

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

2023

Crenças sobre a dor de indivíduos com dor crônica
no ombro: um estudo qualitativo



Letícia Jonas de Freitas

Dissertação

Letícia Jonas de Freitas

Crenças sobre dor de indivíduos com dor crônica no ombro: um estudo qualitativo

Dissertação da Pós-Graduação em Reabilitação em Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Área de concentração: Fisioterapia

Orientadora: Profa. Dra. Anamaria Siriani de Oliveira

Colaboradores: Profa. Dra. Gisele Harumi Hotta, Prof. Dr Rafael Krasic Alaiti e Prof. Dr. Domingo Palacios-Ceña

Ribeirão Preto

2022

Autorizo a reprodução e divulgação parcial ou total deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação do Departamento de Ciências da Saúde.
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/U.S.P.

Catálogo da Publicação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Freitas, Letícia Jonas de

Crenças sobre dor de indivíduos com dor crônica no ombro: um estudo qualitativo/ Leticia Jonas de Freitas. - Ribeirão Preto, 2023.

53 p.: 30 cm

Dissertação de Mestrado, a ser apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Fisioterapia

Orientador (a): Professora Dra. Anamaria Siriani de Oliveira

Palavras-chave: dor crônica, dor de ombro, dor musculoesquelética, crenças

FOLHA DE APROVAÇÃO

FREITAS, L.J. **Crenças sobre dor de indivíduos com dor crônica no ombro: um estudo qualitativo.** Dissertação a ser apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Reabilitação e Desempenho Funcional.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.(a):

Instituição:

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr.(a):

Instituição:

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr.(a):

Instituição:

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais José e Lia que são a razão de tudo. Ao meu namorado Marcus pela melhor companhia existente. Aos meus tios Regina e Valdir e primas Laura e Fernanda pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Caro leitor,

Peço a licença para me estender nesse espaço reservado para agradecer àquelas pessoas que caminharam comigo nesse momento tão especial que foi a pós-graduação. Graças a Deus, e todo Seu agir e Seu carinho diário, essa parte terá nomes mais do que especiais para mim nessa jornada.

Aos meus pais José e Lia, a razão de tudo, ao mesmo tempo que não há palavras, poderia escrever outra dissertação na tentativa de agradecer vocês. Pai, obrigada por me fazer acreditar que eu posso ser quem eu quiser ser e que você estará ao meu lado sempre, sendo meu herói e meu conforto ao mesmo tempo. Mãe, você é minha maior incentivadora, é por você sempre, você é o maior exemplo de força que eu poderia ter nessa vida, e foi você quem segurou minha mão quando mais precisei. Ao meu namorado Marcus, sua companhia nesse processo foi fundamental para o meu crescimento profissional e pessoal. Você é uma inspiração e foi quem acreditou em mim desde o começo e o que se esforçou junto comigo para essa conquista, melhor companhia. Eu amo vocês, e é sempre: para vocês, com vocês e por vocês.

Aos meus tios Valdir e Regina, e às minhas primas Laura e Fernanda, me faltam palavras para o amor e o incentivo incondicional de vocês. Desde sempre estão me apoiando em tudo que faço, e nessa fase não foi diferente. Vocês são mais que especiais, e agradeço sempre por vocês estarem na minha vida em todos os momentos, amo vocês. Aos meus sogros Ângela e Murilo e minha cunhada Maria Fernanda e ao meu cunhado Rafael, minha eterna gratidão por todo acolhimento e por sempre me incentivarem. À minha psicóloga Camila por ser uma profissional tão capacitada e capaz, foi graças ao seu trabalho, tão bem executado de anos, que consegui me manter íntegra para a última etapa desse ciclo, você é exemplo!

À minha orientadora e professora Anamaria, obrigada por confiar em mim e por estar sempre disposta a exercer seu trabalho de forma excepcional e por ser um grande exemplo profissional! À minha colaboradora e professora Harumi, por todo acolhimento, paciência e ajuda nesse processo inteiro, você é uma inspiração com quem eu pude sempre contar. Aos meus colaboradores e professores Rafael e Domingo, gratidão pelo apoio integral nessa jornada. Ao professor Fleury, agradeço a oportunidade de aprender, desde a escrita de artigos até o incentivo à osteopatia, o senhor é um grande exemplo, de pessoa e de profissional. Agradeço também, a minha professora de graduação, Thatia, que me apresentou o mundo da pesquisa e que ainda está sempre disposta a me ajudar, você é excepcional e uma grande culpada por essa trajetória.

Agradeço todos os meus amigos de laboratório do Grupo do Ombro/USP-RP por toda ajuda aprendido e apoio, vocês são muito especiais e dividiram essa jornada junto comigo tornando-a mais leve e divertida! Agradeço também à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, ao Programa

de Pós-graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional, aos funcionários do Centro Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado (C.S.E. Cuiabá), aos pacientes do Ambulatório de Reabilitação do Complexo do Ombro (A.R.C.O.) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de Mestrado.

Com carinho, Leticia Jonas de Freitas.

SUMÁRIO

RESUMO	10
ABSTRACT	11
CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO.....	12
Definições, aspectos epidemiológicos e socioeconômicos da dor no ombro	12
Teorias atuais sobre a dor	Erro! Indicador não definido.
Teoria sobre as crenças e a dor crônica. Erro! Indicador não definido.	
Interação entre a dor crônica no ombro e as crenças sobre a dor .	14
CAPÍTULO 2: MÉTODOS DO ESTUDO	16
Tipo de estudo	16
Contexto: O Modelo de Senso Comum	16
Participantes, estratégias de amostragem e amostra.....	17
Entrevista semiestruturada	18
Procedimentos	18
Aspectos éticos.....	19
Análise dos dados	19
Rigor nos dados qualitativos.....	20
CAPÍTULO 3: RESULTADOS	21
Tema 1 - Uso de termos médicos e a tentativa de compreensão do diagnóstico	21
Tema 2 - Impacto multidimensional da dor	29
Tema 3: A melhora e o controle sobre a dor	32
Tema 4: A fisioterapia e as sugestões de tratamento recebidas dos médicos.....	36
CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO.....	39
CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXO A – Perguntas baseadas no modelo do Senso Comum	51
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	52

RESUMO

Crenças sobre dor de indivíduos com dor crônica no ombro: um estudo qualitativo

Introdução: As crenças sobre dor crônica no ombro podem influenciar a condição física e os comportamentos desses indivíduos, uma vez que podem induzir a adoção de comportamentos de medo e evitação, aumento da intensidade de dor e da incapacidade prolongada. Por ser um fator modificável, crenças podem ser de grande importância durante a reabilitação musculoesquelética. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi compreender as crenças de indivíduos com dor crônica no ombro, usando como referencial teórico o Modelo de Senso Comum. **Métodos:** Este é um estudo exploratório qualitativo que foi realizado com 30 indivíduos acima de 18 anos e com dor no ombro há no mínimo três meses aguardando o tratamento fisioterapêutico, selecionados por meio da amostragem por conveniência. Os participantes responderam uma entrevista semiestruturada baseada nas dimensões do Modelo do Senso Comum, com duração de aproximadamente 60 minutos. Todas as entrevistas foram ouvidas, transcritas e analisadas por meio do Nvivo 12, nas quais aplicou-se a análise temática seguida pela codificação indutiva. **Resultados:** Quatro temas foram identificados: 1) Uso de termos médicos e a tentativa de compreensão do diagnóstico; 2) Impacto multidimensional da dor e estratégias para combatê-la; 3) A melhora e o controle sobre a dor e 4) A fisioterapia e as sugestões de tratamento recebidas dos médicos. **Discussão:** Este foi o primeiro estudo a propor compreender as crenças sobre a dor de indivíduos com dor crônica no ombro utilizando o Modelo do Senso Comum, assim como as experiências desses pacientes. A dor no ombro pode afetar o físico e o emocional dos indivíduos de forma singular, e os mesmos podem recorrer a espiritualidade e religiosidade para enfrentar a condição. Além disso, as crenças podem incutir em comportamentos e consequências prejudiciais para essa população, e os profissionais da saúde aparentam exercer influência sobre as ações e comportamentos adotados pelos pacientes. **Conclusão:** Os participantes desse estudo relataram crenças limitantes sobre a dor no ombro e a própria condição, o que parecia impactar na condição física. Além disso, os relatos demonstraram a influência da fala dos profissionais da saúde sobre as crenças dos pacientes, e que a dor crônica no ombro proporcionou limitações em todas as esferas do modelo biopsicossocial.

Palavras Chave: dor crônica, dor de ombro, dor musculoesquelética, crenças.

ABSTRACT

Beliefs about pain of individuals with chronic shoulder pain: a qualitative study

Introduction: Beliefs about chronic shoulder pain can influence the physical condition and behaviors of these individuals, as they can induce fear and avoidance behaviors, increased pain intensity and prolonged disability. As it is a modifiable factor, beliefs can be of great importance during musculoskeletal rehabilitation. Thus, the objective of this study was to understand the beliefs of individuals with chronic shoulder pain based on the Common Sense Model. **Methods:** This is a qualitative exploratory study that was carried out with 30 individuals over 18 years of age and with pain for at least three months awaiting physical therapy, selected through convenience sampling. Participants answered a semi-structured interview based on the dimensions of the Common Sense Model, lasting approximately 60 minutes. All interviews were heard, transcribed and analyzed with the help of Nvivo 12, where thematic analysis was applied followed by inductive coding. **Results:** Four themes were identified: 1) Use of medical terms and the attempt to understand the diagnosis; 2) Multidimensional impact of pain and strategies to fight it; 3) Improvement and control over pain and 4) Physiotherapy and treatment suggestions received from doctors. **Discussion:** This was the first study to propose to understand the pain beliefs of individuals with chronic shoulder pain using the Common Sense Model, and the experiences of these patients. Shoulder pain can affect the physical and emotional of individuals in a unique way, and they can turn to spirituality and religiosity to face the condition. In addition, beliefs can instill harmful behaviors and consequences for this population, and health professionals may influence what patients believe. **Conclusion:** Participants in this study reported limiting beliefs about shoulder pain and the own condition that seemed to impact physical condition. In addition, the experience reports showed the influence of the professionals' speech on the patients' beliefs, and that chronic shoulder pain provided limitations in all spheres of the biopsychosocial model.

Keywords: chronic pain, shoulder pain, musculoskeletal pain, beliefs.

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

A dor no ombro e os aspectos epidemiológicos e socioeconômicos

A dor crônica no ombro é uma condição que afeta de 6,9% a 26% da população mundial sendo de 20% a 33% na vida adulta, além de ser considerada a terceira condição musculoesquelética mais comum por procura de atendimento médico (LUIME et al., 2004). Indivíduos com dor crônica no ombro podem apresentar limitações não somente nas atividades de vida diária, mas também nas atividades domésticas e ocupacionais (KUIJPERS et al., 2004; LINAKER; WALKER-BONE, 2015) que conseqüentemente, podem ocasionar impacto financeiro negativo (HOLTERMANN et al., 2016; KUIJPERS et al., 2006; PALMER et al., 2012). Tal fato se dá pela demanda crescente na assistência médica, pelo prejuízo causado no desempenho trabalhista e, conseqüentemente, pela possibilidade de aumento no número de afastamentos e faltas e do risco de aposentadoria precoce (HOLTERMANN et al., 2016; KUIJPERS et al., 2006; PALMER et al., 2012).

A etiologia da dor crônica no ombro é multifatorial. Os fatores genéticos (HARVIE et al., 2004), hormonais (MAGNUSSON et al., 2007), tabagismo (BAUMGARTEN et al., 2010), etilismo (PASSARETTI et al., 2016), comorbidades e nível de escolaridade (DUNN et al., 2014), bioquímica, anatomia, sensibilização central e periférica e alterações no córtex sensório-motor (LEWIS et al., 2015), e diversos fatores psicossociais (DEAN; SÖDERLUND, 2015), podem justificar a presença desta condição. Além disso, a má adaptação a cargas excessivas impostas ao tecido parece melhor justificar o acometimento dos tendões da musculatura da articulação do ombro (LEWIS; COOK, 2015; MCCREESH; LEWIS, 2013). Por fim, devido às limitações ocasionadas pela dor no ombro, indivíduos com essa patologia, podem apresentar altos níveis de ansiedade e depressão impactando de forma direta e negativa a qualidade de vida desses (PAGE et al., 2019).

O conhecimento atual sobre a dor crônica

A definição atual de dor da Associação Internacional Para Estudos da Dor, a IASP (do inglês *International Association for the Study of Pain*) conceitua a dor como “Uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (RAJA S et al., 2021). No que se refere à dor crônica no ombro, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças versão 11 (CID-11), esta condição é considerada como dor crônica primária ou dor musculoesquelética crônica. A dor crônica primária não é explicada por outra condição clínica e não é apenas um sintoma mas

sim, uma doença com curso clínico próprio (NICHOLAS et al., 2019). Além disso, a dor musculoesquelética crônica é caracterizada pela duração maior que três meses e por ter associação com sofrimento emocional e/ou incapacidade funcional (NICHOLAS et al., 2019).

A dor tem por objetivo proteger o organismo de danos reais ou potenciais sendo essa indispensável para a sobrevivência (APKARIAN, 2008). Entretanto, as experiências dos sintomas álgicos serão únicas para cada indivíduo, visto que, o processamento da dor é influenciada pela interação de fatores genéticos, da memória, emoções, fatores cognitivos e socioculturais (GATCHEL et al., 2007; TRACEY; MANTYH, 2007). Diversas áreas do encéfalo como córtex somatossensorial primário e secundário, ínsula, tálamo, cíngulo anterior e pré-frontal se demonstraram ativas durante a experiência com a dor (APKARIAN et al., 2005; TRACEY; MANTYH, 2007). Além dessas áreas corticais, áreas dentro dos córtices temporal e parietal, gânglios da base, cerebelo, amígdala e hipocampo podem estar ativas dependendo dos fatores e das circunstâncias de cada indivíduo (TRACEY; MANTYH, 2007). Dessa forma, a interação de diversas áreas cerebrais para processar o estímulo doloroso proporciona a percepção da dor, o que pode-se concluir que a dor resultante não é necessariamente relacionada à nocicepção (TRACEY; MANTYH, 2007).

A dor crônica é considerada multifatorial e apresenta componentes multidimensionais por envolver diversas áreas no processamento, como já citados (TRACEY; MANTYH, 2007). Tal condição, incluindo a dor crônica no ombro, pode então ser melhor compreendida quando considerada a inclusão do modelo biopsicossocial proposto por Engel em 1977 no processo de avaliação e tratamento dos pacientes (ENGEL, 1977). Esse modelo busca melhor elucidar a complexidade de tal condição ao afirmar que, os aspectos psicológicos e sociais não podem ser desvinculados dos aspectos biológicos, uma vez que, a condição de saúde e as doenças são diretamente influenciados por aspectos multidimensionais (ENGEL, 1977). A literatura aponta que os fatores psicossociais podem propiciar a piora ou a melhora da intensidade da dor e a incapacidade física de indivíduos com dor crônica (ENGEL, 1977; RICHARDS ET AL., 2018), além de que, esses aspectos intensificam o sofrimento, a resposta à dor e a incapacidade relacionada à dor (JAYAKUMAR et al., 2018; LUQUE-SUAREZ; MARTINEZ-CALDERON; FALLA, 2019; PLINSINGA et al., 2018).

A dor crônica e as crenças

Os fatores psicossociais impactam diretamente a qualidade de vida de indivíduos com dor crônica, fazendo com que estes vivenciem experiências desagradáveis, sobretudo no funcionamento da cognição, emoção e comportamento (TURK et al., 2016). A dor crônica,

também se relaciona com sentimentos de ansiedade e depressão, o que pode gerar aos indivíduos pensamentos deletérios constantes (CARSON; HOLLON; SHELTON, 2010), influenciando assim no enfrentamento da dor, o humor, o sono, e portanto, na qualidade de vida dessa população (TURK et al., 2016). Além disso, essas experiências negativas advindas da dor crônica, podem ser intensificadas na presença de crenças limitantes sobre a dor e o movimento, uma vez que essas, podem agravar a incapacidade, reforçando as experiências desagradáveis experimentadas pelos indivíduos com dor crônica (RICHARDS ET AL., 2018).

Interação entre a dor crônica no ombro e as crenças sobre a dor

As crenças, de acordo com a American Psychological Association, podem ser definidas como "aceitação da verdade, realidade ou validade de algo (por exemplo, um fenômeno, a veracidade de uma pessoa), particularmente, na ausência de comprovação". Dessa forma, o que o indivíduo acredita pode ser mais importante para a compreensão da própria condição do que o diagnóstico em si, uma vez que as crenças podem influenciar a forma de interpretar e agir perante uma experiência dolorosa (CANEIRO; BUNZLI; O'SULLIVAN, 2020).

A influência do sistema de crenças em condições de saúde específica pode ser melhor elucidada pelo Modelo de Senso Comum (do inglês, Common Sense Model – CSM) (LEVENTHAL et al., 1980). Segundo esse modelo, indivíduos que experimentam um episódio de dor musculoesquelética, buscam a compreensão do acontecimento atual. Entretanto, para isso, se baseiam nas crenças pessoais tanto para compreender a presença dos sintomas álgicos, quanto para adotar atitudes para enfrentar esse episódio (LEVENTHAL et al., 1980; LEVENTHAL; DIEFENBACH; LEVENTHAL, 1992). Esta ferramenta já foi utilizada para compreender o sistema de crenças de indivíduos com dor lombar crônica (BUNZLI et al., 2015, 2017; LIN et al., 2013), dor crônica no quadril (DE OLIVEIRA et al., 2020) e no joelho (BUNZLI et al., 2019; DARLOW et al., 2018), mas ainda não foi aplicada para explorar o sistema de crenças dos indivíduos com dor crônica no ombro.

Para indivíduos com dor crônica no ombro, embora o sistema de crença completo não tenha sido totalmente explorado até o momento, estudos têm demonstrado que as crenças podem influenciar a condição física e comportamental (MARTINEZ-CALDERON et al., 2018; VLAEYEN; LINTON, 2012). No entanto, em nenhum desses estudos o sistema de crenças completo foi explorado a partir das perspectivas dos próprios indivíduos. A incapacidade devido às limitações na função e na atividade geradas pela presença de dor crônica no ombro podem proporcionar experiências consideradas como perturbadoras pelos indivíduos por

estarem associadas à ansiedade, depressão e sofrimento (PAGE et al., 2019). As crenças limitantes sobre a dor e a própria condição de saúde podem aumentar esses sentimentos negativos (CANEIRO; BUNZLI; O’SULLIVAN, 2020), além de proporcionar comportamentos de evitação, que podem contribuir para o aumento da intensidade da dor e para a incapacidade prolongada em indivíduos com dor crônica no ombro (VLAEYEN; LINTON, 2012). Além disso, as crenças desses indivíduos sobre altos níveis de expectativa de recuperação e autoeficácia foram relacionados, significativamente, com menores níveis de ansiedade e incapacidade da dor (MARTINEZ-CALDERON et al., 2018). Ademais, as crenças sobre uma possível melhora e sobre a autoeficácia foram associadas à melhor evolução clínica, o que demonstra que o que o indivíduo acredita pode influenciar diretamente na reabilitação musculoesquelética (CHESTER et al., 2019).

A influência das crenças sobre as atitudes, comportamentos e sobre o prognóstico dos indivíduos com dor crônica no ombro reforça a necessidade de compreender o que o paciente acredita ser a própria dor, a origem, as causas, a durabilidade, a resolubilidade e as expectativas futuras com o tratamento (CANEIRO; BUNZLI; O’SULLIVAN, 2020; CHESTER et al., 2019; MARTINEZ-CALDERON et al., 2018). No entanto, até onde sabemos, não há nenhum estudo que explorou de forma abrangente e qualitativa as crenças dos indivíduos com dor crônica no ombro. A compreensão desses fatores pode favorecer a implementação de um tratamento fisioterapêutico multidimensional para essa população, uma vez que, por ser um fator modificável, as crenças podem ser consideradas um aspecto de grande importância durante a reabilitação musculoesquelética para otimizar o cuidado (PLINSINGA et al., 2018).

O objetivo do presente estudo foi compreender as crenças de indivíduos com dor crônica no ombro usando como referencial teórico as cinco dimensões do Modelo do Senso Comum (identidade, crenças, causas, consequências, controle e linha do tempo), as ações e estratégias para lidar e enfrentar a dor utilizadas por esses indivíduos perante a dor, e as experiências e expectativas com tratamentos fisioterapêuticos.

CAPÍTULO 2: MÉTODOS DO ESTUDO

Tipo de estudo

Foi realizado um estudo qualitativo exploratório com base em um quadro interpretativo (CHRISTINE; SUTO, 2008; KLEM et al., 2022). O estudo qualitativo utiliza métodos para compreender ou gerar hipóteses sobre um fenômeno, seus precursores e consequências (CURRY; MARCELLA, 2015). Além disso, esse método tem por objetivo compreender as perspectivas, crenças, valores, motivações e experiências de indivíduos e o contexto que essas se incluem (CRESWELL; CHERYL N., 2018). Na área da saúde, essa metodologia é utilizada para explorar fenômenos complexos encontrados por profissionais e usuários (CHRISTINE; SUTO, 2008).

O estudo em questão já foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 41215120.2.0000.5414) e seguiu as recomendações internacionais para a elaboração e desenvolvimento de desenhos baseados na pesquisa qualitativa do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), e do *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR)¹ (O'BRIEN et al., 2014; TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Contexto: O Modelo de Senso Comum

As perguntas deste estudo foram baseadas no Modelo de Senso Comum (do inglês *Common Sense Mode - CSMI*) (LEVENTHAL et al., 1980). De acordo com o Modelo do Senso Comum, indivíduos que vivenciam um episódio de dor musculoesquelética tentam entender seus sintomas com base em suas crenças pessoais, para dar sentido aos sintomas de dor, bem como para adotar atitudes para enfrentar a dor (LEVENTHAL et al., 1980).

O modelo do Senso Comum foi criado inicialmente para compreender o tratamento de indivíduos fumantes e adesão ao tratamento. O modelo foi elaborado dentro da área da psicologia em saúde com objetivo de compreender a influência do medo em ações de promoções de saúde como a cessação do uso de cigarros (LEVENTHAL et al., 1980), e elaborado, posteriormente, para compreender as condições de saúde e doença (CAMERON; LEVENTHAL, 2003). Na reabilitação musculoesquelética o modelo foi elaborado inicialmente para dor lombar (BUNZLI et al., 2017), e com base nesse, adaptamos o modelo para a dor crônica no ombro (Figura 1.)

A representação do início dos sintomas é baseada em cinco domínios de crenças pessoais: a identidade (o que é essa dor), a causa (o que causou), a consequência (quais são as consequências), o controle (quão bem posso controlar) e a linha do tempo (quanto tempo vai

durar) (LEVENTHAL et al., 1980; LEVENTHAL; DIFENBACH; LEVENTHAL, 1992). Essa estrutura já foi utilizada para entender o sistema de crenças de indivíduos com lombalgia crônica (BUNZLI et al., 2015, 2017; LIN et al., 2013), dor crônica no quadril (DE OLIVEIRA et al., 2020) e no joelho (BUNZLI et al., 2019; DARLOW et al., 2018), mas ainda não aplicada para dor crônica no ombro. Nesse estudo, adaptamos o modelo para esse grupo de participantes (Figura 1).

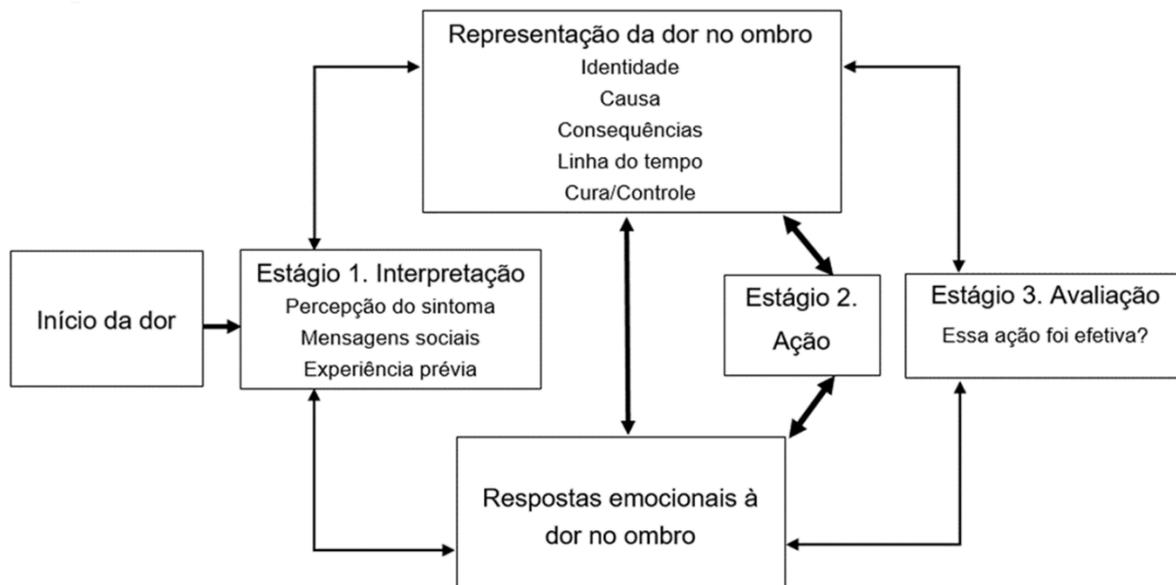


Figura 1. Modelo de Senso Comum adaptado e baseado em (BUNZLI et al., 2017)

Participantes, estratégias de amostragem e amostra

Indivíduos com dor crônica no ombro que aguardavam iniciar o tratamento fisioterapêutico na rede pública foram recrutados por meio das guias eletrônicas de encaminhamento. Dessa forma, 30 participantes foram escolhidos mediante a uma amostragem por conveniência ou por propósito (CHRISTINE; SUTO, 2008) no período de 10 de junho de 2021 a outubro do mesmo ano. Na pesquisa qualitativa, não existe um cálculo do tamanho da amostra prévio (MOSER; KORSTJENS, 2018), e esse número foi baseado nos critérios de Turner-Bowker et al (2018) para pesquisas qualitativas que utilizam entrevistas individuais para explorar a experiência e os conceitos sobre a própria condição de saúde de indivíduos com dor. Este estudo define que 99.3% dos conceitos, temas, e o conteúdo dos estudos qualitativos emergem com o desenvolvimento de 30 entrevistas. (TURNER-BOWKER et al., 2018)

Após a entrevista, esses indivíduos foram encaminhados para iniciar o tratamento fisioterapêutico. A identidade dos participantes foi preservada e os mesmos foram identificados utilizando o número que representa a ordem da coleta de dados (ex: paciente 1, paciente 2).

Foram incluídos no estudo indivíduos que apresentaram dor traumática e atraumática no aspecto anterolateral proximal do ombro, agravado com o movimento e com duração de pelo menos três meses e idade acima de 18 anos. Os critérios de exclusão foram ausência de dor no ombro e impossibilidade de compreensão ou de fala.

Inicialmente, para alcançar o número de 30 participantes, o convite à participação foi realizado para 34 pacientes. Dentre esses, dois não aceitaram participar; um não apresentava dor no ombro no momento da entrevista e uma entrevista foi excluída por não ser possível realizar a etapa de transcrição devido à baixa qualidade da gravação.

Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada é um dos instrumentos metodológicos mais utilizados na metodologia qualitativa (KORSTJENS; MOSER, 2017). Essa entrevista é composta por perguntas abertas, as quais estimulam a fala livre do participante além de melhor captar as perspectivas dos indivíduos (KORSTJENS; MOSER, 2017). As perguntas do presente estudo foram fundamentadas no Modelo do Senso Comum abordando as cinco dimensões das crenças pessoais do indivíduo, ação que abrange estratégias adotadas no quadro algico; coerência, se a dor faz sentido ao indivíduo, e por fim, experiências de tratamentos prévios (no início) e expectativa com o tratamento que irá receber (anexo A).

A entrevista foi realizada em um único momento, no contato inicial com o participante que estava na fila de espera para o início do tratamento fisioterapêutico. Esse procedimento demorou aproximadamente 60 minutos e foi registrado por meio de um gravador de voz, para garantir melhor precisão das falas dos participantes. Ao final, os participantes receberam o link dessa gravação podendo acrescentar ou retirar quaisquer informações que julgassem necessárias.

Procedimentos

Os indivíduos foram avisados sobre a sua livre participação e que a entrevista seria gravada. O consenso para a gravação também foi confirmado por áudio do início da entrevista. Dessa forma, os participantes foram entrevistados sendo as perguntas pré-elaboradas e o pesquisador conduziu o processo a fim de obter mais informações das falas dos participantes (QU; DUMAY, 2011). Por fim, foi enviado aos participantes um link, via *Whatsapp*® com a cópia da sua própria entrevista, e explicado que haveria a chance de acrescentar ou retirar quaisquer informações que julgarem necessárias. Nenhum participante sugeriu alterações na entrevista.

Aspectos éticos

O atual estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 41215120.2.0000.5414). Ao ser convidado ao comparecer ao setor para a triagem que ocorre previamente ao tratamento fisioterapêutico no setor público, foi explicado aos pacientes os objetivos e os procedimentos do estudo, que consiste na entrevista semiestruturada gravada. Além disso, foi reforçado que a participação permaneceria em total anonimato e que os participantes poderiam desistir a qualquer momento durante o procedimento. Não foi necessária a utilização de medicamentos ou a realização de qualquer intervenção como parte desse estudo. Após todos os esclarecimentos necessários, se os indivíduos aceitassem participar, foi solicitado a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B).

Considerando que os métodos, os critérios de inclusão e exclusão são conhecidos, as técnicas são não invasivas e dominadas pelos pesquisadores responsáveis, essa pesquisa teve risco mínimo à saúde do indivíduo. Os riscos presentes estavam relacionados às perguntas que instiguem a recordação de eventos traumáticos, entretanto, espera-se que o desconforto e sintomas desapareçam rapidamente. Todos os voluntários foram advertidos e esclarecidos da característica transitória desses efeitos antes que concordem em participar do estudo.

O risco de quebra de sigilo dos dados foi minimizado pelo armazenamento dos áudios obtidos das gravações das entrevistas em um local onde somente o pesquisador responsável tem acesso, e para compartilhar com os participantes via aplicativo, era necessário que o mesmo autorizasse o acesso do participante, impossibilitando que o conteúdo da entrevista pudesse ser acessado por outros indivíduos. Além disso, os dados de identificação dos indivíduos em formulários físicos e arquivos de análise foram armazenados em poder exclusivo dos dois pesquisadores principais do estudo (pós-graduando e orientador).

Como benefício direto, o fisioterapeuta realizou uma avaliação completa da dor no ombro dos indivíduos do grupo de pacientes e convidado a realizar a reabilitação fisioterapêutica oferecida pelo grupo de fisioterapeutas e estudantes do Ambulatório de Reabilitação do Complexo do Ombro - ARCO, no Serviço de Fisioterapia do Centro de Saúde Escola Cuiabá, Ribeirão Preto - SP.

Análise dos dados

Os arquivos de áudio referentes às gravações das entrevistas foram armazenados no Google Drive® do pesquisador responsável, e foi realizada a transcrição dos áudios utilizando Microsoft® Word 16.0 (Office 2016) seguindo as normas de Azevedo e colaboradores (AZEVEDO et al., 2017) para o processo de transcrição das entrevistas. Os documentos de

texto, com o conteúdo transcrito, foram armazenados juntamente com os arquivos de áudio no Google Drive® do pesquisador responsável.

As transcrições foram carregadas no software Nvivo 12 (QSR International, Melbourne, Australia) a fim de facilitar as análises do conteúdo das entrevistas. Foi realizada uma análise temática baseada nas 5 dimensões do Modelo do Senso Comum, a qual consiste em uma análise interpretativa dos dados e independente de referenciais teóricos (BRAUN; CLARKE, 2006). A análise temática auxilia a identificar, analisar e descrever padrões ou temas presente nos discursos dos indivíduos, sendo uma forma objetiva e resumida de apresentar os principais achados (BRAUN; CLARKE, 2006). Em seguida, foi realizado o método de codificação indutiva, o qual consiste na criação de códigos a partir dos dados coletados, que foram as narrações dos participantes. Esses códigos foram agrupados e organizados dentro das dimensões do Modelo do Senso Comum, que foram consideradas categorias. Para cada categoria, subcategoria, códigos e temas possivelmente emergentes foram discutidos entre dois membros da equipe (LJF e DPC) sendo o segundo, com ampla experiência na pesquisa qualitativa (CRESWELL; CHERYL N., 2018). Por fim, as categorias, subcategorias, códigos e temas foram organizados em uma tabela para melhor apresentar os resultados (MOSER; KORSTJENS, 2018).

Rigor nos dados qualitativos

Este estudo desenvolveu os Critérios de Avaliação de Lincoln e Guba (LINCOLN; GUBA, 1985) que são credibilidade, transferibilidade, confiabilidade e confirmabilidade. A credibilidade foi assegurada pela triangulação com os pesquisadores durante o estudo para analisar o processo de coleta de dados e identificar os temas finais; a verificação foi assegurada pelos participantes ao enviar o áudio e permitir a confirmação dos dados. A transferibilidade ocorreu por meio de descrições detalhadas da metodologia e dos procedimentos. A confiabilidade consistiu na realização de auditoria externa por pesquisadores externos ao projeto, com experiência em pesquisa qualitativa, com foco nos aspectos metodológicos. Por fim, a confirmabilidade consistiu na triangulação com os pesquisadores durante o estudo.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS

A média de idade dos indivíduos participantes foi de 52 anos (variando de 30 a 69 anos), sendo 90% do sexo feminino (27 mulheres) e 10% do sexo masculino (três homens). A média de tempo de dor no ombro foi de cinco anos e seis meses (5,6), sendo o menor tempo de três meses e o maior de 30 anos. A tabela 1 demonstra as características dos 30 participantes.

Os pacientes responderam as questões referentes às categorias do Modelo do Senso Comum e sobre as experiências prévias. Após a análise temática e a codificação indutiva emergiram subcategorias, temas e códigos dentro do modelo (tabela 2). Para elucidar os achados do estudo as citações que mais se aproximavam da definição da categoria foram selecionadas para compor a tabela de cada tema. Foram identificados 4 temas os quais serão apresentados a seguir: 1) Uso de termos médicos e a tentativa de compreensão do diagnóstico; 2) Impacto multidimensional da dor; 3) A melhora e o controle sobre a dor e 4) A fisioterapia e as sugestões de tratamento recebidas dos médicos (tabela 2).

Tema 1 - Uso de termos médicos e a tentativa de compreensão do diagnóstico

Todos os participantes foram encorajados a explicarem seu diagnóstico. Ao explicarem o seu diagnóstico, houve, além da repetição dos termos médicos presentes no diagnóstico anatomopatológico, a incompreensão do real significado dessas palavras (citação 1 e 2). Em todos os casos, a compreensão do próprio quadro clínico não demonstrou ser um fator crucial quando comparado aos sintomas vivenciados (citação 1 e 2). A incompreensão do próprio quadro clínico estimulou os pacientes a encontrar respostas esclarecedores, até mesmo buscaram informações na internet (citação 3). Entretanto, a incompreensão e a forma como o diagnóstico é dado, demonstraram impactar negativamente esses indivíduos, gerando um excesso de preocupação e um medo da piora do quadro clínico (citação 4).

Tabela 1. Caracterização dos participantes

Identificação	Sexo	Idade	Duração da dor (meses)	Ocupação	Diagnóstico e Exame de Imagem
Paciente 1	Feminino	55	24	Assistente de produção	Síndrome do manguito rotador
Paciente 2	Masculino	49	9	Desempregado (previamente reparador de máquinas)	Síndrome do manguito rotador (ruptura parcial do manguito rotador supraespinal)
Paciente 3	Feminino	30	36 (direito) 12 (esquerdo)	Cozinheira (afastada)	Síndrome do manguito rotador
Paciente 4	Masculino	51	36	Pintor	Síndrome do manguito rotador
Paciente 5	Feminino	54	48	Professora (aposentada)	Lesões do ombro (ruptura parcial do manguito rotador supraespinal)
Paciente 6	Feminino	43	60	Cabelereira e maquiadora	Síndrome do manguito rotador (tendinopatia do supraespinal)
Paciente 7	Feminino	67	12	Dona de casa	Artrose primária de outras articulações (osteoartrite erosiva nodal das mãos, tendinopatia do manguito rotador e síndrome do impacto do ombro)
Paciente 8	Feminino	38	36	Empregada doméstica	Trauma de tendão e músculo ao nível do ombro e braço
Paciente 9	Feminino	51	120	Faxineira	Síndrome do manguito rotador
Paciente 10	Feminino	59	24	Faxineira	Lesões do ombro (ultrassom: ruptura parcial do supraespinal e tendinopatia do infraespinal)
Paciente 11	Feminino	48	132	Desempregada (previamente assistente de produção)	Síndrome do manguito rotador
Paciente 12	Masculino	42	132	Digitador	Bursite do ombro
Paciente 13	Feminino	51	36	Faxineira (afastada)	Lesões do ombro (síndrome do impacto bilateral do ombro)

Paciente 14	Feminino	43	48	Faxineira	Trauma de tendão e músculo ao nível do ombro e braço
Paciente 15	Feminino	54	36 (direito) 12 (esquerdo)	Cuidadora	Lesão do músculo e tendão de outras partes do bíceps (tenossinovite da cabeça longa do bíceps).
Paciente 16	Feminino	65	7	Empregada doméstica (aposentada)	Síndrome do manguito rotador
Paciente 17	Feminino	59	60	Cuidadora e faxineira	Lesões do ombro e tendinopatia do supraespinal
Paciente 18	Feminino	50	3	Desempregada	Lesões do ombro e tendinopatia do subescapular
Paciente 19	Feminino	59	12	Desempregada	Outras artroses, artrose bilateral em ombros e joelhos
Paciente 20	Feminino	49	84	Cozinheira (afastada)	Síndrome do manguito rotador (reparo cirúrgico do manguito rotador já realizado)
Paciente 21	Feminino	41	60	Dona de casa e vendedora autónoma	Síndrome do manguito rotador (tendinopatia bilateral do supraespinal)
Paciente 22	Feminino	55	24	Faxineira (afastada)	Lesões do ombro (ruptura parcial do supraespinal)
Paciente 23	Feminino	51	204	Cuidadora	Síndrome do manguito rotador
Paciente 24	Feminino	54	96	Cabelereira	Síndrome do manguito rotador (artrose da articulação acromioclavicular, tendinopatia do supraespinal e infraespinal, ruptura completa do supraespinal, moderado derrame articular)
Paciente 25	Feminino	57	36	Cozinheira e Empregada doméstica	Síndrome do manguito rotador
Paciente 26	Feminino	53	72	Faxineira	Síndrome do manguito rotador (ultrassom: ruptura completa dos tendões do infraespinal e supraespinal, ruptura parcial espessa de alto grau do tendão subescapular, artropatia acromioclavicular. RMG: ruptura completa do tendão supraespinal, tendinopatia do supraespinal e infraespinal, bursite, sinais incipientes de artrose da articulação acromioclavicular)
Paciente 27	Feminino	69	3	Dona de casa	Lesões do ombro (ultrassom: bursite subacromial tendinite do supraespinal)
Paciente 28	Feminino	58	360	Costureira	Síndrome do manguito rotador
Paciente 29	Feminino	67	120	Dona de casa	Síndrome do manguito rotador (ultrassom, lado direito: ruptura do supraespinal/ lado esquerdo: sinais de tendinopatia do supraespinal)
Paciente 30	Feminino	54	72	Faxineira (afastada)	Síndrome do manguito rotador

Tabela 2. Interpretação dos dados qualitativos. Categorias pertencentes ao Common Sense Model (CMS) e subcategorias, códigos e temas emergentes após análise das entrevistas semiestruturadas.

Temas	Categorias (CSM)	Subcategorias	Definição	Citação	Códigos
Uso de termos médicos e a tentativa de compreensão do diagnóstico	Identidade	Compreensão do diagnóstico	Como os indivíduos compreendem o próprio diagnóstico e estratégias utilizadas para elucidar os termos médicos	(...) só olhei no Google mesmo, porque...eu acho, assim, tendões rompidos devem ser os nervos ou alguma coisa... ou se está ligado a alguma coisa (Paciente 1) (...) Tendinite no subescapular e no supraespinhoso. Ai eu não sei não (o que é), eu sei que é esses nervos que tem no...esses músculos que tem no ombro aqui. (Paciente 12)	Termos médicos Incerteza Dor é superior Busca na internet
		Impacto do diagnóstico	Como a utilização dos termos médicos para o diagnóstico das patologias afetam os participantes	(...) nossa, rompimento, o que você imagina com isso? Uma coisa que fica (...) soltando, imaginei uma coisa grudada assim que vai se soltando, imaginei isso, falei...ainda brinquei com meu esposo, daqui uns dias essa pelinha aqui vai se rasgar também e vai acabar de romper (...) (Paciente 14)	Ombro danificado Medo da piora
Compreensão dos exames de imagens		Como os indivíduos compreendem e interpretam os resultados dos exames de imagem	(...) na verdade eu não entendi quase nada (...). Ah o jeito que assim os que médicos escrevem né? Quase não entendi (Paciente 14)	Incompreensão Indiferença	
	Causas	Impressões pessoais da origem da dor	Opinião dos indivíduos sobre a origem da dor baseadas em experiências prévias próprias ou observadas em pessoas próximas	<i>Eu acho que sei lá, eu acho que é da idade né? (...)</i> <i>Ou de família, meu pai tinha artrose na coluna, meu pai tinha, ele ficou inválido com 70 anos (...).</i> (Paciente 7) <i>Eu estou achando que é igual o joelho, desgaste. Para mim acho que é o desgaste, porque eu já estou com desgaste no joelho.</i> (Paciente 19)	Movimentos repetidos Esforço excessivo Trabalho Posturas inadequadas Idade Trauma Dúvida Desgaste
		Opinião dos profissionais da saúde	Opinião dos indivíduos sobre a origem da dor baseadas nas opiniões dos profissionais da saúde	(...) o médico me explicou dessa forma, que é porque eu estou com tendão fraco, que eu preciso fortalecer, por isso que me dá a dor, porque abriu né? Rompeu, um pouquinho, mas rompeu (...) (Paciente 10).	Tendão fraco Desgaste Fraqueza

	Coerência	Percepção da dor	Compreensão que os indivíduos possuem sobre a presença da dor	(...) <i>não faz sentido (...) porque ninguém merece ter dor, ninguém merece ter dor ainda mais uma dor contínua, todo dia, 24 horas por dia, há 2 anos é a mesma coisa, mesma coisa, mesma coisa. Não precisa ter dor!</i> (Paciente 22)	Coerência pós-trauma Incoerência da intensidade Incoerência da não resolubilidade
		Significado da dor	Significado que os indivíduos atribuem para a presença da dor	<i>Ah eu acho que...às vezes tem coisas que acontece na nossa vida que é para desacelerar um pouco a gente sabe? (...) esse problema no ombro foi uma...um acidente.</i> (Paciente 18)	Ausência de significado Limitações e consequências Aprendizado
Impacto multidimensional da dor	Consequências	Impacto funcional	Prejuízos decorrentes da dor nas atividades de vida diária e no medo-evitação dos movimentos	(...) <i>começa doer eu já paro, eu não gosto de esforçar muito (o ombro) porque eu fico com medo. (...) de machucar mais porque eu não estou vendo, tem medo de prejudicar mais.</i> (Paciente 14)	Evitação Autocuidado Tarefas domésticas Trabalho
		Impacto emocional	Prejuízos emocionais decorrentes da dor no humor, bem-estar e na autoestima dos indivíduos	(...) <i>eu sempre fui bem vaidosa, sabe? Eu gostava dos meus batons, de estar sempre arrumando o cabelo, hoje eu não consegui pentear o cabelo, tentei, mas é isso aqui, puxa, enrola (...) Então o que eu acho mais difícil são os meus cuidados.</i> (Paciente 23)	Humor Bem-estar Autoestima Dependência Ajudar outras pessoas
		Impacto social	Prejuízos decorrentes da dor no convívio social com amigos, família e colegas de trabalho	(...) <i>então eu converso com dor, eu como com dor, eu estou ficando uma pessoa chata de ficar perto das pessoas porque nada tem graça. Estou conversando a dorzinha lá.</i> (Paciente 21)	Convívio Relação familiar Suporte familiar
		Impacto financeiro	Prejuízos financeiros decorrentes da dor como a impossibilidade de trabalhar, afastamento e perda do emprego	<i>Eu estava afastada (...) me mandaram embora. Eu estou desempregada menina, não posso trabalhar, porque dói muito, dói muito meu ombro.</i> (Paciente 11)	Afastamento Perda do emprego Desemprego Preocupação

A melhora e o controle sobre a dor	Ação	Estratégias para reduzir a intensidade da dor Estratégias para realizar movimentos e atividades	Estratégias adotadas com o objetivo de obter o alívio da dor Estratégias adotadas para realizar movimentos e atividades independente da existência da dor	<i>Imobilizo ele (o ombro), tomo remédio, ponho debaixo do chuveiro, peço para Deus me ajudar a tirar dor.</i> (Paciente 11) <i>(...) eu divido já o serviço agora, para mim...tipo assim, o dia que eu limpar a casa inteira, eu não lavo os dois banheiros, e nem lavo o quintal, porque eu esforço muito entendeu?</i> (Paciente 13)	Medicamentos Exercícios Compressas/imersões Imobilização Pedido de ajuda Evitação Adaptações Distração
	Controle	Controle dos sintomas Estratégias de enfrentamento (<i>coping</i>)	Sentimento dos indivíduos em relação à capacidade de controlar a intensidade da dor Estratégias e ações utilizadas pelos indivíduos para controlar a intensidade da dor	<i>Não tem, eu acho que não (...) porque se eu tivesse controle ela não ia doer nunca, não ia (risos).</i> (Paciente 14) <i>Eu ponho umas músicas que eu tenho no meu celular assim, (...) e aí eu fico...tranquilo, esqueço tudo!</i> (Paciente 29).	Com ou sem controle Alta intensidade Persistência Estado emocional Medicamento Evitação Reforço positivo Religiosidade
	Linha do tempo	Expectativa de melhora Intervenções que levarão a cura permanente	Sentimentos positivos e negativos que os indivíduos apresentam sobre a própria recuperação Ações e intervenções que podem ser benéficas para alcançar a melhora do quadro clínico	<i>Eu tenho esperança, ah porque eu confio em Deus né? E eu tenho fé que vai melhorar né, as coisas, vai passar tudo isso né?</i> (Paciente 15). <i>(...) eu acho que esse ombro meu esquerdo não vai ter solução não. Porque eu acho que não tem, isso aqui não vai ter saída.</i> (Paciente 13) <i>É o repouso né? (...), porque você repousando você deixa de ficar fazendo aquela força todo dia né?</i> (Paciente 4)	Melhora Cura Melhora mas não a cura Fala de profissionais Fala de pessoas próximas Medicamento correto Exames Cirurgia Fisioterapia Espiritualidade/religiosidade Repouso e evitação

<p>A fisioterapia e as sugestões de tratamento recebidas dos médicos</p>	<p>Tratamentos/ Experiências</p>	<p>Tratamento fisioterapêutico prévio</p> <p>Expectativa com a fisioterapia</p> <p>Sugestões de médicos</p>	<p>Experiências de tratamentos fisioterapêuticos anteriores</p> <p>Expectativa com o futuro tratamento fisioterapêutico</p> <p>Sugestões de tratamentos dadas aos pacientes pelos médicos responsáveis.</p>	<p><i>Fiz fisioterapia que o médico passou. Melhorou, eu voltei a trabalhar, aí eu voltei a trabalhar e voltou de novo (a dor)(Paciente 9)</i></p> <p><i>Expectativa? Ah eu acho que vai melhorar bastante a dor, eu acho que só uns exercicioszinhos que eu fiz em casa deu uma boa melhorada do que eu estava. Eu acredito que melhora (Paciente 16)</i></p> <p><i>Acho que a fisioterapia ajuda, porque até o meu médico falou que fortalecimento da uma ajudada, tanto é que ele até me recomendou ir na academia né? (...) ele (o médico) falou que a melhor opção era fortalecer, teria que fazer algum exercício né? (Paciente 8)</i></p>	<p>Com/sem resolubilidade Melhora com retorno da dor Recomendações</p> <p>Expectativa de melhora Melhora duvidosa Sem melhora Melhora da dor Melhora do movimento Preferência do conservador</p> <p>Tratamento cirúrgico Tratamento conservador Influência dos médicos</p>
--	---	---	---	--	--

A presença da dor crônica do ombro associada às outras patologias, como por exemplo a fibromialgia, pode apresentar características particulares: três participantes (P6, P17, P30) com o diagnóstico de fibromialgia relataram que conseguem discernir a dor na articulação do ombro das dores advindas da condição reumatológica (citação 5). No que se refere à causa da dor, houve diferentes crenças dentre os indivíduos como: movimentos repetitivos (P9, P12, P24 e P30); esforços excessivos (P5, P21, P26 e P28), atividades ocupacionais (P14, P22 e P23), posturas inadequadas (P17 e P29), idade (P1 e P7), desgaste por já ter em outra articulação (P19), ou eventos específicos como uma queda (P8 e P16). Somente dois (P15 e P20) relatam não saber. Outros (P3, P6, P11, P18, P25, P27) acreditam que pegar objetos pesados, desencadeiam os sintomas dolorosos e por isso, pode ser uma possível causa. Alguns indivíduos (P2, P4, P10 e P13) atribuíram a dor às possíveis alterações anatômicas que podem ser decorrentes de esforços repetitivos, quedas ou atividades ocupacionais. Além disso, a interpretação da explicação e informações dadas pelos profissionais da saúde sobre a origem da dor pode influenciar diretamente as crenças dos indivíduos sobre a causa do quadro algíco (citação 6).

No que se diz respeito a coerência da dor, alguns indivíduos compreendem o sentido de apresentarem dor crônica no ombro, e outros não. Entretanto, pode-se notar que indivíduos em que a dor se iniciou após um evento traumático demonstraram uma maior compreensão da razão de apresentarem esses sintomas dolorosos quando comparados a indivíduos que não vivenciaram um movimento específico (citação 7). A não resolubilidade e a dificuldade em diminuir a intensidade da dor podem contribuir para os indivíduos não compreenderem a própria condição (citação 7). O significado atribuído para o quadro clínico de dor pelos participantes pode variar de acordo com as próprias experiências. Alguns acreditam que há um sentido embora não tenha encontrado até o momento e outros atribuem um significado negativo devido as consequências e limitações proporcionados pela dor (citação 8). Entretanto, alguns atribuíram significados positivos por aprenderem algo ao conviverem com a dor (citação 9).

Tabela 3. Trechos de narrativas dos participantes relacionadas ao Tema 1: Uso de termos médicos e a tentativa de compreensão do diagnóstico.

Citações	Narrativas
C1	<i>“O médico tinha falado que era um rompimento parcial do tendão (...) eu não sei se é desgaste assim, por conta do trabalho, eu só sei quando os outros perguntam para mim, “o que que você tem no ombro?”, rompimento parcial do tendão. O que significa? Assim, não sei muito, porque para mim, que nem eu falei, significa que eu sinto muita dor.” (Paciente 14)</i>

C2	<i>“É o médico deu aquele laudo né? Manguito, síndrome do manguito, eu também não conhecia. Eu sei que eu tinha dor né (risos) quais os nomes dos nervos, né, que estavam quebrados (...) o pouco que eu sei é isso, que são 4 nervos né? E ou rompe ou saem do lugar por falta de musculatura, ou alguma coisa assim né? Mas eu não tenho muita coisa aprofundada não.” (Paciente 17)</i>
C3	<i>“O médico só falou assim que esse exame, deu tendinite, bursite e tendões rompidos, só foi isso que ele me falou (...) Eu andei fuçando no Google, na internet, porque a minha curiosidade é muita, aí eu falei assim, uai tem alguma coisa né? Aí eu fui lá, olhei, olhei os desenhos todos. Só olhei no Google mesmo” (Paciente 1)</i>
C4	<i>“Nossa, rompimento, o que você imagina com isso? Uma coisa que fica tipo assim, soltando do imaginei uma coisa grudada assim que vai se soltando, imaginei isso. Ainda brinquei com meu esposo, daqui uns dias essa pelinha aqui vai se rasgar também e vai acabar de romper, porque eu não sei mais o que fazer com o ombro “. (...) Eu faço de tudo, aí começa doer eu já paro, eu não gosto de esforçar muito porque eu fico com medo, medo de machucar mais porque eu não estou vendo tenho medo de prejudicar mais, não sei (...) Tem gente que fala tanta coisa do braço sabe? Cair, ficar sem movimento nele, eu fico com medo dessas coisas.” (Paciente 14)</i>
C5	<i>“ Eu liguei a dor com a fibromialgia, que cada hora aparecia em um lugar né? (...) mas era uma dor que não ia embora, né?! As outras aparecem no lugar, vai embora, aparece no outro, passa uma semana incha, esquenta e vai embora né? Essa não, essa fica, principalmente à noite né? A hora que eu estou dormindo vem aquelas agulhadas, terríveis aí é alguma coisa diferente né? Não é a mesma coisa (...)” (Paciente 17)</i>
C6	<i>“Ah mais quando eu pego peso (causa a dor) (...) o médico me explicou dessa forma, que é porque eu estou com tendão fraco, que eu preciso fortalecer, por isso que me dá a dor, porque abriu né? Rompeu, um pouquinho, mas rompeu. (...) ah eu não sei certo né? Porque a gente não tem estudo, a gente não tem estudo sobre essas coisas né? Mas como ele estudou né? Sabe mais que eu (...) Não sei porque que aconteceu isso, foi de repente que essa dor veio” (Paciente 10)</i>
C7	<i>“Não, dor não tem sentido né? Se você não machucou, não foi um acidente, não aconteceu nada, de repente ela apareceu, para mim ficou sem sentido, não sei de onde que ela veio, como lesionou o nervo, não sei, não sei de onde ela veio, eu sei que ela surgiu.” (Paciente 17)</i>
C8	<i>“Tem (significado) ela (a dor) tirou tudo o que eu queria fazer na minha vida”. (Paciente 22)</i>
C9	<i>“(…) uma coisa eu aprendi (...) que sempre a gente precisa de alguém, entendeu? Porque eu nunca fui de pedir (...) eu também não pedia, sabe? Então eu acho que essa dor, me trouxe na realidade. Porque todo mundo precisa de alguém, por que eu sou diferente? Então nisso, ela (a dor) me ensinou a ser bem mais humilde, entendeu? (...) eu tinha humildade, mas assim, em matéria de falar, “eu preciso de você” (...) Hoje eu tenho”. (Paciente 20)</i>

Tema 2 - Impacto multidimensional da dor

Todos os participantes relataram as consequências proporcionadas pela dor crônica no ombro na função, no emocional, no social e no financeiro dos participantes, além de expor estratégias para reduzir a intensidade da dor e realizar movimentos. O impacto funcional foi definido por dificuldades ou impossibilidade em realizar atividades funcionais como as atividades de vida diária, além da adoção de comportamentos prejudiciais como a evitação. O impacto emocional foi definido por prejuízos no humor, bem-estar e na autoestima dos indivíduos. O impacto social foi definido por prejuízos ocasionados pela dor crônica do ombro

no convívio social com amigos, família e colegas de trabalho. Por fim, o impacto financeiro foi definido por prejuízos decorrentes da dor como por exemplo a impossibilidade de trabalhar, o afastamento e/ou a perda do emprego.

Todos os participantes apresentaram dificuldade na realização de movimentos na articulação glenoumeral o que impactou a função de forma diferente cada indivíduo. As tarefas de autocuidado e de higiene pessoal (P3, P5, P9, P11, P14, P15, P22, P23, P29), tarefas domésticas (P1, P3, P6, P7, P9-P11, P13, P14, P17-21, P23-P29), e atividades ocupacionais (P1, P3, P4, P6, P8, P9, P10, P12, P13, P14, P17) foram as mais afetadas pela dor crônica. Para a maioria das mulheres, além da dificuldade de realizar as atividades ocupacionais, há juntamente, uma limitação na execução de atividades do cuidado da casa (citação 10). Diferentemente, para participantes do gênero masculino, o impacto maior aparenta ser somente nas atividades pertencentes ao trabalho e ao lazer (citação 11). Ademais, somente sete participantes (P1, P2, P4, P10, P25, P27, P29) não apresentaram medo e evitação de alguns movimentos ou atividades. O comportamento era adquirido com medo de piorar a própria condição, ou até mesmo de experimentar um aumento da intensidade da dor. Além disso, a fala dos profissionais, sobretudo dos médicos, pareceu contribuir para os participantes adotarem essas posturas (citação 12).

A alteração do humor foi um item frequentemente identificado ao explorar o âmbito emocional dos pacientes, uma vez que a presença de dor constante pode proporcionar uma reação de irritabilidade. Além disso, pode observar, que a impossibilidade de exercer a profissão desejada foi uma consequência de grande impacto na estabilidade emocional dos indivíduos (citação 13). A impossibilidade de praticarem tarefas prazerosas em decorrência da dor no ombro, para alguns proporcionou um sentimento de tristeza (citação 14). Outro fator fortemente evidenciado na fala dos participantes foi o sentimento de angústia em decorrência da necessidade de ajuda para realizar tarefas de atividade de vida diária, e o medo de, futuramente, se encontrarem em um estado de dependência (citação 15). Além disso, em mulheres que exercem o papel de cuidar, houve o sentimento de preocupação e ansiedade devido a impossibilidade de oferecer cuidado para os maridos ou filhos que dependem de auxílio (citação 16). Ademais, foi mencionado dificuldades para cuidar da própria imagem o que impactou diretamente na autoestima das pacientes (citação 17). Para uma paciente (P6) a dor causou um impacto na atividade sexual e houve uma redução da frequência sexual e por isso um aumento da preocupação por se sentir menos ativa nessa área (citação 18).

Foi possível observar que a presença de dor crônica no ombro e as consequências vivenciadas e relatadas pelos pacientes podem ser motivos de dúvida e incredibilidade entre os familiares (citação 19). Além das relações familiares serem prejudicadas, os indivíduos relataram

também, dificuldades em aproveitar momentos com os familiares e amigos, desde brincar com os netos até estar em um ambiente com mais pessoas (citação 20), impactando de forma direta a esfera emocional desses pacientes.

O receio de perder o emprego devido às limitações funcionais provocadas pela dor, e consequentemente, o impacto financeiro ocasionado pela perda da atividade remunerada, foram assuntos identificados (citação 21). As narrações demonstraram que devido à impossibilidade de abdicar de uma renda, à proximidade de aposentar-se, ou não saber exercer outra profissão, não permitam que esses indivíduos possam parar de trabalhar, ou optar por outra ocupação (citação 22). Em contrapartida, pacientes que estão demitidos, afastados ou impossibilitados de retornarem ao trabalho devido à dor no ombro, demonstram necessidade de retornar, principalmente pelo prejuízo financeiro que vivenciam (citação 23).

Tabela 4. Narrações dos participantes referentes ao Tema 2: Impacto multidimensional da dor e estratégias para combatê-la

Citações	Narrativas
C10	<i>“Torcer pano, esfregar chão, estender roupa. É dia-a-dia geral, tanto eu faço em casa, quando eu faço no serviço, que além de cuidar das senhoras, eu tomo conta da casa também né?” (Paciente 17)</i>
C11	<i>“Quando dói muito, a dificuldade maior é mexer com os equipamentos que tem, no caso a lixadeira, as duas lixadeiras elétricas a ar, e também no revólver de pintura (...) Ah atrapalha só na parte do trabalho” (Paciente 4)</i>
C12	<i>“Ultimamente, na verdade, eu ando pensando muito no que o doutor falou para mim, que como o ombro não está com todos os ligamentos, ele fala “não força”, (...), porque já começou, de uns dias para cá, me dar medo de romper tudo, de chegar uma lesão total, porque ele (o médico) falou que eu estou correndo esse risco, então aí já começou a me dar esse tipo de medo assim, mas antes não, antes, porque ninguém me falou a gravidade disso. Então assim, ele (o médico) me explicou e falou “olha, você tem que se policiar (...) a dor vai te falar para, e você para porquê quanto mais você forçar vai romper mais” (Paciente 24)</i>
C13	<i>“A maquiagem não é só profissão, é o amor da minha vida é o que eu quero. Eu quero morrer segurando um pincel na mão, é o que eu mais gosto de fazer, e eu falei como? Porque foi começando a ficar impossível” (Paciente 6)</i>
C14	<i>“Então eu amo nadar mas para sair da piscina é muito difícil. Meu genro tem que me ajudar porque eu não aguento, parece que está tirando uma baleia encalhada de dentro da piscina, é assim, muito triste essa cena para mim, mas eu não aguento, meus joelhos não aguentam a levantar sozinha, e meus ombros não aguentam a sair se eu tiver que fazer algum apoio” (Paciente 5)</i>
C15	<i>“Aí você fica (paciente começa chorar), dependendo de tudo. Eu tenho 51 anos eu nunca fiquei parada, sempre trabalhei (chora com maior intensidade) (...) Você já pensou eu chegar num ponto daquele? Eu chegar num ponto daquele, de ter que ser cuidada? Eu sei com nós todos pode acontecer, mas você já pensou, eu tomava conta de 8 idosos” (Paciente 23)</i>

C16	<i>“Eu fico preocupada por causa que eu te falo, se eu aumentar a minha dor vai atrapalhar mais e o marido precisa de mim. Então a primeira coisa que eu ponho na cabeça é isso, se eu deixar de fazer para mim alguma coisa tudo bem, mas tem que estar bem para ajudar o marido (risos)” (Paciente 29)</i>
C17	<i>“(…) eu sempre fui bem vaidosa, sabe? Eu gostava dos meus batons, de estar sempre arrumando o cabelo, hoje eu não consegui pentear o cabelo, tentei, mas é isso aqui, puxa, enrola (…) Então o que eu acho mais difícil são os meus cuidados” (Paciente 16)</i>
C18	<i>“Sabe uma coisa que tem me preocupado? Que é uma coisa muito íntima, mas eu vou falar. Por exemplo, ter relação sexual. Eu sinto dor depois, eu tenho no corpo. Eu tenho bastante dor (…) não percebo que às vezes eu dei um abraço, ou apertei (…) eu sinto depois no ombro direito. Sinto dor. Tem dias que eu já tomo um remédio para no outro dia eu não sentir a dor. E aí eu percebo que eu estou menos ativa sexualmente, porque isso, eu fico com medo de depois ficar assim sabe?” (Paciente 6)</i>
C19	<i>“Até meu marido está reclamando, a gente vive em crise porque ele fala que nunca viu uma mulher que sente dor todo dia. Mas eu estou com dor. Eu sinto muita dor no ombro e assim (…) até ele (o marido) fica zoando de mim (…) ah me sinto triste, porque eu estou com dor aí ele acha que eu estou inventando” (Paciente 8)</i>
C20	<i>eu pegava a minha neta de 3 anos, vivia com ela no colo, hoje eu já não pego mais, nem do lado direito eu pego. (…) com o tempo a dor é tão insuportável que eu parei de ir, eu fico só dentro de casa porque me incomoda, eu estou em um lugar aquela dor está me incomodando, aquilo vai me irritando (…) para não deixar as outras pessoas incomodadas comigo, então eu não vou. Eu prefiro ficar em casa. Eu fico mal por isso, porque eu deixei de fazer um monte de coisa que eu gosto, infelizmente eu prefiro ficar dentro de casa, com a minha dor, no meu canto, lá quietinha do que você ir e incomodar os outros” (Paciente 22)</i>
C21	<i>“Uma hora o próprio patrão vai chegar e falar assim pra você “olha, eu não posso ficar mais com você”, e aí? (…) você já pensou? É que nem eu e meu marido, a gente, faz o que? Faz 6 anos que a gente comprou nossa casa né? Então, então assim, você vai colocando essas coisas na cabeça, às vezes você está sentindo a dor, mas é a mesma coisa que você não está sentindo a dor, porque do jeito que a situação está hoje em dia, você não pode brincar” (Paciente 1)</i>
C22	<i>“O doutor disse que eu tenho que parar com a faxina mas se for para eu parar vou viver do quê? Tem trabalhar né? Então toda vez que eu vou fazer faxina eu saio como braço de lá que eu não aguento de dor (…) eu sei que para eu sarar mesmo eu tenho que parar de fazer essas coisas que eu faço que é o que eu trabalho né? Faxina. Mas eu não tenho condições de parar porque não tem nenhum outro jeito de ganhar dinheiro, e se continuar fazendo o mesmo serviço, os mesmos movimentos o ombro não vai melhorar” (Paciente 9)</i>
C23	<i>Estou afastada desde 2014 (…) só que eu quero trabalhar, entendeu? Eu não aguento mais. (…) porque eu ficar dependo de INSS faz quase 2 anos que eu não recebo, entendeu?! Então eu acho isso humilhante para mim. Então eu preciso, eu preciso, eu necessito do meu trabalho!” (Paciente 20)</i>

Tema 3: A melhora e o controle sobre a dor

Os indivíduos foram encorajados a responderem sobre a própria capacidade de controlar a dor além das estratégias que utilizam para isso. Os participantes responderam sobre estratégias que utilizam para diminuir a intensidade da dor e fazer atividades e exercícios mesmos com os sintomas algícos; o que acreditam ser o caminho para obter a melhora, e quanto tempo acreditam que a dor irá durar, além de falarem sobre as suas expectativas de melhora definitiva para o futuro.

No que se refere à categoria ação, as estratégias utilizadas para diminuir a intensidade da dor, todos os indivíduos relataram utilizar medicamento para aliviar a dor. Entretanto, o receio das consequências da medicação prolongada esteve, constantemente, presente na fala dos indivíduos, além do relato de sintomas físicos decorrentes do uso de medicação, como problemas gastrointestinais (citação 24). Além dos fármacos, os participantes revelaram a utilização de compressas quentes e/ou frias ou imersão da articulação em diferentes temperaturas. As fontes dos aprendizados dessas estratégias foram as recomendações de profissionais da saúde, a experiência ou sugestão de familiares e amigos, as experiências próprias, e as buscas na internet (citação 25). Alguns pacientes utilizaram os movimentos para aliviar a dor, sendo que desses, dois participantes (P10 e P20) receberam orientações do setor público, e um (P12) utilizou os movimentos que aprendeu em um tratamento prévio. Outros pacientes utilizaram movimentos não recomendados por profissionais da área da saúde, mas sim por familiares ou até por si próprio, e dentre esses, dois indivíduos (P5 e P16), acreditaram estar fazendo fisioterapia neles mesmos (citação 26). Por fim, houve a opção pela imobilização da articulação, entretanto, embora dois participantes (P11 e P18) relataram melhora, uma paciente (P14) houve o relato de que, embora a melhora fosse perceptível a curto prazo, houve o aumento da intensidade da dor no momento da volta do movimento (citação 27).

As estratégias utilizadas para realizar atividades ou movimentos apesar da dor variaram para cada indivíduo devido às diferentes ocupações e necessidades particulares. Embora alguns indivíduos evitem fazer movimentos (já discutido em impacto funcional), outros esperavam a dor passar para realizar a tarefa necessária, ou criaram adaptações para conseguir executar as tarefas independente das limitações (citação 28) No que se refere ao controle da dor, 17 indivíduos afirmaram que acreditavam não serem capazes de controlar a dor (P1, P2, P6-P9, P13, P14, P16, P21-P26, P28, P30) devido à presença constante e indesejada da dor e também pelas estratégias adotadas para controlar os sintomas álgicos. Oito indivíduos (P4-P5, P11, P17, P20, P25, P27, P29) acreditavam que exercem algum controle sobre a dor, um (P12) já se acostumou com a situação, e outro (P18) tento exercer algum controle. Além disso, dois participantes (P15 e P19) relataram perceber que o controle que têm sobre a dor depende do estado emocional em que se encontravam no momento (citação 29). Houve a opção de não realizar tarefas para não aumentar a intensidade da dor, a opção de esperar alcançar a tolerância máxima para utilizar um medicamento além da utilização de palavras de reforço positivo a fim de amenizar os sintomas dolorosos.

No que se diz respeito às expectativas de melhora, ou seja, sentimentos que os indivíduos apresentavam sobre a própria recuperação, 22 indivíduos (P1, P2, P4-P7, P9-P12,

P15, P17, P18, P21-P25, P27- P30) relataram ter esperança para o futuro, cinco (P13, P14, P16, P19 e P26) apresentavam dúvidas, e três (P3, P8 e P20) afirmavam que não esperavam nada. Em relação ao acreditarem na melhora do próprio quadro clínico 19 indivíduos (P5, P6, P8-P18, P23, P24, P26, P27, P29 e P30) acreditavam em uma possível melhora; 4 (P19, P20, P25 e P30) afirmavam não acreditar na própria melhora; quatro (P3, P4, P21 e P28) condicionavam a melhora aos tratamentos específicos como medicamentos, suplementos e exames e três (P2, P7 e P22) acreditavam que a dor irá melhorar mas o ombro nunca voltará a normalidade. Além das crenças de uma possível melhora no quadro clínico, houve novamente, a influência da interpretação da fala dos profissionais da saúde sobre a perspectiva de auto melhora dos participantes, como por exemplo, a frequente fala que a cura total não é possível (citação 30). Além dos profissionais da saúde, foi possível identificar o impacto que a interpretação da fala de pessoas com convívio e que experimentaram a mesma situação possui (citação 31).

No que diz respeito ao melhor caminho para obter a melhora, 11 participantes (P1, P6, P8-P10, P12, P14, P15, P18, P19, P23) acreditam que a fisioterapia pode ajudar para aliviar a dor e não necessitar de uma possível intervenção cirúrgica. Cinco indivíduos (P13, P20, P25, P26, P30) não sabiam o que pode ser feito para ajudar. Três participantes (P7, P17, P21) acreditavam que a associação de medicamentos e fisioterapia pode ser o melhor caminho para alcançar a melhora. Três indivíduos (P4, P22, P24) defendiam que o repouso e a evitação de movimentos que causam dor fosse a melhor solução. Dois participantes (P3 e P5) acreditavam que os medicamentos e suplementos corretos já eram suficiente proporcionar melhora. Dois participantes (P16 e P28) afirmavam que seria necessários exames específicos para identificar a causa da dor. Dois indivíduos (P2 e P29) defendiam que a cirurgia é o melhor caminho, embora um participante (P29) acreditava que a fisioterapia também podia ser uma alternativa.

Nesta dimensão houve intensamente a presença de religiosidade e espiritualidade, (citações 32 e 33) desde as estratégias e recurso de enfrentamento da dor, até crença de melhora definitiva da condição. Quatorze indivíduos (P5-P7, P9-P11, P13-P15, P19, P23, P24, P27, P29) citaram Deus e sua crença em Ele, quando questionado sobre uma possível melhora, além de acreditarem na contribuição da igreja para a obtenção da melhora do quadro clínico. Por fim, a presença da religiosidade esteve, novamente, na fala dos indivíduos, onde 2 participantes (P11 e P27) acreditavam que somente Deus irá curá-lo (P11).

Tabela 5. Narrações dos participantes referentes ao Tema 3: A melhora e o controle sobre a dor

Citações	Narrativas
C24	<i>“Muito ruim né? Ter que tomar remédio diário, todos os dias ter que tomar remédio, prejudica o estômago da gente né? Tem que tomar o remédio do estômago também, porque...muito remédio. Eu já tomo o remédio de depressão sabe? Então eu tomo muito medicamento aí mais medicamento” (Paciente 9)</i>
C25	<i>“Dá uma leve aliviada, se eu ligar o chuveiro bem quente e pôr no mais quente que eu tiver no chuveiro e pôr no braço, aí eu tomo o dipirona e vou para debaixo do chuveiro, isso é a noite toda! É a noite toda, eu andando fazendo isso, aivia (...) porque o médico falou para o meu marido que era para ele tirar a dor dos rins, ele tomar o remédio e pôr as costas debaixo do chuveiro que aliviava a dor, aí ele começou e falou para mim “faz do jeito que o médico falava para mim, vai para debaixo do chuveiro” e assim está indo (...) é a minha vida isso. Eu se for para um lugar que não tiver chuveiro quente eu nem vou!” (Paciente 23)</i>
C26	<i>“Eu vejo se consigo já fazer alguma coisinha tipo fisioterapia sabe? Eu estico meu braço eu mesma na cama, vou fazendo algum movimento. Eu não sei o que que eu estou fazendo, se está melhorando, se não está. Eu não deixo o braço parado (...) muita coisa é extinto” (Paciente 5)</i>
C27	<i>“E teve uma semana que estava doendo muito, eu peguei e enrolei uma faixa inteirinha no braço) também deu uma sensação que melhorou. Fui tentando, apoiei o braço, sabe tipoia, assim? Minha filha tem uma em casa, aquelas que é móvel que você coloca, eu fiquei o dia inteiro com ela. Olha deu uma melhorada, mas na hora que eu soltei doeu muito. Não foi coisa boa que eu fiz, também só uma vez (risos)” (Paciente 14)</i>
C28	<i>“Eu coloco (o pano) no meu dedo (simula como colocasse alguma coisa no dedão do pé), e com esse braço (levanta o braço esquerdo) (realiza uma simulação de torcer alguma coisa presa ao pé com o braço esquerdo). É eu ponho no dedo, e eu torço com essa mão (levanta a mão esquerda)” (Paciente 20)</i>
C29	<i>“Depende, depende do dia. Quando não estou nervosa, se eu tiver nervosa aí que dói mais” (Paciente 19)</i>
C30	<i>“Segundo o doutor, eu nunca mais ficarei 100% (sorriso de nervoso), ele foi bem exato comigo, ele falou isso comigo, ele ainda brincou “você tem netos?” eu falei “não, minha filha está para casar”, ele falou “então, você quer pegar seus netos não quer? Então você tem que parar de trabalhar e cuidar, fazer o tratamento certinho”. Eu acho que só se voltar o ligamento de novo né? Por que como que o negócio que estragou possa ficar bem? Parar de trabalhar, seria (risos). Seria eu abandonar meu secador, minha chapa, minha profissão” (Paciente 24)</i>
C31	<i>“Mas, como diz, pela opinião de todos os que já têm (risos), não vai adiantar nada a fisioterapia, acabei de sentar aqui na fila de espera e uma pessoa falou “ah a gente faz, mas não adianta nada, a dor não vai embora” (...) é, na fila que a gente estava esperando aí fora para abrir, “é faz mas não adianta anda” então eu...eu mesmo, é às vezes o que eu escuto mesmo, muita gente” (Paciente 17)</i>

C32	<i>“Imobilizo o ombro tomo remédio, ponho debaixo do chuveiro, peço para Deus me ajudar a tirar dor, falo Senhor tira a dor para mim! Uma vez estava doendo tanto, que eu estava chorando, chorando, chorando, não queria parar, eu bebi remédio e quando fazia 6 horas que eu bebi, fazia efeito, aí eu fui na igreja, aí eu falei assim “ah mas está doendo tanto meu braço” aí a obreira da igreja pegou, orou, pôs a mão, orou aí a dor diminuiu um pouco (...) Eles falam que é na igreja né? (o caminho para alcançar a melhora). Isso. (essa dor vai ser curada só por Deus). Ah, é que Deus deixou os médicos né? Aí a gente vai no médico, a gente vai e faz a nossa parte, e Deus faz a dele (riso). Eu acho, eu espero em Deus que melhore” (Paciente 11)</i>
C33	<i>“Ah eu acho, eu tenho fé em Deus, (riso). Tenho fé né? Não pode desanimar, né? Então, eu creio, eu tenho fé em Deus que fazendo a fisioterapia vai melhorar essa dor, que eu nem vou precisar fazer a cirurgia (riso) (...) Eu tenho esperança, porque eu confio em Deus né? E eu tenho fé que vai melhorar as coisas, vai passar tudo isso para todos nós, porque essa dor não vai me parar de tudo, porque Deus está me dando força né? Que eu estou confiando em Deus e eu vou sair, sair dessa né?” (Paciente 15)</i>

Tema 4: A fisioterapia e as sugestões de tratamento recebidas dos médicos

No que se refere ao tratamento conservador para o ombro 17 indivíduos (P2, P3, P5, P9, P11-P13, P16, P18-P21, P23, P24, P28-P30) já foram submetidos à intervenção fisioterapêutica e 13 não (P1, P4, P5, P7, P8, P10, P14, P15, P17, P22, P25-P27). Desses 17 participantes, 10 (P2, P3, P6, P11, P12, P18, P19, P21, P24, P25) relataram ter melhorado, quatro 4 (P9, P10, P20, P30) melhoraram mas a dor e a limitação de movimento retornaram, e dois 2 (P13 e P29) afirmam que não houve resolubilidade, sendo que uma (P16) realizou o tratamento conservador para o diagnóstico de bursite durante dois anos, e após esse período foi identificado a presença de um tumor maligno (citação 34).

Em relação as expectativas com a fisioterapia 26 participantes (P1, P3, P4, P6, P6-P24, P26-P28 e P30) esperavam obter melhora com o tratamento conservador, dois 2 (P5 e P25) afirmaram não saber se vai haver melhora e dois (P2 e P29) acreditaram que só irão melhorar com a cirurgia. Dentre esses 26, 16 pacientes (P2-P4, P6-P8, P11-P14, P16, P17, P21, P22, P26 e P30) acreditam que a fisioterapia pode melhorar a intensidade da dor, outros sete (P15, P18, P19, P20, P23, P24, P27) esperam que a fisioterapia possa melhorar o movimento, outros dois (P1 e P10) que pode alcançar a cura e um (P9) acredita que a intervenção terapêutica irá desinflamar a articulação do ombro.

Dentre os participantes, somente 12 (P2-P4, P6, P7, P10-P12, P19-P21 e P28) afirmam ter recebido orientações de profissionais para realização de atividades a serem feitas em casa as quais pudessem ajudar no controle da dor. Enquanto 18 indivíduos (P1, P5, P8, P9, P13-P18, P22-P27, P29 e P30) afirmam não ter recebido nenhuma recomendação. Além disso, na falta da fisioterapia e de recomendações que pudessem ajudar na redução da dor, houve a busca por

ajuda e estratégias na internet ou com outras pessoas (citação 35). Ademais, foi identificado a preferência pessoal dos indivíduos para não realizar o tratamento cirúrgico devido a possibilidade de piora do quadro, devido ao sentimento de medo do próprio processo cirúrgico e à insegurança para o momento do pós-operatório (citação 36). Além desses, as narrações demonstraram que há a crença de que a fisioterapia pudesse ensinar estratégias eficazes para controlar a dor sem a necessidade de qualquer outro tipo de intervenção, como medicamentos ou intervenção cirúrgica (citação 37). Por fim, uma paciente (P20) foi submetida a intervenção cirúrgica, mas a mesma relata que suas expectativas não foram atendidas com esse tratamento, uma vez que não houve melhora do quadro clínico, e por isso, hoje se arrepende (citação 38).

Por fim, por meio das narrações dos pacientes foi identificado as inúmeras interpretações das sugestões recebidas dos médicos responsáveis pelo tratamento da dor crônica do ombro. As sugestões de trocar ou afastar do emprego atual (citação 39), fazer repouso (citação 40), realizar o tratamento cirúrgico (citação 41) ou a fisioterapia (citação 42) foram encontradas nas falas dos participantes.

Tabela 6. Narrações dos participantes referentes ao Tema 4: A fisioterapia e as sugestões de tratamento recebidas dos médicos

Citações	Narrativas
C34	<i>“Fisioterapia eu fiz antes de descobrir o mioma, o médico achava que era bursite, fazia tratamento, passou fisioterapia, comecei a fazer, só que em vez de melhorar piorou (...) fiquei uns dois anos tratando de bursite, (...) foi aonde fez a ressonância, tem dois tumores aqui (toca o braço esquerdo)” (Paciente 16)</i>
C35	<i>“Aí, eu até fiz por conta, comprei aquelas, umas bolinhas, que são molinhas tudo, eu comecei a mexer, só que irradia tudo (...) eu que fiz por conta, porque eu entrei na internet e eu via o povo pegando as bolinhas, tinha um negócio de esticar o braço assim ó (faz o movimento do ombro direito na diagonal) eu comprei, tentei fazer” (Paciente 23)</i>
C36	<i>“Dizendo o médico que é uma cirurgia de 8 a 10 horas, então é apavorante você fica apavorada, ainda mais ter que fazer uma (cirurgia) vim para casa depois ir fazer outra, isso daí apavora sim, eu estou querendo que em nome de Jesus, se Deus quiser não tem necessidade disso (...) eu queria que a fisioterapia me ajudasse a não ter que fazer a cirurgia (riso), entendeu?” (Paciente 24)</i>
C37	<i>“Ah eu assim né, é igual esse colega de trabalho falou que além de vocês fazerem aqui depois vocês ensinam a gente fazer em casa, para amenizar a dor né? Dizem que é para amezinhar a dor né? Eu espero que sim né? Que no meu caso também seja” (Paciente 4)</i>
C38	<i>“Muita dor, e rompeu meu tendão, e em 2017 eu fiz a cirurgia, aí depois de 1 ano, é quase 1 ano, que eu fui fazer a fisioterapia, (...) dói muito meu braço, incha, tem dia que eu não consigo levantar o braço (...) eu achei que eu preferia ficar com a dor que eu estava antes (da cirurgia) que eu conseguia fazer, do que com a dor que eu estou hoje, e não consigo (...) eu fiz a cirurgia para eu ficar melhor, sabe? Porque eu achei que eu ia ficar melhor, e não foi assim, eu não fiquei melhor (...) porque mesmo com o meu tendão rompido eu fazia, tudo! Mesmo com a dor, hoje não!” (Paciente 20)</i>

C39	<i>“Aí o médico falou para mim na época que o certo seria eu mudar de serviço, mas aí não teria como, porque lá na empresa onde eu trabalho, eu entrei lá em 1993, então eu vou abandonar tudo por uma outra profissão que eu não conheço, que eu não sei?” (Paciente 4)</i>
C40	<i>“É como o doutor falou, eu tenho que fazer o repouso, não ficar fazendo o serviço que eu faço, para poder melhorar o ombro, senão eu vou ter essa dor constante” (Paciente 9)</i>
C41	<i>“Dizem os médicos que vão precisar fazer a cirurgia, mas o médico pediu a fisioterapia primeiro. Está bem complicado. Ele (o médico) falou que é cirurgia mesmo (...) porque ele quer fazer cirurgia (...) ele já queria deixar lá na lista lá, de espera. Ai eu falei, ai doutor deixa eu fazer a fisioterapia primeiro” (Paciente 15)</i>
C42	<i>“Pelo menos o meu médico ortopedista falou que não adiantaria, não adiantaria nada ele ficar me enchendo de anti-inflamatório porque sem uma musculatura forte uma coisa assim não vai resolver, vai estar sempre inflamando, (...), então ele me aconselhou isso aí, uma fisioterapia, pegar musculatura, ele falou assim “além da fisioterapia se a senhora fizer...a senhora continua fazendo em casa, precisa ter a musculatura forte para poder evitar essas inflamações no nervo né?” (Paciente 17)</i>

CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO

Até o momento o presente estudo foi o primeiro a propor compreender as crenças sobre a dor de indivíduos com dor crônica no ombro baseadas no Modelo do Senso Comum. Por meio dos resultados das análises das entrevistas, foi possível identificar 4 temas emergentes das narrações dos pacientes: 1) Uso de termos médicos e a tentativa de compreensão do diagnóstico; 2) Impacto multidimensional da dor e estratégias para combatê-la; 3) A melhora e o controle sobre a dor; 4) A fisioterapia e as sugestões de tratamento recebidas dos médicos.

Em relação ao uso de termos médicos e à tentativa de compreensão do diagnóstico, o Modelo do Senso Comum define a categoria de identidade como a associação da doença e dos sintomas com o rótulo ou vice-versa (LEVENTHAL et al., 1980). Os pacientes do presente estudo, embora repetissem o diagnóstico para explicar a própria condição, desconheciam o real significado dos termos e não os relacionaram à dor. Tal fato pode indicar, que os participantes deste estudo não compreendiam o que era a dor crônica no ombro, e que o impacto e a intensidade da dor eram mais relevantes do que à necessidade da compreensão do diagnóstico recebido. No entanto, embora para os pacientes com dor crônica no ombro os sintomas foram mais relevantes do que compreender o significado do diagnóstico, pacientes com dor no quadril, relataram tranquilidade quando os exames de imagem mostraram alterações que poderiam explicar a presença de dor (DE OLIVEIRA et al., 2020). Dessa forma, a diferença do impacto proporcionado pela dor crônica no quadril e dor crônica no ombro pode justificar a diferença encontrada nas duas diferentes condições na categoria da identidade.

No que se refere à causa, essa categoria é definida como a percepção dos fatores que estão relacionados com a origem da doença (LEVENTHAL et al., 1980). Os participantes acreditavam que movimentos excessivos e repetitivos ou as atividades exigidas no âmbito ocupacional eram os principais motivos que explicavam a presença da dor crônica no ombro. A maioria das ocupações dos pacientes do presente estudo exige intensa e repetida movimentação do membro superior, fato esse que pode justificar a presença que a causa estaria relacionada a atividades trabalhistas. Tal fato corrobora com um estudo qualitativo, realizado com trabalhadores que apresentavam dor no membro superior, e que identificou a presença da crença de que as queixas de dores nos braços, pescoço e ombros estavam relacionadas à ocupação (MEKONNEN; YENEALEM; GEBERU, 2020).

Nossos resultados descreveram o impacto multidimensional da dor crônica no ombro. O comportamento de evitação foi observado em 23 participantes do nosso estudo. Segundo o Modelo de Senso Comum a representação da doença de cada indivíduo orientará os procedimentos adotados para eliminar e controlar o potencial de ameaça (LEVENTHAL et al.,

1980). Os procedimentos adotados e seus sintomas não são aleatórios, há um vínculo que pode ter origem no meio social, por meio da fala de profissionais, familiares e amigos (LEVENTHAL; DIEFENBACH; LEVENTHAL, 1992). Os participantes do presente estudo representaram a dor crônica no ombro como uma condição causada por movimentos excessivos ou repetitivos. Dessa forma, devido à crença do movimento ser a causa da dor, e a fala dos profissionais da saúde reforçarem tal crença, os pacientes adotaram o comportamento de evitação para eliminar ou controlar o potencial dano. 23 participantes adotaram o comportamento de evitação que afetou a funcionalidade dos mesmos de diferentes maneiras. As mulheres relataram maior impacto nas atividades de vida diária e doméstica, enquanto os homens relataram dificuldade no lazer. Isso pode ser explicado pelas diferenças culturais presentes na divisão das tarefas domésticas onde a maioria das mulheres agrega ao trabalho remunerado as responsabilidades do lar (EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY, 2015). No entanto, esse achado precisa ser elucidado em estudos futuros, pois nossa amostra contou com três participantes do sexo masculino.

O tema 3 reuniu crenças sobre melhora e controle da dor. O Modelo do Senso Comum afirma que o controle sobre a condição depende de como o indivíduo percebe a doença: como evitável, curável ou controlável (LEVENTHAL et al., 1980). Houve forte influência da religiosidade e espiritualidade na forma como os pacientes interpretam sua condição. A influência de crenças e atitudes religiosas em indivíduos com dor musculoesquelética já foi abordada em uma revisão sistemática (NAJEM et al., 2021). Nessa revisão, foi possível observar que altos níveis de religiosidade podem estar relacionados à maior ou menor intensidade da dor, dependendo de como os indivíduos encaram a dor (NAJEM et al., 2021). Portanto, esta revisão, juntamente com os achados deste estudo, sugere que a forma de lidar com as crenças religiosas pode influenciar a percepção da dor e crenças de indivíduos com dor no ombro (NAJEM et al., 2021). No entanto, as consequências para o prognóstico desses pacientes precisam ser elucidadas em estudos futuros.

Por fim, nossos achados demonstram o impacto da interpretação das informações fornecidas pelos profissionais de saúde. Os participantes relataram que ouviram dos médicos que o repouso poderia ajudar a aliviar a dor. Dada a influência que a relação médico-paciente exerce sobre a autogestão dos pacientes e a adesão ao tratamento (NICOLA et al., 2021; PRITCHARD; RATHI; MALLIARAS, 2020; SPINK; WAGNER; ORROCK, 2021), tais afirmações podem ter impactado o comportamento dos indivíduos. Os participantes, acreditando que o repouso era benéfico, podem ter acreditado que o movimento pode ser prejudicial e, portanto, evitar seria uma forma de melhora. Assim, nossos achados reiteram a

influência que o profissional pode exercer sobre o paciente com dor crônica no ombro e seu prognóstico. Portanto, por meio das interpretações das falas dos profissionais, identificou-se a influência exercida na expectativa de melhora dos pacientes e nas ações de enfrentamento da dor. Assim, no futuro, recomenda-se que os profissionais utilizem estratégias, para melhorar a adesão ao tratamento e ensinar estratégias de autogerenciamento da dor, para otimizar a autoeficácia e, conseqüentemente, permitir um bom prognóstico para indivíduos com dor crônica no ombro.

Dessa forma, embora a metodologia qualitativa permitiu explorar e descrever em profundidade perspectivas e compreender as crenças de uma amostra de indivíduos com dor crônica no ombro, nossos resultados devem ser interpretados com cautela para outros indivíduos com dor no ombro devido à natureza da pesquisa qualitativa.

CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de crenças dos pacientes sobre a dor demonstrou que as crenças limitantes pessoais sobre a dor e a própria condição impactavam as ações e, conseqüentemente, a condição física. Além disso, houve a percepção de que as crenças eram influenciadas pela interpretação da fala dos profissionais e que a dor afetava todas as esferas do modelo biopsicossocial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APKARIAN, A. Vania. Pain perception in relation to emotional learning. **Current Opinion in Neurobiology**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 464–468, 2008. DOI: 10.1016/j.conb.2008.09.012.

APKARIAN, A. Vania; BUSHNELL, M. Catherine; TREEDE, Rolf Detlef; ZUBIETA, Jon Kar. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. **European Journal of Pain**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 463, 2005. DOI: 10.1016/j.ejpain.2004.11.001.

AZEVEDO, Vanessa; CARVALHO, Margarida; COSTA, Flávia; MESQUITA, Soraia; SOARES, Joana; TEIXEIRA, Filipa; MAIA, Ângela. Interview transcription: conceptual issues, practical guidelines, and challenges. **Revista de Enfermagem Referência**, [S. l.], v. IV Série, n. N°14, p. 159–168, 2017. DOI: 10.12707/riv17018.

BAUMGARTEN, Keith M.; GERLACH, David; GALATZ, Leesa M.; TEEFEY, Sharlene A.; MIDDLETON, William D.; DITSIOS, Konstantinos; YAMAGUCHI, Ken. Cigarette smoking increases the risk for rotator cuff tears. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, [S. l.], v. 468, n. 6, p. 1534–1541, 2010. DOI: 10.1007/s11999-009-0781-2.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qual Res Psicol**, [S. l.], v. 3, p. 77–101, 2006. DOI: doi: 10.1191/1478088706qp063oa.

BUNZLI, Samantha; O'BRIEN BHEALTHSCI, Penny; AYTON, Darshini; DOWSEY, Michelle; GUNN, Jane; CHOONG, Peter; MANSKI-NANKERVIS, Jo Anne. Misconceptions and the Acceptance of Evidence-based Nonsurgical Interventions for Knee Osteoarthritis. A Qualitative Study. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, [S. l.], v. 477, n. 9, p. 1975–1983, 2019. DOI: 10.1097/CORR.0000000000000784.

BUNZLI, Samantha; SMITH, Anne; SCHÜTZE, Robert; LIN, Ivan; O'SULLIVAN, Peter. Making sense of low back pain and pain-related fear. **Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy**, [S. l.], v. 47, n. 9, p. 628–636, 2017. DOI: 10.2519/jospt.2017.7434.

BUNZLI, Samantha; SMITH, Anne; WATKINS, Rochelle; SCHÜTZE, Robert; O'SULLIVAN, Peter. What Do People Who Score Highly on the Tampa Scale of Kinesiophobia Really Believe? A Mixed Methods Investigation in People With Chronic Nonspecific Low Back Pain. **Clinical Journal of Pain**, [S. l.], v. 31, n. 7, p. 621–632, 2015. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000143.

CAMERON, Linda D.; LEVENTHAL, Howard. The self-regulation of health and illness behaviour. *In*: LEVENTHAL, Howard; BRISSETTE, Ian; LEVENTHAL, Elaine A. (org.). **The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour**. London, UK: Taylor & Francis/Routledge, 2003. p. 42–65. DOI: 10.4324/9780203553220.

CANEIRO, J. P.; BUNZLI, Samantha; O’SULLIVAN, Peter. Beliefs about the body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, [S. l.], 2020. DOI: 10.1016/j.bjpt.2020.06.003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2020.06.003>.

CARSON, Richard C.; HOLLON, Steven D.; SHELTON, Richard C. Depressive realism and clinical depression. **Behaviour Research and Therapy**, [S. l.], v. 48, n. 4, p. 257–265, 2010. DOI: 10.1016/j.brat.2009.11.011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.011>.

CHESTER, Rachel; KHONDOKER, Mizanur; SHEPSTONE, Lee; LEWIS, Jeremy S.; JEROSCH-HEROLD, Christina. Self-Efficacy and Risk of Persistent Shoulder Pain: Results of a Classification and Regression Tree (CaRT) Analysis. **British Journal of Sports Medicine**, [S. l.], v. 53, n. 13, p. 825–834, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2018-099450.

CHRISTINE, Carpenter; SUTO, Melinda. **Qualitative Research for Occupational and Physical Therapists: A Practical Guide**. Oxford: Blackwell Publishing, 2008.

CRESWELL, John W.; CHERYL N., Poth. **Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches**. 4. ed. [s.l.] : Sage, 2018.

CURRY, Leslie; MARCELLA, Nunez-Smith. **Mixed Methods in Health Sciences Research: A Practical Primer**. CA, USA: SAGE, 2015.

DARLOW, Ben; BROWN, Melanie; THOMPSON, Bronwyn; HUDSON, Ben; GRAINGER, Rebecca; MCKINLAY, Eileen; ABBOTT, J. Haxby. Living with osteoarthritis is a balancing act: An exploration of patients’ beliefs about knee pain. **BMC Rheumatology**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 1–9, 2018. DOI: 10.1186/s41927-018-0023-x.

DE OLIVEIRA, Beatriz I. R.; SMITH, Anne Julia; O’SULLIVAN, Peter P. B.; HAEBICH, Samantha; FICK, Daniel; KHAN, Riaz; BUNZLI, Samantha. My hip is damaged’: A qualitative investigation of people seeking care for persistent hip pain. **British Journal of Sports Medicine**, [S. l.], v. 54, n. 14, p. 858–865, 2020. DOI: 10.1136/bjsports-2019-101281.

DEAN, Elizabeth; SÖDERLUND, Anne. What is the role of lifestyle behaviour change

associated with non-communicable disease risk in managing musculoskeletal health conditions with special reference to chronic pain? **BMC Musculoskeletal Disorders**, [*S. l.*], v. 16, n. 1, p. 1–7, 2015. DOI: 10.1186/s12891-015-0545-y.

DUNN, Warren R. et al. Symptoms of Pain Do Not Correlate with Rotator. **J Bone Joint Surg Am**, [*S. l.*], p. 793–800, 2014.

ENGEL, George L. The need for a New Medical Model: A Challenge for a Biomedicine. **Science**, [*S. l.*], v. 196, n. 4286, 1977.

EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY. **Gender Equality Index 2015: Measuring Gender Equality in the European Union 2005-2012**. 2015.

GATCHEL, Robert J.; PENG, Yuan Bo; PETERS, Madelon L.; FUCHS, Perry N.; TURK, Dennis C. The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. **Psychological Bulletin**, [*S. l.*], v. 133, n. 4, p. 581–624, 2007. DOI: 10.1037/0033-2909.133.4.581.

HARVIE, P.; OSTLERE, S. J.; TEH, J.; MCNALLY, E. G.; CLIPSHAM, K.; BURSTON, B. J.; POLLARD, T. C. B.; CARR, A. J. Genetic influences in the aetiology of tears of the rotator cuff. Sibling risk of a full-thickness tear. **Journal of Bone and Joint Surgery - Series B**, [*S. l.*], v. 86, n. 5, p. 696–700, 2004. DOI: 10.1302/0301-620X.86B5.14747.

HOLTERMANN, A.; HANSEN, JV; BURR, H.; SOGAARD, K. Prognostic factors for long-term sickness absence among employees with neck–shoulder and low-back pain. [*S. l.*], v. 36, n. 1, p. 34–41, 2016.

JAYAKUMAR, Prakash; OVERBEEK, Celeste L.; LAMB, Sarah; WILLIAMS, Mark; FUNES, Christopher; GWILYM, Stephen; RING, David; VRANCEANU, Ana Maria. What factors are associated with disability after upper extremity injuries? A systematic review. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, [*S. l.*], v. 476, n. 11, p. 2190–2215, 2018. DOI: 10.1097/CORR.0000000000000427.

KLEM, Nardia-Rose; SHIELDS, Nora; SMITH, Anne; BUNZLI, Samantha. Demystifying Qualitative Research for Musculoskeletal Practitioners Part 3: Phenomeno-what? Understanding What The Qualitative Researchers Have Done. [*S. l.*], v. 52, n. 1, p. 3–7, 2022. DOI: 10.2519/jospt.2022.10485.

KORSTJENS, Irene; MOSER, Albine. Series: Practical guidance to qualitative research. part 2: Context, research questions and designs. **European Journal of General Practice**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 274–279, 2017. DOI: 10.1080/13814788.2017.1375090. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090>.

KUIJPERS, Ton; VAN DER WINDT, Daniëlle A. W. M.; VAN DER HEIJDEN, Geert J. M. G.; BOUTER, Lex M. Systematic review of prognostic cohort studies on shoulder disorders. **Pain**, [S. l.], v. 109, n. 3, p. 420–431, 2004. DOI: 10.1016/j.pain.2004.02.017.

KUIJPERS, Ton; VAN DER WINDT, Daniëlle A. W. M.; VAN DER HEIJDEN, Geert J. M. G.; TWISK, Jos W. R.; VERGOUWE, Yvonne; BOUTER, Lex M. A prediction rule for shoulder pain related sick leave: A prospective cohort study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, [S. l.], v. 7, p. 1–11, 2006. DOI: 10.1186/1471-2474-7-97.

LEVENTHAL, H.; MEYER, D.; NERENZ, D.; RACHMAN, S. **The common sense representation of illness danger**. New York: Pergamon, 1980. v. 2

LEVENTHAL, Howard; DIEFENBACH, Michael; LEVENTHAL, Elaine A. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. **Cognitive Therapy and Research**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 143–163, 1992. DOI: 10.1007/BF01173486.

LEWIS, Jeremy; MCCREESH, Karen; ROY, Jean-Sébastien; GINN, Karen. Rotator cuff tendinopathy: navigating the diagnosis-management conundrum. [S. l.], p. 1–24, 2015.

LEWIS, Jeremy S.; COOK, Jill. Managing tendinopathies. In: **Grieve's Modern Musculoskeletal Physiotherapy**. 4. ed. [s.l.] : Elsevier, 2015.

LIN, Ivan B.; O'SULLIVAN, Peter B.; COFFIN, Juli A.; MAK, Donna B.; TOUSSAINT, Sandy; STRAKER, Leon M. Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: A qualitative study in Aboriginal Australians. **BMJ Open**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 1–8, 2013. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-002654.

LINAKER, Catherine H.; WALKER-BONE, Karen. Shoulder disorders and occupation. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, [S. l.], v. 29, n. 3, p. 405–423, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.001>.

LINCOLN, Yvonna S.; GUBA, Egn G. **Naturalistic Inquiry**. 1. ed. [s.l.] : Sage Publications, 1985.

LUIME, J. J.; KOES, B. W.; HENDRIKSEN, I. J. M.; BURDORF, A.; VERHAGEN, A. P.; MIEDEMA, H. S.; VERHAAR, J. A. N. Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 73–81, 2004. DOI: 10.1080/03009740310004667.

LUQUE-SUAREZ, Alejandro; MARTINEZ-CALDERON, Javier; FALLA, Deborah. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: A systematic review. **British Journal of Sports Medicine**, [S. l.], v. 53, n. 9, p. 554–559, 2019. DOI: 10.1136/bjsports-2017-098673.

MAGNUSSON, Peter; HANSEN, Mette; LANGBERG, Henning; MILLER, Ben; HARALDSSON, Bjarki; KJOELLER WESTH, Eva; KOSKINEN, Satu; AAGAARD, Per; KJÆR, Michael. The adaptability of tendon to loading differs in men and women. **International Journal of Experimental Pathology**, [S. l.], v. 88, n. 4, p. 237–240, 2007. DOI: 10.1111/j.1365-2613.2007.00551.x.

MARTINEZ-CALDERON, Javier; STRUYF, Filip; MEEUS, Mira; LUQUE-SUAREZ, Alejandro. The association between pain beliefs and pain intensity and/or disability in people with shoulder pain: A systematic review. **Musculoskeletal Science and Practice**, [S. l.], v. 37, p. 29–57, 2018. DOI: 10.1016/j.msksp.2018.06.010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.06.010>.

MCCREESH, Karen; LEWIS, Jeremy. Continuum model of tendon pathology - Where are we now? **International Journal of Experimental Pathology**, [S. l.], v. 94, n. 4, p. 242–247, 2013. DOI: 10.1111/iep.12029.

MEKONNEN, Tesfaye Hambisa; YENEALEM, Dawit Getachew; GEBERU, Demiss Mulatu. Physical environmental and occupational factors inducing work-related neck and shoulder pains among self-employed tailors of informal sectors in Ethiopia, 2019: Results from a community based cross-sectional study. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 1–10, 2020. DOI: 10.1186/s12889-020-09351-8.

MOSER, Albine; KORSTJENS, Irene. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. **European Journal of General Practice**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 9–18, 2018. DOI: 10.1080/13814788.2017.1375091. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>.

NAJEM, Charbel; MUKHTAR, Naziru Bashir; AYOUBI, Farah; VAN OOSTERWIJCK,

Jessica; CAGNIE, Barbara; DE MEULEMEESTER, Kayleigh; MEEUS, Mira. Religious Beliefs and Attitudes in Relation to Pain, Pain-Related Beliefs, Function, and Coping in Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. **Pain physician**, [S. l.], v. 24, n. 8, p. E1163–E1176, 2021.

NICOLA, Melinda; CORREIA, Helen; DITCHEBURN, Graeme; DRUMMOND, Peter. Invalidation of chronic pain: a thematic analysis of pain narratives. **Disability and Rehabilitation**, [S. l.], v. 43, n. 6, p. 861–869, 2021. DOI: 10.1080/09638288.2019.1636888. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1636888>.

O'BRIEN, Bridget C.; HARRIS, Ilene B.; BECKMAN, Thomas J.; REED, Darcy A.; COOK, David A. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. **Academic Medicine**, [S. l.], v. 89, n. 9, p. 1245–1251, 2014. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000388.

PAGE, Matthew J. et al. Patients' experience of shoulder disorders: A systematic review of qualitative studies for the OMERACT Shoulder Core Domain Set. **Rheumatology (United Kingdom)**, [S. l.], v. 58, n. 8, p. 1410–1421, 2019. DOI: 10.1093/rheumatology/kez046.

PALMER, Keith T.; HARRIS, Elizabeth C.; LINAKER, Cathy; BARKER, Mary; LAWRENCE, Wendy; COOPER, Cyrus; COGGON, David. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: A systematic review. **Rheumatology**, [S. l.], v. 51, n. 2, p. 230–242, 2012. DOI: 10.1093/rheumatology/ker086.

PASSARETTI, Daniele; CANDELA, Vittorio; VENDITTO, Teresa; GIANNICOLA, Giuseppe; GUMINA, Stefano. Association between alcohol consumption and rotator cuff tear. **Acta Orthopaedica**, [S. l.], v. 87, n. 2, p. 165–168, 2016. DOI: 10.3109/17453674.2015.1119599.

PLINSINGA, ML; COOMBES, BK; NICOLSON, P.; GRUMALDI, A.; HODGES, P.; BENNELL, K.; VICENZINO, B. Psychological factors not strength deficits are associated with severity of gluteal tendinopathy: a cross-sectional study. **European Journal of Pain**, [S. l.], v. 22, n. 6, p. 1124–1133, 2018. DOI: 10.1111/ijlh.12426.

PRITCHARD, Shane; RATHI, Sangeeta; MALLIARAS, Peter. 'He explains it in a way that I have confidence he knows what he is doing': A qualitative study of patients' experiences and perspectives of rotator - cuff - related shoulder pain education. *[S. l.]*, n. November, p. 1–15, 2020. DOI: 10.1002/msc.1528.

QU, Sandy Q.; DUMAY, John. **The qualitative research interview**. [s.l: s.n.]. v. 8 DOI: 10.1108/11766091111162070.

RAJA S; CARR D; COHEN M; FINNERUP N; FLOR H; GIBSON S. The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, *[S. l.]*, v. 161, n. 9, p. 1976–1982, 2021. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939.The. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.

RICHARDS ET AL. Evaluating Psychosocial Contributions to Chronic Pain Outcomes. **Physiology & behavior**, *[S. l.]*, v. 176, n. 5, p. 139–148, 2018. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2018.01.017.Evaluating.

SPINK, Alison; WAGNER, Ilona; ORROCK, Paul. Common reported barriers and facilitators for self-management in adults with chronic musculoskeletal pain: A systematic review of qualitative studies. **Musculoskeletal science & practice**, *[S. l.]*, v. 56, n. March, p. 102433, 2021. DOI: 10.1016/j.msksp.2021.102433. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102433>.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, *[S. l.]*, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.

TRACEY, Irene; MANTYH, Patrick W. The Cerebral Signature for Pain Perception and Its Modulation. **Neuron**, *[S. l.]*, v. 55, n. 3, p. 377–391, 2007. DOI: 10.1016/j.neuron.2007.07.012.

TURK, Dennis C.; FILLINGIM, Roger B.; OHRBACH, Richard; PATEL, Kushang V. Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain. **Journal of Pain**, *[S. l.]*, v. 17, n. 9, p. T21–T49, 2016. DOI: 10.1016/j.jpain.2016.02.006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.006>.

TURNER-BOWKER, Diane M.; LAMOUREUX, Roger E.; STOKES, Jonathan; LITCHER-KELLY, Leighann; GALIPEAU, Nina; YAWORSKY, Andrew; SOLOMON, Jeffrey; SHIELDS, Alan L. Informing a priori Sample Size Estimation in Qualitative Concept

Elicitation Interview Studies for Clinical Outcome Assessment Instrument Development. **Value in Health**, [S. l.], v. 21, n. 7, p. 839–842, 2018. DOI: 10.1016/j.jval.2017.11.014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2017.11.014>.

VLAEYEN, Johan W. S.; LINTON, Steven J. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. **Pain**, [S. l.], v. 153, n. 6, p. 1144–1147, 2012. DOI: 10.1016/j.pain.2011.12.009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2011.12.009>.

ANEXO A – Perguntas baseadas no modelo do Senso Comum

DIMENSÕES	PERGUNTAS
Identidade	Você possui o diagnóstico para a sua dor? Você sabe o que isso significa? Você já fez alguns exames para o ombro? Quais? Você sabe me dizer com suas palavras o que eles mostraram?
Causas	Você sabe o que causa a sua dor no ombro? Por que você acha isso? Você sabe quando a sua dor vai acontecer? Alguém já explicou porque seu ombro dói? Em que momentos ou situações a dor aparece? Em que momentos ou situações a dor some?
Consequências	Atualmente, existe alguma coisa que você evite fazer por conta da sua dor no ombro? Por que? O que você tem mais dificuldade em fazer devido a dor no ombro? A dor atrapalha você fazer tarefas do dia-a-dia? Você tem medo de fazer algum movimento ou atividade? O que você acha que vai acontecer se fizer um movimento que você tem medo? Você se preocupa em fazer alguma atividade que cause dor? Você acredita que se fizer um movimento que gere dor isso piorará sua condição? Para você o que é o mais relevante de ter dor no ombro?
Controle	Quanto controle você sente que tem sobre sua dor? Você consegue impedir que a sua dor piore? Quando sua dor piora você consegue fazê-la diminuir? O quanto você sente que tem controle sobre a sua dor?
Linha do tempo	Quanto tempo você espera que sua dor dure? Você acha que a sua dor irá melhorar um dia? Quão esperançoso você está para o futuro? O que você acha que será necessário para a sua dor melhorar?
Ação	O que você faz quando precisa fazer um movimento que gera dor? O que você faz para melhorar quando está com dor? Que estratégias ou truques você faz para diminuir sua dor? Onde aprendeu, escutou ou seguiu essa recomendação?
Coerência	A sua dor faz sentido para você? Sua dor tem algum significado para sua vida? Como você percebe sua dor, como algo próprio de você ou como algo externo, fora/desconectado de você que aparece às vezes?
Tratamento	Qual é a sua experiência com os tratamentos de dor de ombro que teve? Qual é a sua experiência com o tratamento de qualquer dor que teve? Que barreiras e facilitadores teve para seguir as recomendações profissionais para controlar sua dor? Qual é a sua expectativa com esse tratamento?

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) senhor (a) a participar do estudo intitulado “**Impacto da terapia de exposição gradual e de exercícios de fortalecimento sobre as crenças dos pacientes com dor crônica no ombro: um estudo qualitativo**” que será realizada na cidade de Ribeirão Preto – SP, tendo como pesquisadora responsável a Profa. Dra. Anamaria Siriani de Oliveira, e aluna de pós-graduação e aluna Letícia Jonas de Freitas ambas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. A pesquisa tem como colaboradores Prof. Dr. Domingo Palacios Ceña, a Dra. Gisele Harumi Hotta e o Me. Rafael Krasic Alaiti.

POR QUE ESTE ESTUDO ESTÁ SENDO FEITO?

O paciente com dor crônica no ombro pode apresentar crenças sobre seu estado de saúde que são capazes de afetar sua qualidade de vida. Assim, o objetivo desse estudo é identificar as crenças dos indivíduos que possui dor crônica no ombro antes e depois de dois tipos de tratamento para o ombro. Esta pesquisa é importante, pois trará maior conhecimento sobre o que os indivíduos com dor no ombro acreditam e se os tratamentos são capazes de modificarem tais crenças.

O QUE ACONTECERÁ COM VOCÊ DURANTE O ESTUDO?

Serão realizadas duas entrevistas com o Sr (a), sendo que uma será feita antes do tratamento e a outra ao final do tratamento. Estas entrevistas terão a duração de aproximadamente 60 minutos cada, e serão realizadas de forma individual e em um local reservado. O Sr (a) irá responder perguntas referentes a sua dor e a condição do seu ombro e terá a liberdade para citar quaisquer informações que desejar. A entrevista será inteiramente gravada, e ao final enviaremos uma via ao Sr (a) que terá a possibilidade de adicionar ou retirar quaisquer informações que julgar necessárias. Após a entrevista, o Sr (a) será encaminhado para o tratamento, onde irá responder algumas perguntas referentes à sua dor, dificuldade e medo de realizar alguns movimentos. O fisioterapeuta responsável pelo seu tratamento irá realizar um sorteio para definir qual tratamento que o Sr (a) receberá. Se o Sr (a) for sorteado para o grupo intervenção será solicitado que olhe algumas imagens referentes a movimentação do ombro e selecione quais lhe incomodam mais. Em seguida, o fisioterapeuta irá lhe ajudar a executar as atividades e movimentos que o Sr (a) selecionou como desconfortáveis, indo da atividade menos desconfortável para a atividade mais desconfortável. O tratamento será realizado de forma individual, com a frequência de 2 vezes na semana podendo variar de no mínimo 4 a no máximo 16 sessões (2 a 8 semanas). Mas se o Sr (a) for sorteado para o grupo controle, realizará exercícios para fortalecer o ombro, duas vezes na semana durante 16 sessões (8 semanas), sendo que ao decorrer do tratamento aumentará a intensidade desses exercícios.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS, RISCO OU DESCONFORTO

Ao participar dessa pesquisa, você contribuirá para o avanço de conhecimentos da dor crônica no ombro, o que torna mais fácil para o clínico identificar as crenças sobre o estado de saúde, o quanto essas impactam na vida dos indivíduos, e os tratamentos são capazes de modificá-las.

Há risco de desconforto de ordem emocional (como medo e ansiedade), e fisiológica, como alteração do sistema nervoso autônomo com variações de frequência cardíaca e respiratória, durante a entrevista devido a recordação de eventos traumáticos, sintomas que são característicos desse instrumento.

Além disso, o Sr (a) deve estar ciente que pode haver dor e desconforto após as sessões e que esses sintomas desaparecerão aos poucos. Caso não ocorra diminuição dos sintomas, o pesquisador encontra-se disposto a solucionar o problema através da utilização de recursos da fisioterapia para alívio da dor (eletroterapia e termoterapia), acompanhamento e orientação em relação às atividades diárias e suspensão dos exercícios aplicados. Sua identidade será mantida em sigilo absoluto.

Como benefício direto, o fisioterapeuta realizará uma avaliação completa da condição do seu ombro, e o Sr (a) receberá um tratamento para o ombro. O Sr (a) poderá se sentir desconfortável com algumas perguntas, ou durante o tratamento. O pesquisador estará disponível para esclarecer qualquer dúvida e ajudar em caso de algum constrangimento maior.

LIBERDADE DE PARTICIPAÇÃO E SIGILO DE IDENTIDADE

A sua participação neste estudo é voluntária, ou seja, não é obrigatória. Você pode desistir de participar a qualquer momento, sem que isso cause qualquer penalidade ou prejuízo à sua pessoa, e também pode pedir que suas informações sejam excluídas completamente deste estudo. Isto não tirará nenhum direito seu a assistência dos pesquisadores. Você também tem o direito de recusar-se a responder perguntas que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza.

Lembramos que a sua identidade será guardada em segredo, não sendo revelada qualquer informação a seu respeito ou que possa identificar você publicamente.

RESSARCIMENTO DE DESPESA E INDENIZAÇÃO

Pela sua participação, o Sr.(a) não receberá nenhum tipo de seguro de vida ou saúde que possa beneficiá-lo. Caso sinta-se prejudicado(a) ou lesado(a) por participar da pesquisa, o Sr.(a) deverá buscar indenização nas Leis vigentes no Brasil.

EM CASO DE DÚVIDAS SOBRE OS SEUS DIREITOS OU SE QUISER FAZER UMA RECLAMAÇÃO, CONTATE:

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Saúde Escola Cuiabá, telefone (16) 3315-0009

PARA QUESTÕES RELACIONADAS A ESTE ESTUDO, CONTATE:

Letícia Jonas de Freitas, (35) 98881-8494, leticiajfreitas@hotmail.com

Anamaria Siriani de Oliveira, (16) 3315-0737, siriani@fmrp.usp.br

Os responsáveis pelo estudo se comprometem a explicar de forma clara e simples a necessidade da pesquisa, todos os procedimentos e os possíveis riscos e benefícios. Também se prontificarão a responder todas as suas dúvidas e te dará acesso aos resultados dos exames realizados durante o estudo. É seu dever manter uma via deste consentimento e você terá o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar do estudo.

Eu entendi o estudo. Tive a oportunidade de ler o Termo de Consentimento ou alguém leu para mim. Tive o tempo necessário para pensar, fazer perguntas e falar a respeito do estudo com outras pessoas. Assim, autorizo a minha participação na pesquisa. Ao assinar este Termo de Consentimento, não abro mão de nenhum dos meus direitos. Este documento será assinado por mim e pelo pesquisador, sendo todas as páginas rubricadas por nós dois. Uma via ficará comigo e a outra com o pesquisador.

Nome Participante: _____, Data: _____

Assinatura Participante: _____

Nome Pesquisador: _____, Data: _____

Assinatura Pesquisador: _____