



PRINCIPAIS BARREIRAS NA VACINAÇÃO POR COVID-19 EM INDÍGENAS E MINORIAS ÉTNICAS

ARTIGO DE REVISÃO

SANTOS, Daniela da Silva¹, ZAMBONIN, Fernanda², BASTA, Paulo Cesar³

SANTOS, Daniela da Silva. ZAMBONIN, Fernanda. BASTA, Paulo Cesar. **Principais barreiras na vacinação por covid-19 em indígenas e minorias étnicas**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano. 08, Ed. 07, Vol. 06, pp. 40-61. Julho de 2023. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/indigenas-e-minorias-etnicas>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/indigenas-e-minorias-etnicas

RESUMO

Considerando as condições socioeconômicas desfavoráveis, os povos indígenas e minorias étnicas apresentam vulnerabilidade às doenças infecciosas, sendo necessário identificar barreiras para vacinação por COVID-19, tida como a melhor medida de controle da doença. **Objetivo:** Analisar as principais barreiras para vacinação por COVID-19 em indígenas e minorias étnicas. **Metodologia:** Desenvolveu-se em três etapas: i) elaboração da pergunta norteadora; ii) busca de artigos em bases indexadas; e iii) leitura e seleção dos artigos de interesse. A estratégia de busca resultou na localização de 42 artigos, sendo 26 estudos incluídos na revisão. **Resultados:** As principais barreiras para vacinação contra COVID-19 em indígenas e minorias étnicas foram classificadas como de ordem logística, política e cultural, sendo a situação agravada pela desinformação, desigualdade, histórico de preconceitos e racismo estrutural. **Conclusão:** Há necessidade de formulação de políticas públicas inclusivas com abordagens específicas, visando condutas culturalmente sensíveis, a fim de diminuir as dificuldades de acesso e a hesitação/recusa da população, para que as campanhas de vacinação contra COVID-19 e as coberturas vacinais sejam bem-sucedidas.

Descritores: Saúde indígena, COVID-19, Vacinação, Povos indígenas.

INTRODUÇÃO

Em 2019, uma nova cepa de coronavírus surgiu em um mercado de frutos na China, sendo nomeado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como COVID-19



(YESUDHAS; SRIVASTAV; GROMIHA, 2021; WHO 2020). Em janeiro de 2020, a COVID-19 ultrapassou as fronteiras da China e a partir daí a escalada foi exponencial pelo mundo, trazendo um aumento significativo no número de casos e óbitos (WANG *et al.*, 2020; MARQUES; SILVEIRA; PIMENTA, 2020).

Em linhas gerais, a COVID-19 atingiu desproporcionalmente as minorias étnicas, tendo estes, 5 vezes mais chances de serem hospitalizados e 2 vezes mais chances de ir a óbito pela doença. Nos povos indígenas a maior vulnerabilidade socioambiental e em saúde e iniquidade dos serviços de saúde e condições de vida, muito além do caráter biológico, deixam esses grupos mais suscetíveis a doença (MOMPLAISIR *et al.*, 2021; ABRASCO, 2020). De acordo com Sendi e Tande. (2022) a COVID-19 se espalha rapidamente em casas coletivas e precauções de higiene difíceis de serem implementadas.

Muhajarine *et al.*, (2021) afirmam que os povos indígenas têm maior risco de desenvolver formas graves de COVID-19, bem como maior resistência a confiar nos sistemas de saúde e nas iniciativas governamentais. Estudos comprovam que as disparidades de acesso aos serviços de saúde influenciam negativamente nas taxas de mortalidade (BAZAN; AKGUM 2021). Muitos esforços foram feitos para o desenvolvimento de vacinas para retardar o espalhamento da COVID-19 (ALEEM; SAMAD; SLENKER, 2022) e são consideradas a principal medida de controle da doença na atualidade.

De acordo com o Painel da COVID-19 da OMS, até março de 2023 foram aplicadas mais de 13 bilhões de doses de vacina no mundo (WHO 2023). Mesmo diante de sua importância, um estudo realizado em 2020 revelou resistência da população à vacinação em diversos países da Europa (NEUMANN-BÖHME *et al.*, 2020). Nesta perspectiva, algumas etnias minoritárias tiveram menor intenção de receber a vacina contra COVID-19. Nos EUA foram descritas disparidades raciais marcantes da vacinação contra a COVID-19 (KAMAL; HODSON; PEARCE, 2021; SIEGEL *et al.*, 2022).



Sendo a vacinação a principal causa da reversão do cenário da pandemia, identificar as principais barreiras ou causas de hesitação/resistência à vacina é um importante passo para garantir sua aceitação mais rápida pela população (BBC NEWS, 2021; MURPHY *et al.*, 2021). No Brasil, embora com dificuldades na campanha vacinal, foram realizadas ações para ampliar a vacinação e combater a desinformação, construir laços de confiança entre profissionais e a população e garantir acesso fácil aos serviços de imunização. Entretanto, as taxas de aceitação variaram amplamente entre diferentes grupos étnicos (FELLOWS *et al.*, 2021; BENITES; GISLOTI; DE OLIVEIRA ROQUE, 2021).

Tomando por base a vulnerabilidade enfrentada pelos povos indígenas e outras minorias étnicas, considerando que as taxas de COVID-19 são mais elevadas nessas populações (COIAB, 2020) e que remover as barreiras de acesso aos serviços de saúde entre grupos sociodemográficos menos propensos a vacinação é um ponto crucial da campanha contra a COVID-19 (MUHAJARINE *et al.*, 2021), este estudo identifica alguma das principais barreiras que impediram e/ou dificultaram a vacinação contra COVID-19 em indígenas e minorias étnicas/raciais.

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão da literatura de artigos científicos que abordaram as dificuldades enfrentadas para a vacinação de indígenas e minorias étnicas/raciais, no contexto da pandemia de COVID-19. A revisão foi desenvolvida em três etapas: i) elaboração da pergunta norteadora (quais principais barreiras para vacinação por COVID-19 em indígenas?); ii) busca de artigos em bases indexadas utilizando os descritores: *indigenous*, *Minority Ethnic Groups*, *covid-19*, *vaccine*; e os operadores booleanos OR e AND, nas bases de dados Pubmed e Scopus; e iii) seleção dos artigos de interesse que ocorreu entre 01 e 29/08/2022, com análise crítica dos estudos e discussão dos resultados pelos autores. Foram utilizados como critérios de inclusão: estudos de acesso aberto e gratuito e que apresentaram dados ou discussões sobre as principais barreiras encontradas na vacinação de COVID-19 em indígenas e minorias raciais. A estratégia de busca empregada resultou na localização



de 42 artigos, destes 26 estudos foram introduzidos na revisão após aplicação dos critérios de inclusão estabelecidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 24 artigos incluídos na revisão foram organizados de acordo com as principais barreiras da vacinação por COVID-19, e foram classificados por tópicos, da seguinte forma: i) desinformação; ii) desigualdades sociais/marginalização/racismo; iii) barreiras políticas, culturais e de educação; e iv) problemas logísticos (Quadro 1). Dos artigos revisados, 9 citavam mais de uma barreira, porém havia uma delas predominantemente discutida nos artigos. Na tabela abaixo, os autores foram posicionados pela barreira mais citada por eles:

Quadro 1. Principais barreiras encontradas na vacinação por COVID-19 em indígenas e minorias raciais/étnicas (n=26)

| Principais barreiras | Autores do estudo | Local do estudo |
|----------------------|------------------------------------|---|
| Desinformação | Mosby e Swidrovich (2021) | Canadá |
| | Marcelino <i>et al.</i> , (2021) | EUA |
| | Muhajarine <i>et al.</i> , (2021) | Canadá |
| | Abba-Ji <i>et al.</i> , (2021) | Revisão: EUA, Reino Unido, Qatar, Israel, França entre outros |
| | Gerretsen <i>et al.</i> , (2021) | Canadá |
| | Njoku, Joseph e Felix (2021) | Alasca |
| | Barbosa, Croda e Simionatto (2021) | Brasil |
| | Swed <i>et al.</i> , (2022) | Sudão |
| | Mehmood <i>et al.</i> , (2021) | Índia |
| | Bazan e Akgün, (2021) | EUA |
| | Ayers <i>et al.</i> , (2021) | EUA |
| | Almoughales <i>et al.</i> , (2021) | Yemen |
| | Aborode <i>et al.</i> , (2021) | África |
| | Thompson <i>et al.</i> , (2021) | EUA |



| | | |
|---|--------------------------------------|-------------|
| Desigualdades sociais/marginalização/racismo | Kamal; Hodson; Pearce, (2021) | Reino unido |
| | Momplaisir <i>et al.</i> , (2021) | EUA |
| | Singh <i>et al.</i> , (2021) | China |
| | Chan <i>et al.</i> (2021) | EUA |
| | Siegel (2022) | EUA |
| | Dirago <i>et al.</i> , (2021) | EUA |
| | Nguyen <i>et al.</i> , (2021) | EUA |
| Barreiras políticas, culturais e de educação | Wrigley-field <i>et al.</i> , (2021) | EUA |
| | AuYoung <i>et al.</i> , (2022) | EUA |
| | Singh <i>et al.</i> , (2021) | China |
| Problemas logísticos | Sanchez e foxworth (2021) | Novo México |
| | Scott <i>et al.</i> , (2021) | EUA |

Fonte: autoria própria (2022).

DESINFORMAÇÃO

De acordo com Mosby e Swidrovich (2021), entre os indígenas *Coon Come* do Canadá, embora lideranças incentivando a vacinação, a comunidade hesitou e se opôs à vacina da COVID-19, por medo de serem cobaias do imunobiológico.

Estudos realizados nos EUA indicaram relutância dos indígenas e negros em vacinar (entre 25-50%) relacionada a pouca confiança no governo e na segurança da vacina (MARCELINO *et al.*, 2021). No estudo de Momplaisir *et al.*, (2021) também foram encontrados resultados parecidos.

Nos estudos de Abba Aj *et al.*, (2022), Gerretsen *et al.*, (2021) e Kamal; Hodson; Pearce, (2021), em vários países da Europa e na América, a grande causa de desconfiança da vacina para COVID-19 em minorias étnicas/raciais também esteve relacionada com a segurança dos imunobiológicos.

Na pesquisa de Muhajarine *et al.*, (2021), a hesitação da população da província Saskatchewan (13,3% delas composta por indígenas do Canadá) esteve relacionada



com o medo dos efeitos colaterais e a baixa confiança na segurança da vacina. Todavia, à medida que foi distribuída na região, houve redução na recusa. Indivíduos que viam a COVID-19 com uma ameaça e que já respeitavam as medidas de distanciamento social foram 86% mais propensos a aceitar a vacinação. Dentre os fatores relacionados a recusa à vacinação, dúvidas sobre os testes de segurança vacinal, teorias da conspiração, falta de confiança nas empresas farmacêuticas e motivos religiosos foram os mais apontados. Pessoas autodeclaradas indígenas, com instabilidade financeira, menor escolaridade e que referiram não ter preocupação com a doença foram mais propensos a recusa/hesitação.

No estudo de Njoku, Joseph e Felix (2021) sobre minorias étnicas/raciais inclusos indígenas americanos/ nativos do Alasca e de Gerretsen (2021) envolvendo indígenas nativos americanos e do Canadá, incluindo Primeiras Nações, Inuit e Métis, também foi relatado desconfiança/hesitação da vacina.

Para Barbosa, Croda e Simionatto, (2021) as redes sociais são a principal fonte de informação para muitos indígenas brasileiros. Infelizmente, por intermédio delas foram passadas diversas notícias falsas e negativas da vacina, inclusive por políticos importantes.

No estudo de Swed *et al.*, (2022) identificou-se pouca adesão à campanha vacinal nos indígenas no Sudão, reforçando a necessidade de criar planos adequados para aumentar a acessibilidade e conscientização desses povos. Para Mehmood *et al.*, (2021), os indígenas da Índia hesitaram com a vacina por não acreditarem na sua eficácia e por medo de eventos adversos além da desconfiança que já tinham nos funcionários do governo pelas desigualdades econômicas e de saúde existentes.

Construir a confiança nas instituições e profissionais de saúde garantem que as comunidades tenham acesso a informações qualificadas e façam a população compreender melhor as vacinas. Considerando a desconfiança histórica por eventos anteriores que se associam a disparidade na prestação de cuidados de qualidade, há um reforço no ceticismo nos serviços de saúde mesmo naqueles com maior escolaridade (MARCELINO *et al.*, 2021).



As experiências dos indígenas no Canadá com o colonialismo afetaram intensamente a percepção deles sobre ações de saúde pública (MOSLEY; SWIDROVICH 2021). Nos EUA também há um longo histórico de exploração e condutas antiéticas na medicina e ciência que levaram muitas dessas comunidades à resistência de confiar novamente nos serviços de saúde (BAZAN, AKGUM 2021). A resistência à vacina pode estar relacionada com conflitos dos sentimentos pela experiência pessoal/familiar (MARCELINO *et al.*, 2021).

No estudo de Ayers *et al.*, (2021) fatores que contribuíram para as disparidades na aceitação da vacina H1N1 de 2009 em comunidades negras/étnicas também tinham relação com informações inadequadas e preocupações com a segurança da vacina e servem de modelo para a importância de atentar-se com esses grupos nas demais campanhas de vacinação.

Aos indígenas do Yemen houve hesitação vacinal e distribuição não equitativa de doses entre as jurisdições (ALMOUGHALES *et al.*, 2022). O pouco conhecimento, falta de confiança no governo e pouca conscientização influenciaram na confiança na vacina de COVID-19 nos indígenas africanos, inclusive os povos Mbuti e Efe, os Baka (ABORODE *et al.*, 2021). A resistência à vacinação pode estar relacionada com a preocupação com a velocidade da produção da vacina, seus efeitos adversos bem como dúvidas sobre a gravidade da própria doença. A desinformação influenciada por informações equivocadas e falsas estiveram relacionadas possivelmente pela confiança em fontes não oficiais, muitas vezes com viés político (MARCELINO *et al.*, 2021).

DESIGUALDADE ESTRUTURAL

SOCIAL/MARGINALIZAÇÃO/RACISMO

O estudo de Muhajarine *et al.*, (2021) identificou que quanto menor a condição social, maior a recusa à vacinação. No estudo de Thompson *et al.*, (2021), grupos raciais/étnicos no estado de Michigan/EUA tiveram maior resistência à vacinação.



Os determinantes sociais que impactam negativamente nos casos de COVID-19 surgem do racismo sistêmico prévio e da desigualdade social aumentando o risco de transmissão do vírus, bem como a presença de comorbidades propiciando maior gravidade à doença (MARCELINO *et al.*, 2021). O racismo está relacionado com experiências negativas do paciente com o serviço de saúde. Essas experiências trouxeram sensações de desconfiança, pouca satisfação e envolvimento com os sistemas de saúde (BAZAN; AKGUM 2021).

De acordo com Njoku, Joseph e Felix (2021), a COVID-19 revelou o racismo estrutural entre os indígenas americanos/nativos do Alasca por terem menos acesso a cuidados em saúde em relação à população geral e as grandes disparidades nos setores de saúde. Para Aborode *et al.*, (2021), entre os indígenas da África o desafio para a vacinação esteve associado a falta de representação política, marginalização econômica e dificuldade de acesso aos cuidados de saúde.

Preconceitos implícitos dos próprios profissionais também aumentam ainda mais essas disparidades, seja pela etnia/raça como pela língua nativa (BAZAN; AKGUM 2021). No estudo de Siegel *et al.*, (2022), nos EUA as disparidades raciais/étnicas influenciaram na magnitude das taxas de vacinação, explicadas pelo racismo estrutural.

A mortalidade por COVID-19 entre indígenas e negros é maior devido as desigualdades ocasionadas pelo racismo estrutural e consequentes altas taxas de pobreza, subempregos e distribuição desigual de determinantes sociais de saúde, influenciando também fatores de risco para comorbidades e prestação de cuidados e acesso à saúde. Embora a pandemia tenha aumentado essas desigualdades (MARCELINO *et al.*, 2021).

A pandemia de COVID-19 revelou o racismo médico e a falta de confiança na vacinação devido aos impactos históricos devido ao racismo estrutural nessas comunidades. As estratégias de solução envolvem educação em visitas clínicas, sessões didáticas e panfletos. Há necessidade de permanente divulgação de dados para diminuir a hesitação, inacessibilidade e complacência à vacina. A



marginalização, acesso desigual à saúde e recursos socioeconômicos pioram o problema. A hesitação vacinal é multifatorial envolve aspectos emocionais, espirituais, culturais, financeiros e de acessibilidade (CHAN *et al.*, 2022)

A vulnerabilidade nessas populações torna um desafio a adoção de ferramentas preventivas como a vacina da COVID-19 (MARCELINO *et al.*, 2021). No estudo de Dirago *et al.*, (2022) comunidades negras socioeconomicamente desfavorecidas nos EUA tiveram reduzidas taxas de vacinação, por serem menos beneficiadas pela disponibilidade da vacina. Na pesquisa de Nguyen *et al.*, (2022) e Ayers *et al.*, (2021) resultados semelhantes também foram encontrados.

BARREIRAS POLÍTICAS, CULTURAIS E DE EDUCAÇÃO

A escassez e a falta de diversidade cultural de profissionais na saúde indígena afetam diretamente a efetividade das ações de saúde, pois informações de saúde pública associadas com as tradições das comunidades possuem impactos mais positivos (MARCELINO *et al.*, 2021). As barreiras linguísticas e a falta de informações educacionais culturais, bem como a dificuldade de acesso a vacina contribuem para disparidades nas taxas de vacinação nas comunidades (BAZAN; AKGUM 2021). Barbosa, Croda e Simionatto, (2021) afirmam que no Brasil, a falta de material educativo na língua dos indígenas pode ter contribuído para a baixa cobertura vacinal, sendo necessário maior empenho para ampliar as informações sobre a doença.

“A pandemia de COVID-19 oferece uma oportunidade única para os sistemas e provedores de saúde mudarem sua abordagem para o alcance e a educação dos pacientes e, assim, reduzir as desigualdades históricas e atuais na educação e acesso a vacinas” (CHAN *et al.*, 2022).

Estratégias que priorizam áreas geográficas de alto risco para vacinação em todas as idades possuem mais resultados do que estratégias para idades específicas. Colocar como prioridade grupos raciais/étnicos de alto risco costuma ter efeito ainda mais positivo (WRIGLEY-FIELD *et al.*, 2021).



O idioma é uma barreira importante para a vacinação contra COVID-19. Há dificuldade de conhecer mais sobre a vacina dentro de fontes informativas e mídias sociais e ajuda limitada de tradução de idiomas em clínicas de vacinação. A má tradução pode causar medo, vulnerabilidade e ceticismo, bem como incapacidade de expressar suas preocupações ou necessidades, por isso a importância das pessoas entenderem as informações dentro de uma linguagem significativa para elas. Estabelecer uma relação confiável e existir uma comunicação clara é fundamental para uma interação saudável (NJOKU; JOSEPH; FELIX, 2021).

As comunidades mais atingidas pela pandemia dependem de tradição oral e contagem de histórias para entender a doença, por isso a importância de uma comunicação mais tradicional. A falta de um material culturalmente apropriado prejudica as respostas de saúde pública (AUYONG *et al.*, 2022).

É importante haver uma tradução variada nas clínicas de vacinação. O acesso precário à internet difere entre raça e etnia e a falta de pontos acessíveis e confiáveis se tornaram desafios para a vacinação também (NJOKU; JOSEPH; FELIX, 2021). Na pesquisa de Singh *et al.*, (2021), fatores culturais e religiosos tiveram influência na hesitação para a vacinação em minorias étnicas do sul da Ásia. No estudo de Muhajarine *et al.*, (2021) os indígenas tiveram 2,4 vezes mais chances de recusar a vacinação.

Estudos de alfabetização em saúde revelam associação da educação em ciência com mudanças de comportamento e ações em relação à vacinação (CHAN *et al.*, 2022).

PROBLEMAS LOGÍSTICOS

Segundo Njoku, Joseph e Felix (2021) o transporte é uma barreira importante, pois os locais de vacinação nem sempre estão acessíveis a todos. Os sistemas de agendamento online de alguns países também foi outro fator limitador já que apenas quem tem acesso à internet conseguia agendar sua vacinação com facilidade. O acesso a um computador tradicional com banda larga também se mostrou diferente entre raça e etnia.



Em Saskatoon e Regina, as clínicas que realizavam a vacinação por *drive-thru* exigiam que os usuários tivessem veículos, além de dar poucas informações de onde e como se vacinar para quem tinha menos recursos financeiros, dificultando o acesso dessas pessoas às vacinas, e até aqueles que tinham interesse na vacina desistiam pelos grandes desafios de acessá-las (MUJARINE *et al.*, 2021). O subfinanciamento crônico e a falta de recursos das instituições de saúde para comunidades minoritárias é um problema que impacta negativamente no controle da doença (MARCELINO *et al.*, 2021).

A desigualdade na distribuição das vacinas na Índia e a falta de recursos para garantir seu adequado armazenamento em todas as regiões afetou os indígenas (MEHMOOD *et al.*, 2021). A vacinação restrita a um local com cadastro apenas on-line dificultou o acesso à vacinação. Em contrapartida, uma comunidade indígena do Novo México, aumentaram as taxas de vacinação com as clínicas de vacinação *drive-thru* (SANCHEZ e FOXWORTH, 2021).

O estudo de Kamal; Hodson; Pearce, (2021) cita questões logísticas como barreira de acesso a vacinação de minorias étnicas no Reino Unido, como alcance geográfico, capacidade de compreensão (linguagem e educação em saúde), acessibilidade e disponibilidade física, bem como falta de priorização de grupos vulneráveis (NJOKU; JOSEPH; FELIX, 2021). Para Marcelino *et al.*, (2021) não houve uma distribuição equitativa da vacina nas comunidades devido às barreiras de transporte e menos acesso ao cuidado. Uma distribuição equitativa dando prioridade para grupos com maior vulnerabilidade estrutural, preocupação de desenvolver informação na língua primária da comunidade e não dependência de consultas por agendamento eletrônico para aqueles que não tem acesso confiável à tecnologia seriam importantes estratégias de solução para aumento das taxas vacinais.

A alocação geográfica aumenta a disparidades em saúde, bem como a raça/etnia. Priorizar populações que tinham maiores riscos da doença é um ponto fundamental, pois a segmentação espacial pode ter equidade de vacina adequada (SCOTT *et al.*, 2021).



PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA FACILITAR A VACINAÇÃO POR COVID-19 EM INDÍGENAS

Para Muhajarine *et al.*, (2021) é necessário estratégias para alcançar os grupos demográficos com barreiras que dificultem a vacinação, fazendo parcerias com organizações locais que forneçam informações mais detalhadas dessas comunidades.

Aborode *et al.*, (2021) afirma que os indígenas têm o direito de acessar informações sobre a COVID-19 em seus idiomas e os serviços devem estar culturalmente apropriados para recebê-los sendo fundamental investimentos para esses serviços e para prestação de cuidados de saúde nas próprias comunidades indígenas, trazendo conhecimento sobre a importância da vacina.

“A saúde pública e outros serviços relevantes devem abordar a hesitação em vacinas entre as minorias raciais usando uma abordagem culturalmente sensível e centrada na comunidade para obter imunidade de rebanho equitativa” (GERRETSEN *et al.*, 2021).

É fundamental que profissionais de saúde eduquem os indígenas sobre as vacinas mostrando seus benefícios e sobre os riscos de infecção da doença, considerando a participação dos líderes indígenas nessa educação em saúde para trazer confiança e credibilidade à informação passada. A mensagem de saúde pública deve se preocupar não apenas com a saúde individualizada mas com o bem-estar de todas as famílias (MOSLEY; SWIDROVICH 2021). As intervenções de educação devem atender à alfabetização da população e ser levadas por pessoas confiáveis para facilitar a comunicação aberta (CHAN *et al.*, 2022).

Ser capaz de entender as informações e tomar decisões sobre sua saúde pode ajudar as pessoas a se sentirem seguras e confiantes nos cuidados de saúde. Quanto maior a alfabetização, maior a aceitação da vacina de COVID-19 (NJOKU; JOSEPH; FELIX, 2021).



Por ter efeitos sistêmicos e multifacetados nos resultados de saúde, o racismo estrutural pode ser manifestado por discriminação racial durante criação de políticas, leis e práticas afetando qualidade e igualdade de acesso à saúde. As disparidades raciais e étnicas sobre as recomendações da COVID-19 são influenciadas pela alfabetização em saúde e desconfiança dos sistemas de saúde, por isso a adaptação das mensagens que chegarão às comunidades de maior risco, reconhecimento de suas particularidades e interpretações variadas de uma comunidade para outra é crucial (NJOKU; JOSEPH; FELIX, 2021).

Ações que aumentam a aceitação de vacinas se relacionam com o aumento da acessibilidade, campanhas educacionais e mudanças na organização, incluindo formulação de políticas. As barreiras de saúde que abrangem todas as etnias incluem acesso, consistência nos serviços, pontualidade, disponibilidade de serviços qualificados e culturalmente competentes e alfabetização em saúde (CHAN *et al.*, 2022). Influenciadores sociais e a clareza das mensagens para ajudar no esclarecimento de dúvidas são essenciais, bem como compreensão dos eventos que levam a hesitação ou recusa a vacina (MUHAJARINE *et al.*, 2021).

Mensageiros confiáveis podem ser líderes religiosos ou comunitários e não profissionais de saúde, por isso devem fazer parte das atividades de educação em saúde para influenciar os destinatários da vacina. Incorporar a escuta empática e a cocriação de soluções com líderes comunitários com base em suas necessidades é bem mais efetiva do que soluções predeterminadas (PRIVOR-DUMIN; KING, 2020).

Muitos líderes tribais demonstram insegurança com a vacina, limitando a aceitação entre os indígenas (BAZAN, AKGUM 2021). Na Nação Navajo -EUA, por exemplo, os curandeiros tradicionais foram essenciais para facilitar a transmissão das mensagens sobre a vacina COVID-19, sendo vacinados primeiro na comunidade, para aumentar a confiança da comunidade. A estratégia com mensagens claras e unindo os idiomas inglês e navajo com uso de mídia digital e social, influenciaram na aceitação (YURTH 2021).



É fundamental ter mensageiros confiáveis nas comunidades, materiais culturalmente apropriados e em várias línguas bem como informações em sites sobre a COVID-19 e traduções para as populações locais. No agendamento on-line, é importante facilitar as opções de vacinação que não exijam pré-cadastro para ter direito a vacina e para se adequar a exclusão digital, pode-se oferecer estratégias alternativas como acesso off-line ou por telefone (NJOKU; JOSEPH; FELIX, 2021).

A melhor forma de abordar a resistência à vacinação é através da informação, explicando todo o processo de fabricação bem como seus procedimentos de segurança considerando ferramentas culturalmente competentes. No caso da desinformação, identificar as mensagens confiáveis e usar as mídias sociais para divulgar informações precisas é o ideal (MARCELINO *et al.*, 2021).

Ouvir a comunidade, educando as organizações de saúde para se envolverem respeitosamente com as comunidades rompendo o preconceito implícito e aumentar a confiança no sistema de saúde são fundamentais (BAZAN; AKGUM 2021).

O uso de mídias sociais para comunicar e incentivar a vacinação foi uma importante estratégia adotada nas Primeiras Nações de Saskatchewan, tendo papel central dos idosos, tidos como provedores de apoio cultural e tradutores como facilitadores desse processo (VESCERA; PEARCE, 2021)

Clínicas móveis ou pop-up poderiam resolver as dificuldades de acesso à vacina, juntamente com a oportunidades de esclarecimento das dúvidas em uma linguagem simples e esclarecedora à comunidade. Em regiões em que a vacinação não é obrigatória, é importante trazer educação adequada para a população como influencia para sua mudança comportamental e aceitação da vacinação (MUHAJARINE *et al.*, 2021).

Estratégias colaborativas, multidisciplinares e pesquisas que analisam os impactos das intervenções de saúde podem ajudar na redução da desigualdade. Combater o racismo sistêmico pode melhorar os determinantes sociais de saúde e diminuir as



desigualdades nas taxas de vacinação, evitando outras disparidades de saúde (BAZAN; AKGUM 2021).

Quanto à percepção de certas pessoas de não considerar a COVID-19 como grande ameaça, é importante observar os fatores emocionais envolvidos na população, considerando que possam ter sido expostas a várias fontes de informação, incluso desinformação, tendo assim menos confiança nas autoridades de saúde. Após o início da vacinação, o fato da grande maioria dos que estavam desenvolvendo a doença não serem vacinados, podia ser usada para convencer aqueles que ainda não tinham certeza da vacinação. Uma campanha bem-sucedida precisa reconstruir a confiança das pessoas pela transparência, comunicação clara e responsabilidade dos governos e sistemas de saúde (MUHAJARINE *et al.*, 2021).

A taxa de aceitação das vacinas varia conforme os dados sociodemográficos, por isso são necessárias abordagens multifacetadas que respeitam as particularidades para criar maior confiança nas vacinas em diversas comunidades através da humildade cultural, empatia e respeito às opiniões. As abordagens devem ser flexíveis e se moldar de acordo com as atitudes do indivíduo em relação à vacina. Hospitais, centros comunitários e serviços de atenção primária também precisam estar preparados (MARCELINO *et al.*, 2021).

Para Njoku, Joseph e Felix (2021) as soluções para disparidade de saúde relacionadas à vacinação contra COVID-19 demandam abordagens de saúde pública, sistemas de saúde e envolvimento de toda a comunidade. É importante garantir que os locais de vacinação sejam facilmente acessíveis, em vários formatos e durante uma variedade de horários, incluindo noites e fins de semana. Enfrentar as disparidades na adoção de vacinas requer uma abordagem multifacetada focada nas necessidades de comunidades historicamente marginalizadas. As estratégias devem reconhecer que o acesso à vacina está embutido no racismo estrutural e devem ser concebidos para exibir claramente a credibilidade dos sistemas de saúde, medicina e saúde pública.



Entender a disparidade de vacinação racial/étnica e socioeconômica local identifica os danos que pessoas marginalizadas tiveram na pandemia e explicam a reprodução da desigualdade espacial (SCOTT *et al.*, 2021).

Para remover barreiras de acesso à vacinação é importante realizar registro em papel, realizar visitas pontuais com direito a vacinação gratuita com auxílio de clínicas móveis, clínicas pop-up e visitas domiciliares. Importante também personalizar a educação da vacina, utilizar a mídia local existente, considerar as necessidades das culturas/linguagens permitindo que as pessoas façam perguntas e obtenham respostas de forma transparente; alavancar organizações profissionais e médicas; fornecer recursos financeiros, pessoais e intelectuais e defender fortemente a distribuição equitativa (MARCELINO *et al.*, 2021).

Esforços importantes para construir a confiança da população nas vacinas incluem firmar parcerias com instituições de saúde e acadêmicas em vínculos confiáveis com as comunidades e investimentos financeiros para capacitar e aumentar a transparência sobre fabricação e distribuição das vacinas³¹. Se a vacinação se tornar acessível e todas as dúvidas forem tiradas de forma satisfatória há mudança no comportamento desses indivíduos (MUHAJARINE *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, consideramos que a desinformação está mais relacionada com fatores históricos que envolvem a desconfiança das minorias em serviços e profissionais de saúde, bem como a educação e cultura que em um contexto geral da população influenciam na resistência e aceitabilidade de medidas sanitárias, como a vacinação. Quanto à desigualdade social/marginalização/racismo estrutural, esse fenômeno foi relatado em vários estudos, tendo também impacto relevante, considerando que esta população é mais propícia a discriminações por terem mais vulnerabilidade social. Percebe-se necessidade de políticas voltadas às especificidades desses grupos para haver maior adesão à vacinação.



No que se refere aos problemas logísticos, a dificuldade de acesso das minorias por residirem em locais distantes da cidade bem como, por exemplo, necessidade de cadastro online prévio revelam a necessidade de traçar um planejamento estratégico bem aprimorado para melhor assistência adequada a essa população.

Embora haja necessidade da vacinação ser disponibilizada a todos para o bem coletivo, os estudos analisados demonstraram que indígenas e outras minorias raciais/étnicas tiveram maior dificuldade de acesso e maior hesitação/recusa às vacinas, considerando experiências recentes e o histórico conflituoso com as instituições de saúde. É necessário criar abordagens eficazes e adaptáveis aos povos indígenas respeitando sua cultura e língua, tornando a vacinação acessível, com informações de saúde transmitidas para as comunidades por uma linguagem simplificada e objetiva, preferencialmente em sua língua materna.

Compreender que a vacinação envolve o comprometimento de todos os níveis de gestão e esforços, além das próprias ações essenciais para atingir as taxas adequadas de cobertura vacinal, garantem uma visão mais ampla sobre as especificidades das diversas comunidades indígenas e assim, a oportunidade de conseguir soluções efetivas de sucesso para diminuir a desigualdade e garantir o acesso igualitário à vacina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBA-AJI M. *et al.*, Ethnic/racial minorities' and migrants' access to COVID-19 vaccines: A systematic review of barriers and facilitators. **Journal of Migration and Health**, 2022. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666623522000095>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

ABORODE, A. T. *et al.*, The impact of COVID-19 on indigenous people in Africa. **Ethics, Medicine and Public Health**, 2021. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352552521000918>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

ALEEM, A.; SAMAD, A. B. A.; SLENKER, A. K. Variants of SARS-CoV-2 And Novel Therapeutics Against Coronavirus (COVID-19). **StatPearls**, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570580/>>. Acesso em: 17 ago. 2022.



ALMOUGHALES, A. A. *et al.*, COVID-19 vaccine hesitancy among indigenous people in Yemen: An incipient crisis. **Annals of Medicine and Surgery**, 2022. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2049080121011560>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

ABRASCO. **A Covid-19 e os povos indígenas**: desafios e medidas para controle do seu avanço. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/03/coronavirus_sasi_sus_abrasco_ABA.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

AUYOUNG, M. *et al.*, Communications Working Group. Addressing racial/ethnic inequities in vaccine hesitancy and uptake: lessons learned from the California alliance against COVID-19. **J Behav Med**, 2022. Disponível em: <<https://link.springer.com/10.1007/s10865-022-00284-8>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

AYERS, C. K. *et al.*, Disparities in H1N1 Vaccination Rates: a Systematic Review and Evidence Synthesis to Inform COVID-19 Vaccination Efforts. **J GEN INTERN MED**, 2021. Disponível em: <<https://link.springer.com/10.1007/s11606-021-06715-7>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BARBOSA, M. S.; CRODA, M. G.; SIMIONATTO, S. Vaccination against covid-19 in the brazilian indigenous population: Has science been defeated by fake news?. **Rev Soc Bras Med Trop**, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822021000100910&tlng=en>. Acesso em: 12 ago. 2022.

BAZAN, I. S.; AKGÜN, K. M. Desigualdade na saúde da COVID-19: lições aprendidas com as taxas anuais de vacinação contra influenza para mitigar as disparidades da vacina contra a COVID-19. Learned from Annual Influenza Vaccination. *Yale Journal of Biology and Medicine*, [s.d.].

BBC NEWS. Covid: 5 números que refletem avanço da vacinação no Brasil. 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-58920602>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

BENITES, E.; GISLOTI, L. J.; DE OLIVEIRA ROQUE F. Brazil: Boost COVID-19 vaccine uptake in Indigenous people. **Nature**, 2021. Disponível em: <<http://www.nature.com/articles/d41586-021-00689-6>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

CHAN, D. K. *et al.*, Rapid deployment of multiple tactics to address severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccine uptake in healthcare employees with a focus on those who identify as black, indigenous, and people of color. **Open Forum Infectious Diseases**, 2022. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ofid/article/doi/10.1093/ofid/ofac012/6522824>>. Acesso em: 12 ago. 2022.



COIAB - Coordenação Das Organizações Indígenas Da Amazônia Brasileira. **Mortalidade de indígenas por Covid-19 na Amazônia é maior do que médias nacional e regional.** 2020. Disponível em:

<<https://coiab.org.br/conteudo/mortalidade-de-ind%C3%ADgenas-por-covid-19-na-amaz%C3%B4nia-%C3%A9-maior-do-que-m%C3%A9dias-1592691837082x890883195206631400>>. Acesso em: 25 ago. 2022.

DIRAGO, N. V. *et al.*, COVID-19 vaccine rollouts and the reproduction of urban spatial inequality: disparities within large us cities in march and april 2021 by racial/ethnic and socioeconomic composition. **J Urban Health**, 2022. Disponível em: <<https://link.springer.com/10.1007/s11524-021-00589-0>>. Acesso em: 28 ago. 2022.

FELLOWS, M. *et al.*, Under-reporting of COVID-19 cases among indigenous peoples in Brazil: a new expression of old inequalities. **Front Psychiatry**, 2021. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.638359/full>>. Acesso em: 23 ago. 2022.

GERRETSEN, P. *et al.*, Vaccine hesitancy is a barrier to achieving equitable herd immunity among racial minorities. **Front Med**, 2021. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.668299/full>>. Acesso em: 12 ago. 2022.

KAMAL, A.; HODSON, A.; PEARCE, J. M. A rapid systematic review of factors influencing COVID-19 vaccination uptake in minority ethnic groups in the UK. **Vaccines**, 2021. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2076-393X/9/10/1121>>. Acesso em: 8 ago. 2022.

MARCELINO, J. R. *et al.*, Addressing and inspiring vaccine confidence in black, indigenous, and people of color during the coronavirus disease 2019 pandemic. **Open Forum Infectious Diseases**, 2021. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ofid/article/doi/10.1093/ofid/ofab417/6346775>>. Acesso em: 26 ago. 2022.

MARQUES, R. C.; SILVEIRA, A. J. T.; PIMENTA, D. N. A pandemia de COVID-19: interseções e desafios para a história da saúde e do tempo presente. *In: Coleção história do tempo presente*: volume 3. 1st ed. Boa Vista - RR: Editora da UFRR; 2020. p. 225–49.

MEHMOOD, Q. *et al.*, COVID-19 vaccine hesitancy among Indigenous people in India: An incipient crisis. **Ethics, Medicine and Public Health**, 2021. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352552521001043>>. Acesso em: 27 ago. 2022.

MOMPLAISIR, F. M. *et al.*, Racial/ethnic differences in COVID-19 vaccine hesitancy among health care workers in 2 large academic hospitals. **JAMA Netw Open**, 2021.



MUHAJARINE, N. *et al.*, COVID-19 vaccine hesitancy and refusal and associated factors in an adult population in Saskatchewan, Canada: Evidence from predictive modelling. Gesser-Edelsburg A, editor. **PLoS ONE**, 2021. Disponível em: <<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0259513>>. Acesso em: 17 ago. 2022.

MOSBY, I.; SWIDROVICH, J. Medical experimentation and the roots of COVID-19 vaccine hesitancy among Indigenous Peoples in Canada. **CMAJ**. 2021. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210112>>. Acesso em: 27 ago. 2022.

MURPHY, J. *et al.*, Psychological characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom. **Nat Commun**, 2021. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41467-020-20226-9>>. Acesso em: 27 ago. 2022.

NEUMANN-BÖHME S. *et al.*, Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. **Eur J Health Econ**, 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/10.1007/s10198-020-01208-6>>. Acesso em: 12 ago. 2022.

NGUYEN, K. H. *et al.*, Disparities in national and state estimates of COVID-19 vaccination receipt and intent to vaccinate by race/ethnicity, income, and age group among adults ≥ 18 years, United States. **Vaccine**, 2022. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264410X21014857>>. Acesso em: 13 ago. 2022.

NJOKU, A.; JOSEPH, M.; FELIX, R. Changing the Narrative: Structural Barriers and Racial and Ethnic Inequities in COVID-19 Vaccination. **IJERPH**, 2021. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/18/9904>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

PRIVOR-DUMM, L.; KING, T. Community-based Strategies to Engage Pastors Can Help Address Vaccine Hesitancy and Health Disparities in Black Communities. **Journal of Health Communication**, 2020. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730.2021.1873463>>. Acesso em: 27 ago. 2022.

SANCHEZ, G. R.; FOXWORTH, R. **Native Americans And COVID-19 Vaccine Hesitancy**: Pathways Toward Increasing Vaccination Rates For Native Communities. **Health Affairs Forefront**, 2021. Disponível em: <<http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20210723.390196/full/>>. Acesso em: 12 ago. 2022.

SCOTT, T. *et al.*, A community partnered approach to promoting COVID-19 vaccine equity. **Health Promotion Practice**, 2021. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15248399211029954>>. Acesso em: 27 ago. 2022.



SENDI, P.; TANDE, A. J. Analyzing COVID-19 vaccine efficacy in vulnerable communities: efforts beyond addressing vaccine inequity. **Clinical Microbiology and Infection**, 28(8):1053–4, 2022. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1198743X22002208>>. Acesso em: 11 ago. 2022.

SIEGEL, M. *et al.*, Racial/Ethnic Disparities in State-Level COVID-19 Vaccination Rates and Their Association with Structural Racism. **J Racial and Ethnic Health Disparities**, 9(6):2361–74, 2022. Disponível em: <<https://link.springer.com/10.1007/s40615-021-01173-7>>. Acesso em: 28 ago. 2022.

SINGH, A. *et al.*, Multilevel Determinants of COVID-19 Vaccine Uptake Among South Asian Ethnic Minorities in Hong Kong: Cross-sectional Web-Based Survey. **JMIR Public Health Surveill**, 7(11):e31707, 2021.

SWED, S. *et al.*, COVID-19 vaccine hesitancy among indigenous people in Sudan: An incipient crisis. **Annals of Medicine and Surgery**, 2022. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S204908012200139X> Acesso em: 12 ago. 2022.

THOMPSON, H. S. *et al.*, Factors Associated With Racial/Ethnic Group–Based Medical Mistrust and Perspectives on COVID-19 Vaccine Trial Participation and Vaccine Uptake in the US. **JAMA Netw Open**, 4(5):e2111629, 2021. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2780402>>. Acesso em: 23 ago. 2022.

VESCERA, Z.; PEARCE, N. **Indigenous leaders take to radio, social media to encourage vaccination**. Saskatoon StarPhoenix, 2021. Disponível em: <<https://thestarphoenix.com/news/saskatchewan/indigenous-leaders-take-to-radio-social-media-to-encourage-vaccination>>. Acesso em: 11 ago. 2022.

WANG, C. *et al.*, A novel coronavirus outbreak of global health concern. **The Lancet**, 395(10223):470–3, 2020. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620301859>>. Acesso em: 27 ago. 2022.

WHO - World Health Organization. **Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. 2023. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>> Acesso em: 16 ago. 2022.

WHO - World Health Organization. Doença de coronavírus (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 10]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1 Acesso em: 12 ago. 2022.

WRIGLEY-FIELD, E. *et al.*, Geographically targeted COVID-19 vaccination is more equitable than age-based thresholds alone. **Sci Adv**. 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34586843/>>. Acesso em: 14 ago. 2022.



YESUDHAS, D; SRIVASTAV, A; GROMIHA, M. M. COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. **Infection**, 49(2):199-213, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32886331/>>. Acesso em: 14 ago. 2022.

YURTH, C. **Navajo leads the country in vaccine rollout**: Here's what went right. Navajo Times, 2021. Disponível em: <<https://navajotimes.com/reznews/navajo-leads-the-country-in-vaccine-rollout-heres-what-went-right/>> Acesso em: 28 ago. 2022.

Enviado: 24 de abril, 2023.

Aprovado: 18 de julho, 2023.

¹ Doutoranda em Epidemiologia em Saúde Pública (Fiocruz), Mestre em Ciências da Saúde (2019 UFRR), Pós-graduada em Saúde Pública (2013) e Docência para Nível Superior (2016), Enfermeira. ORCID: 0000-0003-2292-4952. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1082531720777473>.

² Doutoranda em Epidemiologia em Saúde Pública (Fiocruz), Mestre em Ciências da Saúde (2019 UFRR), Enfermeira. ORCID: 0000-0002-1137-2841. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3314135407235166>.

³ Orientador. Doutor em Ciências Biológicas (Fiocruz 2005), Especialista em Ciência Ambiental (Markenzie 1998), Médico (ABC 1993). ORCID: 0000-0003-0804-0413. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8095789908940383>.