

## A contribuição do método Meir Schneider - self-healing em um caso de osteoartrose de mãos\*

### The contribution of the Meir Schneider self-healing method in a case of osteoarthritis in hands

Ana Carolina Spaziante Turolla<sup>1</sup>, Tatiana Luísa Reis Gebrael<sup>2</sup>, Beatriz Ambrósio do Nascimento<sup>3</sup>

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p83-92>

Turolla ACS, Gebrael TLR, Nascimento BA. A contribuição do método Meir Schneider - self-healing em um caso de osteoartrose de mãos. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015 jan./abr.;26(1):83-92.

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi o de apresentar uma alternativa de tratamento para a osteoartrose de mão com a utilização do método Meir Schneider - Self Healing. Foi realizado um estudo de caso, no qual a participante selecionada tinha o diagnóstico osteoartrose de mãos bilateral. Foi realizada intervenção clínica de Terapia Ocupacional com a utilização dos exercícios e massagens propostos pelo método, em uma clínica particular de terapia ocupacional. Foram realizadas medidas de pré-testes e pós-testes para a verificação da melhora da dor da paciente e da sua qualidade de vida. Os resultados indicam que o método pode ser uma alternativa de tratamento para esses casos, pois, apontaram melhora da dor, da capacidade funcional e da qualidade de vida da paciente. Conclui-se, no entanto, que por se tratar de um estudo de caso ainda são necessários mais estudos.

**DESCRIPTORIOS:** Osteoartrite/terapia; Mão/fisiopatologia; Osteoartrite/diagnóstico; Traumatismos da mão/terapia; Massagem; Exercício; Terapia ocupacional; Estudos de caso.

Turolla ACS, Gebrael TLR, Nascimento BA. The contribution of the Meir Schneider self-healing method in a case of osteoarthritis in hands. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015 jan./abr.;26(1):83-92.

**ABSTRACT:** The purpose of this study was to present a treatment alternative for hands osteoarthritis using the Meir Schneider - Self Healing method. It was done a case study in which the participant selected, had the diagnosis hands bilateral osteoarthritis. Intervention was performed a clinical occupational therapy with the use of exercises and massages offered by the method, in a private practice occupational therapy. Were performed pre-tests and post-tests to check the patient's improvement in pain and life's quality. The results indicate that the method may be a treatment alternative in such cases, because, indicated an improvement of pain, functional ability and patient life's quality. We conclude, however, that because it is a case study still more studies are needed.

**KEYWORDS:** Osteoarthritis/therapy; Hand/physiology; Osteoarthritis/diagnosis; Hand injuries/therapy; Massage; Exercise; Occupational therapy; Case studies.

\* O presente trabalho é parte integrante de projeto. Estudo de caso apresentado para conclusão do curso de pós-graduação lato-sensu Terapia da Mão e Reabilitação do Membro Superior da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, em 25 de maio de 2013.

1. Terapeuta Ocupacional. Especialista em terapia da mão e reabilitação do Membro Superior pela Universidade Federal de São Carlos. Terapeuta em formação do método Meir Schneider Self-Healing.
2. Terapeuta Ocupacional. Especialista em desenvolvimento infantil pela UFMG. Mestre em Educação Especial pela UFSCAR. Terapeuta e instrutora do método Meir Schneider Self-Healing.
3. Terapeuta Ocupacional. Mestre em Ciências Sociais pela PUC. Instrutora da School for Self-Healing, EUA. Ex-docente do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

**Endereço para correspondência:** Rua 6, nº 3551, apto 654 - Alto do Santana. Rio Claro, SP. CEP: 13504-099.

## INTRODUÇÃO

**A** osteoartrose, também conhecida como osteoartrite, artrite degenerativa ou doença degenerativa das articulações, é uma doença crônica das articulações, caracterizada pela degeneração da cartilagem e do osso subcondral<sup>1</sup>. Os ossos deixam de deslizar suavemente, criando atrito entre as superfícies ósseas. Isso pode causar dor articular, crepitação ao movimento, rigidez e redução da funcionalidade articular<sup>2</sup>.

A superfície lisa e regular da cartilagem torna-se irregular, impedindo que a articulação possa se mover com facilidade. Produz-se uma alteração da articulação pela deterioração de todos os seus componentes, ocorre um desequilíbrio entre eles, ou seja, o osso, a cápsula articular, a membrana sinovial (tecido que reveste a articulação), os tendões e a cartilagem<sup>3</sup> (p.1829). As articulações são recobertas pela cartilagem hialina e têm dentro delas o líquido sinovial. Essa cartilagem é composta por colágeno tipo II, condrocitos, macromoléculas de proteoglicanos e água, que garante a lubrificação articular e a manutenção da resistência da cartilagem<sup>4</sup>. Há teorias a respeito da osteoartrose que defendem a diminuição da concentração de proteoglicanos e alterações nas fibras de colágeno, levando a uma reorganização da superfície da cartilagem. A proporção de água aumenta e ocorre a formação de tecido ósseo subcondral e microfraturas, o que leva a formação de calos ósseos ou osteófitos<sup>5</sup>.

A dor é o primeiro sintoma. Em alguns casos, a articulação pode estar rígida depois de dormir (rigidez matinal) ou de qualquer outra forma de inatividade. Pode ocorrer diminuição da amplitude de movimento devido à incongruência articular que se desenvolve e crepitações ao movimento. Ocorre deformidades articulares, diminuição da força e diminuição da função da mão nas atividades de vida diária<sup>6</sup>. Pode haver, como já foi citado, um crescimento excessivo do osso sobre as superfícies onde a cartilagem se desgastou, formando os osteófitos, protuberâncias ósseas. Essas protuberâncias podem aumentar o tamanho das articulações, interferir no funcionamento normal delas e causar dor. Isso pode ser observado nas articulações dos dedos das mãos, causando deformidades. Essas deformidades, quando aparecem nas articulações interfalangianas distais, são conhecidas como nódulos de Heberden e são um dos sinais mais comuns da osteoartrose<sup>2</sup>. Quando esses nódulos aparecem nas articulações interfalangianas proximais, são conhecidos como nódulos de Bouchard<sup>5</sup>.

As articulações mais acometidas pela osteoartrose na mão são as interfalangianas distais, as proximais e a trapeziometacarpiana do polegar<sup>7</sup>.

Também são acometidas articulações que suportam peso ou carga, como joelhos e quadris<sup>5</sup>.

A osteoartrose é mais comum em pessoas acima dos 65 anos de idade, e segundo estudos norte-americanos, mais de 50 milhões de pessoas apresentam essa patologia<sup>8</sup>.

Na osteoartrose de mãos, a incidência maior é em mulheres pós menopausa<sup>9</sup>. É mais comum em mulheres com mais de 50 anos, a articulação interfalangiiana distal é mais acometida que a carpometacárpica do polegar e, 50% dos pacientes com a IFD envolvidas também tem a IFP afetadas<sup>4</sup>.

Existem duas classificações da osteoartrose: primária (idiopática), quando a causa é desconhecida; e secundária, quando a causa é outra doença (pode ser inflamatória ou endócrina), um trauma, ou anormalidades congênitas<sup>4</sup>. Alguns fatores de risco são: genética, raça, idade avançada, sexo (mulheres são mais propensas) ou o uso excessivo da articulação<sup>10</sup>. Apesar de não poder se afirmar que a osteoartrose é um processo de deterioração causada pelo uso, as articulações sujeitas a suportar peso (obesidade também é considerado um fator de risco) e as submetidas a estresse repetitivo por longos períodos, têm mais probabilidade de desenvolver essa condição<sup>1,2</sup>.

## O método Meir Schneider - Self-healing

Meir Schneider nasceu em 1954, na Ucrânia, com graves problemas visuais. Em 1959 emigrou para Israel. Submeteu-se a várias cirurgias malsucedidas e, aos sete anos de idade, foi declarado legalmente cego. Inconformado com sua situação, aos 17 anos começou a praticar um sistema de exercícios para os olhos, automassagem, técnicas de movimento para o corpo e dezoito meses depois desenvolveu visão funcional e alguns anos mais tarde obteve carteira de motorista sem restrições, nos EUA.

Em sua busca pela melhora, Meir descobriu que os mesmos princípios pelos quais ele adquiriu a visão funcional também poderiam ser aplicados no tratamento de patologias corporais. Seu trabalho então se expandiu para pessoas que sofriam de variadas enfermidades físicas, tais como esclerose múltipla, distrofia muscular, artrite, problemas de coluna, etc. O método visa tanto à melhora da qualidade de vida de pessoas que possuem algum desses comprometimentos, quanto a sua prevenção<sup>11</sup>.

Surgiu então o método Meir Schneider - Self-Healing, cujos objetivos terapêuticos são: estimular e ampliar o movimento em cada parte do corpo; promover a mobilidade onde existe rigidez; aprofundar a consciência do movimento em todo o corpo; nutrir e melhorar a função dos sistemas do corpo. Estes objetivos são atingidos por meio de movimentos sutis, com atenção dada a cada articulação;

respiração; relaxamento; técnicas específicas e de massagem e mobilização para regeneração; exercícios e visualizações de movimentos para treinar o cérebro a adquirir uma melhor consciência corporal.

O método amplia o arsenal de recursos para lidar com as doenças e modifica as ações de autocuidado dos pacientes<sup>12</sup>.

### **A osteoartrose e o método de Meir Schneider - Self-healing**

A função de uma articulação é permitir o movimento. Quando esse movimento é restringido por algum motivo como rigidez, desgaste articular e, ocasionalmente dor, ela deve continuar sendo estimulada a mover-se para não apenas prevenir sua perda permanente como também recuperar a maior parte de sua mobilidade perdida. Como a osteoartrose está relacionada à capacidade funcional, é possível melhorar com terapia<sup>8</sup>.

No método Meir Schneider - Self-Healing, todo movimento é feito de maneira lenta e suave, na amplitude de movimento máxima que o paciente não sinta dor. O paciente é um agente ativo na sua melhora, ele é sujeito do seu processo de cura e os movimentos são realizados com a utilização da consciência cinestésica. O objetivo disso é a pessoa tomar consciência das partes do corpo que consegue movimentar, quais as tensões e resistências que impõe ao movimento, e, com isso, aprender a executá-los de forma que utilize os grupos musculares necessários para aquele movimento, e não sobrecarregue outros músculos, economizando energia e prevenindo outros prejuízos ao corpo<sup>13</sup>. Ele é estimulado a imaginar, visualizar o movimento sendo executado suavemente, e ficando mais leve à medida que se movimenta. Para o método, também é importante cuidar do estado geral do corpo, melhorando fadiga e estresse. Para Meir, a osteoartrite, ou artrose, está relacionada ao gerenciamento da vida moderna, ao estresse<sup>14</sup>. Portanto, deve-se reduzir o estresse trabalhando com todo o corpo, realizando exercícios suaves, ou seja, em diferentes planos e conscientizando o paciente do movimento, para aumentar a amplitude de movimento das articulações e a flexibilidade. A terapia de self-healing ajuda a soltar as tensões presentes nos músculos que estão sendo utilizados de forma desequilibrada (e por isso se tornam demasiados tensos) através da massagem, e de movimentos multiplanares (circulares), para desenvolver a musculatura de forma equilibrada.

Como a maioria dos nossos movimentos são feitos no plano sagital - plano de secção do corpo humano, indicando uma direção vertical<sup>15</sup>, o Self-healing preconiza realizar

movimentos multiplanares, em direções diferentes das dos movimentos que usamos para realizar nossas atividades de vida diária e prática, pois movimentos contrários aos de sempre e infinitamente variados, vão desenvolvendo o equilíbrio muscular ao redor da articulação. Na osteoartrose do polegar, a articulação trapeziometacarpiana está acometida, o que diminui significativamente os movimentos da mão, devido ao desabamento do 1º metacarpoe a deformidade em adução desta articulação, o que também diminui o 1º espaço interdigital. A articulação metacarpofalangiana fica hiperextendida e a interfalangiana fica fletida<sup>5</sup>. Por isso é importante realizar movimentos contrários à deformidade, ou seja, abdução do polegar, extensão, circundução. Além disso, os músculos flexores são mais fortes e desenvolvidos do que os extensores, por isso é importante trabalhar bastante a extensão, para que haja um equilíbrio nas forças que incidem sobre a articulação.

É importante trabalhar não só as articulações acometidas como também as adjacentes, para prevenir novas perdas e manter um equilíbrio entre os músculos do corpo. Fortalecendo músculos periféricos à articulação com artrose, é possível diminuir a carga dessa articulação, o que pode ter sido sua causa inicial de deterioração<sup>14</sup>.

De acordo com o método, o movimento realizado de maneira equilibrada é benéfico para a cartilagem, pois promove a circulação do líquido sinovial (líquido que supre a cartilagem de oxigênio e nutrientes). Durante o movimento, a pressão dos dois ossos um contra o outro faz com que o líquido sinovial se mova pra dentro e pra fora da cartilagem mantendo-a lubrificada e impedindo assim a sua deterioração<sup>14</sup>. O tecido cartilaginoso necessita de força externa para liberar para o meio a água contida internamente<sup>5</sup>. Essa força externa é o movimento. Dessa maneira, é importante trazer movimento para a articulação, mesmo que algumas vezes podem ser micromovimentos, quase imperceptíveis, pois os movimentos do método são realizados num grau máximo de amplitude em que a pessoa não sinta dor. Assim o movimento é feito de forma agradável e, sem dor, conforme o líquido sinovial vai sendo produzido, a amplitude de movimento vai aumentando. Estes movimentos são acompanhados de movimentos respiratórios e visualizações da articulação se expandindo na inspiração e voltando ao tamanho normal na expiração<sup>16</sup>.

Além do movimento consciente, o método também se utiliza de técnicas de massagem. A massagem é realizada associada à respiração e algumas vezes, ao movimento passivo suave. O objetivo dela é preparar o músculo para o movimento, melhorando a qualidade deste movimento. Ela melhora a irrigação sanguínea melhorando a nutrição dos tecidos, regenera os músculos, ativa os nervos, diminui

edemas e melhora a mobilidade articular<sup>13</sup>.

## OBJETIVO

Apresentar uma alternativa de tratamento para a osteoartrose de mão com o método Meir Schneider - Self-healing, demonstrado num caso de osteoartrose de mãos (bilateral), a partir de uma intervenção clínica de Terapia Ocupacional com a utilização dos exercícios e massagens propostos pelo método.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho é um estudo de caso realizado com a paciente Doraci (*nome fictício*) de 72 anos, com diagnóstico de osteoartrose na mão direita e osteoartrose inicial na mão esquerda. Diagnóstico médico dado em 07 de julho de 2011, confirmado por radiografia.

Os atendimentos foram realizados em consultório próprio, localizado na cidade de Rio Claro, e realizados por uma Terapeuta Ocupacional, que é a própria pesquisadora e a responsável pelo seu próprio consultório. O consultório está legalmente apto ao funcionamento, e de acordo com as normas da Vigilância Sanitária.

O tratamento começou com uma Entrevista Inicial a fim de coletar dados pessoais e de saúde da paciente. Nesta entrevista, a paciente informou seu diagnóstico, queixa principal, exames realizados, histórico de saúde, cirurgias realizadas, doenças associadas, uso de medicação, tratamentos a que estava se submetendo no momento, ou os que já realizou. Após a entrevista inicial, foi realizado uma avaliação específica do método Meir Schneider – Self-Healing, onde foram observados o movimento e a postura da paciente quando caminhou, como se sentou, se apresentou músculos mais rígidos ou tensos, se tinha algum problema de coluna, se apresentou edemas ou se realizou compensações para se movimentar. Depois foram realizados testes padronizados (descritos mais abaixo) que foram utilizados como medidas de comparação após o tratamento ter sido iniciado.

Após a avaliação inicial, foram realizadas sessões semanais de exercícios passivos e ativos assistidos, todos baseados no método Meir Schneider - Self-Healing, ou seja, exercícios de movimentos multiplanares, de rotação das articulações acometidas, na amplitude de movimento máxima que o paciente consiga realizar sem sentir dor, e também de articulações adjacentes, para a busca de um equilíbrio de forças musculares. Os movimentos são realizados de maneira lenta e suave, conscientes, utilizando também a visualização do movimento antes e durante a sua

execução, como já foram descritos mais detalhadamente no item “Introdução - A osteoartrose e o método de Meir Schneider - Self-Healing”.

A sessão de exercícios durou em média, 50 a 60 minutos, tempo em que foram realizados tanto os movimentos ativos quanto os passivos. Os movimentos passivos são realizados pela Terapeuta Ocupacional, respeitando os limites de dor da paciente e de quantidade de movimentação. Os exercícios ativos são realizados pela própria paciente. Também foram realizadas sessões quinzenais de massagem, cuja técnica também é baseada no método e teve duração aproximada de 60 minutos. Além disso, foram dadas orientações para exercícios diários em casa, por escrito, detalhando-se como o exercício deveria ser feito e orientando para observar algum efeito indesejado, como o aparecimento de edemas, dor ou inflamação. Neste caso, o exercício deveria ser suspenso e a Terapeuta comunicada imediatamente. Na sessão seguinte, eram avaliados os resultados dos exercícios feitos em casa, onde a paciente demonstrava como havia realizado o exercício para verificar se foi feito corretamente, e, se não foi, ele era corrigido, e qual foi o melhor para a paciente.

O tempo de tratamento foi de nove meses, e a paciente não deixou de realizar o tratamento convencional com seu médico neste período.

O projeto foi submetido ao comitê de ética da Universidade Federal de São Carlos, sendo efetivado sob as diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 (CNS). O projeto obteve a aprovação do comitê citado, cujo número do CAAE é: 12234513.3.0000.5504.

A pesquisa utilizou medidas de pré-teste/pós-teste, configurando-se em um estudo de caso<sup>17</sup>.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação e coleta de dados:

1. Goniômetro: foram realizados testes com goniômetro para verificar a amplitude de movimento ativa;
2. Teste de dor “Escala Visual Analógica (EVA)”, no qual 0 (zero) é considerado sem dor e 10 (dez) o máximo de dor<sup>18</sup>;
3. Teste de satisfação e melhoria da qualidade de vida SF-36, que foi respondido pela paciente antes do início do tratamento e ao término do tratamento<sup>19</sup>;
4. Entrevista Inicial. Aplicado somente no início do

tratamento com o objetivo de averiguar dados pessoais do sujeito e seu histórico de saúde;

5. Registro dos atendimentos-anotações realizadas pela Pesquisadora durante a intervenção, no intuito de registrar as atividades e técnicas utilizadas durante o processo de tratamento.

## RESULTADOS

### Pré-testes

Os seguintes testes foram aplicados na paciente antes do início do tratamento e seguem seus resultados:

1. Entrevista Inicial, durante a qual averiguou-se que a paciente D.<sup>1</sup> (*nome fictício*) apresenta histórico de osteoartrose em ambas as mãos desde julho de 2011 (diagnóstico médico radiográfico dado em 07 de julho de 2011), com queixa de dor, tanto no repouso, quanto durante a execução de movimentos e falta de força muscular. A paciente não faz uso de medicamentos e nunca havia feito tratamento de fisioterapia para tratar da osteoartrose, no entanto já havia sido consultada por uma Terapeuta Ocupacional especialista em Terapia da Mão, que lhe confeccionou uma órtese estática para rizartrose, curta, com posicionamento do polegar em abdução e oponência, imobilizando a articulação carpometacarpiana permitindo a realização de atividades diárias, como a escrita. D.<sup>1</sup> (*nome*

*fictício*) não tem histórico de outras doenças associadas, sejam elas de origem genética ou adquirida. No entanto, queixa-se também de dores na coluna. Praticava exercícios de hidroginástica regularmente, 2 vezes por semana. Na avaliação física, notou-se que, na mão direita, apresenta desabamento do 1º metacarpo com diminuição do 1º espaço interdigital e deformidade em adução da articulação trapeziometacarpiana, hiperextensão da articulação metacarpofalangiana e flexão da interfalangiana. Apresentou dor à palpação na região tenar de ambas as mãos, na articulação carpometacarpiana do polegar, na face volar, na trapeziometacarpiana e nas laterais das articulações do II, III e IV dedos da mão direita. Não foi notada a presença de edemas. Foi observada a presença de nódulos de Heberden nas articulações interfalangianas distais do III, IV e V dedos da mão direita e IV dedo da mão esquerda. Durante a execução de movimentos como circundação do polegar, apresenta crepitação e dor. Observando a radiografia, verificou-se, na mão direita, redução parcial dos espaços articulares entre as falanges proximais e distais do II, III, IV e V dedos, presença de osteófito na extremidade distal do trapézio, deformidade na articulação trapeziometacarpiana por diminuição do espaço articular e subluxação dorsal. Também há acometimento na articulação entre o trapézio e o escafoide. Na mão esquerda apresenta redução dos espaços articulares das falanges proximais e distais do IV e V dedos e osteófito na extremidade distal do trapézio;

2. Avaliação da amplitude dos movimentos das mãos direita e esquerda, resultados em anexo, na Tabela 1;

**Tabela 1** - Resultados das mãos direita (MD) e esquerda (ME) pré-teste

MOVIMENTO	AMPLITUDE DO MOVIMENTO EM GRAUS
Abdução radial do polegar	MD 65 / ME 70
Abdução palmar	MD 50 / ME 50
Flexão da MCF do polegar	MD 50 / ME 50
Flexão da IF do polegar	MD 80 / ME 80
Oponência em direção à base da MCF do 5º dedo	MD Completa / ME Completa

3. Teste de escala visual analógica de dor no repouso: 2 mão esquerda, 3 mão direita, sendo 0 (zero) considerado sem dor e 10 (dez) o máximo de dor; escala visual analógica de dor durante o movimento de flexão ativa das articulações metacarpofalangianas e interfalangianas: 3 mão esquerda, 3 mão direita;

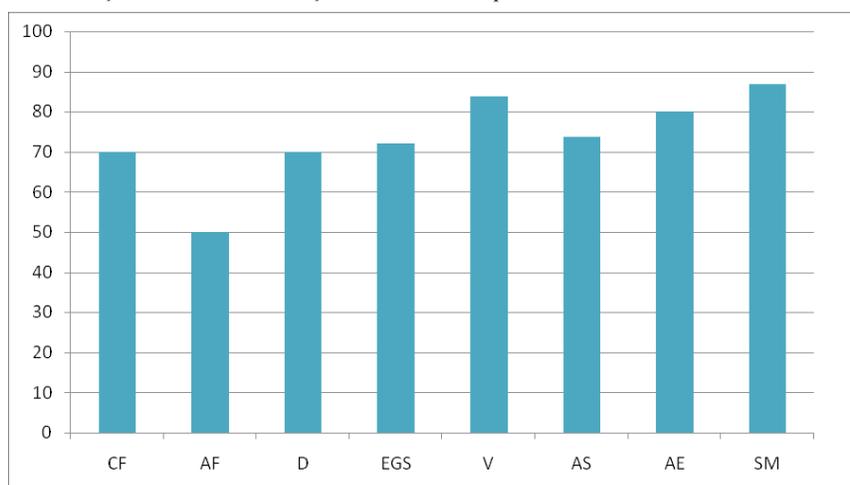
4. Teste de satisfação e melhoria da qualidade de vida SF-36: neste a paciente relata que considera sua saúde boa, mas tem dificuldades em realizar algumas atividades como varrer a casa, carregar mantimentos, subir

escadas. Também tem alguma limitação e dificuldade no trabalho (utiliza bastantes movimentos finos, pois lida com microscópio, placas de petri e outros utensílios próprios). Relata que nas últimas quatro semanas anteriores ao teste, teve dor leve a maior parte do tempo e grave pelo menos uma vez por semana, sendo que isto interferiu um pouco nas suas atividades sociais, de casa e de trabalho. Em relação a sentir-se feliz, animada, tranquila, com energia, considera sentir-se assim a maior parte do tempo e acredita ser uma pessoa saudável. No entanto, acha que sua saúde

vai piorar devido ao passar dos anos. O teste é pontuado de acordo com domínios, divididos nos seguintes aspectos: capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor (D), estado geral da saúde (EGS), vitalidade (V), aspectos sociais

(AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM). Os pontos variam de 0 a 100, sendo 0 o pior estado de saúde e 100 o melhor<sup>19</sup>. A pontuação do teste está demonstrada no Gráfico 1.

**Gráfico 1-** Pontuação do teste de satisfação e melhoria da qualidade de vida SF 36 antes da intervenção



### Sessões de Self-healing

#### *Rotina da sessão*

As sessões de self-healing foram realizadas semanalmente e cada sessão tinha duração aproximada de 60 minutos. Antes de iniciarmos os exercícios, a paciente relatava como havia passado a semana, se teve dor, se praticou ou não os exercícios, como estava se sentindo no dia.

#### *Exercícios realizados*

- Exercício de respiração: foram realizados exercícios de respiração, a fim de melhorar a consciência cinestésica do movimento e a percepção corporal.
- Exercícios de rotação ativa das articulações: dos ombros, dos cotovelos, punhos e dedos, prestando-se atenção à maneira como estavam sendo executados esses movimentos, na qualidade com que estavam sendo executados, respeitando-se os limites de cada articulação no que diz respeito à dor, sensação de cansaço ou emprego de força exagerada e desnecessária. Os movimentos eram feitos de maneira lenta, praticados em conjunto com a respiração profunda, o que conduz a um maior relaxamento corporal e também a uma melhor consciência cinestésica.
- Exercícios de visualização: foram feitos exercícios de visualização do movimento, ou seja, imaginar a execução do movimento antes de executá-lo, a fim

de facilitar a sua realização.

#### *Sessões de massagem*

- Foram realizadas sessões quinzenais específicas de massagem nas mãos e em todo o Membro Superior, com duração aproximada de 50 minutos. Durante as massagens, eram também praticados exercícios respiratórios e movimentações passivas das articulações, feito de maneira lenta e suave, respeitando a amplitude de movimento máxima em que a paciente não sentisse dor ao movimento. A massagem relaxou a musculatura tensa, melhorou a circulação, promoveu estimulação aos nervos sensoriais, o que ajudou na ação motora ativa e melhorou o aspecto da mão. Antes das sessões de massagem se iniciarem, eram feitos testes de escala analógica visual de dor, em repouso e durante o movimento.
- Exercícios passivos: os exercícios passivos foram úteis para a aprendizagem de uma movimentação mais suave, feita sem emprego de força e auxiliou na produção do líquido sinovial através do movimento.

#### *Relatos da paciente*

A paciente praticava, em casa, exercícios de rotação passiva e ativa das articulações metacarpofalângicas (a passiva era executada uma mão rodando os dedos da outra); rotações ativas dos punhos, cotovelos e ombros, estes últimos

em decúbito lateral. A paciente relatava ter sentido mais dor durante a semana quando realizava tarefas manuais mais repetitivas como escrever, digitar, manusear o mouse do computador ou auxiliar a mãe cadeirante a levantar da cadeira de rodas e auxilia-la nas suas Atividades de Vida Diária. Após o terceiro mês de tratamento essas queixas foram se tornando menos frequentes, mesmo que a paciente realizasse as tarefas descritas acima.

Após as sessões de massagem acompanhada dos

exercícios passivos, a paciente relatava ter mais facilidade em realizar atividades domésticas como lavar a louça ou dobrar roupas. Ela relatava que essa melhora permanecia de 15 a 20 dias.

### Pós-testes

1. Avaliação da amplitude dos movimentos das mãos direita e esquerda, resultados em anexo (Tabela 2).

**Tabela 2** - Resultados das mãos direita (MD) e esquerda (ME) pós-teste

MOVIMENTO	AMPLITUDE DO MOVIMENTO EM GRAUS
Abdução radial do polegar	MD 65 / ME 70
Abdução palmar	MD 50 / ME 50
Flexão da MCF do polegar	MD 50 / ME 50
Flexão da IF do polegar	MD 80 / ME 80
Oponência em direção à base da MCF do 5º dedo	MD Completa / ME Completa

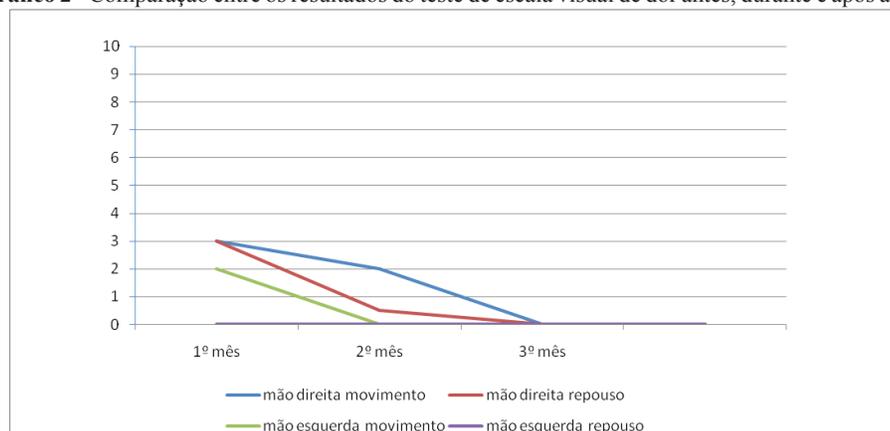
Os testes goniométricos da amplitude dos movimentos de abdução palmar e radial do polegar, flexão da metacarpofalangiana do polegar, flexão da interfalangiana e oponência estavam dentro dos padrões normais e não se modificaram após a realização dos exercícios e das massagens. No entanto, a paciente relatava sentir dificuldade em realizar alguns movimentos como segurar uma garrafa. Isso normalmente ocorre em uma mão com osteoartrose, devido à incongruência articular e dor que o paciente sente na manipulação de objetos<sup>10</sup>. Tal dificuldade se dava pela incongruência articular devido à deformidade da articulação trapeziometacarpiana por diminuição do espaço articular e subluxação dorsal. Após ter iniciado as massagens e os exercícios, a paciente relatava sentir mais facilidade em realizar aqueles movimentos. No entanto, após a massagem e as movimentações passivas, os movimentos continuavam

nas mesmas amplitudes.

2. Teste de escala visual analógica de dor: nas primeiras sessões, a paciente relatava uma constante na dor, ou seja, para a mão direita ela referia dor 3 na escala, tanto no repouso quanto no movimento, e 2 na mão esquerda no movimento e 0 no repouso. Após dois meses de massagem e exercícios passivos e também ativos, realizados tanto nas sessões semanais quanto em casa, a dor já diminuiu para 0 na mão esquerda e 2 na mão direita no movimento e 0,5 no repouso. Após o terceiro mês de tratamento a paciente já não sentia mais dor, evidenciando um resultado positivo significativo da intervenção.

O Gráfico 2 mostra uma comparação entre os resultados do teste de escala visual de dor antes, durante e após a intervenção.

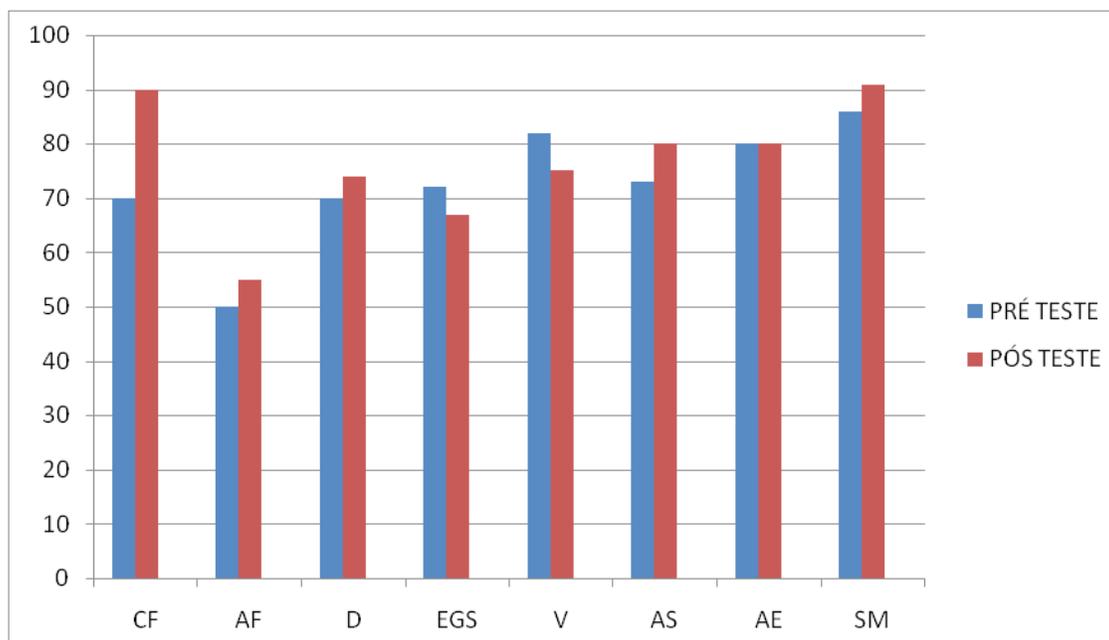
**Gráfico 2** - Comparação entre os resultados do teste de escala visual de dor antes, durante e após a intervenção



3. Teste de satisfação e melhoria da qualidade de vida SF-36: após ter realizado cerca de nove meses de tratamento, a paciente respondeu algumas questões diferentemente da primeira vez que respondeu este questionário, ocasião em que ainda não tinha começado o tratamento com o método Meir Schneider Self-Healing. Na questão a respeito de como considera sua saúde, por exemplo, comparando-a com um ano atrás, respondeu que a considera um pouco melhor. No primeiro questionário, havia respondido que considerava quase a mesma de um ano atrás. Nas questões que envolvem atividades como varrer a casa, carregar mantimentos, subir

escadas, respondeu que não tem dificuldade nenhuma, em contrapartida do 1º questionário respondido, em que assinalou a alternativa que diz ter um pouco de dificuldade. Também melhorou na realização de seu trabalho e atividades extras, relatando que não teve dificuldade. Nas questões relacionadas ao quanto a saúde afetou em suas atividades sociais nas últimas quatro semanas, relatou que não atrapalhou e também teve dor, mas muito leve. A pontuação deste teste, divididas nos seus domínios está registrada no Gráfico 3 o qual também demonstra uma comparação entre os resultados do pré e do pós teste.

**Gráfico 3** - Comparação dos resultados pré e pós teste do teste de satisfação e melhoria da qualidade de vida SF 36



## DISCUSSÃO

A paciente não deixou de realizar o tratamento convencional para sua patologia, ou seja, continuou com acompanhamento médico, sem interrupções. Além disso, a paciente fez uso de órtese ventral, longa, posicionando o polegar em oponência e o punho em posição neutra, de uso noturno a fim de impedir desvio ulnar da mão, deformidade em flexão do punho, piora da incongruência da articulação trapeziometacarpiana e controle da dor. A órtese foi confeccionada após a paciente já ter realizado sete meses de terapia. No entanto, antes disso fazia uso de outra órtese, curta, abduzora do polegar, ventral, de uso diurno para a realização de algumas atividades de vida prática, como a escrita.

A paciente é cuidadora de seus pais idosos aos finais de semana e, com isso, relatou sentir mais cansaço ou dor nas mãos quando precisava realizar esforços de travar a cadeira de rodas da mãe ou executar tarefas de casa, como lavar louça. Também realizava atividades de jardinagem, e relatou sentir dor nos tendões extensor e abductor do polegar quando cavava terra. Além destas atividades, lecionava aulas e palestras e dirigia automóvel na cidade durante a semana e na estrada nos fins de semana, o que também ocasionava dor nas mãos. No entanto, a paciente relatou que quando realizava em casa, ou em terapia com a Terapeuta Ocupacional, os exercícios propostos pelo método, sentia que a dor passava, sentia a mão “mais leve”, com mais flexibilidade, e era mais fácil realizar qualquer movimento com a mão. Ela relatou que sentia a melhora já durante a

execução dos exercícios. A continuidade da melhora deve-se ao fato da paciente ser assídua nas sessões e realizar corretamente e frequentemente os exercícios em casa.

Pelo fato do método utilizar-se da consciência cinestésica do movimento, do envolvimento da mente e da respiração, aumenta a percepção corporal. A melhora da percepção corporal auxilia também no controle da força de preensão, poupando esforços indesejados, o que auxiliou a percepção da paciente para quais movimentos e atividades eram prejudiciais a ela e quais a ajudavam. Este aumento de consciência cinestésica ficou demonstrado no resultado do pós teste do questionário SF-36. Lembrando que a pontuação varia de 0 a 100, sendo 0 o pior estado de saúde e 100 o máximo, foi observado que: sua capacidade funcional subiu de 70 para 90; o aspecto físico também melhorou de 50 para 55; no domínio dor, melhorou de 70 para 74. Obteve melhora também nos domínios aspectos sociais e saúde mental. O aspecto emocional manteve-se o mesmo. Os itens estado geral da saúde e vitalidade obtiveram resultados mais baixos. O primeiro de 72 para 67, e o segundo de 83,8 para 75. Uma possibilidade para a diminuição dos pontos anteriores pode estar ligada ao fato da paciente estar nove meses mais velha em relação ao primeiro questionário que respondeu, e percebeu-se que na concepção da paciente, esta considerava que sua saúde iria piorar com o passar dos anos. No entanto, nos aspectos mais relevantes que trabalhamos para sua melhora, que foram os aspectos dor, aspectos físicos e capacidade funcional, ela obteve uma melhora evidente. Por conta disso, acredita-se que houve uma melhora também em sua saúde mental e aspectos sociais. A melhoria da satisfação de vida foi também demonstrada em outro estudo a respeito da aplicação do método de Meir Schneider em pacientes com distrofia muscular. O estudo foi realizado com uma amostra de 7 portadores de vários tipos diferentes de distrofia em tratamento intensivo (três sessões do método Meir Schneider Self-Healing por semana) e não intensivo (uma vez por semana). Este estudo foi realizado num período de aproximadamente um ano e, além da melhora da força muscular, a satisfação de vida foi o resultado mais sensível ao método<sup>12</sup>.

Outros estudos sobre osteoartrose correlacionando os resultados após o tratamento convencional, recomendam a execução de alongamentos e o aumento da flexibilidade

das articulações através de exercícios de fisioterapia<sup>1</sup>. Estudos mostram que atividades de baixo impacto ajudam a melhorar mais a dor da osteoartrose do que atividades de alto impacto<sup>4</sup>. Outros trabalhos científicos demonstram que os exercícios para osteoartrose devem ser livres de dor<sup>20</sup>. A amplitude de movimento das articulações deve ser mantida com a prática diária de exercícios<sup>5</sup>. Estudos de programas de exercícios específicos, mostraram melhora na força de pinça mas não na melhora da dor<sup>6</sup>. Valdes e Heyde<sup>20</sup>, em seu artigo sobre “Um programa de exercício para osteoartrose carpometacarpal baseado em princípios biomecânicos” relatam que é necessário desenvolver um programa específico de exercícios para o tratamento da osteoartrose carpometacarpiana, baseado no princípio biomecânico, com exercícios feitos livres de dor, com quantidades estipuladas de movimentos, exercícios pra casa, duração do programa de exercícios, como também precauções e contraindicações de movimentos.

Há diversos trabalhos sobre osteoartrose de joelhos e quadris, mas relatam terapias específicas para o tratamento da osteoartrose de mão. Por isso a maioria das técnicas ainda não tem estudos conclusivos sobre eficácia<sup>7</sup>. Também no caso do presente trabalho, pelo fatodo estudo de caso ter uma amostra pequena de sujeitos ainda são necessários mais estudos na área.

O método Meir Schneider Self-healing demonstrou neste caso, ter melhorado a dor e a qualidade de vida da paciente, através da realização de exercícios que são de baixo impacto, feitos livres de dor, alongamentos que promovem a flexibilidade das articulações e a manutenção da melhora com a realização de exercícios diários em casa. Supõe-se que com a prática constante e a participação ativa do paciente, os resultados sejam duradouros.

## CONCLUSÃO

Os resultados apresentados pelo presente estudo mostram que a paciente obteve melhora da dor e da qualidade de vida que havia sido prejudicada pela osteoartrose bimanual. Os resultados indicam que o método Meir Schneider Self-Healing pode ser uma alternativa de tratamento para esses casos e que mais estudos ainda são necessários na área.

---

## REFERÊNCIAS

1. Coimbra FX, Samara AM, Coimbra IB. Estudo de associação entre o índice de massa corpórea (IMC) e osteoartrite (OA) de mãos. Rev Bras Reumatol. 2004;44(3):206-11. [http://](http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042004000300005)

[dx.doi.org/10.1590/S0482-50042004000300005](http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042004000300005).

2. Silva NA, Montandon ACOS, et al. Doenças osteoarticulares

- degenerativas periféricas. Einstein (São Paulo). 2008;6(supl. 1):S21-S28.
3. Prado FC, Ramos JA, Valle JR. Atualização terapêutica: diagnóstico e tratamento. 24a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p.1829.
  4. Beasley J. Osteoarthritis and rheumatoid arthritis: conservative therapeutic management. J Hand Ther. 2012;25:163-72. doi: 10.1016/j.jht.2011.11.001
  5. Freitas, PP. Reabilitação da mão. 2ª reimpr. São Paulo: Atheneu; 2012.
  6. Rogers MW, Wilder FV. Exercise and hand osteoarthritis symptomatology: a controlled crossover trial. J Hand Ther. 2009;22:10e18. doi: 10.1016/j.jht.2008.09.002.
  7. Valdes K, Marik T. A systematic review of conservative interventions for osteoarthritis of the hand. J Hand Ther. 2010;23:334-51. doi: 10.1016/j.jht.2010.05.001.
  8. Coimbra IB, Pastor EH, Greve JMD, Puccinelli MLC, Fuller R, Cavalcanti FS, Maciel FMB, Honda E. Osteoartrite (artrose): tratamento. Rev Bras Reumatol. 2004;44(6):450-3. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042004000600009>.
  9. Yamaguchi CK, Guimarães MC, /Gomes FSE, Aihara AY, Bannwart CL, Chakkour I, Natour J, Fernandes ARC. Estudo por imagem da articulação metacarpocarpal do polegar. Rev Bras Reumatol. 2008;48(5):297-300. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042008000500008>.
  10. Oliveira DG, Nunes PM, Aruin AS, Dos Santos MJ. Grip force control in individuals with hand osteoarthritis. J Hand Ther. 2011;24:345-55. doi: 10.1016/j.jht.2011.06.002.
  11. Garves WC. Exercício de andar de costas: uma prática do método *self-healing* de Meir Schneider sob a ótica da biomecânica e da neurociência [monografia]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas, Curso de Especialização em Fisiologia, Biomecânica, Traumatologia e Reabilitação do Exercício e do Esporte; 2006. Disponível em: [http://www.absh.org.br/pdf/06\\_01.pdf](http://www.absh.org.br/pdf/06_01.pdf).
  12. Soares LBT. Eficácia do método Meir Schneider de autocuidado em pessoas com distrofias musculares progressivas [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; 1999. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000175924>.
  13. Pinto JM, Soares LBT. Método Meir Schneider de autocura (self-healing). São Carlos: EdUFSCar/Hucitec; 2002.
  14. Schneider M. Manual de autocura método *Self-Healing*. São Paulo: TRIOM; 2000.
  15. Dângelo JG, Fattini CA. Anatomia humana sistêmica e segmentar para o estudante de medicina. São Paulo: Atheneu; 1998.
  17. Cozby PC. Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. São Paulo: Atlas; 2003.
  18. Ferrigno ISV. Terapia da mão fundamentos para a prática clínica. São Paulo: Santos Editora; 2008.
  19. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143-50. Disponível em: [http://www.nutrociencia.com.br/upload\\_files/artigos\\_download/qualidade.pdf](http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/qualidade.pdf).
  20. Valdes K, Heyde RVD. An exercise program for carpometacarpal osteoarthritis based on biomechanical principles. J Hand Ther. 2012;25:251-63. doi: 10.1016/j.jht.2012.03.008.
  16. Schneider M. Uma lição de vida. São Paulo: Cultrix; 1989.
  17. Ataker J, Gudemez E, Ece SC, Canbulat N, Gulgonen A. Rehabilitation protocol after suspensionarthroplasty of thumb carpometacarpal jointosteoarthritis. J Hand Ther. 2012;25:374-83. doi: 10.1016/j.jht.2012.06.002.

Recebido para publicação: 01/08/2014

Aceito para publicação: 25/11/2014