

Sofia Margarida Salgueiro Valamatos dos Reis

**Reconstruindo histórias: Recurso à abordagem narrativa em
realidade virtual para a promoção da adaptação de sobreviventes
de cancro**

Orientador Professor Doutor Pedro Gamito

Co-orientadora Professora Doutora Ágata Salvador

Universidade Lusófona

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2023

Sofia Margarida Salgueiro Valamatos dos Reis

**Reconstruindo estórias: Recurso à abordagem narrativa em
realidade virtual para a promoção da adaptação de sobreviventes
de cancro**

VERSÃO FINAL

Tese defendida em provas públicas na Universidade Lusófona, Centro Universitário de Lisboa, no dia 20/11/2023, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º: 351/2023, de 22 de setembro de 2023, com a seguinte composição:

Presidente: Prof. Doutor Jorge Oliveira

Vogais:

Arguente: Profa. Doutora Sara Albuquerque

Orientador: Prof. Doutor Pedro Gamito

Universidade Lusófona
Escola de Psicologia e Ciências da Vida
Lisboa
2023

Agradecimentos

Todos enfrentamos diversos desafios na vida e, sem dúvida, este foi um deles - processo solitário e exigente, marcado com altos e baixos. Todavia senti apoio emocional por todos os envolvidos na minha vida e neste projeto. Sinto-me grata pelo arsenal que tenho!

Primeiramente, quero agradecer aos participantes deste estudo pela disponibilidade, dedicação e carinho. O mais sincero obrigada pela partilha de um processo tão doloroso e pessoal, difícil de contar e relembrar. Esta investigação não poderia ter acontecido sem a vossa ajuda.

O mais sincero obrigada à Dra. Cláudia, Dra. Ana Lúcia e Dra. Madalena pela disponibilidade e interesse neste projeto. Proporcionaram-me oportunidades de aprendizagem e apoio face aos desafios. Sinto-me privilegiada por ter pertencido a uma equipa tão incrível como esta e que tanto me inspiraram.

Um agradecimento especial à Dra. Albina pela confiança, pelas palavras encorajadoras, ensinamentos e por me ter ouvido tantas vezes. Não existem palavras para descrever e agradecer toda a sua amabilidade ao longo desta etapa. Não me irei esquecer de si, levarei sempre comigo momentos inesquecíveis. É uma fonte de inspiração!

Agradeço ao Doutor Professor Pedro Gamito, coordenador do mestrado em Ciberterapia e Reabilitação Neurocognitiva, pela oportunidade, pelo interesse pela motivação em inovar e de trazer novas vantagens na área de saúde psicológica.

Agradeço à Professora Doutora Ágata Salvador pela presença, orientação, pela paciência e ajuda que sempre disponibilizou desde o primeiro dia. Manifesto um sentido agradecimento por todo o seu empenho, colaboração e atenção demonstrada. Assim, como pela preocupação do meu bem-estar ao longo do percurso escolar e por ter sempre uma palavra de força nos momentos mais difíceis.

Agradeço ao Professor Doutor Jorge Oliveira pelo que me ensinou e ajudou de forma pragmática sobre as técnicas estatísticas. A si o meu mais sincero obrigada pela disponibilidade, pelo acompanhamento e pela paciência em todas as reuniões.

Agradeço à Dra. Catarina Ramos pela disponibilidade em me ajudar quando não o tinha de o fazer, foi uma bússola e não me irei esquecer da sua gentileza e humanidade.

Aos meus pais que fizeram de mim quem eu sou hoje, com ensinamentos sobre dar o meu melhor e nunca esquecer de ter compaixão pelos outros. Agradeço pelo amor e por serem o meu porto de abrigo, pelo apoio incondicional e compreensão. Obrigada por me guiarem, com palavras motivadoras, quando me sentia perdida e sem esperança. Sem vocês não teria

conseguido. Um enorme obrigada por estarem sempre ao meu lado, pelos sacrifícios e por me ouvirem. Obrigada por acreditarem em mim e pelo meu sucesso, mesmo quando eu não o sabia fazer sozinha. Não existem palavras suficientes para vos agradecer por tudo o que têm feito por mim. Espero fazer-vos orgulhosos.

Ao meu irmão, que com a sua maneira de ser, me fez abstraía das preocupações e assim ser o meu fiel amigo e o meu porto seguro. Agradeço pelas risadas partilhadas e por me motivar a querer fazer a diferença e ser melhor. Que tenhas tanto orgulho em mim como eu tenho em ti.

À minha grande amiga, Ana Filipa, que está comigo desde o primeiro dia. Agradeço pela força e pelo apoio incondicional, pelas risadas e lágrimas partilhadas nos bons e nos maus momentos. Obrigada por estares lá quando precisava, mesmo quando eu não conseguia ver que precisava. Obrigada pelas memórias que nunca irei esquecer, pelas palavras amigas e gentileza. Não trocaria a minha companheira de luta por ninguém! Para sempre as “PP”.

Aos meus avós, Lúcio e Rosa, que mesmo que não compreendessem o meu trabalho sempre me apoiaram e me deram colo. À minha avó Lala, que mesmo que não se lembre, sempre me mostrou um sorriso e orgulho. Ao meu avô Manel, agradeço por acreditares em mim e na minha evolução, pelo interesse e pela ajuda ao longo dos anos.

Aos meus tios e primos e a todos os meus amigos, agradeço pela força, pelo apoio, por me ouvirem e pelas palavras amigas que contribuíram para o sucesso desta jornada.

Resumo

Introdução: A abordagem narrativa e a realidade virtual (rv) permitem aos pacientes partilhar as suas histórias do processo oncológico, valorizá-las, atribuir significados da experiência e possibilita a reflexão da experiência e o impacto psicossocial do cancro. Uma vez que não existe estudos sobre os efeitos das narrativas e rv nos sobreviventes de cancro, desenvolveu-se uma ferramenta de intervenção em rv focada no processo oncológico; envolvendo um processo narrativo mais impactante e vivido.

Objetivos: O objetivo geral pretende compreender de que forma esta metodologia promove a adaptação dos sobreviventes de cancro e os seus efeitos psicossociais.

Método: A recolha da amostra incluiu 9 participantes sobreviventes de cancro ($M=53,11$; $DP=16,602$), com os seguintes critérios de inclusão: (a) doentes com idade igual ou superior a 18 anos; (b) em fase de pós-tratamento (i.e., follow-up) e sem doença ativa; (c) em acompanhamento psicológico na Liga Portuguesa Contra o Cancro (Núcleo Regional do Sul). Foram realizadas avaliações pré-teste, pós-teste e follow-up (3 meses após a experiência) com 8 questionários: Termómetro Emocional; Checklist de Problemas; Hospital Anxiety and Depression Scale; Europe Health Interview Surveys Quality of Life; Psychological Well-Being Scales; Brief Illness Perception Questionnaire; Posttraumatic Growth Inventory; questionário da aplicação digital.

Resultados: Na análise dos dados quantitativos apenas houve uma diminuição na ansiedade da escala HADS ($X^2= 6,467$; $p \text{ value}= 0,039$). Procedeu-se à realização da análise de Comparações por Método Pairwise verificando-se diferenças significativas do momento pré-teste para o follow-up. Todavia, na análise dos dados qualitativos foi possível observar que os participantes reconheceram as estratégias e comportamentos que utilizaram para lutar contra o cancro e valorizam a sua própria história e a ajuda recebida nos momentos mais difíceis.

Conclusões: O presente estudo apresenta os primeiros resultados sobre os efeitos da abordagem narrativa com recurso da rv na vida nos sobreviventes de cancro. Verificou-se nos sobreviventes oncológicos uma melhoria na ansiedade e valorização da história, do sofrimento, consciência da resiliência e esperança pelo futuro. Esta metodologia proporcionou uma melhor compreensão de cada fase do processo oncológico e a importância de narrar e reviver a história.

Palavras-chave: Doença oncológica, Cancro, Narrativa, História, Realidade Virtual.

Abstract

Introduction: The narrative approach and virtual reality (VR) allow patients to share their stories of the oncological process, value them, assign meanings to the experience and allow them to reflect on the experience and the psychosocial impact of cancer. Since there are no studies on the effects of narratives and VR on cancer survivors, a VR intervention tool focused on the oncological process was developed; engaging in a more impactful and vivid narrative process.

Objectives: The general objective is to understand how this methodology promotes the adaptation of cancer survivors and its psychosocial effects.

Method: The sample collection included 9 cancer survivors ($M=53.11$; $SD=16.602$), with the following inclusion criteria: (a) patients aged 18 years or over; (b) in the post-treatment phase (i.e., follow-up) and without active disease; (c) in psychological follow-up at the Liga Portuguesa Contra o Cancro (Regional Nucleus of the South). Pre-test, post-test and follow-up evaluations (3 months after the experiment) were carried out with 8 questionnaires: Emotional Thermometer; Problem Checklist; Hospital Anxiety and Depression Scale; Europe Health Interview Surveys Quality of Life; Psychological Well-Being Scales; Brief Illness Perception Questionnaire; Posttraumatic Growth Inventory; digital application quiz.

Results: In the analysis of quantitative data, there was only a decrease in anxiety on the HADS scale ($X^2= 6.467$; $p \text{ value}= 0.039$). We proceeded to carry out the analysis of Comparisons by Pairwise Method, verifying significant differences from the pre-test moment to the follow-up. However, in the analysis of the qualitative data it was possible to observe that the participants recognized the strategies and behaviors they used to fight against cancer and value their own history and the help received in the most difficult moments.

Conclusions: The present study presents the first results on the effects of the narrative approach using VR in the lives of cancer survivors. There was an improvement in anxiety and appreciation of history, suffering, awareness of resilience and hope for the future in cancer survivors. This methodology provided a better understanding of each phase of the oncological process and the importance of narrating and reliving the story.

Keywords: Oncological disease, Cancer, Narrative, History, Virtual Reality.

Abreviaturas

UL-EDCV: Universidade Lusófona – Escola de Psicologia e Ciências da Vida

RT: Radioterapia

QT: Quimioterapia

CPT: Crescimento Pós-Traumático

SPT: Stress Pós-Traumático

RV: Realidade Virtual

TRV: Terapia Realidade Virtual

LPCC: Liga Portuguesa Contra o Cancro

LPCC-NRS: Liga Portuguesa Contra o Cancro – Núcleo Regional do Sul

IPO: Instituto Português de Oncologia

TE: Termómetro Emocional

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

EURO-HIS-QOL: Europe Health Interview Surveys Quality of Life Abbreviated Instrument

PWB: Psychological Well-Being Scales

BIP: Brief Illness Perception Questionnaire

PTGI: Posttraumatic Growth Inventory

SPSS: Statistical Package for the Social Science

Índice

Introdução	12
Parte I – Enquadramento teórico.....	14
1.1. Doença oncológica	14
1.1.1 Cancro como doença crónica.....	14
1.1.2 Fases na trajetória da doença oncológica.	15
1.1.3 Dificuldades e impacto psicossocial	16
1.2 Abordagem narrativa nos Doentes Oncológicos	17
1.3 Abordagens Narrativas em Realidade Virtual nos Sobreviventes Oncológicos.	19
Parte II – Metodologia	21
2.1. Amostra/participantes	21
2.2. Procedimentos	21
2.2.1. Espaço e aplicação digital no âmbito do presente estudo.....	23
2.2.2. Aplicação digital desenvolvida no âmbito do presente estudo –	
Reconstruindo estórias: Recurso à abordagem narrativa em realidade virtual para a	
promoção da adaptação de sobreviventes de cancro.....	23
2.2.3. Imagens da aplicação digital de RV.....	24
2.3. Instrumentos	26
Questionários	26
Ficha de dados sociodemográficos e clínicos.....	27
Sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta e necessidade de ajuda....	27
Problemas.....	28
Ansiedade e Depressão.	28
Qualidade de vida	28
Bem-estar	28
Perceção da doença.....	29
Crescimento Pós-Traumático.	29
Perceção da aplicação digital.....	30
2.4. Análise estatística	30
Capítulo III – Resultados	32
Dados Psicossociais: análise descritiva	32
Dados Psicossociais: análise de diferença	32

Análise descritiva da aplicação digital.....	32
Análise qualitativa da aplicação digital.....	33
Discussão.....	35
Referências bibliográficas.....	39
Anexos.....	49

Índice de figuras

Figura 1.....	Error! Bookmark not defined.
Figura 2.....	24
Figura 3.....	266
Figura 4.....	60

Índice de Anexos

Anexo 1	50
Anexo 2	51
Anexo 3	54
Anexo 4	54
Anexo 5	55
Anexo 6	55
Anexo 7	55
Anexo 8	56
Anexo 9	56
Anexo 10	57
Anexo 11	57
Anexo 12	59
Anexo 13	61
Anexo 14	61
Anexo 15	61
Anexo 16	61
Anexo 17	61
Anexo 18	61
Anexo 19	61
Anexo 20	62
Anexo 21	62

Introdução

O envelhecimento da população e o aumento dos diagnósticos oncológicos têm representado desafios significativos para a sociedade. O crescente número nesta população e a vulnerabilidade dos adultos mais velhos remeteu para a importância de estudar os sobreviventes de cancro (Avis & Deimling, 2008; Phillips & Currow, 2010); principalmente por estes experienciam problemas a nível físico e psicológico (Holland, 2003; Lang-Rollin & Berberich, 2018), enfatizando a necessidade de responder às suas necessidades (Grassi, 2020).

Um grande número desta população tem apresentado sintomatologia significativa ansiosa, depressiva, distress, perturbação de ajustamento, dificuldade na perceção da doença e baixa qualidade de vida e bem-estar, assim como emoções de medo, terror, ira, vergonha e culpa; também podem desenvolver stress pós-traumático (SPT) ou crescimento pós-traumático (CPT), dependendo da forma como percebem a doença (Cordova et al., 2003; Cordova et al., 2001; Stanton et al., 2006 as cited in Andrykowski et al., 2008; Gray et al., 2014; Mickeviciene et al., 2013 as cited in Zhang et al., 2015; Brandenbarg et al., 2019; Jansen et al. 2011; Firkins et al., 2020).

Embora diversas abordagens terapêuticas tenham mostrado ser eficazes na resposta à necessidade dos pacientes com cancro, incluindo a abordagem narrativa, há falta de literatura sobre a sua aplicação em sobreviventes de cancro e em realidade virtual (RV). As narrativas mostraram ser eficaz na promoção de estratégias de enfrentamento, mudanças de comportamentos positivas (Morris et al., 2012) e encontrar significado na experiência do cancro (e.g., Salander & Hamberg, 2005; Schneider & Hood, 2007; Dang et al., 2021).

Assim, o principal objetivo da presente dissertação de mestrado pretende criar uma metodologia com recurso à abordagem narrativa em realidade virtual para promover adaptação dos sobreviventes de cancro.

As intervenções baseadas na terapia narrativa pretendem que o indivíduo seja o narrador das suas próprias histórias. A tecnologia RV poderá potenciar o envolvimento do indivíduo na criação e visualização das suas próprias narrativas. Estudos anteriores sobre a abordagem narrativa usando rv sugerem eficiência na reconstrução de eventos traumáticos da vida e facilitam a exploração de novas explicações e significados (Georgieva, & Georgiev, 2020; Drew et al., 2010).

Uma das dificuldades desta dissertação foi encontrar literatura que cruzasse abordagem narrativa, realidade virtual e sobreviventes de cancro. Como resultado, esta metodologia é inovadora. Assim, em primeiro lugar, pretende-se examinar a aceitabilidade da

ferramenta desenvolvida junto dos participantes e terapeutas, explorando ainda a sua perceção relativamente aos potenciais benefícios da sua utilização.

Os **objetivos principais** desta dissertação são examinar se o recurso à ferramenta em RV (imersiva), ancorada na abordagem narrativa nos sobreviventes de cancro, pode contribuir: 1) no funcionamento dos sobreviventes oncológicos, no âmbito da qualidade de vida, crescimento pós-traumático, perceção da doença e bem-estar; 2) na redução da sintomatologia psicológica impactante: ansiedade, depressão, distress; 3) que estes valorizem a sua história e reconhecem a sua força pessoal durante o processo oncológico.

As **hipóteses** desta dissertação são: 1) espera-se que o recurso à abordagem narrativa em RV promova alguma adaptação nos sobreviventes de cancro; 2) espera-se que esta metodologia tenha uma melhoria na qualidade de vida, crescimento pós-traumático, perceção da doença e bem-estar; 3) e que haja uma diminuição na sintomatologia ansiosa e depressiva, distress, revolta; 4) espera-se perceber em que medida foi útil e teve impacto reviver todo o processo oncológico nos sobreviventes, assim como valorizasse as suas estórias e os recursos que encontraram para gerir ou ultrapassar as dificuldades; 5) perceber se esta metodologia tem efeitos a curto ou a longo prazo (3 meses depois do uso da aplicação).

Parte I – Enquadramento teórico

1.1. Doença oncológica

O cancro tornou-se doença dominante a partir do século XX e temática principal nas investigações médico-científicas (Costa, 2013), sendo a segunda principal causa de morte (WHO, 2022), e consequentemente, constitui um problema de saúde pública e acarreta impacto a nível físico e emocional (Albuquerque & Cabral, 2015, pp. 3-13; Salaverry, 2013).

Em 2020, a estimativa global de incidência foi de 19.3 milhões novos casos (22.8% na Europa) e de mortalidade de 10 milhões (19.6% na Europa: Ferlay et al., 2021).

O cancro “é um grande grupo de doenças que podem começar em quase qualquer órgão ou tecido do corpo quando células anormais crescem descontroladamente, ultrapassam seus limites usuais para invadir partes adjacentes do corpo e/ou se espalhar para outros órgãos” (WHO, 2023). Existem mais de 100 tipos de cancro, sendo que o seu nome depende de acordo com o órgão ou células onde têm origem (NIH, 2021), com diferentes estadiamentos (estádio I e II: doença localizada; estágio III: doença localmente avançada; e estágio IV: doença metastizada; Albuquerque & Cabral, 2015, pp. 3-13).

1.1.1 Cancro como doença crónica.

O cancro tem apresentado uma prevalência crescente e, atualmente, é considerada como uma doença crónica (Phillips & Currow, 2010; Pituskin et al., 2021) com consequências a longo prazo para a saúde física e mental do indivíduo (Sarfati et al., 2016).

A conceção da doença oncológica como uma doença crónica e as crescentes taxas de sobrevivência fez emergir o interesse pelo conceito “sobrevivência” (Avis & Deimling, 2008). Mullan (1985), criou este conceito para incluir todos os doentes oncológicos, ou seja, *sobrevivente de cancro* abrange o início do diagnóstico até ao fim de vida deste. Contudo, existem outros termos, tal como “sobrevivente” incluiu os indivíduos que foram diagnosticados recentemente com cancro; os que se encontram a realizar tratamentos oncológicos ou que os já terminaram; e aqueles que se encontram em remissão (NIH^b, 2021). Podemos concluir que, o termo *sobrevivente de cancro* abrange desde a pessoa que foi diagnosticada recentemente até àquela que se encontra livre da doença oncológica (Avis & Deimling, 2008). Todavia, para alguns doentes, sobreviver à patologia oncológica, para além do estado da doença, traduz-se em viver com uma doença crónica e uma condição complexa; na medida em que será exigido acompanhamento, tratamento, cuidado e apoio contínuo a longo prazo (Phillips & Currow, 2010).

Uma das problemáticas associadas à sobrevivência consiste na morbilidade física e psicológica significativa que os sobreviventes de cancro vivenciam ao longo das suas vidas. Conclui-se que os sobreviventes apresentam maior comorbilidades e pior funcionamento psicológico que as pessoas sem cancro. Os sobreviventes mais velhos com doença oncológica têm maior prevalência em manifestar problemas físicos do que psicológicos (Avis & Deimling, 2008).

1.1.2 Fases na trajetória da doença oncológica.

A fase em que o doente oncológico se encontra é importante, dado que cada uma acarreta pensamentos e sentimentos distintos. Existem várias fases, associadas à trajetória da doença. Contudo, não implica que os pacientes passem por todas.

Na literatura existem diferentes conceptualizações das fases do processo oncológico. As principais podem ser pré-diagnóstico, diagnóstico, tratamento, pós-tratamento até remissão ou cuidados paliativos (Pereira, 2016, p. 208). Rolland (2018) sugere três fases: 1) crise inicial (pré-diagnóstico, diagnóstico e período de ajustamento inicial), 2) crónica (fase tendencialmente mais prolongada) e 3) terminal (pré-terminal, morte e luto e resolução da perda: Rolland, 2018, pp. 37-47). No entanto, este trabalho segue a seguinte concetualização: pré-diagnóstico; diagnóstico; tratamento; pós-tratamento; e remissão.

A **fase do pré-diagnóstico** é marcada pelo decorrer de uma consulta médica, onde o paciente realiza exames, por exemplo mamografia ou exame à próstata, de forma a perceber o estado da sua saúde física (Pereira, 2016, p. 208).

A **fase do diagnóstico** caracteriza-se pelo momento da confirmação do diagnóstico oncológico, informações sobre a sua doença, pela exposição das opções, do plano terapêutico e a importância de aderir a este e antecipar os possíveis riscos/efeitos colaterais (Pereira & Lopes, 2005, pp. 30-56; Goerling et al., 2020).

A **fase de tratamento** é marcada pelo início dos tratamentos oncológicos (i.e., cirurgia, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia e/ou hormonoterapia). Nesta fase, o doente começa a experienciar alguma sintomatologia decorrente dos tratamentos (como vômitos, enjoos, fadiga, cansaço, entre outros: Pereira & Lopes, 2005, pp. 30-56). A **fase de pós-tratamento** é caracterizada pelo termino dos tratamentos oncológicos e estabelece-se recomendações para o sobrevivente manter uma vida saudável (Pereira & Lopes, 2005, pp. 30-56).

A **fase de remissão** é caracterizada pela vigilância clínica do sobrevivente oncológico (Albuquerque & Cabral., 2015, p.69). Embora não tenha de recorrer a tratamentos oncológicos, o sobrevivente tem de realizar exames de follow-up para confirmar de que não há doença ativa; ou detetar recidiva prematuramente; vigiar efeitos secundários a longo prazo dos tratamentos; e responder às necessidades do sobrevivente (Wood & McWilliam, 1996).

Os tratamentos oncológicos são complexos e abrangem diversas modalidades de tratamento, em que podem ser utilizados de forma individual ou combinada, consoante o tipo de neoplasia, estadiamento do cancro, e/ou comorbilidades. Estes podem ser cirurgia; radioterapia; quimioterapia; hormonoterapia; e/ou imunoterapia (Albuquerque & Cabral, 2015, pp. 3-13).

1.1.3 Dificuldades e impacto psicossocial.

Depois de os sobreviventes terminarem os tratamentos, tendem a experienciar fadiga, problemas de sono, problemas na função sexual, medo de recorrência, sintomatologia de stress pós-traumático, angústia, tristeza, distress, ansiedade e depressão (Albuquerque & Cabral, 2015, pp. 195-204; Gonzalez-Saenz et al., 2017; Simard et al., 2013; Mitchell et al., 2013; Jean & Syrjala, 2017; Brandenbarg et al., 2019; Sánchez-Jiménez et al., 2015; Harrington et al., 2010). Tais sintomas são fatores de risco para a diminuição da qualidade de vida e do bem-estar (Schwab & Visovsky, 2023; Sánchez-Jiménez et al., 2014; DiMatteo & Haskard-Zolnierrek, 2011; Koch et al., 2014; Harrington et al., 2010).

Uma revisão sistemática de 20 estudos, demonstrou que a prevalência do **distress** dos sobreviventes oncológicos foi entre 4,3% a 11,6% (Brandenbarg et al., 2019). A prevalência **da sintomatologia depressiva** é entre 5,4% a 49,0% e a prevalência da **sintomatologia ansiosa** registou de 3,4% a 43,0%, a longo tempo nesta população (Brandenbarg et al., 2019). Esta população apresenta sintomatologia ansiosa e depressiva significativa mais elevada comparada com a comunidade em geral e pode persistir até 10 anos (Mitchell et al., 2013; Thomas et al., 1997; Jean et al., 2017).

Um aspeto crucial do ajustamento dos sobreviventes do cancro gira em torno da restauração da normalidade e do significado de vida quotidiana, por exemplo, recuperar atividades anteriores ou desenvolver novas (Becker, 1998 as cited in Mary et al., 2009). Os sobreviventes podem ter um ajustamento psicológico positivo da doença, tal como crescimento pós-traumático e o bem-estar, autoestima e valorização maior, e um novo significado da vida (Cordova et al., 2003; Cordova et al., 2001; Stanton et al., 2006 as cited in Andrykowski et al.,

2008; Ruini & Albieri, 2013). Aqueles com maior crescimento pós-traumático (CPT) apresentam uma melhor qualidade de vida e menor sintomatologia depressiva e distress (Jansen et al., 2011; Ruini & Albieri, 2013; Sim et al., 2015).

A forma como os sobreviventes de cancro percecionam a doença é diferente consoante diversos fatores, podendo ter uma perceção positiva ou negativa do cancro (Zhang et al., 2015). Estes autores registaram que 10,7% de 1036 sobreviventes não têm a certeza da duração da doença, o que influencia a forma como percecionam o cancro (Zhang et al., 2015). A perceção negativa da doença integra um distress emocional elevado e pior qualidade de vida (Gray et al., 2014; Mickeviciene et al., 2013 as cited in Zhang et al., 2015).

A idade, o género, o tipo de cancro, o tempo desde o diagnóstico, o nível socioeconómico são alguns fatores comuns que podem influenciar a ansiedade, a depressão (Sánchez-Jiménez et al., 2014); o distress (Leung et al., 2021); pior qualidade de vida (Firkins et al., 2020); o crescimento pós-traumático (Sim et al., 2015); e a forma como o sobrevivente percipiona a doença (Zhang et al., 2015).

1.2 Abordagem narrativa nos Doentes Oncológicos

O recurso da narrativa em terapia combina processos cognitivos e emocionais, incorporando pensamentos e sentimentos (Rennie, 1992 as cited in Gonçalves & Machado, 1999). Serve para traduzir, refletir e interiorizar estes processos face às suas vivências, incluindo autoperceção de si mesmo e dos outros (Wiltshire, 1995; Greenhalgh & Hurwitz, 1999; McCormack, 2004). As narrativas apresentam uma estrutura organizada e sequencial dos diferentes momentos vividos (passado, presente e futuro), em formato de episódio (Elliott, 2005, as cited in Bingley & et al., 2008; Gonçalves, 2002, pp. 48; Gonçalves, 2002, pp. 105-163; Gonçalves e Machado, 1999).

As abordagens narrativas parecem ser uma ferramenta útil para os pacientes com cancro enfrentarem a sintomatologia angustiante, de transformar os pensamentos intrusivos em construtivos, sobressair e identificar efeitos positivos (Caspiri et al., 2017). As narrativas ajudam na reflexão e exposição das mudanças, perdas e ameaças que o doente oncológico experiencia em consequência do cancro (Carlick & Biley, 2004). Por consequente, os doentes procuram encontrar e construir novas narrativas e significados que integram o cancro nas suas vidas, uma vez que a doença destruiu as narrativas prévias (Mathieson & Stam, 1995; Petersen et al., 2005; Carlick & Biley, 2004; Caspiri et al., 2017). As autonarrativas também ajudam o

doente a descobrir a sua voz; orientação do futuro e construção de identidade perante a situação patológica oncológica (Mathieson & Stam, 1995).

Segundo Salander & Hamberg (2005) existe uma diferença das narrativas do processo oncológico das mulheres para os homens, embora haja semelhanças. Estes autores mostram que as histórias das mulheres tendem ser mais longas, mais pessoais e emocionais relativamente aos dos homens (Salander & Hamberg, 2005).

O uso de narrativas por sobreviventes de cancro permite que estes ilustrem e descrevem o seu processo oncológico, a dor e as suas necessidades pelas próprias palavras, fornecendo informações sobre a sua perceção da doença, estratégias e recursos utilizados para lidar com as adversidades e mudanças de comportamentos, em que funciona como testemunho da experiência de cancro (Palacios et al., 2015; Morris et al., 2012; Mathieson & Stam, 1995). Este processo “desintoxica” o processo pessoal oncológico dos pacientes e estimula a empatia própria (Brown & Jong, 2018).

Para garantir o uso benéfico das narrativas é necessário reconhecer que cada sobrevivente tem a sua história da doença e requer tempo e espaço para assimilar a experiência pessoal desta (Frank, 1993). Assim, é preciso compreender onde o doente se encontra emocionalmente, com a finalidade de agir de acordo com as necessidades e possibilitar o maior conforto possível (Brown & Jong, 2018). Por outro lado, os psicólogos devem estar cientes de que as narrativas podem, por vezes, focar excessivamente na esperança e na positividade, negligenciando aspetos menos positivos do processo oncológico (Brown & Jong, 2018). Nestes casos, o terapeuta deve explorar a razão da omissão (Brown & Jong, 2018).

O foco de muitos estudos sobre narrativas e cancro tem sido principalmente em doentes recém-diagnosticados e o seu papel como ferramenta de esperança, de informação e prevenção para a população em geral. No entanto, é igualmente importante compreender o impacto das narrativas nas comorbilidades psicológicas enfrentadas pelos pacientes oncológicos.

Embora as narrativas não aumentem as emoções positivas (Orap, 2022), demonstraram ser eficazes na recuperação psicológica destes doentes (Benish-Weisman et al., 2014). O recurso à narrativa mostrou resultados na redução da depressão, no enfrentamento e na maneira de conseguirem lidar com a doença (Ghasemian & Estahbanati, 2019), redução da ansiedade, medos, tristeza, raiva, pânico, vergonha e culpabilização face à aceitação do cancro (Orap, 2022; Soundy & Reid, 2019). Estes resultados positivos podem ser atribuídos à capacidade de

os doentes conseguirem refletir e expressar o impacto do cancro por meio de narrativas (Soundy & Reid, 2019).

Segundo Heiney (1995) as histórias apresentam benefícios em quatro domínios: cognitivo; afetivo; interpessoal e crescimento pessoal. Chelf et al (2000) verificaram que 97% dos participantes sentiu que lhes foi útil partilhar histórias, nomeadamente para lidar com a doença; 82% dos participantes sentiu benefícios cognitivos, adquiriu e devolveu conhecimentos; 89% manifestam benefícios afetivos, incluindo esperança; 58% em relação aos benefícios interpessoais, sensação de inclusão; e 53% face ao crescimento pessoal, incutiu descoberta do “eu” (Chelf et al., 2000).

Embora as narrativas do percurso do cancro desencadeiam nos doentes momentos traumáticos da doença, facilitam o reconhecimento das emoções e ferramentas utilizadas, permite-lhes perspetivar enquanto pessoa e comportamentos com o intuito de aprender a utilizar os novos mecanismos no presente (Petersen et al., 2005). Num estudo concluiu-se que os pacientes que procuravam significados, apresentavam maior sobrevivência, crescimento positivo e qualidade de vida (Petersen et al., 2005).

Apesar das vantagens do uso da narrativa, é importante considerar vários fatores que podem influenciar a eficácia desta abordagem, tais como o tipo de cancro e tratamento, o contexto cultural e social, o ambiente e a personalidade do doente e lacunas de memória dado a distância do fim da doença (Soundy & Reid, 2019; Leung, 2010).

1.3 Abordagens Narrativas em Realidade Virtual nos Sobreviventes Oncológicos.

Segundo North & North (2016) seria inovador combinar RV e memórias de pacientes, criando um ambiente virtual destas. A rv com narrativas proporciona aos pacientes, não oncológicos, auto-observação e construção de significados para determinados momentos das suas vidas, desenvolvendo uma nova história (Georgieva & Georgiev, 2020); criar narrativas adaptativas e estratégias de enfrentamento dos episódios traumáticos (Georgieva, 2017).

Nos doentes oncológicos, a RV apresenta resultados positivos na reabilitação e melhorias na sintomatologia ansiosa e depressiva, na dor e no sofrimento, no stress, no medo, na função cognitiva, na reabilitação, e na qualidade de vida dos doentes oncológicos, por exemplo ao desempenhar as suas tarefas diárias (Zang et al., 2022; Schneider et al., 2007; Austin et al., 2022; Velasco-Hidalgo et al., 2021; Scates et al., 2020; Wong et al., 2021; Gerçeker et al., 2021; Zasadzka et al., 2021; Yazdipour et al., 2023). Para além de haver diminuição nesta sintomatologia, também se regista melhoria nas emoções positivas (Espinoza

et al., 2012). Não existe informação empírica que explique se este impacto positivo se deve a curto ou longo prazo.

Apesar da evidente utilidade da Realidade Virtual (RV) como ferramenta para esta população, é notável que existe uma escassez de estudos sobre o impacto Realidade Virtual e Abordagens Narrativas nos sobreviventes de cancro e nas suas necessidades psicossociais. Contudo, existe literatura focada na abordagem narrativa na população oncológica em contextos digitais.

Por exemplo, **vídeos** que exibem a narrativa do processo oncológico de um sobrevivente promoveram a reflexão da experiência, sendo um processo importante para os doentes (Laing et al 2019). No estudo de Pérez et al (2014), as histórias dos sobreviventes oncológicos eram programadas em vídeo interativo e salientou-se reações emocionais positivas dos recém-diagnosticados pelas histórias destes. As histórias digitais salientam o impacto psicossocial da patologia oncológica (Laing et al 2019).

Entretanto, Dang et al (2021) basearam o seu estudo na história de vida dos doentes com cancro através de **avatares**. Embora, seja necessário testar a eficácia, os resultados apresentaram adesão e aceitabilidade por parte dos pacientes e reflexão do passado e esperança pelo futuro (Dang et al., 2021). Ryu & Price (2022) também basearam o seu estudo em narrativas por vídeos de *avatar*. Os doentes oncológicos demonstraram superação e adaptação face às dificuldades, encontraram e criaram significados nas experiências das suas vidas e promoveu que estes reconstruíssem as narrativas significativas e adaptativas, apercebendo dos desafios e forças adquiridas e possibilitando o bem-estar (Ryu & Price, 2022).

Assim, devido à falta de estudos sobre o impacto da abordagem narrativa em realidade virtual nos sobreviventes de cancro, este estudo representa uma abordagem inovadora e procura responder a estas lacunas através de uma ferramenta em RV onde os sobreviventes de cancro poderão partilhar, “ver” e ouvir a sua história.

Parte II – Metodologia

2.1. Amostra/participantes

A amostra do presente estudo é constituída por sobreviventes de cancro ($n = 9$; $M=53.11$; $SD=16.602$), cumprindo os seguintes critérios de inclusão: (a) doentes com idade igual ou superior a 18 anos; (b) estar em fase de pós-tratamento (i.e., follow-up) e sem doença ativa; (c) estar em acompanhamento psicológico na Liga Portuguesa Contra o Cancro do Núcleo Regional do Sul (LPCC-NRS). Os participantes eram de Lisboa, sede da LPCC, ($n = 6$) e de Abrantes, Grupo de Apoio de Abrantes da LPCC, ($n = 3$). A identificação dos participantes elegíveis foi feita com o auxílio dos psicólogos da LPCC.

As características sociodemográficas da amostra ($n=9$) são apresentados na Tabela 1 (Anexo 1). Este estudo é composto maioritariamente por pessoas com nacionalidade portuguesa ($n = 7$; 77,8%), espanhola ($n = 1$, 11,1%) e francesa ($n = 1$; 11,1%). A maioria dos participantes é do género feminino ($n= 6$; 66,7%); com idades compreendidas entre os 20 e 69 anos ($M = 53$, 11%; $DP = 16,602$); a região é sobretudo área urbana ($n = 8$; 88,9%).

Na Tabela 2 (Anexo 2) são apresentados os dados clínicos dos sobreviventes oncológicos. No que se refere ao tipo de cancro, o mais comum é o cancro da mama ($n = 5$; 55,5%). Verifica-se que os tratamentos realizados consistiram em cirurgia ($n = 8$; 88,9%), quimioterapia ($n = 4$; 44,4%), radioterapia ($n = 4$; 44,4%) e hormonoterapia ($n = 4$; 44,4%). Atualmente, alguns participantes encontram-se em tratamento ($n = 3$; 33,3%), contudo, os restantes participantes terminaram os tratamentos com média 31,67% ($DP= 16,896$). A generalidade dos participantes recebeu acompanhamento psicológico durante o processo da doença ($n = 7$; 77,8%).

Na Tabela 3 (Anexo 3) é demonstrado os episódios escolhidos pelos participantes para rever como o mais significativo, sendo estes o **Futuro** ($n = 4$) seguida pela fase do **Tratamento** ($n = 3$) e do **Pós-Tratamento** ($n = 2$).

2.2. Procedimentos

Os participantes que aceitarem participar no estudo (após a assinatura do consentimento informado – **Anexo 12**) utilizaram a aplicação desenvolvida no âmbito deste projeto, no contexto e setting habitual das suas sessões de acompanhamento psicológico da LPCC ou no setting da sala de visitas do IPO (em Lisboa).

O preenchimento do consentimento informado e dos questionários pré-teste foram realizados antes do início do projeto (conforme a disponibilidade dos participantes), em Lisboa

e em Abrantes. O preenchimento do consentimento informado e dos questionários pós-teste foram realizados depois do término do projeto. Houve um terceiro momento no preenchimento dos questionários, após três meses desde o término do projeto.

Em concreto, previa-se a realização entre 4 e 5 sessões quinzenais, com a duração aproximada de 1,5 horas, guiadas pelo terapeuta responsável pelo acompanhamento e pela estudante de Mestrado responsável pela investigação. As sessões seguiram o seguinte planeamento:

- Sessão nº 1: Fase Pré-diagnóstico e Fase Diagnóstico
- Sessão nº 2: Fase Tratamento e Fase Pós-tratamento;
- Sessão nº 3: Futuro;
- Sessão nº 4: Revisitar histórias em RV;
- Sessão nº 5: Revisitar histórias em RV - sessão extra (caso o participante tenha feito alterações na sua história).

A quinta sessão, Revisitar Histórias em RV – sessão extra, serviu como uma sessão adicional que ocorria apenas se o participante quisesse fazer alguma alteração na sua história. Caso não fossem solicitadas alterações, o projeto terminava na quarta sessão e não havia sessão número 5. Dos participantes, apenas um optou por fazer modificações (trocar as imagens escolhidas da biblioteca de fotografias por fotografias pessoais, que só conseguiu encontrar na quarta sessão), fazendo um total de 5 sessões.

Os participantes desta amostra, embora não tenham doença ativa, ainda vivenciam sequelas do processo oncológico, tanto físicas como psicológicas. Esta abordagem teve sempre como prioridade o bem-estar dos pacientes. Portanto, se fossem necessárias alterações ou interrupções nas sessões planeadas, elas seriam adaptadas. Houve casos em que a realização de apenas uma fase por sessão se tornou necessária devido ao impacto que teve nos participantes. Além disso, um número maior das sessões previstas deve-se também, ao facto de, não haver tempo suficiente na sessão para abordar duas fases.

Cada fase era gravada individualmente e mais tarde a investigadora recortava do áudio a parte da psicóloga responsável, de forma que ficasse apenas a voz do participante a contar a sua história.

É importante salientar que após cada sessão, os participantes têm a opção de realizar uma consulta psicológica com os seus psicólogos, abordando o impacto de reviver o processo oncológico ou discutir questões não relacionadas com a doença. Isso garante que os pacientes recebam apoio psicológico de forma consistente durante toda a investigação.

O material técnico foi disponibilizado pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT) e a sua manipulação foi realizada pela investigadora. O material de RV foi utilizado apenas na fase de Revisitar Estórias, com o intuito de os participantes verem o seu processo oncológico de forma imersiva.

2.2.1. Espaço e aplicação digital no âmbito do presente estudo.

Sala de Visitas do Lar dos doentes do Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPO) e Setting habitual de acompanhamento psicológico no Grupo de Apoio de Abrantes. Utilizou-se os Oculus Rift e Touch de RV (Anexo 21).

2.2.2. Aplicação digital desenvolvida no âmbito do presente estudo – Reconstruindo estórias: Recurso à abordagem narrativa em realidade virtual para a promoção da adaptação de sobreviventes de cancro.

Pretende-se que a aplicação desenvolvida possa auxiliar a realização de um exercício narrativo, que pretende criar distanciamento emocional e reflexividade acerca do passado, de forma que a pessoa adquira uma perspetiva sobre a sua vida/experiência como um todo.

A aplicação digital criada consiste num ambiente virtual em que o participante constrói uma série, que corresponderá à sua própria narrativa acerca da sua experiência ao longo do percurso da doença. Cada episódio corresponderá a uma fase concreta da trajetória da doença, designadamente **Pré-Diagnóstico, Diagnóstico, Tratamento, Pós-tratamento e Futuro**. Será pedido ao paciente que, em cada um dos episódios, introduza um título e imagens selecionadas pelo próprio participante a partir de uma biblioteca ou trazidos por si para as sessões que melhor ilustrem e sustentem a narrativa que conta acerca dessa fase da doença [**Anexo 13**].

O ambiente virtual é uma sala de cinema onde na tela irá exibir as imagens e os títulos escolhidos e nos fones o participante irá ouvir-se a si mesmo. Existe a possibilidade de ver em formato de RV ou no computador. Houve um problema técnico que impediu a um participante de assistir ao episódio em RV, fazendo com que assistissem em 2D. Este incidente destacou uma diferença notável entre as duas experiências de visualização. No formato 2D, o participante exibiu sinais de distração, enquanto no RV, as distrações estavam visivelmente ausentes.

O psicólogo da LPCC, responsável pelo acompanhamento do participante, poderá guiar o processo de construção da narrativa, através de questionamento baseado num guião [**Anexo 14**]. O guião de consulta foi criado em equipa pelas psicólogas da LPCC-NRS e pela investigadora. Este guião segue uma estrutura flexível e emergente, sendo possível proceder-se

a ajustamentos, por forma a permitir ao psicólogo responsável o controlo sobre o tempo e a sua adaptação às características do participante.

As narrativas serão gravadas em áudio e associadas ao suporte visual da série, conferindo-lhe uma natureza documental. Desta forma, o participante poderá ouvir-se a si próprio a contar a sua narrativa, construída por si e visualizar as imagens escolhidas.

Na última sessão (**Revisitar estórias**) o paciente tem a oportunidade de rever as fotografias e os títulos que escolheu e deu a cada um dos episódios que relatam cada fase do seu percurso da doença oncológica em RV, com a finalidade de ajudar o participante a relembrar um pouco a sua narrativa/estória.

De seguida, o paciente escolhe o episódio/fase que gostaria de rever na íntegra por ser a/o mais significativa(o) para si. Os participantes que possuíam pouco tempo por episódio, tiveram a oportunidade de ver dois episódios. Ao terminar de assistir os episódios da série em RV correspondente à sua história, tem a oportunidade de alterar os elementos escolhidos dos episódios, tais como, a reconstrução dos episódios/narrativas, títulos e imagens associadas ao momento da doença.

Caso o participante não quera fazer nenhuma modificação nestes elementos, então o projeto de reconstruir estórias dá-se por terminado. No entanto, caso queira fazer alterações, a investigadora regista quais são as alterações que deseja fazer e termina-se a sessão de Revisitar Estórias, explicando ao paciente que haverá uma outra sessão. Nesta sessão (**Revisitar Estórias, sessão extra**) o participante terá a oportunidade de ver a sua estória com as novas alterações e termina-se com algumas perguntas e com a entrega de uma pen com a sua estória.

2.2.3. Imagens da aplicação digital de RV.

Figura 1

Cenário da aplicação digital:



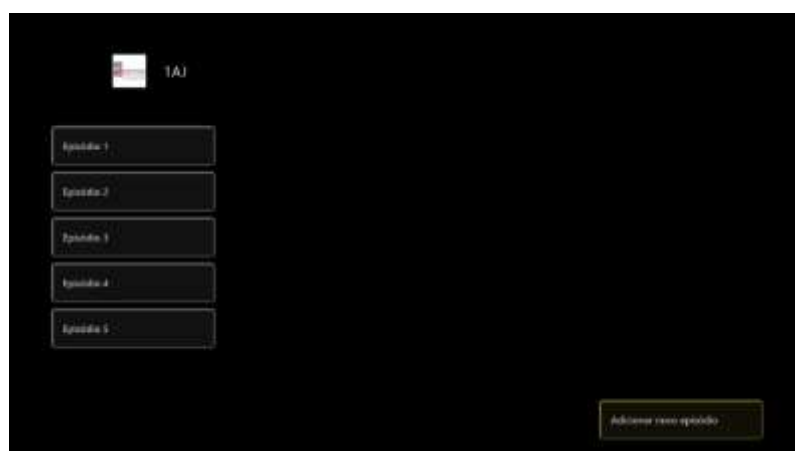
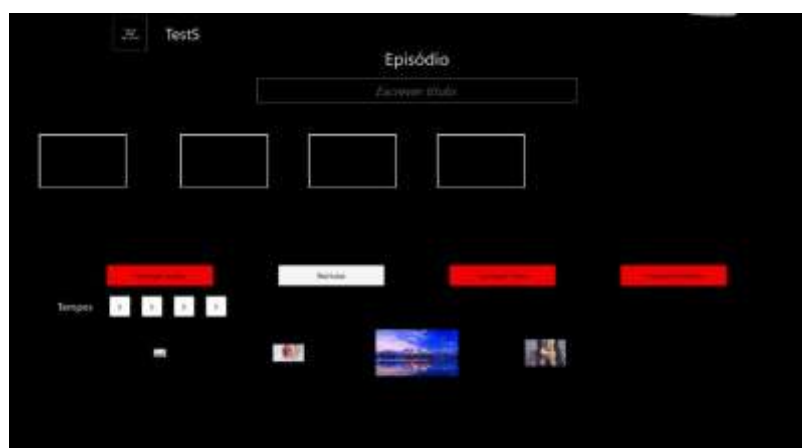


Figura 2

Cenário realidade virtual:



Figura 3

Cenário virtual em 2D:



Link:https://drive.google.com/file/d/1UJe8hFYQad0akpkQruDRQ0D-g5CP-Tzs/view?usp=share_link

2.3. Instrumentos

Questionários.

Relativamente às medidas de avaliação, foi solicitado aos participantes, o preenchimento de um protocolo de avaliação [**Anexos 15**], que integrará um questionário para recolha de dados sociodemográficos e clínicos, e questionários de autorrelato, como forma de monitorizar e avaliar os eventuais ganhos terapêuticos decorrentes do recurso à ferramenta

digital. As medidas serão preenchidas em 3 momentos: (1) pré-teste (antes da intervenção); (2) pós-teste (depois da última sessão); (3) follow-up (3 meses depois).

O protocolo de avaliação inclui ainda um conjunto de questões abertas, de natureza qualitativa, para explorar a experiência do paciente enquanto utilizador da ferramenta digital.

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos.

Foi solicitado aos participantes o preenchimento de questões sobre informações sociodemográficas e clínicas. No primeiro momento, o questionário integrou dados sociodemográficos dos participantes, tais como idade, género, nacionalidade, escolaridade, zona de residência, estatuto relacional, situação profissional, nível sociodemográfico, agregado familiar. A segunda parte centra-se nos dados clínicos do diagnóstico oncológico, como o tipo de cancro, quais os tratamentos realizados e a duração, medicação psiquiátrica, acompanhamento psicológico.

O segundo momento centra-se no preenchimento das perguntas sobre a medicação psiquiátrica atualmente e o nível de bem-estar e o nível de capacidade do participante para lidar com problema de saúde. Estes últimos dados são avaliados numa escala de 1 (nada bom) a 10 (muito bom).

Sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta e necessidade de ajuda.

Neste trabalho recorremos ao questionário **Termómetro Emocional** (TE; versão original: Mitchell et al., 2010; versão portuguesa: Pereira & Figueiredo, 2010). Esta escala avalia o mal-estar emocional. Esta ferramenta apresenta um formato de termómetro e é constituída por cinco itens, quatro domínios preditores (sofrimento emocional/distress, ansiedade, depressão e raiva) e um domínio de resultado (necessidade de ajuda: Mitchell et al., 2010). Estes domínios são avaliados numa escala Likert de 0 a 10 pontos (nenhum e extremo, respetivamente) em que o paciente tem de responder de acordo como se sente desde a última semana (Mitchell et al., 2010).

No último termómetro é pedido para indicar qual a sua necessidade de ajuda para lidar com estas alterações, em que 0 corresponde a “estou a lidar muito bem com a situação” a 10 “desesperadamente preciso de ajuda” (Mitchell et al., 2010). Todavia no item da necessidade de ajuda a pontuação é avaliada de 5 a 10, uma vez que os valores abaixo de 5 o paciente não precisaria de apoio psicológico. Os valores acima de cinco desta escala representam níveis de alteração emocional (Mitchell et al., 2009 as cited in Gomes, 2011).

Problemas.

Neste trabalho recorremos ao questionário **Checklist de Problemas** (versão original: Mitchell, 2010; versão portuguesa: Pereira & Figueiredo, 2010). O paciente classifica (com *sim* ou *não*) se tem experienciado problemas nos domínios práticos, familiares, emocionais, espirituais/religiosos, físicos e/ou outros problemas, desde a última semana. Esta escala abrange 38 questões.

Ansiedade e Depressão.

Neste trabalho recorremos ao questionário **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão** (HADS: versão original: Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2006). Esta ferramenta é uma escala de autoavaliação para classificar o nível de depressão e ansiedade num ambiente hospitalar. HADS incluiu 14 questões na totalidade: 7 questões de depressão (questões pares) e 7 de ansiedade (questões ímpares). Esta escala é avaliada numa escala Likert de 0 a 3 pontos. Convertem-se os itens invertidos (1, 3, 5, 6, 8, 10-13). Os valores desta escala representam o nível de ansiedade e/ou depressão, valores abaixo de 7 considera-se sintomatologia “normal”, entre 8 a 10 sintomatologia leve e entre 11 e 14 sintomatologia moderada e entre 15 a 21 sintomatologia grave (Zigmond & Snaith, 1983).

Qualidade de vida.

Neste trabalho recorremos ao **questionário Europe Health Interview Surveys Quality of Life Abbreviated Instrument (EUROHIS-QOL-8)**: versão original: Power, 2003; Schmidt et al., 2006; versão portuguesa: Pereira et al., 2011). Esta ferramenta mede a qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida dos participantes, desde as duas últimas semanas. EUROHIS-QOL-8 é uma adaptação do WHOQOL-100 e do WHOQOL-BREF, uma vez que inclui apenas 8 perguntas. Cada pergunta é avaliada numa escala de Likert de 1 a 5 pontos (Muito má/Muito insatisfeito(a)/Nada a Muito boa/Muito satisfeito(a)/Completamente, respetivamente). A pontuação geral consiste na soma dos oito itens. A elevada pontuação global corresponde a uma melhor perceção da qualidade de vida (Pereira & Canavarro, 2015).

Bem-estar.

Neste trabalho recorremos à versão portuguesa **Psychological Well-Being Scales (PWB)**; versão original: Ryff & Keyes, 1995; versão portuguesa: Novo, Duarte-Silva, & Peralta,

1997). O questionário é constituído por 18 itens, no qual engloba 6 subescalas que correspondem a diversas dimensões do bem-estar, tal como autonomia (1, 7, 13), domínio ambiental (2, 8, 14), crescimento pessoal (3, 9, 15), relações positivas com os outros (4, 10, 16), propósito na vida (5, 11, 17) e autoaceitação (6, 12, 18). Cada pergunta é avaliada numa escala de Likert de 1 (discordo completamente) a 6 pontos (concordo completamente). Nesta escala foi realizada a inversão dos itens negativos (questões 2, 4, 5, 7, 13-18), que correspondem a aspetos desfavoráveis ao bem-estar. A soma geral desta escala é a soma de cada domínio de acordo com os itens atribuídos. Os resultados com **maior valor correspondem a níveis elevados de bem-estar psicológico** (Dias, 2010).

Perceção da doença.

Neste trabalho recorremos à versão portuguesa **The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)**; versão original: Broadbent et al., 2008; Versão portuguesa: Figueiras et al., 2007). O questionário é constituído por 8 itens no total que são distribuídos por 5 questões que avaliam representações cognitivas da doença (1 - consequência; 2 – linha de tempo; 3 - controlo pessoal; 4 - controle do tratamento; e 5 - identidade); 2 que avaliam as representações emocionais da doença (6 - preocupação e 8 – resposta emocional); e 1 que avalia a compreensão da doença (7). Esta escala possui itens invertidos (3,4,7). Os 8 itens são avaliados numa escala de Likert 1 a 10 pontos e a soma total compreende entre 0 a 80. Os resultados com maior pontuação da escala indicam uma perceção maior da gravidade da doença (Lukoševičiūtė & Šmigelskas, 2020).

Crescimento Pós-Traumático.

Neste trabalho recorremos à versão portuguesa **The Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)**; versão original: Tedeschi & Calhoun, 1996; versão portuguesa: Silva & Canavarro, 2009). É utilizado para avaliar as mudanças positivas percebidas recorrentes de um diagnóstico e tratamento, neste caso de cancro. O questionário é constituído por 21 itens no total que são distribuídos por 5 domínios de apreciação da vida (1, 2, 13); novas possibilidades (3,7,11,14,17); força pessoal (4, 10, 12, 19); mudança espiritual (5,18) e relação com os outros (6, 8, 9, 15, 16, 20, 21). Cada pergunta é avaliada numa escala de Likert de 6 pontos: 0 corresponde a "**Não** experimentei esta mudança como resultado da minha doença a 5 corresponde "**Eu experienciei completamente** esta mudança como resultado da minha doença". A soma geral desta escala é a soma de cada domínio de acordo com os itens atribuídos. A soma

total dos itens corresponde ao grau de CPT percebido (de 0 a 105 pontos), o que significa que, quanto maior for o valor maior é o CPT percebido (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Perceção da aplicação digital.

Neste trabalho recorremos a um questionário com a finalidade de compreender em que medida a aplicação de RV foi benéfica para os sobreviventes de cancro e em que domínios. O questionário é constituído por 12 itens no total, 8 questões face a como se foi abordado temáticas relevantes, ajudou no processo da doença oncológica, ajudou a compreender melhor a experiência, ajudou a identificar os pontos positivos associados à experiência, ajudou a contar a história da experiência oncológica, se é fácil de utilizar e se está satisfeito, e como classifica a utilidade das sessões. Cada pergunta é avaliada numa escala de 0 a 10 que corresponde “Não ajudou nada”/”Nada fácil” a “Ajudou muitíssimo”/”Muito fácil”, respetivamente. As restantes questões são por escrito, com o propósito do participante contribuir com o seu feedback deste estudo, tal como quais os aspetos positivos e os que mudaria na aplicação e se recomendaria ou não esta aplicação a outros sobreviventes e o porquê.

Foi utilizado também o manual de instruções (**Anexo 16**) e o diário de investigação (**Anexo 17**), futuramente dado à LPCC-NRS.

2.4. Análise estatística

A análise dos dados obtidos foi realizada com o recurso ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 28 e considerou-se como nível de significância $p \leq 0,05$. Primeiramente efetuou-se a análise descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos (frequência, percentagem, média e desvio de padrão) com o objetivo de caracterizar a amostra em estudo (Anexo 1 a 3). O mesmo se sucedeu para os dados psicossociais (Anexo 4 a 11).

Em segundo lugar, realizou-se a análise de inferência estatística das variáveis psicossociais com um teste não paramétrico e análise de variância de dois fatores de Friedman por Postos comparando os três momentos (pré-teste, pós-teste e follow up - três meses), de forma de a compreender se existe diferenças significativas ao comparar os três momentos de avaliação.

Por último, efetuou-se uma análise descritiva dos dados da aplicação de realidade de virtual e da abordagem narrativa, sendo dados quantitativos e qualitativos. Assim, como

também se fez uma análise qualitativa do feedback dado pelos participantes na sessão de Revisitar estórias em dois momentos (pós-teste e follow up de três meses).

Capítulo III – Resultados

Dados Psicossociais: análise descritiva

Embora só se tenha verificado nesta investigação diferenças significativas na ansiedade do questionário HADS, com base nesta amostra salientou-se que houve uma diminuição na revolta (questionário TE); na depressão (HADS); preocupação, compreensão e controlo pessoal (BIPQ). Também se registou aumento da perceção das consequências da doença e da identidade (sintomas da doença: BIPQ); na relação com os outros e aceitação de si próprio (PWB); e na apreciação pela vida e mudança espiritual (PTGI), como se vê na Tabela 4 à Tabela 10 (**Anexo 4 a 10**).

Os resultados desta amostra não vão ao encontro do primeiro objetivo proposto, uma vez que não houve diferenças significativas que comprovem melhoria na qualidade de vida, crescimento pós-traumático, perceção da doença e bem-estar.

Dados Psicossociais: análise de diferença

Com o objetivo de verificar diferenças significativas nas variáveis psicossociais mencionadas em cima, procedeu-se à realização do teste Não Paramétrico com análise de variância de dois fatores de Friedman por Postos comparando os três momentos (pré-teste, pós-teste e follow up de três meses). Apesar de haver diferenças nestas variáveis não são consideradas significativas. Todavia na escala ***Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)*** houve diferenças significativas na ansiedade ($X^2=6,467$; $p\text{ value}=0,039$ – **Anexo 6**). Procedeu-se à realização da análise de Comparações por Método Pairwise o que verificou diferenças significativas do momento pré-teste para o follow-up ($X^2=1,056$ – **Anexo 19**). O mesmo não se verificou com a depressão. Nesta amostra registou-se no momento pré-teste uma ansiedade leve, no pós-teste e follow-up são registados sintomatologia “normal.

Estes resultados vão ao encontro do objetivo dois desta investigação referente à diminuição da ansiedade.

Análise descritiva da aplicação digital

Este questionário é constituído por 12 itens no total, 8 questões avaliadas de 0 a 10, as restantes 4 questões são por escrito, com o propósito do participante contribuir com o feedback dos participantes sobre este estudo.

Verificou-se que os participantes acharam que esta investigação retratou temáticas importantes, que os ajudou a identificar pontos positivos e a compreender melhor o processo

oncológico, concluíram que estão satisfeitos com as sessões e que acharam útil esta metodologia (**Anexo 11**).

Análise qualitativa da aplicação digital

Com o objetivo de compreender de que forma a experiência deste estudo ajudou os participantes, realizou-se uma análise qualitativa das respostas do questionário da aplicação digital (questões 7, 8 e 12). Assim, é apresentado na seção anterior os dados quantitativos e nesta os dados qualitativos.

Os participantes retiraram deste estudo que o processo narrativo lhes permitiu reviver e recordar o processo oncológico, conseguindo identificar lacunas na memória esquecida. Verbalizar as suas histórias foi importante para alguns, na medida em que possibilitou uma oportunidade de análise retrospectiva própria, noutra perspetiva (“ver de fora”; “efeito espelho”).

O momento de reviver o(s) episódio(s) como o(s) mais significativo(s) permitiu aos participantes ter consciência da força que tiveram e têm ao viver uma experiência dolorosa, dos aspetos positivos e menos bons desta, ter noção das preocupações e emoções que ainda se encontram no quotidiano devido à doença; ajudou-os a refletir nas estratégias utilizadas, nas aprendizagens e no futuro; consciencializar a autoconfiança própria.

Embora alguns episódios tenham sido difíceis de falar, conseguem distanciar-se e, olhar para estes sem ressentimento, com menos dor, ficando sensibilizados. Além disso, envolver-se no processo narrativo sensibilizou-os para valorizar o processo oncológico e quem os ajudaram, a família, os amigos, a equipa médica.

Todos os participantes recomendariam este estudo, na medida em que é uma oportunidade para organizar as memórias, contruir a própria história e descobrir sentido e autoconhecimento, assim como a importância de relembrar a força que tiveram para ultrapassar os momentos mais difíceis e ser fundamental pensar no percurso oncológico.

Estes resultados vão ao encontro do objetivo três, dado que os pacientes valorizaram a sua história e reconheceram a sua força pessoal durante o processo oncológico

Este estudo na última sessão - Revisitar estórias - consistiu em os participantes escolhessem um (ou dois, dependendo do tempo por episódio) que fosse o mais significativo do processo oncológico. A fase mais escolhida para rever foi o **Futuro** (n = 4) seguida pela fase do **Tratamento** (n = 3) e do **Pós-Tratamento** (n = 2). Com base na justificação dada pelos participantes na escolha dos episódios, constatasse que a fase do **futuro** é vista como uma fase aprazível e esperançosa por momentos futuros e livres da doença, mas sem esquecer o cancro

e as aprendizagens. O futuro possibilita atribuir significados às fases anteriores e é marcado pela ausência de dor e vulnerabilidade, ao contrário das outras fases. A fase do **tratamento** é considerada a fase mais longa para alguns participantes, não só pela dureza dos tratamentos, como também pelas sequelas ainda presentes nos seus quotidianos. O tratamento também consiste em ser uma fase de descoberta de mecanismos de sobrevivência e de defesa que os pacientes não sabiam que possuíam. A fase do **pós-tratamento** caracteriza-se pela fase em que os doentes oncológicos se encontram atualmente e é marcada por incertezas e ansiedade, principalmente sobre a possibilidade da recidiva do cancro, mas também demonstra a resiliência que estes tiveram. A fase do **diagnóstico** é a fase mais impactante, na medida em que confirma o diagnóstico de cancro e é marcada por medos e incerteza.

Discussão

A abordagem narrativa é reconhecida como uma ferramenta útil para os doentes oncológicos, permitindo-lhes partilhar o seu processo oncológico, refletir sobre mudanças, expor perdas e ameaças em virtude do cancro, reconhecer emoções e criar significados para essa experiência. Segundo a literatura consultada, a abordagem narrativa é uma ferramenta útil para os doentes oncológicos, nomeadamente 97% dos participantes sentiu que lhes foi útil partilhar histórias, nomeadamente para lidar com a doença (Chelf et al., 2000).

Uma das principais vantagens da abordagem narrativa e realidade virtual (rv) é a capacidade de os pacientes compreenderem diferentes perspetivas das suas histórias face a um evento traumático, proporcionam auto-observação e construção de significados para determinados momentos da vida do paciente, desenvolvendo uma nova história e encontrar o propósito nas suas histórias como resultância da experiência de reviver a história em RV (Georgieva & Georgiev, 2019); e possibilita a reflexão da experiência e o impacto psicossocial da patologia oncológica (Laing et al 2019).

Não existem estudos com foco na Realidade Virtual e Abordagens Narrativas nos sobreviventes de cancro e nas suas necessidades psicossociais, sendo este o primeiro trabalho. Por isso, a presente investigação teve como objetivo geral criar uma metodologia com recurso à abordagem narrativa em realidade virtual para promover uma experiência imersiva e personalizada, onde os sobreviventes oncológicos podem não apenas reconstruir o seu processo oncológico, mas também reviver visual e emocionalmente.

Em relação às características sociodemográficas, verificou-se nesta investigação, que as mulheres nas suas narrativas não só focavam no processo oncológico a nível clínico, como também exponham as emoções sentidas; porém os homens não mencionavam tanto a parte emocional o que coincide com o estudo de Salander & Hamberg, (2005). Embora diferentes tipos de cultura possam ser um aspeto influenciador no processo de interpretar a narrativa traumática (Soundy & Reid, 2019; Leung et al., 2010), isso não se verificou neste estudo.

Em primeiro lugar, é importante observar que este estudo registou dados insuficientes para abordar a primeira hipótese, que propôs que o uso da abordagem narrativa em rv promove a adaptação em sobreviventes de cancro. No entanto, ao longo das sessões, os participantes reconheceram os comportamentos adaptativos e desadaptativos que exibiram durante o processo oncológico. Atualmente, eles esforçam-se para evitar os comportamentos desadaptativos e reconhecem o impacto do cancro nas suas vidas. Embora pareça que os participantes aprenderam estratégias para lidar com os sintomas, é essencial reconhecer que os

resultados positivos não são atribuídos apenas a esta metodologia, mas também à terapia anterior. Contudo, esta abordagem ajudou-os a lembrar vividamente a experiência, resiliência e como lidar com determinadas situações (lidar com os exames de acompanhamento sem interromper suas rotinas diárias).

Em relação à segunda hipótese, que propunha que a metodologia contribuía para melhoraria a qualidade de vida, o crescimento pós-traumático, a percepção da doença e o bem-estar geral, os resultados refutaram essa noção. Embora alguns itens tenham apresentado pequenas melhorias, não são considerados estatisticamente significativos.

A terceira hipótese visava explorar a potencial diminuição dos sintomas ansiosos e depressivos, distress e raiva. Podemos concluir que esta investigação apresentou benefícios no alívio da sintomatologia ansiosa, que vai ao encontro dos estudos anteriores conduzidos por Orap (2022); Wong et al., 2021; Gerçeker et al., 2021; Zasadzka et al., 2021.

A quarta hipótese examinou o impacto de reviver todo o processo oncológico nos sobreviventes, como eles perceberam suas histórias e as estratégias que utilizaram. Através da análise do feedback dos participantes sobre esta metodologia concluiu-se que, embora reviver e relembrar o processo oncológico possa ser desafiador devido às memórias potencialmente traumáticas, foi considerado crucial para os participantes construir suas próprias narrativas, descobrir significados e valorizar suas experiências. Este processo permitiu novas perspetivas e reflexões sobre o futuro. Os participantes mencionaram que este processo os ajudou a organizar memórias, reconhecendo a importância de não esquecer jornada experiência. Também os ajudou a reconhecer suas forças, aspetos positivos, estratégias de enfrentamento; que promove autoconfiança e empoderamento. Ajudou a compreender o impacto do cancro em suas vidas, incluindo preocupações, medos e emoções vivenciadas no quotidiano. Ao longo das sessões, os participantes expressaram gratidão por aqueles que os apoiaram durante sua experiência oncológica. Os achados apoiam essa hipótese e se alinham aos estudos conduzidos por Palacios et al., 2015; Morris et al., 2012; Mathieson & Stam, 1995; Mohlin & Bernhardsson, 2021; Brown & Jong, 2018; Soundy & Reid, 2019; Petersen et al., 2005; Ryu & Price, 2022.

Por fim, a quinta hipótese teve como objetivo explorar os efeitos de curto e longo prazo dessa metodologia na vida dos sobreviventes de cancro. Todavia, devido aos resultados inconclusivos deste estudo e ao estado emocional em que os sobreviventes se encontram, tirar uma conclusão definitiva sobre esta hipótese provou ser um desafio.

Assim, o presente estudo apresenta os primeiros resultados sobre este tipo de metodologia. Embora não haja dados estatisticamente significativos que nos permitem afirmar

que houve melhorias ao nível da qualidade de vida, crescimento pós-traumático, percepção da doença e bem-estar, ou depressão e revolta; mostrou ser fulcral para o paciente rever e ouvir-se a si mesmo a contar a sua história do processo oncológico, de modo a valorizar toda a dureza do mesmo e a ter consciência clara dos recursos internos e externos que foi capaz de mobilizar para se manter resiliente. Além disso, esta metodologia demonstra eficácia como ferramenta complementar do apoio psicológico.

Como mencionei anteriormente, devido a um problema técnico que ocorreu, ficou evidente que a utilização da RV permite que os sobreviventes de cancro se concentrem apenas em vivenciar sua história sem distrações. Essa natureza imersiva não foi observada no participante que assistiu ao episódio em 2D.

Ao longo do desenvolvimento desta dissertação, foram identificadas algumas limitações que podem ter influenciado os resultados da investigação, nomeadamente a amostra ser reduzida; devido aos critérios de inclusão serem muito específico e a maioria dos pacientes na LPCC que procuram apoio PsicOncológico são doentes que ainda têm doença ativa.

Um ponto a ter em atenção é o barulho externo durante as sessões, embora não distraísse os participantes do seu momento narrativo, algum deste barulho ficava registado na gravação do episódio, o que se tornava incomodativo ao revivê-lo.

Uma vez que, o estudo é inovador deu-se aos participantes à vontade para sugerirem aspetos a melhor, ao qual referiram que o capacete de rv era pesado, alguns episódios eram muito longos de assistir, por vezes havia algum ruído de fundo e o som devia ser melhorado.

A ausência de grandes diferenças significativas nos resultados pode ser atribuída aos sintomas impactantes vivenciados pelos sobreviventes de cancro no seu quotidiano, devido ao trauma. Durante os exames follow-up médicos, os sentimentos de ansiedade, tristeza e medo são predominantes, influenciando alguns dos resultados observados. Esta complexidade torna difícil discernir se esta metodologia tem um impacto perceptível a curto e/ou longo prazo.

De forma a combater estas limitações, os estudos futuros, o ideal seria ter a informação sobre as datas dos exames de follow-up de cada participante para evitar esta situação. Uma amostra maior e a inclusão de um grupo de controlo poderiam apresentar resultados mais conscientes.

Nos estudos futuros também se deve considerar atualizar a aplicação de RV. Isso poderia envolver a implementação de uma opção de pausa durante as revisões dos episódios, garantindo que, se a interrupção for necessária, a retomada do episódio continuará onde se parou, em vez de reiniciar do início. Além disso, seria benéfico utilizar um microfone que

foque apenas no narrador, extraindo o barulho externo do episódio e melhorar a qualidade do som, arranjar um modelo mais recente dos óculos de RV. Por fim, arranjar uma forma de reduzir o tempo dos episódios para não ficarem exaustivos e possibilite ver todos os episódios na última sessão.

Referências bibliográficas

- Albuquerque, E. & Cabral, A. S. (2015). Oncologia – aspetos gerias. In.: Sousa, G. (Ed.), *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (1st ed., pp. 3-13). Lidel.
- Albuquerque, E. & Cabral, A. S. (2015). Qualidade de vida no sobrevivente. In.: Eunice, S., & Pimentel, A. (Eds.), *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (1st ed., p. 69). Lidel.
- Albuquerque, E. & Cabral, A. S. (2015). Distress e perturbações de adaptação. In.: Cabral, A. S., & Paredes, T. (Eds.), *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (1st ed., pp. 195-204). Lidel.
- Andrykowski, M. A., Lykins, E., & Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. In *Seminars in oncology nursing* 24 (3), pp. 193-201. WB Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2008.05.007>
- Avis, N. E., & Deimling, G. T. (2008). Cancer survivorship and aging. *Cancer: interdisciplinary international journal of the american cancer society*, 113(S12), pp. 3519-3529. 10.1002/cncr.23941
- Austin, P. D., Siddall, P. J., & Lovell, M. R. (2022). Feasibility and acceptability of virtual reality for cancer pain in people receiving palliative care: a randomised cross-over study. *Supportive Care in Cancer*, 30(5), pp. 3995-4005. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06824-x>
- Benish-Weisman, M., Wu, L. M., Weinberger-Litman, S. L., Redd, W. H., Duhamel, K. N., & Rini, C. (2014). Healing stories: narrative characteristics in cancer survivorship narratives and psychological health among hematopoietic stem cell transplant survivors. *Palliative & supportive care*, 12(4), pp. 261-267. 10.1017/S1478951513000205
- Bingley, A. F., Thomas, C., Brown, J., Reeve, J., & Payne, S. (2008). Developing narrative research in supportive and palliative care: the focus on illness narratives. *Palliative Medicine*, 22(5), pp. 653-658. 10.1177/0269216308089842
- Brandenburg, D., Maass, S. W., Geerse, O. P., Stegmann, M. E., Handberg, C., Schroevers, M. J., & Duijts, S. F. (2019). A systematic review on the prevalence of symptoms of depression, anxiety and distress in long-term cancer survivors: implications for primary care. *European journal of cancer care*, 28(3), pp 1-14. <https://doi.org/10.1111/ecc.13086>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), pp. 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>

Brown, G., & de Jong, J. (2018). Cancer storytelling: A study of well-being expressions made by patients. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 72(1), pp. 37-44. <https://doi.org/10.1177/1542305018754796>

Carlick, A., & Biley, F. C. (2004). Thoughts on the therapeutic use of narrative in the promotion of coping in cancer care. *European Journal of Cancer Care*, 13(4), pp. 308-317. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2004.00466.x>

Caspari, J. M., Raque-Bogdan, T. L., McRae, C., Simoneau, T. L., Ash-Lee, S., & Hultgren, K. (2017). Posttraumatic growth after cancer: The role of perceived threat and cognitive processing. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(5), pp. 561-577. 10.1080/07347332.2017.1320347

Chelf, J. H., Deshler, A. M., Hillman, S., & Durazo-Arvizu, R. (2000). Storytelling: A strategy for living and coping with cancer. *Cancer Nursing*, 23(1), pp. 1-5.

Costa, R. M. P. (2013). A doença oncológica no fórum da História: breve síntese sobre a evolução da luta anticancerosa em Portugal. *Saúde & Tecnologia*, pp. 28-32. <http://hdl.handle.net/10316/46420>

Dang, M., Noreika, D., Ryu, S., Sima, A., Ashton, H., Ondris, B., Coley, F., Nestler, J., & Fabbro, E. D. (2021). Feasibility of delivering an avatar-facilitated life review intervention for patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 24(4), pp. 520-526. 10.1089/jpm.2020.0020

Dias, A. F. R. (2010). *Bem-Estar Psicológico e Espontaneidade: um estudo correlacional*. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de doutor, orientada por Prof. Dr. António Gonzalez, Lisboa.

DiMatteo, M. R., & Haskard-Zolnieriek, K. B. (2011). Impact of depression on treatment adherence and survival from cancer. *Depression and cancer*, pp. 101-124.

Drew, S. E., Duncan, R. E., & Sawyer, S. M. (2010). Visual storytelling: A beneficial but challenging method for health research with young people. *Qualitative health research*, 20(12), pp. 1677-1688. 10.1177/1049732310377455

Espinoza, M., Baños, R. M., García-Palacios, A., Cervera, J. M., Esquerdo, G., Barrajón, E., & Botella, C. (2012). Promotion of emotional wellbeing in oncology inpatients using VR. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine*, pp. 53-57.

Frank, A. W. (1993). The rhetoric of self-change: Illness experience as narrative. *Sociological quarterly*, 34(1), pp. 39-52.

Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Parkin, D. M., Piñeros, M., Znaor, A., & Bray, F. (2021). Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International journal of cancer*, 149(4), pp. 778-789. <https://doi.org/10.1002/ijc.33588>

Firkins, J., Hansen, L., Driessnack, M., & Dieckmann, N. (2020). Quality of life in “chronic” cancer survivors: a meta-analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 14(4), pp. 504-517. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00869-9>

Georgieva, I. (2017). Trauma and self-narrative in virtual reality: Toward recreating a healthier mind. *Frontiers in ICT*, 4 (27), pp. 1-16. <https://doi.org/10.3389/fict.2017.00027>

Georgieva, I., & Georgiev, G. V. (2020). Reconstructing personal stories in virtual reality as a mechanism to recover the self. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), pp. 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010026>

Gerçeker, G. Ö., Bektaş, M., Aydınok, Y., Ören, H., Ellidokuz, H., & Olgun, N. (2021). The effect of virtual reality on pain, fear, and anxiety during access of a port with huber needle in pediatric hematology-oncology patients: Randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 50. doi:10.1016/j.ejon.2020.101886

Ghasemian, K., & Estahbanati, M. A. E. (2019). The effectiveness of storytelling on reducing depression in cancer patients. *Humanidades & Inovação*, 6(9), pp. 278-284.

Gomes, J. (2011). *Inteligência emocional, qualidade de vida e seus correlatos em doentes oncológicos em quimioterapia*. Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de doutor, orientada por Prof. Doutora Rute Meneses e a Mestre Sónia Alves. Porto. http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2969/3/DM_17038.pdf

Gonçalves, Ó. F. (2002). *Viver narrativamente: a psicoterapia como adjectivação da experiência*. *Psicologia clínica e psiquiatria* (2nd ed., Vol. 5, p. 48). Quarteto editora.

Gonçalves, Ó. F. (2002). *Viver narrativamente: a psicoterapia como adjectivação da experiência*. *Psicologia clínica e psiquiatria* (2nd ed., Vol. 5, pp. 105-163). Quarteto editora.

Gonçalves, Ó. F., & Machado, P. P. (1999). Cognitive narrative psychotherapy: Research foundations. *Journal of clinical psychology*, 55(10), pp. 1179-1191.

Grassi, L. (2020). Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000829>

Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1999). Why study narrative? *Bmj*, 318(7175), pp. 48-50.

Goerling, U., Faller, H., Hornemann, B., Hönig, K., Bergelt, C., Maatouk, I., Stein, B., Teufel, M., Erim, Y., Geiser, F., Niecke, A., Senf, B., Wickert, M., Buttner-Teleaga, A., & Weis, J. (2020). Information needs in cancer patients across the disease trajectory. A prospective study. *Patient Education and Counseling*, 103(1), pp. 120-126. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.011>

Gonzalez-Saenz de Tejada, M., Bilbao, A., Baré, M., Briones, E., Sarasqueta, C., Quintana, J. M., Escobar, A., & CARESS-CCR Group. (2017). Association between social support, functional status, and change in health-related quality of life and changes in anxiety and depression in colorectal cancer patients. *Psycho-oncology*, 26(9), pp. 1263-1269.

Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors—a systematic review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), pp. 163-181.

Heiney, S. P. (2006). The healing power of story. In *Oncology nursing fórum*, 33(4), p.899.

Holland, J. C. (2003). American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 21(23), pp. 253-265. 10.1200/jco.2003.09.133~

Jean, C. Y., & Syrjala, K. L. (2017). Anxiety and depression in cancer survivors. *Medical Clinics*, 101(6), pp. 1099-1113.

Jansen, L., Hoffmeister, M., Chang-Claude, J., Brenner, H., & Arndt, V. (2011). Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: prevalence, determinants, and associations with quality of life. *British journal of cancer*, 105(8), pp. 1158-1165. <https://doi.org/10.1038/bjc.2011.335>

Koch, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Brenner, H., & Arndt, V. (2014). Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors—still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the Cancer Survivorship—a multi-regional population-based study. *Psycho-Oncology*, 23(5), pp. 547-554. 10.1002/pon.3452

Laing, C. M., Moules, N. J., Andrew Estefan, R. P. N., & DipNsc, B. N. (2019, March). Digital storytelling as a psychosocial tool for adult cancer survivors. In *Oncology Nursing Forum* 46(2), pp. 147-154. 10.1188/19.ONF.147-154

Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), p. 13. 10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin

Leung, B., Shokoohi, A., Bates, A., & Ho, C. (2021). Patient-reported psychosocial needs and psychological distress predict survival in geriatric oncology patients. *Journal of Geriatric Oncology*, 12(4), pp. 612-617. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.10.001>

Leung, P. P. Y. (2010). Autobiographical timeline: A narrative and life story approach in understanding meaning-making in cancer patients. *Illness, Crisis & Loss*, 18(2), pp. 111-127. 10.2190/IL.18.2.c

Lukoševičiūtė, J., & Šmigelskas, K. (2020). Causal item of Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) scale: the main categories. *Health Psychology Research*, 8(1), pp. 22-29. 10.4081/hpr.2020.8485

Mary J. Naus; Marilyn D. Ishler; Charlotte E. Parrott;; Stephanie A. Kovacs (2009). Cancer survivor adaptation model: conceptualizing cancer as a chronic illness. 65(12), pp. 1350–1359. doi:10.1002/jclp.20622

Mathieson, C. M., & Stam, H. J. (1995). Reneotiating identity: cancer narratives. *Sociology of health & illness*, 17(3), pp. 283-306. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10933316>

McCormack, C. (2004). Storying stories: a narrative approach to in-depth interview conversations. *International journal of social research methodology*, 7(3), pp. 219-236. <https://doi.org/10.1080/13645570210166382>

Mitchell, A. J., Baker-Glenn, E. A., Granger, L., & Symonds, P. (2010). Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers tool. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 19(2), pp. 125-133. <https://doi.org/10.1002/pon.1523>

Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *The lancet oncology*, 14(8), pp. 721-732. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70244-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70244-4)

Mohlin, Å., & Bernhardsson, K. (2021). Narratives of survivorship: a study of breast cancer Pathographies and their place in cancer rehabilitation. *Current Oncology*, 28(4), pp. 2840-2851. <https://doi.org/10.3390/curroncol28040249>

Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., & Scott, J. L. (2012). Posttraumatic growth after cancer: the importance of health-related benefits and newfound compassion for others. *Supportive Care in Cancer*, 20, pp. 749-756. 10.1007/s00520-011-1143-7

Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313(4), pp. 270-273. 10.1056/NEJM198507253130421

NIH. (2021). National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/survivorship>

NIH. (2021)^b. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>

North, M. M., & North, S. M. (2016). Virtual reality therapy. In *Computer-assisted and web-based innovations in psychology, special education, and health*, 6, pp. 141-156. Academic Press. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-802075-3.00006-1>

Novo, R. F., Duarte-Silva, M. E., & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, M. Simões (Orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos*, 5, pp. 313-324. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Orap, M. O. (2022). Involuntary narratives of decreasing anxiety in breast cancer patients: Study in Ukraine. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(1), pp. 12-21. 10.1002/capr.12460

Palacios, J. F., Salem, B., Hodge, F. S., Albarrán, C. R., Anaebere, A., & Hayes-Bautista, T. M. (2015). Storytelling: A qualitative tool to promote health among vulnerable populations. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(4), pp. 346-353. <https://doi.org/10.1177/104365961452425>

Pereira, M. G. (2016). Aplicações clínicas da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do cancro. In J. David & L. Horne (Eds.), *Caleidoscópio de olhares em psicologia oncológica*, p. 208. Climepsi Editores.

Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2015). Reliability and validity of the European Portuguese version of the quality of life index EUROHIS-QOL-8 in HIV-infected patients. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), pp. 183-187. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.04.002>

Pereira, M. G., & Lopes, C. (2005). Psicoterapia com doentes oncológicos e seus familiares: pertinência e objetivos gerais. In P. Matos & M. G. Pereira (Eds.), *O doente oncológico e a sua família* (2nd ed., pp. 30-56). Climepsi Editores

Pérez, M., Sefko, J. A., Ksiazek, D., Golla, B., Casey, C., Margenthaler, J. A., Colditz, G., Kreuter, W., & Jeffe, D. B. (2014). A novel intervention using interactive technology and

personal narratives to reduce cancer disparities: African American breast cancer survivor stories. *Journal of Cancer Survivorship*, 8, pp. 21-30. 10.1007/s11764-013-0308-4

Petersen, S., Bull, C., Propst, O., Dettinger, S., & Detwiler, L. (2005). Narrative therapy to prevent illness-related stress disorder. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), pp. 41-47. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00578.x>

Phillips, J. L., & Currow, D. C. (2010). Cancer as a chronic disease. *Collegian*, 17(2), pp. 47-50. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2010.04.007>

Pituskin, E., Joy, A. A., & Fairchild, A. (2021, August). Advanced Cancer as a Chronic Disease: Introduction. In *Seminars in oncology nursing* 37(4), pp. 151-176. 10.1016/j.soncn.2021.151176

Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov, & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys*, 10, pp. 145-159. Amsterdam: IOS Press.

Rolland, J. S. (2018). *Helping couples and families navigate illness and disability: An integrated approach*. Guilford Publications. pp. 37-47 https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=2YZXDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Helping+Couples+and+Families+Navigate+Illness+and+Disability:+An+Integrated+...+Por+John+S.+Rolland&ots=TuH6tVNxC_&sig=O8q6iHtStwjpX3JV0P5W_focRrQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Helping%20Couples%20and%20Families%20Navigate%20Illness%20and%20Disability%3A%20An%20Integrated%20...%20Por%20John%20S.%20Rolland&f=false

Ruini, C., Vescovelli, F., & Albieri, E. (2013). Post-traumatic growth in breast cancer survivors: new insights into its relationships with well-being and distress. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 20, pp. 383-391.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

Ryu, S., & Price, S. K. (2022). Embodied storytelling and meaning-making at the end of life: VoicingHan avatar life-review for palliative care in cancer patients. *Arts & Health*, 14(3), pp. 326-340. 10.1080/17533015.2021.1942939

Salander, P., & Hamberg, K. (2005). Gender differences in patients' written narratives about being diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*, 14(8), pp. 684-695. 10.1002/pon.895

Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), pp. 137-141.

Sánchez-Jiménez, A., Cantarero-Villanueva, I., Delgado-García, G., Molina-Barea, R., Fernández-Lao, C., Galiano-Castillo, N., & Arroyo-Morales, M. (2014). Physical impairments and quality of life of colorectal cancer survivors: a case–control study. *European journal of cancer care*, 24(5), pp. 642-649. <https://doi.org/10.1111/ecc.12218>

Sarfati, D., Koczwara, B., & Jackson, C. (2016). The impact of comorbidity on cancer and its treatment. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(4), pp. 337-350. <https://doi.org/10.3322/caac.21342>

Scates, D., Dickinson, J. I., Sullivan, K., Cline, H., & Balaraman, R. (2020). Using nature-inspired virtual reality as a distraction to reduce stress and pain among cancer patients. *Environment and Behavior*, 52(8), pp. 895-918. <https://doi.org/10.1177/00139165209162>

Schmidt, S., Mühlen, H., & Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *The European Journal of Public Health*, 16(4), pp. 420-428. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki155>

Schneider, S. M., & Hood, L. E. (2007). Virtual reality: a distraction intervention for chemotherapy. In *Oncology nursing forum* 34(1), p. 39. NIH Public Access. 10.1188/07.ONF.39-46

Schwab, L., & Visovsky, C. (2023). Psychological distress and quality of life in breast cancer survivors with taxane-induced peripheral neuropathy: A scoping review. *Frontiers in Oncology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.1005083>

Sim, B. Y., Lee, Y. W., Kim, H., & Kim, S. H. (2015). Post-traumatic growth in stomach cancer survivors: Prevalence, correlates and relationship with health-related quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(3), pp. 230-236. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.017>

Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7, pp. 300-322.

Soundy, A., & Reid, K. (2019). The psychosocial impact and value of participating in a storytelling intervention for patients diagnosed with cancer: An integrative review. *Open Journal of therapy and Rehabilitation*, 7(02), pp. 35-77. 10.4236/ojtr.2019.72004

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), pp. 455-471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>

Thomas, S. F., Glynne-Jones, R., Chait, I., & Marks, D. F. (1997). Anxiety in long-term cancer survivors influences the acceptability of planned discharge from follow-up. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 6(3), pp. 190-196. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199709\)6:3<190::AID-PON274>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199709)6:3<190::AID-PON274>3.0.CO;2-0)

Velasco-Hidalgo, L., Segura-Pacheco, B., Esparza-Silva, A. L., Zapata-Tarrés, M., & Ortiz-Razo, A. G. (2021). Virtual reality to improve the quality of life in children with cancer. *Gaceta mexicana de oncología*, 20(2), pp. 79-83. 10.24875/j.gamo.21000111

WHO (2022). World Health Organization. Cancer. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

Wiltshire, J. (1995). Telling a story, writing a narrative: terminology in health care. School of English, *La Trobe UniveEiq Bundoora*, 2(2), pp. 75-82. 10.1111/j.1440-1800.1995.tb00070.x

Wong, C. L., Li, C. K., Chan, C. W., Choi, K. C., Chen, J., Yeung, M. T., & Chan, O. N. (2021). Virtual reality intervention targeting pain and anxiety among pediatric cancer patients undergoing peripheral intravenous cannulation: a randomized controlled trial. *Cancer Nursing*, 44(6), pp. 435-442. 10.1097/NCC.0000000000000844

Wood, M. L., & McWilliam, C. L. (1996). Cancer in remission. Challenge in collaboration for family physicians and oncologists. *Canadian Family Physician*, 42, pp. 899-910.

Yazdipour, A. B., Saeedi, S., Bostan, H., Masoorian, H., Sajjadi, H., & Ghazisaeedi, M. (2023). Opportunities and challenges of virtual reality-based interventions for patients with breast cancer: a systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23(1), pp. 1-16.

Zasadzka, E., Pieczyńska, A., Trzmiel, T., & Hojan, K. (2021). Virtual reality as a promising tool supporting oncological treatment in breast cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168768>

Zhang, H., Xu, H., Zhang, Z. X., & Zhang, Q. (2022). Efficacy of virtual reality-based interventions for patients with breast cancer symptom and rehabilitation management: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 12(3), pp. 1-12. 10.1136/bmjopen-2021-051808

Zhang, N., Fielding, R., Soong, I., Chan, K. K., Tsang, J., Lee, V., Ng, A., Sze, W., Tin, P., & Lam, W. W. T. (2015). Illness perceptions among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 24(3). 10.1007/s00520-015-2914-3

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), pp. 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Anexos

Anexo 1 ao Anexo 11

Tabelas dos questionários

Anexo 12 ao 19

Materiais da investigação

Anexo 20

Figuras dos resultados do questionário HADS

Anexo 21

Figura dos Óculos de RV utilizados na investigação

Anexo 1

Tabela 1

Características Sociodemográficas da Amostra (N = 9)

		Total (N=9)
Variável	Média	Desvio Padrão
Idade	53,11	16,602
Tempo de relação	35,75	3,500
	n	%
Género		
Mulher	6	66,7
Homem	3	33,3
Nacionalidade		
Portuguesa	7	77,8
Outra	2	22,2
Espanhola	1	11,1
Francesa	1	11,1
Escolaridade		
3º ciclo	1	11,1
Ensino Secundário	3	33,3
Licenciatura	3	33,3
Mestrado	2	22,2
Zona de Residência		
Rural	1	11,1
Urbana	8	88,9
Estatuto Relacional		
Solteiro	2	22,2
Casado/a ou União de facto	4	44,4
Divorciado/a ou Separado/a	3	33,3

Situação Profissional		
Estudante	1	11,1
Reformado(a)	5	55,6
Empregado(a)	3	33,3
Socioeconómico		
Médio-baixo	2	22,2
Médio	6	66,7
Médio-alto	1	11,1
Agregado Familiar		
Conjuge	3	33,3
Conjuge e filho(s)	1	11,1
Sozinha	3	33,3
Pais e irmã	2	22,2
Filhos		
Sim	6	66,7
Não	3	33,3
Número de filhos		
1	2	22,2
2	4	44,4

Anexo 2

Tabela 2

Características Clínicas da Amostra (N = 9)

		Total (N=9)	
		n	%
Tipo de cancro			
ovário	Carcinoma do	1	1,11
	Mama	4	44,4
Hodgkin Folicular	Linfoma Não	1	1,11

Mama e Cólon	1	1,11
Pulmão, estágio 4	1	1,11
Testículo	1	1,11
Tipo de Tratamento		
Cirurgia	8	88,8
Quimioterapia	4	4,44
Radioterapia	4	4,44
Transplante	0	0
Hormonoterapia	4	4,44
Tipo hormonoterapia		
Letrozol	1	11,1
Tamoxife	2	22,2
Outro tratamento		
Imunoterapia	1	11,1
Atual tratamento	3	33,3
Complicação associada ao cancro	4	44,4
Dores articulares fortes, perda de visão, cansaço	1	11,1
Problemas intestinais inchaço dos membros inferiores, dormência dos pés com frio ou quando me deito, falhas de memória	1	11,1
Tiroide, Dermatológica, próstata	1	11,1
Trombose, dor neuropática	1	11,1
Doença crónica	3	33,3
Qual doença crónica		

Diabetes	1	11,1
Osteoporose	1	11,1
Tiroide e neoplasia da bexiga	1	11,1
Medicação psiquiátrica		
Antes	5	55,6
Durante	4	4,44
Atualmente	4	4,44
Apoio psicológico durante o processo oncológico		
Sim	7	77,7
Não	2	22,2
Episódio difícil durante o processo oncológico	3	
Sim	5	55,6
Não	4	44,4
Qual episódio difícil durante o processo oncológico		
Cabelo, tratamento, ansiedade	1	1,11
Falso HIV positivo	1	1,11
O episódio da trombose	1	1,11
Obstruções intestinais	1	1,11
Paragem do tratamento por não resultar	1	1,11
Variável	Média	Desvio Padrão
Tempo de diagnóstico	68,44	68,722
Tempo de tratamento	29,50	39,743
Terminou o tratamento	31,67	16,896

Recidiva		
Tempo da recidiva	0	0,00
Tempo da doença crónica	12,00	5,292

Anexo 3

Tabela 3

Episódios para rever como o mais significativo (N = 9)

		Total (N=9)
Variável	n	%
Futuro	3	33,3
Pós-tratamento	2	22,2
Tratamento	1	11,1
Diagnóstico e Futuro	1	11,1
Diagnóstico e Tratamento	1	11,1
Pré-diagnóstico e Tratamento	1	11,1

Anexo 4

Tabela 4

Médias e Desvio Padrão nos três momentos do Termómetro Emocional

		Pré-teste		Pós-teste		Follow up (3 meses)	
Variável	n	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Sofrimento Emocional	9	4,3	2,40	3,8	1,86	4,1	3,41
Ansiedade	9	4,4	2,55	4,4	2,07	4,8	2,22
Depressão	9	3,2	2,17	1,8	1,39	2,4	2,19
Revolta	9	3	3,04	2,7	2,55	1,6	1,88
Necessidade de Ajuda	9	6,4	0,88	6,8	0,83	6,1	0,93

Anexo 5

Tabela 5

Médias e Desvio Padrão nos três momentos da Checklist de Problemas

Variável	n	Pré-teste		Pós-teste		Follow up (3 meses)	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Problemas práticos	9	9,4	1,01	9,2	0,97	9,3	1,00
Problemas familiares	9	3,8	0,44	3,9	0,33	3,9	0,33
Problemas emocionas	9	6,8	1,39	7,3	1,22	7,2	1,09
Problemas espirituais/religiosos	9	3,8	0,67	4,0	0,00	4,0	0,00
Problemas físicos	9	33,4	3,36	34,6	2,65	34,7	2,55
Outros problemas	9	9,1	0,78	9,3	0,87	9,2	0,83

Anexo 6

Tabela 6

Médias e Desvio Padrão nos três momentos do HADS

Variável	n	Pré-teste		Pós-teste		Follow up (3 meses)	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	9	9,1	2,71	6,9	2,67	6,8	1,20
Depressão	9	5,1	2,32	3,9	2,37	3,9	2,80

Anexo 7

Tabela 7

Médias e Desvio Padrão nos três momentos do EUROHIS-QOL-8

Variável	n	Pré-teste		Pós-teste		Follow up (3 meses)	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Total	9	31,4	3,71	30,8	4,24	31,2	3,93

Anexo 8

Tabela 8

Médias e Desvio Padrão nos três momentos da PWB

Variável	n	Pré-teste		Pós-teste		Follow up (3 meses)	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Autonomia	9	14,0	2,96	13,6	3,09	14,2	2,73
Domínio do meio	9	11,8	3,15	12,4	1,88	12,3	1,94
Crescimento pessoal	9	15,4	2,46	15,8	1,86	15,6	1,94
Relação com os outros	9	11,0	4,53	13,4	4,16	13,7	3,32
Objetivos na vida	9	12,9	4,99	15,3	3,04	14,3	2,65
Aceitação de si	9	14,7	2,50	15,1	1,76	15,4	1,01

Anexo 9

Tabela 9

Médias e Desvio de Padrão nos três momentos do BIPQ

Variável	n	Pré-teste		Pós-teste		Follow up (3 meses)	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Consequência	9	4,8	2,68	5,6	2,88	6,0	2,35
Linha de tempo	9	6,4	4,07	6,2	3,80	6,7	3,12
Controlo pessoal	9	5,4	3,09	4,4	2,92	4,1	2,37
Controlo do tratamento	9	0,9	1,05	0,4	0,73	0,9	0,93
Identidade	9	3,6	2,55	4,6	3,17	4,9	2,67
Preocupação	9	7,4	2,24	7,1	2,47	6,6	2,30
Compreensão	9	3,6	3,05	3,1	2,20	3,0	2,45

Resposta emocional	9	6,6	2,40	5,6	3,00	6,4	3,13
Total	9	38,7	12,01	37,0	13,13	38,6	12,83

Anexo 10

Tabela 10

Médias e Desvio de Padrão nos três momentos do PTGI

Variável	n	Pré-teste		Pós-teste		Follow up (3 meses)	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Apreciação da vida	9	11,2	4,68	12,4	3,32	12,4	3,21
Novas possibilidades	9	16,0	7,30	17,4	5,53	17,3	5,48
Força pessoal	9	14,6	4,22	16,7	2,35	16,6	1,94
Mudança espiritual	9	5,6	3,61	6,0	3,87	6,0	3,50
Relação com os outros	9	26,2	6,70	25,9	6,17	27,4	5,64
Total	9	73,6	23,40	78,44	18,7491	66,289	21,3176

Anexo 11

Tabela 11

Médias e Desvio de Padrão nos dois momentos do questionário sobre a aplicação digital

Variável	Item	n	Pós-teste		Follow up (3 meses)	
			Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Temáticas relevantes	1	9	9,0	1,00	9,1	1,17

Ajudou processo doença oncológica	no	2	9	8,4	1,59	8,4	1,42
Ajudou compreender melhor	a	3	9	8,9	1,05	8,9	1,27
Ajudou identificar pontos positivos	a	4	9	8,8	1,20	9,1	0,78
Ajudou a contar a estória mais positiva		5	9	9,0	1,12	8,9	0,93
Fácil de utilizar		6	9	8,9	1,27	9,3	1,41
Satisfeito com as sessões		9	9	9,3	0,87	9,6	0,73
Utilidade das sessões	das	10	9	9,3	1,12	9,4	0,73
Recomendaria		11	9	1,0	0,00	1,0	0,00
Total			9	37,0	13,13	38,6	12,83

Anexo 12

Consentimento informado:

CONSENTIMENTO INFORMADO

QUAL O OBJETIVO DESTE ESTUDO?

Este estudo pretende contribuir para o desenvolvimento de uma ferramenta de intervenção promotora da adaptação de sobreviventes de cancro. Em concreto, pretende-se desenvolver uma aplicação digital e avaliar a sua potencial eficácia. Deste modo, pretende-se ajudar os profissionais de saúde e as instituições de apoio a melhorar as respostas às necessidades dos sobreviventes, possibilitando ganhos ao nível de maior consciência e compreensão sobre a experiência da doença.

QUEM PODE PARTICIPAR?

Pode participar neste estudo se tiver idade igual ou superior a 18 anos, se se encontrar em fase de pós-tratamento (i.e., follow-up) e sem doença ativa, e se estiver a receber acompanhamento psicológico na Liga Portuguesa Contra o Cancro.

QUAL O MEU PAPEL ENQUANTO PARTICIPANTE?

A sua participação neste estudo é voluntária e consiste na participação num conjunto de 5 a 6 sessões, com duração máxima de 1,5 horas, quinzenalmente, no mesmo local onde decorre as suas sessões de acompanhamento na LPCC. Durante essas sessões utilizará, com a ajuda do seu psicólogo e da investigadora responsável por este estudo, uma aplicação digital que o ajudará a contar a sua estória. Esta estória será gravada em formato áudio (no momento) para que possa ser ouvida por si e usada apenas no âmbito da aplicação e deste estudo. Apenas o participante e o investigador possuem acesso a estas gravações, que no final do projeto, quando este ficar concluído, serão destruídas de forma a garantir a privacidade e confidencialidade dos participantes. Antes de eliminar as gravações, será dado a si, uma pen que contem os episódios da série que conta a sua estória. Não existem respostas certas nem erradas. O importante é que partilhe a sua experiência e o seu ponto de vista. Sempre que quiser, e por qualquer motivo (nomeadamente se sentir que a sua privacidade não está a ser respeitada), pode recusar responder a uma qualquer questão e/ou desistir/recusar de colaborar neste projeto, sem necessidade de se justificar, sem qualquer prejuízo ou impacto no acesso a acompanhamento psicoterapêutico (tratamento habitual) na LPCC ou na relação com o profissional que o acompanha. Enquanto participante, ser-lhe-á pedido que preencha um conjunto de questionários para avaliar dados sociodemográficos e clínicos, e monitorizar e avaliar os eventuais ganhos terapêuticos decorrentes do recurso à ferramenta digital. Estes questionários serão preenchidos em 3 momentos: antes da intervenção; depois da última sessão; (3) 1 mês e 3 meses depois.

QUAL O PAPEL DOS INVESTIGADORES?

Os investigadores comprometem-se a: responder a qualquer questão relacionada com sua participação no estudo; garantir a total confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes no projeto; utilizar os dados fornecidos pelos participantes apenas para fins de investigação (os dados recolhidos serão analisados coletivamente); destruir as gravações depois do projeto finalizado. Toda a informação é estritamente confidencial, e a sua identidade, ou de qualquer outra pessoa não relacionada com este estudo, não será revelada. Como forma de garantir a privacidade e anonimato, cada participante será identificado por meio de um código.

QUEM ESTÁ A REALIZAR ESTE ESTUDO?

Este é um projeto de investigação desenvolvido no âmbito da Dissertação de Mestrado de Sofia Valamatos, sob a orientação da Professora Doutora Ágata Salvador e Professor Doutor Pedro Gamito, investigadores e docentes na Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa (EPCV, ULHT). O tratamento dos dados é da exclusiva responsabilidade dos investigadores envolvidos. Caso queira conhecer os principais resultados deste estudo pode contactar a coordenadora, Ágata Salvador, através do e-mail agata.salvador@ulusofona.pt.

E SE A PARTICIPAÇÃO DO ESTUDO ME CAUSAR DESCONFORTO?

A sua participação no estudo será sempre acompanhada pelo seu psicólogo, i.e., o profissional que habitualmente o acompanha na LPCC. Deste modo, poderá solicitar apoio sempre que sentir essa necessidade ou desconforto/ativação emocional.

A sua colaboração neste projeto é um contributo fundamental com repercussões clínicas, científicas e sociais. Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade e colaboração!



CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, declaro ter consciência dos objetivos e procedimento deste estudo, e do meu papel enquanto participante. Assim, concordo em participar voluntariamente neste estudo.

_____, _____ de _____, de 20____.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do investigador: _____

Coordenadora do projeto: Ágata Salvador (agata.salvador@ulusofona.pt)

Anexo 13

Biblioteca de fotografias:

https://drive.google.com/file/d/1VLobR_4K22XXIblU2F-EH9BxlRbcL-H_/view?usp=sharing

Anexo 14

Guião de consulta:

<https://drive.google.com/file/d/1Xt5UWim57DmDUgiiOSHSRl9S8u62ZqX9/view?usp=sharing>

Anexo 15

Bloco de questionários:

<https://drive.google.com/file/d/1Ynq5ZUxZwqFTLp5S8I2c2dsdaKpGY5rK/view?usp=sharing>

Anexo 16

Manual de Instruções:

https://drive.google.com/file/d/1ydSrbF7_gKTyU_S7g-lA-DwxWzh_YDpt/view?usp=sharing

Anexo 17

Diário de investigação:

https://drive.google.com/file/d/1PeicTlLnar_LdGDtwhB4AJ31Kk2exgnU/view?usp=sharing

Anexo 18

Pasta com as respostas dos questionários dos participantes:

<https://drive.google.com/drive/folders/1JkvN0yDhn6X80kVrgxRaCdKNvWNmniFa?usp=sharing>

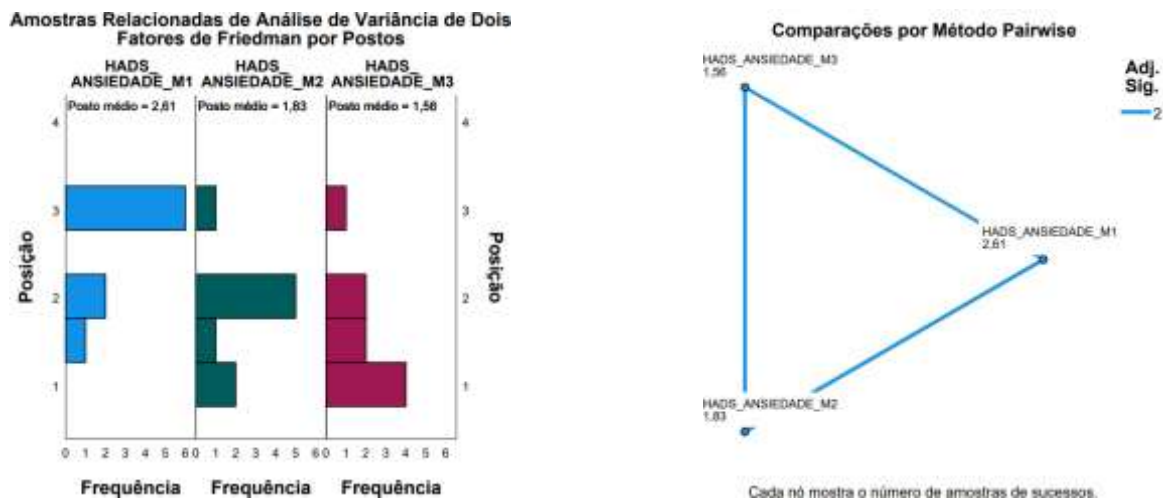
Anexo 19

Link da pasta online com todos os materiais:

<https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1yS6cfPzCYVzZ4HwxGrPdOV0RwWmB2qzA>

Anexo 20

Figuras dos resultados do questionário HADS:



Anexo 21

Figura 4

Óculos de RV utilizados na investigação

