

RIZARTROSE

Entenda a dor na base do polegar



DR. VICTOR BERÇOT

REUMATOLOGISTA

CRM 235.187 | RQE 104.367

Este guia foi feito para você

Se você sente dor na base do polegar — ao girar uma chave, abrir um pote ou segurar o celular — este material é para você. Essa dor tem nome: **rizartrose**, a artrose da articulação da base do polegar. A palavra "artrose" assusta, como se fosse "osso gasto sem solução". Mas há muito a fazer: da órtese ao exercício, do alívio no dia a dia até, quando necessário, a cirurgia — existe um caminho para cada fase.

Como usar este guia

- **Azuis "Pense assim"** — comparações do dia a dia.
- **Cinza "O que a ciência mostra"** — os estudos, de forma honesta.
- **Verdes "Na prática"** — o que fazer a partir de hoje.

Um lembrete importante

Este ebook tem finalidade **educativa**. Ele não substitui a consulta, o diagnóstico nem o tratamento individualizado, e não deve ser usado para iniciar ou mudar tratamentos por conta própria. Use-o para conversar com mais segurança com o seu reumatologista.

Dr. Victor Berçot · Reumatologista · CRM 235.187 | RQE 104.367

SUMÁRIO

O que você vai encontrar

1 O que é a rizartrose?

A articulação do polegar e por que ela dói

2 O que esperar da consulta

Como se faz o diagnóstico: exame, testes, raio-X e estágios

3 Quando pode não ser só rizartrose

Sinais de alerta que pedem avaliação

4 Como se trata a dor hoje

Terapia da mão, órtese, remédios (o que ajuda e o que não) e cirurgia

5 Por que o movimento faz bem

O que o exercício realmente traz para a sua mão

6 Propriocepção: reeducar o polegar

O "sexto sentido" das articulações e como treiná-lo

7 Seu programa de exercícios

Um exemplo de progressão, para adaptar com o terapeuta

8 Menopausa e hormônios

O que se sabe sobre a relação com a dor nas mãos

9 Hábitos e fatores metabólicos

Peso, cigarro, álcool e o que está em pesquisa

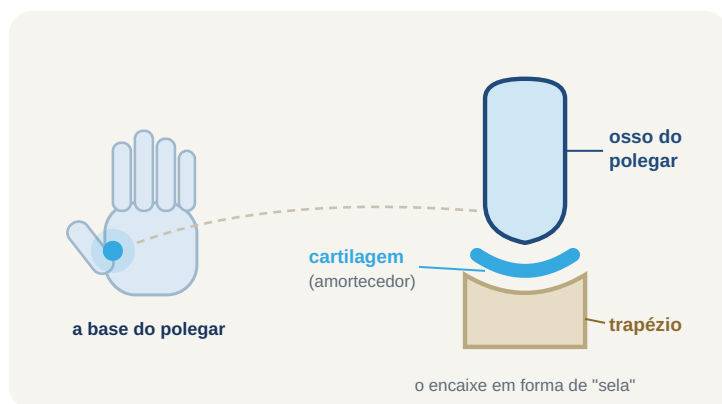
★ Mensagens principais + Referências

O resumo de tudo e as fontes científicas

01

O que é a rizartrose?

Antes de falar em tratamento, vale conhecer a personagem principal: uma pequena articulação em forma de sela que faz um trabalho gigante.



› Uma articulação em forma de sela

Na base do polegar existe a articulação **trapézio-metacarpiana** — o encontro do osso **trapézio** (um dos ossos do punho) com a base do **primeiro metacarpo** (o osso do polegar). Também chamada de **CMC** (carpometacarpiana). O encaixe tem formato de **sela de cavalo**: uma superfície côncava e outra convexa deslizando uma sobre a outra. É esse desenho que dá ao polegar a liberdade de fazer a **pinça** — tocar a ponta do polegar nos outros dedos.

Justamente por ser tão móvel e tão usada, é uma das articulações que mais sofrem com os anos. Quando a cartilagem que reveste esses ossos vai se desgastando, surge a **rizartrose**.

Pense assim

É a dobradiça mais usada da mão. Como qualquer dobradiça que abre e fecha milhares de vezes, com o tempo ela range e perde o encaixe perfeito. A rizartrose é esse "ranger" ficando dolorido.

› O que a pessoa sente

- **Dor na base do polegar**, que piora ao pinçar, girar e apertar.
- **Perda de força** — potes, chaves e tampas viram um desafio.
- **Rigidez**, sobretudo ao acordar ou depois de ficar parado.
- Com o tempo, uma leve **saliência óssea** na base do polegar.

O que a ciência mostra

A artrose não é apenas uma "peça gasta": tanto **alterações mecânicas** quanto **processos inflamatórios** participam da dor. Isso ajuda a explicar por que medidas como proteção, exercício e alguns tratamentos anti-inflamatórios podem aliviar os sintomas. A artrose das mãos é mais comum em **mulheres** e costuma aparecer por volta dos 50 anos.

02

O que esperar da consulta

Muita gente chega achando que vai precisar de mil exames. Na maioria das vezes, o diagnóstico da rizartrose é feito ali mesmo — com boas perguntas e um bom exame das mãos.

› A conversa e o exame

Tudo começa com a sua história: onde dói, o que piora, o que melhora, há quanto tempo, quais gestos ficaram difíceis. Depois, o médico examina a mão. Dois achados são bem típicos:

- **Dor ao apertar a base do polegar** e, às vezes, um pequeno "quadrado" na região (a base fica mais saliente).
- **Teste do "grind"**: o médico segura o polegar, faz uma leve compressão e gira. Se isso reproduz a sua dor, é um forte sinal de artrose da CMC.

O teste do grind, em palavras

Pense em rosquear devagar uma tampa: o médico segura o seu polegar, **empurra em direção ao punho** e ao mesmo tempo **gira**. Se esse movimento reproduz a sua dor típica, é um forte indício de rizartrose. É rápido, feito no consultório e não dói além do incômodo já conhecido.

› Preciso de raio-X e exames de sangue?

O **raio-X** pode **apoiar o diagnóstico** e mostrar a extensão das alterações, mas o tratamento é definido **principalmente pela dor, pela função e pelo exame** da mão — não pela imagem. Já **exames de**

sangue geralmente **não** são necessários para diagnosticar artrose; entram apenas quando o médico precisa **afastar outras doenças** (como as artrites inflamatórias).

Um detalhe que confunde muita gente

O que aparece no raio-X **nem sempre combina** com o quanto dói. Há pessoas com raio-X bem alterado e pouca dor, e o contrário também. Por isso o tratamento se guia principalmente pelos **sintomas e pela função** da mão — não só pela imagem.

› Os estágios da rizartrose

Para organizar a conversa, os médicos às vezes classificam a rizartrose em **estágios** (uma escala clássica vai de I a IV), do encaixe quase normal até o desgaste que envolve articulações vizinhas. É útil para entender a doença — mas, sozinho, o estágio no raio-X **não decide** o tratamento conservador, que se guia sobretudo pelos sintomas.



Saber o estágio ajuda a alinhar expectativas: nas fases **iniciais**, o foco é proteger, aliviar a dor e reeducar o movimento; nas fases **avançadas com dor persistente**, outras opções entram em cena — incluindo, se preciso, a cirurgia.

Na prática — para aproveitar melhor a consulta

Leve anotado: quais **gestos** ficaram difíceis, em que **momentos do dia** dói mais, o que você já tentou e se ajudou. Isso vale mais do que qualquer exame para definir o melhor plano.

03

Quando pode não ser só rizartrose

Nem toda dor na mão ou no polegar é artrose. Alguns sinais pedem uma avaliação mais atenta, porque podem indicar outra condição — algumas que precisam de tratamento diferente e, às vezes, rápido.

Procure avaliação médica se houver

- **Dor que começou após uma pancada ou queda** (trauma).
- **Vermelhidão, calor ou inchaço que surgem de repente** na articulação.
- **Febre** junto com a dor articular.
- **Dormência ou formigamento** nos dedos, sobretudo à noite.
- Um dedo que **trava ou "salta"** ao dobrar e esticar.
- Dor que fica mais do **lado do punho** do que na base do polegar.
- **Várias articulações inchadas** ao mesmo tempo.
- **Perda rápida de força** na mão, em pouco tempo.

› O que esses sinais podem significar

Sem transformar isto num manual de diagnóstico, alguns exemplos de condições que **imitam** ou **acompanham** a dor no polegar:

- **Tenossinovite de De Quervain** — inflamação dos tendões na lateral do punho, com dor ao mover o polegar; comum, por exemplo, após gestos repetitivos.

- **Dedo em gatilho** — o dedo trava ao dobrar e "salta" ao esticar.
- **Síndrome do túnel do carpo** — dormência e formigamento nos dedos, típicos à noite.
- **Artrites inflamatórias** (como a artrite reumatoide) — várias articulações inchadas, rigidez matinal prolongada.
- **Trauma ou infecção** — dor após pancada, ou calor/vermelhidão súbitos com febre.

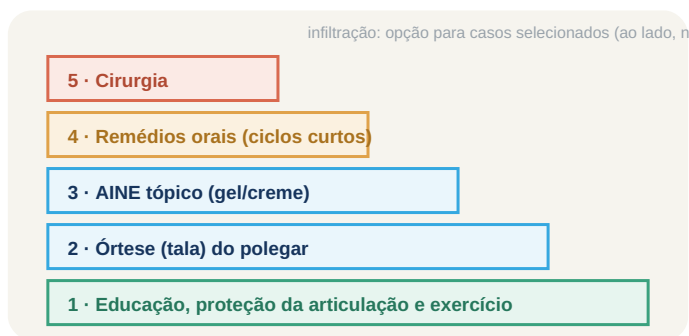
Na prática

A boa notícia é que o médico distingue essas situações com a conversa e o exame — e, quando necessário, com exames complementares. Se algum dos sinais acima aparecer, vale relatar. Diferenciar cedo evita tratar a coisa errada.

04

Como se trata a dor hoje

O tratamento costuma começar pelo mais simples e seguro, subindo de intensidade só quando é preciso. Na maioria das pessoas, as primeiras medidas já proporcionam **bom controle dos sintomas** — e nem todo mundo precisa de todas as etapas.



› 1 - Proteger a articulação

A base de tudo é usar a mão de um jeito que poupe o polegar, sem deixar de usá-la. Chamamos isso de **proteção articular** e ergonomia:

- Prefira **ferramentas de cabo grosso** (canetas, talheres, utensílios) — quanto mais fino o objeto, mais força a pinça faz.
- Use a **mão inteira** e os dedos maiores no lugar da pinça sempre que der.
- Divida o esforço, faça **pausas** e evite ficar muito tempo no mesmo gesto de força.

O **exercício** é a outra metade deste passo 1 — e tão importante que ganhou espaço próprio: os **capítulos 5 a 7** explicam por que o

movimento ajuda, o papel da propriocepção e trazem um **programa prático** para fazer em casa.

› A terapia ocupacional e a terapia da mão

Esses profissionais são peças-chave do tratamento — e muitas vezes fazem mais pela sua mão do que qualquer comprimido. O que eles oferecem:

- **Ensino de proteção articular** na prática: como pegar, carregar e usar a mão poupando o polegar em cada tarefa do dia.
- **Confecção e ajuste da órtese** sob medida, para ela aliviar de verdade sem machucar.
- **Produtos de apoio** (tecnologia assistiva): abridores de potes e de torneiras, engrossadores de cabo, viradores de chave — pequenos utensílios que reduzem muito a sobrecarga.
- **Orientação e supervisão dos exercícios**, ajustando cada movimento ao seu caso (veja o Capítulo 7).

Qual a diferença para a fisioterapia? As duas se complementam e às vezes se sobrepõem. A **fisioterapia** costuma focar mais no **exercício** (força, mobilidade) e em recursos físicos; a **terapia ocupacional** foca mais na **adaptação das tarefas do dia a dia**, na proteção da articulação, na confecção da órtese sob medida e nos produtos de apoio. Na prática, o exercício de mão pode ser conduzido por qualquer um dos dois.

Na prática

Se você puder acrescentar um profissional ao acompanhamento médico, um(a) **terapeuta ocupacional / terapeuta da mão** costuma fazer grande diferença. Estudos mostram que o cuidado conduzido por esses profissionais chega a ser **tão eficaz quanto** o acompanhamento médico tradicional para a artrose das mãos, com **bom custo-benefício** — o que apoia procurá-los **cedo**.

› Preciso parar meus hobbies?

Costura, tricô, crochê, tocar um instrumento, jardinagem... Uma dúvida muito comum é se é preciso **abandonar** essas atividades. Na grande maioria das vezes, **não** — a orientação é **adaptar**, não parar:

- **Use a órtese durante a atividade** que costuma doer.
- Prefira **ferramentas de cabo grosso** e ergonômicas (agulhas mais grossas, tesouras adaptadas, dedal), que distribuem a força pela mão em vez de concentrá-la no polegar.
- Faça **pausas programadas** (por exemplo, a cada 20–30 minutos), com um leve alongamento entre elas.
- **Reduza só nas crises** de dor mais forte, retomando aos poucos, com as adaptações acima.

Uma tranquilidade importante

A dor ao usar a mão reflete **sobrecarga do momento** — não significa que você está "gastando" ou "destruindo" a articulação mais depressa. Manter-se ativo, com as devidas adaptações, importa mais do que evitar tudo por medo. A decisão de fazer ou não uma atividade deve se guiar pelo **conforto e pela função**, não pelo receio de piorar a artrose por dentro.

➤ 2 · A órtese (tala) do polegar

Uma das intervenções com **melhor custo-benefício** na rizartrose. A órtese estabiliza a base do polegar, dá repouso à articulação e costuma aliviar bastante a dor.

Existem modelos diferentes, e a escolha depende do que você mais precisa no momento — **menos dor** ou **mais função**:

Modelo	Como é	Para que serve melhor
Rígida mais longa (termoplástica, apoia a base do polegar e a "juntinha" seguinte)	Imobiliza mais	É a mais estudada e a que dá melhor alívio da dor a médio prazo.
Rígida curta (apoia só a base do polegar)	Deixa a "juntinha" livre	Costuma ser a melhor para recuperar a função e os movimentos.
Macia (neoprene)	Mais confortável, imobiliza menos	Opção de conforto; tende a aliviar menos que as rígidas.

Uma estratégia comum, apoiada pelos estudos, é **começar com a órtese rígida mais firme** para acalmar a dor e, depois, **passar para a curta** para recuperar movimento.

- **Quando usar:** principalmente **nas atividades que doem** e **nas crises**. Um alvo razoável é usar **pelo menos ~4 horas por dia**, retirando para descansar, dormir, tomar banho e fazer os exercícios.
- **Por quanto tempo:** o alívio da dor costuma ficar mais claro depois de **algumas semanas a meses** de uso constante. Reavalie com seu profissional ao longo do caminho.

Na prática

Uma boa órtese, idealmente indicada e ajustada por um **terapeuta da mão**, faz enorme diferença. Se a sua machuca, aperta ou não alivia, o modelo ou o tamanho pode não ser o ideal — vale reavaliar em vez de abandonar.

› Calor e frio: um alívio simples nas crises

São medidas **adjuvantes** — ajudam no sintoma, mas não mudam a evolução da doença. Ainda assim, são baratas e de baixo risco:

- **Frio (gelo)** por 10–15 minutos, algumas vezes ao dia, nas **crises** com dor latejante e inchaço na base do polegar.
- **Calor** (compressa morna, banho de parafina) para a **rigidez matinal** e para aquecer a mão **antes dos exercícios**, facilitando o movimento.

› 3 · AINE tópico: o remédio de primeira linha

Os **anti-inflamatórios em gel ou creme** (AINEs tópicos, aplicados sobre a articulação) são a **primeira escolha de medicamento** para a artrose das mãos nas diretrizes internacionais. Agem no local da dor com **muito menos efeitos no estômago, nos rins e no coração** do que os comprimidos.

› 4 · Remédios por via oral

Quando o gel não basta, entram os remédios de boca, sempre pela **menor dose eficaz e pelo menor tempo possível**: analgésicos e anti-inflamatórios orais (AINEs) em **ciclos curtos**, respeitando as contraindicações (pressão alta, problemas renais, gástricos ou cardíacos).

› Os remédios que geram muita dúvida

Muita gente chega ao consultório perguntando sobre remédios e suplementos que "ouviu falar que é bom para artrose". Vale conhecer, com honestidade, o que as diretrizes dizem sobre cada um — porque a maioria **não** tem o benefício que se imagina:

Remédio / suplemento	O que se espera dele	O que a evidência e as diretrizes dizem
Glucosamina e condroitina	"Regenerar" a cartilagem	Benefício não confirmado nos estudos; não recomendados de rotina.
Diacereína	Ação "anti-artrose" lenta	Efeito, no máximo, modesto e incerto , com efeitos colaterais frequentes (diarreia). Não é primeira linha.
Cloroquina / hidroxicloroquina	Desinflamar a articulação	Os estudos não mostraram benefício na artrose das mãos; as diretrizes recomendam contra .
Colchicina	Desinflamar a articulação	Estudos não mostraram alívio da dor e houve mais efeitos colaterais; não recomendada .
Metotrexato	"Controlar" a artrose	Para a artrose comum das mãos, não é recomendado . Pode ter papel apenas num subgrupo com inflamação (sinovite) comprovada por imagem , avaliado por reumatologista — não é a rizartrose típica.

Remédio / suplemento	O que se espera dele	O que a evidência e as diretrizes dizem
Colágeno, fitoterápicos e suplementos (cúrcuma/ curcumina, boswellia, abacate-soja e afins)	Proteger a articulação	No máximo, alívio leve e de curto prazo em estudos de baixa qualidade; não modificam a doença e não há dados específicos para o polegar. Servem, quando muito, de complemento — nunca de substituto.

Por que cloroquina e metotrexato aparecem nessa conversa?

Porque são remédios das **artrites inflamatórias** (como a artrite reumatoide) — doenças diferentes da artrose. Eles funcionam *naquelas* doenças, não na rizartrose. Confundir as duas é comum, e é uma das razões para o diagnóstico correto importar tanto (veja o Capítulo 3).

Na prática

Antes de gastar tempo e dinheiro com esses produtos, converse com seu médico. Na rizartrose, o que mais ajuda continua sendo o básico bem feito: proteção da articulação, terapia da mão, órtese, exercício e, quando preciso, o AINE tópico.

› Infiltração — opção para casos selecionados

A **infiltração** (injeção de corticoide na região da articulação) **não** é uma etapa obrigatória nem deve ser usada de rotina. As diretrizes a colocam como uma opção **para casos selecionados** — por exemplo, uma crise de dor intensa que não cedeu às medidas anteriores. O alívio costuma

ser **temporário** e a evidência é modesta. Seu médico avalia se e quando faz sentido.

Quando há inflamação ativa

Algumas pessoas têm artrose das mãos com **inflamação mais visível** — inchaço, calor, articulações "quentes". Nesses casos específicos (com a inflamação confirmada pelo exame ou por imagem), o médico pode considerar, **por tempo curto**, um **corticoide em comprimido** ou uma injeção. É uma decisão do especialista, para um momento pontual — **não** um remédio de uso contínuo.

› E as terapias injetáveis mais novas?

Você pode ouvir falar de duas injeções. Elas **não** estão no mesmo patamar de evidência:

- **PRP (plasma rico em plaquetas)**: os resultados são **conflitantes** entre os estudos — alguns sugerem benefício em fases mais leves, outros não. **Ainda não é um tratamento de rotina.**
- **Ozônio**: a **evidência é insuficiente** e pouco específica para o polegar. **Não é recomendado** como tratamento habitual.

Em ambos os casos, se forem cogitados, é sempre **depois** do tratamento de base bem feito e em situações selecionadas — nunca como primeira escolha, e com o benefício apresentado como incerto.

› 5 · Quando pensar em cirurgia

Se a dor continua **forte e limitante** mesmo após meses de tratamento bem feito, e o desgaste é avançado, existe solução cirúrgica — você não fica sem saída. A operação mais conhecida é a **trapeziectomia**: o cirurgião remove o osso trapézio desgastado, às vezes reforçando a

região com um tendão. A maioria das pessoas tem **bom alívio da dor** e recupera função, embora a recuperação leve tempo.

A mensagem deste capítulo

A rizartrose **tem tratamento em todas as fases**. Com as medidas simples — proteção, órtese, gel e exercício — **muitas pessoas conseguem bom controle** dos sintomas. A cirurgia existe e funciona bem, mas é reservada para quem realmente precisa.

Por onde começar

Se você fosse dar **os primeiros passos hoje**, seria por aqui:

1. Proteja a articulação no dia a dia (ferramentas de cabo grosso, usar a mão inteira, pausas).
2. Procure um(a) **terapeuta ocupacional / da mão** para órtese sob medida e orientação.
3. Comece o **gel anti-inflamatório** nas dores, se o médico concordar.
4. Inicie os **exercícios** dos capítulos 5–7, sem forçar.
5. Reavalie com seu médico em algumas semanas — os degraus seguintes só entram se necessário.

05

Por que o movimento faz bem

Talvez a mensagem mais prática deste ebook: manter a mão em movimento, na medida certa, ajuda a controlar a dor e a preservar a função.

O benefício que a evidência sustenta com mais segurança

Nos estudos sobre exercício na rizartrose, o mais consistente é que ele pode **reduzir a dor e melhorar a força, a estabilidade e a função** da mão — especialmente no curto prazo. Há evidência favorável, embora o programa ideal ainda não esteja totalmente definido.

› E o repouso?

Repouso prolongado tende a aumentar a rigidez, reduzir a força e dificultar a recuperação. Isso não significa forçar a mão com dor: significa que **o movimento adequado ajuda a preservar a função** — parar completamente costuma atrapalhar mais do que ajudar.

› Como o movimento pode agir (o que se estuda)

Alguns mecanismos ajudam a entender *por que* o exercício faz bem. Vale saber que boa parte deles vem de estudos de laboratório ou de artrose de **joelho**, e não especificamente da rizartrose — por isso os tratamos como **explicações plausíveis**, não como promessas:

Pense assim

A cartilagem se nutre do líquido que banha a articulação, e esse líquido circula melhor com o movimento. É como uma **esponja**: apertando e soltando, ela absorve; parada, resseca.

- Pode ajudar a **modular a inflamação** local e do corpo (efeito mais estudado em outras articulações).
- Estimula a musculatura, que funciona como **amortecedor** da carga sobre a junta.
- Libera **endorfinas** e melhora a percepção do movimento, o que reduz a dor sentida.

Pense assim

Os músculos ao redor do polegar são como a **suspensão de um carro**. Quanto melhor a suspensão, menos o chassi (a cartilagem) sente os buracos da estrada.

A dose certa importa

O benefício vem do movimento **moderado e regular**. Exagero repetitivo e de alto impacto pode incomodar uma articulação já sensível. A meta não é "malhar até doer" — é constância inteligente, respeitando a dor.

Mensagem-chave

"Repouso prolongado aumenta a rigidez e a fraqueza. O movimento adequado, na dose certa, ajuda a controlar a dor, a manter a força e a preservar a função da sua mão."

06

Propriocepção: reeducar o polegar

Existe um "sexto sentido" nas articulações — a capacidade de saber onde elas estão sem olhar. Na rizartrose, esse sentido enfraquece. E há indícios de que dá para treiná-lo.



› O que é propriocepção?

Feche os olhos e toque a ponta do nariz. Conseguiu? Isso é **propriocepção**: sensores nos músculos, ligamentos e articulações avisam o cérebro, o tempo todo, onde cada parte do corpo está. É graças a eles que você move o polegar com precisão sem olhar.

Na base do polegar, os ligamentos que estabilizam a articulação são cheios desses sensores. Na rizartrose, o desgaste não causa só instabilidade mecânica — ele também **prejudica esses sensores**. A pessoa perde um pouco a noção de onde o polegar está e, sem perceber, faz força em ângulos ruins.

Pense assim

É como dirigir com o velocímetro quebrado. Você anda, mas sem os avisos certos acaba forçando o motor sem querer. Treinar a propriocepção é **recalibrar esses sensores**.

O que a ciência mostra

Estudos que somaram exercícios de propriocepção à reabilitação comum sugerem **melhora no senso de posição, na dor e na função** da mão, com um ganho que parece **adicional** ao da força. Ainda assim, são estudos **pequenos**: os próprios autores apontam que faltam pesquisas maiores e protocolos mais padronizados antes de conclusões definitivas.

Na prática

Se o seu polegar "falha" ou "escapa" ao pinçar, e isso não melhora só com força, vale conversar com o terapeuta da mão sobre incluir exercícios de propriocepção. O próximo capítulo mostra exemplos.

07

Seu programa de exercícios

A seguir, um **exemplo** de progressão em três fases. Ele não é uma receita única: deve ser **adaptado** à sua dor, à sua força, à sua estabilidade e às orientações do seu terapeuta da mão.

Antes de começar

Idealmente, faça a primeira vez com orientação do seu médico ou terapeuta da mão. Priorize a **qualidade** do movimento, não a velocidade nem o peso. Faça **sem dor importante**: um desconforto leve e passageiro pode ocorrer, mas dor forte ou persistente pede ajuste. A frequência e a duração devem ser individualizadas; um ponto de partida comum é **alguns minutos, poucas vezes por semana**, ajustando conforme a resposta.

As regras de ouro (valem para todos os exercícios)

- **Mova só o polegar.** O trabalho é na **base do polegar** (onde ele encontra o punho) — não na pontinha nem no meio do dedo.
- **Mantenha o punho parado.** Se o punho começa a ajudar, é sinal de que está fazendo força demais: alivie.
- **Força leve.** Estes são exercícios de **controle e precisão**, não de "malhar". Nunca até doer forte.
- Se não conseguir manter o punho quieto e o gesto suave, **diminua** a amplitude ou o número de repetições.

Fase 1 · Consciência

1 Reencontrar a posição

Com a **outra mão**, leve o polegar a uma posição qualquer. **Feche os olhos** e tente repetir sozinho o mesmo ângulo; depois abra os olhos e confira. Repita algumas vezes, sem pressa. · **8–10 repetições.**

2 Toque guiado

Encoste a **ponta do polegar** na ponta de cada dedo, um de cada vez (indicador, médio, anular, mínimo) e volte. O foco é a **precisão** do toque, não a velocidade. · **2–3 voltas completas.**

Fase 2 · Controle sem carga

3 Abdução lenta

Com a mão apoiada na mesa, **afaste o polegar da palma** bem devagar, pare e segure por alguns segundos, e retorne. Faça primeiro **olhando** e depois de **olhos fechados**. · **Segure 3s, 5–8x.**

4 Pinça de precisão leve

Pegue e solte objetos **leves** de tamanhos e texturas diferentes (botão, chumaco de algodão, grão). Trabalha a sensibilidade da pele e da junta, **sem exigir força**. · **1–2 minutos.**

Fase 3 · Desafio suave e vida real

5 Estabilização na bolinha

Apoie de leve a polpa do polegar sobre uma **bolinha macia** e mantenha o contato estável por alguns segundos, **sem apertar**, controlando os pequenos desvios. · **Segure 5–10s, 5x.**

6 Atenção no dia a dia

Em tarefas comuns (escovar os dentes, escrever, cozinhar), repare na **posição do polegar** e mantenha-o alinhado. Evite gestos de **força na pinça**, como abrir potes duros. · **ao longo do dia.**

Como se guiar

O ideal é que um **terapeuta da mão** demonstre cada movimento uma vez e ajuste ao seu caso — assim você fixa o gesto certo. Depois, estas descrições servem de lembrete para repetir em casa com segurança.

› Outros exercícios com respaldo

Estudos com bons resultados usaram exercícios **funcionais**, do dia a dia, fáceis de reproduzir em casa — por exemplo:

- **Apertar uma bola macia** — força de preensão.
- **Pegar objetos pequenos com hashi** (pauzinhos) — pinça fina e destreza.
- **Rasgar papel** — força e controle da pinça.
- **Traçar uma linha sobre uma bola** — coordenação e estabilidade da articulação.
- **Tocar o polegar em cada dedo** em sequência — amplitude e controle.

Nesses estudos, os exercícios eram feitos em torno de **3 vezes por semana**, com um retorno ao terapeuta por volta de **2 semanas** para corrigir a técnica e progredir aos poucos.

› O melhor resultado vem do "pacote"

A evidência mais forte aparece quando as medidas são **combinadas**: órtese + exercícios + anti-inflamatório em gel + educação sobre proteção da articulação, tudo junto. Um detalhe importante: o alívio da **dor** costuma demorar mais a aparecer (muitas vezes por volta de **3 meses**) do que a melhora dos movimentos. Por isso, **não desanime nas primeiras semanas** — manter o conjunto é o que traz o resultado.

› O semáforo da dor

Como saber se a dor durante ou após o exercício é normal? Use este guia simples:



Verde — pode seguir

Esforço leve ou incômodo que

desaparece logo

. Continue normalmente.



Amarelo — ajuste

Dor que

permanece mais de 1–2 horas

, ou inchaço leve.

Reduza

a intensidade ou as repetições — sem abandonar o programa.



Vermelho — pare

Dor

forte

, aumento importante do inchaço ou piora progressiva.

Interrompa

e procure orientação.

Não existe um "nível de dor" fixo igual para todos — na dúvida entre o amarelo e o vermelho, converse com o seu terapeuta.

› Apps e vídeos: como escolher

O que tem respaldo científico é o **conteúdo** dos exercícios e o uso da órtese — **não** uma marca de aplicativo, site ou vídeo específico. Ao buscar material na internet, prefira:

- Conteúdos de **sociedades de cirurgia da mão ou de terapia da mão/ocupacional**, que costumam ter folhetos e vídeos padronizados.
- Programas com **alguma supervisão de um terapeuta** (mesmo a distância): os melhores resultados vieram de protocolos com revisões periódicas com o profissional, não de material puramente "autodidata".

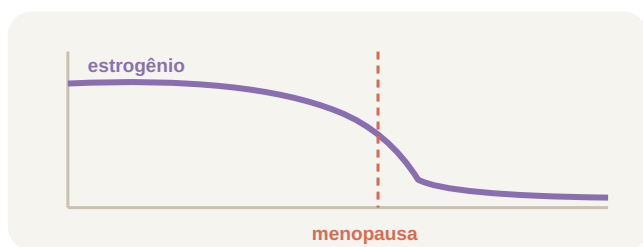
Na prática

Constância vence intensidade. Poucos minutos, com regularidade, valem mais do que uma sessão longa de vez em quando. Anote como se sente ao longo das semanas e leve isso ao seu terapeuta para ajustar o plano.

08

Menopausa e hormônios

Você já viu **o que fazer** pela sua mão. Estes dois últimos capítulos ajudam a **entender os fatores associados** à rizartrose — mas **não substituem** os tratamentos de benefício mais bem demonstrado: proteção da articulação, órtese, exercício e terapia da mão. Começando pelos hormônios: "por que minhas mãos começaram a doer justo agora?" Em algumas mulheres, a menopausa pode ser parte da resposta — mas não é a causa única.



› A ligação com os hormônios

O **estrogênio** — o principal hormônio feminino — também ajuda a proteger as articulações: há "fechaduras" para ele (receptores) na cartilagem, nos ligamentos e no osso. Quando o estrogênio cai, na menopausa, essa proteção diminui, e isso pode **contribuir** para o aparecimento ou a percepção dos sintomas nas mãos em algumas mulheres. A falta do hormônio também pode **aumentar a inflamação** e a sensibilidade à dor.

O que a ciência mostra

Estudos observam mais queixas de dor e rigidez nas mãos após a menopausa do que antes dela, muitas vezes surgindo nos poucos anos ao redor da última menstruação. É uma **associação** — a menopausa é um dos vários fatores envolvidos, não a causa isolada da rizartrose.

› Reposição hormonal e SERMs: o que se sabe

Se falta estrogênio, repor resolveria? A resposta honesta é **ainda incerta**. Alguns estudos sugerem que a **reposição hormonal (TRH)** iniciada perto da menopausa pode ter algum efeito sobre as articulações, mas os dados **não** são conclusivos. Existem ainda os **SERMs** (como o raloxifeno), com efeitos protetores da cartilagem observados em laboratório, porém **sem estudos suficientes** em pessoas para a artrose das mãos.

Com honestidade

O único ensaio clínico dedicado ao tema (HOPE-e) foi **pequeno e desenhado para testar a viabilidade** de um estudo maior — **não** para provar eficácia. Portanto, nem a reposição hormonal nem os SERMs são hoje indicados **só** para tratar a artrose das mãos.

Na prática

Quando a mulher já tem **outra indicação** — sintomas intensos da menopausa (TRH) ou osteoporose (raloxifeno) —, o tratamento pode ser considerado **por essa indicação específica**. A presença de artrose nas mãos, **isoladamente, não deve motivar** o início desses medicamentos. É sempre uma **decisão compartilhada** com o médico, que pesa benefícios, riscos e histórico — e eles têm contraindicações, não devendo ser iniciados por conta própria.

09

Hábitos e fatores metabólicos

Idade e genética não podem ser modificadas. Mas alguns fatores estão nas suas mãos — e vale conhecê-los com honestidade sobre o que a ciência já sabe (e o que ainda não sabe).

› Peso corporal

O excesso de peso não sobrecarrega só joelhos e quadris. O tecido gorduroso também produz substâncias inflamatórias que circulam pelo corpo e podem afetar até articulações que não "aguentam peso", como as das mãos. Manter um peso saudável é uma medida de base para a artrose em geral.

› Cigarro

Você talvez já tenha ouvido que "fumante tem menos artrose". Esse dado é **confuso** e pode ser uma armadilha estatística. Quando se acompanha as pessoas ao longo do tempo, alguns estudos sugerem que fumar **aumenta** o risco de artrose das mãos, mas a **evidência ainda não é fechada** — os estudos discordam entre si.

Na prática

Não há motivo para acreditar que fumar proteja as articulações. E, mesmo deixando a artrose de lado, parar de fumar traz benefícios enormes e comprovados para coração, pulmões e risco de câncer.

› Álcool

A ideia de que "uma tacinha faz bem" **não se sustenta** para a artrose: a aparente proteção some quando os estudos corrigem outros fatores. Alguns trabalhos associam o álcool a maior desgaste nas mãos e à forma mais agressiva da doença — mas, também aqui, a evidência ainda está em construção. Reduzir o consumo é sensato e faz bem à saúde como um todo.

› E a metformina?

Em pesquisa

A **metformina** (remédio do diabetes) vem sendo estudada por parecer proteger a cartilagem em modelos e em artrose de joelho. Porém, **não existe** estudo específico para a rizartrose ou a artrose das mãos. Ou seja: **ela não deve ser iniciada para tratar a rizartrose**. Seu uso só faz sentido quando existe uma **indicação metabólica independente**, definida pelo médico — nunca por conta própria.

As dúvidas mais comuns

Respostas curtas para o que quase todo mundo pergunta no consultório. Os detalhes estão nos capítulos indicados.

P• A rizartrose tem cura?

R• As alterações da articulação geralmente não desaparecem, mas a **dor e a função podem melhorar muito** com o tratamento. O objetivo é viver bem, com a mão funcionando.

P• Vai inevitavelmente piorar?

R• Não. A evolução varia bastante de pessoa para pessoa, e o que aparece no raio-X, sozinho, não determina o quanto você vai sentir.

P• Usar a mão desgasta mais a articulação?

R• Usar a mão de forma **adaptada não significa destruí-la**. A dor do esforço reflete sobrecarga do momento, não que você está "gastando" mais rápido (veja "Preciso parar meus hobbies?", cap. 4).

P• Vou precisar operar?

R• Na maioria dos casos, **não**. Começa-se com tratamento não cirúrgico; a cirurgia fica reservada para dor **persistente e limitante** que não melhorou com as outras medidas.

P• A deformidade (o "calo" ósseo) pode desaparecer?

R• O tratamento busca principalmente **reduzir a dor e melhorar a função**. As alterações ósseas já formadas geralmente não reverterem — mas conviver bem com elas é totalmente possível.

P• Qual é exatamente a "base do polegar"?

R• É a articulação onde o polegar encontra o punho (a CMC), lá embaixo, perto do pulso — não a juntinha do meio do dedo (veja o cap. 1).

As mensagens principais

- **A rizartrose é a artrose da base do polegar** — a articulação em sela mais usada da mão.
- **O diagnóstico é sobretudo clínico** (história + exame + teste do grind); o raio-X **apoia** e mostra a extensão, mas nem sempre combina com a dor — o tratamento se guia pelos sintomas.
- **Fique atento a sinais de alerta** (trauma, calor/inchaço súbito, febre, formigamento, dedo travando): nem toda dor no polegar é artrose.
- **Há tratamento em todas as fases.** Com as medidas simples — proteção da articulação, órtese, gel anti-inflamatório e exercício — muitas pessoas conseguem **bom controle** dos sintomas.
- **A órtese e a terapia ocupacional/terapia da mão** estão entre as medidas de melhor resultado; o **AINE tópico** é o remédio de primeira linha.
- **Desconfie de "remédios milagrosos":** glucosamina, diacereína, cloroquina, metotrexato e fitoterápicos **não** têm benefício comprovado na artrose das mãos.
- **Infiltração** é opção para casos selecionados, não etapa obrigatória; e **existe cirurgia** (trapeziectomia) com bom alívio quando a dor é refratária.
- **O movimento adequado faz bem:** ajuda a controlar a dor e a preservar força e função. Repouso prolongado atrapalha.
- **Treinar a propriocepção** pode ajudar a devolver ao polegar o senso de posição (evidência ainda em construção).
- **A menopausa pode contribuir** para os sintomas em algumas mulheres; reposição/SERMs só em situações específicas, sempre com o médico.

- **Cuide da saúde como um todo:** peso adequado, ausência de tabagismo e consumo responsável de álcool trazem benefícios gerais — embora seus efeitos **específicos** sobre a evolução da rizartrorse ainda não estejam totalmente definidos. Metformina não se inicia para tratar a artrose.

A grande mensagem

A rizartrorse tem tratamento, e muito do que ajuda está ao seu alcance todos os dias: como você usa e protege a mão, como se move, seus hábitos — e o acompanhamento certo. Você é o principal protagonista do seu cuidado.

Aviso

Material com finalidade educativa; não substitui consulta, diagnóstico ou tratamento individualizado. Nenhum medicamento, órtese ou terapia aqui citado deve ser iniciado, alterado ou suspenso sem orientação do seu médico. As evidências evoluem — converse sempre com seu reumatologista sobre o que se aplica ao seu caso.



Dr. Victor Berçot

REUMATOLOGISTA · CRM 235.187 | RQE 104.367

Referências científicas

Principais fontes que embasam este material. As diretrizes clínicas orientam os capítulos de diagnóstico e tratamento; os demais estudos sustentam os capítulos específicos. Todas as citações foram verificadas nas bases indexadas.

DIRETRIZES E TRATAMENTO

1. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Rheumatol.* 2020;72(2):220-33. doi:10.1002/art.41142. PMID: 31908163.
2. Kloppenburg M, Kroon FPB, Blanco FJ, Doherty M, Dziedzic KS, Greibrokk E, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(1):16-24. doi:10.1136/annrheumdis-2018-213826. PMID: 30154087.
3. Thakker A, Ramchandani JP, Divall P, Sutton A, Johnson N, Dias J. What are the most clinically effective nonoperative interventions for thumb carpometacarpal osteoarthritis? An up-to-date systematic review and network meta-analysis. *Clin Orthop Relat Res.* 2025;483(4):719-36. doi:10.1097/CORR.0000000000003300. PMID: 39560669.
4. Currie KB, Tadisina KK, Mackinnon SE. Common hand conditions: a review. *JAMA.* 2022;327(24):2434-45. doi:10.1001/jama.2022.8481. PMID: 35762992.
5. Deveza LA, Robbins SR, Duong V, Bennell KL, Vicenzino B, Hodges PW, et al. Efficacy of a combination of conservative therapies vs an education comparator on clinical outcomes in thumb base osteoarthritis: a randomized clinical trial (COMBO). *JAMA Intern Med.* 2021;181(4):429-38. doi:10.1001/jamainternmed.2020.7101. PMID: 33683300.
6. Marotta N, Demeco A, Marinaro C, Moggio L, Pino I, Barletta M, et al. Comparative effectiveness of orthoses for thumb osteoarthritis: a systematic review and network meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2021;102(3):502-9. doi:10.1016/j.apmr.2020.06.012. PMID: 32668206.

7. Kroon FPB, Kortekaas MC, Boonen A, Böhringer S, Reijnen M, Rosendaal FR, et al. Results of a 6-week treatment with 10 mg prednisolone in patients with hand osteoarthritis (HOPE): a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2019;394(10213):1993-2001. doi:10.1016/S0140-6736(19)32489-4. PMID: 31727410.
8. Estee MM, Cicuttini FM, Page MJ, Butala AD, Wluka AE, Hussain SM, et al. Efficacy of corticosteroids for hand osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022;23(1):619. doi:10.1186/s12891-022-05619-9. PMID: 35831847.
9. Wang Y, Jones G, Keen HI, Hill CL, Wluka AE, Kasza J, et al. Methotrexate to treat hand osteoarthritis with synovitis (METHODS): an Australian, multisite, parallel-group, double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2023;402(10414):1764-72. doi:10.1016/S0140-6736(23)01572-6. PMID: 37839420.
10. Døssing A, Henriksen M, Ellegaard K, Nielsen SM, Stamp LK, Taylor PC, et al. Colchicine twice a day for hand osteoarthritis (COLOR): a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(5):e254-62. doi:10.1016/S2665-9913(23)00065-6. PMID: 38251589.
11. Winter R, Hasiba-Pappas SK, Tuca AC, Zrim R, Nischwitz S, Popp D, et al. Autologous fat and platelet-rich plasma injections in trapeziometacarpal osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Plast Reconstr Surg*. 2023;151(1):119-31. doi:10.1097/PRS.0000000000009789. PMID: 36219860.
12. de Sire A, Marotta N, Sconza C, Lippi L, Drago Ferrante V, Respizzi S, et al. Oxygen-ozone therapy for pain relief in patients with trapeziometacarpal osteoarthritis: a proof-of-concept study. *Disabil Rehabil*. 2025;47(2):452-8. doi:10.1080/09638288.2024.2342491. PMID: 38644616.
13. Tveter AT, Østerås N, Nossun R, Eide REM, Klokkeide Å, Matre KH, et al. Short-term effects of occupational therapy on hand function and pain in patients with carpometacarpal osteoarthritis: secondary analyses from a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2022;74(6):955-64. doi:10.1002/acr.24543. PMID: 33338325. [Custo-utilidade: Tveter AT, Kleven L, Østerås N, et al. *BMJ Open*. 2023;13(6):e063103. doi:10.1136/bmjopen-2022-063103. PMID: 37355263.]

14. Polster A, Olsen U, Asphaug L, Bergsmark K, Christensen BL, Haugen IK, et al. Occupational therapist-led versus rheumatologist-led care in people with hand osteoarthritis in Norway: an open-label, multicentre, randomised controlled, non-inferiority trial. *Lancet Rheumatol.* 2025;7(8):e533-43. doi: 10.1016/S2665-9913(25)00040-2. PMID: 40513596.

EXERCÍCIO, CARTILAGEM E PROPRIOCEPÇÃO

1. Østerås N, Kjekken I, Smedslund G, Moe RH, Slatkowsky-Christensen B, Uhlig T, et al. Exercise for hand osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;1(1):CD010388. doi:10.1002/14651858.CD010388.pub2. PMID: 28141914.
2. Lawford BJ, Hall M, Hinman RS, Van der Esch M, Harmer AR, Spiers L, et al. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev.* 2024;12(12):CD004376. doi:10.1002/14651858.CD004376.pub4. PMID: 39625083.
3. Bricca A, Wirth W, Juhl CB, Kemnitz J, Hunter DJ, Kwoh CK, et al. Moderate physical activity and prevention of cartilage loss in people with knee osteoarthritis: data from the Osteoarthritis Initiative. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2019;71(2):218-26. doi:10.1002/acr.23791. PMID: 30339323.
4. Eapen C, Aggarwal V, Thomas DT, Fondekar AP, Godia R. Effectiveness of proprioceptive training in patients with thumb carpometacarpal osteoarthritis: a systematic review. *J Hand Ther.* 2026;39(2):459-68. doi:10.1016/j.jht.2026.02.015. PMID: 41963167.
5. Cantero-Téllez R, Algar L, Valdes K, Naughton N. Clinical effects of proprioceptive thumb exercise for individuals with carpometacarpal joint osteoarthritis: a randomized controlled trial. *J Hand Ther.* 2022;35(3):358-66. doi:10.1016/j.jht.2022.06.009. PMID: 36008246.

MENOPAUSA E HORMÔNIOS

1. Gulati M, Dursun E, Vincent K, Watt FE. The influence of sex hormones on musculoskeletal pain and osteoarthritis. *Lancet Rheumatol.* 2023;5(4):e225-38. doi:10.1016/S2665-9913(23)00060-7. PMID: 38251525.
2. Watt FE. Hand osteoarthritis, menopause and menopausal hormone therapy. *Maturitas.* 2016;83:13-8. doi:10.1016/j.maturitas.2015.09.007.

3. Burkard T, Rauch M, Spöndlin J, Prieto-Alhambra D, Jick SS, Meier CR. Risk of hand osteoarthritis in new users of hormone replacement therapy: a nested case-control analysis. *Maturitas*. 2020;132:17-23. doi:10.1016/j.maturitas.2019.11.006. PMID: 31883658.
4. Williams JAE, Chester-Jones M, Minns Lowe C, Goff MV, Francis A, Brewer G, et al. Hormone replacement therapy (conjugated oestrogens plus bazedoxifene) for post-menopausal women with symptomatic hand osteoarthritis: primary report from the HOPE-e randomised, placebo-controlled, feasibility study. *Lancet Rheumatol*. 2022;4(10):e725-37. doi: 10.1016/S2665-9913(22)00218-1. PMID: 36341025.
5. Spector TD, Nandra D, Hart DJ, Doyle DV. Is hormone replacement therapy protective for hand and knee osteoarthritis in women? The Chingford Study. *Ann Rheum Dis*. 1997;56(7):432-4. doi:10.1136/ard.56.7.432. PMID: 9486006.

HÁBITOS E FATORES METABÓLICOS

1. Haugen IK, Magnusson K, Turkiewicz A, Englund M. The prevalence, incidence, and progression of hand osteoarthritis in relation to body mass index, smoking, and alcohol consumption. *J Rheumatol*. 2017;44(9):1402-9. doi:10.3899/jrheum.170026. PMID: 28711879.
2. Plotz B, Bomfim F, Sohail MA, Samuels J. Current epidemiology and risk factors for the development of hand osteoarthritis. *Curr Rheumatol Rep*. 2021;23(8):61. doi:10.1007/s11926-021-01025-7. PMID: 34216294.
3. To K, Mak C, Zhang C, Zhou Y, Filbay S, Khan W. The association between alcohol consumption and osteoarthritis: a meta-analysis and meta-regression of observational studies. *Rheumatol Int*. 2021;41(9):1577-91. doi:10.1007/s00296-021-04844-0. PMID: 33745000.
4. Lim YZ, Wang Y, Estee M, Abidi J, Udaya Kumar M, Hussain SM, et al. Metformin as a potential disease-modifying drug in osteoarthritis: a systematic review of pre-clinical and human studies. *Osteoarthritis Cartilage*. 2022;30(11):1434-42. doi:10.1016/j.joca.2022.05.005. PMID: 35597372.
5. Pan F, Wang Y, Lim YZ, Urquhart DM, Estee MM, Wluka AE, et al. Metformin for knee osteoarthritis in patients with overweight or obesity: a randomized

clinical trial. *JAMA*. 2025;333(20):1804-12. doi:10.1001/jama.2025.3471.
PMID: 40274279.

Referências em estilo Vancouver, com dados de indexação (volume, páginas, DOI e PMID) verificados nas bases PubMed/Crossref. Os textos deste material foram simplificados para leitura leiga; a força das evidências varia entre os estudos, sobretudo nos temas de tabagismo, álcool, hormônios e metformina, ainda em investigação.