

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNA JATAÍ
CURSO DE FISIOTERAPIA

GERALDO ROBERTO DIAS FILHO
WANDER CARLOS GONÇALVES DOS SANTOS

**USO DA *KINESIOTAPING* EM PACIENTE COM EPICONDILITE LATERAL NO
CONTROLE DA DOR E FUNÇÃO – REVISÃO SISTEMÁTICA**

Jataí - Goiás
2023

GERALDO ROBERTO DIAS FILHO
WANDER CARLOS GONÇALVES DOS SANTOS

**USO DA *KINESIOTAPING* EM PACIENTE COM EPICONDILITE LATERAL NO
CONTROLE DA DOR E FUNÇÃO – REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à UNA, como requisito parcial
para a obtenção do título de bacharel em
Fisioterapia.

Orientadora: Ms. Evellin Pereira Dourado.

Jataí – Goiás

2023

RESUMO

Referencial teórico: Apesar do tratamento conservador ainda ser considerado o melhor procedimento para tratar a epicondilite lateral do cotovelo, não há muitas evidências científicas de que o tratamento fisioterapêutico possa alterar o desenvolvimento natural da doença e que seja efetivo no tratamento dessa patologia. Dessa forma, dentre as diversas abordagens terapêuticas utilizadas nesses casos, observa-se o uso da *kinesiotaping* para redução da dor e melhora da função do cotovelo nessa população. **Objetivo:** Avaliar o efeito do uso da *kinesiotaping* em pacientes com epicondilite lateral para o controle da dor e função. **Fontes de dados:** O presente trabalho foi realizado por meio de busca nas bases de dados eletrônicas PubMed, Scielo, EMBASE, CENTRAL, CINAHL, PEDro e LILACS. Utilizou-se para a busca descritores referentes a epicondilite lateral, *kinesiotaping* e função (PRTEE). Os operadores booleanos usados foram “OR” e “AND”. **Critérios de elegibilidade:** Foram incluídos ensaios clínicos randomizados com pacientes diagnosticados com epicondilite lateral, cuja intervenção incluiu o uso da *kinesiotaping* e tiveram como desfecho a dor e função por meio do questionário PRTEE; artigos disponíveis nas bases eletrônicas e artigos publicados em qualquer idioma até junho de 2023. **Avaliação do estudo e síntese dos métodos:** O presente trabalho buscou avaliar a qualidade metodológica dos artigos por meio da Escala PEDro. **Resultados:** Os resultados de três ensaios clínicos envolvendo 118 pacientes com epicondilite lateral não evidenciou diferença entre a intervenção com *kinesiotaping* comparada com a intervenção convencional na melhora da função e redução da dor de acordo com o PRTEE. **Limitações:** As limitações da presente investigação estão relacionadas à escassez de ensaios clínicos randomizados que avaliem a dor e capacidade funcional por meio do PRTEE. **Conclusões:** Conclui-se, que não é possível afirmar os efeitos positivos da *kinesiotaping* no tratamento da epicondilite lateral. **Palavras-chave:** Cotovelo de tenista; *Kinesiotaping*; PRTEE.

ABSTRACT

Theoretical framework: Although conservative treatment is still considered the best procedure to treat lateral epicondylitis of the elbow, there is not much scientific evidence that physiotherapeutic treatment can alter the natural development of the disease and that it is effective in the treatment of this pathology. Thus, among the different therapeutic approaches used in these cases, the use of kinesiotaping is observed to reduce pain and improve elbow function in this population. **Objective:** To evaluate the effect of using kinesiotaping in patients with lateral epicondylitis to control pain and function. **Data sources:** The present work was carried out by searching the electronic databases PubMed, Scielo, EMBASE, CENTRAL, CINAHL, PEDro and LILACS. Descriptors referring to lateral epicondylitis, kinesiotaping and function (PRTEE) were used for the search. The Boolean operators used were “OR” and “AND”. **Eligibility criteria:** Randomized clinical trials were included with patients diagnosed with lateral epicondylitis, whose intervention included the use of kinesiotaping and had pain and function as outcome through the PRTEE questionnaire; articles available in electronic databases and articles published in any language up to June 2023. **Study evaluation and synthesis of methods:** The present study sought to evaluate the methodological quality of the articles using the PEDro Scale. **Results:** The results of three clinical trials involving 118 patients with lateral epicondylitis showed no difference between the intervention with kinesiotaping compared with the conventional intervention in terms of function improvement and pain reduction according to the PRTEE. **Limitations:** The limitations of this investigation are related to the scarcity of randomized clinical trials that assess pain and functional capacity through PRTEE. **Conclusions:** It is concluded that it is not possible to affirm the positive effects of kinesiotaping in the treatment of lateral epicondylitis. **Keywords:** Tennis elbow; Kinesiotaping; PRTEE

1. INTRODUÇÃO

A Epicondilite Lateral, também conhecida como “cotovelo de tenista” é uma das causas mais comuns de dor e disfunção do cotovelo¹. Trata-se de uma afecção ortopédica que acomete o tendão dos músculos extensores do punho. É uma doença muito frequente, e ocorre ao apresentar um quadro de degeneração tendínea com dor localizada na região lateral do cotovelo², mais precisamente na região do epicôndilo lateral³, a qual pode irradiar para a musculatura extensora¹. Além do quadro álgico na região, os pacientes com epicondilite geralmente apresentam dor e fraqueza durante o movimento de preensão palmar, limitação nas atividades de vida diárias, o que compromete a qualidade de vida⁴.

Em relação a etiologia da epicondilite lateral, a literatura retrata que não há uma causa definida. Entretanto, nota-se que a epicondilite lateral está comumente associada com traumas de extensão do punho ou preensão palmar excessiva, desvio radial e/ou supinação do antebraço¹. Tal afecção acomete cerca de 1% a 3% da população e ocorre principalmente em pessoas que realizam extensão do punho durante as atividades ou movimentos de preensão palmar de forma repetitiva. Dessa forma, o risco de epicondilite lateral é maior nos indivíduos que desempenham trabalhos manuais pesados e em trabalhadores que executam movimentos repetitivos ou habilidades motoras finas. Por esse motivo, essa patologia é um problema de saúde pública devido à alta frequência nos trabalhadores manuais⁵. Além disso, essa disfunção musculoesquelética se apresenta em ambos os sexos, desenvolvendo entre a idade de 30 a 50 anos e prevalecendo também entre os jogadores de tênis, pois estes executam o movimento de extensão do punho repetitivamente^{1 3}.

De todos os casos de epicondilite lateral que são diagnosticados, cerca de 64% estão associados ao uso exagerado e aumento da ativação do punho de maneira inadequada. Embora não haja uma veracidade da patogênese da epicondilite lateral, a literatura tem evidenciado que a sobrecarga gerada pelos movimentos repetitivos dessa articulação principia um processo inflamatório nos tecidos moles, em decorrência das lesões do tendão do músculo extensor comum, que se origina no epicôndilo lateral do cotovelo⁶. Essa resposta inflamatória pode gerar a deterioração dos tecidos, desencadeando alterações degenerativas e histopatológicas no tendão,

notando-se um aumento da concentração de fibroblastos, hiperplasia vascular e desorganização das fibras de colágeno, que podem ser vistas como sendo uma tendinopatia de cotovelo⁴.

Dessa forma, em decorrência das disfunções musculoesqueléticas geradas pelo quadro de epicondilite lateral, a literatura tem recomendado nos últimos anos, uma variedade de opções de tratamento para esses pacientes, porém não há consenso sobre as modalidades terapêuticas ideais^{1 6}. Com isso, os objetivos gerais dos tratamentos têm se baseado no controle da dor, na preservação dos movimentos do membro afetado, na melhora da força e resistência da preensão palmar, na restauração da função do membro e na prevenção de possíveis complicações¹.

Assim, o tratamento conservador é a principal indicação para a maioria dos pacientes com epicondilite¹. Estudo aponta que há várias abordagens de tratamento na prática clínica, incluindo uma intervenção única ou mista. Dentre os cuidados prestados observa-se o uso do ultrassom terapêutico, alongamentos⁷, os exercícios de fortalecimento^{1 7}, técnicas de mobilização articular, tratamentos farmacológicos⁴ (anti-inflamatórios não esteroidais), adequação das atividades, acupuntura, órteses, terapia extracorpórea por ondas de choque, dentre outros¹.

Além dessas abordagens terapêuticas, pesquisadores relatam que o tratamento da epicondilite lateral geralmente envolve uma combinação de terapia física, medicamentosa, exercícios e técnicas de reabilitação, incluindo a aplicação da *Kinesiotaping* (KT)⁴. Assim, a KT tem sido amplamente utilizada nos últimos tempos como forma de tratamento da epicondilite lateral. A KT foi desenvolvida por Kenzo Kase, no ano de 1973, no Japão, que era um praticante licenciado em quiropraxia e acupuntura. A KT trata-se de um método de tratamento não invasivo, cuja função é ajudar a estabilizar uma área lesada do corpo, o que permite a recuperação sem reduzir completamente a amplitude de movimento, além de restaurar a função normal dos músculos e articulações³. As KT são feitas de um tecido poroso de fibras 100% algodão envolvidas em fios de polímero elástico, não contendo látex em sua composição. O adesivo acrílico é aplicado num padrão ondulado semelhante a uma impressão digital, que levanta a pele e permite a saída da umidade^{8 9}.

Um estudo que buscou avaliar a capacidade da KT na redução de dor em pacientes com epicondilite lateral, por meio de um ensaio clínico randomizado, observou que quando se aplica a KT de maneira correta, os pacientes relatam uma

melhora significativa da dor. Sendo assim, a KT pode desempenhar um papel importante no tratamento e alívio dos sintomas, como redução do quadro álgico, suporte muscular, melhora da circulação e estímulo proprioceptivo. A KT exerce uma pressão suave na área, o que pode ajudar a reduzir a sensibilidade e a dor. Do mesmo modo, pode proporcionar suporte aos músculos do antebraço, reduzindo a tensão e o estresse nos tendões afetados. Isso pode ajudar a diminuir a sobrecarga nos músculos e tendões, permitindo uma melhor recuperação do indivíduo⁶.

Os mecanismos de ação propostos para a KT incluem a estimulação neuromuscular dos receptores intrínsecos, a redução da fadiga muscular e a inibição da dor^{10 11}. A KT pode ser usada confortavelmente durante três a quatro dias consecutivos sem perda de aderência, além de não ser necessário a sua retirada durante o banho. Outra função da KT é auxiliar o apoio das articulações e dos músculos sem restringir a amplitude de movimentos, beneficiando também o sistema linfático^{8 9}.

Ainda em relação aos benefícios dessa terapia, a aplicação adequada da KT pode ajudar a melhorar a circulação sanguínea na área afetada. Isso pode auxiliar na cicatrização dos tecidos e acelerar o processo de recuperação, o que pode significar o aumento da consciência corporal e a propriocepção. Essas habilidades são úteis durante a reabilitação desses pacientes, ajudando a melhorar a coordenação e a estabilidade do cotovelo. Além disso, a KT pode ser aplicada de forma a facilitar ou limitar certos movimentos, dependendo das necessidades específicas do indivíduo. Isso pode ajudar a proteger os músculos e tendões lesionados durante a atividade física, ao mesmo tempo em que permite uma faixa de movimento adequada⁶.

Deve-se pontuar de forma geral, que apesar dos inúmeros benefícios da KT no tratamento da epicondilite lateral, há um estudo demonstrando que a aplicação da fita KT não garante resultados positivos a depender do caso⁴. Atualmente, tem sido amplamente discutido a eficácia da utilização da KT no tratamento de pacientes com epicondilite lateral, em decorrência das controvérsias observadas nos estudos⁶.

Além disso, para melhor avaliar os resultados das abordagens terapêuticas aplicadas nos pacientes com epicondilite lateral, MacDemid desenvolveu a escala *Patient-rated Tennis Elbow Evaluation* – PRTEE, em 1999. No ano de 2005, a escala foi modificada por um grupo de autores, os quais chegaram no modelo que existe atualmente. A escala PRTEE é constituída por 15 itens, que se subdividem em duas

partes, sendo que a primeira tem cinco itens que buscam avaliar a dor de 0 a 10, dependendo da intensidade da dor. Na segunda parte tem-se dez itens que buscam avaliar a função do cotovelo levando em conta as atividades do cotidiano, sendo que 0 se trata da capacidade total e 10 da incapacidade total em realizar a atividade que está sendo avaliada. Já a função tem o resultado final dividido também por dois, somando-se os valores das duas partes chega-se a um resultado máximo de 100 pontos. Assim, 0 significa nenhum grau de acometimento e 100 retrata o máximo de acometimento do membro pela epicondilite lateral². Assim, a literatura apresenta vários estudos nas bases científicas que avaliaram o PRTEE em pacientes com epicondilite lateral após abordagem com a KT^{4 6 12}, porém não foram encontrados artigos de revisão sistemática que fizessem uma análise crítica dos resultados.

Desse modo, há uma lacuna na investigação desse tema, haja vista não haver estudos de revisões sistemática que analisem, por meio do questionário PRTEE, os efeitos da bandagem elástica na dor e função de pacientes com epicondilite lateral. Assim, o presente estudo buscou resumir e avaliar criticamente as evidências relacionadas à função do cotovelo após o uso da KT em pacientes com epicondilite lateral.

2. METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo

A presente pesquisa trata-se de uma revisão sistemática de literatura, que foi registrada no PROSPERO (nº CRD42023428735). A elaboração da revisão seguiu o modelo proposto por *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – PRISMA¹³ (Apêndice 1). Dessa forma, para o desenvolvimento deste estudo utilizou-se a pergunta PICO, em que P significa População ou Condição de saúde; I é a Intervenção; C é a Intervenção Comparadora ou Controle e o O é o *Outcome* (Desfecho). A descrição da pergunta PICO está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Estratégia de PICO aplicada no estudo.

P – Paciente	Pacientes com Epicondilite Lateral
I – Intervenção/tratamento	Uso da <i>Kinesiotaping</i>
C – Intervenção Comparadora/ Controle/ Intervenção alternativa	Controle (Exercício ou bandagem placebo)
O – Desfecho	Dor e função, usando o PRTEE

Fonte: Dados do autor.

2.2 Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão do estudo foram: ensaios clínicos randomizados, cuja amostra era composta por pacientes com Epicondilite Lateral (com idade igual ou superior a 18 anos de idade); estudos cuja intervenção incluiu o uso de KT e tiveram como desfecho a função do cotovelo por meio do questionário PRTEE; estudos que tiveram como intervenção comparadora o exercício ou a bandagem placebo; artigos disponíveis nas bases científicas eletrônicas e artigos publicados em qualquer idioma até junho de 2023.

Os critérios de exclusão adotados neste estudo foram: artigos que utilizaram a bandagem elástica em indivíduos com outras condições ortopédicas, como a epicondilite medial, tendinopatia do manguito rotador, luxação de ombro e outras disfunções musculoesqueléticas; artigos que avaliaram indivíduos com epicondilite lateral, mas que não aplicaram a bandagem elástica, como forma de intervenção; estudos que tinham como intervenção comparadora a eletrotermofototerapia (compressas quentes, ultrassom, estimulação elétrica transcutânea, terapia por ondas de choque, laserterapia e outros), técnicas de terapia manual (massoterapia, *Mulligan* e outras) e outras terapias ou dispositivos (agulhamento a seco, acupuntura, órtese, cotovelleira, medicamentos e outros); estudos de revisão, teses, monografias, dissertações, estudos de casos, estudos retrospectivos, estudos prospectivos, *guidelines*, estudos observacionais, estudos qualitativos, editoriais, opiniões de especialistas, estudos que não estavam disponíveis na íntegra e duplicatas.

2.3 Estratégias de busca

A pesquisa foi realizada nas plataformas *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), EMBASE, *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL), *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro), CINAHL e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As estratégias de busca incluíram os descritores referentes a epicondilite lateral (*Tennis Elbow, Epicondylitis, Elbow, Elbow Tendinopathy, Elbow Lateral Epicondylitis*), bandagem elástica (*Kinesio taping, Taping, Kinesio tap, Kinesiology tap, Elastic tap, Elastic bandage, Bandage, Athletic Tape, Kinesio tape, Kinesiotaping, Tape, Orthotic Tape, Kinesio tape, Kinesiology tape, Elastic tape, Kinesiotape*), função e PRTEE (*Functional, Patient-rated Tennis Elbow Evaluation, PRTEE, Function, Functionality*). Os operadores booleanos utilizados foram “OR” e “AND”. Todas as estratégias de busca foram desenvolvidas nos meses de abril a junho de 2023. As estratégias de busca utilizadas nos bancos de dados estão descritas no Apêndice 2.

2.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DOS DADOS

Para seleção e extração dos dados teve-se dois revisores que trabalharam de forma independente. Primeiramente houve a Fase de Identificação, em que os revisores buscaram identificar os estudos nas bases de dados e em seguida, exportaram para uma planilha eletrônica, excluindo os artigos duplicados. A seguir, houve a Fase de Triagem, em que os revisores buscaram avaliar, independente, os títulos e os resumos dos estudos encontrados, excluindo os estudos que não estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Em seguida, ocorreu a Fase de Elegibilidade, em que os revisores buscaram examinar os estudos pré-selecionados na sua totalidade e excluíram os artigos que não atendiam aos critérios de elegibilidade. Em caso de discordância entre os dois revisores no processo de seleção de artigos foi requisitado um terceiro revisor para a obtenção de um consenso.

Por fim, houve a Fase de Inclusão, sendo que está se deu por meio da extração dos dados de forma padronizada como: dados de estudos (autores, nome do periódico, ano de publicação, país e local do estudo), características metodológicas

(objetivo do estudo, tamanho da amostra, estratificação dos grupos, formas de intervenções) e resultados referentes ao escore do questionário PRTEE, das escalas de dor e outros.

2.5 RISCO DE VIÉS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

O presente trabalho buscou avaliar a qualidade metodológica dos artigos por meio da Escala PEDro. A Escala de PEDro tem como objetivo auxiliar os pesquisadores a avaliar os ensaios clínicos randomizados, assim como a descrição estatísticas dos estudos¹⁴. A pontuação na Escala de PEDro varia de 0 até o total de 10 pontos, em que são incluídos critérios de avaliação de validade interna e apresentação de análise estatística empregadas¹⁵. Na escala os itens presentes são pontuados com um ponto e os itens ausentes com zero ponto. Os critérios avaliados na escala PEDro são: Randomização dos participantes; Sigilo na alocação; Similaridade na linha de base; Cegamentos dos Sujeitos; Cegamento dos Terapeutas; Cegamento dos Avaliadores; Acompanhamento adequado; Análise de intenção de tratar; Comparações estatística entre grupos e Medidas de precisão e variabilidade¹⁶.

Após a aplicação da Escala PEDro, os artigos foram classificados em nível de evidência, considerando artigos de baixa qualidade os pontuados com escores entre 0 e 3; artigos de qualidade intermediária os pontuados entre 4 e 5; os estudos de boa qualidade pontuados entre 6 e 8 e os de excelente qualidade metodológica os artigos pontuados entre 9 e 10¹⁷.

3. RESULTADOS

Foram encontrados um total de 3.142 artigos nas referidas bases de dados. Inicialmente foi realizada a triagem inicial, na qual foram excluídos 1.436 artigos duplicados. Os 1.706 artigos restantes foram submetidos a análise dos títulos e resumos, e por não se adequarem aos critérios de elegibilidade, excluiu-se 1.657 artigos. Em seguida, foi realizada a leitura completa dos 49 estudos, no qual foram excluídos 46 artigos, sendo que 12 estavam sem os dados dos escores do questionário PRTEE, 11 não foram encontrados na íntegra, 10 tratavam-se das descrições dos protocolos dos estudos, 10 que utilizaram outras terapias

comparadoras, 2 tratava-se de outros tipos de estudos e 1 estava fora do tema¹⁸. Por fim, restaram três artigos elegíveis à revisão, conforme fluxograma (Figura 1).

Os estudos incluídos foram publicados entre 2016 e 2020. O local de origem dos estudos é variável, sendo que um é proveniente da Austrália¹² e dois da Turquia⁴⁶. Os estudos foram redigidos no idioma inglês. De acordo com a avaliação da qualidade metodológica por meio da escala PEDro, a pontuação entre os artigos variou entre 5 e 7 pontos e os níveis de evidências estão apresentados na Tabela 2. A apresentação das pontuações detalhadas dos artigos por meio da avaliação pela Escala PEDro é demonstrada no Apêndice 3.

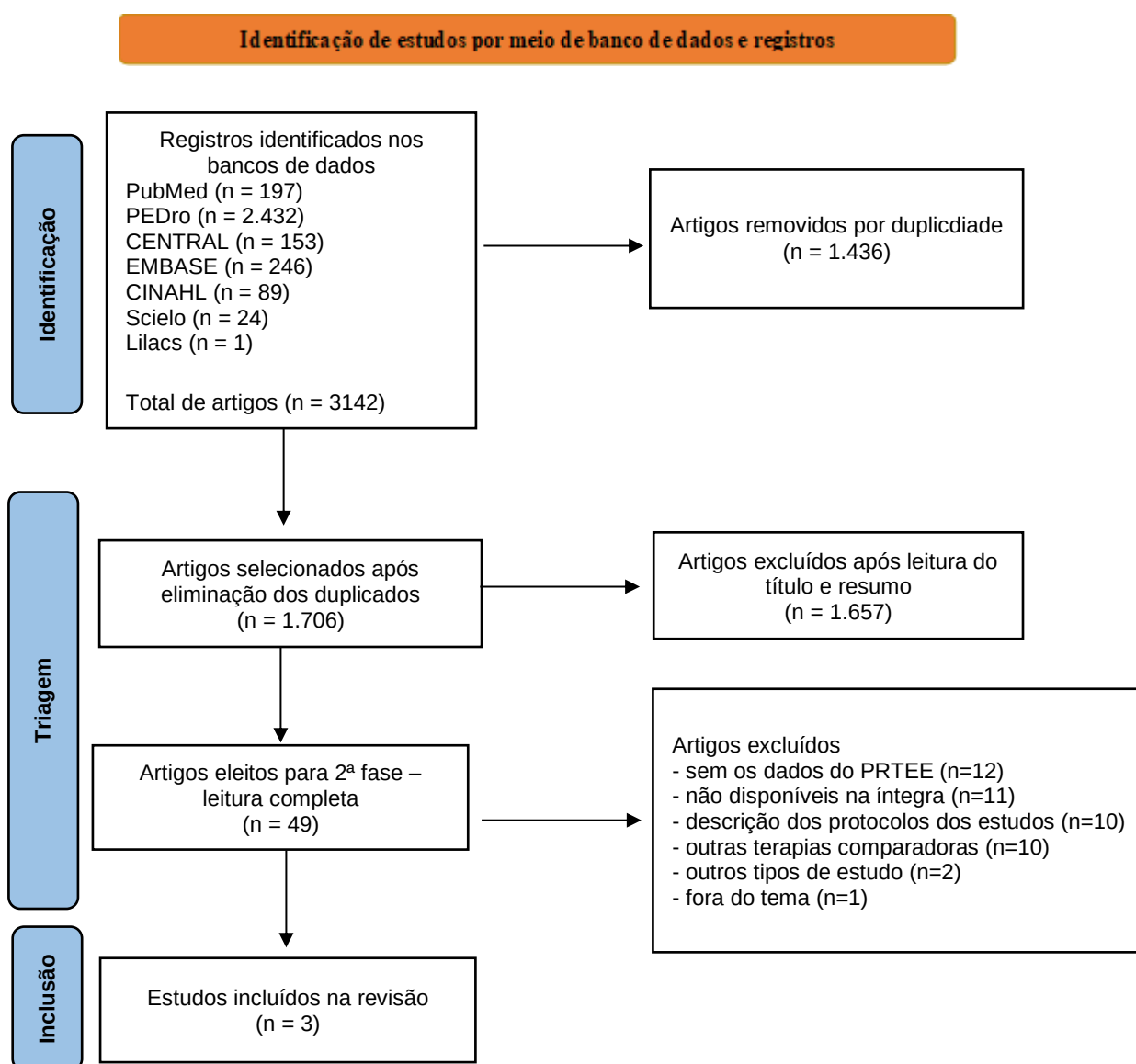


Figura 1 - Fluxograma de elegibilidade dos estudos, segundo critérios Prisma
Fonte: Dados do autor.

Tabela 2 – Caracterização dos dados referenciais dos estudos

Autores	Local de origem	Idioma	Escala PEDro	Nível de evidência
Wegener <i>et al.</i>	Austrália	Inglês	7/10	Boa qualidade
Giray <i>et al.</i>	Turquia	Inglês	7/10	Boa qualidade
Tezel <i>et al.</i>	Turquia	Inglês	5/10	Intermediária qualidade

Fonte: Dados do autor.

No total dos estudos, avaliaram-se 118 indivíduos com o diagnóstico clínico de epicondilite lateral, cuja idade variou de 27 a 67 anos. Destes 72,8% eram do sexo feminino e 27,1% eram do sexo masculino. Os estudos utilizaram os seguintes critérios de inclusão: pacientes diagnosticados com epicondilite lateral; pacientes com idade entre 18 a 80 anos; pacientes com quadro álgico na região do cotovelo e sensibilidade positiva para os testes provocativos de dor (testes especiais). Enquanto que os critérios de exclusão utilizados nos estudos foram: pacientes com alergia de pele ou ao material da KT e pacientes com algumas comorbidades (fraturas, doenças inflamatórias, síndromes dolorosas, neuropatias, Diabetes mellitus, radiculopatias, histórico de cirúrgicos do cotovelo).

As pesquisas incluídas na revisão sistemática analisaram vários desfechos por meio de diferentes instrumentos de avaliação, dentre eles, a avaliação da dor e função por meio do PRTEE. Em relação a alocação dos grupos, dois estudos alocaram os pacientes em três grupos, sendo o primeiro grupo KT e exercício (GKT + exercício), o segundo grupo KT placebo e exercício (GKT placebo + exercício) e o terceiro grupo exercício e grupo controle (GC)^{4 12}. O outro estudo, estratificou os pacientes para um grupo que utilizaria a bandagem elástica (GKT) e um grupo que usaria uma fita simulada (GKT placebo)⁶.

Em relação aos protocolos de intervenção experimental, os estudos definiram uma frequência de 3 a 4 sessões por semana, num período de 12 semanas. No desfecho dor e função por meio do questionário PRTEE, no estudo de Wegener *et al.* os pacientes foram alocados em três grupos (GC, GKT + exercício e GKT placebo + exercício), observando melhora nos escores do PRTEE, porém não houve diferença significativa entre os grupos¹².

No estudo de Tezel *et al.*, os pacientes foram randomizados em GKT e GKT placebo, apresentando melhora significativa no escore do PRTEE em ambos os grupos, porém não houve diferença estatística entre os grupos⁶.

O outro estudo incluído na revisão, que também realizou a alocação semelhante ao estudo de Wegener *et al.* (GC, GKT + exercício e GKT placebo + exercício), observou em relação aos valores do PRTEE, que houve redução estatisticamente significativa no GKT + exercício, quando comparado com o GKT placebo + exercício e GC⁴.

A tabela 3 apresenta as características dos estudos analisados, de seus métodos e desfechos.

Tabela 3. Características metodológicas e principais resultados dos estudos incluídos

Autor, Ano (País)	Amostra	Protocolo Intervenção	Desfechos	Conclusão
Wegener et al., 2016	40 pacientes com epicondilite lateral Gênero: Masculino (n = 12) e Feminino (n = 28) GC: (n = 13) GKT + exercício: (n = 14) GKT placebo + exercício: (n = 13)	Os 3 grupos receberam o mesmo programa de exercícios (alongamentos e exercícios excêntricos). Foram 12 semanas de intervenção (4 sessões semanais e 4 sessões quinzenais). GC: receberam o programa de exercícios estruturados e orientações sobre a modificação da atividade. GKT + exercício: realização dos exercícios do programa estruturado e aplicação da KT. A 1ª tira de fita foi aplicada com 25% de tensão. A 2ª e 3ª tiras de fita são aplicadas como uma 'correção de espaço' ao redor do epicôndilo lateral (com o cotovelo levemente flexionado, tiras em 'I' são usadas com 25-50% de tensão com a extremidade da tira afunilada sem tensão). GKT placebo + exercício: realização dos exercícios do programa estruturado e aplicação da KT sem tensão.	Houve melhorias nos 3 grupos, em relação aos valores do PRTEE, força de preensão palmar sem dor, SF-36 e Autoavaliação Ocupacional. No entanto, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma dessas medidas. PRTEE (3 meses): [GC: 24.20 (19.19), GKT + exercício: 37.81 (22.96) e GKT placebo + exercício: 28.21 (16.96) e p = 0,21]. PRTEE (6 meses): [GC: 17.28 (15.79), GKT + exercício: 12.26 (13.87) e GKT placebo + exercício: 22.33 (24.82) e p = 0,38].	Embora todos os grupos melhoraram os principais desfechos, acredita-se que apenas o exercício e/ou a recuperação natural tenham sido responsáveis pelas melhorias. É importante observar que o uso da bandagem elástica foi bem tolerado pelos participantes e não foi associado a nenhum efeito colateral significativo ou exacerbação de sintomas.

Grupo Controle (GC); Grupo *Kinesiotaping* (GKT); Número da amostra (n); *Kinesiotaping* (KT) Patient-rated Tennis Elbow Evaluation (PRTEE); valor de p (p).

Fonte: Dados colhidos pelos autores (2023).

Tabela 3. Características metodológicas e principais resultados dos estudos incluídos (Continuação)

Autor, Ano (País)	Amostra	Protocolo Intervenção	Desfechos	Conclusão
Giray et al., 2019	30 pacientes com epicondilite lateral Gênero: Masculino (n = 4) e Feminino (n = 26) GC: (n = 10) GKT + exercício: (n = 10) GKT placebo + exercício: (n = 10)	Os 3 grupos receberam o mesmo programa de exercícios (exercícios excêntricos e alongamentos) e orientações de modificações de atividades. Os exercícios excêntricos foram: flexão de punho e cotovelo (3 séries de 10 repetições); extensão de punho (duas séries de 10 repetições). começando com 50% da força e densidade máximas e aumentando a resistência cada semana. Os alongamentos foram: flexores e extensores de punho (2 séries de 10 repetições, compreendendo 20s de alongamento e 10s de relaxamento usando a mão não afetada). GC: receberam o programa de exercícios estruturados e orientações sobre a modificação da atividade. GKT + exercício: realização dos exercícios do programa estruturado e aplicação da KT. A fita em formato "X" foi aplicada na região dorsal do antebraço, partindo do punho até o epicôndilo lateral. A fita em formato "Y" foi aplicada usando o método de correção de fásia.	Os escores do PRTEE no pós-tratamento e 4 semanas após o tratamento foram estatisticamente significativamente menor no GKT + exercício em comparação com o GKT placebo + exercício e GC. PRTEE (Pós-tratamento): [GC: 46.25 (37.5, 54.12), GKT + exercício: 26.5 (16.87, 39.75) e GKT placebo + exercício: 50.25 (42, 58.37) e p = 0,19]. PRTEE (4 semanas): [GC: 44.5 (38.87, 53.62), GKT + exercício: 29.25 (16.37, 47.12) e GKT placebo + exercício: 47.5 (41.37, 61.37) e p = 0,23]. Os efeitos da KT foram maiores do que a fita simulada e apenas exercícios no pós-tratamento (d= -1,21, d= -1,33) e 4 semanas após o tratamento (d= -1,39, d=-1,34). A KT proporcionou um aumento na força de preensão, diminuição da EVA	KT em adição aos exercícios é mais eficaz do que <i>taping</i> placebo e exercícios apenas na melhora da dor nas atividades diárias e incapacidad e do braço devido à epicondilite lateral.

GKT placebo + exercício: exercícios do programa estruturado e aplicação da KT sem tensão (duas tiras estreitas em forma de “I”, aplicado no antebraço evitando pontos de origem e inserção muscular). em repouso e EVA na AVD (p=0,0017, p=0,041, p=0,028; respectivamente).

Grupo Controle (GC); Grupo *Kinesiotaping* (GKT); Número da amostra (n); Patient-rated Tennis Elbow Evaluation (PRTEE); *Kinesiotaping* (KT); Segundos (s); Valor de p (p) Escala visual analogica (EVA); Atividade de vida diária (AVD).

Fonte: Dados colhidos pelos autores (2023).

Tabela 3. Características metodológicas e principais resultados dos estudos incluídos (Continuação)

Autor, Ano (País)	Amostra	Protocolo Intervenção	Desfechos	Conclusão
Tezell, et al., 2020	48 pacientes com epicondilite lateral Gênero: Masculino (n = 16) e Feminino (n = 32) GKT placebo: (n = 21) GKT: (n = 27)	GKT placebo: Aplicação de 2 tiras em formato de “I” sem tensão. Uma faixa I longa foi aplicada nos músculos extensores do punho e uma faixa I curta foi aplicada horizontalmente logo abaixo do epicôndilo lateral. GKT: Aplicação da KT utilizando técnicas de inibição muscular e correção da fáscia. Uma tira longa (“Y”) foi aplicada nos extensores do punho desde a inserção até a origem após alongamento do músculo com 15 a 25% de tensão. Uma tira curta (“Y”) foi aplicada com tensão de 25 a 35%. O KT permaneceu por cinco dias e o procedimento foi repetido por três vezes	Embora a dor e os níveis funcionais, por meio do PRTEE de pacientes com epicondilite lateral tenham melhorado significativamente com KT (dor, p=0,001; função, p=0,001) quanto com os grupos sham (dor, p=0,001; função, p=0,001), não foi observada diferença entre os grupos.	Tanto o KT quanto o <i>taping</i> placebo proporcionaram melhora semelhante no alívio da dor por meio das funções do braço em pacientes com epicondilite lateral.

Grupo *Kinesiotaping* (GKT); *Kinesiotaping* (KT); Número da amostra (n); Patient-rated Tennis Elbow Evaluation (PRTEE); valor de p (p).

Fonte: Dados colhidos pelos autores (2023).

4. DISCUSSÃO

Essa revisão sistemática incluiu três estudos com 118 pacientes diagnosticados com epicondilite lateral. O objetivo dessa revisão foi avaliar as evidências relacionadas à função do cotovelo após o uso da KT em pacientes com epicondilite lateral. Os resultados demonstraram que a KT não apresentou efeito positivo na melhora da função e redução do quadro álgico, por meio do questionário PRTEE, em indivíduos com epicondilite lateral, ao comparar com os grupos controles.

Em relação aos dados das características sociodemográficas encontradas nos estudos, notou-se que a epicondilite lateral apresentou maior porcentagem nos indivíduos do sexo feminino. Corroborando com os nossos achados, um estudo de caso-controle que buscou avaliar os fatores de risco para epicondilite lateral, identificou uma maior prevalência de epicondilite lateral entre pacientes do sexo feminino¹⁹. Entretanto, outro estudo que teve como objetivo determinar a prevalência e fatores de risco de pacientes japoneses com epicondilite lateral, identificou que o sexo do paciente não está significativamente associado à epicondilite lateral²⁰.

No desfecho dor e função por meio do questionário PRTEE, o estudo de Wegener *et al.* evidenciou melhora do escore do PRTEE nos grupos GC, GKT + exercício e GKT placebo + exercício, porém não houve diferença significativa entre os grupos. Nota-se que nesses três grupos, a intervenção comum observada entre eles é a cinesioterapia. Dessa forma, um ensaio clínico controlado, envolvendo 75 pacientes com epicondilite lateral, divididos em grupo massagem transversa profunda (Cyriax), grupo de exercícios e grupo corrente polarizada, também observaram que o grupo do programa de exercício supervisionado obteve melhora na dor e função no término das intervenções²¹.

No estudo de Tezel *et al.*, realizado na Clínica de Fisioterapia e Reabilitação D y kap  Y ld r m Beyaz t, envolvendo pacientes com epicondilite lateral, que foram randomizados em GKT e GKT placebo, constatou-se que os pacientes de ambos os grupos apresentaram melhora significativa no escore do PRTEE, porém não houve diferença entre os grupos. Corroborando com esses achados, uma revisão de literatura relata que a KT, ao ser aplicada numa tensão de 15-25%, partindo da inserção dos músculos até a origem dos mesmos, promove uma redução do quadro álgico e inflamação da região. Sendo assim, ao aplicar a KT nota-se um alívio na

pressão dos mecanorreceptores, provocando uma tensão na pele, um aumento na circulação sanguínea e linfática, contribuindo para redução da dor desses pacientes²². Em discordância com os nossos achados, no ensaio clínico randomizado do Cho et al., (2018), os pacientes também foram divididos em grupo KT e grupo KTplacebo, apresentando melhora significativa no alívio da dor em ambos os grupos¹⁶.

No ensaio clínico controlado randomizado realizado por Giray *et al.*, foi avaliado a eficácia da bandagem elástica terapêutica, em conjunto com exercícios excêntricos, no tratamento da epicondilite lateral do cotovelo. Houve à randomização de 30 pacientes, sendo 10 no grupo fita elástica terapêutica e exercícios excêntricos; 10 no grupo fita falsa e exercícios excêntricos e 10 no grupo exercícios excêntricos isolados. As intervenções foram realizadas durante um período de 12 semanas, divididas em quatro sessões semanais e quatro sessões quinzenais e as medidas de resultado foram registradas no início do estudo, três meses após a randomização. Os autores evidenciaram que os escores do PRTEE após as intervenções, foram significativamente menores no GKT + exercício em comparação com o GKT placebo + exercício e GC. Assim, a KT associada com exercícios mostrou-se mais eficaz do que apenas exercícios isolados e o taping placebo + exercícios. Corroborando, com os nossos achados, um estudo que comparou os efeitos da KT e terapia extracorpórea por ondas de choque, juntamente com condutas fisioterapêuticas voltadas para dor, funcionalidade e força de preensão palmar em pacientes com epicondilite lateral, observou que na análise intragrupo houve redução da dor, enquanto que a força de preensão palmar máxima e funcionalidade aumentaram em todos os grupos ($p < 0,05$) após a intervenção. Além disso, ao fazerem a análise intergrupo identificou que o GKT apresentou melhores resultados na redução do quadro algico do que os outros grupos ($p < 0,05$)¹⁴.

Como mencionado, é importante ressaltar que a KT é apenas uma parte do tratamento abrangente da epicondilite lateral. Ela deve ser usada em conjunto com outras terapias recomendadas pelo profissional de saúde, como exercícios de fortalecimento, alongamento, terapia manual e controle da carga de atividades⁶.

Em relação às limitações dessa pesquisa, que avaliaram o efeito da KT, na dor e capacidade funcional da epicondilite lateral por meio do questionário PRTEE, nota-se uma escassez de estudos que avaliem esse desfecho nesse público em específico. Além disso, o tamanho das amostras dos estudos eram pequenas, o que pode ter

reduzido o poder do estudo. Outra limitação está relacionada a inconclusão de alguns artigos encontrados durante as estratégias de busca, em relação a real eficácia da KT na epicondilite lateral. Assim, são necessários mais estudos com valores de amostragem maiores, bem como a necessidade de estudos que busquem analisar de maneira isolada seu efeito como recurso terapêutico, comparando a outros métodos de tratamento, ou até mesmo a recuperação natural fisiológica.

5. CONCLUSÃO

Como resposta da pesquisa, o uso da KT em pacientes com epicondilite lateral na melhora da dor e capacidade funcional por meio do PRTEE, não foi efetivo. Uma vez que de três estudos abordados, dois não apresentaram diminuição significativa no escore da PRTEE ao comparar os grupos intervenções (com a KT) e os grupos controles (com a KT placebo ou somente exercício).

Embora o uso da KT não tenha apresentado efeitos significativos na melhora da dor e função do cotovelo dos pacientes com epicondilite lateral, nota-se que a associação da KT com exercício tem apresentado desfechos relevantes para função desses pacientes. Ao observar os mínimos efeitos colaterais envolvidos no uso da KT e o seu baixo custo, esse pode ser um recurso alternativo para tratamento de epicondilite lateral quando associado a exercícios.

REFERÊNCIAS

1. Ma KL, Wang HQ. Management of Lateral Epicondylitis: A Narrative Literature Review. *Pain Res Manag* [Internet]. 5 maio 2020 [citado 13 jul 2023];2020:1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2020/6965381>.
2. Ikemoto RY, Almeida LH, Motta GG, Kim AS, Lial CV, Claros JJ. Estudo comparativo entre as escalas: “Subjective Elbow Value” e “Patient-rated Tennis Elbow Evaluation” aplicadas em pacientes com epicondilite lateral do cotovelo. *Rev Bras Ortop* [Internet]. Out 2020 [citado 13 jul 2023];55(05):564-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0039-3402465>.
3. Desai, B.D.; Babu, V.; Kumar, S.; Asha. Effectiveness of medial-to-lateral taping with exercise program in subjects with lateral epicondylitis. *Int J Physiotherapist*. Vol 1(2), 83-90, June (2014).
4. Giray E, Karali-Bingul D, Akyuz G. The Effectiveness of Kinesiotaping, Sham Taping or Exercises Only in Lateral Epicondylitis Treatment: A Randomized Controlled Study. *PM R*. 2019 Jul;11(7):681-693. doi: 10.1002/pmrj.12067. Epub 2019 Mar 28. PMID: 30609278.
5. Lenoira, H.; Maresb, O.; Carlier, Y. Management of lateral epicondylitis. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research* 105 (2019).
6. Tezel N, Can A, Karaahmet Ö, Gürçay E. The effects of kinesiotaping on wrist extensor strength using an isokinetic device in patients with chronic lateral epicondylitis: A randomized-controlled trial. *Turk J Phys Med Rehabil*. 2020 Mar 3;66(1):60-66. doi: 10.5606/tftrd.2020.3298. PMID: 32318676; PMCID: PMC7171888.
7. Shakeri H, Soleimanifar M, Arab AM, Hamneshin Behbahani S. The effects of KinesioTape on the treatment of lateral epicondylitis. *J Hand Ther* [Internet]. Jan 2018 [citado 2 ago 2023];31(1):35-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jht.2017.01.001>.
8. Kase, K. W. J. E. K. T. Clinical therapeutic applications of the kinesio taping method 2nd. Tokyo: Ken Ikai, 2003.

9. Kahanov, L. Kinesio Taping: a overview of use with athletes, part ii. *Athletic Therapy Today*, p. 5-7, 2007.
10. Canina M, Ferrero V and Signaroli J. Wearability in development protection system for lower limbs. In: *Proceedings of the pHealth, international workshop on micro and nanosystems wearables for personalized health*, Valencia, May 21–23, 2008, pp.200 204. New Jersey, America: IEEE.
11. Nosaka K. The effect of kinesio taping® on muscle microdamage after eccentric exercises. In: *Proceedings of the 15th Annual Kinesio Taping International Symposium Review*, Tokyo, Japan, 1st of January 1999, pp.70–73. Tokyo, Japan: Kinesio Taping Association.
12. Wegener RL, Brown T, O'Brien L. A randomized controlled trial of comparative effectiveness of elastic therapeutic tape, sham tape or eccentric exercises alone for lateral elbow tendinosis. *Hand Ther* [Internet]. 24 jul 2016 [citado 13 jul 2023];21(4):131-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1758998316656660>.
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 29 mar 2021 [citado 13 jul 2023];n71. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
14. Eraslan L, Yuce D, Erbilici A, Baltaci G. Does Kinesiotaping improve pain and functionality in patients with newly diagnosed lateral epicondylitis? *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* [Internet]. 24 ago 2017 [citado 13 jul 2023];26(3):938-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00167-017-46917>.
15. Zhong Y, Zheng C, Zheng J, Xu S. Kinesio tape reduces pain in patients with lateral epicondylitis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Surg*. 2020 Apr;76:190-199. doi: 10.1016/j.ijssu.2020.02.044. Epub 2020 Mar 10. PMID: 32165280.
16. Cho YT, Hsu WY, Lin LF, Lin YN. Kinesio taping reduces elbow pain during resisted wrist extension in patients with chronic lateral epicondylitis: a randomized, double-blinded, cross-over study. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 19 jun 2018 [citado 13 jul 2023];19(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2118-3>.

17. Shiwa SR, Costa LO, Moser AD, Aguiar ID, Oliveira LV. PEDro: a base de dados de evidências em fisioterapia. *Fisioter Em Mov* [Internet]. Set 2011 [citado 13 jul 2023];24(3):523-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-51502011000300017>.
18. Foley NC, Teasell RW, Bhogal SK, Speechley MR. Stroke Rehabilitation Evidence-Based Review: methodology. *Top Stroke Rehabil*. 2003 Spring;10(1):1-7. PMID: 12970828.
19. Park HB, Gwark JY, Im JH, Na JB. Factors Associated With Lateral Epicondylitis of the Elbow. *Orthop J Sports Med* [Internet]. 1 maio 2021 [citado 13 jul 2023];9(5):232596712110077. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/23259671211007734>.
20. Tajika T, Kobayashi T, Yamamoto A, Kaneko T, Takagishi K. Prevalence and Risk Factors of Lateral Epicondylitis in a Mountain Village in Japan. *J Orthop Surg* [Internet]. Ago 2014 [citado 13 jul 2023];22(2):240-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/230949901402200227>.
21. Stasinopoulos D, Stasinopoulos I. Comparison of effects of Cyriax physiotherapy, a supervised exercise programme and polarized polychromatic non-coherent light (Bioptron light) for the treatment of lateral epicondylitis. *Clin Rehabil*. 2006 Jan;20(1):12-23. doi: 10.1191/0269215506cr921oa. PMID: 16502745.
22. Ferreira A L, Horizonte B. O efeito do Kinesio Taping na dor, força e ativação muscular: uma revisão de literatura [Internet]. 2013. Available from: <http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/DATA/defesas/20180205154134.pdf>.

APÊNDICE 1

Quadro 1 - Itens do checklist PRISMA incluídos no relato de revisão sistemática

Seção/tópico	N	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página n.
TÍTULO			
Título	1	Identifique o artigo como uma revisão sistemática	1 e 2
ABSTRACT			
Resumo estruturado	2	Apresente um resumo estruturado incluindo, se aplicável: referencial teórico; objetivos; fonte de dados; critérios de elegibilidade; participantes e intervenções; avaliação do estudo e síntese dos métodos; resultados; limitações; conclusões e implicações dos achados principais; número de registro da revisão sistemática.	3 e 4
INTRODUÇÃO			
Racional	3	Descreva a justificativa da revisão no contexto do que já é conhecido.	8
Objetivos	4	Apresente uma afirmação explícita sobre as questões abordadas com referência a participantes, intervenções, comparações, resultados e desenho de estudo (PICOS).	8
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo de revisão, se e onde pode ser acessado (ex. endereço eletrônico), e, se disponível, forneça informações sobre o registro da revisão, incluindo o número de registro.	8
Crítérios de elegibilidade	6	Especifique características do estudo (ex. PICOS, extensão do seguimento) e características dos relatos (ex. anos considerados, idioma, se é publicado) usadas como critérios de elegibilidade, apresentando justificativa.	9
Fontes de informação	7	Descreva todas as fontes de informação na busca (ex. base de dados com datas de cobertura, contato com autores para identificação de estudos adicionais) e data da última busca.	10
Busca	8	Apresente a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos uma base de dados, incluindo os limites utilizados, de forma que possa ser repetida.	28

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página n.
Seleção dos estudos	9	Apresente o processo de seleção dos estudos (isto é, busca, elegibilidade, os incluídos na revisão sistemática, e, se aplicável, os incluídos na meta-análise).	10 e 11
Processo de coleta de dados	10	Descreva o método de extração de dados dos artigos (ex. formas para piloto, independente, em duplicata) e todos os processos para obtenção e confirmação de dados dos pesquisadores.	10 e 11
Lista dos dados	11	Liste e defina todas as variáveis obtidas dos dados (ex. PICOS, fontes de financiamento) e quaisquer suposições ou simplificações realizadas.	10 e 11
Risco de viés em cada estudo	12	Descreva os métodos usados para avaliar o risco de viés em cada estudo (incluindo a especificação se foi feito durante o estudo ou no nível de resultados), e como esta informação foi usada na análise de dados.	11
Medidas de sumarização	13	Defina as principais medidas de sumarização dos resultados (ex. risco relativo, diferença média).	NA
Síntese dos resultados	14	Descreva os métodos de análise dos dados e combinação de resultados dos estudos, se realizados, incluindo medidas de consistência (por exemplo, I ²) para cada meta-análise.	NA
Risco de viés entre estudos	15	Especifique qualquer avaliação do risco de viés que possa influenciar a evidência cumulativa (ex. viés de publicação, relato seletivo nos estudos).	NA
Análises adicionais	16	Descreva métodos de análise adicional (ex. análise de sensibilidade ou análise de subgrupos, metarregressão), se realizados, indicando quais foram pré-especificados.	NA
RESULTADOS			
Seleção de estudos	17	Apresente números dos estudos rastreados, avaliados para elegibilidade e incluídos na revisão, razões para exclusão em cada estágio, preferencialmente por meio de gráfico de fluxo.	11 e 12
Características dos estudos	18	Para cada estudo, apresente características para extração dos dados (ex. tamanho do estudo, PICOS, período de acompanhamento) e apresente as citações.	12
Risco de viés entre os estudos	19	Apresente dados sobre o risco de viés em cada estudo e, se disponível, alguma avaliação em resultados (ver item 12).	12 e 13

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página n.
Resultados de estudos individuais	20	Para todos os desfechos considerados (benefícios ou riscos), apresente para cada estudo: (a) sumário simples de dados para cada grupo de intervenção e (b) efeitos estimados e intervalos de confiança, preferencialmente por meio de gráficos de floresta.	15, 16, 17 e 18
Síntese dos resultados	21	Apresente resultados para cada meta-análise feita, incluindo intervalos de confiança e medidas de consistência.	NA
Risco de viés entre estudos	22	Apresente resultados da avaliação de risco de viés entre os estudos (ver item 15).	13
Análises adicionais	23	Apresente resultados de análises adicionais, se realizadas (ex. análise de sensibilidade ou subgrupos, metarregressão [ver item 16]).	NA
DISCUSSÃO			
Sumário da evidência	24	Sumarize os resultados principais, incluindo a força de evidência para cada resultado; considere sua relevância para grupos-chave (ex. profissionais da saúde, usuários e formuladores de políticas).	19 e 20
Limitações	25	Discuta limitações no nível dos estudos e dos desfechos (ex. risco de viés) e no nível da revisão (ex. obtenção incompleta de pesquisas identificadas, relato de viés).	20 e 21
Conclusões	26	Apresente a interpretação geral dos resultados no contexto de outras evidências e implicações para futuras pesquisas.	21
FINANCIAMENTO			
Financiamento	27	Descreva fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros suportes (ex. suprimento de dados), papel dos financiadores na revisão sistemática.	NA

ANEXO 2

Tabela 3 - Estratégias de pesquisa de algumas bases de dados eletrônicas

Bases de Dados	Estratégias de busca
PUBMED:	(Tennis Elbow OR Lateral Epicondylitis OR Epicondylitis OR Elbow OR Elbow Tendinopathy OR Elbow Lateral Epicondylitis) AND
CENTRAL:	(Tennis Elbow OR Lateral Epicondylitis OR Epicondylitis OR Elbow OR Elbow Tendinopathy OR Elbow Lateral Epicondylitis. AND
CINAHL:	Kinesio taping OR Taping OR Kinesio tap OR Kinesiology tap OR Elastic tap) AND (OR Elastic bandage OR Bandage OR Athletic Tape OR Kinesio tape OR Kinesiotaping OR Tape OR Orthotic Tape) AND
	(Functional OR Patient-rated Tennis Elbow Evaluation OR PRTEE OR Function) AND Functional OR Patient-rated Tennis Elbow Evaluation OR PRTEE OR Function).

ANEXO 3

Tabela 4 - Análise da qualidade metodológica dos artigos empíricos – escala PEDro

Tópicos	Wegener et al.	Giray et al.	Tezel et al.
Randomização	1	1	1
Sigilo de alocação	1	1	0
Comparação na linha de base	1	1	1
Cegamento dos participantes	0	0	0
Cegamento dos terapeutas	0	0	0
Cegamento dos avaliadores	0	1	1
Acompanhamento adequado	1	1	0
Análise por intenção de tratar	1	0	0
Comparação estatística entre grupos	1	1	1
Medidas de precisão e variabilidade	1	1	1
TOTAL	7	7	5