



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

Trabalho de Conclusão do Curso

**EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE INDIVÍDUOS COM DOR NO OMBRO APÓS
UM TRATAMENTO COM TELERREABILITAÇÃO: UM ESTUDO QUALITATIVO**

Aluno: Gustavo Rossi Luiz

Orientadora: Profa. Dra. Paula Rezende Camargo

Colaborador: Vander Gava

SÃO CARLOS

2024

SUMÁRIO

1	Introdução	7
2	Objetivo	10
3	Métodos	10
4	Resultados	15
4.1	Facilitadores da adesão ao tratamento	17
4.1.1	Adaptável a rotina	17
4.1.2	Fácil de entender	17
4.1.3	Suporte do fisioterapeuta	18
4.2	Possíveis barreiras para a adesão ao tratamento	19
4.2.1	Disciplina.....	19
4.2.2	Exercícios monótonos.....	19
4.3	Preferência pela forma de tratamento	20
4.3.1	Preferência antes do tratamento	20
4.3.2	Preferência depois do tratamento	20
4.4	Progressão dos exercícios	21
4.4.1	Experiência com a progressão.....	21
4.4.2	Experiência prévia.....	22
4.4.3	Significado da progressão de faixas	23
4.5	Continuidade do tratamento e satisfação	23
4.5.1	Continuidade dos exercícios após o término do tratamento	23
4.5.2	Satisfação	24
4.6	Confiança e motivação ao participar	25
4.6.1	Confiança ao realizar os exercícios	25
4.6.2	Motivação para realizar os exercícios	25
5	Discussão	26
6	Conclusão	29
7	Referências	29

Resumo

Introdução: A alta incidência de dor no ombro na população geral em conjunto com os desafios encontrados no sistema público de saúde reforçam a necessidade de alternativas efetivas para atender a grande demanda existente de indivíduos com dor no ombro. O uso da telerreabilitação para o tratamento de distúrbios musculoesqueléticos tem o potencial de reduzir custos e melhorar o acesso da população quando comparado ao tratamento presencial.

Objetivo: Identificar as experiências e percepções de indivíduos com dor no ombro após um tratamento com telerreabilitação.

Métodos: Trata-se de um estudo qualitativo utilizando a análise temática. Indivíduos com idade entre 18 e 60 anos que concluíram um tratamento de 12 semanas composto por exercícios terapêuticos e entrega por telerreabilitação foram convidados a participar de uma entrevista semiestruturada utilizada para a coleta de dados. As entrevistas foram feitas presencialmente e conduzidas por um único avaliador. As perguntas abordaram diferentes aspectos sobre a experiência dos indivíduos que realizaram o tratamento e foram elaboradas em conjunto com os membros do grupo de pesquisa. As entrevistas foram gravadas utilizando um gravador de voz e foram realizadas até a saturação dos dados. A transcrição dos dados, a extração de relatos relevantes e a formulação dos temas foram feitas por dois pesquisadores de forma independente, e houve discussão com um terceiro pesquisador em caso de opiniões conflitantes.

Resultados: Foram entrevistados sete participantes (34,8 ± 15,3 anos; 3 mulheres e 4 homens) e seis temas principais foram gerados: (1) “facilitadores da adesão ao tratamento”, (2) “possíveis barreiras para a adesão ao tratamento”, (3) “preferência pela forma de tratamento”, (4) “progressão dos exercícios”, (5) “continuidade do tratamento e a satisfação”, e (6) “confiança e motivação ao participar”. Os participantes relataram como facilitadores que a telerreabilitação é fácil de integrar em suas rotinas diárias, as instruções fornecidas pela equipe de pesquisa foram fáceis de entender e o apoio do fisioterapeuta foi útil. Entretanto, as principais barreiras foram a dificuldade de manter a adesão à intervenção e a percepção de que a intervenção era monótona. Os participantes relataram inicialmente uma preferência por tratamentos presenciais antes do início da intervenção, mas essa preferência mudou depois de se submeterem à intervenção de telerreabilitação. A maioria dos participantes não enfrentou dificuldades para gerenciar a progressão de seus exercícios durante a intervenção. De modo geral,

os participantes ficaram satisfeitos com a telerreabilitação e continuaram os exercícios em casa após o término da intervenção. Embora inicialmente inseguros, os participantes ganharam confiança ao longo da intervenção, citando o alívio da dor e a obtenção dos resultados desejados como principais motivadores.

Conclusão: No geral, os participantes entrevistados relataram experiências e percepções positivas sobre o tratamento com telerreabilitação para dor no ombro. A partir dos relatos foi possível entender a visão dos indivíduos e quais fatores favorecem o sucesso do tratamento com telerreabilitação para dor no ombro. As informações obtidas podem auxiliar os clínicos a entender quais pacientes podem se beneficiar mais de uma ou de outra forma de intervenção entre as abordadas pelo estudo primário. Essas descobertas podem ajudar os fisioterapeutas a informar os pacientes sobre possíveis barreiras e facilitadores, melhorando a tomada de decisão clínica compartilhada ao escolher entre a telerreabilitação e o tratamento presencial.

Palavras-chave: desordens musculoesqueléticas; exercícios terapêuticos; fisioterapia; síndrome do impacto do ombro

Abstract

Introduction: The high incidence of shoulder pain in the general population, together with the challenges encountered in the public health system, reinforce the need for effective alternatives to meet the high demand of individuals with shoulder pain. The use of telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal disorders has the potential to reduce costs and improve access for the population when compared to face-to-face treatment.

Objective: To identify the experiences and perceptions of individuals with shoulder pain after a telerehabilitation treatment.

Methods: This is a qualitative study using thematic analysis. Individuals aged between 18 and 60 who had completed a 12-week treatment consisting of therapeutic exercises and conducted by telerehabilitation were invited to take part in a semi-structured interview used as a data collection instrument. The interviews took place in person and were conducted by a single evaluator. The questions covered different aspects of the experience of the individuals who underwent the treatment and were drawn up together with the members of the research group. The interviews were recorded using a voice recorder and were carried out until the data was saturated. The transcription of the data, the extraction of relevant reports and the formulation of themes were carried out by two researchers independently, and there was discussion with a third researcher in the event of conflicting opinions.

Results: Seven participants were interviewed (34.8 ± 15.3 years; 3 women and 4 men) and six main themes were obtained: (1) "facilitators of adherence to treatment", (2) "possible barriers to adherence to treatment", (3) "preference for the form of treatment", (4) "progression of exercises", (5) "continuity of treatment and satisfaction", and (6) "confidence and motivation when participating". The participants reported as facilitators that telerehabilitation is easy to integrate into their daily routines, the instructions provided by the research team were easy to understand and the support of the physiotherapist was helpful. However, the main barriers were the difficulty of maintaining adherence to the intervention and the perception that the intervention was monotonous. Participants initially reported a preference for face-to-face treatments before the intervention began, but this preference changed after undergoing the telerehabilitation intervention. Most participants faced no difficulties in managing the progression of their exercises during the intervention. In general, participants were satisfied with telerehabilitation and continued

exercising at home after the intervention ended. Although initially unsure, participants gained confidence over the course of the intervention, citing pain relief and achieving the desired results as the main motivators.

Conclusion: Overall, the participants interviewed reported positive experiences and perceptions of treatment with telerehabilitation for shoulder pain. From the reports, it was possible to understand the individuals' views and which factors favor the success of treatment with telerehabilitation for shoulder pain. The information obtained can help clinicians understand which patients may benefit most from one or other form of intervention among those addressed by the primary study. These findings can help physiotherapists inform patients about possible barriers and facilitators, improving shared clinical decision-making when choosing between telerehabilitation and face-to-face treatment.

Keywords: musculoskeletal disorders; therapeutic exercises; physiotherapy; shoulder impingement syndrome

1 INTRODUÇÃO

A dor no ombro é a terceira queixa musculoesquelética mais comum na população adulta,¹ e apresenta incidência média de 29,3 a cada 1000 pessoas-ano.² Cerca de 40% dos pacientes relatam dor persistente 12 meses após consultar um clínico de cuidado primário,³ sendo que a intensidade da dor e o prejuízo funcional do ombro podem comprometer a capacidade de trabalho e realização de atividades diárias, como por exemplo dirigir, vestir-se e escovar os dentes.⁴ Evidência moderada sugere que o tratamento conservador em casos de dor aguda e subaguda no ombro contribui para reduzir as chances de cronicidade.⁵ Por outro lado, fatores como idade acima dos 55 anos, estado de saúde geral ruim, percepção de grandes demandas de trabalho, início gradual de queixas associadas à condição e à quantidade de visitas a um profissional de saúde estão relacionados com o processo de cronificação.⁵

Evidências apontam que a intervenção cirúrgica não apresenta resultados superiores quando comparada ao tratamento fisioterapêutico conservador em pacientes com dor no ombro relacionada ao manguito rotador.⁶ Observa-se, ainda, que a intervenção fisioterapêutica reduz o número de pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos para o tratamento dessa condição.⁷⁻¹⁰ Além da redução de gastos com cirurgias, otimizar a forma como o cuidado com as dores no ombro é ofertado para a população geral pode diminuir os custos associados ao uso excessivo de serviços de assistência médica, ausência por doença, pensão por invalidez e perda de produtividade, bem como contribuir para amenizar o sofrimento do paciente.¹¹

A população brasileira enfrenta alguns desafios ao buscar serviços de saúde que dificultam o acesso a diversos tratamentos, inclusive aqueles voltados para pessoas que possuem dor no ombro.¹² As dificuldades relacionadas à locomoção ao local do atendimento, as grandes listas de espera devido à alta demanda de pacientes, a demora no atendimento, a falta de cobertura de seguro de saúde para cuidados clínicos relacionados à rede privada, o custo elevado de tratamentos de longa duração e a falta de tempo dos pacientes somada ao tempo envolvido no transporte e no atendimento fazem parte dos desafios encontrados no sistema público de saúde.^{12,13} A telerreabilitação surge como alternativa para ofertar serviços de fisioterapia de forma a solucionar as problemáticas apresentadas e reduzir o tempo e as despesas necessários para o tratamento dos pacientes.¹⁴⁻¹⁷

A efetividade da telerreabilitação na fisioterapia já foi abordada em diferentes desordens musculoesqueléticas.^{14,15,18,19} A telerreabilitação apresentou resultados comparáveis a reabilitação presencial para redução da dor e melhora da função física em pacientes com artroplastia total de joelho ou quadril, osteoartrite de joelho e dor lombar inespecífica.¹⁸ Uma revisão sistemática recente reforçou a necessidade de estudos com maior qualidade metodológica para a recomendação definitiva do uso da telerreabilitação na população com dor no ombro.¹⁹ Em relação ao tratamento de pacientes com dor no ombro, evidência de muito baixa a baixa foi demonstrada sugerindo que não há diferença entre telerreabilitação e fisioterapia presencial ou um programa domiciliar de exercícios para melhora da dor e incapacidade.¹⁹

Um outro estudo apresentou evidências de melhoras significativas na função física, cognitiva, independência funcional e qualidade de vida relacionada à saúde quando indivíduos com diferentes desordens musculoesqueléticas receberam um programa misto de telerreabilitação em conjunto com tratamento presencial.¹⁴ O uso de ferramentas web parece proporcionar maior adesão, melhoras funcionais e confiança do paciente ao se realizar um programa de exercícios quando comparado ao uso de cartilhas impressas.^{20,21} Os achados até o momento indicam a telerreabilitação como uma alternativa promissora ao tratamento presencial e que o uso dessa tecnologia deve ser aprimorado e expandido para diversas áreas, tendo em vista a oferta de tratamento de alta qualidade de modo mais conveniente ao custo e tempo envolvidos.^{14,15}

Ensaio controlados aleatorizados podem apresentar evidência de eficácia dos resultados, viabilidade e efetividade do estudo aumentados se conduzidos em conjunto com estudos qualitativos.²² O uso de um estudo qualitativo após um ensaio controlado aleatorizado pode servir para explorar razões para os achados do ensaio e para as variações nos desfechos dentro da mesma amostra.^{23,24} Os benefícios dessa associação são ainda mais evidentes quando a relação entre o estudo qualitativo e o ensaio está bem estabelecida e valorizada na pesquisa,²⁵ sendo importante esclarecer se existe a intenção de adaptar a intervenção do ensaio a partir dos achados do estudo qualitativo e de que forma os resultados desse estudo serão repassados à equipe de pesquisa e ao público.²⁶

A pesquisa qualitativa ajuda no entendimento de padrões de comportamentos de saúde e a projetar intervenções de saúde, sendo capaz de explorar e compreender

questões que não podem ser respondidas utilizando métodos quantitativos.^{27,28} Estudos qualitativos podem fornecer um melhor entendimento da complexidade dos problemas de saúde e ajudar a investigar as razões pelas quais a melhora dos pacientes ocorre ou deixa de ocorrer.²⁹ Através de métodos qualitativos é possível abordar tópicos como a satisfação dos pacientes, a interação entre o profissional da saúde e o paciente, e explorar explicações para atitudes, crenças e comportamentos.^{29,30}

Ainda, estudos de natureza qualitativa apresentam o potencial de coletar dados sobre possíveis facilitadores e barreiras para a implementação de determinadas intervenções por meio do entendimento da experiência e percepções dos indivíduos submetidos a um tratamento específico.^{16,17,31-37} Investigações prévias que utilizaram o desenho de estudo qualitativo observaram relatos dos pacientes sobre a satisfação, expectativas, adesão, crenças, preferências, autoeficácia e desfechos como dor e função após o tratamento para distúrbios musculoesqueléticos variados.³²⁻⁴² Os estudos forneceram considerações sobre como os pacientes experienciam a condição e o tratamento e de que forma o tratamento pode ser conduzido visando a melhora do cuidado centrado no paciente.³²⁻⁴²

Esse desenho de estudo também pode ser usado para identificar as preferências dos pacientes frente ao tratamento, considerando a importância desse fator para a prática baseada em evidência.^{41,43} A presença de pacientes como parceiros nas pesquisas pode contribuir com as diversas etapas do projeto, as quais incluem o auxílio na identificação das questões a serem estudadas e na interpretação dos resultados, complementando o estudo do pesquisador e permitindo uma melhor aplicação do estudo para a prática clínica.⁴⁴

Considerando esses aspectos, um estudo avaliou pacientes com ombro congelado e foram divididos em três grupos que receberam intervenções diferentes.³² Os relatos coletados após as intervenções revelaram que é comum que os pacientes apresentem preferências quanto aos tipos de intervenção, sendo que aqueles que recebem intervenções mais condizentes com as suas preferências tendem a permanecer mais motivados com o tratamento e a responder melhor a ele.³²

Participantes de um estudo qualitativo envolvendo a telerreabilitação para pacientes com COVID-19 relataram que participariam novamente do programa de tratamento e consideraram indispensável a implementação da telerreabilitação para

grupos que se beneficiariam desse tipo de assistência, como por exemplo aqueles que apresentam dificuldade de locomoção para os centros de saúde.¹⁶ Um outro estudo qualitativo sobre a telerreabilitação, dessa vez envolvendo pacientes que apresentaram acidente vascular cerebral, registrou relatos positivos quanto ao engajamento e motivação dos pacientes e melhora da condição física, mental e socioemocional.¹⁷ A conveniência da execução do tratamento considerando o manejo do tempo e do transporte e as possíveis barreiras para esse tipo de intervenção foram citados como fatores a serem considerados na escolha da telerreabilitação como forma de tratamento.¹⁷

Investigar a percepção dos pacientes após um tratamento por telerreabilitação para dor no ombro poderá fornecer evidências e sugestões para a implementação nos serviços de saúde. Compreender a visão desses indivíduos a partir de um estudo qualitativo permitirá uma abordagem mais abrangente das fortalezas e fraquezas da telerreabilitação em relação ao tratamento presencial. Explorar os relatos dos pacientes poderá sugerir fatores relevantes para o sucesso do tratamento que não podem ser avaliados por medidas objetivas. Assim, os clínicos poderão entender melhor quais as barreiras e vantagens de se optar por um tratamento presencial ou por telerreabilitação para o tratamento da dor no ombro.

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi identificar as experiências e percepções de indivíduos com dor no ombro após um tratamento com telerreabilitação.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo utilizando a análise temática para entender as experiências e percepções de indivíduos com dor no ombro após um tratamento com telerreabilitação.⁴⁵ Foi utilizado o método realista da análise temática com uma abordagem indutiva para relatar experiências, significados e a realidade dos participantes através de uma análise baseada nos dados obtidos.⁴⁵ Através de entrevistas é possível coletar informações sobre as perspectivas, opiniões e entendimentos construídos por pessoas sobre experiências que ocorreram em suas vidas.^{27,29} As entrevistas foram semiestruturadas, contendo perguntas abertas e um roteiro de entrevista disponível apenas para o entrevistador dentro de temas definidos, sendo possível o aprofundamento dentro de cada tópico fazendo uso da flexibilidade

permitida por esse tipo de entrevista.^{27,29} Este estudo foi elaborado a partir das diretrizes do *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)*⁴⁶ e do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*.⁴⁷

Foram convidados os indivíduos que completaram um tratamento por telerreabilitação no máximo há 3 meses como parte de um ensaio clínico controlado realizado em nosso laboratório de pesquisa. O entrevistador entrou em contato por mensagem ou por telefone com os indivíduos que completaram o tratamento e explicou brevemente o objetivo e a relevância clínica do presente estudo, convidando os indivíduos a participarem de uma entrevista presencial no Laboratório de Avaliação e Intervenção do Complexo do Ombro da UFSCar para compartilharem as experiências e percepções do tratamento por telerreabilitação para dor no ombro que foi realizado pelos participantes do ensaio clínico controlado. Os indivíduos que aceitaram participar do estudo tiveram uma entrevista agendada com o entrevistador conforme disponibilidade de ambos.

Um entrevistador (GRL), homem, aluno do terceiro ano de graduação do curso de Bacharelado em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, foi previamente instruído e treinado para realizar as entrevistas.⁴⁸⁻⁵⁰ O treinamento do entrevistador foi realizado pela leitura recorrente da literatura científica referente à realização de entrevistas como parte da implementação da metodologia qualitativa. A equipe de pesquisa também realizou contato com pesquisadores experientes na metodologia qualitativa para auxiliar na elaboração dos métodos. Foram realizadas reuniões periódicas com o aluno de doutorado colaborador do projeto (VG) para discussão da literatura e de instruções para condução das entrevistas com pacientes. Três entrevistas-piloto foram realizadas, mediante aprovação do projeto pelo comitê de ética, para familiarização e identificação de eventuais dificuldades com os procedimentos da entrevista. Caso necessário, entrevistas-piloto subsequentes seriam agendadas até que a equipe concordasse que o entrevistador estava apto a iniciar as entrevistas. Não foi necessária a realização de entrevistas-piloto subsequentes, portanto a coleta de dados continuou normalmente após o reconhecimento da aptidão do entrevistador para as entrevistas. O entrevistador não fez parte da intervenção dos pacientes e não possuía qualquer relação com os indivíduos. As entrevistas ocorreram somente entre o entrevistador e o entrevistado, sem a presença de outra pessoa.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas presencialmente no Laboratório de Avaliação e Intervenção do Complexo do Ombro da UFSCar, que foi o mesmo local da triagem inicial dos pacientes para o estudo primário, e foram previamente agendadas por telefone pelo entrevistador. As entrevistas foram gravadas utilizando um aplicativo de celular “Gravador de voz” (quality apps, versão 60.1) e armazenadas em uma pasta no Google Drive com acesso apenas para os pesquisadores. As gravações foram incluídas na pasta do Google Drive, e os nomes dos participantes foram substituídos por códigos identificadores, garantindo a impossibilidade de identificar o participante. Uma vez armazenada na pasta do Google Drive, a gravação disponível no celular foi permanentemente excluída. Foram recrutados indivíduos que participaram de um ensaio clínico controlado conduzido no Laboratório de Avaliação e Intervenção do Complexo do Ombro da UFSCar, e foram aleatorizados para o grupo de tratamento por telerreabilitação. O objetivo do estudo primário era comparar os efeitos de uma intervenção com uma ferramenta de prescrição de exercícios domiciliares via web a uma intervenção presencial e supervisionada em pacientes com dor no ombro. Todos os indivíduos incluídos no estudo primário tinham idade entre 18 e 60 anos, dor no ombro há mais de 3 meses e dor autorrelatada de intensidade igual ou superior a 3 pontos na Escala Numérica de Dor (END) ao repouso ou movimento do braço na região ântero-lateral do ombro. Os critérios de exclusão no estudo primário foram: histórico de trauma relacionado ao início dos sintomas; histórico de fratura de clavícula, escápula ou úmero; histórico de estabilização cirúrgica ou reparo do manguito rotador; histórico de luxação do ombro; dor relacionada à coluna cervical; capsulite adesiva; doença sistêmica envolvendo as articulações e alteração cognitiva que impossibilitaria a realização dos questionários. Por utilizar os participantes do estudo primário para realizar a coleta de dados por meio das entrevistas, os critérios de inclusão e exclusão se associam aos do estudo primário, considerando ainda que para ter sido incluído no estudo atual o indivíduo deveria ter concluído o tratamento com telerreabilitação como participante do estudo primário há no máximo 3 meses.

O período de intervenção foi de 12 semanas com frequência semanal de dois dias intercalados por semana. Os indivíduos receberam orientações para controle da dor, postura e amplitude de movimento. Foram realizados exercícios de fortalecimento, com ênfase na musculatura escapulotorácica e rotadores laterais do braço. A telerreabilitação foi realizada com a plataforma Vedium (www.vedium.com.br), que é uma ferramenta de prescrição de exercícios domiciliares via web. Todos os indivíduos receberam orientação

para utilização da plataforma Vedius. A plataforma Vedius foi desenvolvida para facilitar a prescrição de exercícios e otimizar o manejo clínico. É composta por vídeos e instruções de exercícios que atendem as demandas do estudo. O conteúdo era enviado aos pacientes por mensagem celular, ou por e-mail ou em um documento .PDF, permitindo o acesso mesmo quando os indivíduos não possuíam acesso à internet. Eram realizadas teleconsultas por videochamadas com um fisioterapeuta com mais de 10 anos de experiência para solucionar dúvidas de execução de exercícios e de uso da plataforma Vedius. As consultas foram realizadas imediatamente após a aleatorização, na quarta semana e na oitava semana de tratamento.

Os participantes receberam explicação verbal e escrita dos objetivos da pesquisa e de como ela foi conduzida. As entrevistas foram gravadas a partir de um gravador de voz com consentimento dos indivíduos e todos os dados são confidenciais. Os riscos e benefícios de participar da pesquisa foram esclarecidos, e aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos (CAAE: 67242023.6.0000.550). O entrevistador buscou estabelecer uma boa relação com os indivíduos a partir da escuta ativa para facilitar a aquisição de informações, e permaneceu neutro em relação aos relatos dos indivíduos para evitar viés. As entrevistas foram realizadas até a saturação dos dados, que é determinada quando os pesquisadores identificam em consenso que não estão sendo adquiridas novas informações. Duas entrevistas subsequentes com dois novos indivíduos que não foram entrevistados anteriormente e que também realizaram o tratamento com telerreabilitação foram agendadas nessa etapa de consenso, como confirmação.⁵¹ Os resultados deste estudo serão apresentados em eventos científicos e publicados em artigos indexados em base de dados internacionais.

As perguntas utilizadas na pesquisa foram elaboradas de acordo com a literatura recente, da consulta dos pesquisadores responsáveis pela intervenção com telerreabilitação, e com base nos objetivos relevantes a esse estudo. Foram incluídos temas comumente abordados na telerreabilitação e em estudos qualitativos com pacientes. A adesão/motivação em realizar o tratamento, o local de realização dos exercícios, a necessidade ou ausência de supervisão profissional, e a progressão dos exercícios são temas comumente abordados na telerreabilitação e na realização de exercícios domiciliares.⁵²⁻⁵⁵ As preferências e experiências do paciente se relacionam

ao objeto de estudo qualitativo, considerando que foram estudadas as percepções dos pacientes sobre essa maneira de entregar o tratamento.^{32,33,37-40,42} As perguntas foram abertas, para facilitar uma discussão aprofundada sobre cada tópico e ao mesmo tempo permitir que cada indivíduo compartilhe informações sobre temas que lhe são relevantes.⁵⁶ Todas as perguntas elaboradas foram posteriormente discutidas e selecionadas pelos membros do grupo de pesquisa, e fizeram parte do roteiro de entrevista (Tabela 1).⁵⁷

Tabela 1 Roteiro de entrevista semiestruturada

Tema	Perguntas
Adesão e motivação	O que facilitou a sua participação no tratamento? O que dificultou a sua participação no tratamento? Acredita que sua participação seria diferente caso fosse sorteado para o outro grupo?
Preferências	Você tinha preferência pelo grupo presencial antes de iniciar a pesquisa? Por quê? Você acredita que o resultado do tratamento teria sido diferente no outro grupo? A sua preferência mudou após realizar o tratamento?
Local	Qual o local que você realizou os exercícios? Era um local público ou não? Você utilizou celular ou computador ou outro aparelho? Você visualizou os exercícios por vídeos ou solicitou o arquivo com imagens?
Supervisão e autoeficácia	Você segue realizando os exercícios do tratamento na sua casa? Você se sente motivado para realizar os exercícios do tratamento em casa, sem supervisão? Quão importante é a supervisão do fisioterapeuta enquanto você realiza os exercícios? Você se sente confiante ao realizar os exercícios sozinho?
Progressão	Como foi ajustar a dificuldade dos exercícios mudando de cor da banda elástica? Você já tinha uma experiência prévia em ajustar a dificuldade ou intensidade dos seus exercícios? Como essa

experiência ou falta de experiência influenciou o ajuste da dificuldade dos exercícios do tratamento?

Experiência Como foi sua experiência no grupo telerreabilitação? Você teve dificuldades? Você precisou da ajuda de alguém? Como foi se conectar com o fisioterapeuta em videochamada? Como foi preencher os diários de acompanhamento? O que você gostou e o que você não gostou?

Para a análise qualitativa dos dados, as entrevistas dos participantes foram analisadas através do software Taguette.⁵⁸ O Taguette é uma ferramenta de gerenciamento de texto e análise de dados qualitativos, utilizada em estudos qualitativos prévios.⁵⁸⁻⁶¹ Dois pesquisadores (GRL e VG) realizaram a transcrição, extraíram relatos relevantes e formularam os temas de forma independente. Os pesquisadores se envolveram reflexivamente com os dados para garantir que as perspectivas dos participantes fossem priorizadas.⁶² Os relatos foram divididos em códigos e posteriormente agrupados dentro de temas principais e subtemas. Opiniões conflitantes relativas ao conteúdo de um tema poderiam ser discutidas com um terceiro pesquisador para realizar o consenso.

4 RESULTADOS

Sete entrevistas foram realizadas entre fevereiro e novembro de 2023. Duas entrevistas foram realizadas após a saturação dos dados como forma de confirmação. O tempo médio de duração das entrevistas foi equivalente a 19 minutos. Foram gerados seis temas principais e quatorze subtemas.

Tabela 2 – Dados descritivos dos participantes entrevistados no estudo

Participante	Idade (anos)	Sexo	Peso (kg)	Altura (cm)	IMC (kg/m²)	Escolaridade	Ocupação	Tempo após o término do tratamento
Participante 1	54	Masculino	72	169	25,21	Primeiro grau completo	Pintor	47 dias
Participante 2	38	Masculino	83	167	29,76	Superior completo (doutorado)	Supervisor de ensino	25 dias
Participante 3	27	Feminino	61	161	23,53	Superior completo (mestranda)	Estudante de pós-graduação	9 dias
Participante 4	34	Masculino	92	173	30,73	Superior completo (doutorando)	Estudante de pós-graduação	30 dias
Participante 5	22	Feminino	56	170	19,38	Superior incompleto	Estudante de graduação	10 dias
Participante 6	29	Masculino	68	180	20,98	Superior completo	Empresário	13 dias
Participante 7	19	Feminino	65	180	20,06	Segundo grau completo	Autônoma	49 dias

4.1 Facilitadores da adesão ao tratamento

4.1.1 Adaptável a rotina

A possibilidade de realizar o tratamento fisioterapêutico proposto sem a necessidade de se deslocar a um local específico em horários previamente agendados favoreceu a adesão dos participantes. Alguns participantes relataram que a flexibilidade da telerreabilitação tornou viável o andamento de um tratamento que poderia ser de difícil execução caso fosse realizado de modo presencial. Incluir os exercícios do tratamento na rotina dos participantes parece uma boa estratégia para o cumprimento do tratamento proposto.

“Talvez eu faltaria mais, por conta da minha rotina... por conta dos horários, eu acho que ia ficar bem mais complicado, eu até comentei isso com eles no começo ‘Olha, eu estou torcendo pra ser sorteado pro outro grupo’, porque vir aqui, por exemplo, tem muitas semanas que eu não fico, então achei que ia falhar muito e talvez eu nem ia contribuir tanto com o projeto, então achei que deu sorte de ter sido o grupo de fazer por vídeo.” (Participante 2)

“Primeiro que se fosse presencial nessas viagens nem teria dado para fazer nada, por mais que eu tenha sido relapso, alguns dias eu fiz durante as viagens e ia restringir um pouco a quantidade de dias que eu ia conseguir fazer, sabe. Às vezes, assim, presencial tem aquela questão que como você tem um compromisso com uma pessoa, tem um horário fixo, às vezes fica mais fácil, mas agora, tipo, as épocas que eu fiquei com a frequência mais alta, né, fazendo mais dias seguidos, essas coisas, aí seria algo que já para mim não daria, né, no modelo presencial.” (Participante 4)

4.1.2 Fácil de entender

A clareza das instruções fornecidas pelo fisioterapeuta e as descrições e vídeos contidos na plataforma de exercícios permitiram que os participantes tivessem uma boa compreensão dos exercícios. A simplicidade dos exercícios também foi apontada como um facilitador para lidar com o programa de exercícios.

“Tinha acesso também ao ‘pesquisador’ que explicava os exercícios, a gente teve também os exercícios em vídeo mostrando como fazer, então, se por um acaso... sempre quando mudava algum exercício, por exemplo, eu ia lá no vídeo e via como era. Além da explicação do ‘pesquisador’, tinha um vídeo ali disponível, então não tinha como errar, e os exercícios eram bem simples também, assim, só com a faixa elástica, então não tinha... não tinha muito erro, então foi bem tranquilo nesse sentido.” (Participante 2)

“O ‘pesquisador’ enviava um link lá com os vídeos, era muito bem explicado lá, sabe, uma das coisas que eu achei mais legal na descrição é que falava onde você deveria estar sentindo o cansaço, desgaste, não sei, isso ajudava muito, teve até umas vezes que eu notei que eu estava fazendo errado exatamente por causa disso, sabe, que como era do ombro eu tentava mexer somente o ombro, aí quando eu ia reler a descrição estava lá você deveria tá sentindo não sei o que no ombro e na escápula, então ‘ah, então eu tenho que puxar a escápula também’, sabe, aquela descrição lá... os vídeos, sabe, ter o vídeo ajuda muito, agora o que eu achei muito legal foi na descrição falando onde você deveria tá sentindo o exercício, aquilo lá eu fiquei... realmente achei muito legal quando eu notei.” (Participante 4)

4.1.3 Suporte do fisioterapeuta

O suporte fornecido pelo fisioterapeuta foi mencionado como um facilitador para o tratamento. A disponibilidade do terapeuta para solucionar as dúvidas dos participantes favoreceu a participação dos participantes.

“Ter acesso a um profissional para tirar eventuais dúvidas, por mais que eu tenha usado pouco, era um negócio que me deixava mais seguro, sabe, caso tivesse algo que eu não entendi nos vídeos, que eu não consegui perceber uma posição, tipo, está com o cotovelo aberto, com o cotovelo fechado, alguma coisa assim, eu poderia perguntar para o ‘pesquisador’, para o profissional seja quem for.” (Participante 4)

“Os exercícios no vídeo ajudaram muito para compreender o exercício, ter sempre alguém disponível ali para tirar dúvida... quando eu tive a lesão no ombro eu mandei mensagem também perguntando o que podia fazer, então ter alguém ali que eu sabia que eu podia mandar mensagem, perguntar alguma coisa também ajudou muito, eu gostei muito disso.” (Participante 5)

4.2 Possíveis barreiras para a adesão ao tratamento

4.2.1 Disciplina

Os participantes relataram que é necessário ter disciplina para aderir ao tratamento, uma vez que não há um compromisso marcado com um profissional em um local e data específicos.

“É que a gente quando fica em casa, na verdade em casa ou até mesmo outro ambiente que seja, eu acho que a pessoa fica um pouco mais folgada, né... eu acho que perde um pouco do compromisso.” (Participante 1)

“[...] A maior dificuldade era essa, assim... exige-se uma disciplina, uma organização que para quem não tem muito isso no trabalho dificulta um pouco, eu acho que é... acho que é o único ponto que dificultou.” (Participante 4)

“Manter a constância (dificultou a participação), que é uma coisa que eu não... não consegui, na verdade, não é nem que não conseguia, eu não consegui manter a constância, para mim foi algo difícil, mas os resultados, assim, foram bons.” (Participante 7)

4.2.2 Exercícios monótonos

Um participante relatou que os exercícios eram monótonos, o que prejudicou a sua adesão ao programa de exercícios.

“Acho que os exercícios são muito monótonos para você fazer muito tempo, porque teve um momento que eu já estava meio de saco cheio (risada) de continuar fazendo a mesma coisa, exceto por um que eu comecei fazendo

com a toalha, depois era só abdução do ombro e depois com o elástico, esse foi o que teve mais progressão com o sentido de mudar um pouco o exercício, mas os outros eram a mesma coisa e só mudava a resistência da faixa, então isso é meio chato (risada).” (Participante 3)

4.3 Preferência pela forma de tratamento

4.3.1 Preferência antes do tratamento

Dois participantes apresentavam preferência por realizar a intervenção por telerreabilitação ao invés da intervenção presencial antes de iniciar o tratamento, enquanto quatro participantes relataram ter preferência pela intervenção presencial e um não relatou preferência entre as formas de tratamento.

“(Por que a preferência pela telerreabilitação antes?) Por conta de trabalho mesmo, eu já cheguei a fazer uma vez presencial, mas também consegui uma vez por semana só. E aí quando eu vi que era online que daria para fazer em casa três, quatro vezes por semana para mim foi muito melhor, porque eu folgo só de segunda, então se fosse para fazer, seria, tipo, nas segundas que desse para ir eu iria, então eu não conseguiria fazer nem toda semana. Aí em casa eu chego à noite... chegava à noite do trabalho e fazia depois do trabalho mesmo.” (Participante 7)

4.3.2 Preferência depois do tratamento

Após o término do tratamento, cinco participantes relataram ter preferência pelo grupo que realizou telerreabilitação, ao passo que os outros dois participantes relataram ter preferência pelo grupo que realizou a intervenção de modo presencial.

“Sim, no começo eu achava que presencial ia ser muito melhor, só que depois eu fui pegando confiança no online e hoje eu digo que o online acaba descendo melhor pela questão de ter uma frequência maior... uma possibilidade de uma frequência maior.” (Participante 4)

“No começo sim (preferência pelo presencial), mas aí quando eu pensei que eu teria que estar aqui todos... essas três vezes por semana, aí eu pensei que talvez não daria certo, então foi melhor realmente fazer online mesmo.” (Participante 5)

“Antes eu achei que fosse melhor, depois eu achei que não, né. No começo eu achei que o presencial fosse ser o mais adequado para mim porque eu estava muito preocupado com a condição e eu estava um pouco assim... o meu primeiro tratamento de fisioterapia também foi remoto, e eu estava com a lembrança de que eu fiz um tratamento remoto e não resolveu todo o problema. Falei ‘nossa, vou fazer de novo e não vai resolver de novo’, a gente tende a acreditar, mas não, da segunda vez foi realmente bem melhor e hoje eu preferiria realmente fazer o virtual do que o presencial.” (Participante 6)

4.4 Progressão dos exercícios

4.4.1 Experiência com a progressão

Não houve dificuldade para perceber o momento em que a progressão de faixa elástica deveria ser feita para ajustar a intensidade dos exercícios ou que outra estratégia poderia ser utilizada. Os participantes não relataram dificuldade para perceber o momento em que a progressão de faixa elástica poderia ser feita para ajustar a intensidade dos exercícios. Aqueles que não conseguiram progredir a faixa utilizaram outra estratégia, como o aumento do número de repetições, ou mantiveram a cor da faixa elástica entendendo que o nível de dificuldade do exercício estava adequado.

“Eu até conversei com o ‘pesquisador’, em relação a essa mudança, eu acho que depois de umas... na quinta aula eu percebi que já não estava surtindo mais efeito, que foi onde ‘opa, eu acho que...’ pelas cores que eu vi, que a intensidade do elástico era mais resistente, mais difícil, então eu falei ‘eu acho que tá na hora de mudar’.” (Participante 1)

“Eu tive um pouco de dificuldade de mudar a cor das faixas, porque eu desde o começo já fiz com faixas pesadas, eu já fiz quase todos com a faixa azul, que eu acho que era a mais pesada e só tinha um que eu fazia com a verde e eu não conseguia evoluir essa faixa. O que eu consegui evoluir foi a quantidade de repetições, trocar a faixa realmente fadigava muito e eu não conseguia terminar, por exemplo, a segunda série. Então troca de faixa eu não tive, eu tive aumento de séries e repetições, faixa não.” (Participante 6)

“Eu não cheguei a mudar a cor da faixa, continuo na amarela mesmo, exatamente por não ter conseguido fazer três, quatro vezes por semana, fazer, tipo, duas, então não cheguei a mudar porque a amarela ainda estava sustentando.” (Participante 7)

4.4.2 Experiência prévia

A experiência prévia com exercícios que envolvem progressão de cargas, seja com ou sem faixa elástica, parece facilitar o ajuste da dificuldade do exercício. No entanto, mesmo aqueles que não apresentavam esse histórico não relataram dificuldade em realizar o ajuste da dificuldade.

“Eu acho que não (sobre acreditar que a falta de experiência prévia influenciou no tratamento), eu acho que teve uma evolução boa, né, é... talvez o que eu poderia ter feito, não o ajuste da carga, mas das vezes na semana, talvez tivesse sido um pouco mais ideal fazer mais tempo.” (Participante 3)

“Não de fisioterapia, porque eu fiz academia um pouco, então eu tinha noção de como é que era, mas eu acho que por mais que eu tivesse essa noção é bem diferente o jeito do... do objetivo do exercício, mas dá para falar que eu tinha uma certa experiência por mais que eu nunca tivesse feito fisioterapia especificamente.” (Participante 4)

“Talvez tenha ajudado um pouco, porque não era um exercício que eu conhecia, mas já conhecia faixa elástica, já tinha feito coisas com a faixa elástica, acho que foi mais fácil, assim, de já estar familiarizado.” (Participante 7)

4.4.3 Significado da progressão de faixas

Quando questionados sobre o significado de progredir as faixas elásticas para um nível de maior resistência, os participantes associaram a progressão de faixa com o avanço do tratamento, e não demonstraram medo de prejudicar as estruturas envolvidas no exercício devido a maior tensão aplicada.

“Eu sentia que... talvez fosse forçar um pouco mais e fortalecer a parte... eu, pelo menos foi a forma como eu entendi, eu precisaria fortalecer, e aí eu sou leigo eu não vou saber nome nenhum daqui, mas eu precisaria fortalecer todos os pontos aqui em volta, então aumentar a cor da faixa significa que eu estaria fortalecendo mais e talvez a dor seria diminuída.” (Participante 2)

“Era pra melhorar, para fortalecer mais, porque até então já teria fortalecido naquela faixa que era mais fraquinha e daí evoluiria.” (Participante 7)

4.5 Continuidade do tratamento e satisfação

4.5.1 Continuidade dos exercícios após o término do tratamento

A maioria dos participantes (cinco participantes) relataram, no momento da entrevista, que continuam realizando os exercícios do tratamento após o término do programa de telerreabilitação. Um deles informou que manteve a prática dos exercícios com faixa elástica, mas incluiu outras variações.

“Eu faço, eu faço, mas eu não consigo fazer três vezes na semana, então o que eu estou conseguindo fazer geralmente é de final de semana, então sempre as minhas faixinhas estão lá, faço uma vez por semana, porque eu não sei, eu sinto que minimamente dá uma... sinto que dá uma acalentada na região, eu sinto que é bacana, então eu continuei fazendo, mas não com a periodicidade que estava.” (Participante 2)

“Eu ainda fiz mais algumas vezes depois. Às vezes eu uso não só para fazer exercício, mas outros, sabe, para alongar um pouco o ombro, não necessariamente os mesmos, mas porque aqueles às vezes eu ainda sentia um

desconforto para fazer, então às vezes eu uso para fazer alguns um pouco mais leves antes de dançar para alongar, então às vezes eu uso aqueles ou algum outro, mas usando as faixinhas ainda.” (Participante 5)

“Não, infelizmente não. Eu... é o que eu falei, eu acho que a gente dá uma relaxadinha. Eu acho... quando eu fiquei sabendo que era a última aula, basicamente saiu um pouquinho do tratamento, sendo que não era para ter acontecido isso, era pra ter... se houve resultado pra mim, ‘opa, surgiu efeito’, vamos continuar, mesmo não tendo o compromisso. Eu poderia sim ter continuado, mas, infelizmente, não continuei adequadamente, mas, eu preciso (risada), eu sinto que eu preciso porque deu resultado.” (Participante 1)

4.5.2 Satisfação

Os participantes relataram um bom nível de satisfação com o tratamento, sendo que apenas um relatou insatisfação com os resultados. Todos os participantes relataram ter tido uma boa experiência com o processo de telerreabilitação.

“Eu diria que foi dez, foi uma experiência ótima, como recuperação. Até respondi o questionário final lá, de uma escala zero a dez o meu problema eu tive uma resolução de uns 80%, eu ainda sinto um pouco, por isso que eu sigo fazendo manutenção, né, não foi 100%, mas foi melhor do que eu imaginava, os exercícios que eu sentia bastante dor na academia não dói mais, algumas tarefas cotidianas também não tenho mais problemas, então a progressão foi bem bacana.” (Participante 6)

“Eu gostei muito da facilidade e dos resultados, para mim foi muito bom, porque antes de entrar eu estava tendo muita, muita dor. Não sei se diria que tem algo que eu não gostei, não consigo pensar em nada para falar ‘aí, não gostei disso’, foi tudo bem tranquilo.” (Participante 7)

“Ah, eu confesso que não muito (satisfação com os resultados), porque eu ainda... assim, como eu disse, é uma dor que ela é mais quando me deito sobre o ombro esquerdo, como eu falei na avaliação para a pesquisa, e ela não melhorou totalmente, sabe, então eu fiquei um pouco frustrada sim, melhorou,

mas não foi total. [...] Eu acho que foi boa (a experiência), acho que só essa questão de ser monótono que atrapalha, né, e de ter a supervisão, é porque talvez isso seja uma característica minha, não sei, eu gosto de ter alguém ali falando, corrigindo, para fazer certinho, mas foi uma experiência boa.” (Participante 3)

4.6 Confiança e motivação ao participar

4.6.1 Confiança ao realizar os exercícios

Apesar de alguns participantes terem relatado uma pequena insegurança no começo do tratamento quanto à execução dos exercícios, essa preocupação deixou de existir ao longo do tratamento. As instruções do fisioterapeuta, a descrição e os vídeos presentes na plataforma online e a simplicidade dos exercícios foram fatores citados pelos participantes que contribuíram para uma maior confiança ao realizar os exercícios do tratamento sem supervisão.

“Uma coisa que eu peguei mais confiança no online também foi o que eu tinha falado das descrições que são muito completas com o vídeo e falando o que deveria estar sendo trabalhado e tal, isso me deixou um pouco mais... me deixou mais confiante ao longo do processo, sabe, de... agora não sei, talvez por mais que a descrição tenha sido boa, por mais que o ‘pesquisador’ tirava as dúvidas por videochamada, sabe, você fazer e ele falar o que você estava errando, às vezes eu continuei errando alguma coisa e não descobri... [...] mas eu me sinto confiante fazendo os exercícios sozinho.” (Participante 4)

“Nos exercícios eu tinha (confiança de estar fazendo certo) porque eles eram simples e tinha um vídeo, assim, bem explicado deles, mas acho que em outros exercícios, assim, que normalmente, se fossem exercícios um pouco mais complicados, que exigissem mais aí seria melhor o acompanhamento.” (Participante 5)

4.6.2 Motivação para realizar os exercícios

Os participantes associaram a presença de dor à motivação para continuar realizando os exercícios do tratamento.

“A questão da rotina mesmo aqui, por exemplo, às vezes chegava em casa muito tarde, sei lá, onze horas da noite, não ia fazer, e aí eu fazia no outro dia e, sabe, então às vezes encavalava um pouco uma coisa ou outra, né, mas eu tinha motivação, porque meu ombro estava doendo, então, assim, eu tinha interesse de querer melhorar, eu queria fazer.” (Participante 2)

“A percepção do começo é diferente da percepção do fim, a percepção do começo é a esperança de melhora, a gente quer resolver o problema, eu estava realmente com bastante dor, especialmente para fazer academia, alguns movimentos ali mais básicos que atrapalhavam, então a ideia era realmente otimizar esse processo para voltar a ter a vida normal. Então no começo era realmente isso e do meio para o final é que eu estava realmente sentindo uma melhora, então realmente falei ‘não, vamos continuar porque imagino que estou no caminho certo e as coisas estão funcionando’.” (Participante 6)

5 DISCUSSÃO

Esse estudo identificou as experiências e percepções de indivíduos com dor no ombro após uma intervenção com telerreabilitação de 12 semanas, como parte de um ensaio clínico aleatorizado. Em geral, os indivíduos entrevistados relataram experiências e percepções positivas com o tratamento. A análise do relato dos participantes forneceu informações relevantes para o entendimento da telerreabilitação para o tratamento da dor no ombro. A partir dos relatos foi possível compreender a visão dos indivíduos e quais fatores são relevantes para o sucesso do tratamento.

As informações obtidas podem auxiliar os clínicos a entender quais pacientes podem se beneficiar mais de uma ou de outra forma de intervenção entre as abordadas pelo estudo primário. Utilizar-se de um modelo bem documentado sobre a prática da decisão compartilhada pode favorecer o cuidado centrado no paciente e guiar o tratamento em busca de melhores desfechos clínicos.⁶³ Considerar as informações sobre as fortalezas e fraquezas

das diferentes formas de tratamento em conjunto com o paciente é importante para que a telerreabilitação se apresente como uma opção viável para os indivíduos que podem se beneficiar dela.⁶³

Os relatos dos participantes do estudo apontam fatores que podem favorecer a adesão ao tratamento e fatores que podem agir como barreira para o engajamento do paciente. Considerar o relato dos participantes pode potencializar o sucesso do tratamento com telerreabilitação. É preciso entender quais pacientes podem se beneficiar mais com a telerreabilitação e conduzir estratégias que favoreçam a maior adesão dos pacientes. A adesão ao tratamento proposto já foi apontada como um aspecto importante para melhores desfechos clínicos.⁶⁴ Avaliar a rotina dos participantes e identificar oportunidades para inserir os exercícios no dia a dia é importante para entender quais pacientes podem se beneficiar da flexibilidade da telerreabilitação e auxiliar a incorporar os exercícios na rotina.

As descrições e vídeos disponibilizados na plataforma Vedium foram apontados como facilitadores para a participação ativa ao longo do tratamento, demonstrando a importância de garantir aos indivíduos formas de compreender a execução dos exercícios, de preferência sendo possível consultar o material ou o fisioterapeuta em momentos de dúvidas.⁶⁴ De acordo com os relatos dos participantes, exercícios mais simples parecem providenciar maior clareza e confiança para a execução dos exercícios, ao mesmo tempo é necessário estar atento a demanda dos indivíduos por variações dos exercícios, uma vez que a monotonia pode ser uma barreira para a adesão ao tratamento. O clínico deve entender que a disciplina necessária para realizar os exercícios sem ter o compromisso de um atendimento marcado pode agir como uma barreira para o engajamento, tornando-se necessária a busca por estratégias para auxiliar o paciente a se manter engajado ao longo do tratamento.⁶⁵

Alguns pacientes podem se beneficiar da continuidade dos exercícios mesmo após a alta do tratamento fisioterapêutico.⁶⁶ A maioria dos pacientes que participaram do programa de telerreabilitação relataram que continuam realizando os exercícios após o término do tratamento quando questionados. É possível que o tempo máximo para a entrevista ser realizada após o fim do tratamento (3 meses) tenha sido curto, e que por isso o número de participantes

que continuavam realizando os exercícios tenha sido elevado. Os fatores que facilitaram a adesão e a motivação dos participantes, como a adaptabilidade à rotina, a clareza das instruções, o suporte do fisioterapeuta e a presença dos sintomas, podem estar diretamente relacionados com a continuidade dos exercícios. O suporte para o automanejo, fatores pessoais, como crenças, expectativas, motivação, dor e resposta terapêutica, e fatores externos, como a influência do clínico e da abordagem terapêutica foram citados por pacientes como aspectos influenciadores do automanejo.⁶⁷

Tendo em vista que a preferência do paciente é um dos pilares da prática baseada em evidência, deve-se atentar para o fato de que as preferências dos pacientes do estudo se alteraram ao longo do tratamento. Entender a origem das preferências dos pacientes pode auxiliar na escolha da melhor forma de conduzir o tratamento.⁶⁸ As percepções dos pacientes podem interferir no processo de escolha entre uma e outra forma de tratamento.⁶⁸ Por isso, é importante apontar os facilitadores e barreiras da telerreabilitação para os pacientes que podem se beneficiar dessa forma de tratamento, uma vez que a preferência pelo tratamento presencial pode existir devido a uma falta de experiência prévia do paciente com a telerreabilitação.

Os participantes não tiveram dificuldades para progredir a dificuldade dos exercícios utilizando faixas elásticas. Era esperado que aqueles que tivessem experiência prévia com exercícios que incluem progressão de carga conseguissem ajustar a carga com mais facilidade. Aqueles que não tinham experiência prévia não relataram dificuldade para perceber a necessidade de ajuste. Sendo assim, ainda que o paciente não tenha um histórico de praticante de exercícios que incluam a progressão de carga, essa não é uma questão que parece, de acordo com os relatos desse estudo, interferir negativamente no tratamento que faz uso de faixas elásticas para ajustar a dificuldade dos exercícios. A instrução, por parte dos terapeutas, para os participantes realizarem a progressão de carga quando possível pode ter feito os indivíduos se atentarem a necessidade de progredir as faixas utilizadas. Esperava-se, também, que alguns participantes relatariam medo de progredir para uma faixa mais resistente ao associar que a maior tensão da faixa poderia trazer mais riscos para o ombro. Porém, como observado, os pacientes associaram a

progressão a algo positivo e não relataram medo de ajustar para uma faixa mais resistente.

Pontos fortes e limitações

O estudo utilizou um roteiro de entrevista semiestruturado e perguntas abertas para permitir uma conversa mais livre com os participantes. Essas estratégias serviram como um ponto forte do estudo, favorecendo a coleta de dados em profundidade ao possibilitar discutir a fundo sobre os tópicos trazidos, além de dar ao entrevistador a possibilidade de abordar com mais detalhes os temas de interesse.

Por outro lado, uma limitação do estudo é o perfil de pacientes com dor no ombro. Foram entrevistados os participantes do estudo primário, contendo os critérios de inclusão e exclusão do ensaio clínico randomizado. Sendo assim, os resultados apresentados não podem ser generalizados para indivíduos com outras formas de apresentação de dor no ombro, o que exige que os resultados sejam analisados com cautela.

6 CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo fornecem uma maior compreensão do uso da telerreabilitação para o tratamento de dor no ombro baseado em exercícios terapêuticos. Considerar as experiências e percepções dos participantes pode fornecer um melhor entendimento sobre quais pacientes podem se beneficiar de um programa de tratamento com telerreabilitação. Os clínicos devem se atentar aos fatores apresentados para ter maiores chances de sucesso no tratamento ao utilizar a telerreabilitação como forma de tratamento para dor no ombro e para outras condições musculoesqueléticas semelhantes. As informações obtidas ajudarão a interpretar os achados do estudo principal a partir da triangulação de dados.

7 REFERÊNCIAS

1. Urwin M, Symmons D, Allison T, et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Ann Rheum Dis*. Published online 1998.
2. Greving K, Dorrestijn O, Winters JC, et al. Incidence, prevalence, and consultation rates of shoulder complaints in general practice. *Scand J Rheumatol*. 2012;41(2):150-155. doi:10.3109/03009742.2011.605390
3. Windt DA van der, Burke DL, Babatunde O, et al. Predictors of the effects of treatment for shoulder pain: protocol of an individual participant data meta-analysis. *Diagn Progn Res*. 2019;3(1). doi:10.1186/S41512-019-0061-X
4. Greenberg DL. Evaluation and treatment of shoulder pain. *Medical Clinics of North America*. 2014;98(3):487-504. doi:10.1016/J.MCNA.2014.01.016
5. Struyf F, Geraets J, Noten S, Meeus M, Nijs J. Systematic Review A Multivariable Prediction Model for the Chronification of Non-traumatic Shoulder Pain: A Systematic Review. *Pain Physician*. 2016;19:1-10. Accessed July 15, 2022. www.painphysicianjournal.com
6. Nazari G, Macdermid JC, Bobos P. Conservative versus Surgical Interventions for Shoulder Impingement: An Overview of Systematic Reviews of Randomized Controlled Trials. *Physiotherapy Canada*. 2020;72(3):282. doi:10.3138/PTC-2018-0111
7. Holmgren T, Hallgren HB, Öberg B, Adolfsson L, Johansson K. Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study. *BMJ*. 2012;344(7846). doi:10.1136/BMJ.E787
8. Dickens VA, Williams JL, Bhamra MS. Role of physiotherapy in the treatment of subacromial impingement syndrome: a prospective study. *Physiotherapy*. 2005;91(3):159-164. doi:10.1016/J.PHYSIO.2004.10.008
9. Itoi E. Rotator cuff tear: physical examination and conservative treatment. *Journal of Orthopaedic Science*. 2013;18(2):197. doi:10.1007/S00776-012-0345-2
10. Kuhn JE, Dunn WR, Sanders R, et al. Effectiveness of physical therapy in treating atraumatic full-thickness rotator cuff tears: a multicenter prospective cohort study. *J Shoulder Elbow Surg*. 2013;22(10):1371-1379. doi:10.1016/J.JSE.2013.01.026
11. Martinez-Calderon J, Struyf F, Meeus M, Morales-Ascencio JM, Luque-Suarez A. Influence of psychological factors on the prognosis of chronic shoulder pain: protocol for a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2017;7(3). doi:10.1136/BMJOPEN-2016-012822
12. Almeida ND. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde-SUS. *Revista Psicologia e Saúde*. 2013;5(1):01-09.

13. Fioratti I, Saragiotto BT, Reis FJJ, et al. Evaluation of the efficacy of an internet-based pain education and exercise program for chronic musculoskeletal pain in comparison with online self-management booklet: a protocol of a randomised controlled trial with assessor-blinded, 12-month follow-up, and economic evaluation. *BMC Musculoskelet Disord.* 2020;21(1). doi:10.1186/S12891-020-03423-X
14. Levy CE, Silverman E, Jia H, Geiss M, Omura D. Effects of physical therapy delivery via home video telerehabilitation on functional and health-related quality of life outcomes. 2015;52(3):361-370. doi:10.1682/JRRD.2014.10.0239
15. Berton A, Longo UG, Candela V, et al. Virtual Reality, Augmented Reality, Gamification, and Telerehabilitation: Psychological Impact on Orthopedic Patients' Rehabilitation. *J Clin Med.* 2020;9(8):1-13. doi:10.3390/JCM9082567
16. Bernal-Utrera C, Anarte-Lazo E, De-La-barrera-aranda E, et al. Perspectives and Attitudes of Patients with COVID-19 toward a Telerehabilitation Programme: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(15):7845. doi:10.3390/IJERPH18157845
17. Chen Y, Chen Y, Zheng K, et al. A qualitative study on user acceptance of a home-based stroke telerehabilitation system. *Top Stroke Rehabil.* 2020;27(2):81-92. doi:10.1080/10749357.2019.1683792
18. Seron P, Oliveros MJ, Gutierrez-Arias R, et al. Effectiveness of Telerehabilitation in Physical Therapy: A Rapid Overview. *Phys Ther.* 2021;101(6). doi:10.1093/ptj/pzab053
19. Gava V, Ribeiro LP, Barreto RPG, Camargo PR. Effectiveness of physical therapy given by telerehabilitation on pain and disability of individuals with shoulder pain: A systematic review. *Clin Rehabil.* 2022;36(6):715-725. doi:10.1177/02692155221083496
20. Lambert TE, Harvey LA, Avdalis C, et al. An app with remote support achieves better adherence to home exercise programs than paper handouts in people with musculoskeletal conditions: a randomised trial. *J Physiother.* 2017;63(3):161-167. doi:10.1016/J.JPHYS.2017.05.015
21. Bennell KL, Marshall CJ, Dobson F, Kasza J, Lonsdale C, Hinman RS. Does a Web-Based Exercise Programming System Improve Home Exercise Adherence for People with Musculoskeletal Conditions?: A Randomized Controlled Trial. *Am J Phys Med Rehabil.* 2019;98(10):850-858. doi:10.1097/PHM.0000000000001204
22. O'Cathain A, Thomas KJ, Drabble SJ, Rudolph A, Hewison J. What can qualitative research do for randomised controlled trials? A systematic mapping review. *BMJ Open.* 2013;3(6). doi:10.1136/bmjopen-2013-002889

23. Lewin S, Glenton C, Oxman AD. Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: Methodological study. *BMJ (Online)*. 2009;339(7723):732-734. doi:10.1136/bmj.b3496
24. Cheng KKF, Metcalfe A. Qualitative Methods and Process Evaluation in Clinical Trials Context: Where to Head to? *Int J Qual Methods*. 2018;17(1). doi:10.1177/1609406918774212
25. Powell A, Hoare S, Modi R, et al. How to embed qualitative research in trials: insights from the feasibility study of the SAFER trial programme. *Trials*. 2022;23(1). doi:10.1186/s13063-022-06308-7
26. Cooper C, O’Cathain A, Hind D, Adamson J, Lawton J, Baird W. Conducting qualitative research within Clinical Trials Units: Avoiding potential pitfalls. *Contemp Clin Trials*. 2014;38(2):338-343. doi:10.1016/j.cct.2014.06.002
27. Busetto L, Wick W, Gumbinger C. How to use and assess qualitative research methods. *Neurol Res Pract*. 2020;2(1). doi:10.1186/s42466-020-00059-z
28. Renjith V, Yesodharan R, Noronha J, Ladd E, George A. Qualitative Methods in Health Care Research. *Int J Prev Med*. 2021;12(1). doi:10.4103/IJPVM.IJPVM_321_19
29. Al-Busaidi ZQ. Qualitative Research and its Uses in Health Care. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2008;8(1):11. /pmc/articles/PMC3087733/
30. Britten N, Fisher B. Qualitative research and general practice. *The British Journal of General Practice*. 1993;43(372):270. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1372451/>
31. Denny E, Weckesser A. Qualitative research: what it is and what it is not. *BJOG*. 2019;126(3):369-369. doi:10.1111/1471-0528.15198
32. Srikesavan C, Teye F, Brealey S, et al. Original research: Experiences and perceptions of trial participants and healthcare professionals in the UK Frozen Shoulder Trial (UK FROST): a nested qualitative study. *BMJ Open*. 2021;11(6):40829. doi:10.1136/BMJOPEN-2020-040829
33. Cridland K, Pritchard S, Rathi S, Malliaras P. ‘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. *Musculoskeletal Care*. 2021;19(2):217-231. doi:10.1002/msc.1528
34. Klem NR, Smith A, Osullivan P, et al. What influences patient satisfaction after total knee replacement? A qualitative long-term follow-up study. *BMJ Open*. 2021;11(11). doi:10.1136/bmjopen-2021-050385
35. Cuff A, Littlewood C. Subacromial impingement syndrome – What does this mean to and for the patient? A qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract*. 2018;33:24-28. doi:10.1016/J.MSKSP.2017.10.008

36. McPhail SM, Schippers M, Marshall AL, Waite M, Kuipers P. Perceived barriers and facilitators to increasing physical activity among people with musculoskeletal disorders: a qualitative investigation to inform intervention development. *Clin Interv Aging*. 2014;9:2113-2122. doi:10.2147/CIA.S72731
37. Stillianesis G, Cavaleri R, Summers SJ, Tang C. Exploring patient perceptions of repetitive transcranial magnetic stimulation as a treatment for chronic musculoskeletal pain: a qualitative study. *BMJ Open*. 2022;12(8). doi:10.1136/BMJOPEN-2021-058928
38. Saunders B, Burton C, van der Windt DA, et al. Patients' and clinicians' perspectives towards primary care consultations for shoulder pain: qualitative findings from the Prognostic and Diagnostic Assessment of the Shoulder (PANDA-S) programme. *BMC Musculoskelet Disord*. 2023;24(1). doi:10.1186/S12891-022-06059-1
39. Maxwell C, Robinson K, Mccreesh K. Understanding shoulder pain: A qualitative evidence synthesis exploring the patient experience. *Phys Ther*. 2021;101(3). doi:10.1093/ptj/pzaa229
40. Falsiroli Maistrello L, Zanconato L, Palese A, et al. Perceptions and Experiences of Individuals With Neck Pain: A Systematic Critical Review of Qualitative Studies With Meta-Summary and Meta-Synthesis. *Phys Ther*. 2022;102(8). doi:10.1093/PTJ/PZAC080
41. Lopez-Olivo MA, des Bordes JKA, Jibaja-Weiss M, Volk RJ, Suarez-Almazor ME. Preferred Strategies for Delivering Health Information to Patients With Musculoskeletal Disorders: A Qualitative Study. *J Clin Rheumatol*. 2022;28(1):E102-E109. doi:10.1097/RHU.0000000000001627
42. Gaskell L, Williams AE. A qualitative study of the experiences and perceptions of adults with chronic musculoskeletal conditions following a 12-week Pilates exercise programme. *Musculoskeletal Care*. 2019;17(1):54-62. doi:10.1002/MSC.1365
43. Nilsagård Y, Westerdahl E, Forsberg A. Engagement in performing clinical physiotherapy research: Perspectives from leaders and physiotherapists. *Physiotherapy Research International*. 2019;24(2). doi:10.1002/PRI.1767
44. Hoens AM, Belton J, Scott A, Ardern CL. Patients as Partners in Research: There Is Plenty of Help for Researchers. <https://doi.org/10.2519/jospt20200104>. 2020;50(5):219-221. doi:10.2519/JOSPT.2020.0104
45. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706QP0630A
46. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*. 2014;89(9):1245-1251. doi:10.1097/ACM.0000000000000388

47. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042
48. McGrath C, Palmgren PJ, Liljedahl M. Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Med Teach*. 2019;41(9):1002-1006. doi:10.1080/0142159X.2018.1497149
49. Adeoye-Olatunde OA, Olenik NL. Research and scholarly methods: Semi-structured interviews. *Journal of the American College of Clinical Pharmacy*. 2021;4(10):1358-1367. doi:10.1002/JAC5.1441
50. de la Croix A, Barrett A, Stenfors T. How to...do research interviews in different ways. *Clin Teach*. 2018;15(6):451-456. doi:10.1111/TCT.12953
51. Cuff A, Littlewood C. Subacromial impingement syndrome – What does this mean to and for the patient? A qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract*. 2018;33:24-28. doi:10.1016/j.msksp.2017.10.008
52. Fernandes LG, Oliveira RFF, Barros PM, Fagundes FRC, Soares RJ, Saragiotto BT. Physical therapists and public perceptions of telerehabilitation: An online open survey on acceptability, preferences, and needs. *Braz J Phys Ther*. 2022;26(6):100464. doi:10.1016/j.bjpt.2022.100464
53. Fioratti I, Fernandes LG, Reis FJ, Saragiotto BT. Strategies for a safe and assertive telerehabilitation practice. *Braz J Phys Ther*. 2021;25(2):113-116. doi:10.1016/j.bjpt.2020.07.009
54. Bennell KL, Marshall CJ, Dobson F, Kasza J, Lonsdale C, Hinman RS. Does a Web-Based Exercise Programming System Improve Home Exercise Adherence for People with Musculoskeletal Conditions?: A Randomized Controlled Trial. *Am J Phys Med Rehabil*. 2019;98(10):850-858. doi:10.1097/PHM.0000000000001204
55. Burns D, Boyer P, Razmjou H, Richards R, Whyne C. Adherence Patterns and Dose Response of Physiotherapy for Rotator Cuff Pathology: Longitudinal Cohort Study Corresponding Author: 8(1):1-15. doi:10.2196/21374
56. Cridland K, Pritchard S, Rathi S, Malliaras P. '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. *Musculoskeletal Care*. 2021;19(2):217-231. doi:10.1002/msc.1528
57. Bernal-Utrera C, Anarte-Lazo E, De-La-barrera-aranda E, et al. Perspectives and attitudes of patients with covid-19 toward a telerehabilitation programme: A qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15). doi:10.3390/ijerph18157845

58. Rampin R, Rampin V. Taguette: open-source qualitative data analysis. *J Open Source Softw.* 2021;6(68):3522. doi:10.21105/JOSS.03522
59. Heslehurst N, Evans EH, Incollingo Rodriguez AC, Taniya |, Nagpal S, Visram S. Newspaper media framing of obesity during pregnancy in the UK: A review and framework synthesis reporting content on obesity during pregnancy. Framework synthesis integrated quantitative. Published online 2010. doi:10.1111/obr.13511
60. Kularadhan V, Fairley C CK, Chen M, et al. Optimising the delivery of sexual health services in Australia: a qualitative study. *Sex Health.* 2022;19(4):376-385. doi:10.1071/SH22024
61. Chang W, Cohen J, Mwesigwa B, Waiswa P, Rokicki S. Impact of reliable light and electricity on job satisfaction among maternity health workers in Uganda: A cluster randomized trial. *Hum Resour Health.* 2022;20(1):1-22. doi:10.1186/S12960-022-00722-3/TABLES/10
62. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis.* SAGE Publications; 2006.
63. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. doi:10.1007/s11606-012-2077-6
64. Argent R, Daly A, Caulfield B. Patient Involvement With Home-Based Exercise Programs: Can Connected Health Interventions Influence Adherence? *JMIR Mhealth Uhealth.* 2018;6(3). doi:10.2196/MHEALTH.8518
65. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. *Man Ther.* 2010;15(3-2):220. doi:10.1016/J.MATH.2009.12.004
66. Rice D, Nijs J, Kosek E, et al. Exercise-Induced Hypoalgesia in Pain-Free and Chronic Pain Populations: State of the Art and Future Directions. *J Pain.* 2019;20(11):1249-1266. doi:10.1016/j.jpain.2019.03.005
67. O'Shea A, Drennan J, Littlewood C, Slater H, Sim J, McVeigh JG. Barriers and facilitators related to self-management of shoulder pain: a systematic review and qualitative synthesis. *Clin Rehabil.* 2022;36(11):1539. doi:10.1177/02692155221108553
68. Moulaei K, Sheikhtaheri A, Fatehi F, Shanbehzadeh M, Bahaadinbeigy K. Patients' perspectives and preferences toward telemedicine versus in-person visits: a mixed-methods study on 1226 patients. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2023;23(1). doi:10.1186/S12911-023-02348-4