



## 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 Carvalho<sup>1</sup>, Eduarda Silva Kingma Fernandes<sup>1</sup>, Luciane Aparecida Ribas Oliveira<sup>1</sup>, Larissa de Oliveira Resende<sup>1</sup>, Mayara Siqueira Rabello<sup>1</sup>, Jaqueline Ferreira Ventura Bittencourt<sup>1</sup>, Júlia Engelmann<sup>1</sup>, Fabiane Rossi dos Santos<sup>1</sup>.

### ARQUIVO SUPLEMENTAR

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

Data Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Entrevista: ( ) 1<sup>a</sup> ( ) 2<sup>a</sup> ( ) 3<sup>a</sup>

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

<sup>1</sup> 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?