



ISSN: 2595-1661

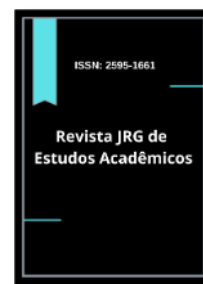
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Bloqueio do nervo supraescapular para tratamento da capsulite adesiva: uma revisão integrativa

Suprascapular nerve block for treatment of adhesive capsulitis: an integrative review

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2943

ARK: 57118/JRG.v9i20.2943

Recebido: 04/02/2026 | Aceito: 07/02/2026 | Publicado on-line: 10/02/2026

João Paulo Pimentel de Sousa¹

<https://orcid.org/0009-0008-9199-2768>

<http://lattes.cnpq.br/1925571226738383>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: joao.pimentel@discente.ufma.br

Jomar Diogo Costa Nunes²

<https://orcid.org/0000-0002-3021-1509>

<http://lattes.cnpq.br/1239440266493234>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: jomar.diogo@ufma.br

Plínio da Cunha Leal³

<https://orcid.org/0000-0003-1336-8528>

<http://lattes.cnpq.br/2150178332757393>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: plinio.cunha@ufma.br

Caio Marcio Barros de Oliveira⁴

<https://orcid.org/0000-0002-5068-9067>

<http://lattes.cnpq.br/0001905160565576>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: caio.marcio@ufma.br

Ed Carlos Rey Moura⁵

<https://orcid.org/0000-0002-7752-0683>

<http://lattes.cnpq.br/1952516967110832>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: ed.carlos@ufma.br



¹ Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão; Mestrando em Saúde do Adulto pela Universidade Federal do Maranhão.

² Graduado em Farmácia; Mestre em Saúde Materno-Infantil pela Universidade Federal do Maranhão; Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Maranhão.

³ Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão; Mestre em Ciências Cirúrgicas Interdisciplinar pela Universidade Federal de São Paulo; Doutor em Ciências Cirúrgicas Interdisciplinar pela Universidade Federal de São Paulo.

⁴ Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão; Mestrado em Medicina (Cirurgia Cardiovascular) pela Universidade Federal de São Paulo; Doutor em Ciências Médicas e Biológicas pela Universidade Federal de São Paulo.

⁵ Graduado em Medicina pela Universidade de Brasília; Mestre em Ciências Cirúrgicas Interdisciplinar pela Universidade Federal de São Paulo; Doutor em Ciências Cirúrgicas Interdisciplinar pela Universidade Federal de São Paulo.



Resumo

A capsulite adesiva (CA) ou ombro congelado é uma condição inflamatória caracterizada por rigidez do ombro, dor e perda significativa da amplitude de movimento. O bloqueio do nervo supraescapular (BNSE) pode ser utilizado como tratamento para a CA fornecendo anestesia e analgesia ao ombro. O objetivo do estudo foi analisar a eficácia das intervenções com BNSE no tratamento do ombro com CA. METODOLOGIA: O trabalho é uma revisão de literatura integrativa de ensaios clínicos. A pesquisa foi realizada por meio das bases de dados eletrônicas LILACS, SciELO e PubMed, constando pesquisas entre 2021 a 2026. Foram selecionados artigos publicados na língua portuguesa, espanhola e/ou inglesa. RESULTADOS: Foi obtida uma amostra de 17 artigos. A maioria demonstrou que a associação do BNSE com outras intervenções como injeção intra-articular de corticoides e fisioterapia apresentam boa resposta no controle da dor e garantem maior amplitude de movimento do ombro acometido. CONCLUSÃO: A combinação do BNSE com outras intervenções terapêuticas pode ser uma estratégia mais interessante para o tratamento da CA do que o BNSE isoladamente.

Palavras-chave: Capsulite adesiva, tratamento, bloqueio de nervo

Abstract

Adhesive capsulitis (AC) or frozen shoulder is an inflammatory condition characterized by shoulder stiffness, pain, and significant loss of range of motion. Suprascapular nerve block (SSNB) can be used as a treatment for AC by providing anesthesia and analgesia to the shoulder. The aim of this study was to analyze the efficacy of SSNB interventions in the treatment of shoulder with AC. METHODOLOGY: This is an integrative literature review of clinical trials. The research was carried out through the electronic databases LILACS, SciELO and PubMed, consisting of research between 2021 and 2026. Articles published in Portuguese, Spanish and/or English were selected. RESULTS: A sample of 17 articles was obtained. Most of them demonstrated that the association of the SSNB with other interventions such as intra-articular injection of corticosteroids and physical therapy presents a good response in pain control and ensures greater range of motion of the affected shoulder. CONCLUSION: The combination of SSNB with other therapeutic interventions may be a more interesting strategy for the treatment of AC than SSNB alone.

Keywords: Adhesive capsulitis, treatment, nerve block.

1. Introdução

A capsulite adesiva (CA) ou ombro congelado é uma condição inflamatória caracterizada por rigidez do ombro, dor e perda significativa da amplitude de movimento. Com prevalência de aproximadamente 2% a 5% na população geral, idade média de início entre 40 e 60 anos, predominância ligeiramente maior no sexo feminino e de fisiopatologia exata ainda desconhecida (ST ANGELO; TAQI e FABIANO, 2023). O diagnóstico é feito com base no exame físico, mas pode ser complementado por diagnóstico por imagem. O manejo não cirúrgico é a base do tratamento porque a doença é autolimitada. No entanto, alguns pacientes podem necessitar de intervenção cirúrgica (RICCI, 2021).

A CA tem três fases sobrepostas: a fase dolorosa (normalmente com duração de 2 a 9 meses) associada à perda progressiva simultânea de movimento; a fase congelada (normalmente com duração de 4 a 12 meses) caracterizada por restrição considerável na



amplitude de movimento e a fase de descongelamento que pode durar de 12 a 36 meses (BRUN, 2019).

Os objetivos do tratamento são aliviar a dor, melhorar os movimentos, reduzir a duração dos sintomas e facilitar o retorno às atividades habituais. As opções incluem “vigilância ativa”, medicação oral, exercício, fisioterapia, injeção intra-articular, hidrodistensão, manipulação sob anestesia e liberação capsular artroscópica. Até o momento, nenhuma intervenção terapêutica é universalmente aceita como mais eficaz e não há consenso sobre o manejo geral da doença nem a sequência em que os tratamentos devem ser oferecidos (DENNIS et al, 2010).

Durante os estágios iniciais e mais dolorosos da CA, o objetivo mais importante do tratamento é diminuir a dor debilitante (DIAS, CUTTS e MASSOUD, 2005). O nervo supraescapular é conhecido por proporcionar cerca de 70% de sensação a articulação do ombro, articulação acromioclavicular, ligamento coracoumeral e bursa subacromial. Além disso, o seu ramo motor supre os músculos supraespinhal e infraespinhal (BAE; KIM e LIM, 2019).

A primeira vez que o bloqueio do nervo supraescapular (BNSE) foi descrito como tratamento para a CA foi em 1992 por Wassef. Desde então, várias pesquisas demonstraram que o BNSE é seguro e eficaz. No entanto, muitos estudos recrutam pacientes com capsulite em estágios avançados (mais de 6 meses) ou usam uma combinação do BNSE com injeções de corticóides (SCHILTZ et al, 2022).

O BNSE pode ser utilizado como tratamento para a CA fornecendo anestesia e analgesia ao ombro. Esse procedimento geralmente é realizado como alternativa ao bloqueio do plexo braquial interespalênico, que rotineiramente causa paralisia hemidiafragmática por meio do bloqueio do nervo frênico (SCHOENHERR; FLYNN e DOYAL, 2023). O objetivo do presente estudo foi analisar a eficácia das intervenções com BNSE no tratamento do ombro de pacientes com CA.

2. Metodologia

Estratégia de busca na literatura

Essa revisão foi conduzida de acordo com o International Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines. Pesquisas eletrônicas foram realizadas usando o National Library of Medicine (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) em janeiro de 2026. Para alcançar o máximo de sensibilidade na estratégia de busca, usou-se os descritores “adhesive capsulitis”, “suprascapular nerve blocks” e “treatment”, obtidos da MeSH (Medical Subject Headings).

Crerérios de seleção

Estudos elegíveis para esta revisão incluíam a língua inglesa, espanhola e portuguesa. Foram selecionados artigos publicados de 2021 a 2026. Estudos incluídos eram obrigados a terem realizado alguma intervenção com bloqueio do nervo supraescapular (BNSE) em pacientes com capsulite adesiva (CA) em qualquer fase da doença. Apenas estudos a partir de dados originais foram incluídos. Resumos, relatos de caso, revisões, estudos retrospectivos, editoriais e estudos qualitativos foram excluídos.

Avaliação qualitativa dos estudos incluídos

Dois revisores (A e B) julgaram de forma independente a qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão. A qualidade dos estudos foi avaliada em quatro domínios diferentes: “tipo de estudo”, “representatividade da amostra”, “qualidade da



descrição da intervenção realizada e fatores de confusão” e “averiguação da eficácia do tratamento”. Quaisquer discrepâncias relativas aos julgamentos do autor foram encaminhadas a um terceiro revisor (C) e resolvidas por consenso. O International Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) checklist foi usado para avaliar a qualidade dos estudos.

Dados extraídos

Os dados foram extraídos a partir de textos, tabelas e figuras de todos os artigos incluídos no estudo. Todos os artigos elegíveis e apresentando qualidade foram lidos na íntegra. Foram registradas informações sobre o desenho dos estudos, o número de participantes, o momento em que foram realizados os procedimentos, a eficácia do tratamento e o tempo de acompanhamento após as intervenções. As informações foram inseridas em planilhas do Excel e as referências foram gerenciadas pelo programa EndNote.

Etapas de seleção

Os procedimentos foram organizados seguindo o International Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines: no primeiro momento de investigação realizou-se um levantamento de estudos com os descritores propostos nas bases de dados anteriormente mencionadas; em um segundo momento, foi verificado se haviam estudo em duplicata para serem removidos; na etapa seguinte ocorreu uma leitura e seleção criteriosa dos estudos a partir do título e resumo e formação de um banco de dados sistematizado. Na etapa de elegibilidade, os estudos selecionados foram lidos na íntegra e armazenados em novo banco de dados. Na etapa de inclusão, os estudos foram debatidos conforme a literatura pertinente, no sentido de estabelecer consensos de pontos divergentes na literatura e produzir um resumo crítico sintetizando as informações disponibilizadas pelos artigos incluídos.

3. Resultados

A busca inicial na base de dados resultou em 36 estudos potencialmente elegíveis para a revisão. Dois revisores independentes (A e B) conduziram o processo de triagem para identificar os estudos elegíveis. Um artigo em duplicata foi removido. Inicialmente, revisores A e B avaliaram títulos e resumos dessas publicações. Após seleção através dos resumos foram selecionados 17 estudos para leitura na íntegra pelos dois revisores independentes (Figura 1).

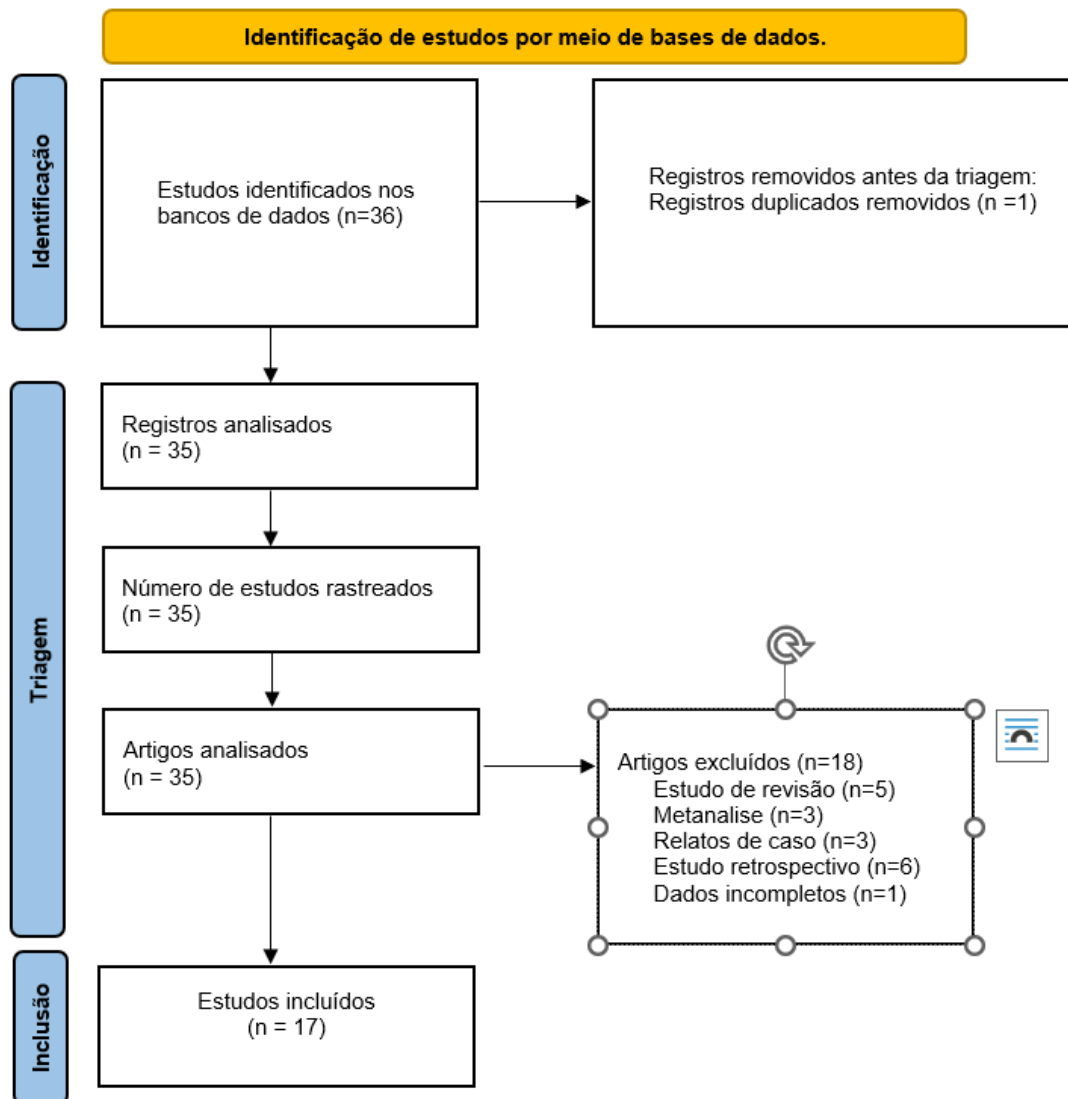


Figura 1. Representação gráfica do processo de seleção dos artigos científicos.

A tabela 1 caracteriza os estudos incluídos nesta revisão. Quanto ao desenho dos estudos que compõem a amostra desta revisão a maioria era ensaios clínicos duplo-cegos randomizados 15 (83,3%). O estudo com maior n amostral foi o de Medeiros-Filho et. al. (2025) com 182 participantes. Somente um estudo, o de Schiltz et al. (2022) avaliou o BNSE isolado comparando-o com o placebo. Todas as demais pesquisas realizaram intervenções combinadas, seja com outros métodos invasivos como injeção intra-articular de corticoide ou com procedimentos não invasivos como fisioterapia.



Tabela 1. Estudos selecionados para a leitura na íntegra com as informações do tipo de estudo, número de participantes e tipo de intervenção.

Autor/Ano	Tipo de estudo	Participantes totais do estudo	Tipo de intervenção e número de participantes em cada grupo
Wu et al., 2025	Estudo de coorte prospectivo	60	Radiofrequência pulsada nos nervos supraescapular e axilar: 30 Bloqueio dos nervos supraescapular e axilar: 30
Medeiros-Filho JF et. Al, 2025	Ensaio clínico duplo-cego randomizado	182	Bloqueio do nervo supraescapular e fisioterapia: 69 Apenas fisioterapia: 113
Sarı et al., 2025	Ensaio clínico duplo-cego randomizado	60	Bloqueio do nervo supraescapular:30 Injeção intra-articular de corticoide: 30
Elsaman et al., 2025	Ensaio clínico duplo-cego randomizado	56	Bloqueio do nervo supraescapular: 22 Hidro dilatação intra-articular posterior: 19 Hidro dilatação do intervalo interarticular: 15
Fernandes et al., 2025	Ensaio clínico duplo-cego randomizado	17	Bloqueio do nervo supraescapular com 10 mL de bupivacaína: 7 Bloqueio do nervo supraescapular com 5 mL de bupivacaína: 10
Lin et al., 2024	Ensaio clínico duplo-cego randomizado	76	Injeções intra-articulares de corticosteroides: 38 Bloqueio do nervo supraescapular: 38
Mülkoğlu et al., 2024	Ensaio clínico duplo-cego randomizado	48	Hidro dilatação do ombro associado a bloqueio no nervo supraescapular: 24 Bloqueio no nervo supraescapular isoladamente: 24
Elango et al., 2024	Ensaio clínico randomizado	96	Fisioterapia combinada com injeção intra-articular de corticoide: 32 Bloqueio do nervo supraescapular: 32 Apenas fisioterapia (controle): 32
Abodonya et al., 2023	Ensaio clínico duplo-cego randomizado	60	Bloqueio do nervo supraescapular com terapia a laser: 20 Bloqueio do nervo supraescapular isolado: 20 Terapia a laser isolada: 20
Jadon et al. 2023	Ensaio clínico duplo-cego randomizado	96	Bloqueio do nervo supraescapular seguido de fisioterapia: 48 Fisioterapia isolada: 48
Shanahan et al., 2022	Ensaio clínico duplo-cego randomizado	54	Injeção intra-articular de corticoide e fisioterapia com bloqueio do nervo supraescapular: 27 Injeção intra-articular de corticoide e fisioterapia: 27
Mardani-Kivi et al., 2022	Ensaio Clínico Aberto	97	Fisioterapia isolada: 34 Injeção intra-articular de corticosteroide associada à fisioterapia: 32 Bloqueio do nervo supraescapular: 31
Schiltz et al., 2022	Ensaio clínico duplo-cego randomizado	35	Bloqueio do nervo supraescapular: 19 Placebo (solução salina): 16
Haque et al., 2021	Ensaio clínico duplo-cego randomizado	86	Bloqueio do nervo supraescapular: 43 Injeção intra-articular de corticoide: 43



Mardani-Kivi et al., 2022	Ensaio clínico não randomizado	97	Bloqueio do nervo supraescapular com fisioterapia: 31 Injeção intra-articular de corticoide com fisioterapia: 32 Fisioterapia isolada: 34
Gencer et al., 2021	Ensaio clínico duplo-cego randomizado	38	Bloqueio do nervo supraescapular e injeção intra-articular de corticoide: 19 Injeção intra-articular de corticoide: 19
Bae et al., 2021	Ensaio clínico duplo-cego randomizado	47	Bloqueio do nervo supraescapular guiado por ultrasson por abordagem proximal: 23 Bloqueio do nervo supraescapular guiado por ultrasson por abordagem distal: 24

Em relação a eficácia do tratamento e os principais resultados, a maioria dos estudos demonstram que as intervenções realizadas promoveram melhor controle da dor, dados avaliados seja por meio da redução da pontuação na escala de dor ou pelo menor consumo de analgésicos, além de proporcionarem maior amplitude de movimento do ombro acometido. Somente o estudo de Schiltz et al. (2022) concluiu que o BNSE isolado não demonstrou um resultado melhor do que injeção de solução salina na reabilitação das funções do ombro, amplitude de movimento e redução da dor na CA subaguda.

A tabela 2 detalha a eficácia do tratamento e os principais resultados encontrados em cada estudo.

Tabela 2. Estudos selecionados para a leitura na íntegra com dados de eficácia do tratamento e principais resultados

Autor/Ano	Eficácia do tratamento	Principais resultados
Wu et al., 2025	Tanto a radiofrequência pulsada nos nervos supraescapular e axilar quanto o BNSE e bloqueio do nervo axilar são eficazes no tratamento da CA.	O efeito da radiofrequência pulsada na redução da dor no ombro foi semelhante ao do BNSE e bloqueio do nervo axilar, mas a radiofrequência foi superior aos bloqueios nervosos na melhoria da abdução do ombro e da rotação externa.
Medeiros-Filho JF et. Al, 2025	O BNSE seriado não foi estatisticamente superior na melhoria dos parâmetros medidos em comparação ao grupo controle para o tratamento da CA.	Não houve diferença estatística entre os 2 grupos no início do estudo e em 2, 4 e 6 meses para todas as pontuações avaliadas.
Sarı et al., 2025	A eficácia das técnicas no tratamento da CA foi semelhante.	Os escores índice de dor e incapacidade no ombro (amplitude de movimento ativa e passiva) foram semelhantes no BNSE e nas técnicas de injeção intra-articular de corticoide.
Elsaman et al., 2025	O BNSE é recomendado para pacientes com sintomas de dor.	O BNSE é recomendado para pacientes com sintomas de dor quando comparado com a hidrodilatação intra-articular.
Fernandes et al., 2025	Pacientes de ambos os grupos de intervenção apresentaram a mesma eficácia no tratamento da CA.	O volume de 5 mL não é menos eficaz que 10 mL na realização do BNSE no tratamento da CA.



Lin et al., 2024	Pacientes com CA apresentam melhora clínica pelo BNSE ou pela injeções intra-articulares de corticosteroides.	Ambos os grupos apresentaram melhorias significativas em todas as medidas de desfecho, exceto na subescala de saúde geral.
Mülkoğlu et al., 2024	Tanto o BNSE associado à hidrodistensão quanto o bloqueio isoladamente proporcionam melhora clínica significativa.	Na comparação entre as medidas do início do estudo e do terceiro mês, observou-se que todos os parâmetros apresentaram melhora significativa em ambos os grupos
.Elango et al., 2024	A injeção intra-articular de corticoide e o BNSE melhora os escores de dor.	A adição do BNSE combinado com esteroide intra-articular não demonstrou diferença clinicamente significativa.
Abodonya et al., 2023	Pacientes que realizaram a terapia a laser com BNSE apresentaram maior amplitude de movimento do ombro.	A combinação de ambas as modalidades de intervenção tem efeitos benéficos no tratamento da CA.
Jadon et al., 2023	Pacientes que realizaram o BNSE com fisioterapia apresentaram maior amplitude de movimento do ombro.	Houve redução na dor em todos os períodos de observação. Porém apenas no grupo que realizou o BNSE houve melhora da amplitude dos movimentos assim como menor consumo de analgésicos.
Shanahan et al., 2022	Pacientes que realizaram a intervenção com BNSE apresentaram pontuações de dor reduzidas.	A amplitude de movimento melhorou em comparação com o grupo controle em todos os períodos de tempo analisados.
Mardani-Kivi et al., 2022	O BNSE é uma terapia eficaz que proporciona alívio da dor a longo prazo e aumento da mobilidade da articulação do ombro em pacientes com CA.	Alívio da dor e aumento da mobilidade da articulação do ombro foram observados tanto no BNSE quanto na injeção intra-articular de corticosteroide.
Schiltz et al., 2022	Pacientes que realizaram o BNSE não apresentaram um resultado melhor do que injeções salinas na reabilitação das funções do ombro.	Três BNSE sucessivos não forneceram um resultado melhor do que injeções salinas na reabilitação das funções do ombro, amplitude de movimento e redução da dor na CA subaguda.
Haque et al., 2021	Pacientes que realizaram o BNSE apresentaram aumento da tolerabilidade a dor para mobilização eficaz do ombro.	Tanto o BNSE quanto a injeção intra-articular de corticoides são modalidades eficazes para o tratamento da CA. Porém, o BNSE demonstrou menos efeitos adversos comparado com a injeção de corticoide.
Mardani-Kivi et al., 2022	Pacientes que realizaram o BNSE com fisioterapia apresentaram controle da dor satisfatório.	O BNSE é um método eficaz para o controle da dor e acelera a recuperação do movimento do ombro em pacientes com CA.
Gencer et al., 2021	Pacientes que realizaram a intervenção com BNSE apresentaram redução da dor de imediato.	O BNSE afetou positivamente o alívio imediato da dor e a melhora funcional após a intervenção; no entanto, não produziu nenhum benefício adicional a curto e longo prazo.
Bae et al., 2021	O BNSE guiado por ultrassom tanto na abordagem proximal quanto distal demonstrou redução da dor.	A abordagem proximal do BNSE guiado por ultrassom proporcionou resultados favoráveis a curto prazo em relação à melhora da dor e da função.

CA = capsulite adesiva; BNSE = bloqueio do nervo supraescapular.



4. Discussão

Os estudos realizados até o momento que examinam o papel do BNSE no tratamento da capsulite adesiva são limitados. Elaborar uma revisão de estudos clínicos sobre o BNSE no ombro congelado mostra-se uma tarefa desafiadora devido a alguns fatores como a longa duração e sobreposição das fases de acometimento da CA, às diferentes associações de intervenções terapêuticas realizadas e às diversas escalas de tempo utilizadas para a averiguação dos resultados.

A definição do momento de intervenção com o BNSE na CA variou bastante dentre os 17 artigos selecionados.

Um deles, Abodonya et al. (2023), não especificou na metodologia a duração dos sintomas dos pacientes que fizeram parte do estudo. Os demais, cada um estabeleceu critérios próprios de seleção quanto ao tempo de sintomatologia que variaram de no mínimo 2 semanas como o de Schiltz et al. (2022) até 12 meses de duração, vide Haque et al. (2021) e Jadon et al. (2023). Gencer et al. (2021) definiram que pacientes nos estágios mais tardios de CA seriam excluídos do estudo, visto seu objetivo ser avaliar os efeitos clínicos do BNSE nos estágios iniciais da enfermidade.

Os diferentes critérios de seleção quanto a duração da sintomatologia se justificam visto haver sobreposição de sintomas e um intervalo de tempo muito grande nas fases iniciais da CA. Cho e at. (2018) levantam a hipótese de que os estágios agudo e subagudo da CA estão relacionados a alterações inflamatórias teciduais mais expressivas, portanto uma variação muito grande no tempo que é realizado o BNSE pode resultar em respostas biológicas distintas.

Outro fator que deve ser considerado é a avaliação do BNSE isolado comparado com o bloqueio associadas a outras intervenções, invasivas ou não. O estudo de Schiltz et al. (2022) foi o único que divergiu dos demais quanto aos benefícios do BNSE como opção terapêutica para a CA. Os autores reforçam os achados de Dahan et al. (2000) de que o BNSE como tratamento isolado não é suficiente para induzir alterações significativas na função, dor e mobilidade do ombro em comparação com o placebo na fase subaguda.

Todos os demais estudos incluídos na revisão demonstraram efeitos benéficos da associação do BNSE com outras intervenções, corroborando os achados de Jung et al. (2019), de que a combinação do BNSE com a injeção de corticóides pode ser uma estratégia mais interessante para o tratamento da fase subaguda da CA do que o BNSE isoladamente.

O estudo de Schiltz et al. (2022) chega a conclusão que os seus achados negativos para redução da dor e aumento da amplitude de movimento após o BNSE isolado se justificam se forem levadas em considerações fatores como a história natural da CA, o momento de realização do bloqueio e o efeito placebo das injeções, que geralmente são ignorados ou mal estudados em outras pesquisas.

O acompanhamento pós-intervenção com o BNSE constitui um importante critério para adequada avaliação da eficácia do tratamento da CA. Nessa revisão, um estudo, o de Abodonya et al. (2023), não detalhou o período de seguimento dos participantes no pós-bloqueio. A maioria se concentrou em verificar o nível da dor e a amplitude de movimento em períodos de tempo a partir de 1 semana após o BNSE com intervalos que variavam de 2, 4, 6 e 8 semanas até um total de 12 vide Schiltz et al. (2022); Haque et al. (2021); e Mardani et al. (2022). Os outros três estudos estenderam o acompanhamento para períodos maiores: Jadon et al. (2023), até 6 meses; Shanahan et al. (2022), até 9 meses e Gencer et al. (2021), até 12 meses.

Segundo Neviaser e Hannafin (2010), em geral, a dor e a limitação da amplitude de movimento na CA atingem o pico 3 a 6 meses após o início dos sintomas, seguidos por



uma diminuição progressiva espontânea da dor, caracterizando o seu caráter autolimitado. Logo, um acompanhamento de longa duração como os realizados por Jadon et al. (2023), Shanahan et al. (2022) e Gencer et al. (2021) podem dar origem a vieses de confusão que colocam em risco a evidência dos benefícios encontrados nas intervenções realizadas.

5. Conclusão

Concluimos que são poucos os estudos que avaliam os efeitos do BNSE isolado no tratamento da CA visto haver fatores intrínsecos da enfermidade que dificultam a avaliação dos resultados esperados nessa modalidade de intervenção específica. Além disso, a maioria dos estudos recentes reafirma que a combinação do BNSE com a injeção intra-articular de corticóides e/ou com outras intervenções não invasivas como fisioterapia podem ser uma estratégia mais interessante para o tratamento da CA do que o BNSE isoladamente.

Referências

- Abodonya AM, Alrawaili SM, Abdelbasset WK. Evaluation of shoulder pain, disability, mobility, and quality of life in patients with adhesive capsulitis following suprascapular nerve block combined with low-intensity laser therapy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2023 Feb;27(3):845-851. doi: 10.26355/eurrev_202302_31176. PMID: 36808329.
- Bae KH, Kim HH, Lim TK. Proximal Approach of Ultrasound-guided Suprascapular Nerve Block: Comparison with Subacromial Steroid Injection. *Clin Shoulder Elb*. 2019 Dec 1;22(4):210-215. doi: 10.5397/cise.2019.22.4.210. PMID: 33330221; PMCID: PMC7714315
- Brun SP. Idiopathic frozen shoulder. *Aust J Gen Pract*. 2019 Nov;48(11):757-761. doi: 10.31128/AJGP-07-19-4992. PMID: 31722459.
- Cho CH, Song KS, Kim BS, Kim DH, Lho YM. Biological Aspect of Pathophysiology for Frozen Shoulder. *Biomed Res Int*. 2018 May 24;2018:7274517. doi: 10.1155/2018/7274517. PMID: 29992159; PMCID: PMC5994312.
- Dahan TH, Fortin L, Pelletier M, Petit M, Vadeboncoeur R, Suissa S. Double blind randomized clinical trial examining the efficacy of bupivacaine suprascapular nerve blocks in frozen shoulder. *J Rheumatol*. 2000 Jun;27(6):1464-9. PMID: 10852272.
- Dennis L, Brealey S, Rangan A, et al Managing Idiopathic Frozen Shoulder: A Survey of Health Professionals' Current Practice and Research Priorities. *Shoulder Elbow* 2010;2:294-300. doi:10.1111/j.1758-5740.2010.00073.x
- Dias R, Cutts S, Massoud S. Frozen shoulder. *BMJ*. 2005 Dec 17;331(7530):1453-6. doi: 10.1136/bmj.331.7530.1453. PMID: 16356983; PMCID: PMC1315655.
- Elango Y, S A, Swaminathan S, Govindaraj K, Nema S, Kumar N. Comparison of the analgesic efficacy of intra-articular steroid injections and its combination with suprascapular nerve block for adhesive capsulitis of the shoulder joint: a randomized clinical trial. *Reg Anesth Pain Med*. 2024 Dec 20;rapm-2024-105902. doi: 10.1136/rapm-2024-105902. Epub ahead of print. PMID: 39709187.
- Elsaman A, Abdelmageed S, Daifallah OS. Comparative efficacy of supra-scapular nerve block, posterior shoulder capsule hydro-dilatation, and shoulder interval hydro-dilatation in managing shoulder adhesive capsulitis. *Clin Rheumatol*. 2025 Aug;44(8):3309-3319. doi: 10.1007/s10067-025-07534-5. Epub 2025 Jun 18. PMID: 40533690; PMCID: PMC12289789.



- Fernandes MR. Suprascapular nerve blocks with 5 mL × 10 mL in the treatment of primary adhesive capsulitis: pilot study of clinical trial. *Musculoskelet Surg.* 2025 Mar;109(1):81-88. doi: 10.1007/s12306-024-00847-9. Epub 2024 Aug 7. PMID: 39112695.
- Gencer Atalay K, Kurt S, Kaplan E, Yağcı İ. Clinical effects of suprascapular nerve block in addition to intra-articular corticosteroid injection in the early stages of adhesive capsulitis: A singleblind, randomized controlled trial. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2021 Dec;55(6):459-465. doi: 10.5152/j.aott.2021.21071. PMID: 34967732.
- Haque R, Baruah RK, Bari A, Sawah A. Is Suprascapular Nerve Block Better Than Intra-articular Corticosteroid Injection for the Treatment of Adhesive Capsulitis of the Shoulder? A Randomized Controlled Study. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2021 Jun 30;23(3):157-165. doi: 10.5604/01.3001.0014.9152. PMID: 34187937.
- Jung TW, Lee SY, Min SK, Lee SM, Yoo JC. Does Combining a Suprascapular Nerve Block With an Intra-articular Corticosteroid Injection Have an Additive Effect in the Treatment of Adhesive Capsulitis? A Comparison of Functional Outcomes After Short-term and Minimum 1-Year Follow-up. *Orthop J Sports Med.* 2019 Jul 23;7(7):2325967119859277. doi: 10.1177/2325967119859277. PMID: 31384617; PMCID: PMC6651672.
- Jadon A, Sanyal S, Pavan S, Bakshi A, Bharadwaj A, Singh AP. Suprascapular Nerve Block (SSNB) improves the outcome in exercise based management of Primary Adhesive Capsulitis (PAC): A prospective randomized comparative study. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2023 Apr-Jun;39(2):195-200. doi: 10.4103/joacp.joacp_263_21. Epub 2022 Jan 11. PMID: 37564834; PMCID: PMC10410031.
- Lin YT, Kuo YC, Wu XN, Liu YF, Hsieh LF. Comparison of the Efficacy of Ultrasound-Guided Suprascapular Nerve Blocks and Intraarticular Corticosteroid Injections for Frozen Shoulder: A Randomized Controlled Trial. *Pain Physician.* 2024 Sep;27(7):415-424. PMID: 39353111.
- Mardani-Kivi M, Nabi BN, Mousavi MH, Shirangi A, Leili EK, Ghadim-Limudahi ZH. Role of suprascapular nerve block in idiopathic frozen shoulder treatment: a clinical trial survey. *Clin Shoulder Elb.* 2022 Jun;25(2):129-139. doi: 10.5397/cise.2021.00661. Epub 2022 May 16. PMID: 35698782; PMCID: PMC9185110.
- Medeiros-Filho JF, Lima DA, Conforto Gracitelli ME, Angeli Malavolta E, Nunes Oliveira W, Tabosa do Egito ES. Effectiveness of suprascapular nerve block associated with physiotherapy compared with physiotherapy isolated for treatment of adhesive capsulitis: a randomized controlled trial. *J Shoulder Elbow Surg.* 2026 Jan;35(1):254-260. doi: 10.1016/j.jse.2025.03.025. Epub 2025 Apr 28. PMID: 40306355.
- Mülkoğlu C, Tiftik T, Deniz AB, Kandaşoğlu H, Genç H. Additive effect of glenohumeral joint hydrodilatation applied in addition to suprascapular nerve blockage in patients with adhesive capsulitis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2024 Nov 22;25(1):945. doi: 10.1186/s12891-024-08082-w. PMID: 39578761; PMCID: PMC11583379.
- Neviaser AS, Hannafin JA. Adhesive capsulitis: a review of current treatment. *Am J Sports Med.* 2010 Nov;38(11):2346-56. doi: 10.1177/0363546509348048. Epub 2010 Jan 28. PMID: 20110457.
- Page, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Rev Panam Salud Publica.* 2022 Dec 30;46:e112. Portuguese. doi: 10.26633/RPSP.2022.112. PMID: 36601438; PMCID: PMC9798848.
- Ricci M. Adhesive capsulitis: A review for clinicians. *JAAPA.* 2021 Dec 1;34(12):12-14. doi: 10.1097/01.JAA.0000800236.81700.d4. PMID: 34772852.
- Sarı MH, Akdağ A, Hekim HH, Bilgilişoy-Filiz M. Comparison of the treatment efficacy of suprascapular nerve block and intra-articular shoulder injection techniques in patients



- diagnosed with adhesive capsulitis. PM R. 2025 May;17(5):505-512. doi: 10.1002/pmrj.13286. Epub 2024 Dec 2. PMID: 39620378.
- Schiltz M, Beeckmans N, Gillard B, DE Baere T, Hatem SM. Randomized controlled trial of suprascapular nerve blocks for subacute adhesive capsulitis. Eur J Phys Rehabil Med. 2022 Aug;58(4):630-637. doi: 10.23736/S1973-9087.22.07410-X. Epub 2022 May 16. PMID: 35575454; PMCID: PMC9987327.
- St Angelo JM, Taqi M, Fabiano SE. Adhesive Capsulitis. 2023 Aug 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 30422550.
- Schoenherr JW, Flynn DN, Doyal A. Suprascapular Nerve Block. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022. PMID: 35593863.
- Shanahan EM, Gill TK, Briggs E, Hill CL, Bain G, Morris T. Suprascapular nerve block for the treatment of adhesive capsulitis: a randomised double-blind placebo-controlled trial. RMD Open. 2022 Nov;8(2):e002648. doi: 10.1136/rmdopen-2022-002648. PMID: 36418088; PMCID: PMC9685228.
- Wu Y, Huang J, Zhang W, Tian S, Chen G. Comparison of combined suprascapular and axillary nerve pulsed radiofrequency and nerve block for the treatment of primary frozen shoulder: a prospective cohort study. Ann Med. 2025 Dec;57(1):2456692. doi: 10.1080/07853890.2025.2456692. Epub 2025 Feb 4. PMID: 39903488; PMCID: PMC11795753.