

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

RAISSA RODRIGUES PEIXOTO DE JESUS

**EFEITOS DA KINESIO TAPE NA SÍNDROME DA DOR PATELOFEMORAL:
ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL**

GOIÂNIA
2023

RAISSA RODRIGUES PEIXOTO DE JESUS

**EFEITOS DA KINESIO TAPE NA SÍNDROME DA DOR PATELOFEMORAL:
ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Graduação em Fisioterapia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Escola de Ciências Sociais e da Saúde, como requisito para obtenção do título de Graduação em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Adroaldo José Casa Junior

GOIÂNIA
2023

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

AVALIAÇÃO ESCRITA

Título do trabalho: Efeitos da kinesio tape na síndrome da dor patelofemoral: Estudo quase-experimental.

Acadêmica: Raissa Rodrigues Peixoto de Jesus.

Orientador: Prof. Dr. Adroaldo José Casa Junior.

Data: 16/06/2023

AVALIAÇÃO ESCRITA (0 – 10)		
Item		
1.	Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho.	
2.	Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação a partir de informações da literatura devidamente referenciadas.	
3.	Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto.	
4.	Metodologia – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessário.	
5.	Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia, pode estar junto com a discussão.	
6.	Discussão– Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica.	
7.	Conclusão – Síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados.	
8.	Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso.	
9.	Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC.	
10.	Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer às normas da língua portuguesa.	
Total		

Assinatura do examinador: _____

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

ITENS PARA AVALIAÇÃO	VALOR	NOTA
Quanto aos Recursos		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e sequência do trabalho	1,5	
Quanto ao Apresentador:		
4. Capacidade de exposição	1,5	
5. Clareza e objetividade na comunicação	1,0	
6. Postura na apresentação	1,0	
7. Domínio do assunto	1,5	
8. Utilização do tempo	1,0	
Total		

Assinatura do examinador: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus avós e aos meus pais, que me deram todo o apoio e suporte necessário durante minha graduação. Ao meu namorado que me apoiou na minha vida acadêmica. Ao meu excelentíssimo orientador, que me orientou e me acalmou da melhor forma possível.

AGRADECIMENTOS

Venho expressar minha imensa GRATIDÃO a Deus primeiramente, aos meus avós por sempre me ajudar e apoiar sem medir esforços por mim, meus pais por sempre incentivar e me motivar cada dia, ao meu namorado por sempre estar ao meu lado me apoiando na minha vida acadêmica. Vocês são pessoas que fazem parte da minha vida acadêmica, gratidão! Gostaria de reconhecer a influência dos meus professores, que me passaram todo conhecimento, me ensinaram muito!

Gostaria de agradecer ao meu orientador, que tenho um grande privilégio de ter sido orientada pelo Professor Dr. Adroaldo José Casa Junior, que sempre teve muita paciência, sabedoria, disponibilidade para me orientar, me acalmar e me fazer chegar até aqui.

SUMÁRIO

RESUMO	9
INTRODUÇÃO	10
METODOLOGIA	11
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	14
CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS	16
ANEXO	18

Efeito da kinesio tape na síndrome da dor patelofemoral: Estudo quase-experimental

Effect of kinesio tape on patellofemoral pain syndrome: Quasi-experimental study

Título Resumido: Kinesio tape na síndrome da dor patelofemoral

Raissa Rodrigues Peixoto de Jesus¹; Adroaldo José Casa Junior²

¹Discente do Curso de Fisioterapia da PUC Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

²Doutor em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Fisioterapia da PUC Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

Autor correspondente: Raissa Rodrigues Peixoto de Jesus.

Endereço: Rua 6 Quadra 4 Lote 12 - Vila Matilde , CEP 74780-650, Goiânia, Goiás. E-mail: raissarpj@gmail.com

Parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa n.2.932.017.

RESUMO

Introdução: A síndrome da dor patelofemoral é uma condição de aparecimento lento e progressivo muito comum, sendo caracterizada por dor difusa na região retropatelar que impacta negativamente a funcionalidade. **Objetivo:** Descrever os efeitos da kinesio tape aplicada no músculo glúteo médio diante da dor e incapacidade funcional de mulheres com síndrome da dor patelofemoral. **Metodologia:** Estudo quase-experimental realizado com 26 mulheres adultas sedentárias com síndrome da dor patelofemoral. As participantes foram submetidas à Escala Visual Analógica para mensuração da dor e Escala de Desordens Patelofemorais de Kujala para confirmar a presença da síndrome da dor patelofemoral e determinar sua incapacidade. Após a avaliação com os instrumentos de coleta, aplicou-se a kinesio tape, por meio de duas fitas em "I" colocadas da origem para a inserção do músculo glúteo médio. Após 2 dias, a bandagem foi retirada e as participantes foram reavaliadas. **Resultados:** A intensidade média da dor antes da intervenção era de 6,35cm e após de 2,62cm. A pontuação da capacidade funcional inicialmente era de 66,23 e de 85,54 ao final do tratamento. Tais valores indicam melhora significativa da dor e incapacidade funcional ($p < 0,001$). **Conclusão:** A kinesio tape aplicada no glúteo médio mostrou-se capaz de reduzir a dor e melhorar a capacidade funcional em mulheres com síndrome da dor patelofemoral, sugerindo que esta técnica deva ser incorporada aos protocolos de tratamento de tais pacientes.

Descritores: Kinesio tape; Bandagem terapêutica elástica; Bandagem funcional; Dor; Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Patellofemoral pain syndrome is a common condition with a slow and progressive onset, characterized by diffuse pain in the retropatellar region that negatively affects functionality. **Objective:** To describe the effects of kinesio tape applied to the gluteus medius muscle on pain and functional disability in women with patellofemoral pain syndrome. **Methodology:** Quasi-experimental study conducted with 26 sedentary adult women with patellofemoral pain syndrome. The participants underwent Visual Analog Scale for pain measurement and Kujala Patellofemoral Disorder Scale to confirm the presence of patellofemoral pain syndrome and determine its disability. After the assessment using the data collection instruments, kinesio tape was applied, using two "I" strips placed from the origin to the insertion of the gluteus medius muscle. After 2 days, the tape was removed and the participants were reassessed. **Results:** The average pain intensity before the intervention was 6,35 cm and 2,62 cm after. The functional capacity score was initially 66,23 and increased to 85,54 at the end of the treatment. These values indicate a significant improvement in pain and functional disability ($p < 0,001$). **Conclusion:** Kinesio tape applied to the gluteus medius muscle was found to reduce pain and improve functional capacity in women with patellofemoral pain syndrome, suggesting that this technique should be incorporated into the treatment protocols for such patients.

Keywords: Kinesio tape; Elastic therapeutic tape; Functional taping; Pain; Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

A síndrome da dor patelofemoral (SDPF) é caracterizada por dor difusa na região anterior ou retropatelar do joelho, trata-se de uma desordem multifatorial, em que fatores como o aumento de ângulo Q, alterações anatômicas e biomecânicas do membro inferior, mau alinhamento patelar, fraqueza do quadríceps, desalinhamento postural e anormalidades na biomecânica dos membros inferiores podem desencadear a SDPF^{1,2}. Além destes, estudos atuais apontam a fraqueza dos músculos abdutores e rotadores externos do quadril, causando rotação interna do fêmur e, conseqüentemente, desalinhamento da articulação patelofemoral, como uma das principais causas para seu desenvolvimento³.

Esta disfunção tem maior incidência no sexo feminino, com instalação mais usual na faixa etária de 15 a 35 anos. A dor se agrava durante atividades físicas ou situações que geram estresse mecânico na articulação patelofemoral, por exemplo, subir e descer escadas, agachar e ficar sentado por muito tempo com o joelho flexionado⁴.

A fisioterapia é recomendada para reduzir a intensidade da dor e as limitações funcionais associadas à SDPF, melhorando o deslizamento da patela sobre o sulco troclear do fêmur. Assim, a intervenção fisioterapêutica, por meio dos exercícios de fortalecimento muscular, terapias manuais, eletroestimulação, kinesio tape (KT) e reposicionamento articular, contribuem de maneira direta na resolução de problemas relacionados à SDPF⁵.

A KT tem origem na ciência chamada kinesiologia e baseia-se nas capacidades auto-regenerativas naturais do corpo, sendo uma das bandagens funcionais mais conhecidas, promovendo ao paciente estímulo constante para que a musculatura deficitária encontre a sua homeostase, sendo capaz de realinhar a articulação, diminuir dor e edema, estimular os receptores sensoriais e aprimorar a função muscular⁶. É capaz de proporcionar liberdade de movimento, permitindo recuperação do sistema muscular e evitando, ao mesmo tempo, alongamentos excessivos dos músculos afetados⁷. Na SDPF, ela se mostra capaz de ativar músculos hipoativos responsáveis pelo desencadeamento da síndrome, como por exemplo, o glúteo médio¹.

Tendo em vista o alto grau de incapacidade funcional que a SDPF pode provocar e a necessidade de controle dos sintomas de seus portadores, fica explícita a necessidade de tratamento efetivo para a correção ou melhora dos fatores desencadeantes, desta forma, esta pesquisa busca contribuir para o esclarecimento das inúmeras dúvidas acerca do funcionamento das bandagens elásticas. Diante do exposto, o objetivo do estudo foi verificar os efeitos da aplicação da KT sobre o músculo glúteo médio em relação à dor e incapacidade funcional de mulheres com SDPF.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), sob protocolo de aprovação 2.932.017.

Trata-se de um estudo quase-experimental, descritivo e quantitativo, cuja a coleta de dados foi realizada entre novembro de 2022 e março de 2023. A amostra da pesquisa foi de conveniência e não probabilística, composta por 26 participantes. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: mulheres com idade entre 18 e 40 anos (adultas) e presença de SDPF confirmada pela Escala de Desordens Patelofemorais de Kujala. E os critérios de exclusão foram: indisponibilidade para o estudo, utilização de medicamentos ou realização de tratamento fisioterapêutico no transcorrer da coleta, presença de lesões outras no joelho, prática de atividades físicas em período simultâneo à coleta e presença de contraindicações da KT, tais como, ruptura completa ligamentar, muscular e tendínea, câncer, ferimentos abertos, alergia aos materiais adesivos e déficit sensitivo severo.

No presente estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta:

- **Ficha de Identificação** - Elaborada pelos pesquisadores, para obtenção de dados pessoais, antropométricos e qualificação dos participantes em relação aos critérios de inclusão e exclusão.
- **Escala Visual Analógica (EVA)** - Para mensuração do nível de dor, consistindo numa linha horizontal numerada de 0 a 10, em que 0 representa ausência de dor e 10 a maior dor possível⁹.
- **Escala de Desordens Patelofemorais de Kujala** - Utilizada a fim de aplicar o diagnóstico de SDPF e determinar o grau de capacidade funcional, sendo que na pontuação final, 0 significa dor constante e muitas limitações funcionais, 100 significa sem dor ou limitações funcionais e pontuação abaixo de 79 corresponde à presença de SDPF¹⁹.

As participantes da pesquisa foram abordadas durante as aulas, com permissão prévia da coordenação e professores da instituição de ensino superior. Os pesquisadores explicaram a pesquisa e as que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram submetidas à Ficha de Identificação e à Escala de Desordens Patelofemorais de Kujala. Após a avaliação, a bandagem foi aplicada, sendo que a região da aplicação era higienizada com auxílio de algodão e álcool em gel e a bandagem colocada sobre o músculo glúteo médio com duas fitas em “I”, aplicadas da origem para inserção com baixa tensão, e as âncoras encontravam-se sobre o trocânter maior do fêmur e sem tensão. As participantes permaneciam na maca em decúbito lateral, com a região de aplicação despida e

em adução de quadril de forma a alongar o músculo glúteo médio¹. As fitas permaneceram aplicadas por 2 dias, após este período foi feita a reavaliação com os mesmos instrumentos da avaliação inicial.

Os dados foram analisados com a utilização do *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS), versão 26,0. A caracterização do perfil antropométrico e demográfico foi realizada por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%) e média, desvio padrão, mínimo e máximo. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. A comparação da dor e incapacidade funcional antes e após a avaliação foi realizada por meio do teste de Wilcoxon. A fim de avaliar a relação entre a dor e incapacidade funcional foi extraído a variância antes e após a avaliação, e esses valores foram utilizados em uma análise de correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta características demográficas e antropométricas das mulheres que constituem a amostra. Observa-se que a média de idade foi de 22,50 anos ($\pm 4,59$) e do IMC 23,59 kg/m² ($\pm 3,68$).

Tabela 1. Caracterização do perfil demográfico e antropométrico dos participantes. Goiânia (Goiás), n=26, 2023.

	Média \pm Desvio padrão	Mínimo – Máximo
Idade (anos)	22,50 \pm 4,59	18,00 - 40,00
IMC (kg/m ²)	23,59 \pm 3,68	17,97 - 32,82

IMC = Índice de Massa Corporal

A tabela 2 apresenta os valores da média e desvio padrão obtidos antes e após a aplicação da KT no músculo glúteo médio em pessoas com SDPF. Nela, pode-se verificar a

melhora significativa obtida nas variáveis dor e incapacidade funcional, uma vez que os valores de p foram $<0,001$.

Tabela 2. Resultado da comparação da dor e incapacidade funcional antes e após a intervenção com kinesio tape. Goiânia (Goiás), n=26, 2023.

	kinesio tape (Média ± DP)		p^*
	Antes	Depois	
Dor (cm)	6,35 ± 1,72	2,62 ± 2,17	<0,001
Incapacidade Funcional (pontos)	66,23 ± 9,27	85,54 ± 7,40	<0,001

*Teste de Wilcoxon; DP, desvio padrão

A figura 1 é um gráfico de dispersão que descreve a correlação entre a dor e incapacidade funcional. Verificou-se forte relação entre as variáveis em questão, uma vez que quanto maior a intensidade da dor, menor foi a pontuação na Escala de Distúrbios Patelofemorais de Kujala indicando maior grau de comprometimento funcional do joelho ($r=-0,44$ e $p=0,02$).

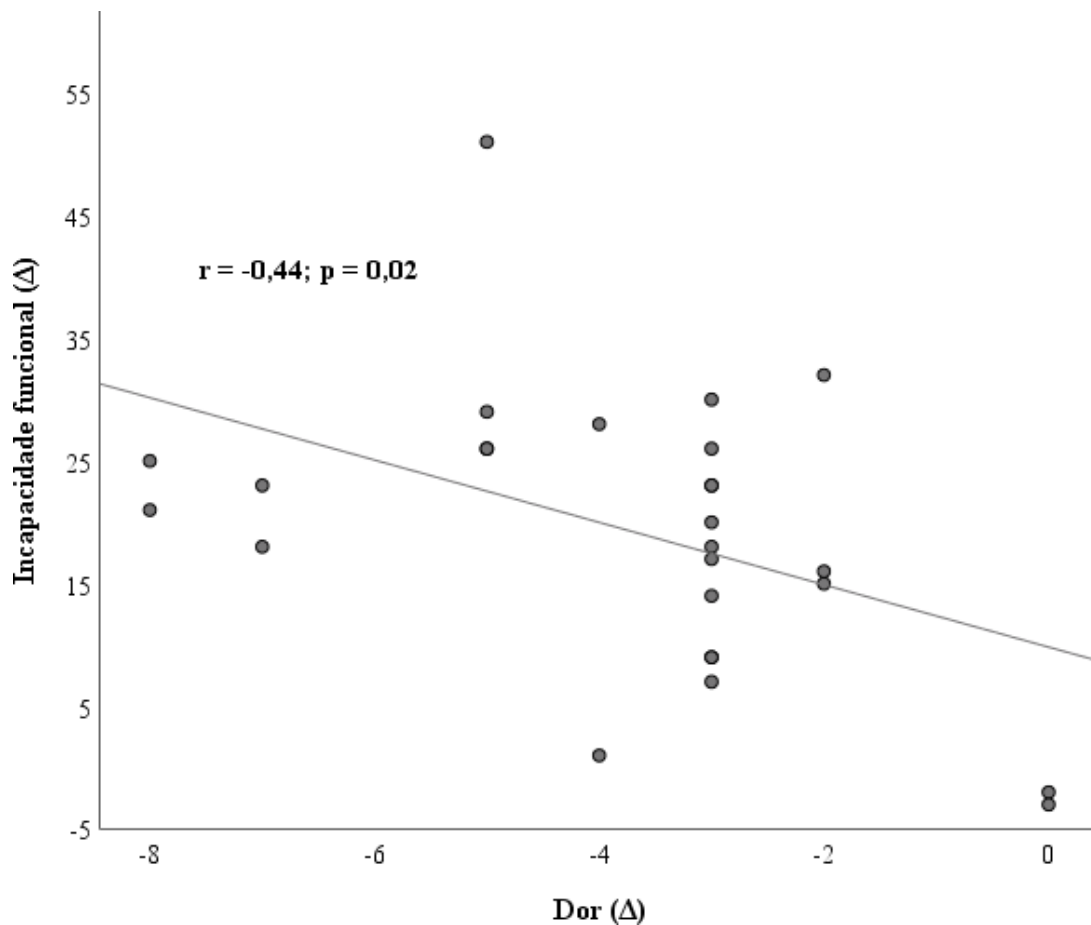


Figura 1. Gráfico de dispersão demonstrando o resultado da correlação entre a variação observada na incapacidade funcional e a dor. Goiânia (Goiás), n=26, 2023.

DISCUSSÃO

Em nosso estudo encontrou-se significativa melhora da dor e capacidade funcional após aplicação da KT no músculo glúteo médio em mulheres adultas com SDPF. A bandagem elástica é uma das técnicas fisioterapêuticas usadas para diminuição da dor e melhora do desempenho muscular, apesar das controvérsias encontradas no mundo científico^{6,10}.

A KT atua gerando estímulos sensoriais em nível cutâneo que, de forma aferente, desencadeiam melhores respostas motoras no indivíduo. Este aprimoramento é consequente a maior ativação de receptores cinestésicos, como fusos musculares. Contudo, para tal, é necessário que a estrutura muscular possua ao mesmo tempo alguma disfunção e integridade neuromuscular suficiente para disseminar, via sistema nervoso, sua otimização sensorial^{8,11}.

Sabe-se que a função motora resulta no bom funcionamento dos centros supraespinhais, das redes motoras espinhais e das aferências periféricas em conjunto. Quando uma dessas estruturas se encontra afetada, essa função motora também sofrerá, no entanto, para que esta seja reequilibrada é preciso que haja mudanças compensatórias nos 3 fatores acima citados. As bandagens aplicadas na pele poderiam propiciar maior aporte para a aferência periférica, gerando maiores informações cinestésicas de origem cutânea, melhorando a função motora^{11,12}.

Outra hipótese para os resultados encontrados nesse estudo é a ação da KT sobre as fáscias. Quando em contato com a pele, gera influência na disposição celular dentro da fáscia, uma vez que as células se encontram alinhadas, a contração muscular torna-se mais fluída e potente¹³. Sabendo-se ainda da continuidade fascial existente na estrutura musculoesquelética, o efeito da KT em uma determinada região poderá propagar-se, aprimorando o padrão do movimento¹⁴.

O músculo glúteo médio, importante estabilizador da cintura pélvica e da articulação patelofemoral, quando hipoativo, porém com a sua integridade neuromuscular presente, poderia beneficiar-se dos efeitos supracitados recebendo aporte para o reestabelecimento da sua contração e do padrão do movimento¹²⁻¹⁵. Uma vez que o glúteo médio está sendo devidamente ativado, ele passa a desempenhar de forma adequada a sua função de estabilizar a pelve e, conseqüentemente, diminuir a ocorrência de queda pélvica e valgo dinâmico do joelho, contribuindo para o decréscimo das forças compressivas na articulação do joelho, o que produz uma redução da dor patelofemoral e melhora da função articular^{3,6}.

Publicações a respeito da SDPF demonstram a íntima relação da grande incapacidade gerada pela condição que pode ser explicada pelo desencadeamento progressivo da dor, fazendo com que as pessoas afetadas acabem por diminuir a realização de algumas atividades cotidianas na tentativa de amenizar o seu aparecimento¹⁶, demonstrando que a diminuição do processo algico pode contribuir para posterior melhora da capacidade funcional, e que ambas podem melhorar proporcionalmente, como ocorreu nesse estudo.

Apesar dos resultados demonstrados por essa pesquisa e pelos estudos acima, existem várias publicações que não encontraram efeitos satisfatórios da aplicação da KT^{17,18}. Entretanto, há estudos que ressaltam a necessidade de utilizá-la apenas como mais um recurso adjuvante do tratamento, uma vez que os efeitos gerados pela bandagem não são suficientes para recuperar as disfunções como um todo^{19,20}.

Cabe ressaltar, a necessidade de um bom raciocínio clínico durante o procedimento, sendo feita a melhor escolha de quesitos como a quantidade de tensão na fita, o conhecimento anatômico e a certeza da presença de integridade neuromuscular¹¹.

Os resultados da nossa pesquisa coincidem com os que foram encontrados por outra pesquisa realizada anteriormente¹, em que foi analisado o efeito da KT e da manipulação de quadril em 18 indivíduos com SDPF unilateral. Esses participantes foram divididos em 3 grupos: o KT onde foi aplicada 2 fitas da bandagem sobre o músculo glúteo médio, o grupo manipulação que recebeu a manipulação no quadril com *thrust*, e o grupo controle em que foi realizada aplicação de 1 fita de KT sem tensão. Os participantes foram avaliados pelo *Lower Extremity Functional Score* (LEFS), EVA feita após agachamento unipodal e ao subir e descer degraus, mensuração da amplitude de movimento do joelho durante agachamento, e o YBT. Como resultados, o Grupo KT obteve melhor desempenho durante a execução do YBT ($p=0,002$) e maior amplitude de movimento durante o agachamento ($p=0,04$) que os demais grupos.

Outro estudo prévio foi realizado com o objetivo de identificar se a KT aplicada no glúteo médio pode influenciar no fator x e a distância em que a bola é lançada por jogadores de golfe. Para isso, 29 participantes foram avaliados por meio do *Body Motion System* que mensurou o fator x, o *FlightScope* que avaliou a distância que a bola foi lançada, e a força de abdução do quadril através de dinamometria. Como resultados os pesquisadores obtiveram um ganho significativo na força de abdução do quadril ($p<0,001$), logo este estudo corrobora com os resultados da nossa pesquisa, em que a KT também foi capaz de melhorar a ativação muscular¹³.

Em um último ensaio clínico a ser citado¹⁶ 15 atletas com SDPF tiveram o pico de torque excêntrico e concêntrico do quadríceps mensurado por meio de dinamometria, a dor quantificada pela EVA e a *performance* funcional avaliada por meio do *Lateral Step Down* e agachamento bilateral, antes e após receberem aplicação de KT no músculo vasto medial oblíquo, com 75% tensão. Nos resultados foi detectada melhora no pico de torque muscular ($p=0,032$ e $p=0,040$ para força concêntrica e $p=0,017$ e $p<0,001$ para força excêntrica), diminuição da dor ($p=0,020$) e melhora na *performance* funcional ($p<0,001$).

A dificuldade para compor uma amostra de grande homogeneidade limitou esta pesquisa a um número reduzido de participantes. Apesar de a KT ser uma técnica amplamente difundida, muitos questionamentos ainda a rodeiam, para isso fazem-se necessários mais estudos, especialmente relacionados à SDPF e às disfunções no quadril, a fim de que a fisioterapia possa estar fundamentada em evidência científica.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a dor e incapacidade funcional melhoraram significativamente após a intervenção com KT aplicada no músculo glúteo médio em mulheres sedentárias com SDPF. Acredita-se que a incorporação desta técnica aos protocolos de tratamento dos pacientes com SDPF, pode contribuir positivamente para o alcance de melhores resultados, cabendo ressaltar que ela deve atuar sempre concomitantemente a outros recursos como exercícios terapêuticos, mobilizações articulares e bandagens rígidas para correções biomecânicas.

Contudo, recomenda-se que novos estudos a respeito da aplicação da KT no músculo glúteo médio sejam realizados, com amostras maiores, utilizando outros instrumentos de coleta e avaliando outras variáveis como a força muscular, para que assim haja maior precisão e validação acerca da efetividade deste recurso na SDPF.

REFERÊNCIAS

1. Miller J, Westrick R, Diebal A, Marks C, Gerber JP. Immediate effects of lumbopelvic manipulation and lateral gluteal kinesio tape on unilateral patellofemoral pain syndrome: A pilot study. *Sports Health: A Multidisciplinary Approach*. 2013; 5(3): 214-9.
2. Gramani-Say K. Atividade elétrica dos estabilizadores dinâmicos da patela no exercício de agachamento associado a diferentes posições do quadril em indivíduos normais e portadores de síndrome de dor femoropatelar. (tese de mestrado). São Carlos (SP): UFSCar; 2005.

3. Thomson C, Krouwel O, Kuisma R, Hebron C, The outcome of hip exercise in patellofemoral pain: A systematic review. *Man Ther.* 2016; 26(1): 1-30.
4. Piazza L, Lisboa ACA, Costa V, Brinhosa GC, Vidmar M, Oliveira LF, Libardoni TC, Santos G Sintomas e limitações funcionais de pacientes com síndrome da dor patelofemoral; 2012; 13(1): 1-5.
5. Neto L, Cavalcante I, Júnior. Abordagens fisioterapêuticas na síndrome da dor patelofemoral: Revisão de literatura. *Nome da revista*; 2014; 13(3): 1-10.
6. Oliveira AS, Silva DPG, Silva JG. Acute effect of kinesio tape on knee pain and stability - Case report. *Rev Dor.* 2017; 18(1): 88-91.
7. Araujo DV, Silva US, Rodrigues GMM. Tratamento fisioterapêutico da síndrome da dor femoropatelar decorrente de condropatia patelar. *Rev Bras Interdiscip Saúde - ReBIS.* 2021; 3(2): 1-6.
8. Sanchez HM, Sanchez EGM, Moraes PA, Oliveira LXA. Influência do tratamento da técnica de Kinesio-taping® na dor e funcionalidade em pacientes com Síndrome de Disfunção Femoropatelar. *O Mundo da Saúde.* 2017; 41(1): 48-56.
9. Lemos TV, Santos GP. Raciocínio clínico em bandagens terapêuticas. São Paulo: Andreoli, 2018.
10. Panek I, Bui T, Wright AT, Brownstone RM. Cutaneous afferent regulation of motor function. *Acta Neurobiol Exp.* 2014; 74(2): 158-71.
11. Pearce B, Olivier B, Mtshali S, Becker P J. Gluteus medius kinesio-taping: The effect on torso-pelvic separation, ball flight distance and accuracy during the golf swing. *S Afr J Sports Med.* 2015; 27(4): 97-101.
12. Ingber DE. Mechanobiology and diseases of mechanotransduction. *Ann Med.* 2003; 35(8): 564-77.
13. Poon KY, Li SM, Roper MG, Wong MKM, Cheung RTH. Kinesiology tape does not facilitate muscle performance: a deceptive controlled trial. *Man Ther.* 2015; 20(1): 130-3.
14. Gomes G, Lopes R, Caetano L. A eficácia da bandagem funcional em pacientes portadores de SDFP: Revisão da literatura. *Corpus et Scientia.* 2016; 11(2): 17-23.
15. Parreira PCS, Costa LCM, Hespanhol Junior LC, Lopes AD, Costa LOP. Current evidence does not support the use of kinesio taping in clinical practice: A systematic review. *J. Physiother.* 2014; 60(1): 31-9.

16. Lemos TV, Souza Júnior JR, Santos MGR, Rosa MMN, Silva LGC, Matheus JPC. Kinesio taping effects with different directions and tensions on strength and range of movement of the knee: A randomized controlled trial. *Braz J Phys Ther.* 2018; 22(4): 283-90.
17. Logan CA, Bhashyam AR, Tisosky AJ. Systematic review of the effect of taping techniques on patellofemoral pain syndrome. *Sports Health.* 2017; 9(5): 456-61.
18. Artioli DP, Bertolini GRF. Kinesio taping: Application and results on pain: Systematic review. *Fisioter Pesqui.* 2014; 21(1): 94-9.
19. Aquino V D S, Falcon S F M., Neves L M T, Rodrigues R C, Sendín F A. Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa do questionário scoring of patellofemoral disorders: estudo preliminar. *Acta Ortop. Bras.* 2011;19(5):273-279.

ANEXO

Normas Editoriais da Revista *Movimenta* (ISSN 1984-4298)

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Formato do Texto

O texto deve ser digitado em processador de texto Word (arquivo com extensão *.doc ou docx*) e deve ser digitado em espaço 1,5 entre linhas, tamanho 12, fonte Times New Roman com amplas margens (superior e inferior = 3 cm, laterais = 2,5 cm), não ultrapassando o limite de 20 (vinte) páginas (incluindo página de rosto, resumos, referências, figuras, tabelas, anexos). *Relatos de Caso ou de Experiência* não devem ultrapassar 10 (dez) páginas digitadas em sua extensão total, incluindo referências, figuras, tabelas e anexos.

Página de rosto (1ª página)

Deve conter: a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês; b) nome completo dos autores com indicação da titulação acadêmica e inserção institucional, descrevendo o nome da instituição, departamento, curso e laboratório a que pertence dentro desta instituição, endereço da instituição, cidade, estado e país; c) título condensado do trabalho (máximo de 50 caracteres); d) endereços para correspondência e eletrônico do autor principal; e) indicação de órgão financiador de parte ou todo o projeto de estudo, se for o caso.

Resumos (2ª página)

A segunda página deve conter os resumos do conteúdo em português e inglês. Quanto à extensão, o resumo deve conter no máximo 1.500 caracteres com espaços (cerca de 250 palavras), em um único parágrafo. Quanto ao conteúdo, seguindo a estrutura formal do texto, ou seja, indicando objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. Quanto à redação, buscar o máximo de precisão e concisão, evitando adjetivos e expressões como "o autor descreve". O resumo e o abstract devem ser seguidos, respectivamente, da lista de até cinco palavras-chaves e keywords (sugere-se a consulta aos

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde do LILACS (<http://decs.bvp.br>) para fins de padronização de palavras-chaves.

Corpo do Texto

Introdução - deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autor (es) a empreender a pesquisa;

Materiais e Métodos - descrever de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Incluir todas as informações necessárias – ou fazer referências a artigos publicados em outras revistas científicas – para permitir a replicabilidade dos dados coletados. Recomenda-se fortemente que estudos de intervenção apresentem grupo controle e, quando possível, aleatorização da amostra.

Resultados - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários (indicar onde devem ser incluídos e anexar no final) para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido.

Discussão - o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto (na Introdução, Materiais e Métodos e Resultados) podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão.

Conclusão – deve ser apresentada de forma objetiva a (as) conclusão (ões) do trabalho, sem necessidade de citação de referências bibliográficas.

Obs.: Quando se tratar de pesquisas originais com paradigma qualitativo não é obrigatório seguir rigidamente esta estrutura do corpo do texto. A revista recomenda manter os seguintes itens para este tipo de artigo: Introdução, Objeto de Estudo, Caminho Metodológico, Considerações Finais.

Tabelas e figuras

Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo 5 (cinco) desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nos títulos. Todas as tabelas e títulos de figuras devem ser digitados com fonte *Times New Roman*, tamanho 10. As figuras ou tabelas não devem ultrapassar as margens do texto. No caso de figuras, recomenda-se não ultrapassar 50% de uma página. Casos especiais serão analisados pelo corpo editorial da revista.

Tabelas. Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. Cada tabela deve ser digitada em espaço simples e colocadas na ordem de seu aparecimento no texto. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Os títulos devem ser colocados acima das tabelas.

As tabelas não devem ser formatadas com marcadores horizontais nem verticais, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas sessões principais. Usar parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

Figuras. Todos os elementos que não são tabelas, tais como gráfico de colunas, linhas, ou qualquer outro tipo de gráfico ou ilustração é reconhecido pela denominação “Figura”. Portanto, os termos usados com denominação de Gráfico (ex: Gráfico 1, Gráfico 2) devem ser substituídos pelo termo Figura (ex: Figura 1, Figura 2).

Digitar todas as legendas das figuras em espaço duplo. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas. Os títulos devem ser colocados abaixo das figuras.

Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo.

Usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas. Entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que isso não dificulte a análise dos dados.

Cada figura deve estar claramente identificada. As figuras devem ser numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Não agrupar diferentes figuras em uma única página. Em caso de fotografias, recomenda-se o formato digital de alta definição (300 dpi ou pontos por polegadas).

Citações e referências bibliográficas

A revista adota a norma de Vancouver para apresentação das citações no texto e referências bibliográficas. As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – <http://www.icmje.org/index.html>).

Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com a *List of Journals* do *IndexMedicus* (<http://www.index-medicus.com>). As revistas não indexadas não deverão ter seus nomes abreviados.

As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito.

A revista recomenda que os autores realizem a conferência de todas as citações do texto e as referências listadas no final do artigo. Em caso de dificuldades para a formatação das referências de acordo com as normas de Vancouver sugere-se consultar o link: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (Como formatar referências bibliográficas no estilo Vancouver).

Agradecimentos

Quando pertinentes, serão dirigidos às pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.