

Impacto da doença reumática no quotidiano da pessoa

Maria do Céu Sá¹, Abílio Oliveira², Abel Paiva e Silva³

¹ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. ceu.sa@esel.pt

² Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), ISTAR-IUL, Lisboa, Portugal. abilio.oliveira@iscte.pt

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. abel@esenf.pt

Resumo. As doenças crónicas acarretam problemas de vária ordem nas diferentes dimensões de uma pessoa, mas podem ser encaradas como um desafio, exigindo uma aprendizagem e adaptação ao seu desenvolvimento gradual e ao aparecimento de limitações, que afetam a sua vida. Este estudo, enquadrado na teoria das representações sociais, visa compreender como sujeitos adultos e idosos com doença reumática representam/percecionam a doença e qual o seu impacto no quotidiano. Realizámos um *focus-group* com onze doentes para abordar vários temas como a perceção de dor e sofrimento associado à doença, implicações da dor na vida quotidiana, as expectativas sobre o futuro, e, como gostariam de mudar em suas vidas. Os participantes revelaram que estão conscientes da necessidade de fazer mudanças adaptando-se aos acontecimentos de vida, descobrindo capacidades para lidar com os problemas de saúde.

Palavras-chave: dor, sofrimento, enfermagem, representações sociais, doença reumática.

The impact that the rheumatic disease has in the person's daily life

Abstract. Chronic diseases lead to many different kinds of problems into a person's life, but they can be seen as a challenge, pushing them to learn and adapt to their progressive development and the gain of limitations, that affects their life. This study, enclosed in the representation of the social theory, aims to understand how adult and elder patients with rheumatic disease percept the disease and what is the impact on their lives. We have done a focus-group with eleven patients to approach the various themes in how the perception of pain and suffering is linked to the disease, their future expectations, the way they have adapted to the disease, and how they would like to change their lives. The participants reviled that they are conscious about the need to make changes to adapt to their lives events, discovering new ways to cope with their health problems.

Keywords: pain, suffering, nursing, social representations, rheumatic disease.

1 Introdução

As doenças reumáticas, pela sua prevalência e repercussões que têm na população, constituem um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo (Woolf, 2015). Em Portugal são consideradas a primeira causa de incapacidade afetando cerca de 20% a 30% da população (Lucas & Monjardino, 2010).

Definem-se como “doenças e alterações funcionais do sistema músculo-esquelético de causa não traumática” (Ministério da Saúde, 2004, p. 4). São crónicas, caracterizadas na maioria das vezes por alterações corporais associadas a degeneração das articulações, acompanhadas de dor e sofrimento, perda de autonomia, incapacidade temporária ou definitiva e mal-estar (Lucas & Monjardino, 2010). Os doentes afirmam que a dor é o primeiro sintoma, o mais frequente, o mais desagradável, o primeiro motivo de consulta médica (Las, 2002; Quartilho, 2001, Queiróz, 2002). A literatura é unânime em salientar que a dor pode ter graves consequências para as pessoas quês são habitualmente confrontados com diversos problemas que lhes impõem várias restrições e as afetam a vida a nível pessoal, familiar, psicológico, emocional e até socioprofissional (Jakobsson, Hallberg, & Westergren, 2007). Esta pelas suas repercussões adquire um significado como forma de sofrimento.

A dor e o sofrimento nestes doentes podem considerar-se sobreponíveis, ou muitas vezes, inseparáveis, apesar dos autores considerarem ser conceitos distintos (Quartilho, 2001; Bayes, 2001). Para Cassell (2004), o sofrimento é a vivência da dor em cada pessoa, independentemente da sua causa, e constitui um fenómeno mais abrangente e amplo, sendo definido como um estado de mal-estar devido essencialmente ao compromisso da sua identidade e integridade. Segundo Couvreur (2001), o sofrimento causado pela dor, pode agravar consideravelmente o estado fisiológico e psicológico do doente já de si alterado pela doença. A este respeito, aquele autor alude ao conceito de “*dor total*” que envolve as componentes física, afetiva, social e espiritual em que o doente é aprisionado num círculo vicioso, em que a dor influencia e é influenciada por todas as componentes. Neste sentido, o reflexo das doenças reumática não é apenas um fenómeno provocado pela dor é mais profundo e as implicações psicossociais destas doenças vão do indivíduo até à sua família, e tingem-se no tecido social podendo afetar as relações humanas a vários níveis. Por tal motivo, estas doenças são alvo das mais diversas formas de ancoragem e objetivação, tanto no âmbito pessoal como social.

Por considerarmos que a doença e a dor é um problema preocupante na vida destas pessoas, justificamos a realização deste estudo, pela necessidade de compreender as significações que estas lhe atribuem. Neste sentido, utilizámos o referencial teórico da teoria das representações sociais que segundo Moscovici (1988) permitem identificar as conceções socialmente elaboradas e partilhada através da forma como os indivíduos pensam e constroem as suas realidades. As representações sociais permitem, assim a transformação do estranho em familiar (Moscovici, 1984) e a compreensão da complexidade dos fenómenos.

O significado de ameaça atribuído à dor¹ passando o círculo do doente/família deverá ser igualmente compreendido entre profissionais de saúde em especial dos enfermeiros, podendo influenciar a tomada de decisão sobre os cuidados de enfermagem prestados visando o alívio e a gestão da dor. Concordamos com Amendoeira (2003), quando refere que cuidar em enfermagem passa pela valorização do próprio sujeito de cuidados, e valorizar implica conhecer o significado das suas necessidades. O que nos levou a pensar nas seguintes questões de investigação: Como as pessoas com doença reumática representam a dor e o sofrimento? Como a dor influencia o seu dia-a-dia? Quais as suas expectativas para o futuro?

2 Objetivos

Para dar respostas às questões de investigação traçamos os seguintes objetivos:

- Compreender os significados atribuídos à dor e ao sofrimento entre pessoas com doença reumática.
- Compreender o impacto da doença reumática na sua vida quotidiana.
- Compreender as suas expectativas para o futuro.

3 Método

Participaram neste estudo onze pessoas com diagnóstico de doença reumática², sendo nove mulheres e dois homens, com idades compreendidas entre os 53 e 85 anos (média de idades de 66 anos), com diagnóstico de doença há mais de 5 anos, que frequentavam uma instituição hospitalar, constituindo-se uma amostra não probabilística intencional. Os dados foram recolhidos através de

¹ Dor crónica não maligna.

² Diagnóstico confirmado pelo médico.

"*focus group*". Esta técnica permite o debate de experiências, opiniões, crenças pessoais e ideias, relacionadas com um determinado assunto, utilizando a interação do grupo para produzir dados que seriam difíceis de explorar sem essa interação (Iervolino & Pelicione, 2001). Previamente à realização do "*focus- group*" elaborámos várias questões a fim de guiar a entrevista, que salientamos:

- O que é para si a dor? O que é para si o sofrimento?
- A dor e o sofrimento tem o mesmo significado para si?
- Que implicações a dor lhe traz para a vida quotidiana?
- Quais as suas expectativas para o futuro?
- O que mudaria na sua vida, se pudesse?

Os participantes foram informados que a sua participação no estudo era voluntária, confidencial e anónima. Previamente obtivemos o consentimento informado escrito e individual, dando também autorização para gravar a entrevista e a discussão do grupo.

Após a realização do *focus-group* que teve a duração aproximada de 1h30m, procedemos ao tratamento dos dados baseado na Codificação Temática (Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1998). A codificação consiste na análise do texto das entrevistas de forma a extrair palavras ou frase chave que se destaquem em significado. Os dados são depois organizados e agregados de acordo com o seu sentido designado de categorização, incorporando-o nas categorias definidas à priori, permitindo assim, uma interpretação clara e ajustada. Procurou-se assegurar a validade e fidelidade das categorias submetendo o protocolo a sucessivas classificações com a finalidade de obedecer a critérios de homogeneidade, exclusividade e exaustividade inerente ao processo de categorização (Strauss & Corbin, 1998). A validade e fidelidade das categorias foram testadas por um perito havendo necessidade de efetuar pequenos ajustes.

4 Resultados

Quando questionámos os participantes sobre "*O que é para si a dor*", os sujeitos referiram a dor como algo negativo, que está sempre presente e é constante (não dando descanso). Associada às suas características, a dor torna difícil e penoso a vivência da doença causando mal-estar e sofrimento. Os sujeitos verbalizaram essencialmente que a dor e mesmo a doença lhes tira a força, o que lhes dificulta a realização de determinados movimentos, sendo responsável pela incapacidade nas tarefas do quotidiano.

Emerge um aspeto comum nos participantes quando referem que a dor é extremamente penosa para o seu corpo, ao aludirem '*Parece que o corpo não é meu*' o "*Corpo não responde à minha vontade*". Para estes, o corpo parece tornar-se o palco de todos os problemas relativos à doença, (não só a dor, mas as alterações articulares e as consequências da própria terapêutica). Os participantes ao falarem deste assunto, os traços de desânimo eram evidenciados no seu fâcies, o olhar revelava tristeza, a expressão facial parecia congelada, o corpo desvitalizado e sem brilho parecendo carregar o mundo. Para eles o corpo está doente e frágil, parecendo evidenciar que a sua fragilidade não se limita às fronteiras do corpo físico, mas engloba fragilidades dos sentimentos e das emoções (Renaud, 2001). Constatou-se também sentimentos de perda e, a sensação de se sentir diferente, não só relativamente a si próprio, mas em relação aos outros e, em especial ao parceiro (estes aspetos foram referidos especialmente pelas mulheres), o que lhes causa sentimentos de mal-estar.

Quanto abordamos a questão "*O que é para si o sofrimento?*" Das respostas dadas verificámos que os participantes consideram que a doença assume-se como uma dimensão global "dor física e psicológica" e, muito especial pela insegurança e desânimo que têm perante ao que pode vir a

acontecer, pela rejeição como pessoa, pelo medo e pela imprevisibilidade que gera no doente não só em relação ao sistema familiar como em relação ao futuro. De realçar a analogia que é estabelecida entre o sofrimento e a mudança "*A minha vida mudou completamente*", em que a percepção dessa mudança é frequentemente associada a perdas (perda de saúde; perda do carinho e atenção por parte da família, a perda do relacionamento com os outros e perda da sua imagem corporal) e, a alterações de caris negativo, como "*A falta de sentido na vida*". No entanto, há sujeitos que veem a mudança por outro prisma, realçando a experiência da doença e, neste caso da dor e sofrimento como um aspeto positivo, bem como um enriquecimento pessoal que foram adquirindo referendo "*Luto com todas as minhas forças*".

Por tudo o que os participantes referem podemos dizer que o sofrimento é uma experiência única, muito pessoal e, por vezes até difícil de encontrar palavras e, subjetivo na medida em que é influenciado por valores, vivências e crenças. O sofrimento constitui uma ameaça à integridade da pessoa, ao projeto da sua vida e à capacidade da pessoa se relacionar com o mundo (Bayes, 2001; Quartilho, 2006).

Quando se perguntou aos participantes se para eles "*A dor e o sofrimento têm o mesmo significado para si?*", quase todos foram unânimes nas suas respostas. Para eles as dores são muitas, tem uma expressão física com impacto na vida diária e impedem a realização de atividades que são fundamentais para eles como o andar, fazer as tarefas de casa e ir trabalhar, mas também a nível psico-emocional, referindo que se sentem muito preocupados, frustrados e desalentados para além de se sentirem tristes.

Referem que é difícil distinguir o sofrimento da dor, no entanto, expressam que consideram o sofrimento é mais profundo e global (Couvreur; 2001). Consideram que a dor parece ser mais fisiológica, enquanto o sofrimento é mais emocional e psíquico. Referiram que sofrimento é considerado mais que a dor, é uma resposta negativa induzida pelo medo, pelas perdas, pelo stress e outros sentimentos como a solidão e o abandono. Os participantes dizem que o sofrimento os torna pessoas mais desanimadas, com perda de contactos. O facto de não poderem acompanhar os filhos e tratar dos netos é para eles muito penoso.

Perguntámos também aos participantes "*Quais as implicações da dor na vida quotidiana?*" Para eles a dor interfere no dia-a-dia apresentando dificuldades em viver não só pela intensidade mas influenciando a satisfação das necessidades, com por exemplo, tomar banho e vestir, impedindo a realização de atividades tão importantes para eles como a marcha e o trabalho/emprego (Chorus, Boonen, & Linden, 2003). Podemos dizer que a dor é para estes o sinal e o sintoma mais preocupante da doença. Esta é interpretada como algo terrível perante a qual não sabem atuar, causando sentimento de mal-estar.

Expressaram que a nível pessoal houve mudanças e perdas de vária ordem. As mais significativas compreendem as mudanças a nível familiar, passaram a ter mais dificuldade para cuidar da família e no relacionamento com os outros. Têm de descansar mais, fazer períodos de repouso, pois cansam-se muito (com implicações para as tarefas /trabalho e a nível físico) e dormem pior, ficando mais nervosos e exaustos (Bourguignon, Labyak, & Taibi (2003).

A maioria da bibliografia e dos estudos sobre doentes com doença reumática, apontam a maior dificuldade a nível da mobilidade Neste contexto, Studdy (2006) diz que as limitações físicas devido a alterações da função articular e da incapacidade funcional podem levar gradualmente à perda da independência do indivíduo nomeadamente, para as atividades da vida diária. A este respeito Melanson e Downe-Wamboldt (2003) referem que a mobilidade em geral, quer em casa quer na comunidade, as deslocações a pé ou de transportes, os cuidados de higiene pessoal e as tarefas domésticas, podem estar muito afetadas.

O lazer e a atividade social são fundamentais para a sua integridade física e mental, no entanto devido às limitações físicas e essencialmente a dor estão comprometidas. Toda a sua atenção centra-

se na dor que os incomoda permanentemente, exigindo uma adaptação individual e também familiar, havendo necessidade de uma reorganização pessoal. As alterações no seio familiar também são marcantes, principalmente porque os sujeitos referem que os familiares mais próximos, nomeadamente os filhos, o marido, e até os colegas não acreditam na intensidade da sua dor, quer ela seja física quer seja emocional. Referem que "*fazem tudo pela família*", "*vão além da dor*" e consideram-se que "*não são reconhecidos*", "*são incompreendidos*" e acabam por sofrer devido a estas atitudes.

Outro aspeto mencionado ao longo dos discursos parece revelar uma certa incompatibilidade a nível profissional e laboral, foram muitos os que abandonaram o emprego por despedimento ou por reforma precoce (Chorus et al., 2003), e outros há que tem o emprego mas verbalizam que "*difícilmente e a grande custo o mantêm*". Ainda a respeito do trabalho, a redução do orçamento económico agravado pelos gastos decorrentes das despesas relacionadas com a saúde também, os gastos com os medicamentos geram uma quebra orçamental familiar, o que compromete o seu equilíbrio (pois essencialmente as mulheres dependem economicamente do marido). Vivenciam sentimentos de serem um peso para a família, sentindo-se improdutivo e com baixa autoestima. O abandono das relações sociais e familiares bem como a desvalorização de si próprio enquanto pessoa, foi notório.

Outras das dificuldades relatadas nos seus discursos prendem-se essencialmente com a inadaptação à doença e à dor. Para alguns a falta de informação para lidarem com a doença, por vezes dificulta o estabelecimento de um plano terapêutico adequado.

Quanto às necessidades identificadas dizem também respeito a componentes psico-emocional e afetiva, os participantes e especial as mulheres verbalizam necessidade de escuta e de atenção, de compreensão, de valorização, de amor e de dignidade. Pudemos constatar que estes referem que os problemas relacionados com a saúde e com a doença lhes causam grandes adversidades e mudanças. Nos seus relatos, era comum falarem do seu isolamento social, ocorrido em função das limitações funcionais, emocionais e financeiras.

O processo de adaptação à situação de doente parece ter para eles aspetos positivos. Constatamos a elevada necessidade de falar sobre a sua doença e, sobretudo sobre as suas dores, apresentando um discurso, por vezes, repetitivo mas essencialmente doloroso. Para estes é fundamental serem reconhecidos pela sua dor, na medida em que para eles é muito importante que os outros acreditem que a dor não é uma farsa. Nesse sentido, o facto de irem à consulta ou estarem internados funciona como um espaço positivo de reconhecimento da doença e da dor, pois nestes locais o indivíduo é acolhido e compreendido pela sua condição. Os participantes consideram muito importante estes aspetos expressando "*No hospital não sou penalizado*" "*Compreendem a minha situação*" "*Sou valorizado*". Referem que durante os internamentos estabelecem laços, por vezes fortes com os outros doentes. Dizem ainda que gostam muito dos profissionais de saúde em especial do médico, pois estes "*ouvem-me*" e "*dão-me ânimo e confiança*." Ser ouvido por alguém é uma das formas de se sentir cuidado, além de dar espaço para ser compreendido.

Quando questionamos os sujeitos acerca do futuro "*Quais as suas expectativas para o futuro?*" Os sujeitos referiram que apesar da progressão da doença a esperança está sempre presente. Têm esperança que a terapêutica seja eficaz, que a investigação produza novos medicamento, que a doença não avance ou que pelo menos lhes possibilite manter bem-estar e qualidade de vida. Verbalizam ainda que não tem medo do futuro e gostariam que a sociedade fosse mais justa e houvesse maior apoio aos doentes com este tipo de doença.

Relativamente à questão "*O que mudaria na sua vida, se pudesse?*", referem que gostariam de viver sem dores ou com menos dores e conseguir manter sempre o otimismo no futuro e face à vida. Nos participantes transparece a necessidade de apoio, de carinho, de compreensão e a enorme necessidade de viver a vida.

5 Conclusões

As doenças reumáticas, e em especial a dor e o sofrimento a elas associadas, como um fenómeno multidimensional, afetam a pessoa como um todo, com repercussões nas suas diferentes dimensões quer a nível individual, emocional, social, familiar e profissional. A experiência de viver com dor quase permanente contribui para a forma como a pessoa representa a sua doença. A dor tal como o sofrimento são evidenciados como fonte de grande desgaste psicológico, levando frequentemente à degradação do bem-estar e da qualidade de vida.

A doença que se instala no corpo torna a pessoa vulnerável e a dor reforça a consciência do "eu sou aquele que está a sofrer". Habitualmente fala-se de dor do corpo e sofrimento da alma. Podemos verificar que a fronteira entre dor e sofrimento é muito ténue. O sofrimento obriga-nos a ter um olhar mais amplo, não encarando simplesmente a doença e não limitando a nossa atenção à natureza da dor.

De facto, a doença crónica e, em especial as doenças reumáticas, sempre foram entendidas como uma ameaça às rotinas do quotidiano e ao bem-estar, tendo consequências negativas para o doente pelas suas repercussões físicas, psicológicas, familiares, profissionais e sociais.

As doenças reumáticas ameaçam gravemente a autonomia do doente devido à incapacidade física, influenciando mesmo a sua identidade e repercutindo-se nas relações sociais, assim como no aumento de gastos em saúde, na medida em que implicam cuidados e tratamentos a longo prazo.

A dor sempre foi considerada como um verdadeiro enigma e, por mais dolorosa e íntima que seja, pode ser compreendida no âmbito das representações sociais.

O diálogo que se estabeleceu durante a colheita de dados, ajudou ao reconhecimento das emoções e da sua expressão entre os participantes. Pelo facto do sofrimento ser difícil de expressar, é importante que os profissionais de saúde tenham a sensibilidade e a competência de criar momentos para que a pessoa possa expressar os seus sentimentos. Neste sentido, concordamos com Wright e Lorraine (2005) quando refere que o reconhecimento claro e deliberado do sofrimento abre frequentemente, uma porta para a revelação de outros medos ou preocupações que não foram expressos anteriormente. Os participantes revelaram que estão conscientes da necessidade de fazer mudanças adaptando-se aos acontecimentos de vida, descobrindo capacidades para lidar com os problemas de saúde

Mostram confiança e otimismo no futuro, e referem que são capazes de lidar com as limitações físicas, funcionais e emocionais, e implicações nas rotinas e atividades diárias, em face da doença. Denotam esperança para a enfrentar, tentando aceitar as dificuldades e desafios que daí advêm.

A dor é uma das sensações mais íntimas e exclusivas, vividas pelo ser humano, sendo sempre uma experiência de sofrimento que é difícil de ser exibida ou medida, não sendo possível separar completamente a dor física de uma dor emocional, porque ambas estão profundamente interligadas. Cabe aos profissionais de saúde e, em especial aos enfermeiros compreender e reconhecer junto do doente o que há de único e singular em si, na sua doença, na dor e no sofrimento, dando especial atenção não só à experiência pessoal, como à sua dimensão subjetiva, devendo ajudá-lo a aliviar a dor e encontrar caminhos de gestão para diminuir o sofrimento (Gameiro, 2006).

Afinal, "nós, todos nós, ofendemos a humanidade dos que sofrem de cada vez que não damos prioridade às suas vozes, às suas experiências", como refere Arthur Kleinmam (1995,p.96).

Referências

Bayes, R. (2001). *Psicologia del sufrimiento y de la Muerte*. Barcelona: Martinez Roca.

- Bourguignon, C., Labyak, S., Taibi, D. (2003). Investigating sleep disturbances in adults with rheumatoid arthritis. *Holistic Nursing Practice*, 17(5), 241-249.
- Cassell, E. (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine* (2nd ed.). New York: Oxford: University Press.
- Chorus, A., Miedema, H., Boonen, A., & Van Der Linden, S. (2003). Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 62, 1178-1184.
- Couvreur, C. (2001). *Qualidade de vida: A arte para viver no século XXI*. Lisboa: Lusociência.
- Iervolino, S., & Pelicione, M. (2001). A utilização do grupo Focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 35(2), 115-121.
- International Association for the Study of Pain IASP Pain Terminology, pain terms. (n.d.). Retrieved from <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html#Pain>
- Gameiro, M. (2006). O sofrimento na doença: Apresentação de um modelo facilitador do «Pensar o sofrimento» e da organização das intervenções de alívio. In Marta Lima Basto e col. *Arte(s) de Cuidar. Cultura e Saude Mental. O poder do outro. Dor e sofrimento*. (135-150). Loures. Lusociência.
- Jakobsson, U., & Hallberg, I. (2002). Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 11(430443).
- Jakobsson, U., Hallberg, I., & Westergren, A. (2004). Pain management in elderly persons who require assistance with activities of daily living: a comparison of those living at home with those in special accommodation. *European Journal of Pain*, 8(4), 335-344.
- Jakobsson, U., Hallberg, I., & Westergren, A. (2007). Exploring determinants for quality of life among older people in pain and in need of help for daily living. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3A), 95-104.
- Kleinmam, A. (1995). *Writing at the margins: Discourse between anthropology and medicine*. Berkley: University of California Press.
- Las, V. (2002). Dor em reumatologia. In M. Queiróz *Reumatologia fundamentos. 1º vol* (pp. 95-101). Lisboa: Lidel.
- Lucas, R., & Monjardino, M. (2010). *O Estado da Reumatologia em Portugal. Observatório Nacional das Doenças Reumáticas*. Porto: Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas.
- Melanson, P., & Downe-Wamboldt, B. (2003). Confronting life with rheumatoid arthritis. *Journal of Advanced Nursing*, 42(29), 125-133.
- Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde. (2004). Observatório Nacional das Doenças Reumáticas Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas. Retrieved from <http://>

- Moscovici, S. (1984). The Phenomenon of Social Representation. In R. Farr & S. Moscovici (Eds), *Social Representation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representation. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211–250.
- Quartilho, M. (2001). Dor Crónica: Aspectos Psicológicos, Sociais e Culturais (II). *Acta Reumatologia Portuguesa*, 26, 255–262.
- Queiróz, M. (2002). *Reumatologia: clínica e terapêutica das doenças reumáticas 2º vol*. Lisboa: Lidel.
- Renaud, I. (2001). O corpo vivido. *Cadernos de Bioética*, 27, 77-87.
- Sá, C., & Oliveira, A. (2011). What do you think about your body and your pain? In Andrzej D. *Pain – Management, Expression, Interpretation Nicola L* (pp. 11-21). Oxford: The Inter-Disciplinary Press.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative Analysis for social scientists*. San Francisco: Cambridge University Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basic of Qualitative Research*. London: Sage.
- Studdy, C. (2006). Assessing rheumatic patients. In *J. Hill Rheumatology Nursing. A creative approach* (pp. 77–93). Lisboa: Churchill Livingstone. 2nd.
- Woolf, A. (2015). Global burden of osteoarthritis and musculoskeletal diseases. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16(Suppl1), 53. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/16/S1/S3>