

DESAFIOS PARA A ADEÇÃO DA POPULAÇÃO ÀS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA A EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DAS POLÍTICAS DE SAÚDE COLETIVA

**CHALLENGES TO POPULATION ADHERENCE TO HEALTH PROMOTION
AND PREVENTION ACTIONS: IMPLICATIONS FOR THE EFFECTIVENESS OF
PRIMARY HEALTH CARE AND PUBLIC HEALTH POLICIES**

Ciências da Saúde • 20/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/789871060](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/789871060)

Erick Vinicius Rocha da Silva¹

Felipe Gomes Russo²

Aiça Melo Marques³

Marcio Alexandre Botti⁴

Gilmar Guterres Ortiz⁵

Fábio Lopes Corrêa da Silva⁶

Janaína Pereira Travassos Ramos⁷

Patricia Maria Brito da Silva⁸

Daniele Ribeiro Dias⁹

Renata Cellys Oliveira de Moraes Ferreira¹⁰

Elizane Cristina de Aquino¹¹

Francisco Mateus Lauriano Lima¹²

Antônio Helson da Silva¹³

Micado Antonio Miguel¹⁴

Alcione Basílio de Abreu¹⁵

Aurora Neta Paz¹⁶

Maiquel da Fonseca Fouchy¹⁷

RESUMO

A adesão da população às ações de promoção e prevenção em saúde constitui condição essencial para que a Atenção Primária à Saúde produza impacto sobre riscos, agravos e desigualdades evitáveis. Este estudo analisou os principais fatores associados à participação insuficiente em ações preventivas e promotoras da saúde e suas implicações para a efetividade da Atenção Primária e das políticas de Saúde Coletiva. Realizou-se revisão integrativa, de abordagem qualitativa e natureza descritivo-analítica, com busca de publicações de 2022 a setembro de 2026 em MEDLINE/PubMed, SciELO e LILACS/BVS, complementada por documentos oficiais recentes. Cinquenta referências foram incluídas na síntese. Os achados demonstraram que a adesão é condicionada por fatores individuais, sociais, culturais, comunicacionais, territoriais e organizacionais, destacando-se baixa percepção de risco, letramento em saúde insuficiente, desinformação, hesitação vacinal, restrições de tempo e transporte, dificuldades de acesso, vínculo frágil, pouca continuidade do cuidado e barreiras institucionais. Estratégias multicomponentes, busca ativa, navegação do paciente, lembretes, educação em saúde, participação comunitária, atuação interprofissional e qualificação dos sistemas de informação apresentaram maior potencial para ampliar participação. Conclui-se que responsabilizar exclusivamente o indivíduo pela baixa adesão é inadequado; a efetividade das políticas depende de serviços acessíveis, confiáveis, territorializados, equitativos e capazes de combinar comunicação, vínculo, organização e ação intersetorial.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Prevenção de Doenças; Participação do Paciente; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Population adherence to health promotion and disease prevention

actions is essential for Primary Health Care to achieve meaningful effects on risks, avoidable conditions, and health inequalities. This study analyzed the main factors associated with insufficient participation in preventive and health-promoting actions and their implications for the effectiveness of Primary Health Care and Public Health policies. An integrative review with a qualitative, descriptive-analytical approach was conducted, including publications from 2022 to September 2026 retrieved from MEDLINE/PubMed, SciELO, and LILACS/BVS, complemented by recent official documents. Fifty references were included in the synthesis. Findings showed that adherence is shaped by individual, social, cultural, communication, territorial, and organizational factors, including low risk perception, limited health literacy, misinformation, vaccine hesitancy, time and transportation constraints, access difficulties, weak therapeutic bonds, poor continuity of care, and institutional barriers. Multicomponent strategies, active outreach, patient navigation, reminders, health education, community participation, interprofessional practice, and stronger information systems showed greater potential to improve participation. It is concluded that attributing low adherence exclusively to individuals is inadequate; policy effectiveness depends on accessible, trustworthy, territory-based and equitable services capable of combining communication, longitudinal relationships, organization, and intersectoral action.

Keywords: Primary Health Care; Health Promotion; Disease Prevention; Patient Participation; Public Health.

1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde e a prevenção de doenças são componentes estruturantes da Atenção Primária à Saúde (APS), pois permitem atuar antes da instalação ou agravamento de problemas, reduzir

exposição a fatores de risco e organizar respostas orientadas às necessidades das pessoas e dos territórios. A abordagem contemporânea de APS integra cuidado clínico, funções essenciais de saúde pública, ação intersetorial e participação social, de modo que sua efetividade depende tanto da oferta de intervenções quanto da capacidade de aproximá-las da vida cotidiana da população (World Health Organization, 2024; Brasil, 2025; Eriksson *et al.*, 2026).

Entretanto, disponibilizar vacinação, rastreamentos, aconselhamento, acompanhamento de fatores de risco, atividades coletivas ou ações educativas não garante participação efetiva. A adesão é resultado de um processo que envolve percepção de necessidade, compreensão da recomendação, confiança, possibilidade concreta de acesso, aceitabilidade cultural, experiências anteriores e condições materiais para comparecer, iniciar e manter comportamentos preventivos. Revisões recentes mostram que barreiras à prevenção se distribuem entre usuário, profissionais, organização dos serviços e contexto sociopolítico, evidenciando a insuficiência de explicações centradas apenas em motivação individual (Clet *et al.*, 2024; Heath *et al.*, 2024; Alemu *et al.*, 2024).

Na dimensão individual, conhecimentos, crenças, emoções, percepção de risco e expectativas sobre benefícios e danos influenciam decisões preventivas. O letramento em saúde pode facilitar compreensão e uso de informações, mas seus efeitos não são uniformes e dependem da clareza da comunicação, da complexidade da decisão e da experiência com o sistema. Em vacinação, por exemplo, a hesitação se relaciona a confiança, conveniência, complacência e ambiente informacional; em rastreamentos, medo, desconhecimento e dúvidas sobre benefícios

podem se combinar a barreiras estruturais, produzindo não participação ou participação irregular (Siena *et al.*, 2022; Bussink-Voorend *et al.*, 2022; Baccolini *et al.*, 2022).

As condições sociais e territoriais modificam profundamente a possibilidade de adesão. Baixa renda, trabalho com pouca flexibilidade, distância dos serviços, custos indiretos, necessidade de cuidado de familiares, transporte inadequado e desigualdades de acesso podem transformar uma recomendação tecnicamente simples em uma tarefa difícil de executar. Evidências sobre necessidade não atendida em atenção primária e sobre transporte para serviços de saúde indicam que o acesso é distribuído de forma desigual e que intervenções logísticas podem reduzir faltas e ampliar a utilização, especialmente entre grupos vulnerabilizados (Alemu *et al.*, 2024; Shekelle *et al.*, 2022; Berini *et al.*, 2022).

O vínculo com profissionais e equipes constitui outro determinante relevante. Recomendações claras, comunicação respeitosa, continuidade e oportunidade para esclarecer dúvidas favorecem decisões informadas, enquanto interações breves, fragmentadas ou percebidas como impositivas podem aumentar resistência. Na vacinação, a recomendação de profissionais aparece repetidamente como facilitador; nos rastreamentos, a participação tende a crescer quando a atenção primária utiliza convite ativo, lembretes, navegação e apoio à decisão. Assim, qualidade relacional e organização do processo de trabalho atuam de maneira interdependente (Prieto-Campo *et al.*, 2022; Wheeler *et al.*, 2025; Verbunt *et al.*, 2024).

No cenário brasileiro, a Estratégia Saúde da Família (ESF) amplia a proximidade entre serviço, famílias e território e oferece base

organizacional para atividades de promoção, prevenção, busca ativa, acompanhamento longitudinal e participação comunitária. Estudos recentes associam a expansão e presença da ESF a resultados favoráveis de saúde e destacam seu papel na resposta a crises, embora persistam desigualdades regionais, problemas de capacidade instalada e obstáculos para transformar cobertura formal em acesso oportuno e cuidado contínuo (Ferreira-Batista *et al.*, 2022; Teixeira *et al.*, 2024; Brasil, 2025).

A vacinação é um exemplo particularmente útil para compreender a distância entre disponibilidade e adesão. No Brasil, estudos recentes identificam desinformação, baixa percepção de risco, problemas de acesso e indisponibilidade de imunobiológicos como componentes de queda ou atraso de coberturas. Em Rio Branco, coberturas infantis abaixo das metas coexistiram com barreiras assistenciais e crenças hesitantes, demonstrando que confiança e conveniência devem ser abordadas conjuntamente. A mesma lógica se aplica a outros programas preventivos que dependem de presença regular e continuidade (Fernandes *et al.*, 2024; Macedo *et al.*, 2024; Fernandez *et al.*, 2024).

A transformação digital introduziu novas possibilidades para reduzir lacunas de adesão, por meio de lembretes, mensagens, telemonitoramento, prontuários eletrônicos, sistemas de apoio à decisão e campanhas em mídias sociais. Contudo, ferramentas digitais não são neutras: podem ampliar alcance e oportunidade, mas também excluir pessoas com baixo acesso tecnológico, produzir excesso de mensagens ou competir com desinformação de alta circulação. Revisões de intervenções digitais mostram efeitos promissores, porém heterogêneos, reforçando a necessidade de

integração com processos assistenciais e estratégias presenciais (Willis *et al.*, 2022; Louw *et al.*, 2024; Ghahramani *et al.*, 2022).

Diante desse quadro, compreender a baixa adesão como fenômeno multifatorial é necessário para orientar políticas que não se limitem a campanhas pontuais. Intervenções efetivas tendem a combinar componentes dirigidos à população, aos profissionais, ao serviço e ao ambiente social, incorporando equidade, segmentação de grupos, participação comunitária, acompanhamento e avaliação de resultados. Este estudo tem como objetivo analisar os desafios para a adesão da população às ações de promoção e prevenção em saúde e discutir suas implicações para a efetividade da Atenção Primária e das políticas de Saúde Coletiva.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Promoção da Saúde, Prevenção e Função Estratégica da Atenção Primária

A promoção da saúde não se restringe à transmissão de orientações sobre comportamentos individuais. Seu escopo envolve criar condições para escolhas saudáveis, reduzir barreiras estruturais, fortalecer participação social e integrar ações sobre determinantes sociais. Na APS, essa perspectiva se expressa em atividades clínicas e comunitárias que articulam vacinação, rastreamento, redução de riscos, educação, vigilância, autocuidado apoiado e encaminhamento oportuno. O caráter territorial da atenção primária favorece identificação de necessidades e adaptação das intervenções às características locais (World Health Organization, 2024; Mosteiro Miguéns *et al.*, 2024; Erku *et al.*, 2023).

Uma consequência dessa abordagem é que a efetividade da prevenção não pode ser avaliada apenas pelo número de ações ofertadas. Importa observar alcance, participação, continuidade, equidade e conversão das recomendações em práticas sustentadas. Eriksson et al. (2026), ao mapear intervenções populacionais de promoção e prevenção na atenção primária, reforçam a diversidade de estratégias e a necessidade de conexão entre o serviço e a população. Clet et al. (2024) mostram que a integração da prevenção depende de fatores em níveis individual, profissional, organizacional e político.

2.2. Adesão Como Fenômeno Multidimensional e Processual

Adesão, no contexto preventivo, é mais ampla que comparecer a uma consulta ou realizar um procedimento isolado. Ela envolve aceitar uma recomendação, conseguir acessar o serviço, completar as etapas necessárias e manter participação quando a intervenção é longitudinal. Por isso, conceitos como uptake, participação, retenção e engajamento aparecem na literatura com sentidos complementares. Na hipertensão, por exemplo, retenção no cuidado depende de intervenções multicomponentes e contexto organizacional; nos rastreamentos, a participação resulta da interação entre crenças, acessibilidade e recomendação profissional (Ye *et al.*, 2024; Vallone *et al.*, 2022).

Essa visão processual ajuda a distinguir não adesão voluntária de não adesão produzida por barreiras. Um usuário pode valorizar a prevenção e ainda assim perder uma oportunidade vacinal por falta de dose, abandonar um programa de mudança de estilo de vida por horários incompatíveis ou deixar de realizar rastreamento por dificuldade de navegação entre níveis de atenção. A análise de

barreiras em intervenções para controle do peso na atenção primária evidencia a importância de suporte, logística, papel do profissional, características do programa e fatores psicológicos (De Jong; Jansen; Van Middelkoop, 2023).

2.3. Determinantes Sociais, Acesso e Equidade

A adesão é socialmente estratificada porque recursos materiais e oportunidades não são distribuídos de maneira uniforme. Renda, escolaridade, território, situação ocupacional, gênero, idade, migração e condições de saúde podem modificar tanto a exposição a riscos quanto a possibilidade de acessar ações preventivas. Revisões sobre necessidade não atendida demonstram que grupos com menor renda ou maior carga de doença enfrentam barreiras particulares, ao passo que intervenções de transporte e navegação podem reduzir obstáculos concretos ao comparecimento (Alemu *et al.*, 2024; Shekelle *et al.*, 2022; Jang *et al.*, 2025).

Para a Saúde Coletiva, a implicação é central: programas universais podem produzir resultados desiguais se dependerem de iniciativa individual, deslocamento, disponibilidade de tempo ou competências informacionais que variam entre grupos. Estratégias proporcionais à necessidade, busca ativa e apoio adicional a populações subatendidas são essenciais para evitar que a própria política preventiva reproduza desigualdades. A navegação do paciente tem mostrado capacidade de ampliar rastreamentos em grupos que enfrentam barreiras linguísticas, culturais e organizacionais (Mosquera *et al.*, 2023; Tian *et al.*, 2022).

2.4. Letramento em Saúde, Comunicação, Confiança e Desinformação

O letramento em saúde influencia a capacidade de localizar, compreender, avaliar e usar informações, mas não deve ser tratado como atributo individual fixo. A comunicação pode tornar recomendações mais ou menos compreensíveis e o desenho do serviço pode reduzir ou aumentar exigências cognitivas. Estudos sobre vacinação e rastreamentos sugerem associações variáveis entre letramento e comportamento, indicando que informação isolada nem sempre modifica decisão quando outras barreiras permanecem (Siena *et al.*, 2022; Baccolini *et al.*, 2022; Estrela *et al.*, 2025).

A confiança funciona como elemento transversal. Pessoas precisam perceber competência, transparência, respeito e justiça para aceitar recomendações que envolvem risco, incerteza ou exposição corporal. Ao mesmo tempo, a circulação de informações falsas ou enganosas pode desorganizar a percepção de benefício e risco. Revisões de estratégias contra desinformação destacam a importância de mensagens corretivas, prebunking, transparência e fontes confiáveis, enquanto a literatura sobre hesitação vacinal mostra que dúvida e indecisão não equivalem automaticamente a oposição ideológica (Heley *et al.*, 2024; Bussink-Voorend *et al.*, 2022; Yang *et al.*, 2024).

2.5. Vacinação Como Marcador da Adesão Preventiva

A vacinação reúne componentes clínicos, logísticos e comunicacionais e, por isso, funciona como marcador sensível da capacidade preventiva da APS. Revisões mostram que a recomendação do profissional, lembretes, contato face a face, visitas e intervenções combinadas podem elevar coberturas, ao passo que hesitação, conveniência e falhas de oferta reduzem a participação. A

atuação dos profissionais de atenção primária é particularmente relevante porque eles ocupam posição de confiança e podem transformar dúvidas em decisões informadas (Prieto-Campo *et al.*, 2022; Wheeler *et al.*, 2025; Louw *et al.*, 2024).

No Brasil, a recuperação de coberturas exige responder simultaneamente a desinformação e problemas de acesso. Fernandes *et al.* (2024) discutem a hesitação como obstáculo contemporâneo do Programa Nacional de Imunizações; Macedo *et al.* (2024) identificam falta de vacina como barreira assistencial importante; e Fernandez *et al.* (2024) descrevem complacência, conveniência, confiança, comunicação e contexto entre determinantes percebidos por profissionais. O conjunto afasta a interpretação de que hesitação seja fenômeno exclusivamente informacional.

2.6. Rastreamentos, Detecção Precoce e Decisão Informada

Programas de rastreamento dependem de ampla participação, repetição em intervalos apropriados e capacidade de garantir seguimento de resultados alterados. Barreiras descritas incluem menor nível socioeconômico, residência rural, falta de acesso, conhecimento insuficiente, receio do procedimento e ausência de recomendação. Facilitadores incluem recomendação da atenção primária, educação direcionada, lembretes, navegação e redução de barreiras estruturais (Aguiar-Ibáñez *et al.*, 2025; Vallone *et al.*, 2022; Adhikari *et al.*, 2022).

A adesão, entretanto, não deve ser perseguida a qualquer custo. Em decisões sensíveis a preferências, como alguns rastreamentos, qualidade significa garantir escolha informada. Ferramentas de

decisão compartilhada podem aumentar conhecimento e reduzir conflito decisional, sobretudo em populações vulneráveis, enquanto intervenções de navegação reduzem obstáculos depois que a pessoa decide participar. Assim, adesão e autonomia não são objetivos incompatíveis quando a comunicação é equilibrada e o cuidado respeita preferências (Herrera *et al.*, 2023; Verbunt *et al.*, 2024; Mosquera *et al.*, 2023).

2.7. Estilos de Vida, Prevenção de Doenças Crônicas e Manutenção do Comportamento

A prevenção de doenças crônicas exige mudanças sustentadas e, por isso, apresenta desafios distintos de intervenções pontuais. Atividade física, alimentação, cessação do tabagismo e controle de peso são influenciados por ambiente, suporte social, recursos e acompanhamento. Intervenções breves podem aumentar atividade física, mas ganhos tendem a depender de seguimento e contexto; programas intensivos de estilo de vida podem reduzir risco de diabetes em pessoas com pré-diabetes, embora a manutenção do efeito varie ao longo do tempo (Green *et al.*, 2023; Teixeira *et al.*, 2024; Qiang *et al.*, 2026).

No tabagismo, o desafio inclui a lacuna entre diretrizes e prática cotidiana. Estratégias de implementação que alteram infraestrutura, capacitam profissionais, oferecem incentivos e integram o tratamento ao fluxo da atenção primária podem ampliar registro e aconselhamento. Barreiras persistentes incluem restrição de tempo, financiamento insuficiente, falta de medicamentos ou acompanhamento e mensagens pouco claras sobre suporte disponível (Tildy *et al.*, 2023; Mergelsberg *et al.*, 2023; Sultana *et al.*, 2025).

2.8. Participação Comunitária, Agentes de Saúde e Intersetorialidade

A participação comunitária desloca a população da posição de destinatária passiva para parceira na identificação de problemas, desenho de ações e avaliação de serviços. Revisões apontam que iniciativas de engajamento comunitário podem fortalecer legitimidade, adequação cultural, confiança e capacidade de alcançar grupos subatendidos, especialmente quando há espaços reais de decisão e não apenas consulta simbólica (Erku *et al.*, 2023; Mosteiro Miguéns *et al.*, 2024).

Agentes comunitários e outros trabalhadores de proximidade podem reduzir distância social e geográfica entre serviço e população, apoiar navegação, reforçar mensagens, identificar barreiras e facilitar continuidade. Evidências em populações rurais mostram potencial para ampliar acesso e promover mudança de comportamento. Na lógica da ESF, esse papel é particularmente coerente com territorialização, vínculo e busca ativa, desde que equipes disponham de recursos, integração e supervisão adequados (Berini *et al.*, 2022; Brasil, 2025).

2.9. Tecnologias Digitais, Lembretes e Ambiente Informacional

Intervenções digitais têm sido utilizadas para lembrar consultas e vacinas, identificar lacunas de cuidado, enviar conteúdos educativos e apoiar decisões clínicas. Revisão de tecnologias para prevenção na atenção primária descreve ampla variedade de ferramentas, e metanálise de mensagens de texto para vacinação mostra aumento pequeno, porém consistente, da adesão. O benefício tende a ser maior quando a tecnologia está integrada ao fluxo assistencial e

permite direcionar mensagens a pessoas com necessidade identificada (Willis *et al.*, 2022; Louw *et al.*, 2024; Tsang *et al.*, 2026).

As mídias sociais ampliam alcance de campanhas, mas efeitos sobre comportamento sustentado são menos claros do que efeitos sobre conhecimento e engajamento. Influenciadores podem modificar atitudes e comportamentos, enquanto desinformação também se dissemina rapidamente. Por isso, políticas digitais de promoção da saúde precisam combinar monitoramento, desenho baseado em teoria comportamental, linguagem adequada, avaliação de resultados e proteção contra exclusão digital (Ghahramani *et al.*, 2022; Seiler *et al.*, 2022; Powell; Pring, 2024; Brzozowska; Gotlib, 2025).

2.10. Implementação, Governança e Qualidade das Políticas Preventivas

A implementação é o ponto em que políticas formalmente adequadas podem perder efetividade. A literatura mostra que lembretes clínicos, educação profissional, facilitação de informação e intervenções multicomponentes melhoram processos preventivos, mas nem sempre se convertem automaticamente em mudança de comportamento da população. Isso ocorre porque o desempenho final depende de encadeamento entre decisão política, organização, capacidade profissional e resposta do usuário (Heath *et al.*, 2024; Wang *et al.*, 2023).

Governança efetiva requer indicadores que diferenciem oferta de participação, monitorem desigualdades e permitam identificar em qual etapa do percurso ocorre perda. O uso de sistemas digitais pode apoiar segurança, identificação de lacunas e seguimento, mas tecnologia não substitui recursos humanos, comunicação e

responsabilização institucional. A prevenção precisa ser tratada como função regular do serviço, com metas de equidade e mecanismos de aprendizado, e não como atividade eventual associada a campanhas (Tsang *et al.*, 2026; Pang *et al.*, 2025; World Health Organization, 2024).

3. METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa e natureza descritivo-analítica, escolhida por permitir reunir estudos de diferentes delineamentos e documentos institucionais para compreender um fenômeno complexo de implementação e comportamento em saúde. A pergunta norteadora foi: quais fatores dificultam ou favorecem a adesão da população às ações de promoção e prevenção em saúde e de que modo esses fatores repercutem na efetividade da Atenção Primária e das políticas de Saúde Coletiva?

A busca foi realizada entre 1º e 10 de setembro de 2026 nas bases MEDLINE, via PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Biblioteca Virtual em Saúde. Para contextualização normativa e conceitual, foram consultados documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil publicados no mesmo recorte temporal adotado para a revisão.

Foram utilizados descritores e termos equivalentes em português e inglês, selecionados a partir de DeCS/MeSH: “Primary Health Care”/“Atenção Primária à Saúde”, “Health Promotion”/“Promoção da Saúde”, “Preventive Health Services”/“Serviços Preventivos de Saúde”, “Patient Participation”, “Patient Compliance”, “Community

Participation”, “Health Literacy”, “Vaccination”, “Mass Screening”, “Social Determinants of Health” e termos livres relacionados a adherence, uptake, engagement, barriers, facilitators e prevention. Os descritores foram combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

Uma estratégia central em inglês foi estruturada como: (“Primary Health Care” OR primary care) AND (“Health Promotion” OR “Preventive Health Services” OR prevention) AND (adherence OR uptake OR participation OR engagement OR barriers OR facilitators). Estratégias adicionais focalizaram vacinação, rastreamentos, estilos de vida, letramento em saúde, participação comunitária, tecnologias digitais, equidade e implementação, permitindo ampliar sensibilidade sem perder relação com a pergunta norteadora.

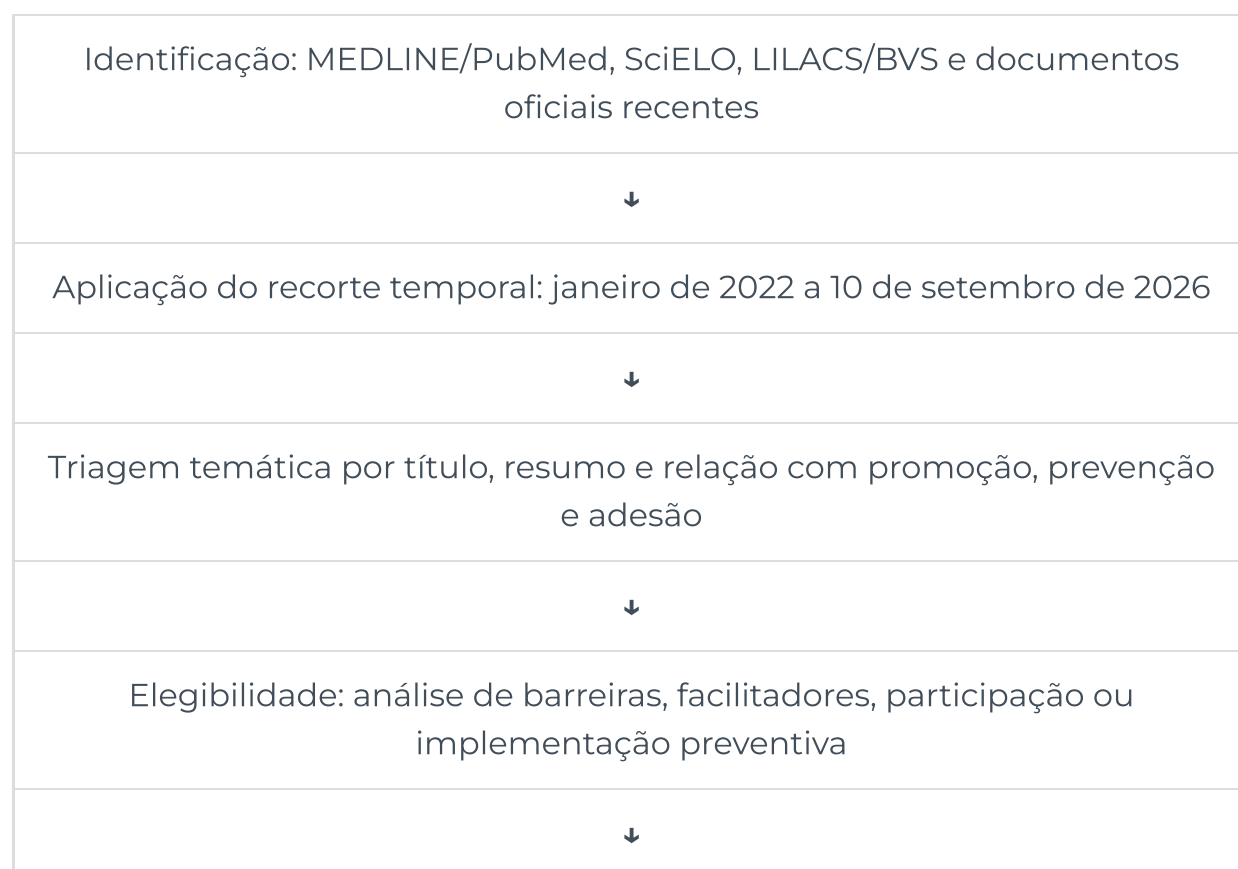
Foram incluídas publicações entre janeiro de 2022 e 10 de setembro de 2026, nos idiomas português, inglês ou espanhol, com texto completo ou dados bibliográficos verificáveis, que analisassem adesão, participação, acesso, retenção, barreiras, facilitadores ou estratégias para aumentar o uso de ações de promoção e prevenção, preferencialmente em atenção primária ou em programas diretamente articulados a esse nível. Documentos oficiais foram incluídos quando apresentavam diretrizes contemporâneas relevantes à organização da APS e da promoção da saúde.

Foram excluídos trabalhos anteriores a 2022, editoriais sem contribuição analítica, estudos centrados apenas em tratamento sem componente preventivo, publicações duplicadas, textos sem autoria ou identificação verificável, estudos cujo desfecho não permitia inferir participação ou implementação preventiva e documentos sem relação direta com atenção primária, promoção,

prevenção ou saúde coletiva. Quando revisões abordavam o mesmo tema, foram mantidas aquelas com recorte, população ou abordagem complementares.

A seleção foi conduzida em quatro etapas: identificação das publicações por estratégias temáticas; triagem de títulos e resumos; leitura de textos e registros bibliográficos para elegibilidade; e composição da síntese final. Como a busca combinou interfaces com formas distintas de exportação e atualização, optou-se por não apresentar uma contagem artificial de registros brutos potencialmente repetidos entre plataformas. O fluxograma registra as etapas efetivamente adotadas e o total final de 50 referências incluídas.

Figura 1. Fluxograma do processo metodológico da revisão integrativa



Conferência de autoria, ano, periódico/documento e endereço eletrônico ou DOI
↓
Síntese integrativa final: 50 referências incluídas

Fonte: elaboração dos autores (2026).

Para extração, foi utilizada matriz contendo autoria, ano, país ou contexto, tipo de publicação, população, ação preventiva, barreiras, facilitadores, estratégia de intervenção e implicações para a APS. A análise temática agrupou os achados em dez eixos: fundamentos da prevenção; natureza multidimensional da adesão; determinantes sociais; comunicação e confiança; vacinação; rastreamentos; estilos de vida e doenças crônicas; participação comunitária; tecnologias digitais; e governança/implementação. Como limitação, reconhece-se heterogeneidade dos estudos e predominância de revisões internacionais, o que requer cautela na transposição direta para contextos locais. Por utilizar fontes públicas e dados secundários, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Panorama das Evidências e Natureza Multinível da Adesão

A síntese das 50 referências confirmou que a adesão preventiva não possui causa única. As evidências convergem para um modelo multinível em que fatores do usuário, profissionais, serviço, território e políticas interagem ao longo do percurso. Clet et al. (2024) identificam barreiras e facilitadores em níveis individual, organizacional e contextual; Heath et al. (2024) mostram que

intervenções de implementação melhoram processos, mas não garantem mudança comportamental; e Eriksson et al. (2026) reforçam a diversidade de intervenções populacionais vinculadas à atenção primária.

Esse achado tem implicação prática: campanhas educativas são insuficientes quando a principal barreira é logística, e ampliação de horário pode produzir pouco efeito quando prevalece desconfiança ou baixa percepção de benefício. O planejamento precisa identificar o ponto de ruptura entre recomendação e ação. A literatura de rastreamento, vacinação, cessação do tabagismo e cuidado de doenças crônicas mostra que melhores resultados costumam ocorrer quando componentes informacionais, relacionais e organizacionais são combinados (Wheeler *et al.*, 2025; Verbunt *et al.*, 2024; Tildy *et al.*, 2023).

Quadro 1. Principais barreiras, respostas e implicações para a Atenção Primária

Dimensão	Barreiras recorrentes	Respostas prioritárias
Individual/comunicacional	Baixa percepção de risco, dúvidas, letramento insuficiente, desinformação	Comunicação clara, escuta, decisão compartilhada e recomendação profissional
Social/territorial	Renda, transporte, trabalho, distância, idioma e responsabilidades familiares	Busca ativa, navegação, horários flexíveis, apoio logístico e ação territorial
Organizacional	Agenda rígida, falha de insumos, baixa continuidade, registros incompletos	Gestão de estoque, listas nominais, recall, coordenação e melhoria de processos

Comunitária	Baixa confiança e pouca participação no desenho das ações	Engajamento comunitário, agentes de saúde e coprodução de estratégias
Digital	Exclusão digital, excesso de mensagens e concorrência com desinformação	Tecnologia integrada ao cuidado, segmentação e alternativas presenciais

Fonte: elaboração dos autores a partir da síntese das evidências (2026).

4.2. Barreiras Sociais, Econômicas e Territoriais

A desigualdade de participação foi um dos achados mais consistentes. Estudos associam menor utilização preventiva a privação socioeconômica, residência rural, dificuldades de transporte, ausência de vínculo regular com serviço e múltiplas demandas concorrentes. Alemu et al. (2024) mostram que necessidades não atendidas em atenção primária se relacionam a determinantes sociais; Shekelle et al. (2022) encontraram redução de faltas com intervenções de transporte; e Aguiar-Ibáñez et al. (2025) sintetizam barreiras sociais e de acesso em rastreamentos oncológicos.

Esses resultados indicam que “não comparecer” não deve ser interpretado automaticamente como recusa. Em muitos casos, a pessoa aceita a recomendação, mas não dispõe de tempo, transporte, dinheiro para custos indiretos ou flexibilidade laboral. Serviços que utilizam horários rígidos, exigem múltiplos retornos ou concentram procedimentos em poucos pontos geográficos ampliam a carga de tratamento preventivo. A navegação do paciente e o apoio linguístico e cultural podem reduzir essa carga

em populações migrantes e vulnerabilizadas (Jang *et al.*, 2025; Mosquera *et al.*, 2023).

No Brasil, a territorialização da ESF oferece oportunidade para reconhecer tais barreiras e organizar respostas proporcionais à necessidade. Contudo, cobertura populacional não equivale a acesso efetivo se houver descontinuidade, indisponibilidade de insumos ou dificuldade para agendamento. A contribuição da ESF para resultados de saúde depende da combinação entre presença territorial, equipe estável, capacidade resolutiva e coordenação da rede (Ferreira-Batista *et al.*, 2022; Teixeira *et al.*, 2024; Brasil, 2025).

4.3. Letramento, Percepção de Risco, Confiança e Tomada de Decisão

A informação é necessária, mas raramente suficiente. Siena *et al.* (2022) encontraram resultados inconsistentes entre letramento em saúde e vacinação, enquanto Baccolini *et al.* (2022) identificaram associação entre letramento e participação em rastreamentos, destacando variação entre programas. A leitura conjunta sugere que conhecimento opera dentro de um contexto de confiança, acessibilidade e percepção de relevância. A mesma mensagem pode produzir respostas diferentes conforme experiência anterior e relação com o serviço.

A hesitação vacinal ilustra esse processo. Bussink-Voorend *et al.* (2022) propõem compreender hesitação como estado de indecisão, evitando categorias excessivamente amplas. Yang *et al.* (2024) demonstram associação entre hesitação e comportamento vacinal negativo, e Prieto-Campo *et al.* (2022) mostram que crenças e atitudes dos próprios profissionais influenciam recomendação.

Portanto, comunicação efetiva deve incluir escuta, explicação de riscos e benefícios e recomendação profissional consistente.

A desinformação acrescenta complexidade ao ambiente decisório. Heley et al. (2024) descrevem diversas estratégias de mitigação, mas alertam para heterogeneidade de efeitos. Em saúde coletiva, a resposta precisa ocorrer antes e depois da exposição a conteúdos enganosos, com presença institucional confiável e comunicação transparente. Campanhas que apenas repetem slogans podem falhar quando não respondem às dúvidas concretas que circulam nas comunidades e redes sociais (Ghahramani *et al.*, 2022; Powell; Pring, 2024).

4.4. Vacinação: Conveniência, Recomendação e Perda de Oportunidade

Na vacinação, os estudos mostram que intervenções simples podem produzir ganhos mensuráveis quando removem fricções do processo. Wheeler et al. (2025) verificaram aumento de vacinação com lembretes a profissionais, contato face a face e intervenções combinadas. Louw et al. (2024) observaram efeito positivo de mensagens de texto sobre cobertura. Esses resultados apoiam sistemas de recall, identificação de pessoas com esquemas incompletos e oferta oportunística durante outros contatos com a APS.

O contexto brasileiro reforça a importância de combinar comunicação e disponibilidade. Macedo et al. (2024) encontraram coberturas infantis abaixo de 80% em amostra do oeste amazônico e identificaram falta de vacina como barreira assistencial predominante. Fernandes et al. (2024) destacam hesitação e

desinformação como desafios do Programa Nacional de Imunizações, enquanto Fernandez et al. (2024) mostram que profissionais reconhecem dimensões de complacência, conveniência, confiança, comunicação e contexto.

Desse modo, a política de imunização perde efetividade tanto quando a pessoa deseja vacinar e não encontra o serviço disponível quanto quando a oferta existe, mas a confiança foi erodida. A APS pode reduzir ambos os mecanismos por meio de estoque confiável, horários compatíveis, busca ativa, recomendação em todos os contatos, monitoramento nominal e comunicação local. A ausência de qualquer desses componentes cria oportunidades perdidas que se acumulam ao longo do calendário.

4.5. Rastreamentos: Participação, Navegação e Decisão Compartilhada

Os rastreamentos analisados apresentam barreiras semelhantes entre diferentes tipos de câncer: desconhecimento, medo, baixa percepção de risco, menor condição socioeconômica, barreiras culturais e dificuldades de acesso. Vallone et al. (2022) classificam fatores em níveis individual, relacional e do sistema; Aguiar-Ibáñez et al. (2025) enfatizam barreiras demográficas, sociais e organizacionais; e Adhikari et al. (2022) descrevem facilitadores e obstáculos para intervenções de rastreamento colorretal em atenção primária.

Intervenções de navegação se destacaram por reduzir dificuldades práticas. Mosquera et al. (2023) encontraram aumento de participação em programas de mama, colo do útero e colorretal, e Tian et al. (2022) observaram melhora da conclusão de rastreamento mamário. Jang et al. (2025) demonstraram utilidade da navegação

em populações imigrantes, com componentes como educação, agendamento e suporte linguístico. Tais elementos são adaptáveis a territórios da APS com populações subatendidas.

As ferramentas de decisão compartilhada acrescentam dimensão ética. Herrera et al. (2023) encontraram melhora de conhecimento e redução de conflito decisional, especialmente em populações vulneráveis. A meta não é elevar taxas de maneira indiscriminada, mas garantir que pessoas elegíveis recebam convite, informação compreensível e condições para executar sua escolha. Qualidade preventiva deve combinar cobertura, decisão informada e seguimento adequado de resultados.

4.6. Estilos de Vida e Doenças Crônicas: O Desafio da Sustentação

Intervenções de estilo de vida exigem maior intensidade de acompanhamento do que procedimentos pontuais. Green et al. (2023) verificaram que intervenções breves em serviços de saúde podem aumentar atividade física, enquanto De Jong, Jansen e Van Middelkoop (2023) identificaram suporte, logística, papel do médico, estrutura do programa e fatores psicológicos entre determinantes da implementação de estratégias de perda de peso. A aderência cai quando programas são pouco flexíveis ou desconectados do contexto social da pessoa.

Na prevenção de diabetes, Teixeira et al. (2024) demonstraram redução de 22% no risco de progressão para diabetes tipo 2 com intervenções intensivas de estilo de vida em pessoas com pré-diabetes. Entretanto, Qiang et al. (2026), focando programas entregues em atenção primária, encontraram efeitos mais incertos em alguns desfechos e ressaltaram necessidade de integração entre

rastreamento, encaminhamento e suporte social. A comparação evidencia que eficácia em estudos controlados não garante efetividade em rotina.

A cessação do tabagismo oferece exemplo semelhante. Tildy et al. (2023) identificam benefícios de mudanças estruturais, educação e incentivos para aumentar tratamento, Mergelsberg et al. (2023) discutem ingredientes ativos de intervenções dirigidas a profissionais, e Sultana et al. (2025) sintetizam barreiras em níveis populacional e sistêmico. Para a APS, o resultado depende de identificar usuários, oferecer intervenção breve, disponibilizar tratamento e manter seguimento.

4.7. Participação Comunitária e Vínculo Como Tecnologias de Adesão

As atividades comunitárias ampliam a possibilidade de promoção da saúde fora do consultório e podem criar contextos de apoio para mudança de comportamento. Mosteiro Miguéns et al. (2024) descrevem ações comunitárias na atenção primária e seu potencial, enquanto Erku et al. (2023) mostram que engajamento comunitário pode contribuir para prestação de serviços e cobertura universal quando existe participação substantiva. A comunidade também permite identificar barreiras que indicadores administrativos não captam.

Agentes comunitários e navegadores funcionam como mediadores entre sistema e população. Berini et al. (2022) apontam impacto positivo de agentes comunitários no acesso de populações rurais, e Jang et al. (2025) destacam o valor de mediadores bilíngues em rastreamentos. No SUS, visitas domiciliares, grupos, ações em

escolas e articulação com equipamentos sociais podem reduzir a distância entre recomendação e execução, especialmente quando a equipe utiliza dados do território para priorizar pessoas em maior risco de não participação.

4.8. Tecnologias Digitais: Potencial, Limites e Equidade

As tecnologias digitais podem transformar prevenção de uma lógica reativa para uma lógica de identificação ativa de lacunas. Willis et al. (2022) mapearam intervenções digitais em prevenção na atenção primária, e Tsang et al. (2026) demonstram que ferramentas digitais podem apoiar processos de segurança e qualidade. Sistemas capazes de sinalizar vacinas atrasadas, rastreamentos pendentes ou fatores de risco podem tornar cada contato com o serviço uma oportunidade preventiva.

Entretanto, o efeito não é uniforme. Louw et al. (2024) encontraram aumento modesto da vacinação com mensagens de texto, e Ghahramani et al. (2022) mostram que mídias sociais possuem potencial para mudança de comportamento, mas avaliação de efeitos sustentados é complexa. Seiler et al. (2022) destacam particularidades de intervenções em países de baixa e média renda. Políticas digitais precisam prever acesso, linguagem, privacidade, alfabetização digital e alternativas não digitais.

O ambiente digital também cria riscos de concorrência informacional. Powell e Pring (2024) demonstram que influenciadores podem afetar desfechos e comportamentos, e Brzozowska e Gotlib (2025) descrevem intervenções em promoção de saúde da pele mediadas por redes sociais. Assim, a presença digital institucional deve ser planejada como componente do

cuidado, com comunicação baseada em evidências, resposta rápida a rumores e conexão com canais presenciais confiáveis.

4.9. Profissionais, Processos de Trabalho e Capacidade Organizacional da Aps

A adesão depende também do que acontece dentro da unidade. Profissionais precisam reconhecer oportunidades preventivas, registrar fatores de risco, recomendar intervenções e facilitar encaminhamentos. Heath et al. (2024) identificaram efeito de lembretes clínicos, educação e intervenções multicomponentes sobre processos de cuidado, enquanto Wang et al. (2023) apontam barreiras e facilitadores para implementação de diretrizes em atenção primária. Sistemas dependentes de memória individual tendem a apresentar maior variabilidade.

Na hipertensão, Ye et al. (2024) destacam intervenções combinadas, equipes e lembretes para retenção no cuidado. Althuwaikh et al. (2025) avaliam educação de profissionais para controle pressórico, mostrando que competência clínica e implementação estão relacionadas. Pang et al. (2025) acrescentam que engajamento de pacientes e famílias pode contribuir para segurança na atenção primária. Esses achados sustentam organização orientada por equipe, protocolos, listas de pacientes e acompanhamento longitudinal.

Para gestores, isso significa que indicadores de adesão devem ser interpretados junto a indicadores de oferta. Taxas baixas podem refletir falta de recomendação, falhas de registro, agendas incompatíveis, ausência de insumos ou dificuldade de seguimento. A melhoria exige ciclos de qualidade que testem mudanças, avaliem

equidade e corrijam gargalos com participação dos profissionais e usuários.

4.10. Implicações para a Efetividade das Políticas de Saúde Coletiva

A principal implicação é que políticas preventivas devem ser desenhadas para o comportamento real das pessoas e para as condições concretas dos serviços. A efetividade emerge quando cobertura organizacional, qualidade relacional, acesso territorial e confiança atuam conjuntamente. Intervenções multicomponentes apresentam melhor desempenho porque atacam barreiras diferentes, enquanto ações únicas têm alcance limitado diante de causas heterogêneas (Heath *et al.*, 2024; Wheeler *et al.*, 2025; Mosquera *et al.*, 2023).

A equidade deve ser indicador explícito. Aumento da média de cobertura pode coexistir com manutenção ou ampliação de diferenças entre grupos. Estratégias de busca ativa, transporte, navegação, tradução, atendimento em horários alternativos, ações domiciliares e articulação comunitária permitem ajustar intensidade de apoio conforme necessidade. A experiência da ESF oferece infraestrutura favorável a esse desenho, desde que existam financiamento, equipes estáveis, insumos e integração da informação (Ferreira-Batista *et al.*, 2022; Shekelle *et al.*, 2022; Brasil, 2025).

Por fim, a prevenção precisa ser tratada como política longitudinal e não como sequência de campanhas. Educação em saúde deve ser contínua, a informação precisa ser confiável e adaptada, profissionais devem receber suporte de implementação e os

serviços precisam monitorar quem está ficando para trás. Estudos sobre educação, prevenção da obesidade, entrevista motivacional e segurança digital reforçam que resultados sustentáveis dependem de desenho comportamental, apoio profissional e ambiente favorável (Estrela *et al.*, 2025; Imad *et al.*, 2025; Green *et al.*, 2023; Tsang *et al.*, 2026).

Outro aspecto decisivo é a construção de sistemas de monitoramento capazes de distinguir cobertura aparente de acesso efetivo. Para gestores da Atenção Primária, não basta conhecer o número absoluto de procedimentos realizados; é necessário relacionar oferta, população elegível, oportunidade de contato, recusa informada, faltas, perdas de seguimento e diferenças entre territórios. Essa leitura permite identificar oportunidades perdidas e compreender se a baixa adesão decorre predominantemente de barreiras do usuário ou de falhas organizacionais. Revisões sobre implementação de cuidados preventivos e de diretrizes clínicas mostram que disponibilidade de informação, lembretes, desenho dos fluxos e apoio institucional influenciam a execução das recomendações pelos profissionais, o que repercute na chance de o usuário receber indicação e concluir a ação proposta (Heath *et al.*, 2024; Wang *et al.*, 2023).

A estratificação dos indicadores por características sociais e territoriais também é essencial para que a ampliação de cobertura não oculte iniquidades. Pessoas que vivem em áreas rurais, enfrentam dificuldades de transporte, apresentam menor disponibilidade de tempo ou necessitam de apoio para navegar na rede podem demandar estratégias diferenciadas. Agentes comunitários, mecanismos de navegação, articulação com serviços de transporte e aproximação com organizações locais são recursos

capazes de reduzir obstáculos concretos quando integrados ao processo de cuidado e direcionados aos grupos com maior dificuldade de acesso (Berini *et al.*, 2022; Shekelle *et al.*, 2022; Erku *et al.*, 2023). Nessa perspectiva, equidade não significa oferecer exatamente a mesma intervenção a todos, mas garantir condições proporcionais às necessidades para que todos possam se beneficiar das ações preventivas.

Além disso, a participação comunitária deve ultrapassar a função de divulgação. O planejamento compartilhado pode ajudar equipes a identificar horários inviáveis, linguagem pouco compreensível, receios relacionados a procedimentos, experiências prévias negativas e canais de comunicação considerados confiáveis pela população. A literatura sobre engajamento comunitário e atividades comunitárias em atenção primária indica que intervenções tendem a ganhar legitimidade quando incorporam atores locais e reconhecem o território como espaço de produção do cuidado (Erku *et al.*, 2023; Mosteiro Miguéns *et al.*, 2024). Para a gestão pública, esse princípio implica combinar metas quantitativas com avaliação qualitativa da experiência do usuário, participação social e capacidade de resposta às barreiras identificadas.

Finalmente, a sustentabilidade das políticas depende de continuidade administrativa e integração entre componentes. Lembretes digitais, campanhas educativas ou capacitações profissionais podem produzir ganhos pontuais, mas seus efeitos tendem a ser limitados quando não há agenda disponível, registro confiável, insumos, seguimento e coordenação. A abordagem da atenção primária defendida pela Organização Mundial da Saúde pressupõe serviços integrados, ação multissetorial e participação social, o que reforça a necessidade de alinhar promoção, prevenção

e organização assistencial em uma mesma estratégia (World Health Organization, 2024). Assim, a efetividade das políticas de Saúde Coletiva deve ser analisada como resultado de uma cadeia de implementação: a recomendação precisa chegar ao serviço, transformar-se em oferta acessível, ser comunicada de modo compreensível, encontrar confiança e condições de participação e, por fim, gerar acompanhamento longitudinal.

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise demonstra que os desafios para a adesão da população às ações de promoção e prevenção em saúde são multifatoriais e resultam da interação entre condições individuais, sociais, territoriais, comunicacionais e organizacionais. Portanto, a baixa participação não pode ser atribuída exclusivamente a desinteresse, falta de conhecimento ou irresponsabilidade individual.

Os achados indicam que acesso oportuno, disponibilidade de insumos, continuidade, vínculo, recomendação profissional, comunicação compreensível, confiança e condições materiais para comparecimento são determinantes tão relevantes quanto crenças e percepção de risco. A Atenção Primária aumenta seu potencial preventivo quando identifica barreiras no território e transforma cada contato em oportunidade de cuidado, sem perder autonomia e decisão informada.

Para as políticas de Saúde Coletiva, a maior efetividade tende a ocorrer com estratégias multicomponentes que combinem educação, busca ativa, lembretes, navegação do paciente, participação comunitária, qualificação do processo de trabalho, sistemas de informação e ações intersetoriais. Intervenções devem

ser proporcionalmente mais intensas para grupos expostos a maiores barreiras, evitando que programas universais reproduzam desigualdades.

A Estratégia Saúde da Família apresenta condições organizacionais favoráveis para esse modelo por sua territorialização e proximidade com comunidades, mas seus resultados dependem de capacidade instalada, equipes estáveis, insumos, coordenação da rede e utilização sistemática de dados para acompanhamento. A tecnologia digital pode apoiar esse processo, desde que complemente, e não substitua, vínculo e acessibilidade.

Conclui-se que ampliar adesão exige deslocar o foco de campanhas isoladas para sistemas preventivos contínuos, confiáveis, acessíveis e equitativos. Essa mudança fortalece a efetividade da Atenção Primária, melhora o alcance das políticas públicas e aumenta a capacidade de prevenir agravos antes que demandem cuidado de maior complexidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADHIKARI, Kamala et al. Interventions to increase colorectal cancer screening uptake in primary care: a systematic review. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 35, n. 4, p. 840-858, 2022. DOI: 10.3122/jabfm.2022.04.210399. Disponível em: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.04.210399>. Acesso em: 19 ago. 2026.

AGUIAR-IBÁÑEZ, Raquel et al. Barriers to cancer screening uptake and approaches to overcome them: a systematic literature review. 2025. PubMed PMID: 40842583. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40842583/>. Acesso em: 12 ago. 2026.

ALEMU, Feben W. et al. Social determinants of unmet need for primary care: a systematic review. **Systematic Reviews**, v. 13, art. 252, 2024. DOI: 10.1186/s13643-024-02647-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02647-5>. Acesso em: 16 ago. 2026.

ALTHUWAIKH, Sulaiman et al. Primary care clinician education interventions for improving blood pressure control for people prescribed antihypertensive treatment: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, 2025. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-087692. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087692>. Acesso em: 20 ago. 2026.

BACCOLINI, Valentina et al. The association between adherence to cancer screening programs and health literacy: a systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine**, v. 155, 106927, 2022. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106927. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106927>. Acesso em: 28 ago. 2026.

BERINI, Carole R.; BONILHA, Heather S.; SIMPSON, Annie N. Impact of community health workers on access to care for rural populations in the United States: a systematic review. **Journal of Community Health**, v. 47, n. 3, p. 539-553, 2022. DOI: 10.1007/s10900-021-01052-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10900-021-01052-6>. Acesso em: 3 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é a Estratégia Saúde da Família?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/faq/o-que-e-a-estrategia-saude-na-familia>. Acesso em: 22 ago. 2026.

BRZOZOWSKA, Justyna Martyna; GOTLIB, Joanna. Social media potential and impact on changing behaviors and actions in skin

health promotion: systematic review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 27, e54241, 2025. DOI: 10.2196/54241. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/54241>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BUSSINK-VOOREND, Danielle et al. A systematic literature review to clarify the concept of vaccine hesitancy. **Nature Human Behaviour**, v. 6, 2022. DOI: 10.1038/s41562-022-01431-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01431-6>. Acesso em: 14 ago. 2026.

CLET, Estelle et al. Factors for the integration of prevention in primary care: an overview of reviews. **BJGP Open**, v. 8, n. 3, BJGPO.2023.0141, 2024. DOI: 10.3399/BJGPO.2023.0141. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2023.0141>. Acesso em: 1 set. 2026.

DE JONG, Maxim; JANSEN, Núria; VAN MIDDELKOOP, Marienke. A systematic review of patient barriers and facilitators for implementing lifestyle interventions targeting weight loss in primary care. **Obesity Reviews**, v. 24, n. 8, e13571, 2023. DOI: 10.1111/obr.13571. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/obr.13571>. Acesso em: 5 set. 2026.

ERIKSSON, Leif et al. Population-oriented health promotion and disease prevention interventions in primary healthcare: a scoping review of reviews. **BMC Primary Care**, v. 27, art. 154, 2026. DOI: 10.1186/s12875-026-03337-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-026-03337-y>. Acesso em: 12 ago. 2026.

ERKU, Daniel et al. Community engagement initiatives in primary health care to achieve universal health coverage: a realist synthesis of scoping review. **PLOS ONE**, v. 18, n. 5, e0285222, 2023. DOI: 10.1371/journal.pone.0285222. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285222>. Acesso em: 20 ago. 2026.

ESTRELA, Marta et al. Educational interventions for the adoption of healthy lifestyles and improvement of health literacy: a systematic review. **Public Health**, v. 245, 105788, 2025. DOI: 10.1016/j.puhe.2025.105788. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.105788>. Acesso em: 25 ago. 2026.

FERNANDES, Eder Gatti et al. Cobertura e hesitação vacinal no Brasil: inquérito revela a realidade e oferece subsídios para a Política Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, n. esp. 2, e2024638, 2024. DOI: 10.1590/S2237-96222024v33e2024638.especial2.pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024638.especial2.pt>. Acesso em: 4 set. 2026.

FERNANDEZ, Michelle et al. Os motivos da hesitação vacinal no Brasil: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde que atuaram na pandemia da COVID-19. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 4, e230854pt, 2024. DOI: 10.1590/S0104-12902024230854pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230854pt>. Acesso em: 29 ago. 2026.

FERREIRA-BATISTA, Natalia N. et al. The Brazilian Family Health Strategy and adult health: evidence from individual and local data for metropolitan areas. **Economics & Human Biology**, v. 46, 101143, 2022. DOI: 10.1016/j.ehb.2022.101143. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2022.101143>. Acesso em: 15 ago. 2026.

GHAHRAMANI, Atousa; DE COURTEN, Maximilian; PROKOFIEVA, Maria. The potential of social media in health promotion beyond creating awareness: an integrative review. **BMC Public Health**, v. 22,

art. 2402, 2022. DOI: 10.1186/s12889-022-14885-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14885-0>. Acesso em: 19 ago. 2026.

GREEN, Emily T. et al. What is the effect of a brief intervention to promote physical activity when delivered in a health care setting? A systematic review. **Health Promotion Journal of Australia**, v. 34, n. 4, p. 809-824, 2023. DOI: 10.1002/hpja.697. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpja.697>. Acesso em: 17 ago. 2026.

HEATH, Laura et al. Strategies to improve the implementation of preventive care in primary care: a systematic review and meta-analysis. **BMC Medicine**, v. 22, art. 412, 2024. DOI: 10.1186/s12916-024-03588-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03588-5>. Acesso em: 15 ago. 2026.

HELEY, Kathryn et al. Mitigating health and science misinformation: a scoping review of literature from 2017 to 2022. 2024. PubMed PMID: 38534199. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38534199/>. Acesso em: 20 ago. 2026.

HERRERA, Deborah Jael et al. Mixed-method systematic review and meta-analysis of shared decision-making tools for cancer screening. **Cancers**, v. 15, n. 15, 3867, 2023. DOI: 10.3390/cancers15153867. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/cancers15153867>. Acesso em: 29 ago. 2026.

IMAD, Noor et al. Identifying effective obesity prevention intervention components: an umbrella review mapping systematic review evidence. **Obesity Reviews**, v. 26, n. 4, e13878, 2025. DOI: 10.1111/obr.13878. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/obr.13878>. Acesso em: 6 set. 2026.

JANG, Jeffrey et al. Patient navigation increases breast, cervical, and colorectal cancer screening among immigrants in the U.S.: a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**, v. 40, n. 10, p. 2358-2368, 2025. DOI: 10.1007/s11606-025-09566-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-025-09566-8>. Acesso em: 3 set. 2026.

LOUW, Gail Erika et al. Mobile phone text message reminders to improve vaccination uptake: a systematic review and meta-analysis. **Vaccines**, v. 12, n. 10, 1151, 2024. DOI: 10.3390/vaccines12101151. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/vaccines12101151>. Acesso em: 14 ago. 2026.

MACEDO, Thaiane Rodrigues de Oliveira et al. Cobertura vacinal, barreiras e hesitação vacinal em crianças de até 24 meses: inquérito populacional em uma capital do oeste amazônico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, n. esp. 2, e20231295, 2024. DOI: 10.1590/S2237-96222024v33e20231295.especial2.pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e20231295.especial2.pt>. Acesso em: 9 set. 2026.

MERGELSBERG, Enrique L. P. M. et al. Active ingredients of interventions improving smoking cessation support by Dutch primary care providers: a systematic review. **Evaluation & the Health Professions**, v. 46, n. 1, p. 3-22, 2023. DOI: 10.1177/01632787221099941. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/01632787221099941>. Acesso em: 8 set. 2026.

MOSQUERA, Isabel et al. Components and effectiveness of patient navigation programmes to increase participation to breast, cervical and colorectal cancer screening: a systematic review. **Cancer Medicine**, v. 12, n. 13, p. 14584-14611, 2023. DOI: 10.1002/cam4.6050.

Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cam4.6050>. Acesso em: 18 ago. 2026.

MOSTEIRO MIGUÉNS, Diego Gabriel et al. Community activities in primary care: a literature review. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 15, 21501319231223362, 2024. DOI: 10.1177/21501319231223362. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/21501319231223362>. Acesso em: 4 set. 2026.

PANG, Yan et al. Patient and family engagement interventions in primary care patient safety: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **British Journal of General Practice**, v. 75, n. 756, p. e491-e499, 2025. DOI: 10.3399/BJGP.2024.0369. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2024.0369>. Acesso em: 16 ago. 2026.

POWELL, John; PRING, Tabitha. The impact of social media influencers on health outcomes: systematic review. **Social Science & Medicine**, v. 340, 116472, 2024. DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.116472. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116472>. Acesso em: 30 ago. 2026.

PRIETO-CAMPO, Ángela et al. Understanding primary care physician vaccination behaviour: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 21, 13872, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192113872. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph192113872>. Acesso em: 25 ago. 2026.

QIANG, Jinfan et al. The effectiveness of diabetes prevention programs delivered in primary care for individuals with prediabetes or at risk of developing type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **Diabetes Care**, v. 49, n. 6, p. 1124-1133, 2026. DOI:

10.2337/dc25-1877. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc25-1877>. Acesso em: 25 ago. 2026.

SEILER, Jessie et al. Social media-based interventions for health behavior change in low- and middle-income countries: systematic review. **Journal of Medical Internet Research**, 2022. PubMed PMID: 35436220. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35436220/>. Acesso em: 26 ago. 2026.

SHEKELLE, Paul G. et al. Effect of interventions for non-emergent medical transportation: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 22, art. 799, 2022. DOI: 10.1186/s12889-022-13149-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13149-1>. Acesso em: 4 set. 2026.

SIENA, Leonardo Maria et al. The association of health literacy with intention to vaccinate and vaccination status: a systematic review. **Vaccines**, v. 10, n. 11, 1832, 2022. DOI: 10.3390/vaccines10111832. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/vaccines10111832>. Acesso em: 13 ago. 2026.

SULTANA, Sanchita; INUNGU, Joseph; JAHANFAR, Shayesteh. Barriers and facilitators of tobacco cessation interventions at the population and healthcare system levels: a systematic literature review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 22, n. 6, 825, 2025. DOI: 10.3390/ijerph22060825. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph22060825>. Acesso em: 12 ago. 2026.

TEIXEIRA, Adriano Dutra et al. The role of primary healthcare amid the COVID-19 pandemic: evidence from the Family Health Strategy in Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 359, 117221, 2024. DOI:

10.1016/j.socscimed.2024.117221. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117221>. Acesso em: 2 set. 2026.

TEIXEIRA, Paula Portal et al. Long-term lifestyle intervention can reduce the development of type 2 diabetes mellitus in subjects with prediabetes: a systematic review and meta-analysis. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 210, 111637, 2024. DOI: 10.1016/j.diabres.2024.111637. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2024.111637>. Acesso em: 3 set. 2026.

TIAN, Lu et al. Impact of patient navigation on population-based breast screening: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. **Journal of General Internal Medicine**, v. 37, n. 11, p. 2811-2820, 2022. DOI: 10.1007/s11606-022-07641-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07641-y>. Acesso em: 1 set. 2026.

TILDY, Bernadett E. et al. Implementation strategies to increase smoking cessation treatment provision in primary care: a systematic review of observational studies. **BMC Primary Care**, v. 24, art. 32, 2023. DOI: 10.1186/s12875-023-01981-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-01981-2>. Acesso em: 6 set. 2026.

TSANG, Jung Yin et al. Digital patient safety interventions in primary care: a systematic review and meta-analysis. **BMC Medicine**, v. 24, art. 407, 2026. DOI: 10.1186/s12916-026-05048-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-026-05048-8>. Acesso em: 19 ago. 2026.

VALLONE, Federica et al. Factors promoting breast, cervical and colorectal cancer screenings participation: a systematic review. **Psycho-Oncology**, v. 31, n. 9, p. 1435-1447, 2022. DOI: 10.1002/pon.5997. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.5997>. Acesso em: 18 ago. 2026.

VERBUNT, Ebony J. et al. Primary care practice-based interventions and their effect on participation in population-based cancer screening programs: a systematic narrative review. **Primary Health Care Research & Development**, v. 25, e12, 2024. DOI: 10.1017/S1463423623000713. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1463423623000713>. Acesso em: 31 ago. 2026.

WANG, Tao et al. Barriers and enablers to implementing clinical practice guidelines in primary care: an overview of systematic reviews. **BMJ Open**, v. 13, n. 1, e062158, 2023. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-062158. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062158>. Acesso em: 18 ago. 2026.

WHEELER, Stephanie G. et al. Interventions in primary care to increase uptake of adult vaccines: a systematic review. **Journal of Public Health**, v. 47, n. 2, p. 222-231, 2025. DOI: 10.1093/pubmed/fdaf008. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf008>. Acesso em: 12 ago. 2026.

WILLIS, Van C. et al. Digital health interventions to enhance prevention in primary care: scoping review. **JMIR Medical Informatics**, v. 10, n. 1, e33518, 2022. DOI: 10.2196/33518. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/33518>. Acesso em: 19 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementing the primary health care approach: a primer**. Geneva: World Health Organization, 2024. ISBN 978-92-4-009058-3. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090583>. Acesso em: 5 set. 2026.

YANG, Xuying et al. Relationship between vaccine hesitancy and vaccination behaviors: systematic review and meta-analysis of

observational studies. **Vaccine**, v. 42, n. 2, p. 99-110, 2024. DOI: 10.1016/j.vaccine.2023.11.051. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.11.051>. Acesso em: 30 ago. 2026.

YE, Jiancheng et al. Interventions and contextual factors to improve retention in care for patients with hypertension in primary care: hermeneutic systematic review. **Preventive Medicine**, v. 180, 107880, 2024. DOI: 10.1016/j.ypmed.2024.107880. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2024.107880>. Acesso em: 22 ago. 2026.

¹ Mestre em Alimentos e Nutrição. Universidade Federal do Piauí (UFPI). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1890-9602>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

² Cirurgião-Dentista. UNINASSAU. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8782-0598>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

³ Estudante de Medicina. Universidade São Judas Tadeu. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9946-8748>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁴ Biólogo; Tecnólogo em Radiologia; Especialista em Radioterapia e Docência em Saúde. IFSC; UFSC; IBRA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁵ Mestrando. UNOPAR/Anhanguera. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4741-862X>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

- ⁶ Mestre; doutorando. UNISANTOS (GAERA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9982-7715>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).
- ⁷ Tecnólogo em Gestão Pública. Faculdade Única de Ipatinga. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).
- ⁸ Especialista. Universidade Católica de Santos. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9048-0862>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).
- ⁹ Mestre em Saúde Materno-Infantil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1095-7298>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).
- ¹⁰ Pós-graduada em Gestão da Saúde Pública com Ênfase em Saúde Coletiva e em Gestão Educacional e Educação Especial, pela Faculdade Única Prominas. Assessora de Promoção da Saúde do Centro de Tecnologia e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal da Paraíba (CTDR/UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5024-322X>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).
- ¹¹ Mestre em Hebiatria. Universidade de Pernambuco (UPE). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3968-0675>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).
- ¹² Fisioterapeuta com pós-graduação. Centro Universitário Católica de Quixadá (Unicatólica). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2275-977X>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹³ Enfermeiro. Centro Universitário Celso Lisboa. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3606-9050>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁴ Mestre em Nutrição, Actividade Física e Esporte. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4807-0802>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁵ Doutor em Saúde Pública. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4442-2918>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁶ Pós-graduação. Pitágoras GO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁷ Mestre em Política Social e Direitos Humanos pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-2543-4979>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).