

# ***Câncer de Mama e Cervical: o Papel do Capital Social na Adesão aos Rastreios***

Cristiane S. Mesquita Callou<sup>1</sup>, Carlota Quintal<sup>2</sup> & Micaela Antunes<sup>3</sup>

*Resumo* — A detecção precoce do cancro da mama tem como objetivo garantir que a doença seja detectada o mais breve, aumentando as chances de cura. No cancro do colo do útero, o exame é preventivo. A literatura aponta que a procura pelo diagnóstico/prevenção do cancro de mama e cervical está relacionada com alguns fatores, como características sociodemográficas e de saúde da mulher, papel desempenhado pelos profissionais de saúde e a educação, mas a participação nos rastreios pode não ser uma decisão puramente individual, mas algo mais amplo que leva em consideração o contexto social e cultural, e, portanto, o capital social (CS). Através das análises de dados e de regressões logística binária, observou-se que o CS pode atuar como um facilitador na adesão das mulheres portuguesas as diretrizes de rastreamento.

*Palavras Chave* – cancro de mama e cervical; rastreamento; capital social.

*Abstract* — The early detection of breast cancer aims to ensure that the disease is identified as soon as possible, thereby increasing the chances of a cure. In the case of cervical cancer, the examination is preventive. The literature indicates that the pursuit of diagnosis/prevention of breast and cervical cancer is related to several factors, such as women's sociodemographic and health characteristics, the role played by healthcare professionals, and education. However, participation in screening may not be a purely individual decision, but rather a broader consideration that takes into account the social and cultural context, and therefore, social capital (SC). Through data analysis and binary logistic regressions, it was observed that SC can act as a facilitator in women's adherence to screening guidelines.

**Keywords** – breast and cervical cancer; screening; social capital.

Área de submissão: 13

*Jel Classification: I12*

## **1. Introdução**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as estimativas de 2019 indicam que o cancro foi a principal ou segunda principal causa de morte prematura em muitas regiões, incluindo a Europa e outras partes do mundo (SUNG, et al., 2021). Essa classificação é particularmente preocupante, pois mortes prematuras devido ao cancro representam perdas evitáveis e muitas vezes estão relacionadas a fatores de risco modificáveis, como por exemplo, o acesso aos serviços de saúde de diagnóstico e preventivo (DANG, LEE, & TRAN, 2010). A prevenção ao cancro deve ser uma prioridade na saúde pública com a inclusão estratégica dos programas de rastreamento.

Entre as estratégias de detecção precoce está o rastreamento do cancro, política de realização de exames na população de risco, em pessoas ainda sem sintomas (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2017). O exame da mamografia não é considerado preventivo e sim de

---

<sup>1</sup> Depart. de Economia – Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE); Universidade de Coimbra (UC)

<sup>2</sup> Faculdade de Economia; CeBER - Universidade de Coimbra (UC)

<sup>3</sup> Faculdade de Economia; CeBER - Universidade de Coimbra (UC)

diagnóstico pois sua função é fazer com que as pessoas descubram a doença, caso esteja presente, cada vez mais cedo, para que possam se tratar tendo em vista maiores chances de cura através do tratamento mais adequado (KLARENBACH et al, 2018). Já no caso do cancro cervical, as células normais sofrem gradualmente alterações chamadas de lesões pré-malignas. A detecção precoce dessas células anormais pode ser tratada evitando, muitas vezes, que se transformem em tumores malignos. Deste modo, o rastreamento ao cancro do colo do útero, além de cumprir a função de diagnóstico, em determinadas circunstâncias pode mesmo prevenir a doença (LEMIEUX, 2010).

Pesquisas científicas têm comprovado que o rastreio de indivíduos pode ser uma estratégia eficaz na redução das taxas de mortalidade relacionadas ao cancro de mama e do colo do útero (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2024; BASU et al, 2018; MASSAT et al, 2016).

Desde 2003, o Conselho da União Europeia recomendou a implementação de programas de rastreamento de base populacional para alguns cancros como o de mama e do colo do útero (von KARSA et al, 2008). Portugal tem seguido as recomendações da União Europeia embora a implementação dos programas de rastreio de base populacional tenha variado dependendo do tipo de cancro e da região (QUINTAL e ANTUNES, 2023). Em Portugal continental, os primeiros programas de base populacional implementados foram de rastreio de cancro da mama e cervical na região Centro (1990), e o mais recente, implementado em 2017, foi o do rastreio do cancro cervical em Lisboa.

Com o intuito de uniformizar os critérios de rastreio adotados pelas diferentes regiões de saúde em Portugal, o Ministério da Saúde publicou, através do despacho nº 8254/2017, as diretrizes a serem seguidas: para o cancro de mama, é recomendado que mulheres assintomáticas entre 50 e 69 anos realizem uma mamografia a cada dois anos; enquanto para o cancro cervical, o grupo-alvo são mulheres entre 25 e 60 anos, com intervalo de rastreio de cinco anos utilizando o teste de papilomavírus humano (HPV) (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2017).

Dados mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS), revelam que o cancro de mama atingiu uma taxa de mortalidade de 41,41 por 100.000 habitantes em Portugal. Este número representa muito mais que uma estatística. Ele representa a perda de vidas humanas, evidenciando a gravidade deste problema de saúde pública. O cancro de mama permanece como uma das principais causas de morte entre as mulheres no país, demandando uma resposta coordenada e abrangente por parte das autoridades governamentais. Enquanto isso, o cancro cervical, embora apresente índices de mortalidade menores em comparação ao cancro de mama, com 8,6 por 100.000 habitantes, não deve ser negligenciado. Esta condição é passível de prevenção por meio de exames de rastreamento e vacinação (IARC, 2022).

Uma das metas norteadoras do Programa Nacional para Doenças Oncológicas da Direção-Geral da Saúde (DGS), em Portugal, é aumentar as taxas de adesão aos rastreios do cancro em todo o território nacional. Neste contexto, torna-se relevante investigar sobre os fatores associados à participação nos rastreios e dessa forma contribuir para o planeamento de ações que visem ampliar o acesso e o uso desses serviços que impactariam na sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

As pesquisas sobre os fatores que influenciam a adesão aos programas de rastreamento têm negligenciado a inclusão do papel do capital social, um conceito firmemente estabelecido na área da saúde, com evidência de sua influência na saúde em geral (YUAN et al, 2022). No entanto, ainda há poucas aplicações empíricas que conectam o capital social ao nível individual à influência que o desenvolvimento dos laços sociais pode exercer na participação em rastreamento oncológico.

Utilizando a estrutura comportamental do modelo de Andersen para o uso dos serviços de saúde, com foco na busca por exames preventivos/diagnósticos, e com base nos dados do último *Portuguese Health Interview Survey*, este estudo buscou investigar se o capital social poderia

atuar como um facilitador para que as mulheres buscassem e participassem dos programas de rastreamento para cancro, especificamente o cancro de mama e cervical. O estudo aborda uma lacuna identificada na literatura sobre o papel do capital social na adesão aos programas de rastreio de cancro de mama e cervical, um aspecto menos explorado em comparação com fatores demográficos e de saúde. Isso contribui significativamente para o entendimento de como o contexto social pode influenciar comportamentos de saúde.

## **2. Capital Social**

A última década tem vislumbrado um enorme interesse às explicações não-econômicas de fenômenos econômicos que ultrapassam a Economia Neoclássica. Nessa nova concepção, o indivíduo não é um mero agente racional separado de seu ambiente social, mas, além disso, pode afetar a estrutura de incentivos com que ele se depara ao se dedicar às interações sociais. Nesse novo espaço, os indivíduos estão inseridos em um ambiente social caracterizado por certas normas e valores e poderiam agir em virtude dessas normas, de forma voluntária a fim de beneficiar o coletivo e não somente o individual. Portanto, nesse cenário, a comunidade é uma peça tão importante quanto os agentes individuais. Essa linha de pensamento conduz a uma multidisciplinaridade entre a ciência econômica, a sociologia, ciência política, ciência da saúde e, nesse contexto, o conceito de capital social apresentado em trabalhos seminais por Loury (1977) tornou-se um importante ponto de atração para os economistas, bem como para outros cientistas sociais.

Apesar dos crescentes trabalhos publicados, não existe uma definição precisa a respeito do capital social. Esse assunto é muito utilizado tanto no nível micro quanto no macro sem convergência no conceito, o que o torna bastante abrangente e de difícil mensuração.

O ambiente cultural e social no sentido mais amplo define o capital social apontando a capacidade de relacionamento do indivíduo, sua rede de contatos sociais baseada em expectativas de reciprocidade e comportamento confiáveis que, no conjunto, melhorariam a eficiência individual (COLEMAN, 1990). Putnam, Leonard e Nanetti (1993), por sua vez, identificaram o capital social como associações horizontais entre pessoas que ajudaria a manter a coesão social, pela obediência às normas e leis, o que os habilitariam a agir juntos e mais efetivamente na busca de objetivos comuns. Knack e Keefer (1997), basearam seu conceito de capital social na ideia de confiança e normas cívicas.

Outra forma de analisar o capital social é usada por Glaeser, Laibson e Sacerdote (2002) onde esse capital incorpora as características sociais do indivíduo que engloba as habilidades intrínsecas (carisma, ser extrovertido) e densidade das redes sociais (*networks*). Assim, permite ao indivíduo beneficiar-se dos retornos nas interações com outros indivíduos (como acessar recursos e informações). Ou seja, o capital social, nesse sentido, pertence ao indivíduo (nível micro) e permite retornos privados por meio da interação com outras pessoas.

Além disso o capital social pode ser medido dentro de duas dimensões, capital social cognitivo que estaria relacionado ao que a pessoa consegue despertar no outro em termos de confiança interpessoal, reciprocidade e segurança, e capital social estrutural que se refere ao que as pessoas fazem em suas comunidades- isso se relacionaria a densidade das redes sociais (participação, voluntariado e engajamento cívico.) (MOUDATSOU et al., 2014; MOORE e KAWACHI, 2017).

### **2.1 Capital Social relacionado as questões de saúde e ao uso dos serviços de saúde**

O capital social parece favorecer a saúde das pessoas. Sociedades que possuem um elevado nível de capital social tendem a apresentar uma maior longevidade, um maior grau de igualdade e uma autoavaliação de saúde mais positiva (OLIVEIRA et al., 2016). Esta constatação sugere que o capital social pode desempenhar um papel crucial na promoção da saúde e do bem-estar das populações. As relações sociais afetam a saúde e o bem-estar, tanto no nível individual

como comunitário (por exemplo, Sapag & Kawachi, 2007; Quintal, Ramos e Torres, 2023). Vários termos como, apoio social, redes sociais, suporte social, atividade social, integração social (HOUSE et al., 1988) foram utilizados para explicar esse fato nas décadas de 1970 e 1980.

Apoio social pode influenciar a saúde humana através da redução do nível de estresse (ou a exposição ao estresse) devido ao cansaço mental ou físico (por exemplo, De Silva et al., 2005). Estudos têm mostrado que capital social está associado com a melhora da saúde pública (D'HOMBRES et al., 2011), queda na taxa de mortalidade devido a problemas cardiovasculares e do cancro (KAWACHI et al., 1997) e queda na taxa de depressão (BACKHAUS et al., 2022).

Rocco, Fumagalli & Suhrcke (2014) destacaram quatro mecanismos cruciais para a influência positiva do capital social na saúde individual. Primeiramente, o capital social pode viabilizar o acesso a informações relevantes em saúde por meio de interações sociais mais intensas (BERKMANN e GLASS, 2000), tornando mais fácil e acessível para os indivíduos obterem informações à medida que se envolvem em interações sociais contínuas. Em segundo lugar, o capital social pode facilitar a prestação de cuidados de saúde informais e/ou apoio psicológico (MURGAI et al., 2002), muitas vezes necessário para custear os cuidados diretos de saúde, os quais geralmente não são fornecidos pelo mercado ou pelos sistemas públicos de saúde. Isso leva as pessoas a estabelecerem redes de assistência informal entre vizinhos ou amigos, principalmente em um contexto de confiança mútua, sem a garantia de obrigações contratuais. Além disso, o capital social pode facilitar esforços de lobby e coordenação entre pessoas para obter benefícios que promovam a saúde, bens e serviços (KAWACHI et al., 1997; MELLOR e MILYO, 2005). Por fim, ao aumentar o valor esperado da vida, o capital social pode motivar indivíduos racionais a reduzir comportamentos de risco (FOLLAND, 2006). Os mecanismos apresentados acima incorporam alguns efeitos potenciais do capital social no uso de cuidados de saúde, ou seja, canais informais de troca de informações podem aumentar a capacidade dos indivíduos de identificar os serviços de saúde existentes e reconhecer como eles podem ajudá-los; esforços coordenados podem aumentar o acesso aos serviços. Além disso, a influência das redes pode ser relevante para reduzir a relutância em buscar cuidados de saúde ambulatoriais, hospitalares e odontológicos (BASS e NOELKER, 1987; MILLER e MCFALL, 1991; PENNING, 1995; KADUSHIN, 2004; QUINTAL et al., 2019). Nesse contexto, pessoas com altos níveis de capital social têm maiores probabilidades de participarem de atividades de prevenção secundária, como exames de saúde, de utilizarem adequadamente os serviços de saúde, de seguirem bem os conselhos e prescrições dos profissionais e adotarem comportamentos saudáveis (TOKUDA et al., 2009; DE OLIVEIRA et al., 2016).

## **2.2 Capital Social relacionado ao uso quanto aos cuidados preventivos**

Alguns estudos na literatura investigam os fatores que influenciam a participação das mulheres em exames de rastreamento precoce (FERREIRA et al., 2014; RIBEIRO et al., 2017; SILVA et al., 2020; QUINTAL e ANTUNES, 2022), destacando que esses fatores estão ligados a variáveis como idade, nível educacional, estado civil, estrutura familiar, ocupação, quantidade de filhos, percepção da saúde, estilo de vida, renda, conhecimento e informação sobre rastreamento, prática de autoexame de mama, familiaridade com o câncer cervical, conhecimento sobre vacinação/sintomas relacionados ao cancro cervical e aconselhamento médico. No entanto, a busca pelo diagnóstico/prevenção do cancro pode transcender a uma escolha puramente individual, que atende apenas as características individuais e de saúde, mas também pode atender ao contexto social e cultural em que o indivíduo está inserido. O ambiente cultural e social do qual faz parte pode desempenhar um papel significativo na adesão aos programas de rastreamento ao cancro de mama e cervical (MOUDATSOU et al., 2014). Ademais, estudos empíricos que demonstrem como as conexões sociais e o capital social

influenciam a adesão a comportamentos preventivos, como exames de rastreamento oncológico, são poucos explorados.

Existem alguns mecanismos que podem ser investigados para compreender como o capital social poderia impactar no uso dos serviços de cuidados preventivos. Esses mecanismos abordam uma variedade de aspectos, incluindo acesso à informação, suporte social, normas sociais, simplificação do acesso e ações coordenadas.

No que se refere ao acesso à informação, redes sociais densas e confiáveis podem facilitar o compartilhamento de informações sobre a importância dos cuidados preventivos e como acessá-los (BERKMAN e GLASS, 2000). Além disso, o capital social pode fornecer suporte emocional e prático que encoraja o uso dos serviços de cuidados preventivos. Por exemplo, indivíduos que têm forte apoio social podem ser mais incentivados a buscar exames de saúde regulares ou vacinas preventivas (HOUSE, UMBERSON e LANDIS, 1988). Em comunidades onde o capital social é alto, pode haver normas sociais que promovam a utilização dos serviços de cuidados preventivos. A pressão social positiva dentro dessas redes sociais pode motivar as pessoas a adotarem comportamentos pró-saúde (CHRISTAKIS e FOWLER, 2007). O capital social também pode ajudar a superar barreiras de acesso aos serviços de cuidados preventivos. Por exemplo, redes sociais fortes podem fornecer transporte ou assistência financeira para aqueles que enfrentam dificuldades para acessar esses serviços (MOORE e KAWACHI, 2017). Finalmente, comunidades com capital social forte podem reivindicar por melhores serviços de cuidados preventivos e coordenar esforços para tornar esses serviços mais acessíveis e culturalmente adequados (PUTNAM, 2000).

Entretanto, relações sociais mais profundas também podem facilitar a propagação de problemas de saúde, como maior susceptibilidade a doenças infecciosas ou a adoção de comportamentos não saudáveis, devido a influências mais marcantes do grupo (KAWACHI e BERKMAN, 2001). Essa dinâmica pode se manifestar em grupos sociais fechados, onde há pressão dos pares para adotar comportamentos de risco, disseminação de informações incorretas ou exclusão de pessoas externas à rede social (ROSTILA, 2011). O mesmo fenômeno pode acontecer em contextos familiares devido a objetivos conflitantes ou demandas excessivas (ALVAREZ, KAWACHI e ROMANI, 2017). Esse lado obscuro do capital social pode levar a ações de baixa adesão aos cuidados preventivos.

Assim, de um ponto de vista conceitual, o sinal esperado da associação entre capital social e participação em rastreios oncológicos é ambíguo. Se, por um lado, o capital social pode conduzir a mais uso, quer por via do maior valor atribuído à vida e à saúde, quer por via de maior conhecimento e maior acesso aos serviços, por outro lado, não é de excluir a influência negativa dos pares sobre os estilos de vida e a menor disponibilidade para o cuidado próprio devido à dedicação aos outros.

### **3. As Relações Sociais no Modelo Comportamental de Uso dos Serviços de Saúde de Andersen**

A estrutura conceitual desenvolvida por Andersen e co-autores (ANDERSEN & NEWMAN, 1973; ANDERSEN & ADAY, 1978) visa explicar o comportamento das pessoas em relação ao uso dos serviços de saúde ambulatorial, hospitalar e odontológico. Há uma interação complexa entre os consumidores e os prestadores de serviços compreendidos tanto pelo contato direto (consultas médicas ou hospitalizações) como indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

No modelo inicial a busca pelos serviços de saúde seria determinada por três conjuntos de fatores: **predisponentes** - *características individuais* que influenciam a disposição de uma pessoa em buscar serviços de saúde. Isso inclui fatores demográficos, como idade e gênero. Outro fator considerado como predisponente é a *estrutura social* que leva em conta os determinantes do status de uma pessoa dentro da comunidade – a medida tradicionalmente

usada para acessar a estrutura social inclui educação, ocupação e raça -, e por último como fator predisponente tem-se *crenças de saúde* – atitudes, valores e conhecimento que os indivíduos têm sobre sua saúde e sobre os serviços de saúde, que irão influenciar a sua percepção de necessidade e, conseqüentemente, o uso de serviços. O segundo fator na busca pelo uso dos serviços de saúde é chamado de **capacitante** ou facilitador (recursos disponíveis que facilitam ou dificultam o acesso aos serviços de saúde). Isso inclui fatores como a renda, o seguro de saúde, a disponibilidade de serviços de saúde na comunidade, tempo de espera e de deslocamento, área de residência - urbana ou rural - e outros recursos que podem influenciar a capacidade de uma pessoa buscar cuidados. O terceiro fator utilizado pelo modelo de Andersen é chamado de **necessidade**, relaciona-se com as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde. Os fatores predisponentes podem influenciar os fatores capacitantes e ambos podem afetar a necessidade pelos cuidados assim como a sua utilização.

Porém, o modelo inicial de Andersen, na década de 1960, não deixou explícita a importância do apoio informal, relações sociais e cultura para a utilização dos serviços de saúde e passou a ser bastante criticado (DUNLOP, 1980; KROUT, 1983; CHAPPELL, 1985). Assim, em 1995 o próprio Andersen reconhece a importância das medidas de network (relações sociais) para o uso dos serviços de saúde. Essas medidas se encaixariam adequadamente no componente de estrutura social, que está inserido no fator predisponente, ou mesmo pode ser considerado como um fator capacitante no qual facilitaria ou impediria a utilização dos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995). Alguns autores defendem que os fatores de necessidade são os mais importantes para a utilização dos serviços de saúde (MCAULEY & ARLING, 1984), enquanto, outros autores dizem que os fatores predisponentes e capacitantes também exerceriam um papel primordial (CHAPPELL, 1985). Wan & Odell (1981), argumentam que as variáveis de necessidade estariam mais associadas ao uso dos serviços de saúde ambulatorial e hospitalar (serviços em que um cuidado imediato é requerido), enquanto os fatores predisponentes e capacitantes, determinariam o uso dos serviços odontológicos, ou seja, serviços mais discricionários.

No contexto do modelo de Andersen, o capital social pode assim influenciar a utilização de cuidados de saúde por ser considerado diretamente um fator predisponente ou um fator capacitante. Por sua vez, enquanto fator predisponente, o capital social tem o potencial para afetar as crenças de saúde, as quais têm impacto sobre a necessidade percebida. Todos estes aspectos são potencialmente relevantes no caso dos rastreios de base populacional, em que não existindo uma doença aguda, a procura de cuidados será mais susceptível à influência da necessidade percebida e das crenças face à saúde. Deste modo, seria pertinente investigar se o capital social, quando avaliado em nível micro - como uma medida de confiança, reciprocidade e redes sociais - por meio de suas dimensões cognitiva e estrutural, atuaria como um facilitador na adesão às diretrizes de rastreamento do cancro de mama e cervical, promovendo a realização dos exames de diagnósticos e preventivos.

#### 4. Métodos de Pesquisa

Os dados utilizados nessa investigação são provenientes do Inquérito Nacional de Saúde 2019 com base em uma amostra representativa de todo território nacional português.

Segundo as orientações da DGS para detecção precoce ao cancro de mama recomenda-se a realização de mamografia na população feminina assintomática a partir dos 50 anos até 69 anos, a cada dois anos. Quanto ao rastreio ao cancro do colo do útero, a recomendação é fazer o teste HPV (vírus do papiloma humano) através de citologia, a cada 5 anos, na população feminina a partir dos 25 anos até 60 anos (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2017). Para a verificação do rastreio da mamografia a faixa etária foi recortada no intervalo entre 50 e os 69 anos e para a citologia cervical, entre 25 e 60 anos.

Os fatores que influenciam os rastreios dos cancros foram divididos em variáveis predisponentes, variáveis capacitantes ou facilitadoras e de necessidade aos serviços de saúde. As *proxies* para o capital social, foram consideradas como capacitantes e foram destacadas das demais afim de observar o comportamento dela sobre os rastreios. O estudo foi formado por duas bases de dados separadas por tipo de rastreio.

A variável dependente foi a indicadora para rastreio (igual a 1 se a mulher realizou o respectivo rastreio na faixa etária e períodos recomendados pela DGS para as doenças oncológicas em questão).

Para a mensuração do capital social, nesta investigação, os dados do INS 2019 não traziam medidas específicas para tal propósito. Como alternativa, foram adotadas *proxies* do capital social cognitivo e estrutural, mediante a consideração de questões relacionadas à definição conceitual do capital social. Nesse contexto, as variáveis associadas ao suporte social<sup>4</sup> (SS), no INS 2019, foram identificadas como indicadores do capital social cognitivo (CSC), trazendo a percepção do indivíduo ser cuidado, amado e valorizado. Por outro lado, para avaliar o capital social estrutural (CSE), foram consideradas as atividades que os indivíduos desempenham em sua comunidade. Neste estudo, tais atividades foram captadas pelas questões que relacionam o que as pessoas fazem, em termos de prestação de cuidados e assistência a terceiros, caracterizando uma forma de apoio informal distinta do contexto profissional.

Havia três questões no INS 2019 que estavam relacionadas ao SS e que foram *proxies* para o CSC:

1. “Número de pessoas próximas a quem recorrer em caso de problema pessoal grave”.  
Como alternativas de respostas: nenhuma; 1 ou 2; 3 a 5 e 6 ou mais.
2. “Grau de percepção da preocupação dos outros em relação a si”. Como alternativas de respostas: nenhuma preocupação; pouca preocupação; não consegue avaliar; alguma preocupação e muita preocupação.
3. “Grau de percepção de obtenção de ajuda de vizinhos em caso de necessidade”.  
Alternativas de respostas: muito difícil; difícil; possível; fácil e muito fácil.

O score do CSC que seria composto dos três itens que indicam suporte social teve um alfa de Cronbach de 0,47, sendo considerado baixo, e, portanto, decidimos usar as três variáveis de formas separadas para uma indicação do capital social cognitivo.

O capital social estrutural foi avaliado por meio das seguintes perguntas: “Presta cuidados ou assistência informal?” sendo a resposta codificada para 0=Não presta assistência informal, 1=Sim, a um Familiar e 2=Sim, a um não familiar.

As outras covariáveis ou *confounders* (confundidores) que também podem influenciar as chances de rastreios foram divididas em fatores predisponentes: idade, escolaridade e condição perante o trabalho (se empregado, desempregado ou inativo); fatores capacitantes ou facilitadores: região de residência, área de residência (urbana, rural ou mista), se sempre residiu em Portugal, tipo de agregado familiar, quantidade de pessoas no agregado familiar, quintil de renda por adulto equivalente, seguro saúde, se a pessoa realizou consulta médica nos últimos 12 meses, espera por consulta/exame nos últimos 12 meses, espera por consulta/exame devido à distância ou transporte nos últimos 12 meses além das *proxies* para o CSC e CSE e por fim, fatores de necessidade: apreciação subjetiva que cada pessoa faz da sua saúde.

Participaram da amostra 2.716 mulheres elegíveis para a mamografia e 3.408 para a citologia cervical. A associação de cada um dos desfechos analisados com as *proxies* de capital social e por outros fatores – predisponentes, capacitantes e de necessidade, em uma primeira etapa, foi

---

<sup>4</sup> Conjunto de recursos sociais que as pessoas percebem como estando disponíveis, ou que lhes são efetivamente prestados por não profissionais, tanto no contexto de grupos formais de suporte como de relações informais de ajuda.

feita por análise bivariada. Testes<sup>5</sup> qui-quadrado para independência, teste de Mann-Whitney e teste t foram usados para determinar se as mulheres que realizaram rastreios da mamografia e da citologia cervical eram demograficamente, economicamente e socialmente diferentes daquelas que não realizaram os rastreios de acordo com as recomendações da DGS. Além disso, foram realizadas análises de regressão logística múltipla, separadamente para cada tipo de rastreio (desfecho), para examinar as chances na utilização dos rastreios dado a existência do capital social cognitivo e estrutural com ajustes pelas covariadas mostrando os percentuais, odds ratios (OR) e intervalos de confiança de 95%. As análises foram conduzidas dentro de uma amostra restrita pela idade apropriada para os testes de rastreios específicos. O programa estatístico utilizado foi o STATA, versão 15.

## 5. Resultados da Pesquisa

Entre as participantes da pesquisa, a citologia cervical representou 75,76% de adesão e a mamografia representou 78,90%, com uma ligeira maioria (Tabela 1).

### • Fatores Predisponentes

Em relação às variáveis predisponentes, observa-se que a frequência dos exames de rastreamento de mama e cervical aumenta com a idade até atingir um determinado patamar, após o qual ocorre um declínio na realização desses exames entre as mulheres mais velhas. Existem diferenças significativas na adesão ao rastreamento cervical em função do nível de escolaridade. Entre as mulheres com menor escolaridade, há uma predominância a não realização do rastreamento, enquanto que, com o aumento do nível educacional, a proporção de indivíduos que realizam o rastreamento se torna significativamente maior. Ter emprego contribui para a realização do rastreio tanto da mamografia quanto do colo do útero (Tabela 1).

**TABELA A1:** Distribuição Percentual dos Exames de Rastreio do Cancro segundo as características das Participantes ao INS 2019

	Rastreio ao <b>cancro de Mama</b> nos últimos 2 anos ( <b>Mamografia</b> ): N=2.716			Rastreio ao <b>cancro cervical</b> nos últimos 5 anos ( <b>Citologia Cervical</b> ): N=3.408				
		Sim	Não	X <sup>2</sup> ou Z	Sim	Não	X <sup>2</sup> ou Z	
	N	2.143	573	-	N	2.582	826	-
	%	78,90	21,10	-	%	75,76	24,24	-
<b>Variáveis predisponentes</b>								
<b>Idade</b>	N (%)	N (%)	<b>3,18**</b>	N (%)	N (%)	<b>2,77**</b>		
25 – 29 anos	-	-		163 (68)	77 (32)			
30 – 34 anos	-	-		243 (75)	79 (25)			
35 – 39 anos	-	-		357 (83)	74 (17)			
40 – 44 anos	-	-		446 (80)	112 (20)			
45 – 49 anos	-	-		447 (77)	130 (23)			
50 – 54 anos	504 (81)	115 (19)		469 (76)	147 (24)			
55 – 59 anos	535 (80)	135 (20)		457 (69)	207 (31)			
60 – 64 anos	609 (81)	145 (19)		-	-			
65 – 69 anos	495 (74)	178 (26)		-	-			
<b>Escolaridade completa</b>	N (%)	N (%)	<b>-1,49</b>	N (%)	N (%)	<b>-7,75**</b>		
Sem escolaridade	99 (71)	41 (29)		28 (39)	43 (61)			
Ensino básico	1.465 (79)	384 (21)		1.095 (72)	421 (28)			
Ensino secundário	280 (79)	75 (21)		665 (77)	200 (23)			
Ensino superior	328 (80)	81 (20)		794 (83)	162 (17)			
<b>Condição do trabalho</b>	N (%)	N (%)	<b>23,72**</b>	N (%)	N (%)	<b>46,95**</b>		

<sup>5</sup> Quando a variável em questão era qualitativa nominal para comparação entre dois grupos utilizou-se o teste qui-quadrado, quando a variável em questão era ordinal para se comparar dois grupos utilizou-se o teste de Mann-Whitney e quando a variável era quantitativa a comparação entre dois grupos foi feita pelo teste t



Tem emprego	1.012 (82)	218 (18)		2.020 (78)	556 (22)	
Desempregado	182 (83)	36 (17)		290 (71)	116 (29)	
Inativo	949 (75)	319 (25)		272 (64)	154 (36)	
<b>Frequência de consumo de Álcool</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>9,43**</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>19,36**</b>
Não consome	961 (77)	288 (23)		944 (72)	370 (28)	
Raramente	634 (83)	134 (17)		982 (78)	277 (22)	
Média	293 (79)	77 (21)		474 (80)	121 (20)	
Alta	255 (78)	74 (22)		182 (76)	58 (24)	
<b>Consumo de Tabaco</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>6,92**</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>1,51</b>
Não consome	1.895 (79)	489 (21)		2.108 (76)	675 (24)	
Ocasionalmente	34 (85)	6 (15)		76 (81)	18 (19)	
Diariamente	214 (73)	78 (27)		398 (75)	133 (25)	
<b>Atividade Física</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>7,10**</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>7,26**</b>
Inativa	1.810 (78)	507 (22)		2.071 (75)	697 (25)	
Moderada	133 (86)	21 (14)		195 (81)	47 (19)	
Ativa	200 (82)	45 (18)		316 (79)	82 (21)	
<b>Variáveis capacitantes ou facilitadoras</b>						
<b>Região geográfica</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>16,18**</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>81,97**</b>
Norte	332 (82)	71 (18)		415 (89)	51 (11)	
Algarve	227 (74)	78 (26)		332 (79)	89 (21)	
Centro (PT)	453 (82)	99 (18)		460 (75)	155 (25)	
Lisboa	192 (78)	53 (22)		279 (79)	76 (21)	
Alentejo	375 (81)	89 (19)		381 (72)	145 (28)	
Açores	273 (75)	89 (25)		370 (66)	191 (34)	
Madeira	291 (76)	94 (24)		345 (74)	119 (26)	
<b>Grau de Urbanização</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>6,27**</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>9,24**</b>
Área rural	712 (82)	161 (18)		684 (73)	256 (27)	
Área mista	827 (78)	228 (22)		1.078(76)	347 (24)	
Área urbana	604 (77)	184 (23)		820 (79)	223 (21)	
<b>Residiu sempre em PT</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>0,14</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>0,07</b>
Sim	1.743 (79)	470 (21)		2.080 (76)	669 (24)	
Não	400 (80)	103 (20)		502 (76)	157 (24)	
<b>Tipo de agregado familiar</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>1,90</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>14,62**</b>
Vive só	631 (77)	185 (23)		420 (73)	157 (27)	
Monoparental com filho(s)	162 (79)	44 (21)		400 (79)	109 (21)	
Casal sem filhos	847 (80)	218 (20)		478 (75)	158 (25)	
Casal com filho(s)	371 (80)	93 (20)		1.093(78)	316 (22)	
Outro tipo	132 (80)	33 (20)		191 (69)	86 (31)	
<b>Rendimento mensal líquido por adulto equivalente</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>-1,8*</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>-6,20 **</b>
1º quintil	497 (77)	147 (23)		619 (69)	276 (31)	
2º quintil	471 (76)	148 (24)		422 (75)	144 (25)	
3º quintil	406 (84)	80 (16)		442 (76)	138 (24)	
4º quintil	339 (78)	93 (22)		561 (79)	149 (21)	
5º quintil	430 (80)	105 (20)		538 (82)	119 (18)	
<b>Nº de pessoas no agregado</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>-1,36<sup>Δ</sup></b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>-0,49<sup>Δ</sup></b>
	2,04 (0,96)	1,98 (0,94)		2,71(1,79)	2,69 (1,26)	
<b>Só tem SNS</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>11,99**</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>43,72**</b>
Sim	1.258 (77)	382 (23)		1.352(71)	541 (29)	
Não	885 (82)	191 (18)		1.230(81)	285 (19)	
<b>Consulta a médico geral nos últimos 12 meses</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>89,61**</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>41,08**</b>

Sim	1.851 (82)	399 (18)		1.984(79)	542 (21)	
Não	292 (63)	174 (37)		598 (68)	284 (32)	
<b>Consulta a médico especialista nos últimos 12 meses</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>47,53**</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>71,51**</b>
Sim	1.258 (84)	244 (16)		1.455(82)	326 (18)	
Não	885 (73)	329 (27)		1.127(69)	500 (31)	
<b>Espera por consulta/exame médico além do razoável nos últimos 12 meses</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>2,16</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>8,98**</b>
Sim	628 (81)	150 (19)		728 (79)	189 (21)	
Não	1.515 (78)	423 (22)		1.854(74)	637 (26)	
<b>Espera por consulta/exame médico além do razoável devido à distância ou transporte nos últimos 12 meses</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>3,27*</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>0,75</b>
Sim	105 (73)	39 (27)		104 (73)	39 (27)	
Não	2.038 (79)	534 (21)		2.478(76)	787 (24)	
<b>Variável de necessidade aos serviços de saúde</b>						
<b>Autopercepção do estado de saúde</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>3.13**</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>-3,12**</b>
Mau/muito mau	369 (82)	80 (18)		182 (70)	78 (30)	
Razoável	1.105 (80)	276 (20)		908 (74)	318 (26)	
Bom/muito bom	669 (76)	217 (24)		1.492 (78)	430 (22)	

Nota1: \*p<0.10 \*\*p<0,05. <sup>Δ</sup>teste t para diferença de médias. Nota2: Quando a variável independente era nominal usou o teste Qui-quadrado. Quando a variável independente era ordinal o teste usado foi o de Mann-Whitney.

Fonte: INS 2019, elaboração das autoras.

- Fatores Capacitantes ou Facilitadores

Os fatores capacitantes ou facilitadores indicam que, ao analisar a distribuição regional dos exames, as regiões Norte e Centro de Portugal apresentaram as maiores taxas de realização de rastreamento mamário, seguida pelo Alentejo. Em relação ao rastreamento cervical, a região Norte Portugal mantém a liderança, sendo seguida pela região do Algarve e pela capital Lisboa. Residir em uma área mista, caracterizada por características urbanas e rurais, proporciona a vantagem de maiores índices de rastreamento mamário e cervical. No rastreamento mamário, a maior proporção de exames é observada entre casais sem filhos, enquanto no rastreamento cervical, casais com filhos apresentam uma maior proporção de participação. As maiores proporções de rastreamento mamário e cervical são observadas nos quintis de renda mais baixos. Indivíduos que dependem exclusivamente do Sistema Nacional de Saúde (SNS) apresentam menores proporções de rastreamento em comparação com aqueles que têm acesso a outras formas de assistência além do SNS. Quando se analisa a frequência de visitas a médicos gerais ou especialistas, é observado que a proporção de pessoas que realizam exames do cancro é maior do que aquelas que não fazem rastreamento. Além disso, ao investigar a questão do tempo de espera por consultas ou exames médicos além do razoável, nota-se que as pessoas que relataram não esperar muito tempo para uma consulta ou exame buscaram proporcionalmente mais exames do cancro em comparação com aquelas que mencionaram esperar um tempo excessivo (Tabela 1).

Há diferenças estatisticamente significativas na realização de rastreio entre as mulheres, considerando a maioria das proxies representativas do capital social cognitivo. Ou seja, as mulheres que possuem uma rede de apoio pessoal próxima, percebem a preocupação dos outros em relação a si, ou têm fácil acesso à ajuda dos vizinhos em caso de necessidade, apresentam taxas mais altas de realização de exames para o cancro de mama e cervical em comparação com aqueles que não possuem essas características (Tabela 2).

Em relação às proxies para o capital social estrutural, não foram observadas diferenças estatísticas entre as mulheres que realizam o rastreio da mama e aqueles que não o fazem. A maioria da amostra não presta cuidado ou assistência informal. No entanto, entre aquelas que prestam algum tipo de cuidado informal, os resultados indicam que a prestação de cuidados ou assistência informal a um familiar está associada a uma maior taxa de rastreio em comparação

com a prestação de cuidados informais a um não familiar. Estes resultados sugerem a importância do capital social, tanto cognitivo quanto estrutural, na realização de rastreios do cancro (Tabela 2).

- Fatores de Necessidade

Observa-se um aumento na taxa de realização de exames de mamografia à medida que a percepção subjetiva de saúde melhora. No entanto, quando a percepção de saúde é considerada muito boa, nota-se diminuição na realização de exames. No caso da citologia cervical, a uma crescente da realização do exame do cancro à medida que a saúde subjetiva melhora (Tabela 1).

- Razões de Chances (ODDS)

Os resultados da análise de regressão logística múltipla revelam que, com o aumento da idade, as chances de as pacientes serem submetidas ao rastreamento aumentam para ambos os tipos de cancro. No entanto, observou-se uma redução nas taxas de detecção do cancro cervical entre as pacientes mais jovens, especificamente aquelas com idades entre 25 e 29 anos (OR 0,86) (Tabela 3).

Para ambos os tipos de cancro, observou-se uma tendência de aumento na taxa de realização de exames preventivos/diagnósticos à medida que o nível educacional ligeiramente aumentava, passando de sem escolaridade para ensino básico. Além disso, a participação no mercado de trabalho também aumentou as chances de realização do rastreamento (Tabela 3).

**TABELA 2:** Distribuição Percentual dos Exames de Rastreamento do Cancro segundo o Capital Social das Participantes ao INS 2019

	Rastreamento ao cancro de Mama nos últimos 2 anos (Mamografia): N=2.716			Rastreamento ao cancro cervical nos últimos 5 anos (Citologia Cervical): N=3.408				
	N	Sim	Não	X <sup>2</sup> ou Z	N	Sim	Não	X <sup>2</sup> ou Z
	%	78,90	21,10	-	%	75,76	24,24	-
<b>Proxies para o Capital Social Cognitivo</b>								
<i>Suporte Social</i>								
<b>Existência de pessoas próximas a quem recorrer em caso de problema pessoal</b>	N (%)	N (%)	-5,55**	N (%)	N (%)	-6,56**		
Nenhuma	56 (63)	33 (37)		65 (61)	41 (39)			
1 ou 2	959 (76)	301 (24)		976 (71)	398 (29)			
3 a 5	782 (81)	185 (19)		1.061 (79)	275 (21)			
6 ou mais	346 (87)	54 (13)		480 (81)	112 (19)			
<b>Grau de percepção da preocupação dos outros em relação a si</b>	N (%)	N (%)	-2,03**	N (%)	N (%)	-1,37		
Nenhuma preocupação	12 (52)	11 (48)		15 (60)	10 (40)			
Pouca preocupação	42 (69)	19 (31)		44 (66)	23 (34)			
Não consegue avaliar	137 (73)	51 (27)		179 (70)	75 (30)			
Alguma preocupação	738 (80)	183 (20)		828 (77)	243 (23)			
Muita preocupação	1.214 (80)	309 (20)		1.516 (76)	475 (24)			
<b>Grau de percepção de obtenção de ajuda de vizinhos em caso de necessidade</b>	N (%)	N (%)	-2,72**	N (%)	N (%)	-0,52		
Muito difícil	184 (74)	65 (26)		262 (74)	93 (26)			
Difícil	331 (76)	103 (24)		387 (75)	130 (25)			
Possível	616 (79)	167 (21)		790 (77)	240 (23)			
Fácil	750 (81)	174 (19)		831 (76)	260 (24)			
Muito fácil	262 (80)	64 (20)		312 (75)	103 (25)			
<b>Proxies para o Capital Social Estrutural</b>								
<b>Presta assistência informal</b>	N (%)	N (%)	2,01	N (%)	N (%)	1,01		
Sim	411 (81)	95 (19)		429 (77)	125 (23)			
Não	1.732 (78)	478 (22)		2.153 (75)	701 (25)			
<b>Relação entre Cuidador Informal x Pessoa Cuidada</b>	N (%)	N (%)	4,31	N (%)	N (%)	1,24		
Familiar	344 (82)	73 (18)		363 (77)	108 (23)			
Não Familiar	67 (75)	22 (25)		66 (80)	17 (20)			
Não presta assistência informal	1.732 (78)	478 (22)		2.153 (75)	701 (25)			

Nota: \*p<0,10 \*\*p<0,05 .

Fonte: INS 2019, elaboração das autoras.

**TABELA 3:** Análise das chances de rastreio do cancro de mama e do colo do útero pelo método da regressão logística, segundo os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade das participantes do INS 2019: **ODDS Ratio (OR) [95% Intervalo de Confiança]**

	Modelo 1: Mamografia OR [95% IC]	Modelo 2: Citologia Cervical OR [95% IC]
<b>Variáveis Predisponentes</b>		
<b>Idade</b>		
25 – 29 anos	-	0,85 [0,58 1,24]
30 – 34 anos	-	1,16 [0,83 1,64]
35 – 39 anos	-	2,01 [1,41 2,86] **
40 – 44 anos	-	1,52 [1,12 2,08] **
45 – 49 anos	-	1,42 [1,06 1,89] *
50 – 54 anos	1,27 [0,89 1,80]	1,33 [1,02 1,75] *
55 – 59 anos	1,24 [0,90 1,72]	1,00
60 – 64 anos	1,24 [0,93 1,65]	-
65 – 69 anos	1,00	-
<b>Escolaridade completa</b>		
Sem escolaridade	1,00	1,00
Ensino básico	1,22 [0,80 1,85]	3,62 [2,15 6,09] **
Ensino secundário	1,09 [0,65 1,84]	3,94 [2,25 6,89] **
Ensino superior	0,95 [0,52 1,73]	4,57 [2,53 8,27] **
<b>Condição do trabalho</b>		
Tem emprego	1,64 [1,26 2,15] **	1,35 [1,01 1,80] *
Desempregado	1,87 [1,22 2,88] **	1,13 [0,81 1,58]
Inativo	1,00	1,00
<b>Frequência de consumo de álcool</b>		
Alta	1,05 [0,76 1,45]	1,06 [0,75 1,50]
Média	1,09 [0,79 1,49]	1,03 [0,79 1,34]
Raramente	1,36 [1,06 1,73] **	1,07 [0,88 1,31]
Não consome	1,00	1,00
<b>Consumo de tabaco</b>		
Diariamente	0,71[0,51 0,97] *	1,00 [0,79 1,27]
Ocasionalmente	1,39[0,59 3,26]	1,26 [0,73 2,17]
Não consome	1,00	1,00 (base)
<b>Atividade física</b>		
Inativo	1,00	1,00
Moderadamente ativo	1,53[0,92 2,54]	1,01 [0,71 1,44]
Ativo	1,13[0,77 1,67]	0,95 [0,72 1,27]
<b>Variáveis Capacitantes ou Facilitadoras</b>		
<b>Proxies para Capital Social Cognitivo - Suporte Social</b>		
<b>Existência de pessoas próximas a quem recorrer em caso de problema pessoal</b>		
Nenhuma	1,00	1,00
1 ou 2	1,35[0,79 2,31]	1,11 [0,69 1,79]
3 a 5	1,70[0,97 2,98]	1,43 [0,87 2,36]
6 ou mais	2,43[1,30 4,52]**	1,42 [0,84 2,41]
<b>Grau de percepção da preocupação dos outros em relação a si</b>		
Nenhuma preocupação	1,00	1,00
Pouca preocupação	1,22[0,39 3,82]	1,10 [0,36 3,34]
Não consegue avaliar	1,68[0,57 4,96]	1,32 [0,48 3,61]
Alguma preocupação	2,39[0,83 6,88]	1,85 [0,68 5,02]
Muita preocupação	2,13[0,74 6,15]	1,59 [0,59 4,32]
<b>Grau de percepção de obtenção de ajuda de vizinho em caso de necessidade</b>		
Muito difícil	1,00	1,00
Difícil	1,01[0,68 1,50]	0,96 [0,69 1,34]
Possível	1,07[0,74 1,55]	0,92 [0,68 1,24]
Fácil	1,22[0,84 1,77]	0,94 [0,69 1,27]
Muito fácil	1,16[0,75 1,80]	0,86 [0,60 1,22]
<b>Proxie para Capital Social Estrutural</b>		
<b>Presta cuidado ou assistência informal</b>		
Sim, a um familiar	1,23 [0,92 1,64]	1,14 [0,89 1,46]
Sim, a um NÃO familiar	0,86 [0,52 1,42]	1,36 [0,74 2,49]
Não	1,00	1,00
<b>Região geográfica</b>		

Norte	1,00	1,00
Algarve	0,59 [0,40 0,88] **	0,45 [0,30 0,67] ***
Centro (PT)	0,85 [0,59 1,23]	0,34 [0,23 0,48] **
Lisboa	0,84 [0,53 1,32]	0,34 [0,22 0,51] **
Alentejo	0,88 [0,59 1,30]	0,30 [0,20 0,44] **
Açores	0,80 [0,54 1,17]	0,24 [0,17 0,35] **
Madeira	0,66 [0,45 0,96] *	0,35 [0,24 0,51] **
<b>Grau de Urbanização</b>		
Área urbana	0,88 [0,67 1,14]	1,07 [0,85 1,35]
Área rural	1,26 [0,98 1,62]	1,03 [0,84 1,28]
Área mista	1,00	1,00
<b>Residiu sempre em PT</b>		
Sim	0,85 [0,66 1,11]	1,06 [0,86 1,32]
Não	1,00	1,00
<b>Tipo de agregado familiar</b>		
Vive só	1,00	1,00
Monoparental com filho(s)	0,91 [0,56 1,47]	1,40 [0,98 2,01]
Casal sem filhos	0,96 [0,68 1,35]	1,35 [0,98 1,85]
Casal com filho(s)	0,89 [0,47 1,69]	1,46 [0,96 2,22]
Outro tipo	0,93 [0,43 1,99]	1,12 [0,67 1,88]
<b>Rendimento mensal líquido por adulto equivalente</b>		
1º quintil	0,96 [0,61 1,49]	0,94 [0,66 1,35]
2º quintil	0,82 [0,54 1,26]	0,96 [0,67 1,37]
3º quintil	1,20 [0,78 1,87]	0,98 [0,70 1,37]
4º quintil	0,74 [0,50 1,10]	0,92 [0,69 1,24]
5º quintil	1,00	1,00
<b>Nº de pessoas no agregado</b>	1,07 [0,84 1,37]	0,92 [0,80 1,05]
<b>Só tem SNS</b>		
Sim	0,75 [0,59 0,96] **	0,80 [0,66 0,97] **
Não	1,00	1,00
<b>Consulta a médico geral nos últimos 12 meses</b>		
Sim	2,43 [1,92 3,09] **	1,65 [1,36 1,99] **
Não	1,00	1,00
<b>Consulta a médico especialista nos últimos 12 meses</b>		
Sim	1,70 [1,38 2,09] **	1,65 [1,38 1,97] **
Não	1,00	1,00
<b>Espera por consulta/exame médico além do razoável nos últimos 12 meses</b>		
Sim	1,05 [0,83 1,33]	1,33 [1,07 1,64] **
Não	1,00	1,00
<b>Espera por consulta/exame médico além do razoável devido à distância ou transporte nos últimos 12 meses</b>		
Sim	0,69 [0,44 1,06]	1,01 [0,65 1,58]
Não	1,00	1,00
<b>Variável de Necessidade aos Serviços de Saúde</b>		
<b>Autopercepção do estado de saúde</b>		
Bom/muito bom	0,60 [0,42 0,85] **	1,25 [0,88 1,78]
Razoável	0,79 [0,58 1,08]	1,08 [0,77 1,51]
Mau/muito mau	1,00	1,00
N	2.716	3.408
Wald chi2(k-1)	225,17	298,84
p-value	0,0000	0,0000
Pseudo R2	0,0912	0,0923

Nota: \*p<0,05 \*\*p<0,001

Modelo 1: Var. dependente: indicadora do rastreio para o cancro de mama

Modelo 2: Var. dependente: indicadora do rastreio para o cancro do colo do útero

Fonte: INS 2019, elaboração das autoras.

A presença de suporte social, manifestada pela existência de pessoas próximas a quem recorrer, pela percepção da preocupação alheia e pela percepção de obtenção de ajuda de vizinhos em caso de necessidade, aumenta as chances de realização de exames para ambos os tipos de câncer. Especificamente para o câncer cervical, prestar assistência ou cuidado informal, seja para um familiar ou não, eleva as chances de rastreamento em comparação com aqueles que não prestam esses cuidados. Esta observação é válida para o câncer cervical e, para o câncer de mama, aplica-se apenas se o cuidador tiver uma relação familiar com quem recebe os

cuidados (OR 1,23), embora este resultado não tenha sido estatisticamente significativo (Tabela 4).

Residir fora da Região Norte de Portugal e contar apenas com o SNS como seguro de saúde estão associados a uma menor taxa de realização de exames de detecção do cancro. Em relação ao rastreamento do cancro cervical, morar com alguém, seja filhos(as) ou companheiros(as), aumenta as chances de realização do exame em comparação com aqueles que vivem sozinhos. No entanto, para o rastreamento do cancro de mama, morar com alguém parece diminuir as chances de realização do exame, embora essa associação não tenha sido estatisticamente significativa. Consultar um médico geral ou especialista aumenta as chances de rastreamento para ambos os tipos de cancro. Observou-se também que a espera por uma consulta ou exame médico além do razoável, devido à distância ou transporte, foi um fator impeditivo para o rastreamento do cancro de mama (Tabela 5).

Em relação à avaliação da saúde subjetiva, é necessário que as pessoas se sintam mal ou muito mal para que as chances de rastreamento do câncer de mama aumentem. No caso do rastreamento do câncer cervical, a situação é inversa: as chances de rastreamento aumentam quando as pessoas consideram sua saúde boa, muito boa ou razoável (Tabela 5).

**TABELA 4:** Análise das chances de rastreio do cancro de mama e cervical pelo método da regressão logística, segundo o Capital Social das participantes do INS 2019: **ODDS Ratio (OR) [95% Intervalo de Confiança]**

	<b>Modelo 1: Mamografia OR [95% IC]</b>	<b>Modelo 2: Cit.Cervical OR [95% IC]</b>
<b>Proxies para Capital Social Cognitivo - Suporte Social</b>		
<b>Existência de pessoas próximas a quem recorrer em caso de problema pessoal</b>		
Nenhuma	1,00	1,00
1 ou 2	1,35[0,79 2,31]	1,11 [0,69 1,79]
3 a 5	1,70[0,97 2,98]	1,43 [0,87 2,36]
6 ou mais	2,43[1,30 4,52] **	1,42 [0,84 2,41]
<b>Grau de percepção da preocupação dos outros em relação a si</b>		
Nenhuma preocupação	1,00	1,00
Pouca preocupação	1,22[0,39 3,82]	1,10 [0,36 3,34]
Não consegue avaliar	1,68[0,57 4,96]	1,32 [0,48 3,61]
Alguma preocupação	2,39[0,83 6,88]	1,85 [0,68 5,02]
Muita preocupação	2,13[0,74 6,15]	1,59 [0,59 4,32]
<b>Grau de percepção de obtenção de ajuda de vizinho em caso de necessidade</b>		
Muito difícil	1,00	1,00
Difícil	1,01[0,68 1,50]	0,96 [0,69 1,34]
Possível	1,07[0,74 1,55]	0,92 [0,68 1,24]
Fácil	1,22[0,84 1,77]	0,94 [0,69 1,27]
Muito fácil	1,16[0,75 1,80]	0,86 [0,60 1,22]
<b>Proxie para Capital Social Estrutural</b>		
<b>Presta cuidado ou assistência informal</b>		
Sim, a um familiar	1,14 [0,85 1,53]	1,14 [0,89 1,46]
Sim, a um NÃO familiar	0,84 [0,50 1,43]	1,36 [0,74 2,49]
Não	1,00	1,00

Nota: \*p<0,05 \*\*p<0,001. Modelo 1: Var. dependente: indicadora do rastreio para o cancro de mama. Modelo 2: Var. dependente: indicadora do rastreio para o cancro do colo do útero.

Fonte: INS 2019, elaboração das autoras.

**TABELA 5:** Análise das chances de rastreio do cancro de mama e do colo do útero pelo método da regressão logística, segundo os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade das participantes do INS 2019: **ODDS Ratio (OR) [95% Intervalo de Confiança]**

	Modelo 1: Mamografia OR [95% IC]	Modelo 2: Citologia Cervical OR [95% IC]
<b>Variáveis Predisponentes</b>		
<i>Idade</i>		
25 – 29 anos	-	0,85 [0,58 1,24]
30 – 34 anos	-	1,16 [0,83 1,64]
35 – 39 anos	-	2,01 [1,41 2,86] **
40 – 44 anos	-	1,52 [1,12 2,08] **
45 – 49 anos	-	1,42 [1,06 1,89] *
50 – 54 anos	1,27 [0,89 1,80]	1,33 [1,02 1,75] *
55 – 59 anos	1,24 [0,90 1,72]	1,00
60 – 64 anos	1,24 [0,93 1,65]	-
65 – 69 anos	1,00	-
<i>Escolaridade completa</i>		
Sem escolaridade	1,00	1,00
Ensino básico	1,22 [0,80 1,85]	3,62 [2,15 6,09] **
Ensino secundário	1,09 [0,65 1,84]	3,94 [2,25 6,89] **
Ensino superior	0,95 [0,52 1,73]	4,57 [2,53 8,27] **
<i>Condição do trabalho</i>		
Tem emprego	1,64 [1,26 2,15] **	1,35 [1,01 1,80] *
Desempregado	1,87 [1,22 2,88] **	1,13 [0,81 1,58]
Inativo	1,00	1,00
<i>Frequência de consumo de álcool</i>		
Alta	1,05 [0,76 1,45]	1,06 [0,75 1,50]
Média	1,09 [0,79 1,49]	1,03 [0,79 1,34]
Raramente	1,36 [1,06 1,73] **	1,07 [0,88 1,31]
Não consome	1,00	1,00
<i>Consumo de tabaco</i>		
Diariamente	0,71[0,51 0,97] *	1,00 [0,79 1,27]
Ocasionalmente	1,39[0,59 3,26]	1,26 [0,73 2,17]
Não consome	1,00	1,00 (base)
<i>Atividade física</i>		
Inativo	1,00	1,00
Moderadamente ativo	1,53[0,92 2,54]	1,01 [0,71 1,44]
Ativo	1,13[0,77 1,67]	0,95 [0,72 1,27]
<b>Variáveis Capacitantes ou Facilitadoras</b>		
<i>Proxies para Capital Social Cognitivo - Suporte Social</i>		
<i>Existência de pessoas próximas a quem recorrer em caso de problema pessoal</i>		
Nenhuma	1,00	1,00
1 ou 2	1,35[0,79 2,31]	1,11 [0,69 1,79]
3 a 5	1,70[0,97 2,98]	1,43 [0,87 2,36]
6 ou mais	2,43[1,30 4,52]**	1,42 [0,84 2,41]
<i>Grau de percepção da preocupação dos outros em relação a si</i>		
Nenhuma preocupação	1,00	1,00
Pouca preocupação	1,22[0,39 3,82]	1,10 [0,36 3,34]
Não consegue avaliar	1,68[0,57 4,96]	1,32 [0,48 3,61]
Alguma preocupação	2,39[0,83 6,88]	1,85 [0,68 5,02]
Muita preocupação	2,13[0,74 6,15]	1,59 [0,59 4,32]
<i>Grau de percepção de obtenção de ajuda de vizinho em caso de necessidade</i>		
Muito difícil	1,00	1,00
Difícil	1,01[0,68 1,50]	0,96 [0,69 1,34]
Possível	1,07[0,74 1,55]	0,92 [0,68 1,24]
Fácil	1,22[0,84 1,77]	0,94 [0,69 1,27]
Muito fácil	1,16[0,75 1,80]	0,86 [0,60 1,22]
<i>Proxie para Capital Social Estrutural</i>		
<i>Presta cuidado ou assistência informal</i>		
Sim, a um familiar	1,23 [0,92 1,64]	1,14 [0,89 1,46]
Sim, a um NÃO familiar	0,86 [0,52 1,42]	1,36 [0,74 2,49]
Não	1,00	1,00
<i>Região geográfica</i>		
Norte	1,00	1,00
Algarve	0,59 [0,40 0,88] **	0,45 [0,30 0,67] ***

Centro (PT)	0,85 [0,59 1,23]	0,34 [0,23 0,48] **
Lisboa	0,84 [0,53 1,32]	0,34 [0,22 0,51] **
Alentejo	0,88 [0,59 1,30]	0,30 [0,20 0,44] **
Açores	0,80 [0,54 1,17]	0,24 [0,17 0,35] **
Madeira	0,66 [0,45 0,96] *	0,35 [0,24 0,51] **
<b>Grau de Urbanização</b>		
Área urbana	0,88 [0,67 1,14]	1,07 [0,85 1,35]
Área rural	1,26 [0,98 1,62]	1,03 [0,84 1,28]
Área mista	1,00	1,00
<b>Residiu sempre em PT</b>		
Sim	0,85 [0,66 1,11]	1,06 [0,86 1,32]
Não	1,00	1,00
<b>Tipo de agregado familiar</b>		
Vive só	1,00	1,00
Monoparental com filho(s)	0,91 [0,56 1,47]	1,40 [0,98 2,01]
Casal sem filhos	0,96 [0,68 1,35]	1,35 [0,98 1,85]
Casal com filho(s)	0,89 [0,47 1,69]	1,46 [0,96 2,22]
Outro tipo	0,93 [0,43 1,99]	1,12 [0,67 1,88]
<b>Rendimento mensal líquido por adulto equivalente</b>		
1º quintil	0,96 [0,61 1,49]	0,94 [0,66 1,35]
2º quintil	0,82 [0,54 1,26]	0,96 [0,67 1,37]
3º quintil	1,20 [0,78 1,87]	0,98 [0,70 1,37]
4º quintil	0,74 [0,50 1,10]	0,92 [0,69 1,24]
5º quintil	1,00	1,00
<b>Nº de pessoas no agregado</b>	1,07 [0,84 1,37]	0,92 [0,80 1,05]
<b>Só tem SNS</b>		
Sim	0,75 [0,59 0,96] **	0,80 [0,66 0,97] **
Não	1,00	1,00
<b>Consulta a médico geral nos últimos 12 meses</b>		
Sim	2,43 [1,92 3,09] **	1,65 [1,36 1,99] **
Não	1,00	1,00
<b>Consulta a médico especialista nos últimos 12 meses</b>		
Sim	1,70 [1,38 2,09] **	1,65 [1,38 1,97] **
Não	1,00	1,00
<b>Espera por consulta/exame médico além do razoável nos últimos 12 meses</b>		
Sim	1,05 [0,83 1,33]	1,33 [1,07 1,64] **
Não	1,00	1,00
<b>Espera por consulta/exame médico além do razoável devido à distância ou transporte nos últimos 12 meses</b>		
Sim	0,69 [0,44 1,06]	1,01 [0,65 1,58]
Não	1,00	1,00

#### Variável de Necessidade aos Serviços de Saúde

<b>Autopercepção do estado de saúde</b>		
Bom/muito bom	0,60 [0,42 0,85] **	1,25 [0,88 1,78]
Razoável	0,79 [0,58 1,08]	1,08 [0,77 1,51]
Mau/muito mau	1,00	1,00
N	2.716	3.408
Wald chi2(k-1)	225,17	298,84
p-value	0,0000	0,0000
Pseudo R2	0,0912	0,0923

Nota: \*p<0,05 \*\*p<0,001

Modelo 1: Var. dependente: indicadora do rastreio para o cancro de mama

Modelo 2: Var. dependente: indicadora do rastreio para o cancro do colo do útero

Fonte: INS 2019, elaboração das autoras.

## 6. Discussão e Conclusão

De acordo com a OMS, em Portugal, o cancro de mama tem uma taxa de mortalidade de 41,41 por 100.000 habitantes, evidenciando sua gravidade e posição como uma das principais causas de morte entre as mulheres, demandando uma resposta das autoridades governamentais. Apesar de uma menor taxa de mortalidade (8,6 a cada 100.000 mulheres, o cancro cervical também requer atenção, sendo prevenível por meio de rastreamento e vacinação. A OMS destaca que um terço dos casos de cancro pode ser prevenido, um terço pode ser curado com diagnóstico precoce e, no restante, a condição pode ser aliviada com tratamento adequado (IARC, 2022).



O comportamento do uso dos serviços de saúde, de diagnóstico e preventivo do cancro, é complexo e deve considerar uma variedade de fatores, incluindo não apenas fatores individuais, mas também influências sociais e ambientais. Para melhorar a taxa de realização de exames de detecção/prevenção do câncer, é necessário levar em consideração esses diversos fatores. Desse modo, dada a importância dos exames de diagnóstico e preventivo, neste estudo, procuramos responder se as proxies de capital social cognitivo e estrutural facilitariam ou não o uso da mamografia e da citologia cervical por mulheres em Portugal utilizando o modelo de Andersen segundo as características predisponentes, capacitantes e de necessidade aos serviços de saúde.

Nossos achados sugerem que existem associações das *proxies* do capital social individual com o uso dos serviços de rastreamento dos câncros. Ao ajustar para possíveis fatores de confusão, as percepções de que existe pessoas próximas a quem recorrer em caso de um problema pessoal estava associada positivamente ao rastreio mamográfico e que o grau de percepção da preocupação dos outros em relação a si estava relacionado a ambos os rastreios. Essas mulheres podem estar mais propensas a receber mensagens de saúde de pessoas próximas, como comportamentos preventivos e de promoção da saúde, reforçadas pelo sentimento de pertencimento a determinadas relações sociais. Esse sentimento de suporte social transmite uma sensação de confiança entre quem ajuda e é ajudada, fortalecendo a relação social. A terceira variável de suporte social indicativa do capital social cognitivo (grau de percepção de ajuda do vizinho em caso de necessidade) aumenta as chances de rastreio de mama e do colo do útero, mas não foi estatisticamente significativa, o que merece uma investigação mais aprofundada. Talvez o grau de percepção individual da ajuda do vizinho em caso de necessidade não seja tão importante quanto seria se essa medida fosse agregada por região, lembrando que nossa análise é para o nível individual. Em contraste, nossos resultados não mostraram relevância estatística entre o uso da citologia cervical e da mamografia com a prestação de assistência ou cuidados informais (capital social estrutural). O banco de dados do INS fornece poucas perguntas relacionadas ao capital social e isso pode ter sido um fator limitante para a construção do capital social estrutural mais robusto, no entanto, utilizamos todos os indicadores disponíveis na base de dados.

Observa-se ainda que ter apenas o SNS diminui as chances de as mulheres serem rastreadas para o cancro de mama em 1/4 (OR 0,75) e para o cancro cervical diminuição de 20% (OR 0,80) comparadas com as mulheres que possuem algum subsistema na doença ou seguro saúde. Abre-se aqui oportunidades de políticas públicas voltadas a esse grupo específico no intuito de aumentar a participação das mulheres ao rastreio. Precisa-se de mais investigação para saber se o não uso do exame de mamografia, pelas mulheres que só possuem o SNS, se deve a uma deficiência na oferta do serviço pelo sistema de saúde público ou se não existe um engajamento por parte das mulheres desconhecendo a importância do rastreio para a saúde. A presença de um sistema de saúde público mais atuante visa garantir acesso universal e promover equidade no acesso para uma maior facilidade na realização da mamografia.

No geral, nossos achados podem fornecer suporte preliminar sobre quais fatores sociais são favoráveis ao uso da mamografia e da citologia cervical em Portugal. Porém, é fundamental expandir a compreensão dos fatores socioculturais no rastreamento do câncer para fornecer informações personalizadas para a promoção do rastreamento.

### **Referências Bibliográficas**

- ALVAREZ, E.C., KAWACHI, I. & ROMANI, J.R.. Family social capital and health – a systematic review and redirection. *Sociol. Health Illness* 39 (1), 5–29, 2017.  
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12506>.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10, 1995.

- ANDERSEN, R.M. and ADAY, L. A.. Access to Medical Care in the U.S.: Realized and Potential. *Medical Care* XVI:533-46, 1978.
- ANDERSEN, R.M. and NEWMAN, J. F.. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly* 51:95-124, 1973.
- BACKHAUS, I., BORGES, C., BAER, A.D.P., MONTEIRO, L.Z., TORRE, G.L., & VARELA, A.R.. Association between social capital indicators and depressive symptoms among Brazilian university students. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 1119-1131; 2022.
- BASU, P., PONTI, A., ANTTILA, A., RONCO, G., SENORE, C., VALE, D.B., et al. Status of implementation and organization of cancer screening in the European Union Member States— summary results from the second European screening report. *Int J Cancer*, 142:44-56, 2018.
- BERKMAN, L.F. & GLASS, T.. Social integration, social networks, social support, and health. *Social Epidemiology*, v.1, n. 6, pp 137–173; 2000.
- CHAPPELL, N. L.. Social Support and the Receipt of Home Care Services. *Gerontologist* 25:47-54, 1985.
- COLEMAN, J., *Foundations of Social Theory*, Cambridge: Harvard University Press, 1990.
- CHRISTAKIS, N. A., & FOWLER, J. H. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, 357(4), 370-379, 2007.
- DANG, J., LEE, J., & TRAN, J. H.. Knowledge, attitudes, and beliefs regarding breast and cervical cancer screening among Cambodian, Laotian, Thai, and Tongan women. *Journal of Cancer Education*, 25(4), 595-601; 2010.
- DE OLIVEIRA, M. D. C. A., VIEIRA, É. L. R., ZARZAR, P. M., & DE ANDRADE AMORIM, V. C. S.. *Capital Social e a Saúde Pública: Uma Relação em Construção*. Disponível em: < [www.derechocambiosocial.com](http://www.derechocambiosocial.com) > ISSN: 2224-4131. 2016.
- DE SILVA, M. J., MCKENZIE, K., HARPAM, T., & HUTTLY, S. R.. Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of epidemiology & community health*, 59(8), 619-627, 2005.
- D'HOMBRES, B., ROCCO, L., SUHRCKE, M., HAERPFER, C. & MCKEE, M.. The influence of social capital on health in eight former Soviet countries: why does it differ? *Journal of Epidemiology & Community Health*; 65(1):44-50, 2011.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA. Saúde: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Série II , páginas 20788 – 20789. Despacho nº 8254/2017. Disponível em:< <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/8254-2017-108189401> >. Acesso em: 06/12/22.
- DUNLOP, B.. Expanded Home-Based Care for the Impaired Elderly: Solution or Pipe Dream? *American Journal of Public Health* 70:514-19, 1980.
- FERREIRA, M., FERREIRA, S., FERREIRA, N., ANDRADE, J. e DUARTE, J. C.. Adesão ao rastreio do cancro do colo do útero e da mama da mulher portuguesa. *Millenium*, 47 (jun/dez). Pg. 83-96, 2014.
- FERNANDES, A. A. T., FILHO, D. B. F., ROCHA, E. C. R., NASCIMENTO, W. S.. Leia este se você quiser aprender regressão logística. *Revista de Sociologia e Política*, V.28, N. 74, 2020.
- FOLLAND S. Value of life and behavior toward health risks: an interpretation of social capital. *Health Economics* 15: 159–171, 2006.
- GLAESER, E., LAIBSON, D., e SACERDOTE, B. The Economic approach to social capital. *The Economic Journal* 112(483): 437–458, 2002.
- HARPAM, T., GRANT, E., RODRIGUEZ, C.. Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Soc Sci Med*; 58:2267-77, 2004.
- HOUSE, J., UMBERSON, D. and LANDIS, K.. Structures and Process of Social Support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293–318, 1988.

- HYYPÄ, M. T. and MAKI, J.. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Prev Med*, 32:148-55, 2001.
- IARC. Global Cancer Observatory: Cancer Today, 2022. Estatística disponível em: <https://gco.iarc.fr/>. Acesso em: 05/04/24.
- KADUSHIN, G.. Home Health Care Utilization: A Review of the Research for Social Work. *Health & Social Work*, 29(3), 219–244, 2004.
- KAWACHI, I., KENNEDY, B. P., LOCHNER, K. and PROTHROW-STITH, D.. Social Capital, Income Inequality and Mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491–498, 1997.
- KLARENBACH, S., SIMS-JONES, N., LEWIN, G., SINGH, H., THÉRIAULT, G., TONELLI, M., ... & THOMBS, B. D. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer. *Cmaj*, 190(49), E1441-E1451, 2018.
- KNACK, S. and KEEFER, P.. Does Social Capital Have an Economic Payoff? A Cross-Country Investigation. *Quarterly Journal of Economics*, 12 (4), pp. 1251-1288, 1997.
- LOURY, G. C.. A Dynamic Theory of Racial Income Difference in Women, Minorities, and Employment Discrimination, ed. by P. A. Wallace, and A. M. LaMond, pp. 153–186. Lexington Books, Lexington, 1977.
- MASSAT, N.J., DIBDEN, A., PARMAR, D., CUZICK, J., SASIENI, P.D., DUFFY, S.W. Impact of screening on breast cancer mortality: the UK program 20 years on. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*; 25:455-63, 2016.
- MCAULEY, W. and ARLING, G.. Use of In-Home Care by Very Old People. *Journal of Health and Social Behavior* 25:54-64, 1984.
- MARTIN, K. S., ROGERS B. L., COOK, J. T., JOSEPH H. M.. Social capital is associated with decreased risk of hunger. *Soc Sci Med*, 58:2645-54, 2004.
- MELLOR J e MILYO J. State social capital and individual health status. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30(6): 1101–1130, 2005.
- MILLER, B. and MCFALL, S.. The effect of caregiver’s burden on change in frail older persons’ use of formal helpers. *J Health Soc Behav*, 32 (2) (1991), pp. 165-179, 1991.
- MOORE, S., KAWACHI, I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J. Epidemiol. Community Health* 71 (5), 513–517, 2017. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208313>.
- MOUDATSOU, M.; KRITSOTAKIS, G.; ALEGAKIS, A.K.; KOUTIS, A.; PHILALITHIS, A.E. Social Capital and adherence to cervical and breast cancer screening guidelines: A cross-sectional study in rural Crete. *Health Soc. Care Community*, 22, 395–404, 2014.
- MURGAI, R., WINTERS, P., SADOULET, E. e JANVRY, A. Localized and incomplete mutual insurance. *Journal of Development Economics* 67(2): 245–274, 2002.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE. Disponível em: < <https://www.cancer.gov/about-cancer/screening> >. Acesso em 20/03/2024.
- OLIVEIRA, M. C. A., VIEIRA, E. L. R., ZARZAR, P. M. and AMORIM, V. C. S. A.. Capital social e a saúde pública: uma relação em construção. *Derecho y Cambio Social*, 2016. Disponível em:< [https://www.derechocambiosocial.com/revista046/CAPITAL\\_SOCIAL\\_E\\_A\\_SAUD\\_E\\_PUBLICA.pdf](https://www.derechocambiosocial.com/revista046/CAPITAL_SOCIAL_E_A_SAUD_E_PUBLICA.pdf) >. Acesso em: 04/12/22.
- PENNING, M. J.. Health, Social Support, and the Utilization of Health Services among Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50B (5), S330–S339, 1995.
- PUTNAM, R. D. Bowling alone: The collapse and revival of American community. *Simon and Schuster*, 2000.

- PUTNAM, R., LEONARDI, R., e NANETTI, R.. Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton: Princeton University Press, 1993.
- QUINTAL, C., & ANTUNES, M.. Mirror, mirror on the wall, when are inequalities higher, after all? Analysis of breast and cervical cancer screening in 30 European countries. *Social Science & Medicine*, 312, 115371, 2022.
- QUINTAL, C., & ANTUNES, M. Picturing Prevalence and Inequalities in Cancer Screening Attendance to Population-Based Programs in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 36(9), 577-587, 2023. <https://doi.org/10.20344/amp.19443>
- QUINTAL, C., LOURENÇO, Ó., RAMOS, L. M., & ANTUNES, M.. No unmet needs without needs! assessing the role of social capital using data from European social survey 2014. *Health Policy*, 123(8), 747-755, 2019.
- QUINTAL, C., RAMOS, L. M., & TORRES, P.. Disentangling the complexities of modelling when high social capital contributes to indicating good health. *Social Science & Medicine*, 320, 115719, 2023.
- RIBEIRO, H. I. A., CANIÇO, H.P. & LOPES, S. R.. Adesão ao rastreio do cancro da mama e cancro do colo do útero. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – UC, Portugal, 2017. Disponível em: < <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/82747>>. Acesso em: 09/12/22.
- ROCCO, L.; FUMAGALLI, E. e SUHRCKE, M. From social capital to health—and back. *Health economics*, 23.5: 586-605; 2014.
- ROSTILA, M., 2011. The facets of social capital. *J. Theor. Soc. Behav.* 41, 308–326, 2011. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2010.00454.x>
- SAPAG, J. C., & KAWACHI, I.. Social capital and health promotion in Latin America. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 139-149; 2007.
- SILVA, S. L. A., TORRES, J. L. e PEIXOTO, S. V.. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cienc Saude Colet* 25 (3): 783-92; 2020.
- SOUZA, L. D. A.. Uso de regressão logística para identificar os fatores de risco associados à ocorrência de anomalias congênitas em recém-nascidos. Monografia (Bacharelado em Estatística) – Universidade Federal da Paraíba, 2013.
- SUNG, H., FERLAY, J., SIEGEL, R. L., LAVERSANNE, M., SOERJOMATARAM, I., JEMAL, A. e BRAY, F.. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, V.71, N. 3, Pg 209-249, 2021.
- TOKUDA, Y., FUJII, S., JIMBA, M., & INOBUCHI, T.. The relationship between trust in mass media and the healthcare system and individual health: evidence from the AsiaBarometer Survey. *BMC medicine*, 7, 1-10; 2009.
- TRAVASSOS, C., MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2 (Sup), p. S190-S198, 2004.
- von KARSA, L., RONC, G., PONTI, A., MALILA, N., ARBYN, M., SEGNAN, N., et al. Cancer screening in the European union: report on the implementation of the council recommendation on cancer screening – first report. Luxembourg: European Commission; 2008.
- WAN, T.T. & ODELL, B.G.. Factors affecting the use of social and health services among the elderly. *Ageing & Society*, v. 1, n. 1, p. 95-115, 1981.
- WILKINSON, R. G. e PICKETT, K. E.. The spirit level: why more equal societies almost always do better. London, England: Penguin Group; 2009.
- YUAN, M., YUE-QUN, C., HAO, W., & HONG, X. Does social capital promote health?. *Social Indicators Research*, 162(2), 501-524, 2022.