

MOTIVOS PARA O ATRASO NO CALENDÁRIO VACINAL DE CRIANÇAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL

REASONS FOR DELAY IN THE IMMUNIZATION SCHEDULE OF CHILDREN IN A BASIC HEALTH UNIT IN SOUTHERN BRAZIL

Marcelle Dutra Silveira^a, Juliana Graciela Vestena Zillmer^b, Sidnéia Tessmer Casarin^c,
Eduarda Rosado Soares^d, Amanda Morástico^e

^acelledutra@hotmail.com, ^bjujillmer@gmail.com, ^cstcasarin@gmail.com, ^deduardarosado@bol.com.br, ^eamandamorastico@gmail.com
Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil

Data de recebimento do artigo: 06/10/2015
Data de aceite do artigo: 13/05/2016

■ RESUMO

Introdução: As vacinas atuam em prevenção, controle e erradicação de doenças imunopreveníveis. Entretanto, destacam-se inúmeras dificuldades quanto ao cumprimento do calendário vacinal em crianças. **Objetivo:** Identificar os motivos que levam para o não cumprimento do calendário básico vacinal em crianças de até 24 meses em uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família em um município da região Sul do Brasil. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa. Utilizou-se como instrumento de pesquisa um formulário pré-codificado que fornece informações importantes sobre a população atendida. Os dados coletados foram digitados no Programa EpiData 3.01 e analisados pelo mesmo software. **Resultados:** Constatou-se que as crianças do sexo masculino possuem maior prevalência com relação ao atraso vacinal; quanto aos responsáveis pelas crianças, foi evidenciado que a maioria são mulheres e que uma considerável parcela é de adolescentes de ambos os sexos, predominando como estado civil o de solteiro. A vacina com maior percentual de atraso foi a inativada poliomielite, e as com menor percentual foram a tríplice viral, a tetraviral e a rotavírus. Quanto aos motivos de atraso vacinal, os principais foram determinados pela ausência de vacinas no serviço de saúde e pelo esquecimento por parte dos responsáveis pelas crianças. **Conclusão:** Constata-se a importância de a Unidade Básica de Saúde desenvolver estratégias a fim de cobrir o calendário vacinal infantil, com ênfase na busca ativa realizada pelos agentes comunitários em saúde e também nos registros dos imunobiológicos para melhor gestão dos insumos.

Palavras-chave: Saúde pública; saúde da criança; vacinas.

■ ABSTRACT

Introduction: The vaccines work in the prevention, control, and eradication of preventable diseases. However, countless difficulties stand out for the compliance with the immunization schedule for children. **Objective:** To identify the reasons that lead to non-compliance with the basic vaccination calendar of children up to twenty four months old in a Basic Health Unit with the Family Health Strategy in a municipality in Southern Brazil. **Methods:** The present article is based on a quantitative-descriptive study. A pre-encoded survey form was used to collect important information about the served population. Epi-Data (3.01) software was used for the database and analysis. **Results:** It was found that male infants have a higher prevalence in relation to delayed immunization. As for the people responsible for the children, it was evidenced that most of them were women, and a considerable part is composed by adolescents of both sexes, being single the marital status most informed. The vaccine with the highest percentage of delay was the inactivated poliovirus, and the least delayed were MMR, MMRV, and rotavirus. As for the delayed immunization reasons, the main ones were determined by the absence of vaccines in the health service and forgetfulness on the part of those responsible for children. **Conclusion:** The results showed the importance of the Basic Health Unit in the development of strategies in order to cover the infant immunization schedule, with an emphasis on active search carried out by community health agents and also in the records of biopharmaceuticals for better management of inputs.

Keywords: Public health; child health; vaccines.

Introdução

No Brasil, em âmbito de prevenção de doenças infectocontagiosas, ocorreu um progresso com o estabelecimento, em 1973, do Programa Nacional de Imunizações (PNI), que proporcionou a expansão da assistência ofertando as vacinas na rede pública de saúde¹. O PNI tem obtido resultados relevantes no que se refere ao monitoramento de doenças imunopreveníveis, disponibilizando vacinas de qualidade à população².

No calendário básico de vacinação infantil brasileiro, a prevenção da poliomielite é realizada por meio da vacina oral (VOP) e da vacina inativada (VIP). A VOP é produzida a partir de vírus vivos atenuados contendo três tipos de poliovírus (tipos I, II e III)² e produzindo anticorpos para eles³; a VIP possui os mesmos tipos de poliovírus, porém inativos³. A vacina contra o meningococo C está disponível no calendário desde 2010; ela é administrada por via intramuscular em duas doses, uma aos três e outra aos cinco meses de idade, com um reforço aos quinze meses, e combate a doença meningocócica do tipo C causada pela *Neisseria meningitidis*, cuja disseminação resulta em doença invasiva, geralmente septicemia e meningite⁴. A vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) foi incorporada ao esquema básico de vacinação no ano de 2010, sendo utilizada contra doenças invasivas e otite aguda, causadas pelo *Streptococcus pneumoniae* de sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F. É administrada por via intramuscular com esquema vacinal de três doses (aos dois, quatro e seis meses de idade) e um reforço aos doze meses⁵.

A vacina pentavalente é um conjugado de polissacarídeos-proteínas contra tétano, difteria, coqueluche e hepatite B e inclui também a cepa de *Haemophilus influenzae* do tipo b (Hib), sendo administrada por via intramuscular em três doses (aos dois, quatro e seis meses de idade)⁴. Até o ano de 2012, o componente contra a hepatite B não estava incorporado à vacina, sendo que o esquema vacinal era composto pela vacina tetravalente. A vacina oral contra o rotavírus humano (VORH) combate doenças diarreicas agudas causadas pelo rotavírus, sendo administrada em duas doses recomendadas aos dois e quatro meses de idade⁴. A vacina tríplice viral é composta por vírus vivos atenuados, combate o sarampo, a rubéola e a caxumba e é administrada via subcutânea aos doze meses de idade⁶.

As vacinas proporcionam prevenção, controle e erradicação de inúmeras doenças e possibilitam a diminuição da morbimortalidade por determinados agravos, tendo ainda vantagens quanto ao custo-efetividade⁴. Diante disso, destaca-se a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em seu objetivo de fortalecer e organizar a atenção básica brasileira⁴. No contexto vacinal, entre tantas tarefas, a ESF atua na verificação da caderneta, conduzindo o usuário à unidade de saúde para iniciar ou

completar o processo de vacinação⁴. Contudo, as equipes de saúde enfrentam o obstáculo do não cumprimento do calendário vacinal, que não deve ser desprezado ou negligenciado, principalmente em crianças, pois há possibilidade de que a falta desses imunológicos provoque elevados riscos à saúde dos infantes⁷. Estudos têm revelado que, mesmo sendo uma temática importante, o não cumprimento do calendário vacinal tem sido pouco explorado – há, ainda, necessidade de estudos que descrevam realidades locais⁸. Além disso, têm relevância estudos contínuos que possibilitem o monitoramento da situação vacinal de áreas atendidas pela ESF⁹ e outros que contemplem os motivos do atraso¹⁰.

A importância de conhecer os motivos para o não cumprimento do calendário vacinal pelo ponto de vista dos pais ou responsáveis vem da utilidade dessa informação na organização dos serviços de saúde e de sua contribuição na formação e educação permanentes de profissionais de saúde para prover o atendimento às demandas, contemplando todas as faixas etárias populacionais, mas direcionando as ações para menores de um ano, que têm maior vulnerabilidade¹¹. A partir disso, o presente estudo teve como objetivo identificar os motivos que levam para o não cumprimento do calendário básico vacinal em crianças de até 24 meses, acompanhadas desde a consulta de puericultura de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com ESF em um município da região Sul do Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, referente à imunização em crianças de zero a 24 meses em uma UBS de um município da região Sul do Brasil. Fizeram parte do estudo 21 responsáveis por essas crianças, todos residentes na área de cobertura da UBS investigada, que conta com quatro equipes de ESF implantadas. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2014, durante e após as consultas de puericultura, em ambiente reservado e em domicílio, a partir de um levantamento das crianças com vacinas atrasadas, por meio da avaliação das fichas-espelho do cartão vacinal.

As informações referentes aos aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos foram coletadas mediante aplicação de um questionário pré-codificado. A entrada dos dados foi realizada com o software EpiData 3.01, com dupla digitação e checagem automática de consistência e amplitude. As variáveis foram analisadas de forma descritiva com uso do mesmo software. Para apresentação dos dados foram elaboradas tabelas descritivas, utilizando-se as frequências em números absolutos e percentuais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas de uma universidade pública do Sul do Brasil, mediante parecer de aprovação nº 547.748. Todos os participantes

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo respeitou a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Foram entrevistados 21 responsáveis pelas crianças. Na Tabela 1 constata-se que a maioria dos responsáveis são mulheres (85,7%), sendo a maternidade o grau de parentesco mais encontrado (76%). Quanto ao perfil dos responsáveis, a maioria é solteiro (66,7%), uma parcela considerável é de adolescentes (33,2%), quase a metade possui de um a oito anos de escolaridade (47,8%) e uma parte expressiva está inserida no mercado de trabalho (81%). Além disso, a maioria das mães entrevistadas tem mais de um filho (57,1%).

Tabela 1: Distribuição das variáveis sociodemográficas do responsável pela criança. Pelotas (RS), 2014.

Variáveis	N	Percentual
Sexo		
Masculino	3	14,3
Feminino	18	85,7
Grau de parentesco		
Mãe	16	76
Pai	1	4,8
Avó	2	9,6
Outros (irmão)	2	9,6
Faixa etária		
15-18	7	33,2
19-26	7	33,2
27-31	5	24
32-48	2	9,6
Anos de estudo		
1-5 anos	5	23,9
6-8 anos	5	23,9
≥ 9 anos	11	52,2
Estado civil		
Casado	5	23,8
Solteiro	14	66,7
Separado	1	4,8
Divorciado	1	4,8
Trabalha fora de casa	17	81
Outros filhos	12	57,1

Como pode ser analisado na Tabela 2, o atraso vacinal predominou em infantes do sexo masculino (57,1%). De maneira geral, em ambos os sexos a faixa etária de zero a cinco meses apresentou o maior percentual de atraso vacinal (38%).

Inúmeros imunobiológicos foram encontrados em atraso, conforme o calendário básico de vacinação infantil brasileiro vigente (Tabela 3). A VIP é a que apresenta maior percentual de atraso (57,1%); as demais são a vacina contra o meningococo do tipo C (42,8%), a vacina contra o pneumococo 10-valente (38%), a vacina pentavalente (33,3%), a VOP (28,5%) e as vacinas tríplice viral, tetraviral e oral contra o rotavírus humano, cada uma representando 19% dos atrasos.

A ausência de vacinas na UBS (57,1%), o esquecimento dos responsáveis pela criança (23,8%) e a ocorrência de febre (9,5%) foram os motivos alegados para o atraso e o não cumprimento do calendário de vacinação em crianças de até 24 meses. Tais informações são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 2: Distribuição das variáveis da criança em atraso vacinal. Pelotas (RS), 2014.

Variáveis	N	Percentual
Sexo		
Masculino	12	57,1
Feminino	9	42,9
Idade em meses		
0-5	8	38
6-11	2	9,6
12-17	5	23,8
18-24	6	28,6

Tabela 3: Distribuição das variáveis relacionadas à condição vacinal da criança. Pelotas (RS), 2014.

Variáveis	N	Percentual
Atraso		
Sim	21	100
Não	-	-
Vacinas em atraso		
VIP		
Não	9	42,9
Sim	12	57,1
Rotavírus		
Não	17	81
Sim	4	19
Tríplice viral		
Não	17	81
Sim	4	19
Tetraviral		
Não	17	81
Sim	4	19
VOP		
Não	15	71,5
Sim	6	28,5
Pentavalente		
Não	14	66,7
Sim	7	33,3
Pneumocócica		
Não	13	62
Sim	8	38
Meningocócica		
Não	12	57,2
Sim	9	42,8

Tabela 4: Distribuição das variáveis relacionadas aos motivos pelo atraso vacinal da criança. Pelotas (RS), 2014.

Variáveis Motivos	N	Percentual
Febre ou outra complicação		
Não	19	90,5
Sim	2	9,5
Esquecimento		
Não	16	76,2
Sim	5	23,8
Falta de vacina na UBS		
Não	9	42,9
Sim	12	57,1

Discussão

Perfil do responsável pela criança e características das vacinas em atraso

No presente estudo, o sexo predominante das crianças em atraso vacinal foi o masculino, mesmo com pouca diferença em relação ao feminino – esse fato também foi evidenciado em outro estudo que avaliou o atraso vacinal¹². Quanto à idade das crianças que possuíam atrasos, chama a atenção que até mesmo as vacinas que deveriam ter sido aplicadas ao nascer estão atrasadas. Estudos apontam atrasos mais prevalentes entre dois e sete meses de idade, pois as crianças, além de não estarem em dia com as vacinas recomendadas para a sua faixa etária, já possuem alguma atrasada de meses anteriores¹³. Contudo, há evidências que apontam a faixa de seis meses a um ano de idade como mais prevalente, correspondente a 55%, seguida da de um a dois anos¹².

Com relação aos tipos de vacinas em atraso, os achados neste estudo corroboram a literatura consultada, que também aponta que os atrasos mais comuns estão relacionados ao rotavírus^{9,12,14}, à tetravalente (pentavalente)^{9,12,14,15}, à VOP^{9,12,14,15}, à tríplice viral^{9,12,14,15}, à pneumocócica 10-valente^{12,14} e à meningocócica^{12,14}. A vacina tríplice bacteriana^{14,15} e a VIP também são citadas como frequentes¹⁴. Também é apontado que os grupos de crianças associados a uma menor vacinação com rotavírus foram os mesmos associados à menor frequência de vacinação contra o pneumococo⁷. Estudos também apresentam que é comum haver mais de uma vacina em atraso¹⁶, sendo que as vacinas com três doses ou mais apresentam um percentual de atraso mais elevado¹⁵. A prevalência de atrasos de vacinas com duas doses ou mais também evidencia-se, no presente estudo, com o atraso da VIP, da VOP, da pentavalente, da pneumocócica 10-valente e da meningocócica C.

Motivos para o atraso vacinal

A mãe é identificada como a principal responsável por acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças e por cuidar de sua saúde, por exemplo, com a vacinação na UBS^{12,15}. Os pais que possuem melhor conhecimento das fases de evolução da criança executam práticas de cuidado ao filho com maior eficiência; por conseguinte, o crescimento e o desenvolvimento infantil são influenciados positivamente¹⁷. Estudos apontam que os grupos de crianças associados a um menor nível de vacinação são compostos por filhos de mães adolescentes e têm genitores de escolaridade mais baixa⁷. A baixa escolaridade também influencia o fato de que

os pais podem ter maior dificuldade na compreensão das informações recebidas a respeito da importância de manter a vacinação em dia e também quanto à realização das doses subsequentes^{14,18}. A baixa renda também é apontada na literatura como característica das famílias com crianças em atraso vacinal¹¹.

O ato de vacinar as crianças depende de fatores como a decisão dos pais ou responsáveis de levar a criança à UBS¹⁹. O esquecimento das doses subsequentes é um dos fatores mais comumente apontados na literatura para justificar o atraso das vacinas na infância^{9,11,12}. No entanto, o esquecimento como justificativa para o atraso, por parte das mães ou responsáveis pela criança, não pode ser explicado de forma simplista, analisando apenas as suas características sociodemográficas.

É importante considerar que existe influência da comunicação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços no processo de transmissão, transferência e orientação acerca da vacinação e do cumprimento do calendário vacinal¹⁴. Para que os responsáveis pelas crianças tenham conhecimento da importância da manutenção do esquema vacinal atualizado e se comprometam a não deixar que ele atrase, faz-se imprescindível o entendimento das informações acerca do tema – é necessário que os profissionais estejam envolvidos e estabeleçam vínculos com as famílias que acompanham, para que os usuários consigam compreender a importância da vacinação para a saúde da criança e a data das próximas doses.

Neste estudo, o principal motivo mencionado para o atraso no calendário básico vacinal foi a indisponibilidade de vacinas pelo serviço de saúde, o que também é assinalado na literatura como um dos principais fatores para o atraso^{9,11,14}. As oportunidades perdidas em vacinação podem estar relacionadas a fatores de estrutura dos serviços de saúde – tais como atraso no agendamento das consultas, falta de consultas noturnas ou no final de semana, filas e tempo de espera, falta de pessoal, de equipamentos, de insumos e de vacinas²⁰ – e a aspectos referentes ao tempo (dia de chuva etc.)¹⁴, ao turno e à jornada de trabalho dos pais e à vigência de doença no dia agendado^{11,12}. Nesse sentido, a ocorrência de doenças leves é a principal responsável pela oportunidade perdida para a imunização e, conseqüentemente, para o atraso no esquema vacinal infantil²¹. Neste estudo, apenas dois participantes mencionaram como motivo de atraso que a criança estava doente, o que não desresponsabiliza o enfermeiro e a equipe de vacinadores de desmistificar que haja nisso impedimento e de esclarecer aos familiares quais são as verdadeiras contra-indicações para o recebimento da vacina.

A provisão dos insumos necessários para a manutenção do funcionamento da sala de vacinas favorece a manutenção da integralidade e da qualidade no

atendimento²². Sendo assim, é preciso refletir acerca dos fatores que envolvem o gerenciamento e a supervisão das atividades na sala de vacinas. É essencial que o enfermeiro da ESF tenha total controle do número de vacinas que chegam às UBS, das que são administradas e das que porventura perdem a validade, estragam ou são desperdiçadas, a fim de evitar a falta delas na unidade, o que impossibilita o acesso à vacina. É preconizado, como parte da gestão que se confira o boletim de vacinação com as doses administradas diária e mensalmente, além de registrar o número de doses desprezadas, avaliando assim a porcentagem de perda e a utilização dos imunobiológicos⁴. Salienta-se que este estudo não analisou o processo de trabalho do enfermeiro na sala de vacinas, e dessa forma não pode tecer nenhum tipo de análise quanto a potenciais falhas no processo gerencial desse profissional.

Outra questão a ser discutida é referente às responsabilidades governamentais quanto aos imunobiológicos, sendo a esfera federal responsável por prover as vacinas, a estadual por fornecer as seringas e agulhas e a municipal por gerenciar o estoque de vacinas e de outros insumos⁴. Quanto aos registros, uma ferramenta útil é o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), que, além de possibilitar o registro do vacinado e dos eventos adversos pós-vacinação, permite o registro referente à movimentação do imunobiológicos. Contudo, o SI-PNI está em fase de implementação e ainda não cobriu todos os serviços de saúde do Brasil, como foi objetivado que fizesse⁴. Com a implementação desse sistema, o gerenciamento de imunobiológicos poderá ser mais eficaz e efetivo.

Salienta-se também que a atuação do agente comunitário em saúde no enfrentamento do atraso vacinal é de elevada importância. Um estudo realizado em 2010 evidenciou que 87,9% das crianças estavam com o esquema vacinal completo, o que se deve principalmente pela ação dos agentes comunitários de saúde, que avisam aos responsáveis pelas crianças que se aproxima a data de vacinação⁹. Outra efetiva forma de atuação do agente comunitário em saúde é a busca dos faltosos⁸, o que permite mais oportunidades de vacinação, além de estreitamento do vínculo entre a equipe de saúde e as famílias. Desse modo, é de extrema importância a ampliação do número de agentes para as UBS, pois, por residirem na mesma comunidade em que atuam, possuem elevados poder de persuasão e mobilidade social, o que é determinante no cumprimento do calendário vacinal²³.

Outras estratégias podem ser realizadas com fins de ampliar e garantir a cobertura vacinal, e a caderneta de vacinação é uma delas. Ela é considerada um instrumento de acompanhamento da saúde dos infantes e deve ser registrada em detalhes, incluindo o agendamento das próximas doses vacinais, o que possibilita diminuição

significativa da perda de oportunidade de vacinação²⁴. Dessa maneira, a verificação da caderneta de vacinação por parte da equipe de ESF é essencial, pois fortalece a cultura de valorização da vacinação⁴. Visando a reforçar tal dinâmica, deve-se estabelecer como critério para qualquer atendimento na UBS que o usuário esteja com a caderneta de vacinação consigo, assim, esquemas vacinais serão completados, garantindo e ampliando a cobertura vacinal⁴.

Conclusão

O presente estudo descreveu os motivos para o não cumprimento do calendário vacinal de crianças em uma UBS de um município da região sul do Brasil. Constatou-se que os principais motivos de atraso vacinal foram determinados pela ausência de vacinas no serviço de saúde e o esquecimento por parte dos responsáveis de não levarem as crianças de acordo com aprazamento na carteira de vacinas.

Nesse sentido reforça-se a ideia de uma melhor gestão dos insumos, sendo de suma importância que as UBS desenvolverem estratégias e ações com ênfase no registro de imunobiológicos para que assim não se percam oportunidades de vacinação em razão da falta de vacinas. Além disso, é necessário que os profissionais de saúde incentivem os responsáveis a levar a criança para ser vacinada, aprazando corretamente a carteira vacinal, explicando a importância do imunobiológico para a saúde da criança e respondendo dúvidas acerca do mesmo e do processo de vacinação, utilizando como ação contínua dos agentes comunitários de saúde a visita a domicílios a fim de lembrar a próxima data de vacinação e também de desenvolver ações que visem recuperar os infantes que já estão com atraso vacinal, utilizando-se da ação dos agentes em buscar os faltosos.

Entretanto, este estudo apresenta limitações por ser descritivo e local, e, dessa forma, não pode ser generalizado. Considera-se que é essencial a realização de novos estudos com outras abordagens metodológicas e com maiores populações para analisar e compreender o fenômeno estudado.

Referências

1. Lemos EO, Pedrosa DR, Raniéri PSG, Pires ACA, Queiroz A.M. Avaliação do cumprimento do calendário de vacinação dos adolescentes de uma escola municipal. *Adolesc Saúde*. 2013 abr/jun;10(2):23-9.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Informe técnico da introdução da vacina inativada poliomielite. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Informe técnico de introdução da vacina pneumocócica 10-valente. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Informe técnico de introdução da vacina tetraviral. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Rocha R, Sampaio MJ, Pereira CA, Liberal I. Factores associados ao não cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e das vacinas pneumocócica conjugada heptavalente e contra o rotavírus. *Acta Pediatr Por.* 2010;41(5):195-200.
8. Pereira DR, Mathias TAF, Soares DFPP, Carvalho WO. Cobertura vacinal em crianças de 12 a 23 meses de idade: estudo exploratório tipo Survey. *Rev Eletr Enf.* 2009;11(2):360-7.
9. Ramos CF, Paixão JGM, Danza FCS, Silva AMP, Caçador DF, Dias VDV, et al. Cumprimento do calendário de vacinação de crianças em uma unidade de saúde da família. *Revista Pan-Amaz Saúde.* 2010;1(2):55-60.
10. Carneiro SMM, Lessa SS, Guimarães JAL, Loepert MM, Silva DB. Cobertura vacinal real do esquema básico para o primeiro ano de vida. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2012;7(23):100-7.
11. Colombe RM, Fossa AM. Oportunidades perdidas para a vacinação de menores de 1 ano. *Anais do 19º Congresso de Iniciação Científica; Piracicaba;* 2011.
12. Carneiro SG, Ribeiro TT, Cardoso MDT, Strapasson JF, Costa AFB, Guina FD. Avaliação da cobertura vacinal em crianças de 2 meses a 5 anos na Estratégia Saúde da Família. *Cadernos UniFOA.* 2013;22:63-72.
13. Bau, TL. Cobertura de vacinação em crianças menores de um ano de idade em uma unidade de saúde de Nova Hartz/RS. Nova Hamburgo. Trabalho de conclusão de curso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
14. Andrade DRS, Lorenzini E, Silva EF. Conhecimento de mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil. *Cogitare Enferm.* 2014 jan/mar;19(1):94-100.
15. Tertuliano GC, Stein AT. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(2):523-30.
16. Lopes EG, Martins CBG, Lima FCA, Gaíva MAM. Situação vacinal de recém-nascidos de risco e dificuldades vivenciadas pelas mães. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(3):338-44.
17. Ribeiro MFM, Barbosa MA, Porto CC. Paralisia cerebral e síndrome de Down: nível de conhecimento e informação dos pais. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(4):2099-106.
18. Santos LB, Barreto CCM, Silva FLS, Silva KCO. Percepção das mães quanto à importância da imunização infantil. *Rev Rene.* 2011 jul/set;12(3):621-6.
19. Guimarães TMR, Alves JGB, Tavares MMF. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(4):868-76.
20. Molina AC, Godoy I, Carvalho LR, Júnior ALC. Situação vacinal infantil e características individuais e familiares de São Paulo. *Acta Sci Health Sci.* 2007;29(2):99-106.
21. Aranda CMS. Oportunidades perdidas. In: Farhat CK, Carvalho, LY, Carvalho LHFR, Succi RCM. *Imunizações: fundamentos e prática.* 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012.
23. França ISX, Simplício DN, Alves FP, Brito VRS. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(2):258-64.
24. Abud SM, Gaíva MAM. Análise do preenchimento dos dados de imunização da caderneta de saúde da criança. *Rev Eletrônica de enferm.* 2014; 16:61-67

Como citar este artigo:

Silveira MD, Zillmer JGV, Casarin ST, Soares ER, Morástico A. Motivos para o atraso no calendário vacinal de crianças em uma unidade básica de saúde no sul do Brasil. *Rev. Aten. Saúde.* 2016;14(49):53-58.