

Bandagem elástica e cinesioterapia na reabilitação do ombro doloroso em pacientes com Acidente Vascular Encefálico: revisão narrativa

Elastic bandaging and kinesiotherapy in the rehabilitation of painful shoulder in stroke patients: a narrative review

Vendaje elástico y kinesioterapia en la rehabilitación del hombro doloroso en pacientes con accidente cerebrovascular: revisión narrativa

 **Thalita Mayume Guerra Sakate¹**

 **Mateus Dias Antunes²**

 **Siméia Gaspar Palacio¹**

¹Universidade Cesumar
Maringá, PR, Brasil

²Centro Universitário Estácio
Santo André, SP, Brasil

Autor correspondente:

Mateus Dias Antunes

simeia.palacio@unicesumar.edu.br

Submissão: 06 set 2025

Aceite: 16 out 2025

RESUMO. Objetivo: avaliar a efetividade da cinesioterapia associada à bandagem elástica no tratamento do ombro doloroso em indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE). **Métodos:** revisão narrativa da literatura (2014–2024) nas bases MEDLINE, LILACS, PubMed, SciELO e PEDro, incluindo estudos sobre o uso da bandagem elástica isolada ou combinada a exercícios em pacientes pós-AVE com dor no ombro. Foram analisados desfechos como dor, amplitude de movimento (ADM), espasticidade, subluxação, atividade muscular e função. **Resultados:** estudos com amostras pequenas e protocolos heterogêneos indicaram melhora significativa de dor, ADM, subluxação, atividade muscular e escore de Fugl-Meyer, especialmente quando a bandagem foi usada como adjuvante à reabilitação. Não houve evidência consistente sobre espasticidade e algumas funções. **Conclusão:** a bandagem elástica mostrou-se recurso útil e de fácil aplicação para o ombro doloroso pós-AVE, favorecendo a função motora.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; Bandagem elástica; Membro superior; Ombro.

ABSTRACT. Objective: to evaluate the effectiveness of kinesiotherapy combined with elastic bandaging in managing shoulder pain after stroke. **Methods:** narrative literature review (2014–2024) of MEDLINE, LILACS, PubMed, SciELO, and PEDro databases including studies investigating elastic bandaging, alone or with exercise, in post-stroke patients with shoulder pain. Outcomes included pain, range of motion (ROM), spasticity, subluxation, muscle activity, and function. **Results:** studies with small samples and heterogeneous protocols showed significant improvements in pain, ROM, subluxation, muscle activity, and Fugl-Meyer scores, particularly when bandaging was used as an adjunct to conventional rehabilitation. No consistent benefits were found regarding spasticity and some functional measures. **Conclusion:** elastic bandaging appears to be a useful, easily applied resource for post-stroke shoulder pain, improving motor function and mobility.

Descriptors: Stroke; Elastic Bandaging; Upper Limb; Shoulder.

RESUMEN. Objetivo: evaluar la efectividad de la cinesioterapia asociada al vendaje elástico en el tratamiento del hombro doloroso en individuos con accidente cerebrovascular (ACV). **Métodos:** revisión narrativa (2014–2024) en MEDLINE, LILACS, PubMed, SciELO y PEDro, incluyendo estudios sobre vendaje elástico solo o combinado con ejercicios en pacientes post-ACV con dolor en el hombro. Se analizaron desenlaces como dolor, amplitud de movimiento (ADM), espasticidad, subluxación, actividad muscular y función. **Resultados:** los estudios, con muestras pequeñas y protocolos heterogéneos, mostraron mejoras significativas en dolor, ADM, subluxación, actividad muscular y puntuación de Fugl-Meyer, especialmente con vendaje adyuvante a la rehabilitación. No hubo evidencia consistente sobre la espasticidad y algunas medidas funcionales. **Conclusión:** el vendaje elástico se mostró útil y de fácil aplicación en el hombro doloroso post-ACV, favoreciendo la función motora.

Descriptores: Accidente Cerebrovascular; Vendaje elástico; Miembro superior; Hombro.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE)⁽¹⁾ isquêmico apresenta maior prevalência, especialmente em homens com mais de 40 anos. Entretanto, mulheres acometidas apresentam maior propensão a comorbidades e complicações. No cenário brasileiro, o AVE configura-se como a segunda principal causa de óbito, perdendo apenas para o câncer, sendo responsável por elevada morbidade e por significativos custos ao Sistema Único de Saúde, envolvendo internações, cirurgias, medicamentos e reabilitação⁽²⁾. Estudos nacionais indicam que hipertensão arterial sistêmica, diabetes, hipercolesterolemia, arritmias cardíacas, tabagismo, uso de anticoncepcionais orais, obesidade, sedentarismo, consumo de álcool e drogas, bem como migrânea (enxaqueca), estão entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença⁽³⁻⁶⁾.

O quadro clínico do AVE varia conforme a região cerebral lesionada e a gravidade da lesão, podendo resultar em alterações da fala, mastigação, deglutição, tônus muscular, sensibilidade, incontinência urinária, funções cognitivas e executivas comprometidas, paresias ou plegias, além de déficits no equilíbrio, na marcha e na execução de atividades de vida diária, prejudicando a qualidade de vida do paciente e de seus cuidadores. Por ser uma condição crônica, o indivíduo acometido demanda cuidados contínuos e prática regular de exercícios para manter a funcionalidade e prevenir complicações associadas à imobilidade⁽⁷⁻⁸⁾.

O ombro doloroso é uma complicação comum em pacientes com AVE, interferindo diretamente na funcionalidade e na qualidade de vida. Entre suas principais causas estão a imobilidade prolongada, alterações do tônus muscular, contraturas, perda do ritmo escapuloumeral, rotação externa inadequada do úmero na cavidade glenoide e manuseio incorreto do paciente. A dor tende a se intensificar em movimentos de flexão e abdução acima de 90°, comprometendo atividades básicas, como vestir-se, alimentar-se, higiene pessoal e sono, prejudicando a independência funcional⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Considerando o risco de recorrência do AVE, é essencial a prevenção de fatores de risco e a intervenção precoce, visando reduzir sequelas e comorbidades. A reabilitação deve ser iniciada rapidamente para minimizar complicações e possibilitar o retorno às atividades e à participação social. A cinesioterapia convencional contribui para ganhos na funcionalidade, incluindo amplitude de movimento, coordenação, equilíbrio, força muscular, marcha e autonomia nas atividades de vida diária⁽¹¹⁻¹³⁾.

Diversas abordagens terapêuticas estão disponíveis para esses pacientes, incluindo a associação de cinesioterapia com bandagem elástica. A Kinesio Taping é utilizada como recurso

complementar, podendo favorecer aumento da força muscular, controle do tônus e instabilidade articular, alinhamento postural, equilíbrio, marcha, amplitude ativa e alívio da dor por meio da diminuição da inflamação e da tensão muscular⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Barradas, Matos e Silva⁽¹⁶⁾ destacam que a bandagem elástica oferece suporte durante os movimentos articulares, geralmente aplicada nos músculos antagonistas da espasticidade. No contexto do AVE, é empregada para recuperação funcional do membro superior, promovendo extensão do punho e dedos, e no membro inferior, para dorsiflexão e eversão do tornozelo. Além disso, fonoaudiólogos a utilizam como recurso coadjuvante no tratamento da disfagia.

Apesar de sua ampla aplicação clínica, a eficácia da Kinesio Taping ainda gera controvérsias na literatura, com estudos apontando benefícios na reabilitação pós-AVE, enquanto outros consideram os resultados inconclusivos devido à qualidade metodológica dos trabalhos publicados⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. Dessa forma, a presente pesquisa terá como objetivo avaliar a efetividade da Kinesio Taping associada aos exercícios terapêuticos na melhora da amplitude de movimento (ADM) e dor em ombro de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico.

MÉTODOS

Esse estudo é uma revisão narrativa, de natureza exploratória e origem descritiva, suas buscas foram realizadas por meio dos artigos contidos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Physiotherapy Evidence Database (PEDro), National Library of Medicine (PubMed) e Scientific Eletronic Library Online (Scielo).

Dentro dos critérios de inclusão deste estudo, foram consideradas, estudos com publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, dentro do período de 2014-2024, com abordagem metodológica de ensaio clínico randomizado e ensaio clínico controlado. Da mesma forma, os critérios de exclusão foram não utilizar bandagem elástica como parte do estudo, não ter a cinesioterapia associada, não possuir ênfase em quadro de ombro doloroso pós AVE, fuga do escopo da pesquisa e duplicidade de estudos. As palavras chaves utilizadas para buscas em base de dados foram no idioma português, inglês e espanhol: kinesio taping, acidente vascular encefálico, ombro e bandagem elástica.

RESULTADOS

Inicialmente foram encontradas 46 referências, onde 15 foram excluídos por duplicidade, 21 por não contemplar quadro de ombro doloroso, 4 por não atender critério de inclusão. Dessa forma,

ao final foram selecionados 6 trabalhos para realização da pesquisa, assim como pode ser observado no fluxograma na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma dos procedimentos de seleção.



Fonte: Os autores, 2025.

Os estudos selecionados bem como suas principais informações são apresentados de forma resumida no Quadro 1.

Quadro 1. Estudos selecionados.

ANO	AUTORES	OBJETIVO	AMOSTRA	ABORDAGEM
2015	Pillastrini et al. ⁽¹⁸⁾	Investigar se há mudança em ADM, dor e espasticidade em indivíduos com quadro de ombro doloroso após aplicação de bandagem elástica.	N=32: grupo intervenção (N=16) e grupo de comparação (N=16)	Exercícios convencionais por 4 semanas, 4x/semana; 4 aplicações da bandagem elástica espaçadas de 5 dias.
2016	Huang et al. ⁽¹⁹⁾	Avaliar os efeitos da bandagem elástica associada a reabilitação em quadro de ombro doloroso.	N=44: grupo intervenção (N=21) e grupo controle (N=23)	Exercícios convencionais e terapia ocupacional por 3 semanas, 5x/semana; bandagem elástica aplicada por 3 dias seguidos e 1 sem bandagem, durante 3 semanas.
2017	Hochsprung et al. ⁽²⁰⁾	Comparar os efeitos da bandagem elástica e da eletroestimulação associada a cinesioterapia com a cinesioterapia isolada.	N= 31: grupo de tratamento bandagem (N=7), grupo tratamento eletroestimulação (N=7) grupo	Exercícios convencionais, durante 25-30 minutos, diariamente, por 4 semanas. Eletroestimulação durante 30 minutos, diariamente, por 4 semanas. Bandagem por 4

			controle (N=7); (32,25% perdidos)	semanas, aplicada por 6 dias e 1 dia de repouso.
2017	Huang et al. ⁽²¹⁾	Identificar os efeitos da bandagem elástica no quadro de ombro doloroso em pacientes com AVE.	N= 21: grupo de tratamento (N=11) e grupo controle (N=10)	Exercícios convencionais e terapia ocupacional, durante 3 semanas, 5x consecutivas por semana; bandagem elástica aplicada 2x por semana durante 3 semanas.
2018	Yang et al. ⁽²²⁾	Explorar os efeitos da bandagem elástica na dor do ombro hemiplégico pós AVE.	N=19 alocados em grupo tratamento e grupo controle	Exercícios convencionais, eletroestimulação e bandagem elástica, durante 4 semanas, 5 vezes por semana, uma vez por dia.
2020	Karabiçak et al. ⁽²³⁾	Comparar os efeitos da bandagem elástica e eletroestimulação no quadro de ombro doloroso.	N= 60: grupo de tratamento bandagem (N=20) , grupo tratamento eletroestimulação (N=10) e grupo controle (N=20)	Exercícios convencionais, durante 45 minutos, 5x/semana, por 4 semanas. Eletroestimulação durante 30 minutos, 5x/semana, por 4 semanas. Bandagem por 4 semanas, trocada a cada 4 dias.

Fonte: Os autores, 2025.

De maneira geral, os estudos selecionados investigaram o impacto da bandagem elástica aplicada nos músculos deltoide, supraespinhal e peitoral maior em pacientes acometidos pelo AVE, avaliando parâmetros como dor, amplitude de movimento (ADM), espasticidade e funcionalidade. No estudo realizado por Pillastrini et al.⁽¹⁸⁾, foi avaliado se a bandagem elástica aplicada nos músculos peitoral maior, deltoide e supraespinhal auxiliava na melhora do quadro de ombro doloroso em indivíduos acometidos pelo AVE, nos quesitos dor, ADM e espasticidade, todos os pacientes passaram por avaliação pré e pós o tratamento. Neste estudo, 32 indivíduos foram selecionados após critérios de inclusão e exclusão, 16 foram alocados para o grupo intervenção (bandagem elástica) e 16 para o grupo controle. Os exercícios convencionais tiveram duração de 45 minutos, 4 vezes por semana durante 4 semanas, após essas 4 semanas foi realizado uma reavaliação, e após mais 4 semanas os quesitos foram reavaliados novamente, dentre os exercícios ofertados, ambos grupos realizaram e contemplavam a mobilização da articulação escapulo torácica e glenoumeral, alongamento de estruturas musculares que apresentavam maior hipertonia como o músculo peitoral maior e bíceps braquial. Para o grupo intervenção houve a aplicação da bandagem elástica 4 vezes durante o estudo e a cada de 5 dias, para o músculo peitoral maior foi realizado a aplicação em forma de W, já para os deltoides e supraespinhal foi realizado em forma de Y, todas seguindo o modo descompressivo (Method Manual of David Blow).

Os resultados deste estudo indicaram que houve estatisticamente redução da dor no grupo intervenção em comparação com o grupo controle (após a 4a e 8a semana), aumento significativo, mas não estatístico da ADM em flexão e abdução de ombro quando comparado o grupo intervenção

com os dados basais (após a 4a e 8a semana), já para a espasticidade não houve aumento significativo entre os grupos. Entretanto o autor levanta alguns pontos neste estudo, como por exemplo, não ter avaliado a funcionalidade, para compreender o nível de independência do membro acometido após a intervenção, o outro ponto levantado é que a ADM foi avaliada com ferramenta não validada (goniômetro manual).

Em seu estudo, Huang et al.⁽¹⁹⁾, avaliaram a eficácia da bandagem elástica com aplicação nos músculos deltoide e supraespinhal nos quesitos qualidade de vida (índice de Barthel), ADM, capacidade em atividades de vida diária (Stroke-Specific Quality of Life Scal), luxação, espasticidade (escala de Ashworth modificada) e Escala de Avaliação de Fugl-Meyer. Deste modo participaram deste estudo 44 indivíduos, onde foram divididos em dois grupos, sendo eles: grupo controle (N=23) e grupo intervenção (N=21). Ambos os grupos receberam cinesioterapia convencional e terapia convencional por 1 hora por dia, 5x/ semana, durante 3 semanas, incluindo exercícios de alongamento, ADM, fortalecimento, equilíbrio, deambulação, postural e transferência. Além dos exercícios convencionais, os dois grupos também realizaram aplicação da bandagem elástica por 3 dias seguidos e 1 dia sem a bandagem, o grupo intervenção contou com a bandagem elástica terapêutico, onde foi aplicada uma tensão durante sua aplicação, já o grupo controle recebeu a bandagem com tensão neutra.

Através deste estudo foi possível observar que houve um aumento significativo para a flexão do ombro, mas não houve para outros planos de movimento quando comparado o grupo experimental e controle, também se obteve que a escala de avaliação de Fugl-Meyer, índice de Barthel e capacidade de atividade de vida diária foram significativamente melhoradas em ambos os grupos, já para luxação e espasticidade não houve resultado significativo entre os dois grupos. Os autores mencionam que no estudo houve uma limitação pelo tamanho da amostra e que não fornece uma representação adequada de pacientes com AVE⁽¹⁹⁾.

Em seu estudo, Hochsprung et al.⁽²⁰⁾ avaliou se a combinação da bandagem elástica ou eletroestimulação com tratamento convencional é uma abordagem viável para quadro de ombro doloroso comparado com o tratamento convencional isolado, considerando diferentes fatores, como dor atual autopercebida (escala visual analógica), nível de desempenho em atividades (índice de Barthel), escala de equilíbrio de Berg e função da extremidade superior (Action Research Arm Test). Portanto, o estudo incluiu 31 participantes, dos quais 10 não puderam ser acompanhados até o final por conta de um novo AVE ou óbito, dessa forma resultou em N=21, grupo bandagem elástica (N=7), grupo estimulação elétrica neuromuscular (N=7) e grupo controle (N=7). A terapia convencional foi ofertada para os três grupos, diariamente, por 25 a 30 minutos, durante 4 semanas. A aplicação da bandagem elástica foi realizada por 4 semanas, retirada a cada 6 dias com 1 dia de

repouso, seu método foi com tensão no músculo deltoide e outra tira foi aplicada de distal para proximal sem tensão, apesar esticando suavemente a pele. Para a eletroestimulação a colocação dos eletrodos ocorreu no músculo deltoide fibras anteriores e posteriores (frequência: 30-50Hz, pulso: 250us, ON/OFF: 5/7 segundos), durante 30 minutos, diariamente por 4 semanas.

Os resultados do estudo realizado por Hochsprung et al.⁽²⁰⁾ indicaram que nenhuma das intervenções utilizadas para tratamento teve melhora significativa nos quesitos avaliados quando comparados os grupos entre si, mas quando comparado as medidas no início do tratamento e ao final intragrupos, houve melhora significativa para o índice de Barthel, equilíbrio de Berg e função da extremidade superior dentro dos três grupos, e houve piora significativa na dor após a semana 4 em todos os grupos. Um dos pontos que os autores levantam sobre o estudo é que sua principal limitação foi o tamanho da amostra utilizada e incluir no estudo indivíduos 24h após AVC, a falta de um grupo controle sem nenhum tipo de intervenção faz com que não seja possível concluir se alguns resultados advêm da melhora espontânea, por fim, o autor conclui que a combinação da bandagem ou eletroestimulação com a terapia convencional não é superior aos cuidados habituais.

Em outro estudo realizado por Huang et al.⁽²¹⁾ onde seu objetivo era avaliar os efeitos da bandagem elástica no quadro de ombro doloroso em indivíduos acometidos pelo AVE utilizando como meio de avaliação a intensidade da dor (escala NRS), índice de dor e incapacidade de ombro (SPADI), ADM passiva sem dor do ombro (goniometria digital), distância subacromial, exame de ultrassom e patologia músculo tendínea avaliada através do exame de ultrassom. Neste estudo houve um número amostral de 21 indivíduos, 11 alocados no grupo intervenção e 10 alocados no grupo controle. Os dois grupos receberam o mesmo tratamento com fisioterapia e terapia ocupacional, a fonoaudiologia foi realizada de acordo com a necessidade do paciente, a bandagem elástica foi aplicada no grupo tratamento seguindo a técnica de origem e inserção e correção do espaço nos músculos bíceps, supraespinhal, deltoide e cobrindo a articulação acromioclavicular, já no grupo controle os padrões da bandagem elástica foram semelhantes porém com a bandagem sem tensão, realizada também em músculos supraespinhal, bíceps e deltoide mas sem aplicação em articulação acromioclavicular. Em ambos os grupos a bandagem elástica permaneceu por 3 dias seguidos, uma pausa de 1 dia para permitir a recuperação da pele e em seguida uma nova bandagem elástica era aplicada, houve um total de 6 aplicações, durante 3 semanas.

Os resultados deste estudo apontaram que nas avaliações de NRS, SPADI, distância subacromial, exame de ultrassom e ADM sem dor, não houve melhora significativa quando comparado o grupo controle com o grupo intervenção, porém dentro do grupo tratamento houve melhora significativa da avaliação de SPADI e NRS e da ADM sem dor em flexão, rotação externa e rotação interna quando comparado os dados colhidos no início do estudo e ao final. Entretanto, os

autores trazem que apesar dos efeitos da bandagem elástica terem sido limitados neste estudo, sua aplicação é feita de forma fácil e pode ser adotada como uma forma alternativa de tratamento para indivíduos com quadro de ombro doloroso pós AVE⁽²¹⁾.

Yang et al.⁽²²⁾ teve como objetivo do seu estudo identificar se a bandagem elástica associada a cinesioterapia e eletroestimulação melhora a intensidade da dor (NPRS), magnitude de subluxação de ombro (distância entre borda inferior do acrômio e tubérculo maior do ombro), ADM de ombro (goniometria) e atividade muscular (eletromiografia de superfície). Sendo assim, deste estudo participaram 19 indivíduos que foram designados para o grupo controle ou grupo tratamento. Os exercícios convencionais, eletroestimulação e bandagem elástica foram ofertados para os dois grupos, durante 4 semanas, 5 vezes por semana e uma vez ao dia. Já a aplicação da bandagem foi realizada nos músculos deltoide, supraespinhal e redondo menor, o grupo controle recebeu sem tensão nenhuma e o grupo tratamento recebeu a com a técnica de facilitação neuromuscular.

Os autores do estudo supracitados realizaram três medidas de resultados, uma antes do início do tratamento, outra imediatamente após a colocação da primeira bandagem do estudo e a terceira após 4 semanas. Os resultados encontrados são de que o grupo tratamento apresentou melhora significativa, nos quesitos intensidade da dor, magnitude de subluxação e atividade muscular logo após a primeira colocação de bandagem em comparação com a medida antes do início do tratamento. Após 4 semanas, foi observado que houve melhora significativa nos quesitos intensidade da dor, magnitude da subluxação, atividade muscular e ADM de ombro em flexão e abdução quando comparado o grupo tratamento com o grupo controle. Diante dos resultados alcançados, os autores indicam que a bandagem elástica é um método eficaz para a recuperação da função motora do quadro de ombro doloroso hemiplégico quando associada a um tratamento convencional, os autores trazem também que por ser uma amostra pequena a capacidade de generalizar os achados é ilimitada⁽²²⁾.

Karabiçak et al.⁽²³⁾ compararam os efeitos da bandagem elástica e da estimulação elétrica neuromuscular em diferentes aspectos, incluindo a intensidade da dor (EVA) e avaliação funcional do ombro e atividade motora através dos questionários Fugl-Meyer Sensoriomotor Assessment Scale (FMSAS) e Motor Activity Log-28 (MAL). Para isso, 60 indivíduos foram selecionados e designados entre grupo controle (N=20), grupo bandagem elástica (N=20) e grupo eletroestimulação (N=20). Dentro deste estudo todos os grupos receberam programa de fisioterapia e reabilitação padrão como mobilização escapular, alongamento, treino de marcha e sustentação de peso, durante 45 minutos, 5x/semana, por um período de 4 semanas. O grupo bandagem recebeu a aplicação nos músculos supraespinhal e deltoide (ambos foram feitos com cortes de bandagem em Y) utilizando técnicas facilitadoras, durante 4 semanas, com troca de bandagem realizada a cada 4

dias. Enquanto o grupo eletroestimulação recebeu aplicação em músculos supraespinhal e deltoide com frequência de (30-50Hz), ciclo ON/OFF de 10 segundos/50 segundos e rampa definida em 5 segundos, durante 30 minutos, 5x/semana, por 4 semanas.

Os autores encontraram que para FMSAS quando comparado as medições do início do estudo e ao final houve melhora significativa dentro dos grupos, mas quando é realizada a comparação entre os grupos, há melhora significativa apenas a favor da bandagem elástica. Já para funcionalidade e atividade motora foi encontrado melhora significativa entre resultados pré-tratamento e pós-tratamento dentro dos grupos, mas quando comparados entre si não há diferença significativa. Quanto ao quesito intensidade da dor, dentro dos grupos bandagem elástica e grupo eletroestimulação há melhora significativa antes e após o tratamento, mas quando comparado os três grupos, não há diferença significativa. Os autores mencionam que a bandagem elástica pode ser adotada como um complemento para a reabilitação de pacientes acometidos pelo AVE com quadro de ombro doloroso⁽²³⁾.

Diante destes achados, observa-se que a bandagem elástica aplicada como complemento à cinesioterapia promove efeitos benéficos na redução da dor, melhora da ADM, aumento da atividade muscular e melhor desempenho funcional do ombro hemiplégico. Embora alguns estudos apresentem limitações como tamanho reduzido da amostra, ausência de grupo controle ou variabilidade metodológica, os resultados sugerem que a bandagem elástica pode ser considerada uma ferramenta coadjuvante eficaz, segura e de fácil aplicação, contribuindo para a reabilitação funcional de pacientes pós-AVE^(20,22-23).

CONCLUSÃO

A bandagem elástica evidenciou benefícios quando utilizada como recurso complementar à cinesioterapia no manejo do ombro doloroso em pacientes pós-AVE, favorecendo a redução da dor, a melhora da amplitude de movimento, da atividade muscular, da magnitude da subluxação e do desempenho motor avaliado pela escala de Fugl-Meyer. Dessa forma, configura-se como uma estratégia promissora de apoio à reabilitação, mas não substitutiva às abordagens convencionais. Contudo, as diferenças metodológicas entre os estudos, incluindo técnicas de aplicação, critérios de seleção dos participantes, estágios distintos de recuperação pós-AVE e amostras reduzidas, limitam a generalização dos resultados. Recomenda-se a realização de pesquisas futuras com protocolos padronizados e amostras mais robustas para confirmar e ampliar esses achados.

REFERÊNCIAS

1. Margarido AJL, Gomes AFSR, Araújo GLS, Pinheiro MC, Barreto LB. Epidemiologia do acidente vascular encefálico no Brasil. *Rev Eletr Acervo Científ.* 2021;39:1-8.
2. Carvalho VP, Ribeiro HLS, Rocha BVE, Barcelos KA, Andrade FV, Vasconcelos GR, Justi J, Júnior JP. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev Saúde Desenvolv.* 2020;13(15).
3. Almeida LG, Vianna JBM. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral em um hospital de ensino. *Rev Ciênc Saúde.* 2018;8(1):12-17.
4. Pereira TMA, Silva JM, Teixeira S, Orsini M, Bastos VHV. Avaliação do perfil dos fatores de risco para acidente vascular cerebral: estudo observacional. *Rev Pesq Fisioter.* 2019;9(1):37-44.
5. Aguiar ÉS, Spinola VA, Farias MTD, Souza SS, Leite FCS, Junior GMS, Almeida IFB, Ferreira MMM, Abreu PTC. Fatores que aumentam a incidência de mortalidade por acidente vascular encefálico. *Res Soc Dev.* 2022;11(1):1-11.
6. Regini AGAO, dos Santos JP, Antunes MD, dos Santos MCM, Palácio SG. Efeito da Terapia do Espelho na Funcionalidade do Membro Superior de Pacientes Pós-Acidente Vascular Encefálico com Hemiparesia. *Arch Health Investig.* 2022;11(2):368-372.
7. Smeltzer SC, Bare BG, Brunner S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
8. Ferreira Junior LM. Neurologia para generalistas: o básico que todo médico deve saber. Barueri: Manole; 2022.
9. Horn AI, Fontes SV, de Carvalho SM, Silvado RA, Barbosa PM, Durigan AJR, Atallah NA, Fukujima MM, do Prado GF. Cinesioterapia previne ombro doloroso em pacientes hemiplégicos/paréticos na fase sub-aguda do acidente vascular encefálico. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3):768-71.
10. Tao W, Fu Y, Hai-Xin S, Yan D, Jian-Hua L. The application of sonography in shoulder pain evaluation and injection treatment after stroke: a systematic review. *J Phys Ther Sci.* 2015;27(9):3007-10.
11. Francisco SEC. Modelos de intervenção em fisioterapia nos pacientes com espasticidade pós AVC: revisão da literatura [Dissertação de Mestrado]. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; 2016. 72 p. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt>. Acesso em: 15 maio 2022.
12. Lima SM, Maldonade I. Avaliação da linguagem de pacientes no leito hospitalar depois do acidente vascular cerebral. *Rev Distúrb Com.* 2016;28(4):673-85.

13. Siqueira S, Schneiders PB, Silva ALG. Intervenções fisioterapêuticas e sua efetividade na reabilitação do paciente acometido por acidente vascular cerebral. *Fisioter Bras*. 2019;20(4):560-64.
14. Kim WI, Choi YK, Lee JH, Park YH. The effect of muscle facilitation using Kinesio taping on walking and balance of stroke patients. *J Phys Ther Sci*. 2014;26(11):1831-34.
15. Choi YK, Park YH, Lee JH. Effects of Kinesio taping and McConnell taping on balance and walking speed of hemiplegia patients. *J Phys Ther Sci*. 2016;28(4):1166-9.
16. Barradas LPF, Matos LKBL, Silva LFBP. Bandagem elástica terapêutica na dor e no equilíbrio de indivíduos com alteração postural. *ConScientiae Saúde*. 2015;14(3):425-33.
17. Ramirez O, Cruz SP. Efficacy of the application of kinesio tape in patients with stroke. *Rev Neurologia*. 2017;64(4):175-9.
18. Pillastrini P, Rocchi G, Deserri D, Foschi P, Mardegan M, Naldi MT, Villafañe JH, Bertozzi L. Effectiveness of neuromuscular taping on painful hemiplegic shoulder: a randomised clinical trial. *Disabil Rehabil*. 2016;38(16):1603-9.
19. Huang YC, Leong CP, Wang L, Wang LY, Yang YC, Chuang CY, Hsin YJ. Effect of kinesiology taping on hemiplegic shoulder pain and functional outcomes in subacute stroke patients: a randomized controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2016;52(6):774-81.
20. Hochsprung A, Domínguez-Matito A, López-Hervás A, Herrera-Monge P, Moron-Martin S, Ariza-Martínez C, Heredia-Rizo AM. Short- and medium-term effect of kinesio taping or electrical stimulation in hemiplegic shoulder pain prevention: a randomized controlled pilot trial. *NeuroRehabilitation*. 2017;41(4):801-10.
21. Huang YC, Chang KH, Liou TH, Cheng CW, Lin LF, Huang SW. Effects of Kinesio taping for stroke patients with hemiplegic shoulder pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *J Rehabil Med*. 2017;49:208-15.
22. Yang L, Yang J, He C. The effect of kinesiology taping on the hemiplegic shoulder pain: a randomized controlled trial. *J Healthc Eng*. 2018;2018:1-7.
23. Karabiçak GÖ, Talu B. A comparison of taping and neuromuscular electric stimulation outcomes in hemiplegic shoulder: a randomized controlled trial. *J Exerc Ther Rehabil*. 2020;7(2):99-108.