

Perspectivas das mulheres com câncer de mama sobre a saúde

Resumo

A compreensão dos aspectos constitutivos da saúde, a partir do olhar das mulheres com câncer de mama, pode colaborar para as tomadas de decisões profissionais e com o plano terapêutico, ampliando os aspectos fundamentais durante o processo do cuidado. O presente estudo objetivou investigar a autoavaliação da saúde e conhecer as percepções de saúde de mulheres participantes do grupo operativo “Guerreiras” e atendidas no Centro Estadual de Atendimento Especializado (CEAE). Foi realizado um estudo transversal, quali-quantitativo, com 15 mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama. Os dados foram coletados por dois questionários e pelo grupo focal. As participantes possuíam idade mediana de 51 anos, cor parda, sem companheiro(a), aposentada, com ensino médio escolar e renda familiar menores que três salários mínimos e média de dois anos e 6 meses de pós-cirúrgico e três anos e sete meses pós-diagnóstico. A análise categórica dos depoimentos colhidos por meio do grupo focal revelou saúde como: ausência de doença, bem-estar e espiritualidade; e a autoavaliação de saúde mostrou que a maioria dessas mulheres percebem a sua condição de saúde como moderada. Conclui-se que apesar da permanência da visão de saúde como contraposição à doença e sinônimo de bem-estar, as perspectivas sobre saúde do grupo estudado incorporam, ainda, o estado de superação, enfrentamento, valorização da vida, adaptações, crenças, valores e autoconfiança. Dessa forma, amplia-se a visão sobre saúde a partir da percepção da paciente, não focando apenas, no estado em que há a remissão da doença.

Palavras-chave: Saúde. Percepção. Autoavaliação Diagnóstica. Neoplasia mamária.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, o câncer de mama acomete a maioria da população feminina quando comparada aos outros tipos de câncer. No Brasil, em 2018, o câncer de mama levou a óbito 17.572 mulheres¹. Quanto à incidência, estima-se 66.280 novos casos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020 – 2022, o que corresponde a um risco de 61,61 novos casos a cada 100 mil mulheres, no país².

Os tratamentos para o câncer de mama, independente da abordagem terapêutica

escolhida, podem causar impactos na saúde dessas pacientes quanto à funcionalidade, à qualidade de vida³ e aos aspectos psicossociais, podendo influenciar na autoimagem, na confiança e na forma com que cada mulher percebe a sua saúde⁴.

Dentro desse contexto, existem diversos olhares sobre a saúde e o pensar desta. Algumas concepções fazem menção ao estado normal ou normativo, estabelecendo a separação insuficiente entre o normal e o anormal, visto

DOI: 10.15343/0104-7809.202145242249

*Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares- UFJF. Minas Gerais, Brasil.
E-mail: r.cleite@gmail.com

que a definição científica da normalidade parece, de fato, inacessível⁵. Nesse sentido, a doença é prevista como um estado anormal em relação à persistência da vida, o que desempenha neste lugar o papel normativo⁵.

Por outro lado, a saúde pode ser compreendida enquanto vida que é vivida, articulando com as disciplinas e normas da sociedade e do cotidiano, ou seja, a saúde é o viver permitido; é viver conforme o exercício relativo à normatividade social^{5,6}.

Nessa perspectiva, a reflexão sobre doença contempla o estado de luta necessária para dar continuidade à vida. Entretanto, a doença pode-se referir à impossibilidade de movimentar a vida junto à sociedade, configurando-se em obstáculo particular e concreto ao modo histórico e social, delimitado por tempo e espaço^{5,6}.

Logo, não existe uma acepção única de saúde e de doença, pois, estas dependem do contexto social, político, econômico e cultural, sendo dotadas de simbolismo. A saúde e a doença também não podem ser definidas somente a partir de uma observação externa, sendo necessário considerar o olhar de quem a vivencia, isto é, as experiências, crenças e valores do indivíduo.

Adicionalmente, a autoavaliação da saúde

constitui um indicador exclusivo e valioso, pois, representa a percepção globalizada da pessoa, integrando aspectos subjetivos do bem-estar, satisfação e controle sobre a vida⁸. Essa percepção origina-se do processo em que as informações do corpo e da mente são recebidas, selecionadas, revisadas e resumidas⁷. Na população de mulheres com câncer de mama, a autoavaliação da saúde representa um preditor de sobrevivência válido, confiável e responsivo as mudanças no estágio da doença⁷.

Assim, a compreensão dos aspectos constitutivos da saúde, a partir do olhar das mulheres com câncer de mama, pode colaborar com estratégias de gerenciamento em saúde, direcionado para a integralidade e especificidade dessa população, contribuindo para a criação e o gerenciamento efetivo do plano terapêutico, fomentando o olhar individualizado e participativo da paciente, ampliando assim, os aspectos fundamentais no processo do cuidado e as tomadas de decisões dos profissionais de saúde desde o diagnóstico. Portanto, o presente estudo objetivou investigar a autoavaliação da saúde e conhecer a percepção sobre saúde de mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama. Além disso, apresentar as características demográficas e socioeconômicas do grupo estudado.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo transversal, de desenho quali-quantitativo. A utilização dessas abordagens configura um dos tipos do método de triangulação. Esse método consiste num recurso que visa o enriquecimento e a complementaridade dos dados⁹. Ele se manifesta de diferentes modos e não significa avaliar ou validar os resultados e/ou procedimentos, atua ampliando e complementando sistematicamente as possibilidades de produção do conhecimento⁹.

A pesquisa qualitativa concebe respostas a questões muito particulares e também se preocupa com aspectos que não podem ser quantificados¹⁰. Nessa perspectiva, a técnica do grupo focal foi utilizada nesse estudo. Este consiste no desenvolvimento de um tipo especial de entrevista (entrevista em grupo) na qual se valoriza a comunicação entre os participantes da pesquisa para que se possa produzir dados¹¹.

O grupo focal foi formado em outubro de

2018, no Centro Estadual de Atendimento Especializado (CEAE), do município de Governador Valadares-MG. Participaram do estudo 15 mulheres, diagnosticadas com câncer de mama, integrantes do grupo operativo: “Guerreiras”. Essa denominação foi dada pelas participantes, enquanto símbolo de superação e enfrentamento da doença.

O encontro teve duração aproximada de 50 minutos e as mulheres foram incentivadas a falar sobre saúde e cuidado em saúde. Os depoimentos colhidos foram gravados, posteriormente transcritos e examinados sob a luz da análise de conteúdo de Bardin¹². Para garantir a confidencialidade dos dados, foram atribuídos números de um a quinze às participantes.

Para a abordagem quantitativa, foram aplicados dois questionários. O primeiro, elaborado pelas próprias pesquisadoras, continha questões demográficas, socioeconômicas e sobre o tratamento do

câncer de mama. O segundo foi o European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ-C30). Este é um questionário de qualidade de vida específico para pessoas com o diagnóstico de câncer, traduzido e validado para a população brasileira¹³. O EORTC QLQ-C30 é um instrumento composto por 30 itens, divididos em: domínios funcionais, sintomas e estado de saúde global¹⁴. Para cada domínio a pontuação varia de 0 a 100 pontos¹³. A autoavaliação da saúde, neste estudo, foi medida através de duas perguntas que definem o domínio de estado de saúde global, sendo que quanto maior a pontuação, mais alto é a percepção positiva de saúde¹⁴.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer n.º 2.796.579. Todas as participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A análise dos dados quantitativos, obtidos pela tabela 1, revelou que a idade mediana das participantes foi de 51 anos. A maioria se autodeclarou parda, sem companheiro(a), aposentada, apresentando ensino médio escolar e renda familiar menor que três salários mínimos. Em relação ao tempo de cirurgia para tratamento do câncer de mama, as mulheres apresentaram média de dois anos e 6 meses de pós-cirúrgico e três anos e sete meses do tempo do diagnóstico. Em relação ao tratamento, 87% das mulheres participaram de tratamentos com quimioterapia, 80%, radioterapia e 13% hormonioterapia.

A tabela 1 abaixo mostra as características demográficas e socioeconômicas das mulheres com câncer de mama, atendidas

pelo CEAE de Governador Valadares-MG em outubro de 2018.

A tabela 2 apresenta as pontuações individuais das participantes sobre a autoavaliação da saúde de mulheres com câncer de mama, atendidas pelo CEAE de Governador Valadares-MG em outubro de 2018.

Quanto à autoavaliação da saúde dessas mulheres, a tabela 2 demonstra que 53,3% tiveram uma pontuação entre 50 a 74 no domínio do estado geral da saúde do EORTC QLQ-C30, isto significa que, a maioria dessas mulheres perceberam a sua própria saúde como moderada. Por outro lado, 40% das mulheres tiveram uma pontuação variando de 75 a 100, o que indica uma boa

percepção destas em relação a sua saúde.

No tocante aos dados qualitativos, os depoimentos colhidos, sobre as percepções de saúde dessas mulheres, revelaram as seguintes categorias: ausência de doenças; bem-estar; espiritualidade.

Ausência de doença

“[...] saúde é você ter que se cuidar antes da doença.” (participante 3)

“[...] porque depois que você está doente, você já perdeu a sua saúde. Então você tem que trabalhar pra não chegar naquele ponto, que é a doença [...]”! (participante 2)

Bem-estar

“[...] pra mim, saúde é bem-estar [...]”. (participante 3)

“[...] eu preciso estar bem para eu conseguir desempenhar minha função [...]”. (participante 8)

“[...] saúde é tudo minha filha!” (participante 12)

“[...] como é que você consegue [...] viver mesmo com uma qualidade depois que você faz uma cirurgia dessa? Você não consegue, você fica com dor o tempo todo! [...] eu imagino que se a gente fizesse cirurgia e não tivesse esse acompanhamento, nossa, a gente não conseguiria [...] você não teria o bem-estar! Porque a dor incomoda muito [...]”. (participante 3)

Espiritualidade

“[...] graças a Deus eu não senti nada durante a quimioterapia toda! Eu ainda faço quimioterapia [...] e graças a Deus eu não sinto nada. Já voltei a trabalhar e mesmo assim, tô trabalhando muito bem, graças a Deus [...]”. (participante 2)

“[...] graças a Deus [...] quando a médica falou comigo, na hora eu tive aquele impacto, mas depois [...] coloca a cabeça no travesseiro e conversa com Deus e fala, não é só eu meu Deus, tem mais gente que passa por essa situação. Então a gente agarra com Deus e vai pedindo misericórdia [...]”. (participante 9)

Tabela 1– Características demográficas e socioeconômicas de mulheres com câncer de mama do Centro Estadual de Atendimento Especializado (CEAE), Governador Valadares/MG – outubro de 2018.

Características demográficas e socioeconômicas					
Participantes	Idade	Cor	Estado civil	Escolaridade	Renda familiar
1	39	Parda	Sem companheiro(a)	Ensino médio	< 3 sm [†]
2	39	Branca	Sem companheiro(a)	Ensino médio	< 3 sm [†]
3	41	Preta	Sem companheiro(a)	Ensino superior	< 3 sm [†]
4	47	Parda	Sem companheiro(a)	Ensino superior	≥ 3 sm [§]
5	49	Parda	Sem companheiro(a)	Ensino fundamental	n/d*
6	50	Preta	Sem companheiro(a)	Ensino fundamental	< 3 sm [†]
7	50	Parda	Com companheiro(a)	Analfabeta	≥ 3 sm [§]
8	52	Branca	Sem companheiro(a)	Ensino superior	< 3 sm [†]
9	52	Preta	Com companheiro(a)	Ensino fundamental	< 3 sm [†]
10	54	Parda	Com companheiro(a)	Ensino médio	< 3 sm [†]
11	55	Branca	Com companheiro(a)	Ensino médio	≥ 3 sm [§]
12	57	n/d*	n/d*	n/d*	n/d*
13	58	Parda	Sem companheiro(a)	Ensino médio	< 3 sm [†]
14	61	Branca	Sem companheiro(a)	Ensino médio	< 3 sm [†]
15	n/d	Preta	Sem companheiro(a)	Ensino fundamental	< 3 sm [†]

Nota explicativa: *n/d — não declarado; [†] < 3 sm — menor que três salários mínimos; [§] ≥ 3 sm — maior ou igual a três salários mínimos.

Tabela 2- Autoavaliação da saúde de mulheres com câncer de mama do CEAE, Governador Valadares/MG – outubro de 2018.

Autoavaliação da saúde	
Participantes	EORTC QLQ-C30 (domínio de estado de saúde global)
1	66,7
2	75
3	91,7
4	83,3
5	83,3
6	50
7	66,7
8	83,3
9	66,7
10	41,7
11	66,7
12	66,7
13	66,7
14	100
15	58,3

DISCUSSÃO

Esses achados vão ao encontro dos resultados de Gozzo, *et al.*¹⁵ (2019), cujo objetivo identificou o perfil de mulheres após tratamento do câncer de mama. Este estudo revelou que o perfil das 235 participantes apresentava média de idade de 56 anos, ensino fundamental, trabalho não remunerado e 53% das mulheres viviam com companheiro(a); apenas o estado civil não corroborou para as características encontradas neste estudo. Destaca-se que em nossa pesquisa, a pequena amostra é um fator limitante para comparação dos resultados com outros estudos.

Outra pesquisa, De Assis, Barreto & Lima¹⁶ (2019), que avaliou o perfil sociodemográfico a partir da idade e cor da pele/raça de mulheres com câncer de mama entre os anos de 2013 a 2018, indicou uma maior predominância na

faixa etária de 50 a 59 anos, sendo a maioria das mulheres de pele parda. Logo, os achados deste estudo corroboram com a literatura nacional e ainda acrescentam sobre dados de estado civil, escolaridade, renda familiar e tempo de pós-cirúrgico neste grupo investigado.

A autoavaliação da saúde contribui significativamente para elucidar a morbidade e mortalidade, ultrapassando as medidas mais objetivas de saúde⁸. Höfelmann¹⁷ (2012), realizou um estudo em mulheres com diagnóstico de câncer de mama e observou que a doença e a baixa condição socioeconômica estiveram associadas à autoavaliação negativa de saúde na amostra investigada¹⁷.

Estudos internacionais^{18,19,20} sugerem que uma percepção positiva de uma rede social de apoio pode ajudar as mulheres, em fase pós-operatória, a lidar melhor com os efeitos psicológicos da cirurgia¹⁸. Também, apontam que a autoavaliação da saúde e a percepção do impacto do câncer se faz de forma ambígua. Enquanto algumas mulheres percebem o impacto do câncer na saúde e no bem-estar, destacando os aspectos negativos sobre a saúde; outras compreendem que a saúde e o bem-estar moldam o impacto negativo percebido pelo câncer¹⁹. Logo, na maioria das vezes, o vencimento das barreiras limitantes, a melhoria da qualidade de vida e, principalmente, a forma de como as mulheres com câncer de mama enxergam todo o processo pelo qual elas passam, torna-se de fundamental importância para uma boa autoavaliação da saúde^{21,22}.

No presente estudo, percebe-se que uma das maneiras que as participantes encontraram para enfrentar a doença foi a criação e participação no grupo operativo “Guerreiras”, o próprio nome do grupo remete a luta, ao empoderamento destas frente à realidade percebida por elas durante todo o processo (diagnóstico, tratamento e pós-tratamento) e ao seu estado de saúde. Nesse grupo, as participantes recebiam um acompanhamento e educação continuada de vários profissionais de saúde da unidade (médico(a), psicólogo(a), fisioterapeuta, nutricionista) e trocas de experiências através de relatos das próprias

participantes, sobre encorajamento e enfrentamento da doença. Estes fatores podem ter influenciado os resultados encontrados neste estudo, visto que a maioria das mulheres autoavaliaram a saúde de moderada a boa.

Em relação à análise qualitativa dos depoimentos colhidos a respeito das percepções sobre saúde, a presença da categoria “ausência de doença” indica que o conceito de saúde e doença vem sendo discutido e modificado ao longo dos tempos.

Para Braun e Clarke²³, isso se deve às transformações contínuas do sujeito em sua sociedade, ou comunidade, e está intimamente relacionado ao contexto histórico, político, geográfico, social, econômico e cultural em que se vive. No entanto, as falas das participantes revelaram que a concepção de saúde como ausência de doença, isto é, saúde em contraposição à doença, ainda se faz presente.

Essa concepção de saúde como ausência de doença está fundamentada no reducionismo proposto pelo modelo biomédico, com foco na doença e racionalidade científica⁵. Para Lefèvre e Lefèvre²⁴, a saúde não pode ser somente resumida a uma visão mecânica do corpo e a presença ou ausência do agente biológico no organismo dos indivíduos, o que seria considerada um contrassenso.

Assim, a concepção de saúde baseada nesse modelo pode ter influenciado na autoavaliação da saúde negativa de algumas mulheres desse estudo, as quais podem se relacionar ao medo, à gravidade e ao estigma da doença, bem como, ao declínio funcional e ao conjunto de condições alteradas/abaladas²².

No tocante à categoria “bem-estar”, pode-se perceber ainda a presença do conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”²⁵.

Dessa forma, os depoimentos reafirmam a definição de saúde proposta pela OMS e fazem alusão a um “perfeito bem-estar” e um “estado de saúde utópico” a ser atingido^{5,6}. Todavia, para Silva e colegas^{5,6}, é o próprio sujeito quem obtém a legitimidade de avaliar o seu bem-estar

ou felicidade, considerando suas vivências, crenças e valores.

Ainda, se pode notar que a construção do conceito de saúde, refere-se, também ao subjetivismo, não à subjetividade⁶, pois, não compreende apenas as questões subjetivas de saúde, mas a forma como a própria pessoa articula sua realidade física, mental e social^{5,6}, através do ponto de vista meramente pessoal. Alguns relatos ratificam essa concepção.

Portanto, a percepção de saúde enquanto bem-estar, segundo os depoimentos colhidos, guardam uma relação direta com a autoavaliação da saúde, permitindo entender a importância do aspecto amplo e integral da saúde do sujeito na sociedade. Essa relação pondera a satisfação deste sujeito com a vida e as condições que contribuem para o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual.

Quanto à categoria espiritualidade, percebe-se essa dimensão em alguns dos depoimentos colhidos, indo ao encontro do preconizado pela Organização Mundial de Saúde, em 1988. A OMS incorporou a dimensão espiritual na definição de saúde, relacionando esta às crenças, aos significados e sentidos da vida, às emoções e convicções de natureza não material²⁶ e assim, o homem passou a ser considerado um ser em uma dimensão biopsicossocioespiritual, com uma visão de saúde mais integrada²⁷.

Ao entender que cada sujeito possui um sistema complexo de crenças, valores, percepções, sentimentos, características pessoais e necessidades próprias²⁶, o fenômeno espiritual, além de se relacionar intimamente com a saúde mental²⁶, possui um sistema de crenças, simbologias, ritos e mitos que preenchem as condições individuais ou de grupos, oferecendo o equilíbrio necessário para o bem-estar na totalidade²⁶.

No presente estudo, pode-se contemplar o reconhecimento da relação do bem-estar espiritual com a experiência de fortalecimento, apoio e enfrentamento. A busca pelo enfrentamento e sucesso da perspectiva de saúde, é importante para a melhora da qualidade de vida²⁸ e integra a forma como estas mulheres avaliam, vivenciam e

percebem suas experiências em saúde²⁸. Os depoimentos colhidos sobre a perspectiva de saúde em mulheres com câncer de mama, apontam o conceito de saúde como o estado de superação, resiliência, enfrentamento e valorização da vida. Essas são consideradas

atitudes fundamentais para atingirem o “estado de saúde”, definido por elas mesmas, como o conceito de bem-estar e não focado apenas na remissão da doença. Deste modo, estes fatores podem ter influenciado na boa autoavaliação da saúde na maioria dessas mulheres.

CONCLUSÃO

Os resultados sobre a autoavaliação e as percepções de saúde revelaram diferentes interpretações, representações, significados e simbolismos a respeito do tema e retrataram a existência da singularidade e subjetividade das perspectivas deste grupo. Contudo, houve destaque da permanência da percepção de saúde em contraposição à doença, sinônimo de bem-estar e o contexto da espiritualidade individual. Em contrapartida, a visão com destaque no estado de superação, enfrentamento, valorização da vida, adaptação, valorização de crenças e o resgate da autoconfiança, ampliaram o conceito de saúde percebido por essas mulheres, focando não apenas no estado em que há a remissão da doença, mas ao viver permitido e as experiências vivenciadas por elas. Estes fatores podem ter sido resultante da participação dessas mulheres ao grupo operativo “Guerreiras”, pois, além de

receberem atendimento e educação continuada de vários profissionais de saúde da unidade (médico(a), psicólogo(a), fisioterapeuta, nutricionista), o apoio e a troca de experiências entre elas, refletem no encorajamento e enfrentamento da doença. Portanto, estes fatores podem ter influenciado nos resultados encontrados neste estudo, visto que a maioria das mulheres autoavaliaram a saúde de moderada a boa.

Os achados deste estudo não podem ser extrapolados para outros grupos ou outras mulheres que não possuem tratamento adequado, tampouco que participem de grupos operativos para auxiliar o autocuidado apoiado. Assim, torna-se necessário conhecer a realidade de outras mulheres diagnosticadas com câncer de mama em outros cenários, para ampliar o entendimento da autoavaliação da saúde e as percepções de saúde das mesmas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da saúde (Brasil). Departamento de informática do SUS - DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). Estatísticas Vitais: Mortalidade geral; 2019. [acesso em 17 de outubro de 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
2. Ministério da saúde (Brasil). INCA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Acesso em 18 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
3. Saretto CB, Heller P, Brol AM. Fisioterapia em oncologia: A implantação de um serviço ambulatorial. Seminário De Iniciação Científica E Seminário Integrado De Ensino, Pesquisa E Extensão. 29 ago 2014; Joaçaba – Extensão:239.
4. Amaral J. O impacto da fisioterapia na qualidade de vida de doentes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto (Portugal): Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado.
5. Canguilhem, G. O normal e o patológico. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
6. Silva MJS, Schraiber LB, Mota A. O conceito de saúde em Saúde Coletiva: contribuições da crítica social e histórica da produção científica: contribuições da crítica social e histórica da produção científica. Rev. Saúde Colet. UFEs, [revista em Internet] 18 de abril de 2019; [acesso 18 de abril de 2019]; 29(1):1-19. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/pt_0103-7331-physis-29-01-e290102.pdf
7. Costa, J M M. Qualidade de Vida na Mulher em Quimioterapia por Cancro da Mama: Estudo de Coorte Prospectivo. Porto: Instituto

- de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010. Dissertação (Mestrado) de Curso de Oncologia.
8. Jylhä, M. O que é a autoavaliação da saúde e por que ela prediz a mortalidade? Rumo a um modelo conceitual unificado. *Soc. sci. med.* 2009;69(3):307-316.
9. Flick, U. Introdução à pesquisa qualitativa. O desenho da pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009, p. 20-49.
10. Trad, L. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Rev. Saúde Colet. UFEs.* 2009;19(3):777-796.
11. Kitzinger, J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde (cap. 3). In: Pope, C.; Mays, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
12. Bardin, L. *Análise de Conteúdo: A análise categorial.* Lisboa, Portugal: Edições 70; 1977.
13. Campos JA, Spexoto MC, Silva WR, Serrano SV, Marôco J. Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer Questionário Básico 30 de Qualidade de Vida: modelos fatoriais em pacientes brasileiros com câncer. *Einstein.* 2018;16(1).
14. EORTC. EORTC QLQ-C30 Manual de pontuação: Unidade de Qualidade de Vida do Coordenador do QL. Bélgica. [publicação na web]; 2001 acesso em 20 de abril de 2018. Disponível em: <https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/SCmanual.pdf>
15. Gozzo O.T, Aguado G, Tomadon A, Sanches M, Prado M. Perfil de mulheres com linfedema no pós-tratamento de câncer de mama. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [revista em Internet.] 30 de setembro de 2019; [acesso 8 de julho de 2020]; 23(4):1-7. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n4/pt_1414-8145-ean-23-04-e20190090.pdf
16. De Assis EA, Barreto ML, & Lima KBE. Perfil sociodemográfico do câncer de mama na Bahia nos anos de 2013 a 2018. *Textura*, [revista em Internet] 20 de agosto de 2019; [acesso 8 de julho de 2020];13(21):104-113. Disponível em: <https://textura.famam.com.br/textura/article/view/350>
17. Höfelmann DA, dos Anjos JC. Autoavaliação de Saúde e Câncer de Mama em Mulheres de Cidade do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Cancerol.* [revista em Internet] 29 de junho de 2012; [acesso 13 de maio de 2020];58(2):209-22. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/621>
18. Spatuzzi R, Vespa A, Lorenzi P, Miccinesi G, Ricciuti M, Cifarelli W, Susi M, Fabrizio T, Ferrari M, G, Ottaviani M, Giuliatti M, V, Merico F, Aieta M. Avaliação do Suporte Social, Qualidade de Vida e Imagem Corporal em Mulheres com Câncer de Mama. *Breast care.* 2016;11(1):8-32.
19. Bouskill, K., Kramer, M. O impacto do câncer e da qualidade de vida entre sobreviventes de longo prazo do câncer de mama na Áustria. *Support. care cancer.* 2016;24:4705-4712.
20. Yanez B., Gibbons M. M., Moreno I. P., Jorge A. & Stanton L. A. Preditores de resultados psicológicos em um estudo longitudinal de sobreviventes de câncer de mama latinas. *Rev. Psicol. Saúde.* 2016;31(11):1359-1374.
21. Kagawa-Singer M, Padilla GV, Ashing-Giwa K. Qualidade de vida e cultura relacionadas à saúde. *Semin. Oncol. Nurs.* 2010;26(1):59-67.
22. Shimizu H.E. et al. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2015;20(9):2899-2910.
23. Braun V, Clarke V. Usando análise temática em psicologia. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101(16).
24. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. *Rev. Saúde Colet. UFEs*, [revista em Internet] janeiro-abril de 2007; [acesso 18 de maio de 2020]; 17(1):15-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah>
25. Organização Mundial de Saúde (OMS). Constituição da organização mundial da saúde: A emenda a este artigo adotada pela Trigesima primeira Assembleia Mundial da Saúde, 2005 acesso em 17 de outubro de 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
26. Alves DG, Assis MR. O desenvolvimento religioso e espiritual e a saúde mental: discutindo alguns de seus significados. *Conex. PSI.* 2015;3(1):72-100.
27. Marques, LF. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos portoalegrenses. *Psicol. ciênc. prof.*, [revista em Internet] 18 de março de 2003; [acesso 7 de julho de 2020];23(2):56-65. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n2/v23n2a09.pdf>
28. Höfelmann DA, dos Anjos JC. Autoavaliação de Saúde e Câncer de Mama em Mulheres de Cidade do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Cancerol.* [revista em Internet] 29 de junho de 2012; [acesso 13 de maio de 2020];58(2):209-22. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/621>

Recebido em novembro de 2020.
Aceito em abril de 2021.