



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento do Programa Nacional de Imunizações
Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 102/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS

Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV) em municípios com população indígena.

1. ASSUNTO

1.1. Orientações sobre a execução do Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV) em municípios com população indígena.

2. ANÁLISE

2.1. A Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA/MS) adotou o Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV) como uma das estratégias para avaliar a situação vacinal das crianças menores de 5 anos de idade contra a poliomielite e o sarampo, mapeando, dessa forma, os bolsões de pessoas suscetíveis pela não vacinação. Os resultados dessa ação auxiliam na avaliação do risco de exposição da população às doenças imunopreveníveis em questão e possibilitam a implementação de ações corretivas para elevar as coberturas vacinais.

2.2. Sabe-se que o território brasileiro agrupa um conjunto de diversidades demográficas, étnicas, raciais e culturais que desafiam o planejamento e a organização das equipes de saúde para executar as estratégias de vacinação na totalidade da sua extensão.

2.3. Assim, no contexto do MEV, a Coordenação de Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI/SVSA), em conjunto com a Coordenação de Vigilância em Saúde Indígena (COVISI/ SESAI), apresenta, por meio dessa Nota Técnica, orientações para a realização coordenada das ações do monitoramento estratégico nos municípios com população indígena aldeada.

3. AMOSTRAGEM X SETORIZAÇÃO

3.1. Amostragem

3.1.1. O cálculo da amostra do público-alvo a ser monitorado, considera todas as salas de vacina pública e ativas de um município incluindo as salas de vacina do território indígena ou UBSI ou polo base de referência da equipe de vacinadores da saúde indígena. Para o MEV, o grupo-alvo são as crianças de ≥ 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias). A quantidade de crianças a serem avaliadas dependerá do tamanho da população-alvo e do número de salas de vacina públicas e ativas no município, e o quantitativo populacional de **indígenas aldeados atendidos** multidisciplinares de saúde indígena dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei); ou seja, não existem cálculos distintos para a população indígena aldeada e para os demais munícipes.

3.1.2. Assim, o município, ao fazer o **cálculo da amostragem** para o MEV, deve considerar a população de toda sua extensão territorial, também incluindo os

territórios indígenas.

3.1.3. Como exemplo, segue abaixo a seguinte situação hipotética:

Município A, com Território Indígena, tem **1000** crianças de público alvo e **3 salas de vacina**; sendo 2 salas de vacina da Atenção Primária e 01 sala do **DSEI “Z” (comum ao município B)**

Município B, com Território Indígena, tem **300** crianças de público alvo e **2 salas de vacina**, sendo 1 sala de vacina da Atenção Primária e 01 do **DSEI “Z” (comum ao município A)**

Total Salas de Vacina	Município A		Município B	
	APS	DSEI	APS	DSEI
	2	1	2	1
População Alvo (crianças na faixa etária consideradas para o MEV)	1000		300	
Classificação do Município	Intermediária		Máxima	
Percentual* Amostra	32%		60%	
Cálculo para Amostra	$1000 \times 32 \div 100 = 310$		$300 \times 60 \div 100 = 360$	
Total de Crianças para o MEV por MUNICÍPIO	320		180	

(*) Ver [Protocolo Operacional MEV-2024](#)

3.2. Setorização

3.2.1. Para a setorização no MEV, as equipes devem monitorar o público alvo e **m toda a extensão territorial do município**, dividindo o quantitativo de crianças por setor, a partir da realidade de cada território: densidade demográfica de cada área a ser monitorada, dispersão e organização populacional, tamanho e perfil da comunidade e, indispensavelmente, a existência ou não de população indígena aldeada no município.

3.2.2. Por essa razão, é fundamental, que a **saúde indígena e a atenção primária planejem a setorização de forma conjunta**, com apoio e acompanhamento da Referência Técnica do respectivo DSEI e do estado, a fim de que a amostra do público-alvo por setor/sala de vacina seja consolidada em um único documento, por município de abrangência.

3.2.3. Desta maneira, com o planejamento realizado de forma conjunta, tanto as equipes de saúde indígena quanto as equipes de atenção primária dos municípios terão como base de cálculo sua população- específica e cada profissional dentro do seu território de atuação, terá como resultado o quantitativo de crianças que serão monitoradas.

Seguindo com o mesmo exemplo dos municípios A e B, como dividir o total de crianças por setor, incluído a população indígena?

3.2.4. Uma possibilidade para a execução do MEV nesse contexto é:

	Município A (Intermediário)		Município B (Máximo)	
População Alvo (crianças na faixa etária consideradas para o MEV)	1000		300	
	Crianças "Aldeadas"	Crianças "Não Aldeadas"	Crianças "Aldeadas"	Crianças "Não Aldeadas"
	200	800	210	90
Cálculo para Amostra	$200 \times 32 \div 100$	$800 \times 32 \div 100$	$210 \times 60 \div 100$	$90 \times 60 \div 100$
Total de crianças para o MEV por área (urbana e indígena)	64	256	126	54
Total de Crianças para o MEV por MUNICÍPIO	320		180	

3.2.5. Recordando que o Município A tem 2 salas de vacina da APS + 1 Sala de Vacina do DSEI que atende ao Município A e ao município B; e o Município B tem 1 sala de vacina da APS + 1 Sala de Vacina do DSEI que atende ao município B e ao município A.

3.2.6. O total de crianças a serem monitoradas pode ser distribuída considerando o total de setores:

3.2.7. Mesmo tendo apenas 02 salas de vacina na APS, o município A pode dividir seu território de abrangência em 10 setores (EXCLUINDO a área de população indígena aldeada) tendo que buscar 26 crianças em cada um deles.

3.2.8. A área indígena por sua vez, também pode dividir seu território de abrangência em 4 setores, por exemplo, de maneira que em cada um desses setores 16 crianças sejam monitoradas.

3.2.9. **Exemplo:**

	Município A (Intermediário)		Município B (Máximo)	
CÁLCULO				
População Alvo (crianças na faixa etária consideradas para o MEV)	1000		300	
	Crianças "Aldeadas"	Crianças "Não Aldeadas"	Crianças "Aldeadas"	Crianças "Não Aldeadas"
	200	800	210	90
Cálculo para Amostra	$200 \times 32 \div 100$	$800 \times 32 \div 100$	$210 \times 60 \div 100$	$90 \times 60 \div 100$
Total de crianças para o MEV	64	256	126	54
SETORIZAÇÃO				
Total Setores	4	10	8	3
Total de Criança por setor	16	26	16	18

3.2.10. A setorização do território indígena levará em consideração o

quantitativo de aldeias que são atendidas dentro do raio de prestação de serviços de cada sala de vacina, UBSI ou Polo base, de modo que se consiga atingir o total de crianças obtidas durante o planejamento.

IMPORTANTE DIFERENCIAR! O Cálculo do MEV considera o quantitativo de salas de vacina e não, de equipes. A quantidade de salas de vacina está para o cálculo, assim como a quantidade de equipes está para a execução do MEV. Ou seja: um município pode ter 02 salas de vacina na APS e 5 equipes e, ainda, 01 sala de vacina na área indígena e 3 equipes. **É o total de equipes do município que a gestão irá considerar para organizar a execução do MEV em todos os territórios setorizados.**

4. REGISTRO

4.1. O registro **das doses aplicadas** durante o MEV poderá ser feito em qualquer sistema integrado à RNDS. Manter o sistema e-SUS APS atualizado com a última versão e com a configuração de envio direto à RNDS realizada e os sistemas próprios devem estar integrados diretamente à RNDS.

4.2. O registro **das doses aplicadas em territórios indígenas** durante o MEV, deverá ser realizada no SI-PNI, seguindo as mesmas orientações de registro conforme a Nota Informativa conjunta Nº 7/2023-DPNI/SVSA/MS sobre o registro vacinal das campanhas de vacinação e de rotina dos povos indígenas que vivem em terras indígenas.

4.3. O registro do Monitoramento (Coleta e registro dos dados) dar-se-á somente no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por meio do Perfil de acesso Operador Estabelecimento de Saúde no banner específico para a ação, e as informações a serem captadas estão especificadas no Anexo 1 do PROTOCOLO OPERACIONAL do MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE E O SARAMPO NO BRASIL 2024.

4.4. É de extrema importância que os registros das doses aplicadas durante o Monitoramento sejam realizados de forma oportuna, indicando corretamente a estratégia de vacinação Monitoramento rápido de cobertura vacinal.

4.5. **O registro da coleta dos dados do MEV, deverá ser feita apenas no SIPNI.**

4.6. Orientamos a leitura do [Protocolo Operacional MEV-2024](#)

5. CONCLUSÃO

5.1. Prestadas as orientações acerca da execução do Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV) em municípios com população indígena, vivendo em terras indígenas e atendidos pelo SasiSUS, a CGICI/DPNI/SVSA e a COVISI/CGGAS/DAPSI/SESAI colocam-se à disposição nos canais oficiais para eventuais outros esclarecimentos que os gestores locais entendam necessários.

5.2. Ante o exposto, informa-se que a equipe técnica da Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI/DPNI/SVSA/MS) encontra-se à disposição para demais esclarecimentos necessários, podendo ser contatada pelos endereços eletrônicos cgici@saude.gov.br e lista.cgici@saude.gov.br, ou pelo telefone: (61) 3315-3874.

6. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Ambiente. MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE E O SARAMPO NO BRASIL. PROTOCOLO OPERACIONAL 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/estrategias-de-vacinacao-contr-a-poliomielite-e-o-sarampo-no-brasil-protocolo-operacional-2024.pdf/view>

ANA CATARINA DE MELO ARAUJO
Coordenadora-Geral
Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização

EDER GATTI FERNANDES
Diretor
Departamento do Programa Nacional de Imunizações

ELIENE DOS SANTOS RODRIGUES
Diretora
Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena

ETHEL MACIEL
Secretária
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente



Documento assinado eletronicamente por **Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações**, em 08/07/2024, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Catarina de Melo Araujo, Coordenador(a)-Geral de Incorporação Científica e Imunização**, em 09/07/2024, às 08:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ethel Leonor Noia Maciel, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 09/07/2024, às 09:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Weibe Nascimento Costa, Secretário(a) de Saúde Indígena**, em 10/07/2024, às 20:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0041814255** e o código CRC **7FFF46D0**.

Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização - CGICI
SRTVN 701, Via W5 Norte Edifício PO700, 6º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br