – Desinformar sobre vacina, não.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – Vir matar gente aqui, não!

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – Isto aqui está transmitido para milhões de pessoas.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – Vir aqui falar contra a vacina, não.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – Vir aqui falar contra vacina, não!

O SR. RANDOLFE RODRIGUES – Falar contra vacina, aqui, não.

Em função dessa sequência irracional, o Senador MARCOS ROGÉRIO advertiu:

O SR. MARCOS ROGÉRIO – Agora, o que tem aqui é uma tentativa muito clara de indução. Isso é desrespeitoso.

Medindo-se por suas condutas, houve estranheza da Comissão em que Dra. Nise suportasse suas despesas:

O SR. PRESIDENTE (Omar Aziz. PSD - AM) – Não, não, não. Eu perguntei pra senhora: a senhora veio a Brasília pra tratar sobre pandemia quantas vezes?

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – Eu estive em audiências públicas, reuniões...

O SR. PRESIDENTE (Omar Aziz. PSD - AM) – Tudo com o Governo?

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – ... inúmeras vezes, Senador.

O SR. PRESIDENTE (Omar Aziz. PSD - AM) – Tudo pago pela senhora, com seu...

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – Sim. Sim.

O SR. PRESIDENTE (Omar Aziz. PSD - AM) – *Passagem paga, hospedagem, tudo pago pela senhora?*

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Por mim, é.*

O SR. PRESIDENTE (Omar Aziz. PSD - AM) – *O.k.*

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Apenas uma vez foi pago pelo Governo.*

Com todo o respeito acadêmico que é tributado à Dra. NISE, veja-se como foi confrontada infundadamente pelo Presidente.

Ela firma que a vacina é o meio de prevenção:

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Exatamente. Objetivamente, existem dois lados: a medicina da prevenção, que é a vacina, e aí a medicina do tratamento, que é o tratamento. Então, são coisas diferentes.*

Com essa afirmação tão clara, de que a vacina previne, o Presidente, sem nada entender, como reconhece, sou a campainha e pedi especial atenção, para pretender desmoralizar a depoente, culminando por buscar amedrontá-la com ameaça:

O SR. PRESIDENTE (Omar Aziz. PSD - AM) – *Só um minutinho, Dra. Nise. Só um minutinho. Eu pediria para as pessoas que estão acompanhando e os assessores, para a gente poder... Porque a Dra. Nise, com essa voz calma, tranquila, ela é convincente, porque quem grita não consegue convencer ninguém. Quem fala baixo, de uma forma bastante calma, parece que passa mais credibilidade. Na realidade, a quem está nos vendo neste momento, eu peço que desconsidere as questões que ela diz aqui em relação à vacina – desconsidere o que ela está dizendo em relação à vacina. Ela não está certa. Eu não sou médico, não sou... Mas vacina, desde que a gente se tem por gente, vacina sempre preveniu. É melhor prevenir do que remediar. Isso é histórico, Dra. Nise.*

A depoente concordou, pois era o que afirmara precedentemente:

SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Perfeito, concordo.*

Contudo, a tentativa de desmoralizar prosseguiu:

O SR. PRESIDENTE (Omar Aziz. PSD - AM) – *Isso é histórico, não é de hoje. Então, a sua voz calma, a sua forma de falar convence as pessoas, como se a senhora estivesse falando a verdade. Infelizmente, Dra. Nise, o que os seus colegas me falaram eu retiro completamente, eles estão totalmente equivocados em relação à senhora: a senhora está omitindo aqui muita coisa. E eu sou Presidente da Comissão, Dr. Marcos Rogério, e eu estou alertando que a senhora será convocada novamente para cá, não mais convidada.*

Após novas pressões, até com pedido de conversão de convidada para testemunha (embora ela inclusive já tivesse prestado juramento), houve necessidade de chamada à ordem, por parte da Senadora LEILA BARROS que, embora alinhada com os adversários do Governo, chocou-se com o que assistia:

A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar Senado Independente/PSB - DF) – *Ela não está conseguindo concluir um raciocínio. Eu queria pedir aos senhores assim, com todo o respeito... Vocês sabem o lado em que eu estou, mas, quem está acompanhando, o que*



a gente percebe é que existe uma ansiedade muito grande pelas respostas da depoente, da convidada. Eu peço só a vocês que a gente tenha um grau de tranquilidade...

Tamanho era o absurdo em que a reunião se desenvolvia, que houve necessidade de sua suspensão. Diante da inconformidade da Senadora LEILA, houve o deslance de se dizer que a depoente estava sendo tratada com educação. Na verdade, esse foi o tratamento oferecido a todos que divergiam da intenção da Mesa da CPI, que era a de responsabilizar o Governo:

O SR. RENAN CALHEIROS – *Nós estamos falando aqui com toda a educação...*
O SR. MARCOS ROGÉRIO (Bloco Parlamentar Vanguarda/DEM - RO) – *Sr. Presidente...*
O SR. RENAN CALHEIROS – *... com todo o respeito, com todo o carinho.*
O SR. MARCOS ROGÉRIO – *Respeito em tempo nenhum com a depoente.*
A SRA. LEILA BARROS – *Ela, toda hora, está sendo interrompida.*
O SR. RENAN CALHEIROS – *Não, não, é porque ela não está respondendo.*
A SRA. LEILA BARROS – *Então, vamos encerrar.*
O SR. MARCOS ROGÉRIO – *Sr. Presidente...*
O SR. RENAN CALHEIROS (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - AL) – *É esse o problema.*
A SRA. LEILA BARROS (Bloco Parlamentar Senado Independente/PSB - DF) – *Vamos encerrar. Encerremos.*

Mais adiante, a Senadora LEILA insistiu:

A SRA. LEILA BARROS – *Não, é descortês, Senador Otto. Ela não concluiu nem... Desculpa, gente, eu estou vendo lá da TV. É um direito meu falar. Eu vou falar aqui como Senadora também. Eu vi isso. Essa foi a minha percepção. E, se ela está aqui sendo convidada para passar o raciocínio dela, é só isso que eu estou pedindo. Eu não estou dizendo quem está certo ou errado, mas, na qualidade de... Já deixa a pessoa tensa, ela não consegue concluir o raciocínio nem uma vez, porque sempre tem um: Mas você não fez isso, não fez aquilo. É só pedir paciência. Se não dá para termos, neste momento, calma, que façamos o convite então para que ela venha mesmo depor. Só isso.*

Sobre a inutilidade de uma cientista do nível da Dra. NISE, para a CPI, é bastante ver o que o seu Presidente afirmou (p.52):

O SR. PRESIDENTE (Omar Aziz. PSD - AM) – *Deixem a Doutora falar. A opinião nossa não vai mudar.*

Apesar de todas as pressões e ameaças à cientista, ela deixou claro que muito mais mortes poderiam ter ocorrido, não fora o tratamento precoce:

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Nós não sabemos, mas houve um anúncio, inclusive, das universidades europeias de que nós teríamos milhões de mortes até abril do ano passado. E, na época, já estavam utilizando, nos protocolos do Ministério da Saúde. Em vários serviços, eles utilizavam na época. Então, não dá para o senhor ter uma medida exata do benefício que foi dos medicamentos e dos tratamentos iniciais.*

Questionada sobre uma possível conspiração empresarial contra o tratamento precoce, Dra. NISE a negou, embora é bom deixar-se bem claro que a veemência com que se perseguiu os alcunhados de “negacionistas” pode – e deve – vir a ser objeto de futura investigação. Afinal, se os pregavam o tratamento precoce também admitiam a vacinação, a quem aproveitou – *quid prodest* – a demonização só do tratamento farmacológico? Quantos bilhões de dólares foram



investidos nessa campanha? O fanatismo com que se perseguiu quem divergisse de opinião é digno de uma investigação pelo Ministério Público.

A cientista escancarou a perseguição instaurada contra quem divergisse da opinião sobre o tratamento precoce

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – Eu considero que houve uma conspiração política sim. Não houve... Houve múltiplas ações contra o tratamento precoce no Brasil. Várias procuradorias entraram com ações contra prefeituras que queriam fazer o tratamento precoce, e nós entendemos que isso... Houve a perseguição até de médicos que estavam prescrevendo os medicamentos, excluindo a autonomia do médico ou a soberania do médico...

A pergunta formulada pelo Relator, sobre vantagens em admitir tratamento por fármacos, talvez merecesse inversão, para se saber quais seriam as vantagens para quem pregou e submeteu, inicialmente, a população a vacinas de altíssimo custo e não homologadas:

O SR. RENAN CALHEIROS (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - AL) – V. Sa. já recebeu – e respeitosamente pergunto, claro –, direta ou indiretamente, alguma vantagem de empresa que fabrica ou comercializa cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina ou outro medicamento usado no tratamento precoce?

Sobre o episódio da minuta de alteração de bula, simplesmente impediram que a depoente lesse seu conteúdo, pois que desmentiria toda a narrativa do Relator.

O tempo todo ela afirmou que não houve a mudança de bula e veja-se a questão apresentada pelo Relator:

O SR. RENAN CALHEIROS – A senhora está dizendo que coube a iniciativa ao Luciano Azevedo? Quem é Luciano Azevedo?

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – Não, ele não teve nenhuma iniciativa de mudança de bula em nenhum momento, gente. É isso que eu estou tentando dizer.

O SR. RENAN CALHEIROS – Então, quem defendeu a publicação do decreto...

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – Mas não houve...

Enquanto ela insistia que não fora convidada para assumir Ministério, o Relator questionava, sofisticadamente, como se tivesse recebido o convite:

O SR. RENAN CALHEIROS – ... mas não aceitou o convite. É isso?

A tentativa seguinte, da Relatoria, era vincular a depoente com o Vereador Carlos Bolsonaro, com quem ela nunca se contatara.

Respondendo à Senadora ELIZIANE GAMA sobre o tratamento com medicamento que não tem indicação científica, foi enfática:

Então, a senhora anunciou que eu faço indicação de um tratamento que não tem comprovação científica. Eu estou aqui, desde o início da minha palestra, eu comecei a minha fala dizendo que existem evidências científicas, sim. Então, essa é uma questão importante no meu entender. Já que existem evidências científicas, a gente precisa poder



estar disponibilizando esse conhecimento através de reuniões, através de ciência, através de congressos, através de discussões, e elas são totalmente publicadas.

A lógica ofendida percebe-se em raciocínios sofisticados, como este:

O SR. ROGÉRIO CARVALHO – *Dra. Nise, a senhora vai me desculpar, mas eu vou dizer uma coisa para a senhora que a Dra. Mayra disse aqui. A Dra. Mayra disse aqui que, se 80% têm a doença na forma leve, se esses 80% se contaminam, nesses 80%, tomando ou não hidroxicloroquina, o resultado é o mesmo e vai parecer eficiente. Pelo amor de Deus!*

De fato, invertendo-se a questão: como se pode afirmar a porcentagem de vidas salvas pela vacinação, se 80% se salvarão, independentemente de sua aplicação? Como se aferir, então, a eficácia da vacina?

Quando questionada pelo Senador HUMBERTO COSTA, a depoente chamou a atenção:

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Bom, Min... Senador Humberto Costa – Exmo. Senador Humberto Costa –, eu entendo o seu posicionamento, só que nós não temos o número de curados que se beneficiaram desse tratamento e, inclusive, de todos os que morreram, quantos não fizeram o tratamento precocemente. Então, assim, esse dado acaba não sendo possível de se avaliar, porque falava-se em milhões de casos de mortos até abril, maio, junho do ano passado. Isso foi um dado que a própria Oxford, que a própria Sociedade Europeia fez.*

Ficou clara a dificuldade da Dra. NISE na CPI. O Senador ALESSANDRO VIEIRA foi talvez o menos agressor, mas mesmo assim, imagine-se uma cientista, com a vida dedicada à pesquisa, ouvir: *“partindo da premissa de que a senhora não saiba e não da premissa de que a senhora está mentindo deliberadamente...”*. E ao esforço de coletar dados sobre pesquisas, no mundo, quando a Dra. NISE os ofereceu à CPI, assim foi recepcionada pelo Senador ALESSANDRO VIEIRA, que antecipou julgamento daquilo que ainda não havia examinado: *“Não, a senhora está entregando uma pilha de papel, que significa muito pouco para a CPI, porque efetivamente não corresponde àquilo que os seus colegas cientistas, médicos especialistas, referendam como conhecimento de alta qualidade”*.

O Senador EDUARDO GIRÃO bem retratou o desenrolar da reunião:

Seja muito bem-vinda, Dra. Nise Yamaguchi. Eu a queria cumprimentá-la pela postura. Muitas vezes, um ambiente hostil, a senhora sendo constrangida, mas sem elevar um milímetro a voz. A força da verdade não permite que a gente precise elevar a voz, porque ela é muito forte.

A discussão que houve com o Senador OTTO ALENCAR é melhor que seja lida em sua íntegra, para bem se aquilatar o nível de desvario que tomou conta da Comissão. E de desrespeito. Simplesmente não se permitiu que ela esclarecesse. Suas afirmações foram tergiversadas. Respondia, cientificamente, às perguntas – e fazia-se que nada havia respondido. No entanto, o próprio Senador inquisidor receitou cloroquina a paciente. O que, como médico, aliás, é direito seu.

Diante da série de impropérios do Senador OTTO, é bastante ver uma das manifestações da cientista:

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI – *Senador, eu gostaria de poder responder.*



E outra, mais adiante:

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI - Na realidade, eu acho que o senhor não está desejando que eu responda.

A depoente foi, o tempo todo, questionada sobre opiniões suas, embora a tenham levado a prestar juramento...

Essa foi a forma de condução de uma investigação ...

Claramente, todo esse espetáculo circense vai se esvaziar quando o Ministério Público, para aferir a credibilidade do que a CPI acusa, antes de denunciar, como órgão investigador, para não incorrer no ultrapassado “*in dubio pro societate*”, vier a ouvir a Dra. NISE, permitindo-lhe formular fases completas, aferindo-se, efetivamente, de que atos participou e quais suas consequências.

Outro aspecto a merecer investigação mais aprofundada para que a população tenha uma resposta muito convincente, é sobre até onde a BIGFARMA estaria envolvida, diante de trilhões de dólares direcionados a empresas fornecedoras de vacinas. Não poderia ter havido um engenho, no sentido de atacar, onde mais se aplica a cloroquina, no mundo, no combater à Malária, no Amazonas, para dali irradiar informação contrária a fármacos? Aliás, essa é investigação a que deveria ser provocada a própria ONU – Organização das Nações Unidas, pois que foi uma experiência científica mal-conduzida, que se espalhou pelo mundo.

O Senador ALESSANDRO VIEIRA questionou a depoente sobre essa hipótese:

O SR. ALESSANDRO VIEIRA - A pergunta que lhe faço é bastante objetiva. Por que países como Israel, Estados Unidos, União Europeia, todos eles abrem mão do uso desse remédio milagroso? A senhora consegue explicar isso? Fora da teoria conspiratória que se apresenta aqui, cotidianamente, de que existe um complô global para matar gente para vender vacina ou coisa que o valha. É isso?

A pergunta é: por que não pode ter ocorrido exatamente isso? Por que se levou em conta uma investigação viciada (Mauá), para demonizar, no mundo, o uso de fármacos? Qual a influência daquele experimento, nas decisões dos países – e do Brasil?

BARACK OBAMA, quando de sua campanha, em discurso em Harrisburg, durante as primárias na Pensilvânia, citou que mais de UM BILHÃO DE DÓLARES haviam sido gastos pelas empresas farmacêuticas durante os últimos dez anos para pressionar o Congresso a atender seus interesses (OBAMANOMICS, John Talbott, p.123). Quantos bilhões de dólares as empresas de vacinas gastaram no mundo para cooptar autoridades, já que mais de um trilhão de dólares estão em jogo? No Brasil, várias dezenas de bilhões de dólares foram gastos.

Este Parlamentar, LUIS CARLOS HEINZE, subscritor do presente VOTO EM SEPARADO, concedeu oportunidade para que a Dra. NISE se expressasse livremente, ocasião em que ela confirmou estar disponibilizando material que ratifica sua manifestação. Será de muita utilidade que seja compulsado pelo Ministério Público:

O SR. LUIS CARLOS HEINZE - Não. Se ela quiser dizer, ela pode dizer. Quer falar, Dra. Nise?

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI - Na realidade, eu trabalhava junto com o Dr. Eduardo Jorge, desde antes, e a gente trabalhava pelas ações sociais. Mas eu queria responder o seguinte: eu deixo aqui ao Ministério Público Federal um documento de todas as



evidências científicas que são favoráveis ao tratamento da hidroxicloroquina. São mais de cem artigos mostrando a evidência da hidroxicloroquina. Um documento do Ministério Público Federal de Goiás totalmente elencado, inclusive com críticas aos críticos do tratamento precoce e com críticas aos principais estudos que elencam a não atividade. Então, esse é o ponto principal de tudo que nós estamos discutindo, que é exatamente a eficiência do tratamento precoce em torno do qual todos devemos nos juntar. Então, isto que se está tentando fazer aqui, que é a demonização do tratamento precoce e das pessoas que participam dessa iniciativa, infelizmente é uma coisa muito séria e muito grave. E eu acredito que a gente deva se levantar veementemente para defender a nossa honra, porque o que existe, neste momento, é uma tentativa de destruição de um tratamento que tem salvado vidas no Brasil e que tem sido muito necessário. E, a partir do momento em que os senhores tiverem a oportunidade de receber as informações técnicas e científicas sem vieses, nós vamos ter outra visão para o Brasil e para a humanidade.

Eu participo de um grupo que está estudando economia da saúde, health economics, mostrando que, além de o paciente ter uma diminuição de efeitos colaterais da Covid, ele também tem um benefício real por diminuir bastante o número de internações e a morte. E cada vida conta.

Diante do emaranhado de material que compõe o acervo da CPI da COVID, para evidenciar que este Parlamentar, LUIS CARLOS HEINZE, nunca se opôs à multiplicidade de alternativas que viabilizassem a preservação da preciosa vida dos brasileiros, reproduz aqui parte do que salientou em audiências, para que sejam devidamente levadas em conta nas instâncias que se seguirem à CPI:

O SR. LUIS CARLOS HEINZE - Presidente, colegas Senadoras e Senadores, Dra. Nise, é um prazer estar com a senhora aqui. Desculpe alguns aborrecimentos – faz parte do jogo. Primeiro, Senador Randolfe, quando a gente fala em letalidade, eu estou citando o número, que foi citado aqui, da letalidade do Governo do Estado do Amapá – certo? Fala de 1.50. Esse é o Boletim Epidemiológico do dia 22 de maio. Não peguei o desta semana, mas o da semana passada, que nós retiramos ali.

Depois, o Senador Otto Alencar, outro dia, na semana passada, fez uma colocação de que, como a Covid é um vírus, não tinha tratamento para vírus, Dra. Nise. Só estou trazendo aqui: “Cientista brasileiro descobre que pode proteger fetos contra zika vírus”. O Prof. Alysson Muotri é professor da Universidade Federal da Califórnia. Está aqui! Então, está colocado aqui que também combate vírus. Chikungunya, que V. Sa. também sabe, é um vírus e é combatido com hidroxicloroquina. Portanto, não tem por que dizer que não tem eficiência nenhuma o tratamento.

Senador Humberto Costa, V. Exa. falou em Didier Raoult, e cito de novo ele. Aqui está: “nunca mudou a sua opinião sobre a hidroxicloroquina”. Ele fez uma correção em um erro secundário num dos seus artigos, e, assim mesmo, após a correção, publicou novos estudos e reitera que o tratamento com hidroxicloroquina é eficaz.

“Estudos em exatos 10.429 pacientes demonstram a eficácia da hidroxicloroquina para tratar pacientes e evitar o avanço da Covid”

No twitter desta semana, 27 de maio, ele respondeu à fake news que V. Exa. falou aqui. Então, a resposta dele, no twitter particular dele. Eu não tenho na mão aqui, mas aqui está o trabalho dele revisando isso. Revisado, é um cientista que não se pode desmoralizar.

Dra. Nise, vamos aos trabalhos. Foi falado aqui em pesquisas. Vários Senadores falaram aqui em pesquisas, e quero chamar, Senador Otto, bem a atenção: pesquisas... O caso do Coalizão, que foi citado aqui, é uma das tantas pesquisas – Coalizão, que V. Exa. deve ter aí... V. Sa. citou, Dra. Nise, que tem pesquisas que atestam a eficiência da

hidroxicloroquina em pacientes leves e moderados e que, quando foi em pacientes graves, não tem eficiência. E, infelizmente, é isso que foi o que... A Organização Mundial da Saúde pegou pacientes graves, como foi aquele estudo criminoso – repito: criminoso – realizado em Manaus, publicado na revista Jama. Então, entendam bem: pacientes graves. Esse é o ponto para o qual eu quero chamar a atenção.

E, depois, o caso do Coalizão também... Uma pergunta que deixo ao Grupo Coalizão que responda. Eles estão fazendo uma pesquisa com pacientes leves e moderados desde o ano passado. Estão recrutando, Senador Jorginho Mello, pacientes. Por que eles não acham, Senador Marcos Rogério, pacientes leves e moderados? Será que não existem no Estado de São Paulo ou em qualquer Estado, como no meu Estado também, o Rio Grande do Sul? Em vários Estados, eles estão fazendo isso. Então, parece que eles não têm interesse nessa questão. Só estou citando aqui para a gente poder pontuar e esclarecer essa questão.

Então, Dra. Nise, veja o seguinte: eu já falei, na semana passada, da pesquisa em Harvard, uma universidade respeitadíssima, e essa pesquisa foi publicada na revista The Lancet, em que houve a retratação. Agora eu pergunto: quem pagou essa pesquisa, Senador Omar Aziz? Foi um escritório lá de uma moça – nem citei o nome dela outro dia e aí já saiu no Twitter que eu tinha citado o nome de uma atriz pornô. Não citei o nome da atriz pornô, só citei que era uma empresa de uma atriz pornô.

Senador Marcos Rogério, quem pagou essa pesquisa?

O SR. MARCOS ROGÉRIO . (Fora do microfone.) – Quem?

O SR. LUIS CARLOS HEINZE – Não sei, isso é que eu quero saber. Como é que essa moça tem interesse em fazer uma pesquisa sobre hidroxicloroquina? Qual é o interesse dela em cima dessa pesquisa?

Isso tudo foi feito junto com esses pacientes graves do Coalizão e tantos outros – Dra.

Nise tem ali –, inúmeros casos, para criminalizar esse tratamento. É bem claro isso.

Existem segundas intenções. Quando eu vi o Senador Renan Ihe perguntar, Dra. Nise: a senhora tem interesse em hidroxicloroquina, cloroquina, azitromicina, ivermectina?

A SRA. NISE HITOMI YAMAGUCHI (Para expor.) – Tenho...

O SR. LUIS CARLOS HEINZE – Como se tivesse recebendo propina para poder recomendar esse tratamento.

Agora, e a **big pharma**, Senador? A **big pharma**: será que não foram eles que financiaram o trabalho em Harvard, Senador Marco Rogério? Alguém financia. Com que intenção? Com que interesse? Pra criminalizar um tratamento barato que em qualquer lugar se pode fazer e se adotar, o tratamento com ivermectina, que hoje o mundo inteiro reverencia, com azitromicina, com cloroquina, hidroxicloroquina, vitaminas, sei lá, esse tratamento que o Estado do Senador Randolfe utiliza.

Se tem essa baixa letalidade é porque utilizam esse tratamento. E eu gostaria que o Brasil pudesse adotar esse tratamento, que vários outros Estados pudessem adotar esse tratamento também.

Por exemplo, o Rio de Janeiro...

Mais adiante, LUIS CARLOS HEINZE assim se manifestou:

O SR. LUIS CARLOS HEINZE – Então, Dra. Nise, eu só quero fazer essa colocação – entendam bem o que estou falando: tem outros interesses, e os interesses são da **big pharma**. Grandes interesses em cima dessa questão, seja por vacinas, seja por medicamentos caríssimos de que o pessoal está falando.

Mais um ponto para o qual eu quero chamar a atenção das senhoras e dos senhores: o

Reino Unido não preconiza o tratamento precoce – os Estados Unidos também não. Inclusive, neste último final de semana, houve um protesto lá.

E o que diziam lá os cartazes, Senador Marcos Rogério? “Nós não queremos lockdown – protestos nas ruas de Londres – e nós queremos o tratamento com cloroquina, com hidroxicloroquina e azitromicina”. Protestos, cartazes que o pessoal fez agora, nesse final de semana, lá na Inglaterra.

Preste atenção: nos Estados Unidos, a letalidade é 1,79, e já se vacinou 85% da sua população. No Reino Unido, a letalidade é 2,86 e já se vacinou 89% da sua população. Na China, que vacinou apenas 36%, a letalidade é 0,5%. Na Índia, que vacinou 14% da população, a letalidade, Senador Marcos Rogério, é apenas 1,14%.

Então, este é um ponto importante que eu gostaria que ficasse registrado nos Anais desta Comissão: aqui estão países que vacinaram e que não adotam o tratamento precoce, e estão países que vacinaram muito menos e adotam o tratamento. É o caso da Índia, especificamente, que recentemente teve um surto, um problema sério numa província, e que voltou a adotar, com urgência, esse tratamento.

Então, a nossa insistência, o grande debate de hoje aqui é que o Brasil precisa da vacina, sim, e o Brasil precisa também do tratamento precoce. É isto que nós estamos colocando: a necessidade de nós trabalharmos, com urgência, as vacinas e também o tratamento precoce. Esse é o ponto importante que nós precisamos ter.

E temos dados de quase 100 milhões de doses que já foram liberados e 67, 68 milhões de doses aplicadas no Brasil, que, claro, não tem o mesmo percentual do Reino Unido, mas, em números de doses aplicadas, nós somos o quarto país do mundo. Então, esse é o ponto importante. E o Brasil também já comprou 662 milhões de doses de vacina. E o Brasil também, Senador Marcos Rogério, já tem hoje empenhado em torno de 28 a 29 bilhões. Para mais de 500 milhões de doses já estão empenhados recursos para o pagamento dessas compras que foram feitas.

E também esclarecendo aqui à Comissão o que foi falado aqui pelo Butantan, que nós poderíamos ter comprado 45 milhões de doses de vacina no mês de dezembro, não é real.

Repito o que disse e vou reafirmar – e que as empresas de checagem e de recheagem chequem o que eu estou dizendo: se a documentação entregue na Anvisa pelo Butantan, Senadora Eliziane, foi em 30 de novembro – a primeira documentação foi em 30 de novembro –, a documentação solicitando a autorização emergencial saiu em 8 de janeiro, a Anvisa não demorou e, uma ou duas semanas depois, autorizou, como é que eles podiam entregar 45 milhões de doses no mês de dezembro? Mentiu quem falou. Mentiu.

Ao final da audiência da Dr. NISE o Senador RENAN CALHEIROS anunciou que estava recebendo uma Nota da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Como a nota se reportava ao que a Dr. NISE estava esclarecendo, significa que a nota foi produzida naquela mesma oportunidade. Ora, uma Sociedade desse quilate, certamente se mune de manifestação da corporação, o que parece impossível com o restrito tempo ocorrido. Por isso, será de bom alvitre o Ministério Público colher daquela entidade a documentação que fundamenta a expedição daquela nota, para evitar que se imagine vício ideológico de quem a produziu tão rapidamente. Até porque, como advertiu a Dra. NISE, a vacina não pode ser generalizada, levando-se em conta situações como as de trombose, vasculite, arritmia.



DEMONIZAÇÃO ORQUESTRADA CONTRA A CLOROQUINA, E DA TOTAL PARCIALIDADE, QUE INUTILIZA O RELATÓRIO DA CPI

O SR. FRANCISCO EDUARDO CARDOSO ALVES - *Para quem afirma que a terapia é comprovadamente ineficaz, que nos mostrem, por favor, quais estudos onde o grupo placebo ficou melhor do que o grupo tratado com alguma dessas drogas.*

Senadores, incomodados com a total parcialidade com que a CPI vinha sendo conduzida, reclamavam de que não se realizava audiência para ouvir opiniões diferentes daquelas apoiados pelo G-7, Grupo que, por ser maioria na CPI, passou a contrariar a Constituição, desprezando olímpicamente todos os pleitos dos que lhe eram adversários.

Finalmente, ouviu o Dr. FRANCISCO EDUARDO CARDOSO ALVES e o DR. RICARDO AZIEL ZIMERMAN que, sem o desejar, provocaram o escancaramento da tendenciosa condução da CPI, que nunca aceitou a possibilidade científica da concomitância do enfrentamento da COVID-19 por medicamentos e por vacinas.

DR. FRANCISCO iniciou seu depoimento com o seguinte relato, a propósito de como a demonização do uso da cloroquina tem tudo para ser a orquestração de um engenho biliardário dos interessados por vacinas.

Ao chegar ao Brasil, a Covid-19 rapidamente começou a ganhar corpo e, em poucas semanas, o País passou a figurar entre os primeiros no ranking de infectados e mortos. Diante desse cenário, vários centros médicos do País começaram a tentar replicar os estudos estrangeiros, e diversos formatos e formas de tratamento começaram a surgir. Ocorreu inclusive o que, na minha opinião, foi o maior desastre científico do Brasil em décadas: um estudo conduzido pela Fiocruz do Amazonas, que se destinava a avaliar a segurança e a eficácia de duas dosagens diferentes de cloroquina em pacientes com síndrome aguda respiratória grave, publicado na edição eletrônica do Jornal da Associação Médica Americana (Jama), calculou errado a dose do grupo de alta dosagem, expondo os pacientes a níveis séricos potencialmente fatais desse medicamento. Nesse grupo foi dado o equivalente a 12g de cloroquina em dez dias. A bula desse remédio é clara que não se deve dar mais que 1,5g de cloroquina em três dias, sob risco de graves eventos tóxicos. Esse estudo deu 3,6g de cloroquina em três dias a doentes graves, dose 2,4 vezes maior que a permitida em bula. Nos primeiros três dias do estudo, morreram sete pacientes. No total, o braço do estudo de alta dosagem teve cerca de 40% de mortes, e foi interrompido quando se viu o que estava ocorrendo. Inacreditavelmente, esse estudo foi aceito para publicação na edição eletrônica aberta do Jama, mas não na revista oficial, e passou a guiar o mundo todo no sentido de que a cloroquina era ineficaz e perigosa, sendo que o estudo jamais avaliou a eficácia, e esqueceram de dizer que perigoso era dar remédio em dose tóxica para fins comparativos.

Em comparação, os 14 ensaios clínicos randomizados sobre imunoterapia com hidroxicloroquina já realizados com milhares de pacientes, em doses seguras, não mostraram um caso sequer de arritmia fatal ou muito grave.



SF/21827.81268-31

Mais adiante, DR. FRANCISCO evidenciou a ideologização da questão, o que foi mais acentuada pelo decorrer da CPI, que fez clara opção pela contrariedade ao uso de fármacos:

Estranhamente, a partir de maio de 2020, passamos a assistir, de forma estarecida, à politização do tratamento médico no Brasil. De repente, apoiar o tratamento de pessoas doentes com medicamentos off-label suportados por dezenas de estudos científicos passou a automaticamente lhe colocar em um lado do espectro político nacional. E as pessoas que não comungam desse espectro passaram a atacar as drogas e os médicos que as prescreviam, rejeitando o tratamento com um discurso recheado de ódio, sofismas e inverdades. O ódio foi tamanho que nenhum outro novo remédio descoberto para tratamento inicial da Covid-19 deixou de ser alvo do mais profundo assédio coletivo já visto contra a Medicina no País. Médicos foram inibidos, cercados, cerceados e, em alguns casos, proibidos de prescrever drogas para tratamento da Covid-19, a depender da linha política do secretário de saúde local. Médicos renomados, dedicados, que tentavam explicar o absurdo disso começaram a ser taxados de negacionistas, obscurantistas, termos ofensivos que podem até caber numa seara de lide política, mas jamais deveriam estar presentes no sistema de saúde. Era uma falácia absolutamente sem sentido. Os que negavam o tratamento, em plena demonstração de sinalização de virtude, chamavam os médicos que tratavam os doentes de negacionistas. Para sustentar essa narrativa, veio o xiitismo evidencionista, a partir do qual apenas estudos considerados padrão ouro ou Classe I A poderiam cancelar tratamentos para a Covid-19, e todos os demais estudos passaram a ser refutados de ofício. Existem, porém, dois problemas nessa abordagem. O primeiro é que tais estudos são muito caros, custam milhões de reais, demoram muito para serem feitos e só podem ser feitos em grandes centros, normalmente financiados pela indústria, que não terá provavelmente interesse de financiar drogas sem patente. O segundo problema é que se esqueceram de combinar com o resto da Medicina. De acordo com diversos artigos que estudam as diretrizes americanas de tratamentos para várias especialidades, em média, menos de 10% dos tratamentos e procedimentos médicos no mundo atualmente possuem esse chamado nível de evidência máxima, erroneamente chamado por alguns de comprovação científica. A vasta maioria dos tratamentos médicos, incluindo quase todos os procedimentos cirúrgicos, ginecológicos, pediátricos, mais de 90% dos procedimentos em cardiologia, oncologia, infectologia, por exemplo, não possuem nível de evidência máximo que tenha sido exigido para a Covid-19 por alguns e são feitos normalmente em Território nacional, sem nenhum óbice ou questionamento. A tentativa de usar a Medicina baseada em evidências para bloquear qualquer forma de tratamento imediato para Covid gerou um fenômeno: a evidência baseada em Medicina quando a busca pelo ensaio clínico perfeito se torna mais importante do que tratar os pacientes enfermos.

Ao trazer um embate político para a Medicina, quem mais foi penalizado não foram os médicos que prescreveram o tratamento imediato para Covid-19, foram os cidadãos mais humildes deste País, dependentes do SUS, que viram um apagão de condutas terapêuticas para a sua doença e de seus familiares. Como pode um cidadão chegar ao posto de saúde com Covid-19, diante das centenas e centenas de evidências favoráveis ao tratamento imediato com força igual ou superior a mais de 50% do que existe atualmente em tratamento médico, sair desse posto apenas com uma receita de dipirona? Pior: em alguns casos, prescrevem corticoides orais no início do tratamento de



Covid, algo absolutamente errado, pois aumenta a chance de agravar a viremia na primeira semana e causar graves inflamações na segunda semana da doença. Por favor, colegas, parem de dar corticoide oral, nos primeiros cinco dias de sintomas de Covid, aos pacientes!

Diversos estudos, Excelências, apontam que a maior vítima da Covid-19 no Brasil são os pobres, homens e não brancos. Essa batalha política que virou o tratamento no Brasil está privando a população pobre deste País de receber um tratamento mínimo para a Covid em tempo real, enquanto a população mais abastada consegue se tratar com médicos e hospitais livres da influência do SUS. Precisamos tirar os remédios da pauta política urgentemente, sob pena de mais brasileiros morrerem desnecessariamente. Não é justo o rico ter acesso ao tratamento e o pobre, não. Quem difama o tratamento tem culpa direta nesse fenômeno, mesmo que involuntariamente.

Junto com a pandemia da Covid-19, assistimos às salas de emergência do País serem invadidas por juízes, políticos e repórteres, cada um disputando para ver quem fala mais grosso com o médico e quem sabe mais de Covid-19. De repente, o médico se viu recebendo aula de ciência e Medicina de pessoas completamente leigas e sem a devida formação para tal, o que é uma completa inversão da lógica.

A única certeza que nós podemos ter em uma doença nova como a Covid é a incerteza. Pouco ainda sabemos. Aqueles que se levantam para falar. Sei tudo sobre Covid, não existe tratamento precoce demonstram mais sobre sua ignorância ao tema do que propriamente sabedoria.

Essa corajosa apresentação do que estava ocorrendo no Brasil – que contrariava o que a CPI sempre disseminou – fez com que a Mesa da Comissão se apoquentasse, desejando interrompê-lo, como se o interesse público maior não fosse exatamente o de permitir que a sociedade tomasse conhecimento do que efetivamente estava a ocorrer.

Concluiu então o depoimento:

Urge e é necessário retirar os juízes, políticos e repórteres da sala de emergência e postos de atendimento deste País.

O CFM, como autoridade máxima deste País, defende a autonomia do médico baseada em sua relação com o paciente, o estudo individualizado de cada caso e a prescrição, conforme a convicção do médico e a livre escolha e aceitação do paciente. Não cabe aos demais entes deste País definir que tipo de tratamento pode ou não ser dado, seja na Covid- 19, seja em qualquer outra doença. Se permitimos que isso ocorra, será o fim da civilização, o início da barbárie em saúde.

Em minha vivência na Covid-19, eu já atendi mais de mil casos muito graves, com poucos óbitos, graças a Deus! A equipe com a qual trabalhamos em São Paulo já atendeu mais de 4 mil casos com pouquíssimos desfechos fatais. Nós temos resultados, Exmos. Senadores – resultados! Não é opinião, são fatos. Se o remédio funciona, se ele deve ser aplicado ou não de acordo com o caso clínico, dentro da autonomia médica, compete aos médicos, sob a guarda do CFM e dos Conselhos Regionais de Medicina.

Se, nesse momento, eu não consigo descrever com precisão o seu mecanismo de ação, isso é secundário – que os cientistas pesquisem e publiquem. Nós, médicos, estamos aqui para atender as pessoas e salvar vidas. Nada pode nos desviar desse destino.

Sobre o tratamento imediato, para finalizar, quem ainda o discute como sendo sinônimo de cloroquina e hidroxicloroquina está enganado. Hoje em dia, já temos quase 20 tipos diferentes de remédios que mostram enorme potencial de ação no tratamento imediato ambulatorial da Covid; alguns, inclusive, já acatados pelo poderoso NHS, o sistema britânico de saúde, como a budesonida inalatória, um corticoide inalatório, e a vitamina D preventiva.

Alguns remédios novos se mostraram falhos no uso hospitalar, porém promissores no uso precoce, como o anticorpo monoclonal. Até mesmo a pesquisa de novas drogas vem comprovando isso. Recentemente, um novo antiviral, em pesquisa por uma poderosa indústria, abandonou o braço hospitalar e passou a estudar apenas uso imediato com sua droga experimental.

Portanto, conceitos emanados como plena verdade para alguns, como a não existência de tratamento precoce e que tais remédios e tratamentos são comprovadamente ineficazes, além de não serem condizentes com a verdade, mostram que, por trás dessas falas, tem uma narrativa negacionista sendo construída.

Todos os dias neste País, neste exato momento, isto está sendo acontecendo: pessoas estão sendo salvas, graças a médicos que resolveram enfrentar essa narrativa negacionista e estão tratando seus doentes da melhor forma possível, defendendo sua autonomia.

Venho aqui, como médico infectologista que trata, na vida real, o paciente com Covid-19, demonstrar para a Nação brasileira que pensem duas vezes após ouvir esse tipo de

Acreditem no seu médico.

Muitos me pediram para não vir aqui, porém, qual é o melhor local para o pleno exercício da democracia e das liberdades civis que dentro do Senado Federal?

Agradeço a oportunidade. Estou à disposição do Senado para contribuir neste debate.

E DAÍ O ABSURDO DOS ABSURDOS OCORREU. Ficou patente que a CPI não desejava conhecer a verdade. Vale a lição bíblica: conheci a verdade e ela vos libertará. Veja-se o que o Relator, Senador RENAN CALHEIROS proclamou:

Nós, Sr. Presidente, jamais esperávamos chegar, no Brasil, a tamanha irresponsabilidade. Eu, sinceramente, em função desse escárnio, desse descaso, eu me recuso a fazer hoje, mesmo como Relator desta Comissão Parlamentar de Inquérito, qualquer pergunta aos expoentes... Aos depoentes. Com todo o respeito que lhes tenho, mas eu me recuso; não dá para continuarmos nessa situação. A CPI tem o papel de dissuadir práticas criminosas como essa do Presidente da República, e ele continua a fazê-lo, em desrespeito a uma instituição da República, que é a Comissão Parlamentar de Inquérito, com poderes constitucionais, judiciais, criada para investigar uma coisa cujos órgãos convencionais não estavam investigando. Isso não pode continuar. Nós chegaremos, sábado, provavelmente, a meio milhão de mortes pela Covid no Brasil, e ainda continuamos a ouvir esse tipo de irresponsabilidade impunemente - impunemente.

Quer dizer, chega, nós precisamos dar um basta nisso tudo, Sr. Presidente!

Este Senador, subscritor deste Voto em Separado, alertou:

O SR. LUIS CARLOS HEINZE - *(Pela ordem.) - Eu quero lamentar a atitude do Senador Renan de não ouvir os depoentes.*

O SR. LUIS CARLOS HEINZE - *Não, o senhor não está ouvindo. O senhor ouviu mas não quer questioná-los; deveria questioná-los.*

Deveria...

(Intervenção fora do microfone.)

(Essa intervenção foi ocultada pela CPI, porque era o Relator retirando-se, gritando.)

O SR. LUIS CARLOS HEINZE - *O.k., não quero lhe obrigar, mas são dois pesos e duas medidas. Quando lhe interessa questionar quem o senhor quiser aqui... Como questionou aqui... Aqui tem cientistas, aqui tem médicos que tratam pacientes.*

A Dra. Luana não tratou um paciente! A Dra. Natalia Pasternak não tratou um paciente! Aqui tem centenas, milhares de pacientes tratados por esses dois senhores aqui; um é pesquisador com trabalhos publicados. Inclusive descobriram agora tratamentos, neste instante, para pacientes terminais e que depois alguém pode questioná-los sobre isso aí. Eu lamento...

O SR. RENAN CALHEIROS - *Eu não tenho o que perguntar.*

O SR. LUIS CARLOS HEINZE - *Não tem porque não lhe interessa!*

O SR. RENAN CALHEIROS - *Eu não tenho o que perguntar!*

O SR. LUIS CARLOS HEINZE - *Não tem porque não lhe interessa! Aqui: 16 milhões de vidas que essa gente salvou, eles e milhares de brasileiros; 16 milhões de vidas!*

Ofendido pelo Relator, este Senador o contestou:

O SR. LUIS CARLOS HEINZE - *Deprimente é V. Exa., Relator da matéria, ser parcial. V. Exa. faz o que quer, mas não pode fazer. O senhor não é um promotor para condenar o tratamento ou as pessoas no Brasil, tem que atender e...*

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. LUIS CARLOS HEINZE - *Eu quero, Senador, eu quero que o senhor questione eles sobre a pesquisa de Manaus, questione eles sobre outras pesquisas que querem fazer. Questione, porque morreram...*

Diante da ausência do Relator, foi pedida a indicação de outro, que foi negada.

Assim, a CPI atuou sem Relator, em mais uma ofensa regimental, levando os Senadores a comentar, comparando o tratamento diferenciado que a CPI dava quando apoiadores de sua opinião eram ouvidos:

O SR. EDUARDO GIRÃO - *No final, eu vi a sua atenção. Eu vi a atenção que o senhor teve. Isso é fato. Agora, quem estava presidindo a atenção, o Senador Randolfe*

Rodrigues, estava sentado onde o senhor estava, e de uma certa forma conduziu esta CPI com o Relator o tempo inteiro sentado, fazendo perguntas. O Relator abandona a CPI, vai embora hoje, porque realmente parece que não interessa a busca pela verdade, apenas uma parte da verdade. A gente tem dito isso desde o começo da CPI. Hoje está claro, está explícito para o Brasil inteiro isso.

O SR. MARCOS ROGÉRIO (Bloco Parlamentar Vanguarda/DEM - RO) – O que ficou evidente aqui é que o Relator já tem uma sentença debaixo do braço. Se alguém tinha dúvida, hoje está evidente. Lamentável isso. Lamentável.

Este Senador, subscritor, registrou a deliberada intenção do Relator de obstruir – como já vinha procedendo – a apresentação da tese contrária:

O SR. LUIS CARLOS HEINZE – Sr. Presidente, é só para lamentar. Ontem à noite, a Globo já publicou o que aconteceu aqui, que a Oposição se afastaria. Um desrespeito.

No mesmo sentido, o Senador MARCOS ROGÉRIO:

O SR. MARCOS ROGÉRIO – Quero dizer que estou com vergonha do que estou assistindo neste momento em razão do papelão que fez o Relator e os membros da Oposição – vergonha! Porque dois médicos profissionais deixam as suas atividades, vêm para cá para poder dividir a sua experiência... Eu não sou dono da verdade, eu quero saber dos dois lados, ouvi os outros que eram contra – ouvi, ouvi –, questionei. E hoje tinha outros afazeres também, mas fiz questão de vir aqui para ouvi-los, porque eu tenho interesse pela vida, tenho interesse em saber se é possível salvar vidas com esse ou com aquele protocolo, tenho interesse em saber se o fica em casa mata ou salva, se o tratamento precoce mata ou salva. Então, eu tenho vergonha do que estou vendo aqui: a covardia do Relator e dos membros da Oposição, que abandonam a sessão, porque dizem que já sabem tudo e que não querem ouvir o outro lado. Eu acho que quem está promovendo morte aqui, Sr. Presidente, são esses que se acham donos da verdade, pais da ciência, covardes – covardes! É isso que são.

Mais adiante, o Senador MARCOS ROGÉRIO evidenciou a parcialidade:

O Relator e os membros da oposição, deliberadamente, se ausentaram daqui para não ouvi-los. Perderam uma grande oportunidade, mas não só perderam uma grande oportunidade: a ausência do Relator e dos demais membros da oposição nesta CPI – que, desde o começo, eu tenho dito, têm prejudicado, têm uma sentença debaixo do braço – desqualifica ainda mais o Relator, esses membros e vai desqualificar o relatório quando for apresentado, porque, para emitir um juízo de valor sobre determinada matéria, você precisa colher provas, analisar essas provas, submetê-las ao contraditório. É o devido processo. Mas, quando optam, escolhem agir como agiram, perde-se a imparcialidade para a condução do inquérito. E aqui nós estamos diante de uma CPI, Comissão Parlamentar de? Inquérito. O delegado não escolhe as provas. O procurador não pode escolher.

Então, é, mais uma vez, lamentar, porque a Comissão tem um Relator que se ausenta para não colher provas.



Com a presença de médicos experientes que seriam ouvidos, os sempre veementes questionadores se evadiram da Comissão. Deliberadamente, para retirar o foco da versão que não lhes interessava, promoveram entrevista coletiva, concomitante à oitiva.

Este Senador, lamentou, na ocasião:

O SR. LUIS CARLOS HEINZE - Há quantas semanas, Senador Girão, nós vínhamos batendo para ter alguém que pudesse explicar cientificamente! São cientistas, médicos que estão cuidando de pacientes. Então, é só para complementar o que o Marco Rogério falou. Faz quase um, dois meses que a gente poderia ter trazido essas duas pessoas aqui hoje.

Outro Senador evidenciou bem a intenção da CPI:

O SR. MARCOS DO VAL - Todo mundo sabe que esta CPI é para achar uma forma de criminalizar esse tratamento precoce, para, então, cair na conta do Presidente da República algum ato possível criminal que ele possa ter feito por ter incentivado o tratamento precoce no período que não se tinha vacina, o período em que se tinham só estudos e suposições.

... vivi para ver que a gente vive num País com um regime democrático, mas em uma CPI ditatorial, porque o que o Relator e outros Senadores fizeram, de sair da CPI como protesto porque não acreditam ou não querem ouvir o contraditório... Uma coisa que eu aprendi muito como Senador da República, vivendo em uma democracia, é escutar o contraditório, é ouvir quem pensa totalmente diferente de você. Isso não significa que você vai mudar sua posição, mas os seus horizontes se ampliam assustadoramente. Me entristece muito ver posições ditatoriais, como essa que aconteceu aí mais cedo.

A parcialidade foi confessada:

O SR. MARCOS ROGÉRIO - V. Exa. fez, ao longo do tempo aqui, Presidente, apologia aos que são contra o que nós estamos discutindo hoje. O tempo todo!

O SR. PRESIDENTE (Omar Aziz. Fora do microfone.) - Vou continuar fazendo.

O SR. MARCOS ROGÉRIO - Vai continuar fazendo?

O SR. PRESIDENTE (Omar Aziz. PSD - AM. Fora do microfone.) - Vou.

Este Senador questionou o Presidente, diante das dificuldades que ele opunha para o debate franco:

O SR. LUIS CARLOS HEINZE - Senador Omar Aziz, eu gostaria... O senhor tem cientistas...

O SR. LUIS CARLOS HEINZE - Senador Omar Aziz, o senhor tem cientistas no seu Estado. Eu já estou pedindo várias vezes: debata com esses dois médicos. O senhor traga o Sr. Lacerda e quem o senhor quiser, para debater com eles, frente a frente. Não diz que o senhor tem cientista sem debater com as pessoas que podem debater. O senhor não tem debate...

O Senador JORGINHO MELLO questionou a pressão sofrida pelos médicos que indicam fármacos e o depoente respondeu, corajosamente:



O SR. FRANCISCO EDUARDO CARDOSO ALVES – *Eu fui e estou sendo – inclusive hoje com matérias inverídicas publicadas em jornais ao meu respeito – alvo de ataques desde que me posicionei publicamente, como infectologista, a favor de tratamentos para o Covid, deixando bem claro que o termo tratamento precoce em si é um erro: não existe tratamento precoce, existe tratamento. Nenhum médico espera um câncer ficar do tamanho de um abacate pra propor um tratamento para o cidadão. Eu não espero um paciente com dor no peito enfartar pra poder propor um tratamento. A gente tenta iniciar o tratamento assim que descobre que o cidadão está doente. Então, esse termo tratamento precoce, que acabou surgindo, sendo cunhado pra tentar identificar que o tratamento deveria ser o mais cedo possível, diante dos sinais de sintomas, e que acabou estigmatizado, custa a quem o defende, alvo de ataques, seja dentro ou fora das instituições onde a gente trabalha, ataques na rede social, ataques na própria comunidade médica. Mas a gente não liga porque a gente sabe que está com a razão. Nós estamos salvando vidas, a nossa experiência e a nossa observação são de milhares de vidas salvas com tratamento. Então, não vai ser a chacota de algum colega negociante que vai me fazer voltar atrás.*

O SENADOR EDUARDO GIRÃO exteriorizou a dificuldade que até a imprensa impõe à corrente adversária:

O SR. EDUARDO GIRÃO – *Tá, porque o que aconteceu aqui, na sexta-feira passada – não sei se os senhores assistiram –, quando estava sendo transmitida, como todos os dias é transmitida esta CPI em várias emissoras, do começo ao fim, sem interrupção é transmitida... Hoje, Senador Jorginho, apenas uma, que é a CNN – e eu quero dar os parabéns aqui –, continua transmitindo esta sessão. É a primeira vez que há interrupção.*

Então, no País em que não se tem censura, que é democracia, é isso que acontece quando se deve ouvir o outro lado, porque é um princípio do jornalismo ouvir o contraditório, buscar a verdade.

Na semana passada, sexta-feira, nós tivemos aqui um cientista que eu mostrei – eu mostrei o perfil dele. Eu mostrei o print de que ele teria dito que o Lula, o ex-Presidente Lula, já teria vacinado a população, fazendo uma campanha, praticamente, e dizendo que o atual Presidente é uma rajada por cima de outra de assassinatos.

Então, isso contamina, Senador Jorginho Mello, o debate, porque o cientista não pode ter lado, ele tem que estar no lado da ciência, sem contaminação política. Mas o que a gente vê aqui é narrativa por cima de narrativa...

E o povo brasileiro, que está assistindo, está vendo hoje um capítulo desta CPI que não deve esquecer. Não deve esquecer jamais desta CPI, porque o que aconteceu hoje aqui, de o Relator não estar presente pela primeira vez, é algo muito feio, que joga contra o trabalho que se procura fazer nesta CPI, embora aqui a gente saiba do viés politiquês, dessa antecipação de calendário eleitoral para o ano 2022. No momento em que o povo brasileiro tem problemas graves de saúde, tem problemas graves de emprego e de fome, se faz isso aqui! O Brasil está vendo! O Brasil está vendo o que é que aconteceu, o que é que está acontecendo hoje aqui, neste dia emblemático. Caiu a máscara! Caiu a máscara, mas isso é muito bom, é muito bom.

A verdade incomoda, incomoda muito.

Sobre o tratamento com cloroquina, o depoente esclareceu:

O SR. FRANCISCO EDUARDO CARDOSO ALVES (Para expor.) – Cloroquina tem mais de 70 anos de estudo e conhecimento, seu nível de toxicidade já é conhecido e os níveis considerados seguros para tratamento estão muito abaixo do nível de toxicidade, por isso chama muito a atenção o que ocorreu no estudo da Fiocruz que eu citei no meu discurso inicial. Eles não observaram o nível de toxicidade da cloroquina. E isso tem sido usado como referência até hoje, inclusive em metanálises, como da revista Nature, para pesar desfavoravelmente contra a cloroquina. Esse estudo deveria ser ignorado e retratado pelo Jama, porque ele foi absolutamente antiético e não respeitou os princípios básicos de biossegurança.

A ivermectina, foi alardeado durante um tempo aí que ela causaria a hepatotoxicidade. Isso é uma mentira, isso não é verdade. Tanto que no LiverTox, que é o site do NIH americano que lista esses medicamentos que causam dano ao fígado, problema no fígado, hepatite, não sei o quê, a ivermectina está lá no final da lista de potencialmente perigosa. Ela é um dos medicamentos que menos causa danos ao fígado e, quando causa, nunca foi, até agora, descrita hepatite fulminante por ivermectina, ao contrário do paracetamol, o Tylenol, que tem sido prescrito que nem água nos postos de saúde País afora para tratamento de Covid. Esse, sim, é um remédio que, com menos de uma caixa inteira, você pode causar hepatite, se tomado de maneira equivocada.

O SR. FRANCISCO EDUARDO CARDOSO ALVES – Nós temos tantos estudos randomizados para cloroquina, ivermectina, colchicina, corticoide e diversas outras drogas que me assusta ainda ver chancela de parte da sociedade da tese de que a medicação não tem evidência comprovada ou que é comprovadamente ineficaz. A gente pode discutir a qualidade dos estudos e o peso das evidências, mas falar que não tem evidência científica, a essa altura do campeonato, é coisa de quem não está lendo o assunto ou está querendo fazer uma narrativa diferente.

Sobre a fuga ao dever legal de investigar os desvios de recursos federais nos Estados, além de este Senador gaúcho insistir em quase todas as audiências, vale lembrar, dentre outros, aquele que representa o Estado do Rio Grande do Norte, onde o Consórcio Nordeste incidiu em manifesta corrupção:

O SR. STYVENSON VALENTIM - RN – Perfeito, mas aí eu já estou na Comissão temporária em que a gente está buscando ali as soluções, mas quando tiver alguma sessão que trate justamente de um problema aqui no meu Estado, Senador Omar Aziz – eu estou sendo cobrado –, que é o Consórcio Nordeste, o dinheiro que foi colocado... As pessoas me cobram, cobram o senhor, cobram qualquer outra pessoa. Elas não querem saber se é Senador, se é Vereador, se é Governador: "Eu quero os 5 milhões de volta, Styvenson, vá atrás", como se eu fosse pegar a Governadora pelo pescoço e mandar...

Este Senador, subscritor deste Voto, a par de lamentar as mortes que ocorriam, procurava demonstrar o esforço para salvar vidas, fosse por que mecanismo fosse, nunca se opondo a qualquer alternativa. Informou à Comissão das razões porque a OMS mudou sua recomendação em relação ao tratamento por cloroquina e mostrou que muitas das vidas preservadas se deviam ao tratamento preventivo. Foi retrucado pelo Presidente, que evidenciou sua tendência:

O SR. LUIS CARLOS HEINZE – Está aqui, ó: "Essas vidas foram salvas com esse tratamento".

O SR. PRESIDENTE (Omar Aziz.) – Não dá. Nem eles vão concordar com o senhor se o senhor colocar 16 milhões de pessoas salvas, porque eles, como profissionais, sabem que muita gente pega esse vírus e nem... Não têm... Não acontece nada, nem sentem nada. Noventa e cinco por cento das pessoas que estão adquirindo o vírus, a grande maioria, não sentem nada ou sentem alguma coisa muito leve. Você está me entendendo? É isso.

Essa afirmação conduz à seguinte conclusão contrária: 95% da população não necessitaria de vacina, porque não sente nada.

Este Senador envidou todos os esforços para demonstrar a fraude que levou à demonização dos fármacos:

***O SR. LUIS CARLOS HEINZE** – Presidente, eu já citei aqui o caso fraudulento, escandaloso, da The Lancet. Ninguém me disse quem pagou aquela atriz pornô para fazer a pesquisa em 96 mil pacientes em 17 países. Quem me disse quem pagou? A pesquisa de Manaus que eu questiono, o Dr. Zimmerman e o Dr. Francisco comentaram exatamente. Eu quero que alguém venha debater com essas pessoas aqui. Ninguém debate. Tem que debater. Essas duas pesquisas, Sr. Presidente, foram fraudulentas, mataram gente e fizeram com que a OMS mudasse a sua orientação no mundo – foi dito aqui. Eu queria que o senhor estivesse para ouvir. Por que não debate esse assunto? Vamos trazer alguém para debater com esses moços aqui – não é com o Girão, não é comigo.*

Sobre o triste episódio da ciência em Manaus, em que uma pesquisa fraudada mudou a concepção que poderia salvar muitas vidas, veja-se o depoimento do DR. FRANCISCO:

Então, muito mais pessoas, incontáveis pessoas morreram em virtude da má fama que esse estudo deu à cloroquina. Isso é uma tragédia que precisa ser investigada pelo País. Os Srs. Senadores têm que ter ciência do que aconteceu nesse estudo. Isso é uma vergonha pra ciência nacional. E isso deveria ser alvo de apuração – não pra caçar a pessoa ou pra punir. Tem que ser revisado todo o processo científico no Brasil, inclusive a Conep, que autorizou esse estudo com dose tóxica. Tem muita coisa errada em termos de regulação de pesquisa neste País. Foi isso que aconteceu em Manaus.

Em função disso, o Senador LUIS CARLOS HEINZE formulou pedido de investigação da Polícia Federal, cujo resultado haverá de auxiliar o Ministério Público, quando examinar os dados da CPI.

Durante todo o desenrolar da CPI, o Senador procurou fundamentar-se em dados confiáveis. Examinou o que ocorria em Estados, como no Acre e em Municípios:



Só para colocar a vocês: nós fizemos um levantamento em 40 Municípios brasileiros, de norte a sul, em todas as regiões que adotam esse tratamento, e a letalidade desses Municípios deu 1,4. A letalidade no Brasil é 2,8.

O Presidente da CPI, no decorrer da oitava, recebeu Nota da Sociedade Brasileira de Infectologia. Dr. FRANCISCO, estranhando a interferência, denunciou aquela entidade porque emitira uma *guideline* em maio, contra o uso de corticoide, mesmo com estudos científicos ingleses favoráveis à medicação e lamentou:

Quantos pacientes morreram sem corticoide neste País, dos 500 mil, número trágico que infelizmente vai se abater sobre nós neste final de semana? Quantos morreram sem corticoide? Quantos morreram por seguir os guidelines da SBI naquela época?

Esse comparecimento daquela Sociedade, no decorrer da própria audiência, merece investigação para se ter conhecimento do procedimento que autorizou a emissão daquela Nota, diante dos inúmeros médicos favoráveis à tese do uso de medicamentos.

A intenção da Mesa da CPI foi a de plantar a ideia de que quem apoia o tratamento por medicamento seria contra a vacina. Ninguém jamais afirmou isso. Como salientou o médico ouvido:

O SR. RICARDO ARIEL ZIMERMAN – *E, sem dúvida, quando a gente está com um inimigo desses, a gente tem que entrar com todas as armas na mão. Por isso é que a gente usa medidas que são complementares. Ninguém é a favor da medicação e contra a vacina. V. Exa. quer entrar com uma arma só na guerra? Eu quero entrar com as duas! Então, na verdade, as medidas são complementares.*

ESTE SENADOR SUBSCRITOR tem absoluta convicção de que, DIFERENTEMENTE DE COMO PROCEDEU A CPI, o Ministério Público irá compulsar atentamente o que os cientistas barrados esclareceram na audiência.

Inúteis serão as conclusões da CPI, pelas repetidas demonstrações da parcialidade de sua condução e dos que integravam o GRUPO DOS SETE. Além disso, por serem maioria na Comissão, decidiram, deliberadamente, prevaricar, não investigando parte relevante do objeto da CPI, relativa aos recursos federais destinados a Estados e Municípios que, por essa conduta, deverão ser responsabilizados.

Na audiência da oitava de FRANCISCO EDUARDO CARDOSO ALVES ele informou que, juntamente com o Dr. RICARDO ZIMERMAN, produziram uma Nota Técnica para o Ministério Público Federal em que listaram todas as matérias relativas às pesquisas sobre tratamento da pandemia. Será interessante que sejam reunidas com as conclusões da CPI.

O SENADOR MECIAS DE JESUS advertiu sobre o que se tem como certo: “*Certamente não constará do relatório deles esses depoimentos*”:

O SR. MECIAS DE JESUS - *Presidente, me causou estranheza ver que os membros da Bancada da Oposição desta CPI não estão presentes nesse depoimento. No início, para se estabelecer essa CPI, a Oposição toda dizia que tínhamos pressa porque estávamos perdendo vidas, vidas humanas. Vidas humanas realmente interessam. Eu não entendo*



por que agora, no momento de depoimentos, em que parece não interessarem a eles as respostas, eles se negam a ouvi-los. Certamente não constará do relatório deles esses depoimentos.

Espera-se que o Ministério Público se valha das informações colhidas com tanta dificuldade, diante da barreira imposta a quem divergisse da conclusão preconcebida pela maioria dos Membros da CPI. Vale lembrar o que o médico DR. FRANCISCO acentuou, no final da audiência:

Se muita gente tivesse ouvido mais esse tipo de informação, eu tenho certeza absoluta de que menos brasileiros tinham perdido a vida no Brasil, infelizmente.

Da parte deste Senador, recorda como finalizou aquela audiência:

O SR. LUIS CARLOS HEINZE – *Eu já desafiei a Rede Globo, a CNN, desafio a Exame, desafiei esta Comissão que trouxesse esses médicos para debaterem com quem eles quiserem. Não vieram, não querem vir. Por quê? Têm medo de... Os colegas, tem quatro colegas médicos nesta Comissão que se pronunciam. Por que não estão aqui? Quatro colegas. São médicos, são Senadores.*

As regras do Código de Processo Civil aplicam-se subsidiariamente ao procedimento das Comissões Parlamentares de Inquérito. É preceito do novo Código de Processo Civil (art. 941, § 3º) que “o voto vencido será necessariamente declarado e considerado para integrante do acórdão para todos os fins legais”. É exatamente para que a instância seguinte conheça as razões diferentes daquelas albergadas pela maioria do Colegiado. Assim, já se sentindo vencido, diante do Grupo dos Sete, G-7, que tomou conta da CPI, este parlamentar requer a juntada desta manifestação ao Parecer do Relator. Reserva-se o direito de, se isso não ocorrer, fazê-lo *sponte própria*, com remessa ao Ministério Público.



ANEXOS

Anexo – Quadro de prioridades (população-alvo) para a vacinação COVID-19, segundo o Ministério da Saúde, em 2020.

Fases	População-alvo
1ª	Trabalhadores de Saúde; pessoas de 75 anos ou mais; pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas; população indígena aldeada em terras demarcadas aldeada, povos e comunidades tradicionais ribeirinhas.
2ª	Pessoas de 60 a 74 anos
3ª	Morbidades: Diabetes mellitus; hipertensão arterial grave; doença pulmonar obstrutiva crônica; doença renal; doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; indivíduos transplantados de órgão sólido; anemia falciforme; câncer; obesidade grave (IMC≥40).

Total de doses fases 1, 2 e 3

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

ANEXO

OBSERVAÇÕES CONTRATOS VACINAS – COVID-19 FIOCRUZ – ASTRAZANECA 01/2021

(https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/contrato_vacina_astrazaneca_fiocruz.pdf)

Processo: 25386.000534/2020-31

Data contrato: 08/09/2020

STATUS: Vigente

Assinado por:

CONTRATANTE:

NÍSIA TRINDADE DE LIMA – Fundação Oswaldo Cruz

MAURICIO ZUMA MEDEIROS – Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos

CONTRATADA:

GREG MUELLER – Astrazeneca UK Limited

Foro: Rio de Janeiro

Quantidade de doses: não especifica

Valor da Dose: Não especifica



SF/21827.81268-31

Valor da Compra: não especifica
PAGAMENTO: _____
ENTREGA: Em andamento

BUTANTAN – CORONAVAC – Contrato 005/2021

Processo nº 25000.002031/2021-69

Data contrato: 07/01/2021

STATUS: Vigente

Assinado por:

CONTRATANTE:

Assinado eletronicamente por **ROBERTO FERREIRA DIAS**, Diretor(a) do Departamento de Logística, em 07/01/2021, às 18:24,

CONTRATADA:

Assinado eletronicamente por **RUI CURI**, Usuário Externo, em 07/01/2021, às 16:35,

Foro: Distrito Federal

Quantidade de doses: 46.000.000

Valor da Dose: R\$ 58,20

Valor da Compra: R\$ 2.677.200.000,00 (dois bilhões, seiscentos e setenta e sete milhões duzentos mil reais)

PAGAMENTO: _____

ENTREGA: Em andamento 2

BUTANTAN – CORONAVAC – Contrato 014/2021

Processo nº 25000.013174/2021-04

Data contrato: 15/02/2021

STATUS: Vigente

Assinado por:

CONTRATANTE:

Assinado eletronicamente por **ROBERTO FERREIRA DIAS**, Diretor(a) do Departamento de Logística, em 15/02/2021, às 22:48,

TESTEMUNHA:

Assinado eletronicamente por **MARCELO BATISTA COSTA**, Coordenador(a)-Geral de Aquisições de Insumos Estratégicos para Saúde substituto(a), em 15/02/2021, às 23:21,

CONTRATADA:

Assinado eletronicamente por **RUI CURI**, Usuário Externo, em 15/02/2021, às 21:21

TESTEMUNHA:

Assinado eletronicamente por **ALEXANDRE LOPES DOS SANTOS**, Usuário Externo, em 16/02/2021, às 10:16,

Foro: Distrito Federal

Quantidade de doses: 54.000.000

Valor da Dose: R\$ 58,20

Valor da Compra: R\$ 3.142.800.000,00 (três bilhões, cento e quarenta e dois milhões e oitocentos mil reais)

PAGAMENTO: _____

ENTREGA: Em andamento



SF/21827.81268-31

(COVAXIN) - PRECISA - BAH RAT BIOTECH - Contrato 029/2021

Processo nº 25000.175250/2020-85

Data contrato: 25/02/2021

STATUS: Vigente

Assinado por:

CONTRATANTE:

Assinado eletronicamente por **ROBERTO FERREIRA DIAS**, Diretor(a) do Departamento de Logística, em 25/02/2021, às 16:28

TESTEMUNHA

Assinado eletronicamente por **MARCELO BATISTA COSTA**, Coordenador(a)-Geral de Aquisições de Insumos Estratégicos para Saúde substituo(a), em 25/02/2021, às 16:22

CONTRATADA:

Assinado eletronicamente por **EMANUELA BATISTA DE SOUZA MEDRADES**, Usuário Externo, em 25/02/2021, às 14:31

TESTEMUNHA:

Assinado eletronicamente por **TÚLIO BELCHIOR MANO DA SILVEIRA**, Usuário Externo, em 25/02/2021, às 14:28,

Foro: Distrito Federal

Quantidade de doses: 20.000.000

Valor da Dose: U\$ 15,00

Valor da Compra: e US\$ 300.000.000,00 (trezentos milhões de dólares americanos), que convertidos na hipótese de US\$ 1,00 para R\$ 5,38 perfaz o valor total esmado de R\$ 1.614.000.000,00 (um bilhão, seiscentos e quatorze milhões de reais).

PAGAMENTO: _____

ENTREGA: Sem previsão 3

UNIÃO QUÍMICA – SPUTNICK – CONTRATO - 042/2021

Processo nº 25000.175293/2020-61

Data contrato: 12/03/2021

STATUS: Vigente

CONTRATANTE

Assinado eletronicamente por **ROBERTO FERREIRA DIAS**, Diretor(a) do Departamento de Logística, em 12/03/2021, às 12:58

TESTEMUNHA

Assinado eletronicamente por **MARCELO BATISTA COSTA**, Coordenador(a)-Geral de Aquisições de Insumos Estratégicos para Saúde substituo(a), em 12/03/2021, às 13:52

CONTRATADA:

Assinado eletronicamente por **VAGNER NOGUEIRA**, Usuário Externo, em 12/03/2021, às 14:20

TESTEMUNHA:

Assinado eletronicamente por **MARIA YONE MENDES GOMES RAMOS**, Usuário Externo, em 12/03/2021, às 14:22

Foro: do Distrito Federal

Quantidade de doses:



SF/21827.81268-31

VACINA, COVID-19 (CORONAVÍRUS, SARS-COV-2), INJETÁVEL -
COMPONENTE I BR0475096 Doses **5.000.000**

VACINA, COVID-19 (CORONAVÍRUS, SARS-COV-2), INJETÁVEL -
COMPONENTE II BR0475096 Doses **5.000.000**

Valor da Dose: R\$ 69,36

Valor da Compra: R\$ 693.600.000,00 (seiscentos e noventa e três milhões e seiscentos mil reais).

PAGAMENTO: _____

ENTREGA: Sem previsão

JANSSEN – CONTRATO - 051/2021

Processo: 25000.175285/2020-14

Data contrato: 19/03/2021

STATUS: Vigente

Assinado por:

CONTRATANTE:

Documento assinado eletronicamente por **ROBERTO FERREIRA DIAS**,
Diretor(a) do Departamento de Logística, em 18/03/2021, às 16:16

CONTRATADA:

ROY BENCHIMOL – REPRESENTANTE JANSSEN

Foro: Nova York – Estados Unidos da América – idioma inglês

Quantidade de doses: 38.000.000

Valor da Dose: U\$ 10,00

Valor da Compra: R\$ 380.000.000,00

PAGAMENTO: _____

ENTREGA: Em andamento 4

ANEXO

REFERÊNCIAS DE ESTUDOS COM IVERMECTINA PARA TRATAMENTO DE COVID-19

1. **Abd-Elsalam** et al., *Journal of Medical*

Virology, doi:10.1002/jmv.27122, *Clinical Study Evaluating the Efficacy of Ivermectin in COVID-19 Treatment: A Randomized Controlled Study*, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.27122>.

2. **Adams**, B., *Fierce Biotech*, *Merck must do a new trial for faltering \$425M COVID-19 drug the U.S. government asked it to buy*, <https://www.fiercebiotech.com/biot..rug-u-s-government-asked-it-to-buy>.

3. **Ahmed** et al., *International Journal of Infectious*

Diseases, doi:10.1016/j.ijid.2020.11.191, *A five day course of ivermectin for the treatment of COVID-19 may reduce the duration of illness*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971220325066>.



SF/21827.81268-31

4. **Ahsan** et al., *Cureus*, doi:10.7759/cureus.14761 , *Clinical Variants, Characteristics, and Outcomes Among COVID-19 Patients: A Case Series Analysis at a Tertiary Care Hospital in Karachi, Pakistan*, <https://www.cureus.com/articles/56..-care-hospital-in-karachi-pakistan>.
5. **ajtmh.org**, <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/104/1/article-p35.xml>.
6. **Alam** et al., *European Journal of Medical and Health Sciences*, doi:10.24018/ejmed.2020.2.6.599, *Ivermectin as Pre-exposure Prophylaxis for COVID-19 among Healthcare Providers in a Selected Tertiary Hospital in Dhaka – An Observational Study*, <https://ejmed.org/index.php/ejmed/article/view/599>.
7. **Altman**, D., *BMJ*, doi:10.1136/bmj.d2304, *How to obtain the P value from a confidence interval*, <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d2304>.
8. **Altman (B)** et al., *BMJ*, doi:10.1136/bmj.d2090, *How to obtain the confidence interval from a P value*, <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d2090>.
9. **Amrhein** et al., *Nature*, 567:305-307, *Scientists rise up against statistical significance*, <https://www.nature.com/articles/d41586-019-00857-9>.
10. **Anglemyer** et al., *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4*, doi:10.1002/14651858.MR000034.pub2, *Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials*, <https://www.cochranelibrary.com/cd..0.1002/14651858.MR000034.pub2/full>.
11. **Aref** et al., *International Journal of Nanomedicine*, doi:10.2147/IJN.S313093 , *Clinical, Biochemical and Molecular Evaluations of Ivermectin Mucoadhesive Nanosuspension Nasal Spray in Reducing Upper Respiratory Symptoms of Mild COVID-19*, <https://www.dovepress.com/clinical..peer-reviewed-fulltext-article-IJN>.
12. **Arévalo** et al., *Scientific Reports*, doi:10.1038/s41598-021-86679-0 (preprint 11/2/20), *Ivermectin reduces in vivo coronavirus infection in a mouse experimental model*, <https://www.nature.com/articles/s41598-021-86679-0>.
13. **Babalola** et al., *QJM: An International Journal of Medicine*, doi:10.1093/qjmed/hcab035 (preprint 1/6), *Ivermectin shows clinical benefits in mild to moderate COVID19: A randomised controlled double-blind, dose-response study in Lagos*, <https://academic.oup.com/qjmed/adv../doi/10.1093/qjmed/hcab035/6143037>.
14. **Baqui** et al., *The Lancet Global Health*, doi:10.1016/S2214-109X(20)30285-0, *Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20302850>.



15. **Behera** et al., *PLoS ONE*, doi:10.1371/journal.pone.0247163 (preprint 11/3), *Role of ivermectin in the prevention of SARS-CoV-2 infection among healthcare workers in India: A matched case-control study*, <https://journals.plos.org/plosone/..le?id=10.1371/journal.pone.0247163>.
16. **Behera (B)** et al., *Cureus* 13:8, doi:10.7759/cureus.16897 (preprint 2/15/21), *Prophylactic Role of Ivermectin in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection Among Healthcare Workers*, <https://www.cureus.com/articles/64..infection-among-healthcare-workers>.
17. **Bello** et al., *Journal of Biomolecular Structure and Dynamics*, doi:10.1080/07391102.2021.1911857, *Elucidation of the inhibitory activity of ivermectin with host nuclear importin α and several SARS-CoV-2 targets*, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07391102.2021.1911857>.
18. **Bernigaud** et al., *Annals of Dermatology and Venereology*, doi:10.1016/j.annder.2020.09.231, *Ivermectin benefit: from scabies to COVID-19, an example of serendipity*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S015196382030627X>.
19. **Bhattacharya** et al., *Int. J. Scientific Research*, doi:10.36106/ijsr/7232245, *Observational Study on Clinical Features, Treatment and Outcome of COVID 19 in a tertiary care Centre in India- a retrospective case series*, https://www.worldwidejournals.com/..ctober_2020_1614017661_0932284.pdf.
20. **Biber** et al., medRxiv, doi:10.1101/2021.05.31.21258081 (results 2/12/21), *Favorable outcome on viral load and culture viability using Ivermectin in early treatment of non-hospitalized patients with mild COVID-19, A double-blind, randomized placebo-controlled trial*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.31.21258081v1>.
21. **bird-group.org**, <https://bird-group.org/rebuttal-to-roman-et-al/>.
22. **blogs.bmj.com**, <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/11/..ochrane-no-longer-a-collaboration/>.
23. **bmj.com**, <https://www.bmj.com/content/364/bmj.k5302>.
24. **Borody** et al., *TrialSite News*, *Combination Therapy For COVID-19 Based on Ivermectin in an Australian Population*, <https://trialsitenews.com/combinat..ectin-in-an-australian-population/>.
25. **Bray** et al., *Antiviral Res.*, doi:10.1016/j.antiviral.2020.104805, *Ivermectin and COVID-19: A report in Antiviral Research, widespread interest, an FDA warning, two letters to the editor and the authors' responses*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7172803/>.



26. **Bryant** et al., *American Journal of Therapeutics*, doi:10.1097/MJT.0000000000001402 (preprint 3/11/21), *Ivermectin for Prevention and Treatment of COVID-19 Infection: A Systematic Review, Meta-analysis, and Trial Sequential Analysis to Inform Clinical Guidelines*, https://journals.lww.com/american...Prevention_and_Treatment_of_7.aspx.
27. **Budhiraja** et al., medRxiv, doi:10.1101/2020.11.16.20232223, *Clinical Profile of First 1000 COVID-19 Cases Admitted at Tertiary Care Hospitals and the Correlates of their Mortality: An Indian Experience*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.11.16.20232223v1>.
28. **Bukhari** et al., medRxiv, doi:10.1101/2021.02.02.21250840 (results 1/16), *Efficacy of Ivermectin in COVID-19 Patients with Mild to Moderate Disease*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.02.21250840v1>.
29. **Buonfrate** et al., SSRN, doi:10.2139/ssrn.3918289, *High Dose Ivermectin for the Early Treatment of COVID-19 (COVIER Study): A Randomised, Double-Blind, Multicentre, Phase II, Dose-Finding, Proof of Concept Clinical Trial*, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3918289.
30. **Butler** et al., *The Lancet Respiratory Medicine*, doi:10.1016/S2213-2600(21)00310-6, *Doxycycline for community treatment of suspected COVID-19 in people at high risk of adverse outcomes in the UK (PRINCIPLE): a randomised, controlled, open-label, adaptive platform trial*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213260021003106>.
31. **Cadegiani** et al., *New Microbes and New Infections*, doi:10.1016/j.nmni.2021.100915 (preprint 11/4/2020), *Early COVID-19 Therapy with azithromycin plus nitazoxanide, ivermectin or hydroxychloroquine in Outpatient Settings Significantly Improved COVID-19 outcomes compared to Known outcomes in untreated patients*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2052297521000792>.
32. **Caly** et al., *Antiviral Research*, doi:10.1016/j.antiviral.2020.104787, *The FDA-approved drug ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166354220302011>.
33. **Campbell, J.**, *BBC debunks ivermectin*, https://www.youtube.com/watch?v=zy7c_FHiEac.
34. **Camprubí** et al., *PLoS ONE*, 15:11, doi:10.1371/journal.pone.0242184, *Lack of efficacy of standard doses of ivermectin in severe COVID-19 patients*, <https://journals.plos.org/plosone/.le?id=10.1371/journal.pone.0242184>.
35. **Canga** et al., *AAPS J.*, doi:10.1208/s12248-007-9000-9, *The Pharmacokinetics and Interactions of Ivermectin in Humans—A Mini-review*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751445/>.



36. **Carvallo** et al., *Journal of Biomedical Research and Clinical Investigation*, doi:10.31546/2633-8653.1007, *Study of the Efficacy and Safety of Topical Ivermectin + Iota-Carrageenan in the Prophylaxis against COVID-19 in Health Personnel*, https://medicalpressopenaccess.com/upload/1605709669_1007.pdf.
37. **Carvallo (B)** et al., NCT04425850, *Usefulness of Topic Ivermectin and Carrageenan to Prevent Contagion of Covid 19 (IVERCAR)*, <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT04425850>.
38. **Carvallo (C)** et al., *Journal of Clinical Trials*, 11:459 (preprint 9/15/20), *Safety and Efficacy of the Combined Use of Ivermectin, Dexamethasone, Enoxaparin and Aspirina against COVID-19 the I.D.E.A. Protocol*, <https://www.longdom.org/open-access..vid19-the-idea-protocol-70290.html>.
39. **cellohealth.com**, <https://cellohealth.com/>.
40. **Chaccour** et al., *EClinicalMedicine*, doi:10.1016/j.eclinm.2020.100720 (preprint 12/7), *The effect of early treatment with ivermectin on viral load, symptoms and humoral response in patients with non-severe COVID-19: A pilot, double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial*, [https://www.thelancet.com/journals./PIIS2589-5370\(20\)30464-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals./PIIS2589-5370(20)30464-8/fulltext).
41. **Chaccour (B)** et al., *Malar. J.*, doi:10.1186/s12936-017-1801-4, *Ivermectin to reduce malaria transmission I. Pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations regarding efficacy and safety*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5402169/>.
42. **Chachar** et al., *International Journal of Sciences*, 9:31-35, doi:10.18483/ijSci.2378, *Effectiveness of Ivermectin in SARS-CoV-2/COVID-19 Patients*, <https://www.ijsciences.com/pub/article/2378>.
43. **Chahla** et al., *Research Square*, doi:10.21203/rs.3.rs-495945/v1 (original preprint 3/30), *Cluster Randomised Trials - Ivermectin Repurposing For COVID-19 Treatment Of Outpatients With Mild Disease In Primary Health Care Centers*, <https://www.researchsquare.com/article/rs-495945/v1>.
44. **Chahla (B)** et al., *American Journal of Therapeutics*, doi:10.1097/MJT.0000000000001433, *A randomized trial - intensive treatment based in ivermectin and iota-carrageenan as pre-exposure prophylaxis for COVID-19 in healthcare agents*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8415509/>.
45. **Chamie-Quintero** et al., *OSF Preprints*, *Ivermectin for COVID-19 in Peru: 14-fold reduction in nationwide excess deaths, p=.002 for effect by state, then 13-fold increase after ivermectin use restricted*, <https://osf.io/9eqh4>.



46. **Chamie-Quintero (B), J.**, *The Latest Results of Ivermectin's Success in Treating Outbreaks of COVID-19*, <https://covid19criticalcare.com/iv..analyses-on-covid19-and-ivermectin/>.

47. **Charilaou et al.**, *American Journal of Gastroenterology*, doi:10.14309/00000434-201610001-01012, *Acetaminophen Toxicity: Trends in Hospitalization and Their Outcomes in United States from 2002-2011*, https://journals.lww.com/ajg/Fullt..rends_in_Hospitalization.1012.aspx.

48. **Chiu et al.**, *J. Agric. Food Chem.*, doi:10.1021/jf00101a015, *Absorption, tissue distribution, and excretion of tritium-labeled ivermectin in cattle, sheep, and rat*, <https://pubs.acs.org/doi/abs/10.1021/jf00101a015>.

49. **Choudhury et al.**, *Future Medicine*, doi:10.2217/fvl-2020-0342, *Exploring the binding efficacy of ivermectin against the key proteins of SARS-CoV-2 pathogenesis: an in silico approach*, <https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/fvl-2020-0342>.

50. **Chowdhury et al.**, *Eurasian Journal of Medicine and Oncology*, doi:10.14744/ejmo.2021.16263, *A Comparative Study on Ivermectin-Doxycycline and Hydroxychloroquine-Azithromycin Therapy on COVID-19 Patients*, <https://ejmo.org/10.14744/ejmo.2021.16263/>.

51. **Concato et al.**, *NEJM*, 342:1887-1892, doi:10.1056/NEJM200006223422507, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm200006223422507>.

52. **Covid Analysis**, *Analysis of López-Medina et al.*, <https://c19ivermectin.com/lopezmedina.html>.

53. **COVID-NMA**, *COVID-NMA weekly update, May 14, 2021*, <https://web.archive.org/web/202105..58/https://www.covid-nma.com/news/>.

54. **de Melo et al.**, *EMBO Mol. Med.*, doi:10.15252/emmm.202114122 (preprint 11/22/20), *Attenuation of clinical and immunological outcomes during SARS-CoV-2 infection by ivermectin*, <https://www.embopress.org/doi/abs/10.15252/emmm.202114122>.

55. **Deaton et al.**, *Social Science & Medicine*, 210, doi:10.1016/j.socscimed.2017.12.005, *Understanding and misunderstanding randomized controlled trials*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617307359>.

56. **Deng, H.**, *PyMeta, Python module for meta-analysis*, <http://www.pymeta.com/>.

57. **Descotes, J.**, *ImmunoSafe Consultance, Medical Safety of Ivermectin*, https://www.medincell.com/wp-conte.. MDCL_safety_ivermectine-50321.pdf.



SF/21827.81268-31

58. **DiNicolantonio** et al., *Open Heart*, doi:10.1136/openhrt-2020-001350, *Ivermectin may be a clinically useful anti-inflammatory agent for late-stage COVID-19*, <https://openheart.bmj.com/content/7/2/e001350>.
59. **DiNicolantonio (B)** et al., *Open Heart*, doi:10.1136/openhrt-2021-001655, *Anti-inflammatory activity of ivermectin in late-stage COVID-19 may reflect activation of systemic glycine receptors*, <https://openheart.bmj.com/content/8/1/e001655>.
60. **ebm.bmj.com**, <https://ebm.bmj.com/content/23/5/165>.
61. **Elalfy** et al., *J. Med. Virol.*, doi:10.1002/jmv.26880, *Effect of a combination of Nitazoxanide, Ribavirin and Ivermectin plus zinc supplement (MANS.NRIZ study) on the clearance of mild COVID-1*, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.26880>.
62. **Elavarasi** et al., medRxiv, doi:10.1101/2021.08.10.21261855, *Clinical features, demography and predictors of outcomes of SARS-CoV-2 infection in a tertiary care hospital in India - a cohort study*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.10.21261855v1>.
63. **Elijah, S.**, *TrialSite News*, *How Ivermectin became a Target for the 'Fraud Detectives.'*, <https://trialsitenews.com/how-iver..a-target-for-the-fraud-detectives/>.
64. **en.x-mol.com**, <https://en.x-mol.com/paper/article/947631>.
65. **Errecalde** et al., *Journal of Pharmaceutical Sciences*, doi:10.1016/j.xphs.2021.01.017, *Safety and Pharmacokinetic Assessments of a Novel Ivermectin Nasal Spray Formulation in a Pig Model*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022354921000320>.
66. **Espitia-Hernandez** et al., *Biomedical Research*, 31:5, *Effects of Ivermectin-azithromycin-cholecalciferol combined therapy on COVID-19 infected patients: A proof of concept study*, <https://www.biomedres.info/biomed...-proof-of-concept-study-14435.html>.
67. **Evans, R.**, *Healthcare Policy*, 5:4, *Tough on Crime? Pfizer and the CIHR*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2875889/>.
68. **Eweas** et al., *Frontiers in Microbiology*, doi:10.3389/fmicb.2020.592908, *Molecular Docking Reveals Ivermectin and Remdesivir as Potential Repurposed Drugs Against SARS-CoV-2*, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2020.592908/full>.
69. **Faisal** et al., *The Professional Medical Journal*, doi:10.29309/TPMJ/2021.28.05.5867, *Potential use of azithromycin alone and in combination with ivermectin in fighting against the symptoms of COVID-19*, <http://theprofesional.com/index.php/tpmj/article/view/5867>.



70. **Faria et al.**, *Science*, doi:10.1126/science.abh2644, *Genomics and epidemiology of the P.1 SARS-CoV-2 lineage in Manaus, Brazil*, <https://www.science.org/lookup/doi/10.1126/science.abh2644>.

71. **Figueroa et al.**, *International Journal of General Medicine*, doi:10.2147/IJGM.S328486 (preprint 4/15/2021), *Efficacy of a nasal spray containing Iota-Carrageenan in the prophylaxis of COVID-19 in hospital personnel dedicated to patients care with COVID-19 disease A pragmatic multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial (CARR-COV-02)*, <https://www.dovepress.com/efficacy..eer-reviewed-fulltext-article-IJGM>.

72. **Fordham et al.**, *OSF Preprints*, doi:10.31219/osf.io/mp4f2, *The uses and abuses of systematic reviews*, <https://osf.io/mp4f2/>.

73. **Francés-Monerris et al.**, *ChemRxiv*, doi:10.26434/chemrxiv.12782258.v1, *Has Ivermectin Virus-Directed Effects against SARS-CoV-2? Rationalizing the Action of a Potential Multitarget Antiviral Agent*, https://chemrxiv.org/articles/prep..itarget_Antiviral_Agent/12782258/1.

74. **francesoir.fr**, <https://www.francesoir.fr/societe-..-participants-letude-est-confirmer>.

75. **Galan et al.**, *Pathogens and Global Health*, doi:10.1080/20477724.2021.1890887, *Phase 2 randomized study on chloroquine, hydroxychloroquine or ivermectin in hospitalized patients with severe manifestations of SARS-CoV-2 infection*, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20477724.2021.1890887>.

76. **Genetic Engineering and Biotechnology News**, *Merck to Seek FDA EUA for COVID-19 Pill after Positive Phase III Data*, <https://www.genengnews.com/news/me..ill-after-positive-phase-iii-data/>.

77. **Ghuri et al.**, *International Journal of Clinical Studies & Medical Case Reports*, doi:10.46998/IJCMCR.2021.13.000320 (preprint 12/15/2020), *Ivermectin Use Associated with Reduced Duration of Covid-19 Febrile Illness in a Community Setting*, <https://ijclinmedcasereports.com/pdf/IJCMCR-RA-00320.pdf>.

78. **gob.mx**, <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

79. **Gonzalez et al.**, *medRxiv*, doi:10.1101/2021.02.18.21252037, *Efficacy and safety of Ivermectin and Hydroxychloroquine in patients with severe COVID-19. A randomized controlled trial*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.18.21252037v1>.

80. **Gorial et al.**, *medRxiv*, doi:10.1101/2020.07.07.20145979, *Effectiveness of Ivermectin as add-on Therapy in COVID-19 Management (Pilot Trial)*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.07.20145979v1>.



SF/21827.81268-31

81. **Guzman** et al., medRxiv, doi:10.1101/2021.03.04.21252084, *Factors associated with increased mortality in critically ill COVID-19 patients in a Mexican public hospital: the other faces of health system oversaturation*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.04.21252084v1>.

82. **Guzzo** et al., J. Clinical Pharmacology, doi:10.1177/009127002237994, *Safety, Tolerability, and Pharmacokinetics of Escalating High Doses of Ivermectin in Healthy Adult Subjects*, <https://accp1.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1177/009127002237994?sid=nlm%3Apubmed>.

83. **Hariyanto** et al., Reviews In Medical Virology, doi:10.1002/rmv.2265, *Ivermectin and outcomes from Covid-19 pneumonia: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trial studies*, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/rmv.2265>.

84. **Hashim** et al., Iraqi Journal of Medical Science, 19:1, *Controlled randomized clinical trial on using Ivermectin with doxycycline for treating COVID-19 patients in Baghdad, Iraq*, <http://www.iraqijms.net/upload/pdf/iraqijms60db8b76d3b1e.pdf>.

85. **Hazan** et al., medRxiv, doi:10.1101/2021.07.06.21259924, *Effectiveness of Ivermectin-Based Multidrug Therapy in Severe Hypoxic Ambulatory COVID-19 Patients*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.06.21259924v1>.

86. **Heidary** et al., The Journal of Antibiotics, 73, 593–602, doi:10.1038/s41429-020-0336-z, *Ivermectin: a systematic review from antiviral effects to COVID-19 complementary regimen*, <https://www.nature.com/articles/s41429-020-0336-z>.

87. **Hellwig** et al., International Journal of Antimicrobial Agents, doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.106248, *A COVID-19 Prophylaxis? Lower incidence associated with prophylactic administration of Ivermectin*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920304684>.

88. **Huvemek** Press Release, *Kovid-19 - Huvemek® Phase 2 clinical trial*, <https://huvemek.bg/covid-19-huveme..linichno-izpitanie/za-isedvaneto/>.

89. **jamaletter.com**, <https://jamaletter.com/>.

90. **jamanetwork.com**, <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2779044>.

91. **jamanetwork.com** (B), <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2777389>.

92. **Jans** et al., Cells 2020, 9:9, 2100, doi:10.3390/cells9092100, *Ivermectin as a Broad-Spectrum Host-Directed Antiviral: The Real Deal?*, <https://www.mdpi.com/2073-4409/9/9/2100>.



SF/21827.81268-31

93. **Jeffreys** et al., bioRxiv, doi:10.1101/2020.12.23.424232, *Remdesivir-Ivermectin combination displays synergistic interaction with improved in vitro antiviral activity against SARS-CoV-*
2, <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.12.23.424232v1>.
94. **Jerusalem Post**, *Israeli scientist says COVID-19 could be treated for under \$1/day*, <https://www.jpost.com/health-scienc...d-be-treated-for-under-1day-675612>.
95. **Kalfas** et al., medRxiv, doi:10.1101/2020.11.30.20236570, *The therapeutic potential of ivermectin for COVID-19: a systematic review of mechanisms and evidence*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.11.30.20236570v1>.
96. **Karita** et al., medRxiv, doi:10.1101/2021.08.27.21262754, *Trajectory of viral load in a prospective population-based cohort with incident SARS-CoV-2 G614 infection*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.27.21262754v1>.
97. **Khan** et al., Archivos de Bronconeumología, doi:10.1016/j.arbres.2020.08.007, *Ivermectin treatment may improve the prognosis of patients with COVID-19*, <https://www.archbronconeumol.org/e...ognosis-articulo-S030028962030288X>.
98. **Khan (B), T.**, PharmaShots, *Merck Signs ~\$1.2B Supply Agreement with US Government for Molnupiravir to Treat COVID-19*, <https://pharmashots.com/61076/merc...or-molnupiravir-to-treat-covid-19/>.
99. **Kishoria** et al., Paripex - Indian Journal of Research, doi:10.36106/paripex/4801859, *Ivermectin as adjuvant to hydroxychloroquine in patients resistant to standard treatment for SARS-CoV-2: results of an open-label randomized clinical study*, https://www.worldwidejournals.com/..August_2020_1597492974_4801859.pdf.
100. **Kory** et al., American Journal of Therapeutics, doi:10.1097/MJT.0000000000001377, *Review of the Emerging Evidence Demonstrating the Efficacy of Ivermectin in the Prophylaxis and Treatment of COVID-19*, https://journals.lww.com/american..._Evidence_Demonstrating_the.4.aspx.
101. **Kory (B), P.**, *Commentary on medical journals*, <https://twitter.com/PierreKory/status/1434741303527579648>.
102. **Kory (C), P.**, *Dr. Pierre Kory Talks About Human Rights and The Big Science Disinformation*, <https://www.youtube.com/watch?v=3UTuT9TSRFQ&t=2890s>.
103. **Kory (D), P.**, *FLCCC Alliance Statement on the Irregular Actions of Public Health Agencies and the Widespread Disinformation Campaign Against Ivermectin*, <https://covid19criticalcare.com/wp..INFORMATION-CAMPAIGN-5.11.2021.pdf>.



104. **Krolewiecki** et al., *EClinicalMedicine*, doi:10.1016/j.eclinm.2021.100959, *Antiviral effect of high-dose ivermectin in adults with COVID-19: A proof-of-concept randomized trial*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S258953702100239X>.
105. **Lawrie** et al., Preprint, *Ivermectin reduces the risk of death from COVID-19 – a rapid review and meta-analysis in support of the recommendation of the Front Line COVID-19 Critical Care Alliance*, <https://b3d2650e-e929-4448-a527-4e..b655bd21b1448ba6cf1f4c59f0d73d.pdf>.
106. **Lawrie (B), T.**, *A letter to the BBC*, <https://trialsitenews.com/a-letter-to-the-bbc/>.
107. **Lee** et al., *Arch Intern Med.*, 2011, 171:1, 18-22, doi:10.1001/archinternmed.2010.482, *Analysis of Overall Level of Evidence Behind Infectious Diseases Society of America Practice Guidelines*, <https://jamanetwork.com/journals/j..nternalmedicine/fullarticle/226373>.
108. **Lehrer** et al., *In Vivo*, 34:5, 3023-3026, doi:10.21873/invivo.12134, *Ivermectin Docks to the SARS-CoV-2 Spike Receptor-binding Domain Attached to ACE2*, <http://iv.iiarjournals.org/content/34/5/3023>.
109. **Li** et al., *J. Cellular Physiology*, doi:10.1002/jcp.30055, *Quantitative proteomics reveals a broad-spectrum antiviral property of ivermectin, benefiting for COVID-19 treatment*, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcp.30055>.
110. **Lima-Morales**, *Effectiveness of a multidrug therapy consisting of ivermectin, azithromycin, montelukast and acetylsalicylic acid to prevent hospitalization and death among ambulatory COVID-19 cases in Tlaxcala, Mexico*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971221001004>.
111. **López-Medina** et al., *JAMA*, doi:10.1001/jama.2021.3071, *Effect of Ivermectin on Time to Resolution of Symptoms Among Adults With Mild COVID-19: A Randomized Clinical Trial*, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2777389>.
112. **Loue** et al., *J. Infectious Diseases and Epidemiology*, doi:10.23937/2474-3658/1510202, *Ivermectin and COVID-19 in Care Home: Case Report*, <https://www.clinmedjournals.org/ar..idemiology-jide-7-202.php?jid=jide>.
113. **Madrid** et al., *Heliyon*, doi:10.1016/j.heliyon.2020.e05820, *Safety of oral administration of high doses of ivermectin by means of biocompatible polyelectrolytes formulation*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844020326633>.
114. **Mahmud** et al., *Journal of International Medical Research*, doi:10.5061/dryad.qjq2bvqf6 (preprint 10/9/20), *Ivermectin in*



combination with doxycycline for treating COVID-19 symptoms: a randomized trial, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/03000605211013550>.

115. **Mayer** et al., Zenodo, doi:10.5281/zenodo.5525362, *Safety and efficacy of a MEURI Program for the use of high dose ivermectin in COVID-19 patients*, <https://zenodo.org/record/5525362>.

116. **McLean** et al., *Open Forum Infect. Dis.* September 2015, 2:3, doi:10.1093/ofid/ofv100, *Impact of Late Oseltamivir Treatment on Influenza Symptoms in the Outpatient Setting: Results of a Randomized Trial*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525010/>.

117. **Merck**, *Merck Statement on Ivermectin use During the COVID-19 Pandemic*, <https://www.merck.com/news/merck-s.-use-during-the-covid-19-pandemic/>.

118. **Merck (B)**, *Over 30 Years: The Mectizan® Donation Program*, <https://www.merck.com/stories/mectizan/>.

119. **Merck (C)** News Release, *Merck and Ridgeback's Investigational Oral Antiviral Molnupiravir Reduced the Risk of Hospitalization or Death by Approximately 50 Percent Compared to Placebo for Patients with Mild or Moderate COVID-19 in Positive Interim Analysis of Phase 3 Study*, <https://www.merck.com/news/merck-a..for-patients-with-mild-or-moderat/>.

120. **Merino** et al., SocArXiv Papers, doi:10.31235/osf.io/r93g4, *Ivermectin and the odds of hospitalization due to COVID-19: evidence from a quasi-experimental analysis based on a public intervention in Mexico City*, <https://osf.io/preprints/socarxiv/r93g4/>.

121. **Miller, K.**, *Dr. Fauci Says It's Fine to Take Vitamins C and D to Help Boost Your Immune System—Here's What to Know*, <https://www.health.com/nutrition/v..pplements/dr-fauci-vitamin-c-and-d>.

122. **Mody** et al., *Communications Biology*, doi:10.1038/s42003-020-01577-x, *Identification of 3-chymotrypsin like protease (3CLPro) inhibitors as potential anti-SARS-CoV-2 agents*, <https://www.nature.com/articles/s42003-020-01577-x>.

123. **Mohan** et al., *Journal of Infection and Chemotherapy*, doi:10.1016/j.jiac.2021.08.021 (preprint 2/2/2021), *Single-dose oral ivermectin in mild and moderate COVID-19 (RIVET-COV): a single-centre randomized, placebo-controlled trial*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1341321X21002397>.

124. **Mondal** et al., *Journal of the Indian Medical Association*, 119:5, *Prevalence of COVID-19 Infection and Identification of Risk Factors among Asymptomatic Healthcare Workers: A Serosurvey Involving Multiple Hospitals in West Bengal*, https://onlinejima.com/read_journals.php?article=683.

125. **Morgenstern** et al., *Cureus*, doi:10.7759/cureus.17455 (preprint 4/16/2021), *Ivermectin as a SARS-CoV-2 Pre-Exposure Prophylaxis Method in*



Healthcare Workers: A Propensity Score-Matched Retrospective Cohort Study, <https://www.cureus.com/articles/63..matched-retrospective-cohort-study>.

126. Morgenstern (B) et al., *J. Clinical Trials (preprint 11/3), The Use of Compassionate Ivermectin in the Management of Symptomatic Outpatients and Hospitalized Patients with Clinical Diagnosis of Covid-19 at the Centro Medico Bournigal and at the Centro Medico Punta Cana, Grupo Rescue, Dominican Republic, from May 1 to August 10, 2020*, <https://www.longdom.org/open-access..talized-patients-with-clinical.pdf>.

127. Mountain Valley MD, *Mountain Valley MD Receives Successful Results From BSL-4 COVID-19 Clearance Trial on Three Variants Tested With Ivectosol™*, <https://www.globenewswire.com/en/n..ariants-Tested-With-Ivectosol.html>.

128. Mourya et al., *Int. J. Health and Clinical Research, Comparative Analytical Study of Two Different Drug Regimens in Treatment of Covid 19 Positive Patients in Index Medical College Hospital and Research Center, Indore, India*, <https://ijhcr.com/index.php/ijhcr/article/view/1263>.

129. Muñoz et al., *PLoS Negl. Trop. Dis.*, doi:10.1371/journal.pntd.0006020, *Safety and pharmacokinetic profile of fixed-dose ivermectin with an innovative 18mg tablet in healthy adult volunteers*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5773004/>.

130. Nardelli et al., *Signa Vitae*, doi:10.22514/sv.2021.043, *Crying wolf in time of Corona: the strange case of ivermectin and hydroxychloroquine. Is the fear of failure withholding potential life-saving treatment from clinical use?*, <https://www.signavitae.com/articles/10.22514/sv.2021.043>.

131. Nichol et al., *Injury*, 2010, doi: 10.1016/j.injury.2010.03.033, *Challenging issues in randomised controlled trials*, [https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(10\)00233-0/fulltext](https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(10)00233-0/fulltext).

132. Nonaka et al., *International Journal of Infectious Diseases*, doi:10.1016/j.ijid.2021.08.003, *SARS-CoV-2 variant of concern P.1 (Gamma) infection in young and middle-aged patients admitted to the intensive care units of a single hospital in Salvador, Northeast Brazil, February 2021*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971221006354>.

133. O'Reilly, D., *A Lifeline from Buenos Aires*, https://rescue.substack.com/p/a-li..ost&utm_medium=web&utm_source=copy.

134. odysee.com, <https://odysee.com/@FrontlineCovid..ents-defeating-the-delta-variant:a>.

135. Okumuş et al., *BMC Infectious Diseases*, doi:10.1186/s12879-021-06104-9 (preprint 1/12), *Evaluation of the Effectiveness and Safety of Adding Ivermectin to Treatment in Severe COVID-19 Patients*, <https://bmcinfectdis.biomedcentral..rticles/10.1186/s12879-021-06104-9>.



SF/21827.81268-31

136. **Ontai** et al., medRxiv, doi:10.1101/2021.07.21.21260223, *Early multidrug treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19) and decreased case fatality rates in Honduras*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.21.21260223v1>.
137. **Open Letter** by 170+ US Doctors, *JAMA Ivermectin Study Is Fatally Flawed*, <https://jamaletter.com/>.
138. **osf.io**, <https://osf.io/6m3ch/>.
139. **osf.io (B)**, <https://osf.io/bvznd>.
140. **otempo.com.br**, <https://www.otempo.com.br/interessa-eocupar-risco-a-saude-1.2466432>.
141. **ourworldindata.org**, <https://ourworldindata.org/grapher/covid-variants-area?country=~BRA>.
142. **Pfeiffer, M.**, *Analysis of the FDA's recommendation on ivermectin*, <https://twitter.com/marybethpf/status/1370182744718856193>.
143. **Pfizer**, *Pfizer Second Quarter 2021 Earnings Teleconference*, <https://s21.q4cdn.com/317678438/files/Q2-2021-Earnings-Charts-FINAL.pdf>.
144. **Podder** et al., *IMC J. Med. Science*, 14:2, July 2020, *Outcome of ivermectin treated mild to moderate COVID-19 cases: a single-centre, open-label, randomised controlled study*, http://imcjms.com/registration/journal_abstract/353.
145. **Popp** et al., *Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi:10.1002/14651858.CD015017.pub2, *Ivermectin for preventing and treating COVID-19*, <https://www.cochranelibrary.com/cd/0.1002/14651858.CD015017.pub2/full>.
146. **Pott-Junior** et al., *Toxicology Reports*, doi:10.1016/j.toxrep.2021.03.003, *Use of ivermectin in the treatment of Covid-19: a pilot trial*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214750021000445>.
147. **pubpeer.com**, <https://pubpeer.com/publications/955418F3D4D39742CFFA8C1B023AA3>.
148. **Qureshi** et al., *Journal of Biomolecular Structure and Dynamics*, doi:10.1080/07391102.2021.1906750, *Mechanistic insights into the inhibitory activity of FDA approved ivermectin against SARS-CoV-2: old drug with new implications*, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07391102.2021.1906750?journalCode=tbsd20>.
149. **Rajter** et al., *Chest*, doi:10.1016/j.chest.2020.10.009, *Use of Ivermectin is Associated with Lower Mortality in Hospitalized Patients with COVID-19 (ICON study)*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369220348984>.



150. **Ravikirti** et al., *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, doi:10.18433/jpps32105, *Ivermectin as a potential treatment for mild to moderate COVID-19: A double blind randomized placebo-controlled trial*, <https://journals.library.ualberta.../index.php/JPPS/article/view/32105>.
151. **reddit.com**, https://www.reddit.com/r/ivermecti..trial_was_not_randomized_possible/.
152. **Reuters**, *WHO joins Europe, Merck in recommending against ivermectin for COVID-19*, <https://news.trust.org/item/20210331135538-tajza/>.
153. **Rochweg** et al., *BMJ*, doi:10.1136/bmj.m2924 , *Remdesivir for severe covid-19: a clinical practice guideline*, <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m2924>.
154. **Roman** et al., *Clinical Infectious Diseases*, doi:10.1093/cid/ciab591 (preprint 5/25/21), *Ivermectin for the treatment of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*, <https://academic.oup.com/cid/advan..le/doi/10.1093/cid/ciab591/6310839>.
155. **roundingtheearth.substack.com**, <https://roundingtheearth.substack...ta-analytical-fixers-an-ivermectin>.
156. **Roy** et al., medRxiv, doi:10.1101/2021.03.08.21252883, *Outcome of Different Therapeutic Interventions in Mild COVID-19 Patients in a Single OPD Clinic of West Bengal: A Retrospective study*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.08.21252883v1>.
157. **Sabino** et al., *Lancet*, doi:10.1016/S0140-6736(21)00183-5, *Resurgence of COVID-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence*, [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(21\)00183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)00183-5/fulltext).
158. **Saha** et al., *Structural Chemistry*, doi:10.1007/s11224-021-01776-0 (preprint 3/1), *The Binding mechanism of ivermectin and levosalbutamol with spike protein of SARS-CoV-2*, <https://www.researchsquare.com/article/rs-160254/v1>.
159. **scidev.net**, <https://www.scidev.net/america-lat..ta-saber-si-sirve-contra-covid-19/>.
160. **Seet** et al., *International Journal of Infectious Diseases*, doi:10.1016/j.ijid.2021.04.035, *Positive impact of oral hydroxychloroquine and povidone-iodine throat spray for COVID-19 prophylaxis: an open-label randomized trial*, [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(21\)00345-3/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(21)00345-3/fulltext).
161. **Shahbaznejad** et al., *Clinical Therapeutics*, doi:10.1016/j.clinthera.2021.04.007 (partial results available 1/19), *Effect of ivermectin on COVID-19: A multicenter double-blind randomized*



controlled clinical trial, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149291821002010>.

162. **Shouman** et al., *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, doi:10.7860/JCDR/2020/46795.0000, *Use of Ivermectin as a Potential Chemoprophylaxis for COVID-19 in Egypt: A Randomised Clinical Trial*, [https://www.jcdr.net/articles/PDF/..Sh\) PF1\(SY_OM\) PFA_\(OM\) PN\(KM\).pdf](https://www.jcdr.net/articles/PDF/..Sh) PF1(SY_OM) PFA_(OM) PN(KM).pdf).

163. **Soto-Becerra** et al., medRxiv, doi:10.1101/2020.10.06.20208066, *Real-World Effectiveness of hydroxychloroquine, azithromycin, and ivermectin among hospitalized COVID-19 patients: Results of a target trial emulation using observational data from a nationwide Healthcare System in Peru*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.06.20208066v1>.

164. **Spoorthi** et al., *IAIM*, 2020, 7:10, 177-182, *Utility of Ivermectin and Doxycycline combination for the treatment of SARSCoV-2*, http://iaimjournal.com/wp-content/uploads/2020/10/iaim_2020_0710_23.pdf.

165. **Surnar** et al., *ACS Pharmacol. Transl. Sci.*, doi:10.1021/acsptsci.0c00179, *Clinically Approved Antiviral Drug in an Orally Administrable Nanoparticle for COVID-19*, <https://pubs.acs.org/doi/abs/10.1021/acsptsci.0c00179>.

166. **Sweeting** et al., *Statistics in Medicine*, doi:10.1002/sim.1761, *What to add to nothing? Use and avoidance of continuity corrections in meta-analysis of sparse data*, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/sim.1761>.

167. **Szente Fonseca** et al., *Travel Medicine and Infectious Disease*, doi:10.1016/j.tmaid.2020.101906, *Risk of Hospitalization for Covid-19 Outpatients Treated with Various Drug Regimens in Brazil: Comparative Analysis*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1477893920304026>.

168. **Tanioka** et al., medRxiv, doi:10.1101/2021.03.26.21254377, *Why COVID-19 is not so spread in Africa: How does Ivermectin affect it?*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.26.21254377v1>.

169. **Together Trial**, *Early Treatment of COVID-19 with Repurposed Therapies: The TOGETHER Adaptive Platform Trial*, <https://rethinkingclinicaltrials.org/form-trial-edward-mills-phd-frcp/>.

170. **Treanor** et al., *JAMA*, 2000, 283:8, 1016-1024, doi:10.1001/jama.283.8.1016, *Efficacy and Safety of the Oral Neuraminidase Inhibitor Oseltamivir in Treating Acute Influenza: A Randomized Controlled Trial*, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/192425>.

171. **TrialSiteNews**, *Pfizer CEO All but Acknowledges Vaccines Won't be Enough — Here Comes the Antivirals & Billions More*, <https://trialsitenews.com/pfizer-c-comes-the-antivirals-billions-more/>.



SF/21827.81268-31

172. [trialsitenews.com](https://trialsitenews.com/jama-ive..ceived-participants-on-study-drug/), <https://trialsitenews.com/jama-ive..ceived-participants-on-study-drug/>.

173. [trialsitenews.com](https://trialsitenews.com/jama-una..tudy-consent-form-used-ivermectin/) (B), <https://trialsitenews.com/jama-una..tudy-consent-form-used-ivermectin/>.

174. [trialsitenews.com](https://trialsitenews.com/jama-ive..articipants-is-publicly-confirmed/) (C), <https://trialsitenews.com/jama-ive..articipants-is-publicly-confirmed/>.

175. [trialsitenews.com](https://trialsitenews.com/is-there..g-the-trial-site-during-the-study/) (D), <https://trialsitenews.com/is-there..g-the-trial-site-during-the-study/>.

176. [trialsitenews.com](https://trialsitenews.com/statemen..iseases-acceptance-of-roman-et-al/) (E), <https://trialsitenews.com/statemen..iseases-acceptance-of-roman-et-al/>.

177. [twitter.com](https://twitter.com/Data_is_Louder/status/1447387394408321026), https://twitter.com/Data_is_Louder/status/1447387394408321026.

178. **Udofia** et al., *Network Modeling Analysis in Health Informatics and Bioinformatics*, doi:10.1007/s13721-021-00299-2, *In silico studies of selected multi-drug targeting against 3CLpro and nsp12 RNA-dependent RNA-polymerase proteins of SARS-CoV-2 and SARS-CoV*, <https://link.springer.com/article/10.1007/s13721-021-00299-2>.

179. **Vallejos** et al., *Preliminary Results, Ivermectina en agentes de salud e IVERCOR COVID19*, <https://twitter.com/Covid19Crusher/status/1365420061859717124>.

180. **Vallejos** (B) et al., *BMC Infectious Diseases*, doi:10.1186/s12879-021-06348-5, *Ivermectin to prevent hospitalizations in patients with COVID-19 (IVERCOR-COVID19) a randomized, double-blind, placebo-controlled trial*, <https://bmcinfectdis.biomedcentral..rticles/10.1186/s12879-021-06348-5>.

181. **Vallejos** (C) et al., *Ivermectina en agentes de salud e ivercor COVID-19: resultados al 18 de feb 2021*, <https://twitter.com/Covid19Crusher/status/1365420061859717124>.

182. **Wagstaff** et al., *Ivermectin Global Summit, In vitro investigations of ivermectin as an antiviral agent*, <https://vimeo.com/554860553#t=1h32m0s>.

183. [web.archive.org](http://web.archive.org/web/2021091..jchamie/status/1438631284163715074), <http://web.archive.org/web/2021091..jchamie/status/1438631284163715074>.

184. **Wehbe** et al., *Front. Immunol.*, doi:10.3389/fimmu.2021.663586, *Repurposing Ivermectin for COVID-19: Molecular Aspects and Therapeutic Possibilities*, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2021.663586/full>.

185. **WHO**, *Therapeutics and COVID-19: Living Guideline 31 March 2021*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/..9-nCoV-therapeutics-2021.1-eng.pdf>.

186. **Wikipedia**, *Molnupiravir*, <https://en.wikipedia.org/wiki/Molnupiravir>.



187. **Yagisawa** et al., *The Japanese Journal of Antibiotics*, 74-1, Mar 2021, *Global trends in clinical studies of ivermectin in COVID-19*, http://jja-contents.wdc-jp.com/pdf/JJA74/74-1-open/74-1_44-95.pdf.
188. **Yeh** et al., *BMJ*, doi:10.1136/bmj.k5094, *Parachute use to prevent death and major trauma when jumping from aircraft: randomized controlled trial*, <https://www.bmj.com/content/363/bmj.k5094>.
189. **Yesilbag** et al., *Virus Research*, doi:10.1016/j.virusres.2021.198384, *Ivermectin also inhibits the replication of bovine respiratory viruses (BRSV, BPIV-3, BoHV-1, BCoV and BVDV) in vitro*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168170221000915>.
190. **Yim, P.**, *TrialSiteNews*, *Systemic unreported protocol violations in key ivermectin study*, <https://trialsitenews.com/systemic-violations-in-key-ivermectin-study/>.
191. **Zaidi** et al., *The Journal of Antibiotics*, doi:10.1038/s41429-021-00430-5, *The mechanisms of action of Ivermectin against SARS-CoV-2: An evidence-based clinical review article*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8203399/>.
192. **Zatloukal** et al., *News report on In Vitro results from the research institute of Prof. Zatloukal*, <https://www.servustv.com/videos/aa-27juub3a91w11/>.
193. **Zavascki** et al., *Research Square*, doi:10.21203/rs.3.rs-910467/v1, *Advanced ventilatory support and mortality in hospitalized patients with COVID-19 caused by Gamma (P.1) variant of concern compared to other lineages: cohort study at a reference center in Brazil*, <https://www.researchsquare.com/article/rs-910467/v1>.
194. **Zhang** et al., *JAMA*, 80:19, 1690, doi:10.1001/jama.280.19.1690, *What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes*, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188182>.

ANEXO

REFERÊNCIAS DE ESTUDOS COM HIDROXICLOROQUINA PARA TRATAMENTO DE COVID-19

1. Accinelli et al., 2021. *Travel Medicine and Infectious Disease*, doi:10.1016/j.tmaid.2021.102163. Hydroxychloroquine / azithromycin in COVID-19: The association between time to treatment and case fatality rate.
2. Ali et al., 2021. *Journal of Pharmaceutical Research International*, doi:10.9734/jpri/2020/v32i830468. Optimizing the Use of Hydroxychloroquine in the Management of COVID-19 Given Its Pharmacological Profile.



3. Babalola et al., 2021. Research Square, doi:10.21203/rs.3.rs-950352/v1 . A Randomized Controlled Trial of Ivermectin Monotherapy Versus Hydroxychloroquine, Ivermectin, and Azithromycin Combination Therapy in Covid-19 Patients in Nigeria.
4. Badyal et al., 2021. Journal of the Association of Physicians of India, Volume 69, June 2021 .Hydroxychloroquine for SARS CoV2 Prophylaxis in Healthcare Workers – A Multicentric Cohort Study Assessing Effectiveness and Safety.
5. Chari et al., Blood, 2020. doi:10.1182/blood.2020008150. Clinical features associated with COVID-19 outcome in multiple myeloma: first results from the International Myeloma Society data set.
6. De Rosa et al., 2021. J. Clin. Med., doi:10.3390/jcm10091951. Risk Factors for Mortality in COVID-19 Hospitalized Patients in Piedmont, Italy: Results from the Multicenter, Regional, CORACLE Registry.
7. Drancourt et al., 2021. Viruses, doi:10.3390/v13050890. SARS-CoV-2 Persistent Viral Shedding in the Context of Hydroxychloroquine-Azithromycin Treatment.
8. Dev et al., 2021. Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, doi:10.1093/trstmh/trab047. Risk factors and frequency of COVID-19 among healthcare workers at a tertiary care centre in India: a case-control study.
9. Di Castelnuovo et al., 2021. Journal of Healthcare Engineering, doi:10.1155/2021/5556207 (preprint 1/29/2021). Disentangling the Association of Hydroxychloroquine Treatment with Mortality in Covid-19 Hospitalized Patients through Hierarchical Clustering.
10. Edington et al., 2021. European Journal of Internal Medicine, doi:10.1016/j.ejim.2021.03.028. Safety of treatment with chloroquine and hydroxychloroquine: A ten-year systematic review and meta-analysis.
11. Fung et al., 2021. medRxiv, doi:10.1101/2021.09.28.21264186 (Preprint) Effect of common maintenance drugs on the risk and severity of COVID-19 in elderly patients.
12. Gautret et al., 2020. Int. J. of Antimicrobial Agents, doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105949 Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial.
13. Giraud-Gatineau et al., 2021. Research Square, doi:rs.3.rs-251817/v1 . The Need for Early Management in Patients With COVID-19.
14. Hussein et al., 2021. Journal of Molecular Structure, doi:10.1016/j.molstruc.2021.129979. Molecular Docking Identification for the efficacy of Some Zinc Complexes with Chloroquine and Hydroxychloroquine against Main Protease of COVID-19.



SF/21827.81268-31

15.Korkmaz et al. 2021. , Authorea, doi:10.22541/au.162257516.68665404/v1 .The effect of Hydroxychloroquine use due to rheumatic disease on the risk of Covid-19 infection and its course.

16.Lagier et al., 2021. Outcomes of 2,111 COVID-19 hospitalised patients treated with 2 hydroxychloroquine/azithromycin and other regimens in Marseille, France: a 3 monocentric retrospective analysis.

17.Matangila et al., 2020. PLoS ONE, doi:10.1371/journal.pone.0244272. Clinical characteristics of COVID-19 patients hospitalized at Clinique Ngaliema, a public hospital in Kinshasa, in the Democratic Republic of Congo: A retrospective cohort study.

18.McCullough et al., 2021. Reviews in Cardiovascular Medicine, doi:10.31083/j.rcm.2020.04.264 (Review). Multifaceted highly targeted sequential multidrug treatment of early ambulatory high-risk SARS-CoV-2 infection (COVID-19).

19.Menardi et al., 2021. PharmAdvances, doi:10.36118/pharmadvances.2021.15 . A retrospective analysis on pharmacological approaches to COVID-19 patients in an Italian hub hospital during the early phase of the pandemic.

20.Million et al., 2021. Reviews in Cardiovascular Medicine, doi:10.31083/j.rcm2203116 (preprint 5/27/2021) . Early Treatment with Hydroxychloroquine and Azithromycin in 10,429 COVID-19 Outpatients: A Monocentric Retrospective Cohort Study.

21.Mokhtari et al., 2021. International Immunopharmacology, doi:10.1016/j.intimp.2021.107636. Clinical outcomes of patients with mild COVID-19 following treatment with hydroxychloroquine in an outpatient setting.

22.Naggie et al.,2021. medRxiv, doi:10.1101/2021.08.19.21262275 .Hydroxychloroquine for pre-exposure prophylaxis of COVID-19 in health care workers: a randomized, multicenter, placebo-controlled trial (HERO-HCQ).

23.Özuygur Ermiş et al., 2021.Turkish Journal of Medical Sciences, doi:10.3906/sag-2009-64 . The Efficacy of Hydroxychloroquine and Azithromycin Combination Therapy on Hospital Mortality in COVID 19 Pneumonia Patients.

24.Purwati et al., 2021. PLOS One, doi:10.1371/journal.pone.0252302 . An in vitro study of dual drug combinations of anti-viral agents, antibiotics, and/or hydroxychloroquine against the SARS-CoV-2 virus isolated from hospitalized patients in Surabaya, Indonesia.

25.Ramírez-García et al., 2021. Archivos de Medicina Universitaria . Hydroxychloroquine and Tocilizumab in the Treatment of COVID-19: A Longitudinal Observational Study.



SF/21827.81268-31

- 26.Rojas-Serrano et al., 2021. medRxiv, doi:10.1101/2021.05.14.21257059 Hydroxychloroquine For Prophylaxis Of COVID-19 In Health Workers: A Randomized Clinical Trial.
- 27.Seet et al.,2021. International Journal of Infectious Diseases, doi:10.1016/j.ijid.2021.04.035 Positive impact of oral hydroxychloroquine and povidone-iodine throat spray for COVID-19 prophylaxis: an open-label randomized trial.
- 28.Signes-Costa et al., 2020. Archivos de Bronconeumología, doi:10.1016/j.arbres.2020.11.012 .Prevalence and 30-day mortality in hospitalized patients with COVID-19 and prior lung diseases.
- 29.Simova et al., 2021. New Microbes and New Infections, doi:10.1016/j.nmni.2020.100813 .Hydroxychloroquine for prophylaxis and treatment of COVID-19 in health care workers.
- 30.Smith et al., 2021. medRxiv, doi:10.1101/2021.05.28.21258012 . Observational Study on 255 Mechanically Ventilated Covid Patients at the Beginning of the USA Pandemic.
- 31.Sogut et al., 2020. The American Journal of Emergency Medicine, doi:10.1016/j.ajem.2020.12.014. Safety and efficacy of hydroxychloroquine in 152 outpatients with confirmed COVID-19: A pilot observational study.
- 32.Stricker et al., 2021. Journal of Infection and Public Health, doi:10.1016/j.jiph.2021.08.001 Hydroxychloroquine Pre-Exposure Prophylaxis for COVID-19 in Healthcare Workers from India: A Meta-Analysis.
- 33.Szente Fonseca et al., 2020. Travel Medicine and Infectious Disease, doi:10.1016/j.tmaid.2020.101906. Risk of Hospitalization for Covid-19 Outpatients Treated with Various Drug Regimens in Brazil: Comparative Analysis.
- 34.Tai et al., 2021. Pharmaceutics, doi:10.3390/pharmaceutics13081260 .Nebulised Isotonic Hydroxychloroquine Aerosols for Potential Treatment of COVID-19.
- 35.Taccone et al., 2020. The Lancet Regional Health - Europe, doi:10.1016/j.lanepe.2020.100019. The role of organizational characteristics on the outcome of COVID-19 patients admitted to the ICU in Belgium.
- 36.Tanriverdi et al., 2021. Turkish Journal of Medical Sciences, doi:doi:10.3906/sag-2005-82. Hydroxychloroquine plus azithromycin and early hospital admission are beneficial in COVID-19 patients: Turkish experience with real-life data.
- 37.Toya et al., 2021. SSRN . A Cross-Country Analysis of the Determinants of COVID-19 Fatalities.



38.Uygen et al., 2021. Northern Clinics of Istanbul, doi:10.14744/nci.2021.65471 .
Effect of Hydroxychloroquine Use on the Length Of Hospital Stay in Children Diagnosed With Covid 19.

39.Vigbedor et al., 2021. Journal of Applied Pharmaceutical Science, doi:10.7324/JAPS.2021.110825 (Review) Review of four major biomolecular target sites for COVID-19 and possible inhibitors as treatment interventions.

40.Yadav et al., 2021. Research Square, doi:10.21203/rs.3.rs-628277/v1
Repurposing the Combination Drug of Favipiravir, Hydroxychloroquine and Oseltamivir as a Potential Inhibitor Against SARS-CoV-2: A Computational Study.



SF/21827.81268-31