

# USO DE HIDROXICLOROQUINA PARA COVID-19 NOS ESTADOS UNIDOS

P. Navarro & S. Hatfill

### RESUMO

Embora as estatísticas verdadeiras sejam obscurecidas por testes e coleta de dados imprecisos, a doença associada ao novo coronavírus SARS-CoV-2, conhecido como COVID-19, matou milhares de americanos e milhões de vítimas em todo o mundo.

**As evidências até o momento são esmagadoras.** Se a hidroxicloroquina (HCQ) tivesse sido usada agressivamente como um tratamento precoce em um ambiente ambulatorial, é provável que pelo menos metade ou mais desses casos de COVID-19 teriam sobrevivido.

Essas mortes desnecessárias ocorreram por causa de uma "histeria hidroxí" que foi propagada por razões políticas e ganhos financeiros corporativos.

Esta monografia tentará delinear o papel da hidroxicloroquina e a destruição proposital de seu uso para COVID-19 nos Estados Unidos pelas elites da mídia e uma liderança disfuncional do FDA, para abrir caminho para vacinas altamente experimentais e tratamentos hospitalares altamente caros.

### AVISO LEGAL

Este relatório é apenas para discussão e propósitos educacionais. Nenhum indivíduo deve tomar cloroquina ou hidroxicloroquina para qualquer condição sem primeiro consultar seu médico.

Tradução e adaptação: Prof. Paolo Zanotto, *D.Phil.*

## I. Uma breve história da hidroxicloroquina (HCQ)

A história da Hidroxicloroquina (HCQ) começa com um medicamento conhecido como cloroquina. A cloroquina foi aprovada pela primeira vez para uso nos EUA pela Food and Drug Administration (FDA) em 1947 para tratar a malária.<sup>1</sup> Em 1955, os cientistas desenvolveram um derivado sintetizado da cloroquina com a mesma eficácia e menos efeitos colaterais.<sup>2</sup> Assim nasceu o HCQ.<sup>3</sup>

### Um Medicamento Historicamente Considerado Seguro

Por mais de seis décadas, o HCQ foi visto como um medicamento relativamente seguro.<sup>4</sup> Como a cloroquina, o HCQ está listado na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial de Saúde.<sup>5</sup> Nos Estados Unidos, o FDA aprovou o HCQ para tratar a malária, bem como doenças auto-imunes que incluem Artrite Reumatóide e Lúpus.<sup>6</sup>

De acordo com a Mayo Clinic, a dosagem padrão de HCQ para o Lúpus é “200 a 400 miligramas (mg) tomados como uma dose única ou em duas doses divididas uma vez por dia”. Para a Artrite Reumatóide, a dose diária é de 400 a 600 miligramas por dia.

Em comparação, a dosagem de HCQ originalmente recomendada pelo FDA para o tratamento de COVID-19 é de 600 mg no primeiro dia seguido de 400 mg por dia durante quatro a sete dias de tratamento total com base na avaliação clínica.<sup>7</sup>

Assim, os pacientes com Lúpus e Artrite Reumatóide estão tomando quantidades semelhantes de HCQ todos os dias durante semanas e meses, que os pacientes com COVID-19 são aconselhados a tomar diariamente sob supervisão médica, por apenas um curto período de 5 a 7 dias após o primeiro início dos sintomas de COVID-19.<sup>8</sup>

O CDC cita o HCQ como um medicamento antimalárico preferido devido à sua longa história de segurança. Ele até considerou o HCQ seguro para mães que amamentam e mulheres grávidas<sup>9</sup>. O American College of Rheumatology observou ainda que “o HCQ normalmente é muito bem tolerado”. “Efeitos colaterais graves, incluindo mudanças no ritmo cardíaco e na visão, são extremamente raros”.<sup>10</sup>

Usando dados da FDA, o site de pesquisa de saúde Health Grove analisou uma grande amostra de medicamentos envolvidos no maior número de reações adversas e os classificou de acordo com a porcentagem dessas reações classificadas como graves. Nem o HCQ nem a cloroquina estão entre as 50 drogas mais perigosas. Essa lista apresenta medicamentos encontrados rotineiramente em armários de remédios americanos, como Avastin (# 3), Valium (# 25), Oxycodona (# 31), Prednisona (# 42) e Aspirina (# 44).<sup>11</sup>

Reverendo esses fatos, parece cômico e trágico que um medicamento que foi considerado seguro para doenças como Lúpus e Artrite Reumatóide por décadas seja considerado perigoso em dosagens semelhantes quando usado no contexto COVID-19.

### Um Medicamento de Baixo Custo e Fácil de Administrar

A hidroxicloroquina foi considerada relativamente segura para uso por décadas. É fácil de administrar e um dos medicamentos mais baratos do mercado. A um custo de não mais que 60 centavos por comprimido de 200 miligramas<sup>12</sup>, um tratamento completo soma menos de \$ 12 por paciente; e este medicamento pode ser tomado por via oral e em casa, fora do ambiente hospitalar.

É seguro para uso durante a gravidez e seguro para mães que amamentam. Apenas alguns medicamentos tiveram esse perfil de segurança.

Em contraste, outro medicamento que foi recomendado para uso no tratamento de COVID-19 - um medicamento conhecido como Remdesivir - pode custar mais de US \$ 2.000 por paciente<sup>13</sup>. Em vez de ser tomado em casa, como o HCQ, o Remdesivir deve ser administrado por via intravenosa em ambiente hospitalar por pelo menos cinco dias<sup>14</sup>. Como se verá, a eficácia do Remdesivir para COVID-19 é altamente questionável.

Um estudo recente publicado no *Journal of Virus Eradication*, tentou analisar o custo de fabricação do Remdesivir examinando a síntese química da droga.

Ele concluiu que um curso de 10 dias de Remdesivir injetável custaria apenas US \$ 9 para fazer<sup>15</sup>. No entanto, em 29 de junho de 2020, a farmacêutica Gilead Sciences, sediada na Califórnia, anunciou seus planos de preços para o Remdesivir, afirmando que o tratamento custaria US \$ 520 por dose para companhias de seguros privadas dos EUA e US \$ 390 por dose para o governo dos EUA. Um tratamento de cinco dias com a droga envolveria seis frascos. O total cobrado dos hospitais para pacientes com convênios privados nos EUA será de US \$ 3.120. Para aqueles sob programas de saúde do governo dos EUA, o total será de US \$ 2.340 por paciente<sup>16</sup>.

## II. Hidroxicloroquina e COVID-19

Em um estudo in vitro de referência publicado em 2005 no *Virology Journal*, os pesquisadores descobriram que a cloroquina é uma droga relativamente barata e segura que foi eficaz na inibição da infecção e propagação do vírus SARS-1 original de 2003 em células de macaco cultivadas em cultura de tecidos. Com base nessas descobertas, eles concluíram que, como "a droga tem efeito antiviral inibitório significativo", ela pode ter "possível uso profilático e terapêutico em infecções por vírus de SARS".<sup>17</sup>

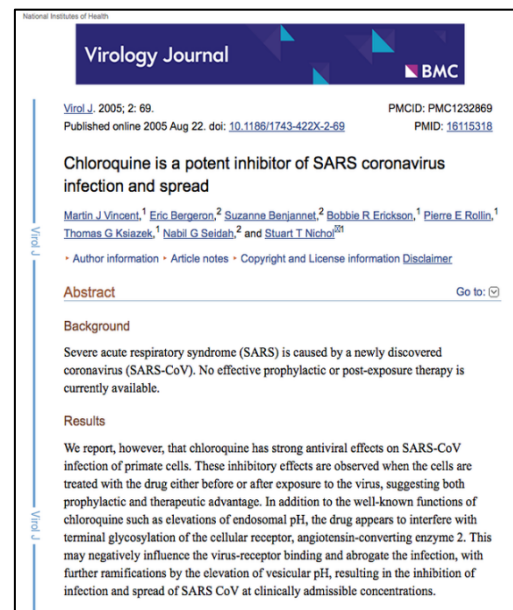
### Como funciona a hidroxicloroquina para combater os vírus da SARS?

Acredita-se que a cloroquina e o HCQ atuem por pelo menos duas vias biológicas: Ambos parecem bloquear a entrada do vírus COVID-19 nas células humanas alterando o conteúdo de açúcar dos receptores ACE-2 (o "efeito de bloqueio antiviral").

Ambas as drogas também podem ajudar a matar o vírus ou diminuir sua replicação, aumentando o pH ou a alcalinidade dentro das células (o "efeito alcalinidade").

## III. Uso de hidroxicloroquina profilática / pós-contato

*Profilático* refere-se a tomar HCQ *antes* da exposição ao vírus COVID-19. Assim, por exemplo, médicos e enfermeiras podem tomar o HCQ como profilaxia preventiva *antes* de irem a campo para cuidar de pacientes infectados com o vírus. Ao tomar HCQ antes da exposição, um indivíduo



pode ser capaz de construir suas defesas celulares por meio dos efeitos de bloqueio e alcalinidade que descrevemos. É útil observar aqui que as pessoas que tomam HCQ para malária começam o tratamento várias semanas antes de entrar na zona de malária.<sup>18</sup>

Em contraste, o uso *pós-contato* de HCQ como preventivo, significa que um indivíduo tomará HCQ somente após a exposição a um indivíduo ou grupo de indivíduos infectados com o vírus. Consequentemente, eles receberão um esquema de dosagem de tratamento de HCQ.

A partir dessas observações, conclui-se que, se o HCQ for eficaz em um papel profilático, devemos observar uma taxa de infecção estatisticamente significativa no grupo que tomou HCQ em relação ao grupo de controle que não tomou esse medicamento. Em contraste, em um estudo de uso pós-contato, podemos não observar uma diferença - ou pelo menos uma grande diferença - na taxa de infecção. No entanto, a administração pós-contato de HCQ deve dar aos indivíduos uma chance melhor de sobreviver a uma infecção em relação aos do grupo de controle no caso de infecção.

### Um Estudo Falho da Universidade de Minnesota Promove a Hidroxi Histeria

Durante os primeiros seis meses da pandemia, surgiram numerosos estudos falhos que seriam usados pela mídia para atizar as chamas da Hidroxi Histeria. Um estudo de uso pós-exposição de 3 de junho de 2020 da Universidade de Minnesota publicado no *New England Journal of Medicine* fornece uma dessas ilustrações.

---

*O estudo de Minnesota destaca a importância de distinguir entre o verdadeiro uso profilático preventivo de HCQ e o uso pós-contato na discussão e avaliação dos resultados da pesquisa e o aparente fracasso da mídia (e grande parte da comunidade científica) em compreender a importância desta distinção.*

---

O estudo de Minnesota foi “um ensaio randomizado, duplo-cego e controlado por placebo”.<sup>19</sup> Isso poderia parecer um bom começo, pois muitos estudos randomizados, cegos e controlados são considerados por muitos como o padrão ouro na pesquisa de ensaios clínicos. Como acontece com muitas coisas, porém, o diabo está nos detalhes.

Um detalhe importante no estudo de 3 de junho é que o HCQ não foi administrado a pacientes com COVID-19 até quatro dias após o início dos sintomas, no mínimo. Nessa altura, o processo de infecção já estaria estabelecido e a replicação do vírus COVID-19 já estava bem encaminhada. Portanto, seria de se esperar uma diferença menor no efeito clínico entre o grupo tratado com HCQ e o grupo de controle do que se o medicamento tivesse sido administrado de maneira mais oportuna

Um segundo detalhe importante é que este estudo de 3 de junho de 2020 não tinha sujeitos de ensaio suficientes para produzir um resultado estatisticamente significativo se a diferença na taxa de infecção fosse de fato pequena entre os grupos de HCQ e controle. Aqui, é útil observar que o estudo se concentrou em apenas 821 participantes espalhados pelos grupos - 414 recebendo HCQ e 407 recebendo um medicamento placebo.

---

*Então, quais foram os resultados do estudo? Os pesquisadores realmente encontraram uma taxa mais baixa de infecção sintomática no grupo HCQ em relação ao grupo controle - 2,4%. No entanto, devido ao pequeno tamanho da amostra, este resultado potencialmente importante não foi considerado estatisticamente significativo a um nível de 95% ou superior.*

---

Então, como a grande mídia noticiou essa descoberta? Uma manchete da CNN berrou de maneira tipicamente partidária: “Trump disse que tomou HCQ para prevenir o coronavírus, mas um novo estudo mostra que não funciona”. No corpo do artigo, o repórter afirma sem qualquer referência ao pequeno tamanho da amostra: “Nenhuma diferença entre HCQ e placebo”.<sup>20</sup>

O New York Times (NYT) jogou um jogo similar de notícias falsas Hidroxi Hysteria. Seu título proclamava: “Medicamento contra malária promovido por Trump não preveniu infecções por COVID, achados de estudo”.<sup>21</sup>

---

*Em um estudo posterior, os dados deste artigo foram combinados com os dados de quatro outros artigos publicados também alegando nenhum efeito do HCQ com o uso precoce. Esses dados combinados foram submetidos a uma meta-análise que encontrou uma redução de 24% em todos os casos de infecção, hospitalização ou morte por COVID-19. Nenhum evento cardíaco adverso sério foi relatado.*<sup>22</sup>

---

## Outros Estudos de Profilaxia Importantes

Antes de deixar o assunto do uso do HCQ como profilaxia, vale a pena observar vários estudos adicionais que sugerem uma possível eficácia na prevenção da infecção por COVID-19.

Um artigo de pesquisa de 1º de junho de 2020 publicado no *Indian Journal of Medical Research* examinou o uso de HCQ como profilaxia para uma amostra de 751 profissionais de saúde - 378 casos e 373 em um grupo de controle. O estudo descobriu que, embora "simplesmente iniciar a profilaxia HCQ não reduzisse as chances de adquirir" a infecção pelo vírus COVID ... "Com a ingestão de quatro ou mais doses de manutenção de HCQ, o efeito protetor começou a surgir" e as chances de infecção tornaram-se reduzido em mais de 80%.<sup>23</sup>

Um achado de pesquisa de 9 de junho de 2020, também publicado na Índia, também analisou a profilaxia entre profissionais de saúde. O estudo descobriu que aqueles que tomaram HCQ tiveram uma probabilidade menor estatisticamente significativa de contrair COVID-19.<sup>24</sup> Apenas 9,38% do grupo de profilaxia HCQ desenvolveu COVID-19 a partir de uma exposição de contato, em comparação com 54,55% do grupo não HCQ que posteriormente desenvolveu uma infecção por COVID-19.<sup>25</sup>

Em 7 de junho de 2021, cientistas indianos publicaram o maior estudo multicêntrico sobre profilaxia HCQ em profissionais de saúde (HCW).<sup>26</sup> Este estudo foi um estudo de coorte prospectivo, observacional e multicêntrico envolvendo 44 hospitais em 17 estados indianos durante maio-setembro de 2020. Tomar HCQ por 2-3 semanas, 4-5 semanas ou mais de 6 semanas

reduziu significativamente a positividade de COVID em 34%, 48 % e 72% respectivamente. Modelagem posterior mostrou que o nível de proteção com HCQ varia com a dosagem, duração do uso e comorbidades, incluindo localização geográfica.

---

*O estudo mostra que o HCQ é eficaz na redução do risco de COVID-19, com carga de 800 mg e dose semanal de 400 mg com mais de 2 semanas de dosagem. A proteção melhora à medida que a duração da ingestão aumenta para 6 semanas ou mais. A modelagem de regressão logística indicou a extensão da proteção em diferentes cenários de fatores de risco. No geral, o HCQ foi bem tolerado.*

---

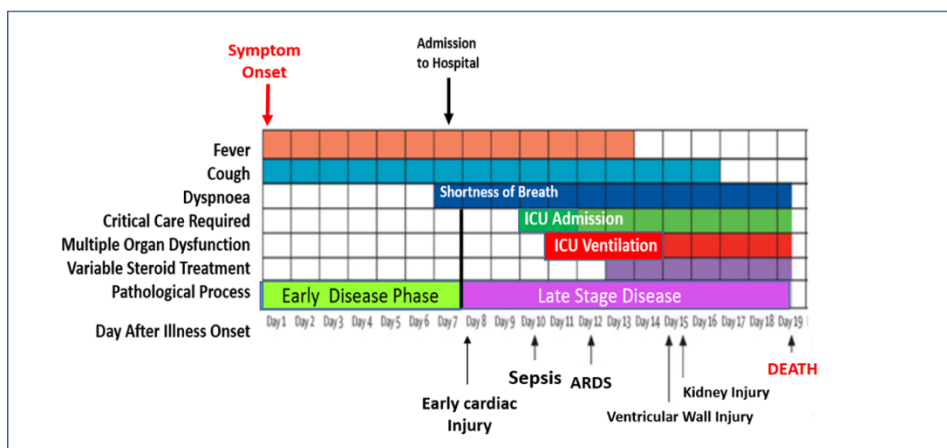
Apesar da limitação de um estudo observacional baseado na captura de dados online, os pontos fortes do grande tamanho da amostra, ampla cobertura geográfica e eficácia na vida real, uma avaliação por meio de uma análise multivariada dá crédito aos resultados do estudo. Também pode ajudar a explicar os resultados inconclusivos e a falta de benefícios do HCQ observados em alguns outros estudos.

Em sua conclusão, os pesquisadores observam: “O HCQ é eficaz na redução do risco de Covid-19, com carga de 800 mg e dose semanal de 400 mg com mais de 2 semanas de dosagem, e que o HCQ foi “bem tolerado” entre os participantes.<sup>27</sup>

#### IV. Tratamento Precoce vs. Tardio Uso de Hidroxicloroquina como Terapia

Assim como deve-se distinguir entre profilaxia e uso pós-contato do HCQ, é fundamental distinguir entre um “tratamento precoce” e um “tratamento tardio” com o HCQ. Existem dois pontos relevantes:

1. É provável que o HCQ tenha sucesso como terapêutico apenas se for administrado como um "tratamento precoce" dentro de uma janela de sete dias a partir do primeiro aparecimento dos sintomas de COVID-19. É quando sintomas como febre, tosse, dor de garganta e fadiga se tornam perceptíveis e o paciente permanece deambulando sem falta de ar e sem necessidade de oxigênio suplementar.
2. O HCQ tem maior probabilidade de falhar como um "tratamento tardio" terapêutico se for administrado depois que um paciente precisar de oxigênio suplementar, ou se mais de três dos cinco lobos pulmonares no sistema pulmonar mostrarem infecção e / ou se o corpo desenvolver uma reação exagerada do sistema imunológico, conhecida como "tempestade de citocinas".



**Figura 2.** Curso de Doença COVID-19.

## A Biologia do Tratamento Precoce vs. Tratamento Tardio

Conforme observado na Figura acima, "tratamento precoce" significa que um paciente COVID deve ser tratado dentro de uma janela de aproximadamente sete dias após a primeira exibição dos sintomas. Durante esta fase inicial da doença, os pacientes apresentam febre que pode se agravar. Os pacientes também podem desenvolver uma tosse seca persistente inicial à medida que o vírus se espalha pelas vias aéreas superiores. Também é comum uma fadiga anormalmente profunda. Em um paciente com idade avançada, esses sintomas são particularmente graves.

Existem cerca de seis apresentações clínicas **iniciais** diferentes com sinais e sintomas que vão desde uma dor de cabeça com perda de paladar e olfato, a dores musculares e problemas gastrointestinais, ou o desenvolvimento de uma erupção cutânea "semelhante a urticária", ou o início de inflamação no paredes de artérias de tamanho médio em todo o corpo com gânglios linfáticos inchados, febre alta, danos causados por frio aos leitos capilares da pele (mais frequentemente nas mãos ou pés) e fenômenos anormais de coagulação do sangue.

O que foi ignorado pelo CDC é que os olhos também podem ser uma porta de entrada após a exposição a um aerossol do vírus COVID-19. Depois de entrar em contato com a fina película de fluido que cobre o globo ocular, as partículas virais drenam através dos dutos lacrimais para o nariz, onde há muitas células ACE-2 positivas. Esta via de exposição é caracterizada pela vítima desenvolver uma coceira incomum nos olhos.<sup>28</sup>

Durante o final desta fase inicial de tratamento, os vasos sanguíneos microscópicos dentro dos pulmões podem ficar "vazados" e o fluido pode começar a se acumular entre os sacos de ar dos pulmões. Consequentemente, o indivíduo infectado perde a tolerância ao exercício e fica com falta de ar muito rapidamente. Nesse estágio, o indivíduo ainda é ambulatorio e não necessita de oxigênio suplementar. Embora uma tomografia computadorizada possa detectar lesões precoces, uma radiografia simples e normal geralmente não detecta até um ou vários dias depois.

Se o HCQ for administrado dentro desta primeira janela crítica de sete dias - quanto mais cedo melhor - ele pode mitigar, retardar ou reduzir o início dos sinais e sintomas mais graves associados à fase tardia da infecção por COVID-19. Nessas situações, um desfecho favorável é medido por fatores como carga viral reduzida (medida por cultura de células), necessidade reduzida de

hospitalização e oxigênio suplementar, risco reduzido de terapia intensiva e ventilação mecânica e taxa de mortalidade reduzida.

## Perigos Após a Janela crítica de Tratamento

Embora a grande maioria dos casos sintomáticos de COVID-19 se recupere, há um lado mais sombrio da doença. Após o sétimo dia, desde o início dos sintomas, cerca de 15% dos casos podem desenvolver falta de ar que exigirá hospitalização. Isso é mais comum em pacientes mais velhos com mais de 40 anos de idade com condições médicas crônicas pré-existentes e em idosos.

O paciente agora está passando da janela máxima de tratamento, para a fase tardia do COVID-19, com múltiplas novas patologias em desenvolvimento que estão bem fora da mitigação pelos efeitos positivos exercidos pelo HCQ.

Nesta fase tardia da doença, o paciente está desenvolvendo áreas de inflamação local mais grave no interior dos pulmões, com danos aos sacos aéreos microscópicos. A tosse seca persistente torna-se mais uma tosse “úmida” ou “produtiva” que começa a expelir catarro das vias aéreas inferiores.

À medida que os pulmões ficam mais inflamados, o paciente sentirá uma falta de ar cada vez maior, exigindo o uso de oxigênio suplementar. Este estado de declínio também pode ser acompanhado pelo risco de desenvolver uma inflamação generalizada nos pequenos vasos sanguíneos do corpo.

Nesse ponto, a janela ideal para o tratamento precoce com HCQ foi fechada e os sacos de ar físicos dos pulmões foram envolvidos. Coágulos sanguíneos microscópicos podem começar a se formar nos minúsculos capilares dos pulmões, rins e outros órgãos, a menos que sejam administrados medicamentos preventivos.

## A Tempestade Tardia de Citocinas

Durante a fase final da COVID-19, o paciente pode desenvolver um tipo de reação imunológica desregulada grave no que é chamado de "tempestade de citocinas". Com efeito, uma tempestade de citocinas é uma condição na qual a reação imunológica de um paciente ao vírus COVID-19 é tão forte que não ataca apenas o vírus, mas também os tecidos normais do corpo. Conforme observado no *newscientist.com*:

*[Q]uando o SARS-CoV-2 - o vírus por trás da pandemia covid-19 - entra nos pulmões, desencadeia uma resposta imune, atraindo células imunes para a região para atacar o vírus, resultando em inflamação localizada. No entanto, em alguns pacientes, níveis excessivos ou descontrolados de citocinas são liberados, ativando mais células do sistema imunológico, resultando em hiperinflamação. Isso pode prejudicar seriamente ou até matar o pacient.<sup>29</sup>*

Durante uma tempestade de citocinas, coágulos sanguíneos disseminados podem se formar nos vasos sanguíneos de grande e pequeno calibre em todo o corpo. Os pulmões perdem sua complacência e tornam-se mais rígidos e mais difíceis de ventilar e oxigenar mecanicamente. Os rins, o coração, o cérebro, os intestinos e os principais vasos sanguíneos podem ser danificados e os órgãos tornam-se disfuncionais e podem começar a falhar.

Além do vírus COVID-19 causar danos ao coração, a tempestade de citocinas em estágio avançado também pode causar danos ao coração, o que pode afetar seu ritmo normal. Os estudos sobre o uso



tardio do tratamento com HCQ tendem a confundir esse efeito cardíaco viral e das citocinas com quaisquer supostos efeitos cardíacos negativos alegados derivados do uso do HCQ.<sup>30</sup>

---

*Assim que uma forte tempestade de citocinas se desenvolve, cerca de metade desses pacientes morrerão nos próximos dias. Os dados atuais mostram que isso pode ser significativamente evitado tomando onze a quinze comprimidos de 200 miligramas de hidroxicloroquina por um período de 5 a 7 dias durante a fase inicial de tratamento de COVID-19.<sup>31</sup>*

---

## V. O que os Estudos de Pesquisa Dizem Sobre a HCQ como Terapia?

Com base nas notícias, você pode ter lido ou ouvido falar sobre a cloroquina e o HCQ como medicamentos e as várias ações tomadas pelo FDA para limitar seu uso. Você pode pensar que esses medicamentos foram desacreditados universalmente pelos estudos de pesquisa. **Na verdade, vários estudos publicados de janeiro de 2020 a outubro de 2021, continuam a mostrar os efeitos positivos esmagadores desta droga no COVID-19, sem quaisquer eventos cardíacos adversos graves.**<sup>32</sup> Este é um ponto importante e de destaque superior:

---

*Durante os primeiros seis meses críticos da pandemia, houve muito mais estudos positivos do HCQ confirmando sua segurança e eficácia como profilático e terapêutico do que estudos negativos. No entanto, as notícias de estudos negativos profundamente falhos superaram completamente essas notícias positivas na mídia de massa, contribuindo assim para um clima de Hidroxi Histeria. A raiz desse problema parece ter sido a politização do HCQ em um ano eleitoral por uma mídia anti-Trump e uma pequena elite científica.*

---

### Uma Breve Amostra dos Estudos Positivos

Por exemplo, na França, um estudo de 20 de março de 2020 no *Journal of Anti-microbial Agents* oferece um ensaio controlado não randomizado de 42 casos. Este pequeno estudo de amostra mostrou que o tratamento com HCQ foi significativamente associado a uma redução da carga viral e desaparecimento em pacientes com COVID-19 que demonstraram um período mais curto de doença.<sup>33</sup>

Um segundo estudo observacional francês de 11 de abril de 2020 publicado na *Travel Medicine & Infectious Disease* examinou 80 pacientes recebendo HCQ e azitromicina. Ele relatou que 81,3% dos pacientes tiveram uma resposta positiva a este tratamento com COVID-19.<sup>34</sup>

Ainda um terceiro estudo retrospectivo francês de 5 de maio de 2020, publicado na *Travel Medicine & Infectious Disease*, avaliou 1.061 pacientes e mostrou uma cura virológica em 91,7% dos pacientes no dia 10 do tratamento.<sup>35</sup>

Na China, um estudo de 10 de abril de 2020 com 62 pacientes foi conduzido com os participantes randomizados em um estudo de grupo paralelo, sem diferença de idade ou sexo entre os dois

grupos. Observou-se que os 31 pacientes que receberam um tratamento com HCQ de 5 dias (400 mg / d) tiveram um tempo mais curto para a recuperação clínica, um tempo de remissão da tosse mais curto e uma proporção maior de pacientes com pneumonia melhorada (80,6%, 25 de 31 ) em comparação com o grupo de controle (54,8%, 17 de 31).<sup>36</sup>

Em um estudo chinês retrospectivo de 1º de maio de 2020 com 568 pacientes criticamente enfermos, os pesquisadores descobriram que os níveis da citocina inflamatória IL-6 foram significativamente mais baixos no grupo HCQ, sem alteração no grupo controle. Os autores concluíram: “O tratamento com hidroxiquina está significativamente associado a uma redução na mortalidade em pacientes criticamente enfermos com COVID-19 por meio da atenuação da tempestade de citocinas inflamatórias.”<sup>37</sup> Isso também foi relatado por outro grupo investigativo.

No Brasil, um estudo de 15 de abril de 2020 examinou 636 pacientes sintomáticos. Esses pacientes foram agrupados em 412 pacientes tratados com uma combinação de HCQ e azitromicina versus 224 pacientes que recusaram a medicação. Os autores constataram que a necessidade de internação no grupo controle (5,4%) foi 2,8 vezes maior do que no grupo tratado com HCQ e azitromicina (1,9%).<sup>38</sup>

### Um Composite do Uso de Metanálises da HCQ. (Atualizado em 22 de outubro de 2021)

Um banco de dados de 294 ensaios clínicos comparando o tratamento com HCQ com grupos de controle não tratados envolvendo 4.723 cientistas e **412.766 pacientes** mostra inequivocamente os efeitos positivos da administração de HCQ para a infecção por COVID-19.

- Esses estudos demonstraram que o HCQ *não é eficaz* quando usado muito tarde no processo da doença COVID-19 usando altas dosagens injustificadas por um longo período de tempo, como no UK RECOVERY Clinical Trial defeituoso e no French SOLIDARITY Clinical Trial.
- A eficácia do HCQ melhora com o uso precoce e melhor dosagem. ***O tratamento precoce mostra consistentemente efeitos positivos.***<sup>39</sup>
- A Divisão de Avaliação e Segurança de Medicamentos da FDA sob a liderança anterior de Janet Woodcock MD (agora Comissária Temporária da FDA sob a Administração Biden) determinou incorretamente que os níveis terapêuticos de HCQ não poderiam ser obtidos em pacientes reais. Isso foi baseado em modelagem de computador defeituosa da FDA envolvendo estudos de cultura de tecidos que indesculpavelmente ignoraram os primeiros ensaios observacionais publicados existentes de HCQ na França, Coréia do Sul e China.

# HCQ FOR COVID-19

**294 TRIALS, 4,723 SCIENTISTS, 412,766 PATIENTS**

**64% IMPROVEMENT IN 32 EARLY TREATMENT TRIALS** RR 0.36 [0.29-0.46]

**75% IMPROVEMENT IN 13 EARLY TREATMENT MORTALITY RESULTS** RR 0.25 [0.16-0.40]

**46% IMPROVEMENT IN 8 EARLY TREATMENT RCT RESULTS** RR 0.54 [0.35-0.84]

**19% IMPROVEMENT IN 199 LATE TREATMENT TRIALS** RR 0.81 [0.76-0.86]

**21% IMPROVEMENT IN 45 RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS** RR 0.79 [0.67-0.95]

SUMMARY OF RESULTS REPORTED IN HCQ STUDIES FOR COVID-19. 10/22/21. HCQMETA.COM

**Figura 3.** Resumo dos resultados relatados em estudos de HCQ para COVID-19 22/10/2021

- 83% dos ensaios clínicos randomizados (RCTs) para tratamento pré-exposição precoce ou tratamento profilático de HCQ pós-exposição relatam efeitos positivos. A probabilidade de isso acontecer para um tratamento ineficaz é de 0,0038.<sup>40</sup>
- 97% dos 32 estudos de tratamento inicial relatam um efeito positivo (13 estatisticamente significativos de forma isolada).
- A metanálise usando o desfecho mais sério relatado mostra uma melhora de 64% [54 71%] para os 32 estudos iniciais de tratamento. Os resultados são semelhantes após análise de sensibilidade baseada em exclusão e após restrição a estudos revisados por pares.
- Restringir aos 8 ECRs mostra 46% [16 65%] de melhora, e restringir aos 13 resultados de mortalidade mostra 75% [60 84%] menor mortalidade.
- O tratamento tardio tem menos sucesso, com apenas 68% dos 199 estudos relatando um efeito positivo. O tratamento em estágios muito avançados não é eficaz e pode ser prejudicial, especialmente quando se usa dosagens excessivas.
- Há evidências de viés para a publicação de resultados negativos. 76% dos estudos prospectivos relatam efeitos positivos, em comparação com 71% dos estudos retrospectivos.
- Estudos da América do Norte têm 2,7 vezes mais probabilidade de relatar resultados negativos do que estudos do resto do mundo combinados,  $p = 0,0000000477$ .
- A probabilidade de que um tratamento ineficaz gere resultados tão positivos quanto os de 294 estudos é estimada em 1 em 263 trilhões.
- Meta-análises negativas de HCQ geralmente escolhem um subconjunto de ensaios, com foco no tratamento tardio, especialmente ensaios com tratamento muito tardio e dosagem excessiva de HCQ.

- 
- *97% dos estudos de tratamento precoce relatam um efeito positivo, com uma redução estimada de 64% no efeito medido (morte, hospitalização, etc.) da meta-análise de efeitos aleatórios, RR 0,36 [0,29-0,46].*
  - *Os estudos de tratamento tardio são mistos, com 68% mostrando efeitos positivos e uma redução estimada de 19% na meta-análise de efeitos aleatórios. Os estudos negativos geralmente mostram evidências de confusão significativa não ajustada, incluindo confusão por indicação; o uso está extremamente atrasado; ou eles usam uma dosagem excessivamente alta.*
  - *75% dos estudos de profilaxia pré-exposição mostram efeitos positivos, com uma redução estimada de 30% na meta-análise de efeitos aleatórios. Os estudos negativos são todos os estudos de pacientes com doença autoimune sistêmica que não se ajustam para os diferentes riscos de linha de base desses pacientes ou não se ajustam para o risco altamente variável nesses pacientes.*
  - *88% dos estudos de profilaxia pós-exposição relatam efeitos positivos, com uma redução estimada de 33% na meta-análise de efeitos aleatórios.*
- 

## **Em resumo, COVID-19 é uma condição totalmente tratável se gerenciado muito cedo**

### **Uma Amostra dos Estudos Negativos e seu Papel na Hidroxi Histeria**

Em contraste com esses achados positivos, uma série de estudos publicados entre 14 de abril e 22 de maio de 2020 pretendiam não encontrar nenhum valor terapêutico e / ou aumento nas taxas de mortalidade associadas ao HCQ.

---

*Como mostrado acima, esses estudos geralmente não conseguiram distinguir adequadamente entre o uso precoce e tardio do tratamento, e todos tinham outras falhas graves*

---

Essas falhas variaram de sobredosagem perigosa e amostragem distorcida ou enviesada à possível confusão de efeitos que podem ocorrer por causa do teste de HCQ em combinação com outras drogas que têm potenciais efeitos colaterais cardíacos em pacientes criticamente enfermos.

Apesar dessas falhas, esses estudos seriam usados pesadamente para promover a Hydroxy Hysteria por uma mídia anti-Trump, aparentemente mais preocupada com o resultado das eleições do que em salvar vidas americanas.

## Confundindo a Eficácia do Tratamento Precoce e Tardio na França

Um estudo de 181 pacientes em quatro hospitais franceses publicado em 14 de abril de 2020 em um servidor não revisado por pares chamado MedRxiv, ilustra apropriadamente como a falha em distinguir adequadamente entre o tratamento precoce e o uso tardio do HCQ pode contribuir para a histeria hidroxí. Todos os 84 pacientes do grupo HCQ deste estudo receberam o medicamento em até 48 horas após a admissão, o que sugere o uso precoce do tratamento.

No entanto, enterrado no texto está a admissão dos autores de que a maioria dos pacientes “tinha uma síndrome inflamatória definida por proteína C reativa superior a 40 mg / l, o que sugere que uma “tempestade de citocinas” já estava começando. Em outras palavras, os pacientes provavelmente já estavam na fase final do tratamento da doença quando o HCQ foi administrado pela primeira vez - e, como observado anteriormente, neste estágio, o medicamento é muito menos provável de fornecer quaisquer benefícios.

Não surpreendentemente, os autores concluem que seus resultados “não suportam o uso de HCQ para uma pneumonia SARS-CoV-2 documentada”. O título do artigo em si é igualmente enganoso. Ele declara que não há “nenhuma evidência de eficácia clínica do HCQ”.

Ao relatar as descobertas deste estudo, uma manchete da CNN dizia: “*Estudo francês descobre que HCQ não ajuda pacientes com coronavírus*”. No parágrafo principal, e como testemunho da natureza partidária da Hydroxy Hysteria, o jornalista então declarou: “*Uma droga que foi apontada pelo presidente Trump como uma ‘virada de jogo’ não ajudou pacientes hospitalizados ...*”

No corpo do artigo da CNN, um especialista em doenças infecciosas sem noção do Hospital Infantil da Filadélfia declarou: “*Isso fornece evidências de que o HCQ aparentemente não trata pacientes com COVID-19.*”<sup>40</sup>

---

*Essas declarações abrangentes refletem o jornalismo partidário, a má ciência, a falha dos médicos em ler a literatura médica e apenas mais grãos para a fábrica de Hidroxí Histeria.*

---

## Um Estudo Brasileiro Projetado para Matar Realmente Mata

Como um exemplo de overdose perigosa que leva à morte, há o estudo brasileiro de 81 pacientes publicado no MedRxiv em 16 de abril de 2020.<sup>41</sup> O estudo não foi revisado por pares na época e foi aparentemente um estudo duplo-cego e randomizado, o que é bom. No entanto, o desenho do estudo foi negligente o suficiente para literalmente matar.

Este estudo brasileiro separou seus 81 pacientes em "um grupo de baixa e alta dosagem". O grupo de alta dosagem recebeu então doses de cloroquina bem superiores às de qualquer ciência razoável. Somando-se a esse risco extremo, apenas pacientes mais velhos (com mais de 75 anos) foram incluídos no grupo de alta dosagem. Não surpreendentemente, este grupo de alta dosagem "viu várias mortes e agravamento das condições"; e o ensaio foi suspenso.<sup>42</sup>

Apesar do uso de doses letais no estudo, isso não impediu a grande mídia de escrever manchetes de fomento ao medo que incluíam frases como "complicações cardíacas fatais" (New York Times),<sup>43</sup> "letal para alguns pacientes" (Guardian)<sup>44</sup> e "Estudo termina mais cedo por causa de mortes" (CNN).<sup>45</sup>

A cobertura do Washington Post foi talvez o mais indicativo do dano motivado por guerrilheiros que a Hydroxy Hysteria estava causando. Sua manchete dizia: "Medicamento promovido por Trump como coronavírus 'revolucionário' cada vez mais associado a mortes."<sup>46</sup>

Os repórteres afirmam falsamente: "Ensaio clínico, pesquisas acadêmicas e análises científicas indicam que o perigo do medicamento apoiado por Trump é um risco significativamente aumentado de morte para certos pacientes. As evidências que mostram a eficácia do HCQ no tratamento de covid-19 tem sido escassas." [Ênfase adicionada]

A única verdade inquestionável no artigo, e uma verdade trágica, fala sobre o efeito depressivo da Hidroxi Hysteria no uso de HCQ:

Muitos hospitais pararam de usar o medicamento fora dos ensaios clínicos. "Não guardamos maiores quantidades e devolvemos a maior parte delas", disse Nishaminy Kasbekar, diretor de farmácia do Penn Presbyterian Medical Center, na Filadélfia. "Eu acho que eles deveriam revogar os EUA porque claramente com base nos dados, não é mais considerado um tratamento para COVID."

---

*Essa histeria da mídia foi a receita precisa para a destruição do Plano Nacional de Pandemia de Vírus de RNA respiratório e um desastre nacional que levou a milhares de mortes acompanhadas por uma ameaça à economia e à segurança nacional*

---

## Um Estudo de Veteranos não Patrocinado pelo Veterans Affairs

Como outro exemplo de um estudo fatalmente falho usado para promover a Hydroxy Hysteria, considere outro artigo não revisado por pares publicado em 23 de abril de 2020 no MedRxiv com base em um conjunto de dados de registros de centenas de veteranos americanos. Este estudo teria, de fato, um efeito desproporcional sobre a Hidroxi Hysteria, em parte, porque foi falsamente vinculado ao Departamento do Veterans Affairs dos EUA.<sup>47</sup>

Este pequeno estudo de amostra classificou 368 pacientes em três grupos de tratamento - um grupo somente HCQ, um grupo HCQ com azitromicina e um grupo controle. Ele não encontrou apenas "nenhum benefício" com o uso do HCQ. Ele também encontrou uma taxa de mortalidade mais alta estatisticamente significativa. A partir desses resultados, os autores defenderam a suspensão do uso emergencial do HCQ quando escreveram:

*Uma associação de aumento da mortalidade geral foi identificada em pacientes tratados apenas com HCQ. Essas descobertas destacam a importância de aguardar os resultados de estudos prospectivos, randomizados e controlados em andamento antes da adoção generalizada dessas drogas."<sup>48</sup> [Ênfase adicionada]*

Por baixo da superfície desta evidência aparentemente contundente e do pedido implícito de uma moratória do HCQ, havia uma longa lista de falhas de estudo significativas:

- Todos os pacientes estavam muito doentes; o grupo apenas com hidroxicloroquina teve o maior risco de morrer antes do tratamento.
- Todos os pacientes tinham 59 anos ou mais;
- Praticamente todos tinham comorbidades significativas, incluindo infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, doença vascular periférica, doença renal, AIDS e diabetes - em outras palavras, o medicamento foi administrado aos pacientes mais doentes com a menor chance de sobrevivência.
- Refletindo a extrema desleixo dos pesquisadores, o grupo HCQ também teve um número estatisticamente maior de fumantes que não foi adequadamente anotado no texto.

Após o lançamento do estudo, a manchete da CNN berrou: "*Estudo não encontra benefício, maior taxa de mortalidade em pacientes que tomam HCQ para Covid-19.*"<sup>49</sup> Em nenhum lugar do artigo havia qualquer reconhecimento das inúmeras falhas do estudo - apesar do fato de que um dos autores do artigo da CNN era um médico que deveria saber mais. Em vez disso, os autores da CNN usaram os resultados para avançar a narrativa da Hidroxi Histeria, escrevendo que "*os médicos advertiram que, embora Trump esteja entusiasmado com a droga, ela ainda precisa ser estudada para ver se funciona e se é segura*".

### The Lancet Envenena a Ciência com Política e Mancha sua Reputação

Talvez nenhum estudo de pesquisa tenha feito mais para alimentar a Hydroxy Hysteria - e tenha feito mais para suprimir o uso de HCQ - do que um artigo publicado em 22 de maio de 2020 no *The Lancet*. Para grande embaraço desta outrora prestigiosa revista e seu editor partidário Richard Horton, este artigo foi rapidamente retratado em 5 de junho - mas não antes de causar danos irreparáveis.<sup>50</sup>

O artigo simulado do *The Lancet* apresentou o que viria a ser uma **base de dados falsa** de 96.032 pacientes hospitalizados, com um grupo de estudo de 14.488 provenientes deste universo. Aqueles no grupo de estudo foram descritos como recebendo alguma forma de tratamento medicamentoso, HCQ sozinho ou em combinação com azitromicina ou claritromicina, que é 15 vezes mais cardiotoxíco do que azitromicina. O artigo agrupou esses dois antibióticos diferentes como "macrolídeos" e combinou os resultados desses dois grupos diferentes.<sup>51</sup> Os autores concluíram que os pacientes em uso de HCQ apresentaram mortalidade significativamente maior

A grande mídia teve um dia de campo relatando essas notícias falsas. A manchete da CNN dizia "*Grande estudo descobriu que a droga que Trump alardeava para Covid-19 está ligada a um maior risco de morte e arritmia cardíaca*".<sup>52</sup> O artigo segue descrevendo o presidente como um "líder de torcida" do HCQ e cita o autor do estudo, dizendo no que só pode ser descrito como a hipérbole perigosa de um charlatão:

*Nossos dados têm mostrado de forma muito convincente que em todo o mundo, em uma população do mundo real, esta combinação de drogas, independentemente da forma como você a divide ou divide, não mostra nenhuma*

*evidência de benefício e, de fato, está imutavelmente mostrando um sinal de grave dano.*<sup>53</sup> [ênfase adicionada]

Este estudo realmente causaria um dano tremendo. Seus dados mais tarde viriam a ser fabricados e o jornal teria que ser discretamente retirado da publicação.

Ainda assim, três dias após sua publicação, a Organização Mundial da Saúde anunciou uma suspensão temporária de seu ensaio clínico global.<sup>54</sup> Pouco depois, o governo francês proibiu a prescrição de HCQ para tratar COVID-19,<sup>55</sup> e um fabricante do medicamento, a empresa francesa Sanofi, suspendeu o recrutamento de novos pacientes para seus ensaios clínicos.

Previsivelmente, a grande mídia falhou em cobrir a eventual retratação deste jornal fraudulento com quase a mesma quantidade de atenção que fez com o estudo falso original. Em sua cobertura, a CNN nem se deu ao trabalho de solicitar comentários de nenhum dos profissionais médicos que haviam questionado o artigo original.<sup>56</sup>

### The Lancet está Comprometida para Sempre e Horton Deve Renunciar

A publicação do artigo falso do *The Lancet* e sua posterior retratação levantam um problema ainda maior. As revistas médicas não devem ser políticas. Ainda assim, em 15 de maio de 2020, o editor-chefe do Lancet, Richard Horton, aparentemente fez um editorial sobre a derrota do presidente Trump nas eleições de 2020.<sup>57</sup>

Horton também elogiou o governo autoritário chinês por seu bloqueio de Wuhan e disse que é “*muito decepcionante*” ver políticos “*prejudicando as perspectivas de colaboração internacional quando criticam o Partido Comunista Chinês (PCC) por encobrir o vírus.*”<sup>58</sup>

Sob pressão do Partido Comunista Chinês, o *The Lancet* também retirou uma carta de 24 de fevereiro de duas enfermeiras chinesas que descreviam “*uma grave escassez de equipamentos de proteção, mãos cobertas de erupções cutâneas dolorosas por causa da lavagem frequente das mãos, enfermeiras com úlceras de pressão nas orelhas e testas, e um número assustador de funcionários de saúde chineses que contraíram o vírus e até faleceram como resultado.*”<sup>59</sup>

Deve-se notar também que o conselho editorial e a equipe sênior do *The Lancet* contam com numerosos cidadãos chineses que trabalharam direta ou indiretamente para o governo chinês e para o Partido Comunista Chinês.<sup>60</sup>

---

*Em meio a essa série de comportamento antiético, partidário e imoral, o Conselho de Administração da Lancet precisa remover Horton de seu cargo imediatamente. Não há desculpa para este padrão de comportamento.*

---

### A Tragédia da Hidroxi Histeria

Por causa desses efeitos negativos muito reais sobre o uso e o estudo do HCQ, o Hidroxi Histeria custou muito mais vidas do que os jornalistas e especialistas responsáveis por essa histeria pretendem salvar. Isso pode ser assim por duas razões óbvias:



1. Na medida em que médicos e enfermeiras nas linhas de frente e outros expostos ao vírus COVID-19, tornaram-se relutantes em usar o HCQ como profilático, levando a taxas de infecção mais altas.
2. Na medida em que os pacientes que apresentam os primeiros sintomas de infecção não estão sendo prescritos HCQ como um tratamento precoce, levando a taxas de mortalidade mais altas.

---

*Ao falhar em relatar com precisão as evidências científicas, a grande mídia criou um clima duradouro de medo e histeria em relação ao HCQ. Essa histeria hidroxí não só reduziu significativamente o uso de HCQ em hospitais na América como em todo o mundo. Também prejudicou significativamente a capacidade da comunidade científica de conduzir o tipo de ensaios clínicos cegos e randomizados que eram exigidos pelo Grupo de Tratamento COVID-19 do NIH, liderado pelo Dr. Anthony Fauci, que poderia resolver de uma vez por todas as questões de segurança e eficácia do HCQ como um tratamento profilático e terapêutico precoce.*

---

Esses efeitos negativos da Hidroxí Histeria resultaram em uma das grandes tragédias da pandemia de COVID-19, já que a preponderância dos estudos descobriu que o HCQ é seguro e eficaz como profilático e/ou tratamento terapêutico precoce.

### Quantas Vidas Foram Perdidas?

O estudo pioneiro de 1º de julho de 2020 sobre o uso de tratamento precoce de HCQ no *Journal of Infectious Diseases*<sup>61</sup> do sistema Henry Ford Hospital em Detroit fornece uma estimativa aproximada das vidas que foram perdidas - e continuam a ser perdidas - por causa da falta de uso generalizado de HCQ como um agente terapêutico.

O sistema do Hospital Henry Ford examinou 2.662 pacientes que entraram em seu sistema de cinco hospitais no sudeste de Michigan de 10 de março de 2020 a 2 de maio de 2020. Este universo de pacientes foi subdividido em quatro grupos: um grupo de controle, um grupo de HCQ, um HCQ com grupo azitromicina e um grupo apenas azitromicina. Como o estudo notou:

*“A fisiopatologia postulada de Covid-19 da fase inicial de infecção viral seguida pela resposta hiper-imune sugere benefício potencial da administração precoce de HCQ por suas propriedades antivirais e antitrombóticas.” [ênfase adicionada]*

Este Ford Hospital Hospital Study descobriu, em um nível estatisticamente significativo, que o grupo HCQ sozinho estava associado a uma taxa de mortalidade significativamente mais baixa em comparação com pacientes que não recebiam o HCQ.<sup>62</sup>

Esse achado se traduz em uma redução de 51% na taxa de mortalidade para pacientes recebendo **tratamento hospitalar precoce** de HCQ. Esses resultados, por sua vez, sugerem que dezenas de milhares de americanos teriam sobrevivido com um regime de tratamento precoce de HCQ.

Os resultados do estudo da Ford foram rapidamente reafirmados pelos resultados de um estudo do Monte Sinai<sup>63</sup> e um grande estudo espanhol que mostrou uma redução de 66% na mortalidade com o uso precoce do HCQ em hospitais.<sup>64</sup>

**No entanto, a Food and Drug Administration Drug and Safety Division, sob a liderança de Janet Woodcock e o NIH Treatment Panel liderado pelo Dr. Anthony Fauci, continuou a ignorar essas descobertas e a literatura positiva muito mais ampla de HCQ, uma vez que se envolveu em várias ações para suprimir o uso de HCQ.**

## VI. A Guerra Inescrupulosa do FDA Contra a Hidroxicloroquina

Lamentavelmente, a American Food and Drug Administration (FDA) tem contribuído de sua própria maneira para a Hydroxy Hysteria e a perda desnecessária de vidas americanas. O FDA fez isso primeiro ao deixar de entender a ciência do HCQ e, em seguida, tomar várias ações para suprimir o uso do HCQ no tratamento ambulatorial precoce ou eliminar o uso do HCQ completamente.

### O FDA Não Conseguiu Perceber os Efeitos Adversos Cardíacos Causados pelo vírus da COVID-19

Nos primeiros meses da pandemia COVID-19, os médicos começaram a notar que os pacientes seriam hospitalizados com pneumonia viral e, ainda assim, morreriam de insuficiência cardíaca. Os cardiologistas também começaram a notar que elevações da proteína troponina I estavam sendo liberadas das células danificadas do músculo cardíaco para circular no sangue desses pacientes. Troponina foi encontrada em 10-30% dos pacientes com COVID-19 hospitalizados; e foi um fator de risco para sua morte posterior.<sup>65</sup>

No laboratório, os cientistas descobriram que o vírus COVID-19 pode infectar células do músculo cardíaco em cultura de tecidos; e os patologistas estavam encontrando vestígios do material genético do vírus e partículas virais reais do SARS CoV-2 dentro do músculo cardíaco na autópsia. No entanto, eram casos tardios que haviam morrido. Ainda mais preocupante é que mesmo alguns casos iniciais de COVID mostravam sinais de miocardite. Embora não seja tão incomum (pelo menos 20 outros tipos de vírus podem causar isso), na autópsia essa miocardite geralmente não era acompanhada pela presença de vírus detectáveis.

Em vez disso, um efeito indireto parecia estar acontecendo. O vírus COVID-19 parecia estar desencadeando uma inflamação generalizada por todo o corpo, incluindo vasos sanguíneos, coração, pulmões, rins e até mesmo o pâncreas e o intestino.<sup>66</sup>

Em julho, uma equipe liderada por Valentina Puntmann no Hospital Universitário de Frankfurt mostrou que 78 por cento das pessoas que se recuperaram do COVID-19 (incluindo muitas que nunca haviam sido hospitalizadas) ainda apresentavam algum tipo de anormalidade cardíaca

detectável com ressonância magnética de dois meses mais tarde. Cerca de 60 por cento ainda apresentavam sinais de miocardite.<sup>67</sup>

Este estudo foi explosivo. Isso gerou uma onda de artigos e jornais sobre a possibilidade de que o COVID-19 pudesse infligir danos furtivos e prolongados aos corações de pessoas que não estavam externamente doentes, e isso influenciou as decisões sobre se os atletas universitários deveriam ser autorizados a jogar. Essas discussões intensas também geraram críticas intensas.

No momento, aqui está o que pode ser dito: Existem subconjuntos de casos COVID-19 em que os pacientes são relativamente saudáveis com COVID-19 leve, mas esses casos leves ainda desenvolveram anormalidades cardíacas. As implicações clínicas para os pacientes com COVID-19 cujos sintomas diminuíram, mas cujas imagens de ressonância magnética ainda são anormais, ainda estão sendo definidas.<sup>68</sup> No entanto, um novo estudo em 2021 agora fornece evidências consistentes com o fato de que os danos cardíacos dos pacientes em COVID-19 resultam da invasão e replicação do vírus dentro das células do músculo cardíaco. Isso leva à morte celular e interfere na contração do músculo cardíaco.<sup>69</sup>

Aqui está o ponto principal do HCQ:

---

*Os casos COVID-19 podem aparecer com anormalidades da condução cardíaca que foram atribuídas ao HCQ. No entanto, essas mesmas anormalidades podem estar presentes em pacientes com COVID-19 que nunca tomaram um único comprimido deste medicamento. Essas anormalidades incluem todo o espectro letal de prolongamento QT, taquicardia ventricular e fibrilação ventricular e morte.*

---

Claramente, o FDA falhou em compreender este ponto-chave. Em 24 de abril de 2020, emitiu uma “Comunicação de Segurança de Medicamentos” que destacou os “efeitos colaterais conhecidos” do HCQ e da cloroquina. Este aviso alertava sobre “ritmos cardíacos anormais, como prolongamento do intervalo QT, frequência cardíaca perigosamente rápida chamada taquicardia ventricular e fibrilação ventricular e, em alguns casos, morte”.<sup>70</sup>

Esta decisão foi imprudente ao extremo à luz do longo histórico de segurança do HCQ em pacientes com lúpus e artrite reumatóide quando administrado em doses mais altas e durações muito mais longas do que o usado no COVID sob a orientação de um médico.

**FDA cautions against use of hydroxychloroquine or chloroquine for COVID-19 outside of the hospital setting or a clinical trial due to risk of heart rhythm problems**

*Does not affect FDA-approved uses for malaria, lupus, and rheumatoid arthritis*

[f Share](#) [Twee](#) [in LinkedIn](#) [Email](#) [Print](#)

**July 1, 2020 Update:** A summary of the FDA review of safety issues with the use of hydroxychloroquine and chloroquine to treat hospitalized patients with COVID-19 is now available. This includes reports of serious heart rhythm problems and other safety issues, including blood and lymph system disorders, kidney injuries, and liver problems and failure.

O aviso da FDA teve, no entanto, um efeito visivelmente desanimador tanto na distribuição de HCQ para os sistemas hospitalares de nosso país, quanto na capacidade de recrutar indivíduos para ensaios clínicos.<sup>71</sup>

## O FDA Revoga a Autorização de Uso Emergencial para a Hidroxicloroquina

Em 15 de junho de 2020, o FDA deu um passo adiante ao lançar um manto sobre o uso e estudo do HCQ: revogou a Autorização de Uso de Emergência (EUA) para o uso emergencial de formulações orais de HCQ, bem como de cloroquina.<sup>72</sup> De acordo com pelo menos um relato da mídia, esta decisão do FDA “*parece fechar formalmente a porta sobre a disposição dos funcionários dos EUA de usar a droga para prevenir ou tratar a Covid-19.*”<sup>73</sup> Como a decisão do FDA muito provavelmente levou à perda de dezenas de milhares de vidas americanas, vale a pena revisar a base da decisão do FDA.

A **cientista-chefe do FDA, Denise Hinton**, citou três razões em sua carta de revogação dos EUA.<sup>74</sup> A primeira razão foi que tanto o HCQ quanto a uma cloroquina “*provavelmente não produzirão um efeito antiviral*”.

Esta afirmação é contradita pelos numerosos estudos revisados neste relatório. Tanto a preponderância de evidências quanto a ciência subjacente permanecem firmemente apontadas na direção da eficácia terapêutica definitiva do HCQ.

Uma segunda razão citada por Hinton é que as diretrizes do National Institute of Health (NIH) “*agora recomendam contra*” o uso de HCQ ou cloroquina “*fora de um ensaio clínico*”. No entanto, uma revisão dessas diretrizes do NIH indica que elas foram baseadas no que só pode ser descrito como uma revisão superficial da pesquisa existente, que deixa de fora qualquer discussão significativa sobre os muitos estudos positivos do HCQ e não faz menção aos numerosos primeiros usos. estudos.<sup>75</sup>

**On September 8, FDA Commissioner Stephen Hahn openly admitted during a radio interview that some studies do indeed “suggest a benefit” for using HCQ for COVID-19 infections.**<sup>76</sup>

O terceiro motivo citado por Hinton, que é o mais curioso e questionável, na verdade abrange dois dos quatro motivos com marcadores em sua carta. Ela cita “*dados recentes de um grande ensaio clínico randomizado*” como mostrando “*nenhuma evidência de benefício para mortalidade ou outros resultados, como tempo de internação hospitalar ou necessidade de ventilação mecânica.*”<sup>77</sup>

Como veremos, essa afirmação é completamente falsa.

## Um Estudo Britânico Problemático Leva o FDA a Perder o Rumo

O ensaio controlado em questão foi conduzido pelos drs. Peter Horby e Martin Landray sob o patrocínio da Universidade de Oxford e sob os auspícios do governo britânico. Ele comparou 1.542 pacientes randomizados para o HCQ e 3.132 para o comparador de cuidados habituais.

O que é curioso sobre este teste é que Horby e Landray ainda não divulgaram o estudo completo e os dados subjacentes. Em vez disso, eles simplesmente emitiram uma declaração resumida à

imprensa alegando que “os dados excluem de forma convincente qualquer benefício significativo de mortalidade do HCQ em pacientes hospitalizados com COVID-19.”<sup>78</sup>

É *altamente incomum* que os cientistas cite resultados resumidos *antes* de liberar o estudo completo e os dados. Na verdade, tal comportamento não deve apenas levantar sobrancelhas, mas também questões éticas. Tal comportamento também põe em questão o uso desses resultados resumidos pelo FDA para tomar uma decisão crítica como revogar o AUE da HCQ.

Essa observação leva à parte questionável do estudo britânico. Pelo pouco que se sabia sobre o ensaio na época, havia pelo menos duas falhas fatais que minaram completamente a confiança do FDA na declaração britânica de nenhum efeito sobre a mortalidade ou outros resultados.

O primeiro problema foi que o HCQ foi administrado em doses não terapêuticas/tóxicas e em grande parte foi administrado *fora* da janela de eficácia potencial máxima. O regime de dosagem de HCQ usado no ensaio foi de 12 comprimidos durante as primeiras 24 horas (dose inicial de 800 mg, 800 mg seis horas depois, 400 mg 6 horas depois, 400 mg 6 horas depois), em seguida, 400 mg a cada 12 horas por mais 9 dias. Isso representou 2,4 gramas do medicamento administrado durante as primeiras 24 horas e uma dose cumulativa de 9,2 gramas administrada ao longo de 10 dias.

**Uma série clínica publicada indicou que uma dose acumulada de 4g de HCQ pode causar sintomas adversos graves em pacientes. O melhor que se pode dizer aqui sobre o estudo é que a dosagem excessiva torna difícil avaliar adequadamente a eficácia terapêutica.**

A segunda falha é indiscutivelmente a fatal - e que o FDA parece ter ignorado. A saber, o estudo foi mais um estudo de tratamento tardio fadado ao fracasso. Isso nós podemos deduzir do foco do estudo apenas em pacientes hospitalizados com taxas de mortalidade muito altas (> 20%) em ambos os grupos HCQ e controle. Essas altas taxas de mortalidade são indicadores claros, embora indiretos, de que os pacientes em estudo provavelmente não receberam o medicamento até que a infecção estivesse significativamente avançada e já na fase tardia do tratamento.

A coleção limitada de quaisquer dados de segurança neste estudo obscureceu quaisquer efeitos adversos *ou* positivos do medicamento e o que foi finalmente divulgado carecia até mesmo de informações clínicas básicas. O simples comunicado à imprensa afirmava que o Reino Unido interromperia seus estudos de HCQ em andamento porque não teve efeito sobre a mortalidade por COVID. Não forneceu dados nem provas, apenas uma breve declaração à imprensa acompanhada de alguns comentários negativos sobre medicamentos feitos por um dos diretores do estudo.

Em 8 de outubro de 2020, alguns dados reais foram finalmente publicados pelo RECOVERY Collaborative Group. Era intitulado “*Efeito da hidroxicloroquina em pacientes hospitalizados com COVID-19*”.<sup>79</sup> O estudo considerou apenas o tratamento hospitalar com HCQ e não teve qualquer relevância para o tratamento ambulatorial precoce com HCQ. Além disso, havia outros defeitos graves neste ensaio clínico:

- O estudo não foi um ensaio randomizado; em vez disso, a distribuição do medicamento foi randomizada e o momento da administração do medicamento variou amplamente.
- O número médio de dias desde o início dos sintomas [até o tratamento] foi de 9 dias - tarde demais para qualquer efeito do tratamento precoce.

- O estudo sofreu de "confusão por indicação": os pacientes que receberam HCQ já estavam mais doentes do que aqueles que não receberam.
- Como mencionado, a dosagem do medicamento excedeu em muito os 2.800 mg recomendados em seis dias; no entanto, **uma nova análise independente posterior mostrou que o HCQ teve um efeito benéfico significativo em pacientes em um ventilador.**

O diretor do estudo não conseguiu explicar as altas doses injustificadas de HCQ que estava dando aos participantes do estudo, **nem mencionou suas ligações com o caro medicamento concorrente do fabricante Gilead chamado Remdesivir.**

---

*Sem liberar seus dados de HCQ para outros estudarem, o diretor do estudo alegava resultados negativos para o que era apenas mais um estudo inútil de paciente atrasado usando doses tóxicas injustificadas da droga.*

---

Além disso, embora os dados eventualmente apresentados no estudo RECOVERY estivessem corretos, a forma como foram apresentados obscureceu a conclusão da eficácia do HCQ. Essa diferença entre o número de pacientes ventilados no HCQ que morreram de 32,2% e aqueles não no HCQ que morreram de 42,3% é grande o suficiente para que deveria ser relatada. No entanto, o estudo RECOVERY descreveu o HCQ como não oferecendo "*nenhum benefício*". **Os dados foram apresentados de forma a minimizar este resultado.**<sup>80</sup>

Em resumo, existem semelhanças entre todos os estudos negativos usados para desacreditar o HCQ, que incluem um ou mais dos seguintes:

1. O protocolo HCQ testado não foi para a fase ambulatorial inicial da doença. Trata-se de um estudo que confina os pacientes a casos hospitalizados.
2. O protocolo de HCQ testado envolveu dosagens extremamente altas de HCQ (maiores do que as recomendadas pelas diretrizes para QUALQUER aplicação).
3. O protocolo HCQ testado não incluiu a administração de zinco. (HCQ atua como o ionóforo para o zinco entrar na membrana celular e bloquear a replicação do vírus COVID).<sup>81</sup>
4. O protocolo HCQ foi usado em pacientes que não foram estratificados de risco, causando uma diluição de qualquer eficácia (a maioria dos indivíduos não teria sofrido um "resultado" medido de qualquer maneira).

---

*Se aprendemos alguma coisa até este ponto, é que qualquer estudo de drogas COVID daqui para frente deve se concentrar no uso de tratamento precoce.*

---

O estudo britânico RECOVERY e o restante dos estudos da fase tardia tiveram pouco ou nada a dizer sobre isso.

---

*Foi uma falha importante e sinal que o processo de avaliação do FDA não fez essa distinção e que baseou sua revogação nos resultados completos deste estudo ainda não publicados. Há sangue nas mãos do FDA por causa dessa falha.*

---

Como um comentário sobre o que é indiscutivelmente um exagero da FDA com consequências potencialmente trágicas, a Sra. Hinton afirma que os benefícios potenciais do HCQ “*não superam seus riscos conhecidos e potenciais*”.<sup>82</sup> Uma vez que os riscos conhecidos e potenciais de um medicamento que tem sido usado por décadas são virtualmente inexistentes quando o medicamento é prescrito para pessoas sem indicações contrárias, esta afirmação é simplesmente absurda.

---

*Seguindo o comunicado à imprensa do Reino Unido, em 15 de junho de 2020, o FDA revogou sua EUA para HCQ, prejudicando permanentemente a reputação deste medicamento que salva vidas e assustando os médicos ao prescrevê-lo por causa de efeitos cardíacos inexistentes. Determinou que o HCQ era improvável de ser eficaz no tratamento de COVID-19 e que estava causando "eventos adversos cardíacos graves em curso e outros efeitos colaterais graves em potencial ... Os benefícios conhecidos e potenciais da cloroquina e do HCQ não superam mais os conhecidos e potenciais riscos para o uso autorizado".*

---

As razões apresentadas na carta de retirada da EUA real eram totalmente absurdas. Era uma “ciência lixo” e tanto a carta de retirada quanto seu anexo de apoio continham erros grosseiros, declarações não comprovadas e exageradas e interpretações incorretas de dados. Os efeitos colaterais cardíacos que o FDA alegou para o HCQ nunca poderiam ser considerados um fator se a droga fosse usada no início do curso da doença, como originalmente deveria ter sido.

---

*Vários estudos do mundo real agora confirmam que não há efeitos cardíacos adversos em milhares de pacientes quando o tratamento é dado no início do período da doença COVID, em doses recomendadas pelo próprio FDA<sup>83</sup>*

---

Isso foi comprovado em agosto de 2020, quando os primeiros pacientes infectados com COVID receberam vários eletrocardiogramas durante o curso de 5 dias de terapia com HCQ. Não houve mudança na linha de base do ECG do paciente durante ou após o tratamento com HCQ.<sup>84</sup>

Ao pesar a evidência de uma minoria de estudos negativos do HCQ (estágio avançado da doença e / ou com falhas graves no desenho do estudo) em pacientes com COVID, a carta de retirada da EUA não faz menção nem tenta explicar, os maiores de 40 anos (na época) ensaios positivos observacionais e controlados (mas não randomizados).

---

*Esses 40 estudos demonstraram claramente que o HCQ é um medicamento seguro que pode interromper significativamente a progressão dos primeiros pacientes com COVID-19 para o segundo estágio letal mais grave da doença, sem efeitos cardíacos indesejáveis.*

*Esses estudos também reafirmaram que o HCQ poderia reduzir a mortalidade de pacientes com COVID que já haviam progredido para o estágio tardio se administrado imediatamente após a admissão hospitalar*

---

Além disso, o estudo pioneiro da Ford mostrou que este tratamento pode ser baseado na suspeita clínica sem esperar pelos resultados do teste COVID.

## O que Aprendemos Desde a AUE do FDA para a Retirada da HCQ.

Após a retirada da EUA para HCQ, cinco grandes estudos revisados por pares, incluindo ensaios clínicos controlados, demonstraram uma grande eficácia significativa do HCQ como um medicamento antiviral barato quando usado no estágio inicial da infecção por COVID-19.

A primeira semana de julho sozinha foi caracterizada pelo lançamento de dois estudos principais: o grupo Detroit Ford mencionado anteriormente, que mostrou uma redução de 51% na mortalidade de COVID com o uso precoce de HCQ (o medicamento foi administrado na admissão hospitalar) e o grande New York Mount Sinai Hospital experiência com uma redução de mortalidade de 47%.

Um estudo espanhol posterior mostrou uma redução de 66% na mortalidade<sup>85</sup> por COVID e um estudo posterior belga publicado em 25 de agosto também mostrou um benefício de alto nível.<sup>86</sup>

Curiosamente, nenhum dos avisos da FDA e ações tomadas contra o HCQ se aplicavam ao uso aprovado pela FDA para a droga no Lúpus e na Artrite Reumatóide, onde doses periódicas de HCQ eram frequentemente administradas a pacientes com esses distúrbios em doses muito maiores e mais longas do que as recomendadas para aplicações de tratamento COVID.

---

*Atualmente, existem bem mais de 200 artigos de pesquisa médica na literatura que descrevem os efeitos positivos esmagadores do HCQ quando administrado a pacientes com COVID*



*A resposta do FDA e a reação exagerada da mídia tendenciosa aos estudos falhos se combinaram para evitar que os primeiros pacientes ambulatoriais com COVID nos EUA tenham acesso ao HCQ. Esses são os pacientes que mais precisam.*

---

Como mencionado anteriormente, em 8 de setembro de 2020, o Comissário da FDA Stephen Hahn admitiu abertamente durante uma entrevista de rádio que alguns estudos realmente “sugerem um benefício” para o uso de HCQ para infecções por COVID-19. O Dr. Hahn segue um grande grupo de bate-papo na Internet de especialistas nacionais e ele deve ter conhecido a verdadeira história sobre o HCQ por meses após a decisão do FDA, mas ele não fez NADA.<sup>87</sup>

A pergunta mais óbvia a se fazer agora é, se o Comissário da FDA pensa que o HCQ realmente produz um benefício no COVID-19, então explique por que a FDA rejeitou uma proposta para um novo ensaio clínico randomizado de uso inicial (o chamado “padrão ouro”) submetido pelo grupo Detroit Ford para reunir apenas os dados que o Painel de Tratamento COVID-19 aceitaria como não sendo “anedóticos”.

O pedido de novos EUA para este estudo foi negado pelo FDA em uma carta de rejeição recebida em 10 de agosto.

Durante a entrevista de rádio, o Dr. Hahn foi rápido em apontar que os médicos são livres para prescrever o medicamento [HCQ] para uso “off label” e que o FDA “não regulamenta a prática da medicina”. No entanto, alguém pode ter pedido ao Dr. Hahn na época para tentar prescrever uma receita para si mesmo em Arkansas, Washington DC, Nova York ou qualquer um dos 42 outros estados que proibiram o HCQ por causa das ações do FDA. **As próprias administrações hospitalares baniram o uso desta droga para o tratamento hospitalar precoce, apesar da pesquisa publicada revisada por pares.**

---

*Na realidade, a situação dos médicos particulares que prescrevem o medicamento está fora de controle e tanto os pacientes quanto os médicos estão apavorados com o medicamento. Os médicos pararam de escrever roteiros para pacientes ambulatoriais e os governadores do Arizona e Michigan realmente proibiram o uso da droga para COVID em seus estados. Outros estados seguiram logo.*

---

Além disso, vários professores de medicina respeitados que se manifestaram a favor do HCQ foram silenciados pelos reitores de suas faculdades de medicina em Connecticut, Detroit e em outros lugares.<sup>88</sup>

Os médicos que defendiam publicamente a droga eram ameaçados por seus planos de saúde e ocasionalmente demitidos. Os médicos da prática privada estavam sendo investigados pelos Conselhos Médicos estaduais. Alguns foram ridicularizados pessoalmente pela imprensa e caluniados nas redes sociais.<sup>89</sup>

Este foi um comportamento vergonhoso dirigido contra profissionais médicos altamente treinados que estavam simplesmente fazendo o melhor para salvar vidas humanas e controlar o número crescente de casos.

Não eram apenas os médicos que estavam sendo atacados. Alguns conselhos de farmácias estaduais começaram a ameaçar os farmacêuticos e a forçar os pacientes a revelar sua condição médica e por que eles tinham uma receita para o medicamento.<sup>90</sup> Cerca de 42 estados impuseram restrições determinando o que os médicos poderiam prescrever aos seus pacientes ou o que as farmácias poderiam usar para preencher as receitas.

---

*Todo esse comportamento nojento foi baseado em um punhado de ensaios clínicos falhos que nunca foram projetados para pesquisar a fase de uso inicial recomendado do processo da doença COVID. Parecia que para cada lote de artigos de pesquisa positivos publicados no HCQ, havia um estudo de fase final defeituoso publicado mostrando nenhum efeito ou um efeito prejudicial da droga em pacientes com COVID.*

---

Todos esses artigos negativos tinham falhas e nunca deveriam ter passado pelo processo de revisão por pares. Nos bastidores, os editores de algumas das revistas de maior prestígio reclamaram em particular de que estavam sendo forçados a publicar os estudos falhos.<sup>91</sup>

Isso levanta a questão de quem estava influenciando esses editores ... e por quê? Quem teria mais a ganhar desacreditando um medicamento que poderia controlar a pandemia de COVID nos EUA? Quem poderia exercer esse tipo de influência sobre as revistas médicas?

Pelo menos uma resposta pode ser encontrada nos caminhos de aprovação muito mais fáceis dados pelo FDA para tratamentos muito mais caros do que o HCQ - para o benefício de um lobby das Big Pharma que tinha interesse nesses tratamentos mais caros.

## O FDA Promove Tratamentos Alternativos Caros e Ineficazes para HCQ

Em 23 de agosto de 2020, o FDA anunciou um EUA para o uso de plasma convalescente em pool para o tratamento precoce de infecções por COVID. O custo foi de cerca de US \$ 1.000 por tratamento e teve que ser administrado por via intravenosa, o que impede qualquer uso ambulatorial precoce. Isso não passou despercebido pelo Grupo Ford em Detroit, que escreveu uma carta imediata ao FDA, alegando corretamente que havia mais justificativa de pesquisa para reautorizar os EUA para estudos de uso precoce para HCQ, do que o que foi apresentado ao FDA para seus EUA no que diz respeito ao plasma convalescente.

Dados alarmantes recentes indicam que parte do plasma convalescente pode realmente ser prejudicial porque pode conter anticorpos que bloqueiam o Interferon, uma substância química natural produzida pelo corpo para ajudar a combater uma infecção viral grave.<sup>92</sup>

Quanto ao Remdesivir, é o medicamento preferido pelo Dr. Anthony Fauci para o COVID-19, um medicamento que também deve ser administrado em ambiente hospitalar e custa vários milhares de dólares para um curso de tratamento. Em 28 de agosto de 2020, o FDA anunciou que Remdesivir havia recebido uma AUE para ser usado em todos os pacientes hospitalizados com COVID-19.<sup>93</sup> Isso apesar do fato de que nenhuma pesquisa publicada apoiou o uso generalizado da droga na época.

Com o HCQ agora sem AUE, e conselhos médicos e farmacêuticos estaduais proibindo o uso da droga, todos os pacientes do COVID foram agora relegados a receber Remdesivir como terapia, a um custo de milhares de dólares por paciente contra cerca de US \$ 12 por paciente para o HCQ. Além disso, o seu acesso ao Remdesivir viria apenas depois de a doença ter progredido a ponto de necessitarem de hospitalização.

O efeito líquido foi que com apenas um suprimento intermitente de Remdesivir durante o verão, muitos pacientes não receberiam nenhum medicamento antiviral, e milhares de americanos morreriam, embora mais de 62 milhões de comprimidos de HCQ - o suficiente para tratar cerca de 5 milhões de americanos em uso inicial - estavam no Estoque Estratégico Nacional.

Em 19 de outubro, os resultados do ensaio SOLIDARITY da Organização Mundial da Saúde foram publicados. Este estudo acompanhou 11.266 adultos hospitalizados em 405 instalações em 30 países e descobriu que Remdesivir tem pouco ou nenhum impacto na mortalidade, nenhuma redução na necessidade de ventilação mecânica, nenhuma redução no tempo de melhora clínica e nenhum efeito em qualquer outro desfecho importante para os pacientes. A OMS agora afirma que o Remdesivir não é para uso em nenhum paciente hospitalizado.<sup>94</sup>

Ainda assim, em 22 de outubro, apesar da falha do Remdesivir em ter qualquer impacto sobre os pacientes hospitalizados, o medicamento foi formalmente aprovado pelo FDA para tratar pacientes adultos e pediátricos hospitalizados com 12 anos de idade ou mais.<sup>95</sup>

Nos EUA, a Força-Tarefa COVID-19 continuou a manter a Doutrina Fauci-Hahn de insistir nos resultados dos testes e colocar os casos em quarentena em casa até que estivessem doentes o suficiente para ir ao hospital e receber oxigênio. Até dezembro de 2020, o painel de tratamento do NIH COVID-19 e o Dr. Anthony Fauci não recomendam nenhum tratamento para os casos de COVID até que sejam admitidos no hospital e necessitem de oxigênio suplementar.

Isso é pura insanidade.

### Sangue nas Mãos de Fauci e do NIH

Vendo a conduta do FDA junto com a do Dr. Anthony Fauci e do NIH ao longo do tempo, ficou muito claro em meados de março de 2020 que o HCQ estava tendo um grande efeito positivo nos pacientes com COVID. Se o Dr. Fauci e o Painel de Tratamento COVID-19 do NIH<sup>96</sup> realmente consideraram os estudos iniciais abaixo do padrão, por que Fauci e este painel não direcionaram imediatamente os esforços para iniciar o que o Dr. Fauci considerou publicamente como Ensaio Randomizados Controlados adequados deste medicamento em pacientes ambulatoriais?

Aqui está a tragédia: o uso de um medicamento antiviral foi claramente delineado no Plano Nacional de Pandemia para Vírus de RNA Respiratório (Plano Nacional de Influenza Pandêmica atualizado em 2017).<sup>97</sup> Não está claro por que a Força-Tarefa COVID-19 não promoveu a doutrina de iniciar um programa para o tratamento ambulatorial precoce de pacientes virais de alto risco com HCQ antes que eles precisassem de hospitalização. Foi uma falha catastrófica.

Na verdade, o HCQ estava funcionando. Por ser um medicamento barato e fácil de administrar, encaixava-se perfeitamente no Plano Nacional de Pandemia, e Fauci e o NIH claramente tinham o financiamento. Em vez disso, o Painel de Tratamento COVID-19 ignorou completamente o enorme valor operacional potencial do uso precoce do HCQ para reduzir os requisitos de emergência médica do hospital e minimizar as mortes.

---

*Este foi um erro fatal e crítico que não deveria ter sido cometido por alguém com a tarefa principal de informar os líderes nacionais sobre as possíveis soluções para o problema da pandemia COVID..*

*Com a falta de orientação nacional sobre a necessidade de ensaios ambulatoriais para HCQ, o medicamento continuaria a ser experimentado em pacientes hospitalizados onde, como os ensaios clínicos do Remdesivir favorito de Fauci logo mostrariam, qualquer medicamento antiviral não seria eficaz.*

---

Muitos ensaios clínicos para HCQ estavam sendo conduzidos em pacientes em fase tardia. Apenas alguns deles estavam medindo marcadores sanguíneos de fase aguda e outros detalhes clínicos, então havia realmente pouco a aprender com esses testes - exceto pelo fato de Hidroxi Histeria de que o HCQ foi incapaz de exercer seu efeito máximo em pacientes tardios quando agrupados como um coorte com uma gravidade diferente de patologias de fase tardia.

### **O Sangue Está nas Mãos do FDA**

É tão claro agora como estava então, que a FDA estava incorreta em sua emissão de um AUE para pacientes hospitalizados em vez de uma Autorização IND para o uso de HCQ em pacientes ambulatoriais e estava incorreto em sua retirada dos EUA que emitiu.

- Nenhum outro medicamento para Covid-19 demonstrou repetidamente e de forma consistente os benefícios, perfil de segurança para uso precoce, baixo custo, facilidade de fabricação, dispensação rápida e facilidade de uso ambulatorial, então HCQ quando usado sob supervisão de um médico. É até vendido sem receita em alguns países.
- Nenhum outro medicamento, quando utilizado adequadamente por médicos privados e autoridades de saúde pública, tem uma capacidade tão dramática de minimizar as

admissões de pacientes com COVID ao hospital e reduzir o número de mortes por COVID em populações de alto risco.

A triste verdade é que o FDA não só falhou em manter um controle adequado da indústria farmacêutica e selecionar o melhor medicamento para o gerenciamento operacional da pandemia de COVID, mas também auxiliou os interesses da empresa farmacêutica eliminando o uso do mais próximo concorrente do Remdesivir (que era HCQ).

## VII. Dados Operacionais do Mundo Real e Capacidade do HCQ de Controlar Surtos na Comunidade

O uso generalizado de HCQ em todo o mundo nos diz muito sobre o uso prático do medicamento para controlar surtos na comunidade e reduzir as taxas de mortalidade. Para estabelecer o predicado para uma análise do uso de HCQ em todo o mundo, vamos propor a seguinte **Lei de Ferro dos Pandemias de Hatfill / Navarro**:

---

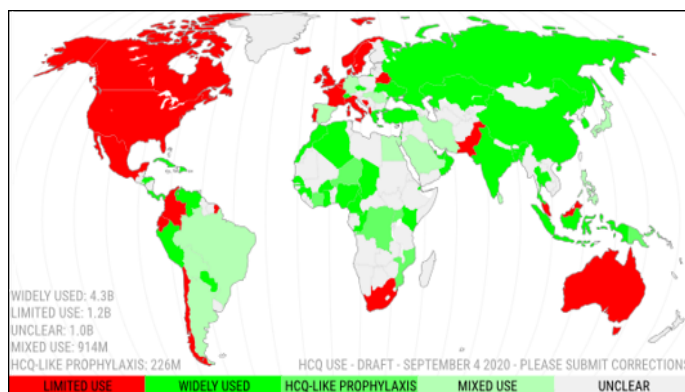
*Drogas experimentais caras como o Remdesivir, que se limitam ao uso em pacientes hospitalizados, não terão impacto no controle de uma pandemia na comunidade.*

---

Embora o tratamento medicamentoso em regime de internação seja importante para reduzir a mortalidade, ele não faz nada para interromper o ciclo de infecção fora do hospital, diminuir a demanda por profissionais de saúde emergenciais adicionais, reduzir a demanda por leitos hospitalares e os requisitos de ventiladores de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pessoal especializado da UTI.

### Uso de HCQ ao Redor do Mundo

A Figura 5 ilustra que cerca de um quarto da população mundial está usando HCQ para infecções por COVID-19. Países como Espanha, Itália, França e Arábia Saudita à Índia, Suíça, Turquia e outros países reduziram suas taxas de infecção quando o HCQ foi empregado em uma estratégia ambulatorial de tratamento precoce.

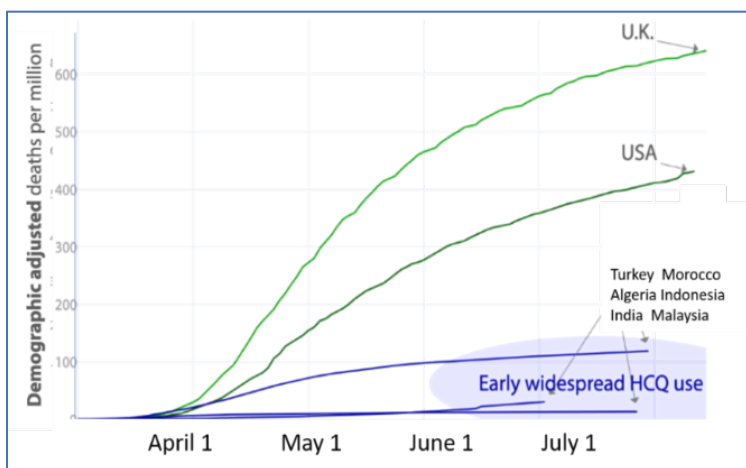


**Figura 5.** HCQ de uso mundial precoce como parte de uma resposta nacional à pandemia (verde) Fonte: c19study.com

Todos os países que publicaram seus resultados observacionais com HCQ mostram claramente que o uso precoce desse medicamento pode reduzir drasticamente a mortalidade por COVID-19 (Figura 5). Novamente, não houve nenhuma epidemia relatada de déficits de condução cardíaca associados nesses países associados ao uso de HCQ.

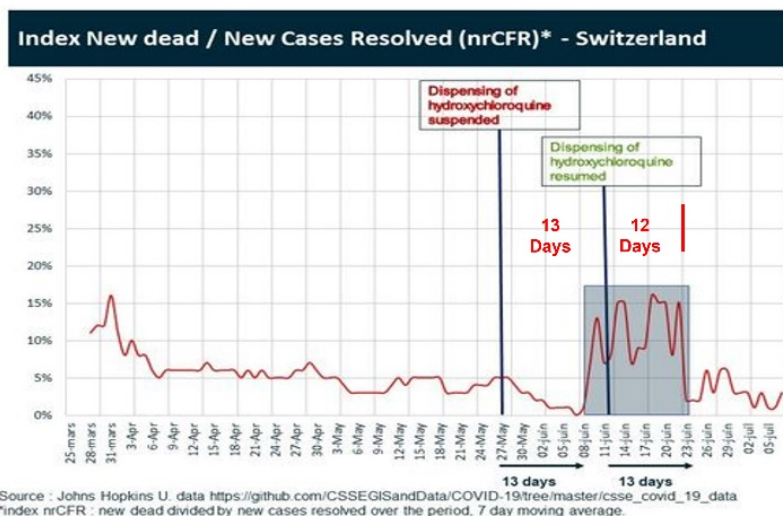
### HCQ e Taxas de Mortalidade em Todo o Mundo

A Figura 6 ilustra a diferença dramática nas taxas de mortalidade medidas por mortes por milhão em países como os EUA e o Reino Unido, que desencorajaram o uso de HCQ, em comparação com países como Argélia, Índia, Indonésia, Malásia, Marrocos e Turquia, que inicialmente usaram estratégias de tratamento precoce agressivo com o uso de HCQ. Este número é realmente impressionante, pois indica mortalidade significativamente mais alta para o Reino Unido e os EUA. O Canadá também não conseguiu usar o HCQ no uso ambulatorial precoce. Teve uma taxa de mortalidade na primeira onda por milhão que era quase idêntica a 47 estados dos EUA (se a grande mega região da cidade de Nova York / Nova Jersey fosse excluída).



**Figure 6.** Os EUA e o Reino Unido versus países usando agressivamente o HCQ. c19study.com

Na Suíça e no Panamá, quando o HCQ foi banido, as mortes diárias de COVID aumentaram e, quando as autoridades alarmadas trouxeram a droga de volta, as mortes diárias foram reduzidas de volta ao nível de referência.<sup>98</sup>



**Figura 7.** Uso de HCQ na Suíça. Gráfico por *France Soir*.

Não se trata apenas de dados anedóticos, e demonstra que gastar bilhões de dólares para encontrar um novo medicamento caro para tratar pacientes gravemente enfermos de COVID admitidos no hospital não faz absolutamente nada para impedir uma pandemia ou reduzir o número final de mortes. Quando passamos de estudos de caso agregados para estudos de caso individuais de regiões específicas, o caso de HCQ se torna ainda mais atraente.

## O caso da Índia - A Grande Imagem

Por causa de sua população de alta densidade, era uma conclusão precipitada que a Índia teria um grande problema de COVID. No entanto, a Índia não esqueceu sua história. A súbita perda de 18 a 20 milhões de seus cidadãos durante a grande pandemia de influenza de 1918<sup>89</sup>, bem como o grande surto de peste bubônica no país em 1994, reforçou a necessidade da nação de agir rapidamente com um sério problema infeccioso de saúde pública.

A Índia levou as pandemias a sério e não perdeu tempo em interromper suas exportações de ingredientes farmacêuticos ativos e HCQ manufaturado para o resto do mundo (incluindo os EUA). Foi uma sorte que a administração dos Estados Unidos já havia agido com antecedência para estocar HCQ (embora em breve seria em vão).

Na Índia (como nos EUA), o teste rápido COVID não estava amplamente disponível e, se fosse, os resultados voltavam tarde demais para fazer muita diferença. As autoridades médicas da Índia resolveram esse problema publicando uma definição de caso padrão para COVID que os médicos poderiam usar para fazer um diagnóstico provisório. Isso foi baseado na suspeita clínica de um médico seguida por um curso de tratamento padrão, curto e precoce de HCQ.

Esse tratamento ambulatorial amplamente difundido, seguro e dirigido por médicos, em grande parte independente de testes laboratoriais confirmados, não era uma prática nova. Os médicos vinham fazendo isso há séculos e, ao contrário dos EUA, a própria mídia nacional independente da Índia apoiava totalmente esse esforço.

Em 17 de julho, o Ministério da Saúde da Índia relatou 34.956 casos adicionais de COVID confirmados em um dia. Com 1,2 bilhão de pessoas, os números reais de infecção não confirmada na Índia devem ser enormes. No entanto, a Índia teve apenas 25.602 mortes de COVID naquela época. Isso era seis vezes menos do que os Estados Unidos na mesma data.

O estimado Dr. Venkata Ram do Multispecialty Apollo Hospitals and Health System na Índia representa uma voz confiável, e ele afirmou repetidamente que as contagens totais de mortes na Índia são realmente precisas. Com números precisos de mortalidade, tudo isso implora por uma explicação.

Por que a Índia teve um número total tão baixo de mortes por COVID?

---

*A razão para o baixo número de mortes totais na Índia é que a nação trabalhou arduamente para tentar construir uma resposta geral à pandemia com a capacidade de detectar casos COVID precocemente e tratá-los e seus contatos com HCQ. Esses casos ambulatoriais sintomáticos tratados precocemente evitavam em grande parte a necessidade de hospitalização.*

---

No final de agosto de 2020, milhares de profissionais de saúde dos EUA haviam sido infectados com COVID. Injustificadamente, não existem registros abrangentes dos EUA, mas estima-se que cerca de 600 a 1.000 profissionais de saúde morreram de infecções por COVID naquela época. A evidência do mundo real da Índia sugere que a maioria dessas mortes nos EUA teriam sido evitadas por profilaxia pré-exposição ou por tratamento precoce com HCQ. Esses primeiros casos de tratamento ainda podem ter ficado doentes, mas com uma doença amplamente autolimitada e eles não teriam morrido.

## O Caso da Índia - O Experimento de Dharavi

Em 2020, o teste final para a Índia - e para o HCQ - viria na forma de um surto de COVID em Dharavi. Este subúrbio de Mumbai é uma das áreas de favela mais densas do mundo, com cerca de 650.000 pessoas amontoadas em 2,5 quilômetros quadrados. Este é o lugar onde o filme Slumdog Millionaire foi parcialmente filmado. Em comparação, a cidade de Nova York tem apenas cerca de 95.605 pessoas em 2,5 quilômetros quadrados. Era impossível a distância social em Dharavi e a favela representava um desastre apocalíptico de doenças infecciosas esperando para acontecer.

O equivalente do governo indiano da Força-Tarefa COVID-19 dos EUA é chamado de Conselho Indiano de Pesquisa Médica (ICMR). Ela havia feito planos firmes para usar entrevistas de sintomas generalizadas para sintomas de COVID, medição de temperatura e oximetria de pulso para triagem de indivíduos infectados. Não era exatamente alta tecnologia, mas a velocidade era essencial. Não havia tempo para esperar os resultados do laboratório.

Essa triagem de entrevista seria seguida por rastreamento de contato próximo. Tanto o caso suspeito quanto os indivíduos com quem eles estiveram em contato próximo seriam colocados em



quarentena e, em seguida, tratados com início imediato no HCQ. Os casos ativos seriam transportados para um dos muitos centros de quarentena / tratamento instalados na área.<sup>101</sup>

O primeiro caso em Dharavi foi detectado em 1º de abril, em um dono de uma loja de roupas de 56 anos que morreu no mesmo dia. A área já estava fechada e um pequeno exército de 2.450 profissionais de saúde desceu rapidamente sobre a favela. Lá, eles se uniram à Associação de Médicos local e aos médicos particulares que eram os principais provedores de saúde da área. Esses médicos locais tinham um longo relacionamento com seus pacientes, incluindo os trabalhadores migrantes e os lojistas.

Ao mesmo tempo, outras autoridades começaram a converter escolas locais, salas de casamento e centros comunitários em instalações gratuitas de quarentena com alimentos, exames regulares, assistência médica gratuita, HCQ e quaisquer exames laboratoriais disponíveis.<sup>102</sup>

Isso também fazia parte do plano de pandemia dos EUA, que nunca foi iniciado.

As equipes indianas do COVID concentraram-se em cinco zonas que consideraram de alto risco devido às infecções iniciais e foram para essas áreas de forma proativa à procura de pacientes. Usando conjuntos de proteção de corpo inteiro, essas pequenas equipes de funcionários de saúde e médicos locais se dividiram e começaram a percorrer os becos estreitos e lotados e os caminhos de Dharavi, batendo em portas e testando as pessoas em suas casas a partir das 9h todos os dias. Esses trabalhadores ministraram não apenas o HCQ, mas também educação em saúde, distribuíram máscaras, explicaram seu uso e porque eram importantes, e tentaram acalmar os medos em torno da doença.

---

*Dharavi foi um esforço comunitário, não uma ação policial.*

---

Se os médicos determinassem que alguém estava possivelmente infectado, as autoridades isolavam a casa do paciente, bem como todo o quarteirão. Os “guerreiros COVID” voluntários garantiram que essas áreas de contenção recebessem suprimentos gratuitos de alimentos essenciais e remédios. Os pacientes infectados que precisavam de tratamento mais avançado foram transferidos para centros de quarentena/tratamento gratuitos.

Ao contrário da situação na maioria dos hospitais dos EUA, os pacientes COVID na Índia estavam sendo hospitalizados em centros de tratamento especial separados. O uso de “Centros de cuidados alternativos” foi descrito no U.S. National Pandemic Plan. No entanto, foi amplamente ignorado pelas autoridades locais nos Estados Unidos, que não planejaram com antecedência. O resultado líquido foi a sobrecarga de muitos dos hospitais do país com pacientes altamente infecciosos e a interrupção dos serviços médicos normais para casos não COVID.

Na segunda semana de abril, as autoridades indianas e médicos particulares examinaram 47.500 pessoas nas zonas de alto risco de Dharavi. Dos que relataram sintomas, 20% contraíram COVID-19 em testes posteriores. Ao todo, cerca de 9.500 pessoas na favela seriam colocadas em quarentena.

Em 20 de abril de 2020, o número de casos diminuiu, os exames de porta em porta puderam ser interrompidos e os 350 médicos particulares receberam apoio para reabrir suas clínicas comunitárias. O pânico sobre a doença havia se acalmado e as pessoas agora estavam lutando individualmente. Eles sentiram que eram parte da solução e se sentiam mais à vontade para visitar médicos para serem examinados caso desenvolvessem sintomas.

Dos 2.450 profissionais de saúde em profilaxia HCQ que operavam diariamente neste ambiente altamente contaminado, apenas 30 acabariam por apresentar teste positivo para COVID-19 e a maioria com apenas infecções secundárias.

---

*A taxa de infecção de COVID-19 de Dharavi caiu drasticamente de abril a junho. Em 9 de julho, as novas infecções estavam quase chegando a zero. O princípio operacional era examinar, tratar com HCQ e zinco, colocar em quarentena, rastrear contato, colocar em quarentena, tratar, educar e repetir. Estas foram as chaves para prevenir um desastre humanitário.*

---

Em meados de julho, a Índia havia relatado 27.497 mortes de COVID-19 em todo o país. Com uma população de 1,3 bilhão, esse é um número extremamente baixo de mortalidade total de **19 por milhão** (0,002 por cento). Isso foi dramaticamente inferior ao de alguns países europeus como a Espanha, com **607 mortes por milhão**, e a **França, com 461**. No entanto, isso não foi nada comparado com a taxa de mortalidade nos Estados Unidos, onde as 139.659 mortes relatadas ao mesmo tempo pelo CDC em 19 de julho de 2020 representava um total de **2.291 por milhão**. Essa foi uma taxa nos EUA cerca de 20 vezes a da Índia. Por que?

---

*Uma das principais razões para a alta taxa de mortalidade nos Estados Unidos foi a política inexplicável promovida pelo Dr. Anthony Fauci no NIH junto com a Dra. Janet Woodcock e o Dr. Stephen Hahn na FDA. Essa "estratégia" era manter os primeiros pacientes infectados em quarentena em casa e sem tratamento até que ficassem tão doentes que precisassem ser internados em um hospital. Uma vez no hospital, eles receberiam o HCQ, que não funcionaria bem, porque os pacientes agora estavam muito doentes.*

---

O sucesso do HCQ em Dharavi foi amplamente ignorado tanto pela grande mídia internacional quanto pelas revistas médicas. No entanto, a Índia logo se juntaria aos Estados Unidos na proibição do uso de HCQ. Em 6 de junho de 2020, o Ministério da Saúde da União retirou o HCQ de seu protocolo de tratamento Covid-19.<sup>100</sup>

Daquele momento em diante, a história seria mudada e os artigos e jornais médicos recentes agora afirmam que os “bloqueios” sociais foram responsáveis pelo sucesso em Dharavi, sem nenhuma menção ao tratamento ambulatorial do HCQ. **Em sua nova diretriz COVID de nove páginas, o Diretório Indiano de Serviços de Saúde não fez nenhuma menção ao HCQ ou à ivermectina,**

**ambos já haviam demonstrado ter um efeito demonstrável em populações infectadas com COVID-19.**

Esta má decisão foi resultado das críticas de alguns dos "especialistas" nacionais da Índia que ignoraram a experiência prática de Dharavi e, em vez disso, seguiram as orientações dos EUA e da OMS e, como o Dr. Fauci, eles apontaram incorretamente a falta de evidências baseadas em estudos para o uso de HCQ para COVID-19.<sup>101</sup>

As novas diretrizes do governo indiano contradizem as recomendações anteriores feitas pelo Conselho Indiano de Pesquisa Médica (ICMR). Apesar dos protestos médicos ao governo, as diretrizes do ICMR que promovem o uso do HCQ inicial para Covid-19 foram ignoradas. O uso de HCQ estava agora em desuso e a Índia logo pagaria o preço por essa decisão incorreta.

Sem o HCQ, o programa de triagem e os centros de quarentena continuariam, mas com foco em “bloqueios” e na identificação de infecções e no seu isolamento precoce. Era um conceito falho e, como nos Estados Unidos, as taxas de infecção na Índia disparariam em breve.

Em agosto de 2020, a Índia, como nação, novamente começou a experimentar um aumento repentino de casos diários, à medida que o governo começou a aliviar suas restrições para ajudar a economia. Em 30 de agosto, a Índia registrou 75.928 novas infecções em um único dia (um novo recorde mundial). O total de mortes nacionais de Hindús naquela época foi de **64.547 com 960 novas mortes registradas naquele dia** em uma população de 1,2 bilhão. Na mesma data nos **EUA, as novas mortes de COVID naquele período eram de 1.184** em uma população de apenas 320 milhões.

Em 8 de setembro de 2020, o total de mortes diárias por COVID na Índia havia saltado para mais de 1.201 por dia, com 97.570 novas infecções diárias e 77.472 mortes acumuladas no total. Com o uso de HCQ agora bloqueado pelo governo, os casos de COVID da Índia atingiram um pico rapidamente em meados de setembro, com 97.894 novos casos naquele dia, após os quais as taxas de infecção cairiam por conta própria para 8.653 em 1º de fevereiro de 2021.

Infelizmente, sem um tratamento ambulatorial precoce, no final de fevereiro de 2021, a Índia iniciou sua segunda onda de infecções nacionais.

---

*Sem o uso de HCQ, a Índia seria relegada a usar seu sistema para detecção rápida de casos e quarentena para impedir qualquer aumento exponencial de casos. Não teria sucesso neste esforço e, em 28 de abril de 2021, as infecções diárias na Índia aumentaram exponencialmente para 379.308 novas infecções por dia. A segunda onda atingiria o pico em 6 de maio de 2021, com quase inimagináveis 414.188 novos casos diários em todo o país.*

---

O processo de bloqueio, identificação rápida de casos e quarentena sem tratamento com HCQ não conseguiu controlar a catastrófica segunda onda nacional de infecções na Índia. No entanto, quando o sucesso anterior do controle de COVID em Dharavi não pôde mais ser ignorado, vários

artigos revisados por pares apareceram em 2021 divulgando a eficácia dos bloqueios, detecção precoce de casos, quarentena e rastreamento de contato de casos.

---

*Nos artigos revisados por pares sobre o surto na Índia colocados no motor de busca PubMed de acesso geral do NIH, o uso de hidroxicloroquina nunca é mencionado.<sup>102</sup>*

---

Após a proibição do HCQ, qualquer sugestão da eficácia do uso do HCQ em Dharavi foi minimizada pela grande mídia e periódicos médicos e, em vez disso, atribuída apenas às medidas ineficazes que não conseguiram conter suficientemente a segunda onda maciça de infecções por COVID-19 em o país.<sup>103</sup>

---

*Achamos incrível que tenha havido uma campanha tão sistemática por parte da mídia e certas elites científicas contra o uso do HCQ, apesar da preponderância de evidências científicas indicando sua segurança e eficácia em aplicações terapêuticas e profiláticas. Isso beira o absurdo, e há sangue em muitas mãos para suprimir um medicamento barato e eficaz que é extremamente benéfico e seguro de usar.*

---

O Uttar Pradesh é uma área da Índia que contém 241 milhões de pessoas. A população dos Estados Unidos é de 320 milhões de pessoas. Portanto, Uttar Pradesh pode ser aproximadamente comparado aos Estados Unidos, no que diz respeito ao tamanho de sua população. Como a segunda onda da pandemia indiana continuou, e a proibição do HCQ permaneceu em vigor, Uttar Pradesh adicionou o medicamento Ivermectina ao seu protocolo de gerenciamento ambulatorial COVID-19. Em uma resposta que foi mantida, a população passou de cerca de 35.000 casos e 350 mortes por dia para quase ZERO dentro de semanas de adicionar ivermectina ao seu protocolo de tratamento inicial. Assim, enfatizando a necessidade de tratamento ambulatorial precoce. Em 5 de agosto de 2021, Uttar Pradesh, usando ivermectina, teve um total de apenas 26 novos casos e exatamente TRÊS mortes.

**Uttar Pradesh usando Ivermectina: População 240 milhões [4,9% vacinada] 5 de agosto de 2021**

- Casos Diários COVID: 26
- Mortes Diárias COVID: 3

**Os Estados Unidos sem tratamento ambulatorial: População 320 milhões (50,5% vacinada) 5 de agosto de 2021**

- Casos Diários COVID: 127.108
- Mortes Diárias COVID: 574

Em contraste com Uttar Pradesh, Tamil Nadu é uma área da Índia que rejeitou o uso de Ivermectina e, em vez disso, seguiu a doutrina Fauci-Hahn dos EUA de nenhum tratamento ambulatorial para

COVID-19 e, em seguida, usar Remdesivir quando o paciente precisava de hospitalização.<sup>105</sup> Como esperado, Tamil Nadu logo lideraria a Índia no número de casos diários de COVID-19.<sup>106</sup>

Tamil Nadu continua sofrendo por sua escolha de rejeitar a ivermectina. Como resultado, a variante Delta do vírus COVID-19 continuou a devastar seus cidadãos enquanto era virtualmente exterminada nos estados usuários de ivermectina.<sup>106</sup> Da mesma forma, nos Estados Unidos, sem ivermectina, tanto os vacinados quanto os não vacinados continuam a espalhar a variante Delta do vírus COVID-19, como um incêndio.

A FDA americana continua a proibir qualquer uso de HCQ ambulatorial ou ivermectina para COVID-19 fora de um ensaio clínico.<sup>107</sup> Apesar de várias coalizões de médicos para promover o tratamento ambulatorial e seminários para educar médicos de hospitais e decisões judiciais para forçar os hospitais a permitir a ivermectina para pacientes selecionados, a mídia tendenciosa continua a minimizar qualquer tratamento ambulatorial barato. A Wikipedia continua a censurar ou difamar tratamentos ambulatoriais para COVID-19, bem como médicos como o Dr. Peter McCullough e outros, que foram fundamentais na tentativa de devolver o HCQ e a ivermectina ao tratamento clínico ambulatorial de COVID-19.

Um leitor de qualquer artigo da Wikipedia deve sempre ler a seção "conversa" para ir aos bastidores e entender o que os editores NÃO querem que você leia.

## O Caso do Brasil - Uma Guerra Civil da HCQ

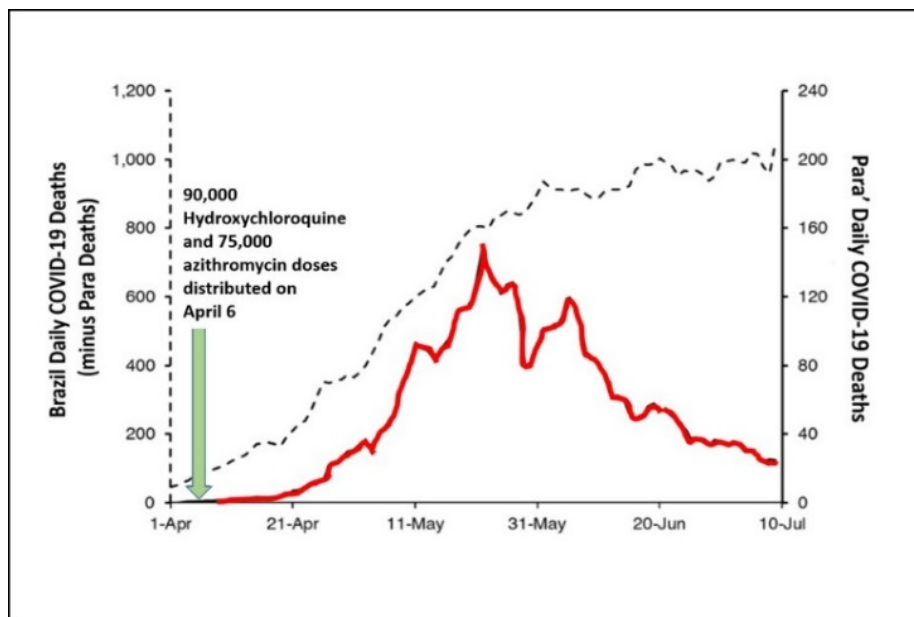
O Brasil representa uma boa analogia da situação nos Estados Unidos. Foi o segundo país do mundo depois dos EUA a registrar mais de 50.000 mortes por Covid-19. Assim como os EUA, o país estava politicamente fracionado com a maioria dos 26 estados do país se opondo ao uso do HCQ simplesmente porque o presidente do Brasil e seus assessores eram favoráveis ao seu uso.

Em 15 de maio de 2020, o governo decretou o uso autorizado de HCQ para todos os pacientes (incluindo casos ambulatoriais) e 10 dias depois, os estados que permitiam o uso da droga começaram a ver um platô em suas mortes diárias de COVID, apesar de um número crescente de casos nacionais. Essa queda de fatalidades em áreas específicas parecia ser real e não um artefato. Em contraste, os estados brasileiros que se opuseram ao uso do HCQ apresentaram um aumento drástico no número de casos, hospitalizações e mortes cada vez maiores. Os estados onde conflitos políticos dificultavam a aceitação do HCQ para o controle da pandemia estavam servindo como um Grupo de Controle inadvertido.

O estado do Pará, no norte do Brasil, aceitou o HCQ como um tratamento ambulatorial precoce para COVID-19 e foi o primeiro estado a reverter a direção. O número de casos de COVID-19 recém-identificados no Pará tinha aumentado diariamente de 1º de abril a 28 de maio. Os médicos haviam feito uma forte petição para que o HCQ fosse usado em todos os estados brasileiros e mais de 100 médicos se reuniram com o presidente brasileiro para implorar por um usar opção ambulatorial para HCQ mais suplementos de azitromicina e zinco.

No dia 6 de abril, a rede hospitalar pública do Pará adquiriu 75 mil doses de azitromicina e 90 mil doses de HCQ e passou a distribuir na região nas semanas seguintes. Após cerca de cinco semanas, a contagem de mortes no Pará caiu drasticamente.

Poucas semanas após o início da distribuição dos medicamentos, os números da mortalidade no Pará caíram drasticamente. (Figura 6). O Brasil, fora do Pará, não estava usando sistematicamente HCQ e azitromicina durante este período e essas mortes diárias de COVID-19 continuaram a aumentar.



**Figura 8.** Pará e Brasil-menos-Pará. Mortes Diárias COVID-19, 1 de abril - 9 de julho de 2020. (Linha contínua vermelha, mortes diárias COVID-19 no Pará). (Linha tracejada, mortes diárias COVID-19 no resto do Brasil ). Fonte: Ministério da Saúde Brasil. Julho de 2020.<sup>104</sup>

---

*O tratamento medicamentoso agressivo foi iniciado e, em 12 dias, o número de casos hospitalizados atingiu um patamar. Este intervalo de tempo de 12 dias para efeito também foi observado na França e na Suíça durante suas próprias experiências de HCQ.*

---

Há outro ponto importante a ser feito aqui: enquanto os testes de PCR do COVID-19 aumentaram no Brasil (ainda baixo), em maio de 2020, eram apenas cerca de 5.000 testes por 1 milhão de habitantes. A redução nas internações hospitalares demonstrou que em regiões como o Pará, onde havia escassez de testes, o uso do HCQ com base no julgamento clínico do próprio médico para um diagnóstico provisório de COVID foi seguro e eficaz.

Antes do início da doutrina do HCQ, o Brasil tinha uma das maiores novas infecções diárias per capita do mundo e o sistema de saúde do Pará estava em total colapso. No entanto, em poucas semanas, a situação no Pará foi controlada enquanto, ao mesmo tempo, o número diário de novos casos no resto do Brasil aumentava dramaticamente.

O efeito foi mais dramático no nível do hospital local, conforme evidenciado pelas admissões em hospitais gerais e necessidades de leito na Unidade de Terapia Intensiva (Figura 9). Os hospitais Hapvida HMO no estado também adquiriram os medicamentos e passaram a utilizá-los no mesmo período. Os médicos locais escreveriam as receitas e a Unimed Belém usou uma estratégia de quiosque drive-through para distribuir embalagens de pílulas de protocolo lacradas de cor verde para uso na fase inicial do COVID. As instruções de uso foram impressas no lado externo. Eles também distribuíram cerca de 10.000 pacotes para a profilaxia de profissionais de saúde de alto risco em Belém.



**Figura 9.** Hospital Unimed Belém. Total de admissões hospitalares, admissões em UTI e admissões em leito geral durante o uso agressivo de HCQ em pacientes ambulatoriais na comunidade regional.<sup>105</sup>

O caso do Pará oferece uma demonstração convincente e bem-sucedida em grande escala da eficácia comunitária do HCQ no controle de um surto pandêmico de COVID-19. Essa era a mesma doutrina usada em partes das favelas urbanas da Índia e era a doutrina de emergência que havia sido planejada e **iniciada nos Estados Unidos até ser inibida pelo FDA.**

Logo após os resultados do Pará, mais de 10.000 médicos brasileiros (“Médicos pela Vida”) começaram a usar esse “coquetel de tratamento” sem restrições estaduais. Este programa de tratamento precoce estava mostrando efeitos em Manaus e em outras áreas no que diz respeito à redução da mortalidade por COVID e hospitalizações, embora ainda houvesse alguma relutância de alguns médicos em usar o HCQ.

No entanto, como nos EUA e na Índia, as decisões incorretas do FDA dos EUA e da OMS levaram ao abandono do HCQ tanto para profilaxia quanto para tratamento precoce no Brasil, com a consequente sobrecarga de hospitais e colapso dos sistemas de saúde da área.

---

*Aparentemente o que acontece com o FDA e a Hidroxi Histeria na mídia dos Estados Unidos, não fica nos Estados Unidos.*

*A resposta do FDA e a reação exagerada tendenciosa da mídia dos EUA a estudos falhos combinaram-se para matar centenas de milhares de pacientes com COVID em uma base global e evitar que os pacientes ambulatoriais com COVID nos EUA tenham acesso à HCQ. Esses são os pacientes que mais precisam.*

---

Curiosamente, mais uma vez, deve ser lembrado que o aviso da FDA não afetou os usos aprovados pela FDA para malária, Lúpus e Artrite Reumatóide, onde doses periódicas de HCQ eram frequentemente administradas a pacientes com esses distúrbios em doses muito maiores e mais longas do que as recomendadas para Aplicações de tratamento COVID.

## **VII. Pensamentos Finais**

Até o momento, os números oficiais dos EUA indicam que mais de 720.000 americanos morreram de COVID-19, embora esses números tenham sido provavelmente exagerados pelo CDC durante o início da pandemia e agora intencionalmente subestimados pelo FDA uma vez que seu programa de vacina ineficaz foi iniciado.

Além disso, mais de 30 milhões de americanos foram empurrados para as linhas de desemprego, e a economia americana sofreu trilhões de dólares em prejuízos paralisantes.

A questão examinada neste relatório é se o HCQ pode ser um dos medicamentos profiláticos e terapêuticos mais importantes e de baixo custo em nosso arsenal para salvar vidas americanas e ajudar a controlar a disseminação de cepas atuais e novas do vírus em evolução. A evidência, que só continua crescendo, aponta claramente na direção do “sim”.

---

*Com base na pesquisa existente, é quase certo que, se a hidroxicloroquina tivesse sido usada agressivamente como profilático e no início do tratamento, em um ambiente ambulatorial, até metade ou mais dessas vítimas do novo coronavírus SARS-CoV-2 de Wuhan, China estaria viva hoje.*

---

Apesar dos dados concretos, da ciência concreta e dos fatos disponíveis, muitas elites científicas, muito da grande mídia e certos segmentos da profissão médica continuam a ignorar os dados positivos esmagadores da eficácia do uso inicial de HCQ no COVID-19. Como resultado, o Hydroxy Hysteria continua a suprimir o uso de HCQ para salvar vidas.

Uma ação particularmente imprudente e imoral da *American Medical Association* ressalta esse problema. Em março de 2020, a AMA emitiu uma declaração se opondo ao uso “off label” de HCQ como um tratamento precoce para COVID-19. Em 15 de dezembro de 2020, sob o peso esmagador de novas evidências, a AMA publicou um memorando para seus delegados buscando apoio para uma reversão desta posição com base na quantidade esmagadora de evidências em apoio ao uso do HCQ.



Apesar deste pedido aos delegados, os delegados da AMA ainda se recusaram a reverter a posição.<sup>110</sup>

---

*Até hoje, e para sua grande vergonha, a AMA continua se opondo ao uso de HCQ no tratamento precoce em ambientes ambulatoriais, apesar da ampla evidência empírica do outro lado dessa opinião.*

---

Ambos os autores deste relatório atuaram na linha de frente dos esforços da administração Trump para combater a pandemia. Vemos na conduta da AMA mais um exemplo de má política e partidarismo interferindo na boa ciência. Claramente, os delegados da AMA não querem reconhecer que estavam errados em sua avaliação inicial do HCQ e, posteriormente, da Ivermectina.

Essa postura imoral e antiética deixa a AMA e grande parte do estabelecimento médico americano com o mesmo tipo de sangue nas mãos que encontramos com Tony Fauci no NIH, Stephen Hahn MD e Janet Woodcock MD no FDA, e muitos outros jornalistas tendenciosos na CNN e na mídia corporativa.

Dado o peso das evidências em apoio ao HCQ e dada a probabilidade de uma batalha persistente com as mutações do COVID-19, apesar das vacinas, é fundamental que o HCQ esteja prontamente disponível para hospitais e médicos particulares para administração precoce sob orientação médica.

Talvez este relatório seja útil para chamar a atenção para as vidas que agora podem estar em risco porque o debate sobre o HCQ se tornou uma questão político-partidária, ao invés de uma questão puramente médica. Até este ponto, este relatório oferece este pensamento final do Dr. Harvey Risch, da Universidade de Yale. Ele reflete sobre a necessidade de equilibrar os riscos durante uma emergência pandêmica.

*Temos uma solução [HCQ], imperfeita, para tentar lidar com a doença. Temos que permitir que os médicos que empregam um bom julgamento clínico o usem e que os pacientes bem informados o escolham. Há uma pequena chance de que não funcione. Mas a urgência exige que pelo menos comecemos a correr esse risco e a avaliar o que acontece, e se a nossa situação não melhorar podemos pará-la, mas saberemos que fizemos tudo o que podíamos em vez de ficar parados e deixar centenas de milhares morrer porque não tivemos a coragem de agir de acordo com nossos cálculos racionais.<sup>111</sup>*

## Referências

1. U.S Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, “The History of Malaria, an Ancient Disease,” 14 November 2018. <https://www.cdc.gov/malaria/about/history/#chloroquine>
2. As noted in *Nature*, “Hydroxychloroquine sulfate, a derivative of CQ, was first synthesized in 1946 by introducing a hydroxyl group into chloroquine and was demonstrated to be much less (~40%) toxic than CQ in animals.” For full article, see, Liu, Jia et al.,

“Hydroxychloroquine, a less toxic derivative of chloroquine, is effective in inhibiting SARS-CoV-2 infection in vitro,” *Nature*, 18 March 2020. <https://www.nature.com/articles/s41421-020-0156-0>

3. Eugen Alexander Shippey, MD, Vanya D. Wagler, DO, FACP, FACR and Angelique N. Collamer, MD, FACP, FACR, “Hydroxychloroquine: An old drug with new relevance,” *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, June 2018, 85 (6) 459-467. DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.85a.17034>. A full review of the medicine’s side effects may be accessed at <http://products.sanofi.ca/en/plaquenil.pdf>

4. According to the FDA, it is contraindicated in the presence of retinal or visual field changes attributable to any 4-aminoquinoline compound, in patients with known hypersensitivity to 4- aminoquinoline compounds, and for long-term therapy in children. As an adverse reaction, the FDA also notes that “cardiomyopathy has been rarely reported with high daily dosages of HCQ.” “Dermatologic reactions ... may occur and, therefore, proper care should be exercised when it is administered to any patient receiving a drug with a significant tendency to produce dermatitis. For more information, see, U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, “Plaquenil ® Hydroxychloroquine Sulfate, U.S.P.,” 2007. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2007/009768s0411bl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2007/009768s0411bl.pdf).

5. World Health Organization Model List of Essential Medicines, 21st List, 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf?ua=1>

6. U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, “Plaquenil ® Hydroxychloroquine Sulfate, U.S.P.,” 2007. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2007/009768s0411bl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2007/009768s0411bl.pdf)

7. U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, “Fact Sheet for Health care Provides Emergency Use Authorization (EUA) of Hydroxychloroquine Sulfate Supplied from the Strategic National Stockpile for Treatment of COVID-19 in Certain Hospitalized Patients,” 27 April 2020. <https://www.fda.gov/media/136537/download>

8. The Mayo Clinic, “Hydroxychloroquine (Oral Route), 1 May 2020. <https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/HCQ-oral-route/proper-use/drg-20064216>

9. U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, “Medicines for the Prevention of Malaria while Traveling: Hydroxychloroquine (Plaquenil),” <https://www.cdc.gov/malaria/resources/pdf/fsp/drugs/Hydroxychloroquine.pdf>.

10. “Patient Fact Sheet: Hydroxychloroquine (Plaquenil),” Rheumatology.Org, <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/Hydroxychloroquine-Plaquenil-Fact-Sheet.pdf>

11. Arapovic, Benis, “The 50 most dangerous medicinal drugs,” *NWI Times*, 29 September 2017. [https://www.nwitimes.com/niche/get-healthy/the-50-most-dangerous-medicinal-drugs/collection\\_a5904d4d-6158-5ac8-82a2-c1020f217ed5.html](https://www.nwitimes.com/niche/get-healthy/the-50-most-dangerous-medicinal-drugs/collection_a5904d4d-6158-5ac8-82a2-c1020f217ed5.html)

12. Listed prices for Hydroxychloroquine range from \$0.50 to \$0.60 per tablet. See, “Hydroxychloroquine (Plaquenil)- Overview,” *PushHealth*, <https://www.pushhealth.com/drugs/HCQ>. Additionally, Rowland, Darrel, “Fact check: Price didn’t drive promotion of remdesivir over Hydroxychloroquine,” *U.S.A Today*, 9 May 2020. <https://www.usatoday.com/story/news/factcheck/2020/05/09/fact-check-price-didnt-push-remdesivir-over-HCQ/3094440001/>

13. Gilead is yet to put a definitive price on Remdesivir. Estimates range in the low ball park of \$10 all the way up to \$4,450 per patient. It is generally agreed upon that prices can be predicted in the middle range of \$1,000 to \$2,000 per patient. For more information, see, Bulik, Beth Snyder, “Can the price be right? With the world watching, Gilead faces a no-win decision on remdesivir,” *FiercePharma*, 7 May 2020. <https://www.fiercepharma.com/marketing/waiting-for-gilead-how-much-will-drugmaker-charge-for-covid-19-treatment>. Also, Lupkin, Sydney, “Putting a Price on COVID-19 Treatment Remdesivir,” *NPR*, 8 May 2020.

<https://www.npr.org/sections/health-shots/2020/05/08/851632704/putting-a-price-on-covid-19-treatment-remdesivir>

14. Lupkin, Sydney, “Putting a Price on COVID-19 Treatment Remdesivir,” *NPR*, 8 May 2020. <https://www.npr.org/sections/health-shots/2020/05/08/851632704/putting-a-price-on-covid-19-treatment-remdesivir>

15. A. Hill J. Wang J. Levi *Journal of Virus Eradication* Volume 6, Issue 2, April 2020, Pages 61-69 [Minimum costs to manufacture new treatments for COVID-19 - ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266720300011)

16. Coronavirus drug remdesivir to cost \$3,120 per patient with private insurance, irking critics - ABC News (go.com)

17. Vincent, Martin J et al. “Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread.” *Virology journal* vol. 2 69. 22 Aug. 2005, doi:10.1186/1743-422X-2-69

18. According to the Mayo clinic, the standard dosage for HCQ as a preventative prophylaxis is “400 mg once a week ... starting 2 weeks before traveling to an area where malaria occurs.” See, The Mayo Clinic, “Hydroxychloroquine (Oral Route), 1 May 2020. <https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/HCQ-oral-route/proper-use/drg-20064216>. Presumably, with such preventative use, a person will have his or her best chance of defending against the virus because both the blocking and alkalinity effects are in full force.

19. Boulware, David R., et al., “A Randomized Trial of Hydroxychloroquine as Postexposure Prophylaxis for Covid-19,” *New England Journal of Medicine*, 3 June 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2016638

20. “Trump said he took Hydroxychloroquine to prevent coronavirus, but new study shows that doesn’t work,” *CNN*, 3 June 2020. [https://lite.cnn.com/en/article/h\\_c0ce4ada9c687dc86d55121f30d7bb4a](https://lite.cnn.com/en/article/h_c0ce4ada9c687dc86d55121f30d7bb4a)

21. “Malaria Drug Promoted by Trump Did Not Prevent Covid Infections, Study Finds,” *New York Times*, 3 June 2020. <https://www.nytimes.com/2020/06/03/health/HCQ-coronavirus-trump.html>

22. Joseph A. Ladapo, MD, PhD1 ; John E. McKinnon, MD, MSc2 ; Peter A. McCullough, MD, MPH3 ; Harvey A. Risch, MD, PhD Randomized Controlled Trials of Early Ambulatory Hydroxychloroquine in the Prevention of COVID-19 Infection, Hospitalization, and Death: Meta-Analysis September 30, 2020 medRxiv doi: <https://doi.org/10.1101/2020.09.30.20204693>

23. A. Pareek, et.al., Hydroxychloroquine for prophylaxis in COVID-19: Need to revisit dosing regimen. *Indian Journal of Medical Research*, 2020; Volume 152. Issue1, Page 130-132. <https://www.ijmr.org.in/article.asp?issn=0971-5916;year=2020;volume=152;issue=1;spage=130;epage=132;aulast=Pareek>

24. A. Pareek, et.al., Hydroxychloroquine for prophylaxis in COVID-19: Need to revisit dosing regimen. *Indian Journal of Medical Research*, 2020; Volume 152. Issue1, Page 130-132. <https://www.ijmr.org.in/article.asp?issn=0971-5916;year=2020;volume=152;issue=1;spage=130;epage=132;aulast=Pareek>

25. A. Pareek, et.al., Hydroxychloroquine for prophylaxis in COVID-19: Need to revisit dosing regimen. *Indian Journal of Medical Research*, 2020; Volume 152. Issue1, Page 130-132. <https://www.ijmr.org.in/article.asp?issn=0971-5916;year=2020;volume=152;issue=1;spage=130;epage=132;aulast=Pareek>

26. Badyal Dinesh, et.al., Hydroxychloroquine for SARS CoV2 Prophylaxis in Healthcare Workers A Multicentric Cohort Study Assessing Effectiveness and Safety. *Journal of the Association of Physicians in India*, volume 69. June 2021. [Hydroxychloroquine for SARS CoV2 Prophylaxis in Healthcare Workers – A Multicentric Cohort Study Assessing Effectiveness and Safety \(japi.org\)](https://www.japi.org)

27. [Hydroxychloroquine for SARS CoV2 Prophylaxis in Healthcare Workers – A Multicentric Cohort Study Assessing Effectiveness and Safety \(japi.org\)](#)
28. <https://www.reviewofophthalmology.com/article/how-susceptible-is-the-conjunctiva-to-covid19>
29. George, Allison, “Cytokine storm: An overreaction of the body’s immune system,” *New Scientist*, <https://www.newscientist.com/term/cytokine-storm/#ixzz6NTtPEMjf>. For additional information see, Goodman, Brenda, “Cytokine Storms May Be Fueling Some COVID Deaths,” *WebMD*, 17 April 2020. <https://www.webmd.com/lung/news/20200417/cytokine-storms-may-be-fueling-some-covid-deaths/>. See also, Shaw, Gina, “COVID-19 Brings Cytokine Storm,” *Infectious Disease Special Edition*, 21 April 2020. <https://www.idse.net/Covid-19/Article/03-20/COVID-19-Brings-Cytokine-Storm/58061>.
30. COVID-19 is well-documented to cause cardiac complications. Myocarditis, or inflammation of the heart, is known to cause EKG abnormalities. This includes fatal cardiac arrhythmia, known as torsades de pointes. The risk for this effect is magnified in patients who are critically ill in the intensive care unit (ICU). These facts make it difficult to sort out any negative cardiac effects that might be associated with HCQ given to late phase COVID patients without a cardiac biopsy.
31. McCullough PA, et al. Pathophysiological Basis and Rationale for Early Outpatient Treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19) Infection. *Am J Med.* 2021 Jan;134(1):16-22. Pathophysiological Basis and Rationale for Early Outpatient Treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19) Infection - PubMed (nih.gov)
32. M. Wang, et al. LETTER TO THE EDITOR: Cell Research, “Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro,” *Cell Research* (2020) 0:1–3; <https://doi.org/10.1038/s41422-020-0282-0>
33. Gautret P, et al. “Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial,” *Int J Antimicrob Agents.* 2020 Mar 20:105949. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949
34. In this study, a rapid fall of nasopharyngeal viral load tested by qPCR was noted, with virus cultures from patient respiratory samples turning negative in 97.5% patients at Day 5. This allowed patients to rapidly be discharged from highly contagious wards with a mean length of stay of five days. The viral load was measured by cell culture, not RT-PCR. See, Gautret P., et al., “Clinical and microbiological effect of a combination of Hydroxychloroquine and azithromycin in 80 COVID-19 patients with at least a six-day follow up: A pilot observational study,” *Travel Medicine and Infectious Disease*, 11 April 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151271/pdf/main.pdf>
35. Million, Matthieu et al. “Early treatment of COVID-19 patients with HCQ and azithromycin: A retrospective analysis of 1061 cases in Marseille, France.” *Travel medicine and infectious disease*, 101738. 5 May. 2020, doi:10.1016/j.tmaid.2020.101738
36. Zhang Z, Hu J, Chen Z, Efficacy of hydroxychloroquine in patients with COVID-19: results of a randomized clinical trial. *Europe PMC.* <https://europepmc.org/article/PPR/PPR130594>
37. Yu B, Li C, Chen P, et al. Low dose of hydroxychloroquine reduces fatality of critically ill patients with COVID-19 [published correction appears in *Sci China Life Sci.* 2020 Jun 18;:]. *Sci China Life Sci.* 2020;63(10):1515-1521. doi:10.1007/s11427-020-1732-2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228868/>
38. Esper, Rodrigo Barbosa, da Silva, Rafael Souza, et al. “Empirical treatment with Hydroxychloroquine and azithromycin for suspected cases of COVID-19 followed-up by telemedicine,” *Pgibertie*, 15 April 2020. <https://pgibertie.files.wordpress.com/2020/04/2020.04.15-journal-manuscript-final.pdf>
39. Covid Analysis, Oct 22, 2021 <https://hcqmeta.com/>

40. Covid Analysis, Oct 22, 2021 <https://hcqmeta.com/>
41. Mayla Gabriela Silva Borba et al. “Chloroquine diphosphate in two different dosages as adjunctive therapy of hospitalized patients with severe respiratory syndrome in the context of nCoronavirus (SARS-CoV-2) infection: Preliminary safety results of a randomized, double-blinded, phase IIb clinical trial,” medRxiv, 16 April 2020. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.07.20056424v2> FATAL BRAZIL STUDY peer-reviewed in JAMA with changes, without a valid ethical approval number from CEP/CONEP.
42. Mayla Gabriela Silva Borba et al. “Chloroquine diphosphate in two different dosages as adjunctive therapy of hospitalized patients with severe respiratory syndrome in the context of nCoronavirus (SARS-CoV-2) infection: Preliminary safety results of a randomized, double-blinded, phase IIb clinical trial,” medRxiv, 16 April 2020. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.07.20056424v2> FATAL BRAZIL STUDY peer-reviewed in JAMA with changes. without a valid ethical approval number from CEP/CONEP.
43. Thomas, Katie and Knvul Sheikh, “Small Chloroquine Study Halted Over Risk of Fatal Heart Complications,” New York Times, 12 April 2020. <https://www.nytimes.com/2020/04/12/health/chloroquine-coronavirus-trump.html>
44. Glenza, Jessica, “Brazilian chloroquine study halted after high dose proved lethal for some patients,” The Guardian, 24 April 2020. <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/24/chloroquine-study-coronavirus-brazil>
45. Howard, Jacqueline and Elizabeth Cohen, “Heart risk concerns mount around use of chloroquine and Hydroxychloroquine for Covid-19 treatment,” CNN, 14 April 2020. <https://www.cnn.com/2020/04/13/health/chloroquine-risks-coronavirus-treatment-trials-study/index.html>
46. Olorunnipa, Toluse, Ariana Eunjung Cha and Lauria McGinley, “Drug promoted by Trump as coronavirus ‘game changer’ increasingly linked to deaths,” The Washington Post, 15 May 2020. [https://www.washingtonpost.com/politics/drug-promoted-by-trump-as-coronavirus-game-changer-increasingly-linked-to-deaths/2020/05/15/85d024fe-96bd-11ea-9f5e-56d8239bf9ad\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/politics/drug-promoted-by-trump-as-coronavirus-game-changer-increasingly-linked-to-deaths/2020/05/15/85d024fe-96bd-11ea-9f5e-56d8239bf9ad_story.html)
47. Magagnoli, Joseph, et al., “Outcomes of Hydroxychloroquine usage in United States veterans hospitalized with Covid-19,” MedRxiv, 23 April 2020. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.16.20065920v2> FATAL VA STUDY NEVER PUBLISHED
48. Joseph Magagnoli et al., “Outcomes of Hydroxychloroquine Usage in United States Veterans Hospitalized with Covid-19,” 2020, <https://doi.org/10.1101/2020.04.16.20065920>.
49. Cohen, Elizabeth and Dr. Minali Nigman, “Study finds no benefit, higher death rates in patients taking Hydroxychloroquine for Covid-19,” CNN, 21 April 2020. <https://www.cnn.com/2020/04/21/health/HCO-veterans-study/index.html>
50. Mehra, Mandeep, Frank Ruschitzka, Amit Patel, “Retraction—Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis,” The Lancet, 5 June 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)
51. Mandeep R Mehra et al., “Hydroxychloroquine or Chloroquine with or without a Macrolide for Treatment of COVID-19: a Multinational Registry Analysis,” *The Lancet* (Elsevier, May 22, 2020), <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620311806?via=ihub>
52. Gumbrecht, Jamie and Elizabeth Cohen, “Large Study Finds Drug Trump Touted for Covid-19 Is Linked to Greater Risk of Death and Heart Arrhythmia,” CNN, May 22, 2020. <https://www.cnn.com/2020/05/22/health/HCO-coronavirus-lancet-study/index.html>

53. Gumbrecht, Jamie and Elizabeth Cohen, “Large Study Finds Drug Trump Touted for Covid-19 Is Linked to Greater Risk of Death and Heart Arrhythmia,” CNN, May 22, 2020. <https://www.cnn.com/2020/05/22/health/HCQ-coronavirus-lancet-study/index.html>
54. Dzhanova, Yelena, “WHO Pauses Trial of Hydroxychloroquine as Coronavirus Treatment amid Safety Concerns,” CNBC, May 25, 2020. <https://www.cnbc.com/2020/05/25/coronavirus-whos-solidarity-trial-is-pausing-tests-for-HCQ-amid-safety-concerns.html>
55. Ledsom, Alex, “France Bans Hydroxychloroquine To Treat Covid-19,” Forbes, May 27, 2020, <https://www.forbes.com/sites/alexledsom/2020/05/27/france-bans-HCQ-to-treat-covid-19/#6353500721ab>
56. Gumbrecht, Jamie and Maggie Fox, “Two coronavirus studies retracted after questions emerge about data,” CNN, 4 June 2020. <https://www.cnn.com/2020/06/04/health/retraction-coronavirus-studies-lancet-nejm/index.html>
57. Wagner, John and Derek Hawkins, “Lancet Editorial Blasts Trump's 'Inconsistent and Incoherent' Coronavirus Response,” The Washington Post, May 15, 2020. <https://www.washingtonpost.com/health/2020/05/15/lancet-editorial-trump-administration-coronavirus-response/>
58. Steerpik, “Lancet Editor's Chinese Propaganda,” The Spectator, May 2, 2020. <https://www.spectator.co.uk/article/lancet-editor-s-chinese-propaganda>
59. Zeng, Yingchun, and Yan Zhen. “RETRACTED: Chinese Medical Staff Request International ...” The Lancet, 24 February 2020. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30065-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30065-6/fulltext)
60. LinkedIn Profile of Yanyan Lu as of 4 June 2020. <https://cn.linkedin.com/in/yanyanlu>
61. EBioMedicine, the Editor team, 4 June 2020. <https://www.thelancet.com/ebiom/editorial-team>
62. Henry Ford Study <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32623082/>
63. NY study finds hydroxychloroquine may have saved COVID-19 patients’ lives – ThinkPol
64. This Spanish study was a retrospective analysis involving 4035 hospitalized patients. It showed reduced mortality with HCQ (data is in the supplementary appendix). (Risk of death, 61.9% lower, RR 0.38,  $p < 0.001$ , treatment 681 of 2618 (26.0%). Berenguer et al., Characteristics and predictors of death among 4035 consecutively hospitalized patients with COVID-19 in Spain. *Clinical Microbiology and Infection*, 2020 Nov;26(11):1525-1536. doi: 10.1016/j.cmi.2020.07.024. Epub 2020 Aug 4 doi:10.1016/j.cmi.2020.07.024 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32758659/>
65. Tersalvi, Gregorio et al. “Elevated Troponin in Patients With Coronavirus Disease 2019: Possible Mechanisms.” *Journal of cardiac failure* vol. 26,6 (2020): 470-475. doi:10.1016/j.cardfail.2020.04.009
66. Lindner D, Fitzek A, Bräuninger H, et al. (2020) Association of cardiac infection with SARS-CoV-2 in confirmed COVID-19 autopsy cases. *JAMA Cardiol*. Published online July 27, 2020. doi:10.1001/jamacardio.2020.3551
67. Puntmann VO, Carerj ML, Wieters I, et al. Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol*. 2020;5(11):1265–1273. doi:10.1001/jamacardio.2020.3557
68. Thum, Thomas. “SARS-CoV-2 receptor ACE2 expression in the human heart: cause of a post-pandemic wave of heart failure?.” *Eur Heart J*. 2020 May 14; 41(19): 1807–1809.

Published online 2020 May 8. vol. 41,19 (2020): 1807-1809.  
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/19/1807/5834515>

69. A. Bailey, L.Greenberg, SARS-CoV-2 Infects Human Engineered Heart Tissues and Models COVID-19 Myocarditis. JACC: Basic to Translational Science. 26 February 2021. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452302X21000127?via%3Dihub>

70. U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, “Coronavirus (COVID-10) Update: FDA Reiterates Importance of Close Patient Supervision for ‘Off-Label’ Use of Antimalarial Drugs to Mitigate Known Risks, Including Heart Rhythm Problems,” 24 April 2020. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-reiterates-importance-close-patient-supervision-label-use>

71. The White House Office of Trade and Manufacturing had assisted in the distribution of hydroxychloroquine to key distributors. In the wake of the FDA decision, demand for HCQ from the hospitals slowed from a flood to a trickle. According to Dr. William O’Neil, it became very difficult after the FDA decision to recruit patients for his trials.

72. U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, “FDA cautions against use of HCQ or chloroquine for COVID-19 outside of the hospital setting or a clinical trial due to risk of heart rhythm problems,” 15 June 2020. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-cautions-against-use-HCQ-or-chloroquine-covid-19-outside-hospital-setting-or>

73. Facher, Lev, “FDA revokes emergency use ruling for Hydroxychloroquine, the drug touted by Trump as a Covid-19 therapy,” STAT News, 16 June 2020. <https://www.statnews.com/2020/06/15/fda-revokes-HCQ/>

74. Hinton, R. M., Chief Scientist. (2020, June 15). Letter Revoking EUA for Chloroquine Phosphate and Hydroxychloroquine Sulfate. Retrieved June 19, 2020, from <https://www.fda.gov/media/138945/download>

75. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Accessed 19 June 2020.

76. <https://www1.cbn.com/cbnnews/health/2020/july/covid-doc-says-HCQ-highly-effective-and-fears-are-overblown-now-fda-chief-admits-it-might-help-nbsp>

77. Hinton, R. M., Chief Scientist. (2020, June 15). Letter Revoking EUA for Chloroquine Phosphate and Hydroxychloroquine Sulfate. Retrieved June 19, 2020, from <https://www.fda.gov/media/138945/download>

78. Horby, Peter and Martin Landray, “No clinical benefit from use of Hydroxychloroquine in hospitalized patients with COVID-19,” University of Oxford, 5 June 2020. <https://www.recoverytrial.net/news/statement-from-the-chief-investigators-of-the-randomised-evaluation-of-covid-19-therapy-recovery-trial-on-HCQ-5-june-2020-no-clinical-benefit-from-use-of-HCQ-in-hospitalised-patients-with-covid-19>

79. New England Journal of Medicine. Published online October 8, 2020. doi:10.1056/NEJMoa2022926

80. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.15.20151852v1.full.pdf>

81. <https://www.dailymotion.com/video/x7vuqmp?playlist=x6v00u>

82. Hinton, R. M., Chief Scientist. (2020, June 15). Letter Revoking EUA for Chloroquine Phosphate and Hydroxychloroquine Sulfate. Retrieved June 19, 2020, from <https://www.fda.gov/media/138945/download>

83. Pareek A, Sharma TS, Mehta RT. Hydroxychloroquine and QT prolongation: reassuring data in approved indications. Rheumatology Advances in Practice. 2020 ;4(2):rkaa044. DOI: 10.1093/rap/rkaa044.

84. <https://doi.org/10.1016/j.jelectrocard.2020.08.008>
85. Berenguer et al., Characteristics and predictors of death among 4035 consecutively hospitalized patients with COVID-19 in Spain. *Clinical Microbiology and Infection*, 2020 Nov;26(11):1525-1536. doi: 10.1016/j.cmi.2020.07.024. Epub 2020 Aug 4 doi:10.1016/j.cmi.2020.07.024 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32758659/>
86. L.Catteau Low-dose hydroxychloroquine therapy and mortality in hospitalized patients with COVID-19: a nationwide observational study of 8075 participants. *Int J Antimicrob Agents*. 2020 Oct; 56(4): 106144. Published online 2020 Aug 24. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.106144 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7444610/>
87. <https://www1.cbn.com/cbnnews/health/2020/july/covid-doc-says-HCQ-highly-effective-and-fears-are-overblown-now-fda-chief-admits-it-might-help-nbsp>
88. Doctor Who Was Canceled For Promoting Effective COVID Treatments Sans Vaccines Speaks Out : US : Christianity Daily.
89. Doctors face sanctions for prescribing unproven COVID-19 drugs to friends and family, regulators warn. Doctors face sanctions for prescribing unproven COVID-19 drugs to friends and family, regulators warn | CBC News; Pro-Hydroxychloroquine Doctor Stella Immanuel Says 'Lying' Fauci Is Playing With People's Lives (newsweek.com)
90. JOINT STATEMENT FROM THE: IOWA BOARD OF PHARMACY IOWA BOARD OF NURSING IOWA DENTAL BOARD IOWA BOARD OF PHYSICIAN ASSISTANTS IOWA BOARD OF MEDICINE new\_guidelines\_-\_hydroxychloroquine\_chloroquine\_and\_azithromycin.pdf (iowa.gov)
91. Big Pharma "Criminal" Influence On Research Exposed In Secret Recording Of Lancet & NEJM Editors In-Chief [VIDEO] | Europe (Eng Subs) Hydroxychloroquine Lancet Study: Former France Health Minister blows the whistle – YouTube
92. Autoantibodies against type I IFNs in patients with life-threatening COVID-19. <https://science.sciencemag.org/content/370/6515/eabd4585>
93. COVID-19 Update: FDA Broadens Emergency Use Authorization for Veklury (remdesivir) to Include All Hospitalized Patients for Treatment of COVID-19 | FDA
94. Dyer O. Covid-19: Remdesivir has little or no impact on survival, WHO trial shows. *BMJ*. 2020;371:m4057. doi:10.1136/bmj.m4057 <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4057>
95. FDA Approves First Treatment for COVID-19. October 2020. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-treatment-covid-19>. Accessed October 25, 2020.
96. Panel Roster | COVID-19 Treatment Guidelines (nih.gov)
97. Pandemic Influenza Plan - Update IV (December 2017) (cdc.gov)
98. <https://fcpp.org/2020/11/08/hydroxychloroquine-is-widely-used-around-the-globe/>
99. The 1918 'flu: India's worst pandemic - Gateway House
100. Lucianne.com News Forum - What Made Asia's Largest Slum a Success Model for Treating COVID-19?
101. 101 This Indian slum contained a possible COVID-19 disaster by using hydroxychloroquine - The Palmer Foundation
102. Change away from successful treatments due to Big Pharma pressure likely cause of COVID death catastrophe in India - LifeSite (lifesitenews.com)



103. 103 M. Golechha. COVID-19 Containment in Asia's Largest Urban Slum Dharavi-Mumbai, India: Lessons for Policymakers Globally. *J Urban Health*. 2020 Dec; 97(6): 796–801 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7437383/>
104. See J. Kaushal Asia's largest urban slum-Dharavi: A global model for management of COVID-19 Jan 12, 2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7832248/>,
105. <https://www.thehindu.com/news/national/tamil-nadu/tn-drops-ivermectin-as-covid-19-drug/article34561235.ece>
106. [https://www.thedesertreview.com/opinion/letters\\_to\\_editor/tamil-nadu-leads-india-in-new-infections-denies-citizens-ivermectin/article\\_32634012-ba66-11eb-9211-ab378d521f9a.html](https://www.thedesertreview.com/opinion/letters_to_editor/tamil-nadu-leads-india-in-new-infections-denies-citizens-ivermectin/article_32634012-ba66-11eb-9211-ab378d521f9a.html) India's Ivermectin Blackout | Columnists | thedesertreview.com
107. <https://www.cnn.com/2021/08/05/health/us-coronavirus-thursday/index.html>
108. [https://en.wikipedia.org/wiki/Template:COVID19\\_pandemic\\_data/Brazil\\_medical\\_cases](https://en.wikipedia.org/wiki/Template:COVID19_pandemic_data/Brazil_medical_cases)
109. [https://en.wikipedia.org/wiki/Template:COVID19\\_pandemic\\_data/Brazil\\_medical\\_cases](https://en.wikipedia.org/wiki/Template:COVID19_pandemic_data/Brazil_medical_cases)
110. Resolution: 509 (November 2020) Page 3 of 6 Nov 2020 Special Meeting of the AMA House of Delegates - Handbook Addendum (ama-assn.org) 137 COVID-19: AMA did not change hydroxychloroquine stance | cbs19.tv
111. Harvey A Risch, “Early Outpatient Treatment of Symptomatic, High-Risk Covid-19 Patients that Should be Ramped-Up Immediately as Key to the Pandemic Crisis,” *American Journal of Epidemiology*, <https://academic.oup.com/aje/article/189/11/1218/5847586>