

Cervicalgia: Tratamento na Atenção Primária à Saúde

*Autoria: Sociedade Brasileira de Medicina de
Família e Comunidade
Associação Brasileira de Medicina
Física e Reabilitação
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia*

Elaboração Final: 4 de dezembro de 2009

Participantes: Wagner HL, Bareiro AOG, Stein AT, Castro Filho ED,
Pereira CF, Ribeiro R

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Realizada busca no PubMed, LILACS, SciELO, com a seguinte estratégia de busca: *cervicalgia* ou *neck pain* (MeSH terms) AND tratamento ou *treatment* (MeSH terms) OR tratamento em atenção primária ou *treatment* (MeSH terms) in *primary care* (MeSH terms). Com a estratégia de *cervicalgia* ou *neck pain* e tratamento ou *treatment* foi realizada busca na base secundária da Cochrane, para o UpToDate, usou-se *neck pain treatment*, e para o Dynamicmedical (Dynamed), *neck pain*. Foram encontrados 42 artigos que enfocavam o diagnóstico em atenção primária, dos quais 12 foram selecionados com base nos resumos – além de oito artigos das bases secundárias – para utilização na confecção desta diretriz clínica. Critérios de inclusão: pacientes adultos ou idosos, com queixa clínica de *cervicalgia* (*neck pain*) avaliados em atenção primária à saúde; artigos com validade interna e com potencial validade externa para a realidade brasileira. Critérios de exclusão: artigos em que os autores trabalham em centros de referência terciário, com pacientes triados em função da especialização dos centros; artigos em que o tratamento é escopo do especialista focal (cirurgia neuro/ortopédica); artigos cuja validade interna pode ser questionada também foram rejeitados.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Definir, em pacientes adultos avaliados em atenção primária, com queixa de *cervicalgia*, qual seria a melhor abordagem terapêutica.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

DEFINIÇÃO

A abordagem terapêutica da cervicálgia é baseada na avaliação clínica, na presença ou não de comprometimento neurológico, nos fatores desencadeantes e no tempo de duração do quadro clínico.

Extensa revisão na literatura, tanto em bases primárias como secundárias, demonstra que as evidências de efetividade de terapêutica para a cervicálgia são de baixa qualidade científica, e com isto a experiência do clínico e os desejos do paciente devem fazer parte do processo de decisão das escolhas a serem seguidas¹(A)²(B).

CERVICALGIA AGUDA

Em quadros agudos, em que não há evidência de trauma, e comprometimento neurológico é afastado, o conjunto de evidências sugere que o manejo pode ser feito com anti-inflamatórios não-hormonais ou analgésicos³(B)⁴⁻⁶(D).

Na presença de contratura muscular, pode-se lançar mão de relaxantes musculares¹(A)³(B): ensaios randomizados demonstram que tizanidina, baclofen e diazepam (relaxantes de ação central) têm ação melhor que placebo; ciclobenzaprina, carisoprodol, clorzoxazona e orfenadina (relaxantes de ação periférica) também têm ação superior ao placebo.

As drogas estudadas devem ser avaliadas em função do quadro, das preferências de pacientes e médicos, e dos efeitos adversos^{1,7}(A)³(B)⁴⁻⁶(D).

Em quadros agudos, afastada lesão com comprometimento neurológico ou fratura, pode-se lançar mão de analgésicos opióides em situações que a intensidade da dor justificar⁴⁻⁶(D).

Não se indica o uso da acupuntura⁸(A)⁵(D), da eletroterapia⁹(A)⁵(D) e da fisioterapia¹⁰(A)⁵(D) para o manejo da cervicálgia aguda.

O uso de gelo e calor para o tratamento da dor aguda pode promover algum alívio⁴⁻⁶(D).

Em casos de dor aguda produzida pelo mecanismo de chicote, o uso de corticosteróides melhora o resultado, diminuindo os casos de dor persistente^{4,6}(D).

Caso não haja bloqueio motor, exercícios leves na região cervical são indicados, melhorando o tempo de recuperação dos pacientes com cervicálgia^{11,12}(A)^{4,6,13}(D).

O uso de colares cervicais não melhora a dor cervical aguda⁴⁻⁶(D), estando indicados apenas quando há instabilidade da região secundária ao mecanismo do chicote ou por traumas¹¹(A)^{5,6,13}(D).

CERVICALGIA CRÔNICA

Em torno de 12% das mulheres e 9% dos homens desenvolverão cervicálgia crônica; o manejo destes pacientes é desafiador^{14,15}(D). Situações emocionais e interesse em afastamento para tratamento de saúde e/ou aposentadoria por invalidez podem interferir na evolução do quadro¹⁶(D), doenças como ansiedade e depressão podem dificultar o manejo e a evolução das situações que levam à cervicálgia crônica⁴⁻⁶(D).

O uso de anti-inflamatórios não-hormonais não demonstrou efetividade clínica em pacientes com cervicálgia crônica⁷(A)⁴⁻⁶(D). Relaxantes musculares não se mostraram eficientes no manejo da cervicálgia crônica^{1,7}(A)⁴⁻⁶(D). O uso de analgésicos é adequado¹²(A)^{5,6,13}(D). Assim, a personalização do manejo dos pacientes que apresentam cervicálgia crônica é essencial para o sucesso.

O uso de acupuntura tem se mostrado efetivo em situações de cervicálgia

crônica⁸(A)^{5,16}(D); estudo randomizado demonstra que em 1 ano (redução de 36% em relação ao controle – $p < 0,02$) e 3 anos (redução de 33% em relação ao controle – $p < 0,04$) de seguimento há diferença significativa nos pacientes tratados com acupuntura⁸(A). Porém, é importante não perder de vista que pacientes de grupos controle, sem nenhum tratamento para a cervicálgia, apresentam um índice de remissão que oscila entre 30% e 40%, o que torna a interpretação dos dados complexa¹⁷(B)⁴⁻⁶(D).

Fisioterapia, mobilização, analgesia com ultrassom, TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation* – estimulação elétrica do nervo por meio da pele), corrente interferencial, massagens e manipulação têm evidência muito fraca de melhora^{9,10,18,19}(A)¹⁷(B). Tratamentos de fisioterapia, com manipulação, massagens e analgesia prolongada (por meses ou anos) são apenas discretamente superiores que procedimentos curtos (até 10 sessões)¹⁸(A).

Exercícios físicos orientados para pacientes com cervicálgia crônica não demonstram evidência de melhora, sendo os resultados semelhantes ao de grupos controle^{12,18,20,21}(A)²²(B)⁶(D). Estudo randomizado demonstrou pequena melhora em grupos muito motivados, com assistência intensiva²²(B). Aparentemente, atividade física continuada produz elevação do limiar de dor, tendo um efeito benéfico para pacientes que conseguem manter um programa regular de exercícios físicos^{12,20,23}(A).

A abordagem multimodal, em que são associados analgesia, psicoterapia, fisioterapia com massagens e exercícios orientados, parece oferecer resultados duradouros em pacientes com cervicálgia crônica sem comprometimento neurológico²⁴(A)⁵(D).

CERVICALGIA POR TRAUMA

O atendimento a traumas geralmente é de responsabilidade dos serviços de pronto atendimento, mas ocasionalmente são manejados na atenção primária. Nessas situações, é fundamental afastar lesão óssea, compressão de raiz nervosa ou de medula. Atendidas estas condições, o manejo pode ser feito pelo médico na atenção primária.

Em fase inicial, pós-traumatismo, em que há dor e o bloqueio algíco à movimentação é importante, o uso do colar cervical por poucos dias^{11(A)+6(D)} associado a analgésicos e/ou anti-inflamatórios^{11(A)+6(D)} é a abordagem apropriada. Após o alívio dos sintomas agudos, o início de exercícios físicos é indicado para a recuperação e prevenção de cervicalgia crônica^{11(A)+6,13(D)}. Quando o trauma desenvolve edema cervical, o uso de corticosteróides via oral por sete dias auxilia na resolução da situação aguda^{4-6(D)}.

RECOMENDAÇÕES PRINCIPAIS NO MANEJO AO PACIENTE COM CERVICALGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. Primeiro atendimento, situação inicial, sem história de trauma, sem lesão neurológica ao exame clínico: prescrever analgésico, ou anti-inflamatório não-hormonal e relaxante muscular. Não solicitar exames, orientar retorno para 7 a 10 dias. Ao retorno, se sintomas persistirem, solicitar radiografia simples e manter esquema analgésico. Se radiografia normal e sintomas persistirem, encaminhar para fisioterapia e ou acupuntura.
2. Primeiro atendimento, situação inicial, história de movimento de chicote, sem sinais neurológicos ao exame clínico: prescrever calor/gelo, corticosteróide oral e analgésico. Em caso de instabilidade, pode-se recomendar o uso por um breve período do colar cervical. Indicar exercícios físicos para recuperação, assim que a dor permita. Orientar retorno em 7 a 10 dias, caso ainda persista a dor, encaminhar à fisioterapia.
3. Primeiro atendimento, situação inicial, sem história de trauma, sem lesão neurológica, dor crônica. Prescrever analgésicos, encaminhar para fisioterapia e, após 10 sessões, reavaliar. Se a dor persistir, solicitar radiografia simples de controle. Diante da ausência de sinais significativos, encaminhar para acupuntura, com lesão, encaminhar ao especialista focal.
4. Primeiro atendimento, situação inicial, sem história de trauma, dor crônica com sinais neurológicos. Prescrever analgésicos, corticosteróide oral e encaminhamento ao especialista focal para avaliação.
5. Primeiro atendimento, situação inicial, dor cervical secundária a trauma – sem sinais neurológicos. Solicitar radiografia simples, prescrever analgésicos e calor/ gelo. Exame normal, retorno em 7 a 10 dias. Dor persistir, manter analgésico e anti-inflamatório, encaminhar à fisioterapia.
6. Primeiro atendimento, situação inicial, dor cervical secundária a trauma – com sinais de instabilidade e/ou neurológicos. Encaminhar para referência especializada em regime de emergência, com imobilização da região.

REFERÊNCIAS

1. Chou R, Peterson K, Helfand M. Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2004;28:140-75.
2. Korthals-de Bos IB, Hoving JL, van Tulder MW, Rutten-van Mölken MP, Adèr HJ, de Vet HC, et al. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *BMJ* 2003;326:911.
3. Ojala T, Arokoski JP, Partanen J. The effect of small doses of botulinum toxin on neck-shoulder myofascial pain syndrome: a double-blind, randomized, and controlled crossover trial. *Clin J Pain* 2006;22:90-6.
4. National Guideline Clearinghouse (USA). Disponível em: <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?view.id=1&doc>
5. Dynamed. Disponível em: <http://dynamed101.epnet.com/Detail.aspx?id=116368> Acesso em: 15/09/2006.
6. UpToDate. Disponível em: <http://www.uptodate.com/utd/content/topic.do?topicKey=spinaldi/676> Acesso em: 18/05/2006
7. Childers MK, Borenstein D, Brown RL, Gershon S, Hale ME, Petri M, et al. Low-dose cyclobenzaprine versus combination therapy with ibuprofen for acute neck or back pain with muscle spasm: a randomized trial. *Curr Med Res Opin* 2005;9:1485-93.
8. Trinh KV, Graham N, Gross AR, Goldsmith CH, Wang E, Cameron ID, et al. Acupuncture for neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD004870.
9. Kroeling P, Gross AR, Goldsmith CH. A Cochrane review of electrotherapy for mechanical neck disorders. *Spine* 2005;30:E641-8.
10. Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Kay T, Aker P, et al. Manipulation and mobilisation for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD004249.
11. Rosenfeld M, Seferiadis A, Carlsson J, Gunnarsson R. Active intervention in patients with whiplash-associated disorders improves long-term prognosis: a randomized controlled clinical trial. *Spine* 2003;28:2491-8.
12. Taimela S, Takala EP, Asklof T, Seppala K, Parviainen S. Active treatment of chronic neck pain: a prospective randomized intervention. *Spine* 2000;25:1021-7.
13. Gonzalez Ramirez S, Chaparro Ruiz ES, de la Rosa Alvarado Mdel R, Diaz Vega M, Guzman Gonzalez JM, Jiménez Alcantara JA, et al. Clinical guideline for rehabilitation of patients with cervical whiplash at the primary care level. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005;43:61-8.

14. Teixeira JM, Barros Filho T, Lin TY, Hamani C, Teixeira WGJ. Cervicalgias. Rev Med 2001;80:307-16.
15. Salomão Junior JC, Zardo EA, Serdeira A, Paglioli E. Cervicobraquialgia. Acta Médica 2004;25: 26-37.
16. Kraychete DC, Sakata RK, Tanajura D, Guimarães AC, Angelim M. Perfil clínico de pacientes com dor crônica do ambulatório de dor do Hospital Universitário Professor Edgard Santos – UFBA. Rev Baiana Saúde Pública 2003 27:185-95.
17. Enthoven P, Skargren E, Oberg B. Clinical course in patients seeking primary care for back or neck pain: a prospective 5-year follow-up of outcome and health care consumption with subgroup analysis. Spine 2004;29:2458-65.
18. Klaber Moffett JA, Jackson DA, Richmond S, Hahn S, Coulton S, Farrin A, et al. Randomised trial of a brief physiotherapy intervention compared with usual physiotherapy for neck pain patients: outcomes and patients' preference. BMJ 2005;330: 75.
19. Haraldsson BG, Gross AR, Myers CD, Ezzo JM, Morien A, Goldsmith C, et al. Massage for mechanical neck disorders. Cochrane Database Syst Rev 2006; 3:CD004871.
20. Ylinen J, Takala EP, Kautiainen H, Nykänen M, Häkkinen A, Pohjolainen T, et al. Effect of long-term neck muscle training on pressure pain threshold: a randomized controlled trial. Eur J Pain 2005;9:673-81.
21. Kay TM, Gross A, Goldsmith C, Santaguida PL, Hoving J, Bronfort G, et al. Exercises for mechanical neck disorders. Cochrane Database Syst Rev 2005;(3):CD004250.
22. Tsao JY, Lee HY, Hsu JH, Chen CY, Chen CJ. Physical exercise and health education for neck and shoulder complaints among sedentary workers. J Rehabil Med 2004;36:253-7.
23. Savolainen A, Ahlberg J, Nummila H, Nissinen M. Active or passive treatment for neck-shoulder pain in occupational health care? A randomized controlled trial. Occup Med 2004;54:422-4.
24. Linton SJ, Boersma K, Jansson M, Svard L, Botvalde M. The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave: a randomized controlled trial. Clin J Pain 2005;21:109-19.