



Barreiras e benefícios para o autocuidado na perspectiva de mulheres com câncer de mama em quimioterapia

Barriers and benefits to self-care from the perspective of women with breast cancer undergoing chemotherapy

Barreras y beneficios del autocuidado desde la perspectiva de las mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia

Simone Meira Carvalho¹, Eduarda Silva Kingma Fernandes¹, Luciane Aparecida Ribas Oliveira¹, Larissa de Oliveira Resende¹, Mayara Siqueira Rabello¹, Jaqueline Ferreira Ventura Bittencourt¹, Júlia Engelmann¹, Fabiane Rossi dos Santos¹.

ARQUIVO SUPLEMENTAR

APÊNDICE II – Roteiro de Entrevista - ()GC-A ()GC-B ()G-INTERV:_____

Data Entrevista: ____/____/_____ Entrevista: () 1^a () 2^a () 3^a

Nome Completo: _____

Fones contato: _____

Data nascimento: ____/____/_____ Idade: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Bairro: _____ Instituto Oncológico – prontuário nº _____

Médico: _____ (mastologista) _____ (oncologista) outro: _____

Características Clínicas: (prontuário)

- Classificação do tumor: () LA () LB () TN () HER2

- *Antecedentes familiares com câncer: () não () sim-tipo: _____

- Comorbidades: () não () diabetes () obesidade () hipertensão/HAS

Outras: _____

Abordagens Terapêuticas Oncológicas: (prontuário / entrevista)

- Quando você recebeu o diagnóstico de câncer de mama?

- Cirurgia: Data: ____/____/_____

Tipo: () cirurgia radical (mastectomia) () cirurgia conservadora () outra

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora – MG.

Mama: () direita () esquerda Braços dominante: () direito () esquerdo

- **Abordagem axilar:** () não () linfonodo-sentinela () esvaziamento-axilar Data: ____/____/____

- **Reconstrução mamária:** tipo/data: () não porque: _____

() sim-imediata () sim-tardia Tipo: _____

Tratamentos complementares:

() Quimioterapia Neoadjuvante / Tipo: _____ Período: _____

() Qtpia Adjuvante: () branca () vermelha () Herceptina

Início: ____/____/____ **Término (previsão):** ____/____/____

Atualmente: () branca () vermelha () Herceptina **Nº ciclos:** _____

() Radioterapia: () não Nº sessões: _____ período: _____

() Hormonioterapia () não período: _____

() Outros: tipo / período: _____

Complicações: () não () infecção () seroma () hematoma () deiscência cicatricial

() necrose () edema () dormência (onde: _____)

() outras: _____

Características Sociodemográficas: (prontuário / entrevista)

- Cor da pele: () branca () parda () preta () amarela () outra: _____

- Situação conjugal: Antes tratamento: () solteira () casada () divorciada () viúva () união estável

Atualmente: () solteira () casada () divorciada () viúva () união estável

- Filhos / idade: _____ / _____ anos

- Profissão / ocupação: _____

- Situação de trabalho: Antes: () empregada () autônoma () desempregada () aposentada

() em licença saúde (motivo: _____) () trabalho doméstico

Atualmente: () empregada () autônoma () desempregada () aposentada

() em licença saúde (motivo: _____) () trabalho doméstico

p.02

Renda familiar mensal: () 1-3.sal.minimos () 3-5.sal.min () acima de 5.sal.mín

Pessoas moram casa: () só () esposo () filho/a Outros: _____ Total _____

Escolaridade: Ensino fundamental: () completo () incompleto

Ensino médio: () completo () incompleto

Ensino superior: () completo () incompleto () outra: _____

Religião / praticante: () católica () evangélica () espírita () sem religião

() ateu () outra: _____

() praticante () não-praticante () pouco ativa

Orientações e Autocuidado:

Recebeu orientações sobre tratamentos e complicações do câncer de mama: () sim () não

Quais orientações recebeu: _____

() alimentação () repouso () cuidados cirurgia () cuidados braço () exercícios

Outros: _____

Quando: () antes cirurgia () depois da cirurgia () outro momento: _____

De quem: () médicos () profissionais saúde (_____) () família () amigos

() internet () outros: _____

Você teve dificuldade de compreender as informações: () sim () não () um pouco

Você tem dúvidas sobre os tratamentos e complicações do câncer de mama: () sim () não

Quais dúvidas: _____

Você gostaria que alguma informação fosse abordada com mais detalhes: () sim () não

Qual: _____

Você consegue realizar as orientações que recebeu: () sim () não

Você identifica alguma dificuldade/barreira para realizar as orientações que recebeu (antes):

O que você fez para superar estas dificuldades (antes):

Hábitos de Vida e Autocuidado:

Como você cuida da sua saúde hoje:

Você realiza alguma atividade física (caminhada, etc.): () sim () não

Qual: _____

Com que frequência: () 1x/semana () 2x/sem () 3x/sem () 4x/sem Outros: _____

Já fazia antes: _____

Autorelato de atividade física: () inativa () moderadamente inativa () moderadamente ativa () ativa

Você (procura) ter uma boa alimentação: () não () um pouco () sim:

Como: _____

p.03

Como é seu sono: () bom/reparador () médio () ruim/acorda cansada

Costuma dormir: _____ horas / noite

Você (procura) fazer repouso: () não () um pouco () sim:

Como/quando: _____

Tempo: _____ horas _____ minutos

Você (procura) ter atividades/períodos de lazer: () não () ‘

sim: _____

Como/quando: _____

Você fuma: () não () sim: quanto: _____

Crenças e Autocuidado:

Você percebe se estes cuidados com sua saúde melhoram os efeitos ou complicações dos tratamentos:

Quais dificuldades barreiras você encontra para realizar os cuidados com sua saúde:

O que motiva / dá força para você cuidar de sua saúde:

() fé/espiritualidade () família () amigos () profissionais () outros: _____

O que você faz para ultrapassar estas barreiras / dificuldades?

Você recebe ajuda para enfrentar estas barreiras / dificuldades (motivação / rede de apoio)?

Você gostaria de falar mais alguma coisa além do que já foi perguntado:

(Questões a serem inseridas na 2ª avaliação - fase intermediária -, após a intervenção) (somente para o Grupo-intervenção):

Satisfação:

- Você considera que o grupo de educação em saúde foi satisfatório?
- Você acha que o material utilizado foi satisfatório?
- Você acha que o número de encontros e o tempo de cada encontro foi adequado?
- Você acha que suas preocupações foram acolhidas, que conseguiu esclarecer suas dúvidas?
- Você acha que recebeu atenção de forma satisfatória, se sentiu acolhida e respeitada?
- Você considera que os temas abordados no grupo foram importantes?
- Você considera que a linguagem utilizada foi clara, de fácil entendimento?
- Você considera que o grupo te ajudou a modificar suas ações de autocuidado? Por que?
- Você considera que (poderia ser feito para te ajudar mais a mudar seus hábitos....)o grupo te ajudou a modificar suas ações de autocuidado? Por que?
- Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?