

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE**

GILVANO AMORIM OLIVEIRA

**IMPACTO DA ACUPUNTURA EM PORTADORES DE
EPILEPSIA DO LOBO TEMPORAL COM ESCLEROSE DE
HIPOCAMPO**

**CAMPINAS, SP
2019**

GILVANO AMORIM OLIVEIRA

**IMPACTO DA ACUPUNTURA EM PORTADORES
DE EPILEPSIA DO LOBO TEMPORAL COM
ESCLEROSE DE HIPOCAMPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Vida – PUC Campinas como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Dra. Glória Maria de Almeida Souza Tedrus.

**CAMPINAS
2019**

Ficha catalográfica elaborada por Adriane Carvalho CRB 8/9313
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

616.853
O48i

Oliveira, Gilvano Amorim

Impacto da acupuntura em portadores de epilepsia do lobo temporal com esclerose de hipocampo / Gilvano Amorim Oliveira. - Campinas: PUC-Campinas, 2019.

112 f.: il.

Orientador: Glória Maria de Almeida Souza Tedrus.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2019.

Inclui bibliografia.

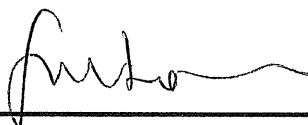
1. Epilepsia. 2. Qualidade de vida. 3. Acupuntura. I. Tedrus, Glória Maria de Almeida Souza. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação. III. Título.

CDD 616.853

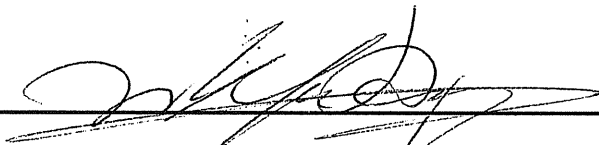
GILVANO AMORIM OLIVEIRA

**IMPACTO DA ACUPUNTURA EM PORTADORES DE
EPILEPSIA DO LOBO TEMPORAL COM ESCLEROSE DE
HIPOCAMPO**

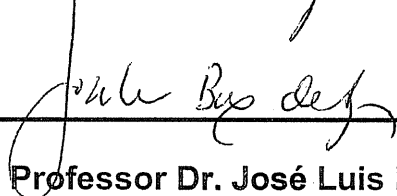
Banca Examinadora:



Professora Dra. Glória Maria de Souza Almeida Tedrus



Professor Dr. Wu Tsu Hsing



Professor Dr. José Luis Braga de Aquino

CAMPINAS, 2019

Dedicatória:

A Deus, o criador de todas as coisas e sustentáculo deste universo.

À Ana Consuelo Martins Lopes Oliveira. Amor, mais da metade deste trabalho é seu! Ter você a meu lado é o maior de todos os incentivos. NEOQAV!

A meus pais, Osdisson Amorim Oliveira e Maria Conceição Oliveira. Vocês são meu exemplo maior.

Aos meus sogros, Olney Basílio Silveira Lopes e Carmem Lúcia Martins Lopes, meus segundos pais. Obrigado pela acolhida de sempre!

Aos meus irmãos, Júnior, Josué, Patrícia, Sérgio, Samuel e João.

Ao vovô João Batista Martins de Sá *in memoriam*, meu mecenas.

Às minhas filhas, Juliane, Giovana e Ana Ruth. Ao meu genro Luan.

Agradecimentos:

A Deus. Sem Ele não haveria mestrado, nem dissertação, nem ideias, nem acupuntura, nem Gilvano... nem mesmo o nada sobreviveria sem Ele.

Ao grande amor de minha vida, Aninha. Obrigado por renunciar nossos momentos para trazer à luz meus sonhos. Obrigado pelo incentivo constante.

À Pontifícia Universidade Católica de Campinas pela bolsa capacitação.

Ao Prof. Lineu Correa Fonseca *in memoriam*. Nós sobrevivemos eternizados nas marcas que deixamos uns nos outros e na história que escrevemos com a pena de nossas paixões. Seu entusiasmo e sua resiliência não apenas deram vida a este programa de pós-graduação, quanto nos inspiram até hoje.

À minha querida Orientadora, Dra. Glória Maria de Almeida de Souza Tedrus, exemplo de sabedoria, fala mansa, serenidade, humildade, paciência, bom senso e cordialidade. Obrigado por transformar uma quimera, uma ideia tão primitiva de uma mente imaginativa em uma Pesquisa científica. Obrigado pela confiança, ainda quando o tempo era meu pior algoz. Obrigado pela renovação de ânimo a cada reunião.

À caríssima Profa. Dra. Luciana Nucci pelo auxílio tão paciente na análise estatística e tratamento de dados.

Ao ignoto portador de epilepsia do lobo temporal com esclerose de hipocampo. Obrigado por fazer de suas mazelas um contributo à ciência.

À Profa. Giovana Rosa De Gasperi pela ajuda tão pronta. Pequenos gestos podem fazer diferença para alguém.

Ao Prof. Júlio César Narciso Gomes por ensinar o "princípio do fio condutor", que me auxiliou na construção de meu texto.

Aos caríssimos professores do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da PUCCAMP.

Aos colegas do mestrado, Luara, Rodrigo, Karla, Augusto, Fran, Conceição, Celinha, Elisa, Telmo e Thaís. Amigos de caminhada que me ensinaram a viver o sentido da palavra “companheiro”, aquele com quem se divide o pão. Dividimos pães de alegrias, de lágrimas, de dores, de lutas, de conquistas e de aprendizado.

Aos meus alunos da graduação pelo apoio. Em particular aos alunos que se voluntariaram na Pesquisa IMPACT.

Aos professores, Dra. Glória Maria de Almeida Souza Tedrus, Dr. Wu TU Hsing e Dr. José Luis Braga de Aquino pela disponibilidade tão pronta para a composição da banca de defesa. Obrigado por aceitarem a difícil missão de ser buril e cinzel diante de minha pedra bruta.

Às professoras, Dra. Glória Maria de Almeida Souza Tedrus, Dra. Eliza Maria Donasílio Teixeira Mendes e Dra. Luciana Nucci pela composição da banca de qualificação. Seus conselhos ecoam até hoje.

Aos professores, Dr. André Nepomuceno, Dr. Sérgio Luiz Pinheiro, Dr. José Alexandre Mendonça, Dr. Sidney Brandão, Dra. Raquel Leal e Dr. José Meciano Filho pela disposição de serem suplentes das bancas de qualificação e defesa. Meu muito obrigado.

À enf. Fabiana Cristina Constantino Lau e às funcionárias Ivonete Maria de Oliveira Trindade, Maria Sueli D'Amico Silva e Elisângela Elorde Santos pela ajuda com os pacientes e prontuários.

Aos mestres Dr. Hong Jin Pai e Dr. Wu Tu Hsing por me ensinarem as primeiras letras em Medicina Tradicional Chinesa.

Ao dileto amigo, Dr. Carlos Henrique Soares Campos. Sua participação é de inestimável valor para minha trajetória acadêmica na PUC Campinas. Muito obrigado!

Ao Tio Bóris Bulaschoschi. Sua dor ensejou fatos que culminaram com este desfecho. Nunca me esquecerei disto!

À toda minha família. Obrigado por acreditarem e torcerem por mim.

Ao grande amigo, Daniel Zancanaro. Há amigos mais chegados que irmãos! Obrigado pela força de sempre.

À bibliotecária Mirian Teixeira pelo prestimoso auxílio.

**Agradecimento Especial aos alunos de Graduação em Medicina da
PPUCCAMP**

Isabella Casani Rech.

Rafael de Figueredo Torres Caivano.

Bárbara Romero Malkomes

Nathália Reis Sartori Barbosa

Márcia Santos Castanheira Pedrosa

Monise Martins Watanabe

Adriel Contessotto Meneghello

Marina Lima Mota Gaspar

Micaela Grandó

“Vocês tornaram possível a operação logística da pesquisa IMPACT. Obrigado por todo o auxílio. Parabéns pelo vívido interesse acadêmico e pela sede do saber. Nunca olvidem os princípios da Medicina Tradicional Chinesa. Sem eles, o agulhamento é mero agulhamento e a prescrição de acupuntura uma grotesca garatuja alopaticizada. Desejo muito sucesso na carreira acadêmica de vocês”

O SENHOR é o meu pastor, nada me faltará.

Deitar-me faz em verdes pastos, guia-me mansamente a águas tranquilas.

Refrigera a minha alma; guia-me pelas veredas da justiça, por amor do seu nome.

Ainda que eu andasse pelo vale da sombra da morte, não temeria mal algum,

porque tu estás comigo; a tua vara e o teu cajado me consolam.

Preparas uma mesa perante mim na presença dos meus inimigos, unges a minha

cabeça com óleo, o meu cálice transborda.

Certamente que a bondade e a misericórdia me seguirão todos os dias da minha

vida; e habitarei na casa do Senhor por longos dias.

Salmo 23

Resumo:

OLIVEIRA, G. A. 2019. IMPACTO DA ACUPUNTURA EM PORTADORES DE EPILEPSIA DO LOBO TEMPORAL COM ESCLEROSE DE HIPOCAMPO. 112f. Dissertação (mestrado). Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2019.

Introdução: Epilepsia frequentemente compromete a qualidade de vida (QV), particularmente aquelas epilepsias de difícil controle com crises epiléticas (CE) refratárias ao tratamento com drogas antiepiléticas tradicionais. Em adultos a epilepsia refratária mais prevalente é a epilepsia de lobo temporal com esclerose de hipocampo (ELT-EH). Na ELT-EH é frequente a ocorrência de depressão, distúrbios cognitivos, e outros comprometimentos psicossociais.

Objetivo: Avaliar a percepção da qualidade de vida (QV), de bem-estar, a presença de sintomas depressivos e a frequência das CE em indivíduos adultos com ELT-EH, submetidos a acupuntura, em um período de 10 semanas. Todos dados foram comparados aos de um grupo controle construído por indivíduos com ELT-EH, não submetidos a acupuntura.

Metodologia e procedimento: Foram avaliados 52 indivíduos com ELT-EH, 26 indivíduos foram submetidos a acupuntura (G. intervenção) e 26 indivíduos participaram da Pesquisa com grupo controle (GC) e não submetidos a acupuntura. Os indivíduos com ELT-EH foram submetidos a: Anamnese clínica; *Quality of Life in Epilepsy Inventory* (QOLIE-31); Inventário de depressão em transtornos neurológicos para epilepsia (IDTN-E) e índice de bem-estar. Os dados do QOLIE-31, IDTN-E, percepção do índice de bem-estar e a frequências das CE do G. intervenção foram comparados aos do GC. Para a análise estatística foram utilizados testes apropriados com nível de significância de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

Resultados: Não houve diferença significativa nos dados sociodemográficos quando comparados os indivíduos do G. Acupuntura com os do GC. Os indivíduos do G. intervenção tiveram de modo significativo maior idade no início da epilepsia quando comparada a do GC (Teste exato de Fischer; $p=0.017$). Os indivíduos do GC tiveram de modo significativo maior idade tempo de doença quando comparada a do G. intervenção (Teste exato de Fischer; $p=0.026$). Não

houve diferença significativa nos outros dados clínicos da epilepsia entre os grupos. Na primeira semana da avaliação foi observado que os indivíduos do GC apresentaram de modo significativo menor número de CE quando comparado ao do G. intervenção (n=16 (61,5%) vs n=5 (19,2%); p=0.002). Ao avaliar a ocorrência das CE durante as 10 semanas de estudo foi observado que no G. intervenção houve menor número de CE do que o GC, quando comparadas o período da 1ª a 5ª semanas, 6ª a 10ª semana e no período total entre a 1ª a 10ª semanas (Teste Krukall-Wallis). O G. intervenção apresentou de modo significativo melhor percepção de QV (escore total e nas dimensões: Bem-estar emocional, Efeito adverso de medicação e Funcionamento social) quando comparado ao do GC. Ao avaliar a QV (escore total) foi observado que o valor médio nas 10 semanas de seguimento o G. intervenção apresentou de modo significativo mais escores do que o GC (1ª semana: G. intervenção =42,1 (±16,9) vs GC = 46,6 (±6,2); 10ª semana: G. intervenção = 65 (±12,4) GC vs GC = 53,5 (±4,3); ANOVA; p<0.001). Os escores do IDTN-E foram diferentes e de modo significativo entre os grupos na 1ª semana de avaliação. Os indivíduos do G. intervenção pontuaram mais que o GC (1ª semana: G. intervenção =16,1 (±4,4) vs GC = 13 (±2,9); teste t de student; p=0.005). Ao avaliar o escore total entre a 1ª semana e a 10ª semana de intervenção foi observado que de modo significativo houve redução dos escores no G. intervenção quando comparado ao do GC (ANOVA; p<0.001). No índice de bem-estar foi observado que de modo significativo os indivíduos do G. intervenção percebem maiores escores, mas de modo significativo nas semanas: 2ª, 3ª, 6ª, 8ª,9ª e 10.

Conclusão: Houve percepção de melhor QV e de bem-estar e redução dos sintomas depressivos e do número médio de crises epilépticas em um período de 10 semanas, nos indivíduos adultos com ELT-EH submetidos a acupuntura.

Palavras-chave: Epilepsia do lobo temporal. Qualidade de vida. Acupuntura.

Abstract:

OLIVEIRA, G. A. 2019. IMPACT OF ACUPUNCTURE ON TEMPORAL EPILEPSY WITH HIPPOCAMPAL SCLEROSIS. 112s. Thesis (Master's degree). Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2019.

Introduction:

Epilepsy often compromises quality of life (QOL), particularly those difficult-to-control epilepsies with epileptic seizures (ES) refractory to treatment with traditional antiepileptic drugs. In adults, the most prevalent refractory epilepsy is temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis (TLE-HS). In TLE-HS, depression, cognitive disturbances, and other psychosocial impairments are frequent.

Objectives: To evaluate the perception of quality of life (QOL), well-being, the presence of depressive symptoms and the frequency of ES in adult individuals with TLE-HS undergoing acupuncture over a 10-week period. All data were compared to those of a control group constructed by individuals with non-TLE-HS acupuncture.

Methodology and procedures: We evaluated 52 subjects with TLE-HE, 26 subjects underwent acupuncture (G. intervention) and 26 subjects participated in the control group (CG) research and not submitted to acupuncture. Subjects with TLE-HE underwent: Clinical history; Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE – 31); Depression inventory of neurological disorders for epilepsy (IDTN-E) and well-being index. Data from QOLIE – 31, IDTN-E, perception of well-being index, and frequencies of G. intervention EC were compared to CG. For statistical analysis appropriate tests were used with a significance level of 5%, ie $p < 0.05$.

Results: There was no significant difference in sociodemographic data when comparing G. Acupuncture and CG individuals. Intervention G. individuals were significantly older at the beginning of epilepsy when compared to CG (Fischer's exact test; $p = 0.017$). The individuals in the CG had significantly longer disease duration compared to the G. intervention (Fischer's exact test; $p = 0.026$). There was no significant difference in other clinical data on epilepsy between groups. In the first week of the evaluation, it was observed that the individuals from the

CG presented significantly lower number of ES when compared to the G. intervention ($n = 16$ (61.5%) vs $n = 5$ (19.2%); $p = 0.002$). When assessing the occurrence of ES during the 10 weeks of study, it was observed that in the G. intervention there was a smaller number of ES than the CG, when comparing the period from the 1st to the 5th weeks, the 6th to the 10th week and the total period between the 1st. the 10th week (Kruskal-Wallis Test). The G. intervention significantly improved QOL perception (total score and dimensions: Emotional Wellbeing, Adverse Medication Effect, and Social Functioning) when compared to the CG. When assessing QOL (total score), it was observed that the mean value at 10 weeks of follow-up G. intervention showed significantly increasing scores than the CG (1st week: G. intervention = $42.1 (\pm 16.9)$ vs CG = $46.6 (\pm 6.2)$; 10th week: G. intervention = $65 (\pm 12.4)$ vs CG = $53.5 (\pm 4.3)$; ANOVA; $p < 0.001$). The IDTN-E scores were significantly different between groups in the first week of evaluation. The individuals from the G. intervention scored higher than the CG (1st week: G. intervention = $16.1 (\pm 4.4)$ vs CG = $13 (\pm 2.9)$; student's t-test; $p = 0.005$). When assessing the total score between the 1st week and the 10th week of intervention, it was observed that there was a significant reduction in the G. intervention scores when compared to the CG (ANOVA; $p < 0.001$). In the well-being index it was observed that significantly the individuals of the intervention G. perceive higher scores, but significantly in the weeks: 2nd, 3rd, 6th, 8th, 9th and 10th.

Conclusion: There was a perception of better QOL and well-being and reduction of depressive symptoms and mean number of epileptic seizures over a 10-week period in adult individuals with TLE-HE undergoing acupuncture.

Key words: Temporal lobe epilepsy. Quality of life. Acupuncture.

Lista de ilustrações

Figura 1 – Corte de ressonância nuclear magnética	Pag. 36
Figura 2 – Ilustração do princípio Yin-Yang	Pag. 45
Figura 3 – Os cinco elementos	Pag. 46
Figura 4 – Os cinco elementos – relações de geração	Pag. 47
Figura 5 – Yang e Yin ao longo do dia	Pag. 48
Figura 6 – Fluxo de “Chi”	Pag. 48
Figura 7 – Quadro sinóptico de convulsões segundo MTC.....	Pag. 51
Figura 8 – Ponto IG4.....	Pag. 52
Figura 9 – Ponto VB13	Pag. 53
Figura 10 – Ponto F3,.....	Pag. 54
Figura 11 – Ponto DU20	Pag. 55
Figura 12 – Ponto HN3	Pag. 55
Figura 13 – Fluxo dos indivíduos	Pag. 68

Lista de tabelas

Tabela 1 – Recusa de participação após contato inicial	Pag. 69
Tabela 2 – Distribuição dos indivíduos portadores de ELT-EH	Pag.71
Tabela 3 – Distribuição dos indivíduos efetivados e excluídos.	Pag.73
Tabela 4 – Distribuição dos indivíduos por grupos por coortes	Pag.74
Tabela 5 – Distribuição dos indivíduos por grupos por coortes finalizadas	Pag. 75
Tabela 6 – Distribuição dos indivíduos excluídos por coorte por grupo.....	Pag.76
Tabela 7 – Características sociodemográficas	Pag. 79
Tabela 8 – Características clínicas dos indivíduos	Pag.82
Tabela 9 – Ocorrências de crises epilépticas	Pag.83
Tabela 10 – Médias das crises epilépticas semanais	Pag. 84
Tabela 11 – Sinopse dos eventos epilépticos	Pag. 85
Tabela 12 – Escore total e por categorias do QUOLIE 31	Pag. 87
Tabela 13 – Escore IDTN-E total e parciais por questões	Pag. 90
Tabela 14 – Distribuição do escore IDTN-E segundo cut-off para sintomas depressivos	Pag. 91
Tabela 15 – Comparativo sinóptico escores totais médios IDTN-E e QUOLIE 31	Pag. 91
Tabela 16 – Média do índice de bem-estar	Pag. 93

Lista de gráficos

- Gráfico 1 – comportamento gráfico do IDTN-E Pag. 92
- Gráfico 2 – Comportamento do índice de bem-estar ao longo de dez
semanas Pag. 94
- Gráfico 3 – Comportamento do índice de bem-estar com disposição
em reta Pag. 95

Lista de abreviaturas e siglas usadas neste texto

BES – bem-estar subjetivo.

CA1 – área do corpo de amon no hipocampo.

CA4 – área do Corno de Amon no hipocampo

CE – crise epiléptica.

CG – control group

DAE – droga antiepiléptica.

Dp – desvio padrão.

DU20 – Du mai 20. Ponto de acupuntura.

EEG – eletroencefalograma

EH – esclerose do hipocampo.

ELT – epilepsia do lobo temporal.

ELT-EH – epilepsia do lobo temporal com esclerose de hipocampo.

ES – epileptic seizures

F3 – fígado 3. Ponto do meridiano do fígado.

G. – grupo

G. intervenção – grupo intervenção.

G. intervention – Intervention group

GC – grupo controle.

HE – Hippocampal sclerosis

HN3 – Head neck 3. Ponto extraordinário de acupuntura.

IDTN-E – Inventário de depressão

IDTN-E – Inventário de depressão – depression inventory of neurological disorders for epilepsy.

IG4 – ponto de acupuntura do meridiano do intestino grosso.

ILAE – International league Against Epilepsy.

IMPACT – corruptela de Impacto da Acupuntura em Portadores de Epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo.

N – número de indivíduos.

NDDI-E – Neurological Disorders Depression Inventory for epilepsy

OMS – organização mundial de saúde.

Pesquisa IMPACT – denominação dada à esta Pesquisa.

p-valor – significância estatística.

QUOL – quality of life.

QOLIE 31 – quality of life in epilepsy inventory

QV – qualidade de vida

SUS – Sistema Único da Saúde

TLE – temporal lobe epilepsy.

TLE – temporal lobe epilepsy. BES – bem-estar subjetivo.

Vs – versus

Lista de Anexos

Anexo I – Termo de consentimento Livre e esclarecido.

Anexo II – Ficha Clínica.

Anexo III – QOLIE 31

Anexo IV – IDTN-E.

Anexo V – Ficha de Acompanhamento.

Anexo VI – Médias IDTYN-E e QOLIE 31 de 2 indivíduos auriculo e auriacupuntura.

Anexo VII – Crises epilépticas semanais e índice de bem-estar auriculo e auriacupuntura.

Anexo VIII – Dados da primeira aferição dos indivíduos excluídos.

Anexo IX – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética.

Anexo X – gráfico de distribuição dos indivíduos segundo índice de bem-estar.

Anexo XI – Escala de Auto-avaliação de Cantril

Sumário	Pag.
Introdução	20
Preâmbulo	20
Epilepsias	32
Definição	32
Epidemiologia da epilepsia	34
Classificação da ILAE	34
Epilepsia do lobo temporal	35
Implicações psicossociais da epilepsia do lobo temporal e estigmatização	38
Qualidade de vida e epilepsia	39
Tratamento clínico da ELT-EH	40
Tratamento cirúrgico da ET-EH ,	42
Tratamento alternativo	43
Acupuntura e epilepsia	44
As bases da medicina tradicional chinesa	45
Epilepsia e MTC	49
Pontos de acupuntura e epilepsia	50
Pontos de acupuntura desta Pesquisa	51
Objetivos	56
Objetivo geral	56
Objetivos específicos	56
Materiais e métodos ,	56
População da Pesquisa	57
Critérios de inclusão	57
Critérios de exclusão	57
Variáveis do estudo	57
Instrumentos de coleta	59
O problema	59
Hipótese Inicial	60
Casuística e Procedimentos	64
Metodologia estatística	65

Resultados	66
Generalidades	66
Perfil sócio-demográfico	77
Perfil clínico dos participantes	79
Frequência de crises como parâmetro de avaliação.....	83
Escore Quolie 31 como parâmetro	85
IDTN-E como parâmetro	88
Índice de bem-estar como parâmetro	92
Discussão	96
Conclusão	103
Referências bibliográficas	104
Anexos	

Introdução:
Preâmbulo:

Nesta sessão textual incipiente, antes do mergulho na introdução propriamente dita, trazemos à baila algumas confabulações cuja exploração preparará o leitor para a jornada da leitura. São inquietações iniciais cujo conhecimento fará o leitor ter uma visão sinérgica à visão do Pesquisador. O termo "preâmbulo" como vernáculo da língua portuguesa deriva do latim *praeambulus*, que significa "o que caminha à frente" (NETO, 2010). Com esta ideia de caminhar à frente, desbravando o caminho para o leitor, é que gostaríamos de entabular conversação de temas cujo referencial conceitual deve ser resgatado.

Como soe ser em qualquer material literário, inclusive no texto científico, o título de uma obra é de vital importância. É a manifestação do exercício de síntese da mensagem textual, habitualmente em uma ou duas linhas. É uma espécie de anúncio que deve encantar o leitor e o levar à integralidade do texto (MENEGASSI; AFONSO, 2000). O título é a primeira parte do texto a ser lida, um elemento altamente estratégico, vinculante ao corpo do texto. Longe de ser recurso poético, mero arabesco literário ou simplesmente elemento obrigatório, quisemos que o título deste trabalho cumprisse papel de comunicar uma mensagem. Seguindo o pensamento de Coracini (JOS; FERNANDES, 2010), o título deste trabalho tem por vocação ser sinóptico, subjetivo, anafórico (na medida em que nasceu depois do texto) e catafórico (na medida em que é lido antes do texto). Esta vocação deve cumprir papel de ser soleira que, quiçá, leve o leitor ao alpendre do resumo e deste o conduza até o recôndito do corpo textual. Sendo o título saturado de subjetividade e tendo por missão encantar o leitor e publicitar um evangelho científico, há necessidade de uma comunicação precisa e enxuta (BAVDEKAR, 2016). Na construção do título nos esmeramos na escolha das palavras. A origem de uma palavra ou expressão nos faz aproximar de um encadeamento de fatos histórico-sociais, cujo âmago simbólico pode ser conceitual em si mesmo. Assim, escolhemos a palavra "impacto" em meio a sinônimos e termos afins. O termo "impacto" vem do latim "*impactus*", participio passado de "*impingere*", com sentido de "empurrar contra, bater". O termo traz a ideia de choque de dois corpos, estando, pelo menos um deles,

em movimento (SERGIPE, 2019). Em decorrência do choque se observa dois fenômenos, a deformação e a mudança de trajetória. Ao decidir empregar este termo em nosso epíteto, nossa provocação acadêmica incide exatamente na intenção de se chamar a atenção para a possibilidade de uma espécie de “plastia morfológica” na história natural da epilepsia do lobo temporal com esclerose de hipocampo (ELT-EH) pela acupuntura e, ainda mais, diante da “trajetória” do indivíduo portador desta condição, avaliar que tipo de mudança de direção se pode observar com a intervenção da acupuntura. Interessante é notar, de pronto, ainda que este não seja o momento de se estabelecer fórum para esta causa, que a ELT-EH impõe ao indivíduo que dela padece um profundo acometimento e uma complexa apresentação estigmática cuja morfologia inclui profundo acometimento biopsicossocial e cuja trajetória o marginaliza social e economicamente (CUNHA, 2011). A natureza nosológica da ELT-EH e o estigma a ela imposto são a mola propulsora de grande desinserção social e perda de qualidade de vida (HOPKER et al., 2017). Nosso objetivo neste texto é demonstrar que efeitos (se é que efeitos há) a acupuntura como intervenção pode trazer a portadores de ELT-EH, daí a escolha do termo “impacto”.

Por que estudar epilepsia e acupuntura? A decisão por epilepsia como área de nossa Pesquisa no mestrado também merece um reparo neste afã de preambular. Uma simples análise de nosso currículo demonstrará que não temos especialização em neurologia, nem muito menos, experiência com epilepsia. Por que, então, estudar epilepsia? Seria resultado de um arranjo circunstancial? De certo que não!

A escolha de um tema de Pesquisa não é decisão fácil no mestrado. Ao contrário do doutorado ou do pós-doutorado, em que o Pesquisador já se encontra imerso em uma área de Pesquisa e melhor afeito ao mundo da investigação científica, o mestrado marca um tempo de cisão com a graduação, em que o ingressante se vê, sob a premência de prazos acadêmicos, obrigado à escolha de um tema de Pesquisa, diante do fascínio da amplidão do conhecimento científico e de sua própria falta de referenciamento. O estribo da escolha de um tema de Pesquisa passa por valores pessoais do Pesquisador e por sua relação com o universo do conhecimento científico que detém (FERREIRA; CALVOSO; GONZALES, 2002). Dentre as premissas que devem

nortear o mote a ser estudado, deve figurar a independência, a criatividade, a originalidade e a relação com o cotidiano do Pesquisador (MARIA; CINTRA, 1982). Desde a especialização em acupuntura e medicina tradicional chinesa, tem nos interessado a acupuntura em sua relação com fenômenos neuropsicológicos. Foi assim que escrevemos, à quisa de trabalho de conclusão do curso de especialização em Acupuntura na Universidade de São Paulo - USP, uma revisão de literatura acerca dos efeitos da acupuntura na acomodação do olho humano, seguida de publicação de um relato de caso em forma de artigo científico (OLIVEIRA, 2018). Mesmo não tendo formação em neurologia, decidimos por estudar epilepsia por enxergar nesta patologia um universo de manifestações neuropsicológicas, muito além dos eventos das crises epiléticas. Dentre estas manifestações, destacamos os aspectos afetivos, a ocorrência de sintomas depressivos, as perturbações de sono, as dificuldades de aprendizado, os problemas de relacionamento e a desinserção social. Diante das multiformes apresentações clínicas da epilepsia, decidimos pela epilepsia do lobo temporal com esclerose de hipocampo (ELT-EH) por enxergar nesta patologia potencial a ser explorado acerca de eventuais efeitos da acupuntura, por nela se adensarem os aspectos elencados, somando-se aos tais a alta frequência de eventos críticos epiléticos e a dificuldade de controle clínico. Segundo registros da literatura parece haver certa especificidade da acupuntura como opção terapêutica em condições clínicas que envolvam dor (ANTÔNIO; SANDRO; CHAVES, 2019), estresse (SOUSA, 2019), distúrbios de afetividade (BELASCO; PASSINHO; VIEIRA, 2018), e sintomas depressivos (CASTRO, 2011).

Outro aspecto que merece consideração preliminar é a escolha da acupuntura como modalidade de intervenção neste estudo. Aqui ainda não se trata de espaço para discutir a acupuntura enquanto modalidade terapêutica, mas tão somente aclarar as razões da escolha de acupuntura como forma de intervenção em ELT-EH. Note-se que, se por um lado a ciência médica hodierna se vê desafiada pela ELT-EH como uma condição clínica crônica, incapacitante e marcadamente promotora de agravo biopsicossocial e estigma (TEDRUS; STERCA; PEREIRA, 2017), por outro lado, as Pesquisas em ELT-EH tem galgado campos altaneiros como o dos marcadores genéticos (PITKÄNEN et al., 2019), conhecimento de proteínas específicas

(CASTAÑEDA-CABRAL et al., 2019) e da especificidade imagenológica da ressonância magnética (CAPIZZANO et al., 2018), dentre outros que poderíamos citar. Este dipolo formado pela complexidade nosológica da ELT-EH por um lado e o avanço das Pesquisas científicas por outro, parece criar um “ambiente inóspito” para se pensar em acupuntura como uma possível forma terapêutica para ELT-EH. Em um primeiro olhar, a acupuntura pode parecer ser eficaz apenas em analgesia (CUNHA et al., 2009). Pode parecer estranho e inadequado que uma técnica aparentemente obsoleta, surgida há mais de cinco mil anos das brumas da panaceia mística (ROCHA et al., 2015), possa ser pensada como terapia adjuvante em ELT-EH, inda que associada a tratamento convencional. Seria factível pensar em acupuntura numa era científica tão rigorosa (LIN, 2013) como a atual?

A história da acupuntura parece ser uma primeira resposta a estas indagações. Somente a veracidade de um modelo de pensamento em saúde-doença poderia fazê-lo sobrevivente ao longo do tempo. Esta sobrevivência associada à evidenciação científica crescente, como se verá adiante neste texto, afasta a acupuntura cada vez mais dos meandros dos sofismas e da penumbra mística e a insere no arsenal de terapias de reconhecimento científico. Além disto, O paradoxo da ELT-EH, ou seja, o avanço das descobertas científicas por um lado e o pequeno impacto destas descobertas na resolutividade ou curso clínico da doença por outro, expõe o cerne de um problema, a lacuna da cura (ANDER et al., 2018). A nosso ver, esta é a lógica do fenômeno de ressurgimento da acupuntura no cenário da medicina ocidental moderna, a saber, o desencanto pela medicina ocidental como forma terapêutica curativa em muitas áreas.

É notável a produção resultante da investigação médica no campo da bioquímica farmacológica (XAVIER; NETO, 2019), com a descoberta e fabricação de compostos notadamente eficazes (CARDOSO; OLIVEIRA; CARDOSO, 2019), cujas propriedades são capazes de alterar a fisiopatologia e até a evolução de determinadas doenças.

Os compostos químicos com propriedades farmacológicas (MORAIS, 2019) não são, no entanto, isentos de efeitos adversos, muitas vezes tão graves como a própria condição que propõem tratar. Por outro lado, a sistemática da medicina prescritora de tais drogas (BOAVENTURA et al.,

2019) perdeu a visão do organismo humano como um todo e do homem como ser holístico para se prestar ao cuidado pontual de um aspecto patológico (CASTELO-BRANCO; BRITO; FERNANDES-SOUSA, 2014)..

Apesar de promissores aspectos particulares, em que as descobertas são flagrante alvissareiro do advento de um novo tempo na prática médica, a medicina vive tempos medievais, às voltas com questão primitivas como “por que adoecemos?” (STERN, 2011) Ou “em que consiste essencialmente a cura?” (PAIVA, 2007). Como pressuposto filosófico axiomático da medicina, podemos postular que doenças curáveis são doenças cujos mecanismos etiológicos são plenamente conhecidas. Pensar assim desnuda em flagrante a precariedade da prática médica. É claro que avançamos neste sentido, mas o conhecimento etiológico hodierno é cheio de lacunas de desconhecimento. Portanto, se desconhecemos em essência a etiologia das doenças, logo o que praticamos é uma paródia superficial e não ato cabal. *Peri passo* ao desconhecimento etiológico caminha a ignorância científica quanto à patogenia da maior parte dos processos mórbidos. É forçoso admitir que, em pleno século XXI, nossa medicina é muito mais uma viciada prescrição de medicamentos paliativos e sintomáticos e que a maciça maioria das patologias, cuja etiologia e patogenia desconhecemos em sua plenitude, são incuráveis aos olhos do conhecimento médico-científico atual. Este desconhecimento aliado ao arsenal de fármacos sintomáticos e paliativos disponível criou um aleijão vicariante. O valor dos sinais e sintomas isoladamente se tem agigantado, de tal forma que o diagnóstico funcional se tornou, muitas vezes, sinônimo do próprio diagnóstico clínico. A partir desta concepção, a terapêutica se tem circunscrito à prescrição de tranquilizantes, relaxantes musculares, analgésicos, hipnóticos e hipnapômnicos, antitérmicos e anticonvulsivantes. Voltando ao nosso objeto, assim, como a dor não é uma doença em si, a crise epilética não se constitui em um ente nosológico em si mesma. Epilepsia não é sinônimo de crise epilética e vice-versa. No entanto, o que se tem é a prescrição de DAE como tratamento cabal das epilepsias. Não se trata de ferrenha crítica ao labor dos médicos e de toda equipe multidisciplinar que se vê aturdida diante da complexidade clínica das epilepsias. Antes pelo contrário! Temos valorosos profissionais que envidam esforços no sentido de oferecer a melhor assistência clínica. Nosso objetivo é

desnudar o contexto para uma profunda reflexão. Se alcançarmos os meandros da reflexão, já teremos alcançado nossos objetivos.

O cotejo de linhas de Pesquisa em extremo avançadas aos moldes de uma medicina científica de alto rigor e a prática da mitigação sintomática e paliativa, não é apenas contraditório, mas deve ser referência para esta profunda reflexão. O que faz da alopatia uma prática mais elevada, honesta e adequada a ponto de se olvidar todas as outras formas de medicina? (JESUS, 2017) A petulância dos tempos modernos é tamanha que, ao confrontar alopatia e medicina tradicional chinesa, uma jovem e outra vetusta (sem deixar de ser venusta) com cerca de cinco mil anos, nomeia-se aquela como oficial e esta, como complementar e alternativa. Não gostaria de pensar que a mão capitalista alavancada pela poderosa indústria farmacêutica tenha peso neste cenário, mas não posso deixar de fazê-lo. Seja como for, parece certo dizer que a medicina de nossos dias se perdeu em sua visão cosmogônica, voltando seu foco do indivíduo com uma para a doença como seu objeto-fim.

Se a doença é um fenômeno, a medicina deve ser essencialmente empírica. Ser empírica corresponde a ser estribada na experiência. Experiência consiste na observação da natureza e da influência de seus fenômenos sobre o homem, na observação do doente e de suas reações, na observação da doença e de seus aspectos circunstanciais e na observação da múltipla interação destes elementos. Pensar experiência em biomedicina sob este ponto de vista não exonera do cenário a experimentação controlada, instrumental, tecnicista e científica. No entanto, experiência não pode ser sequestrada a um laboratório cercado de instrumentos de precisão, nem ser prática exclusiva de Pesquisadores. O médico é empírico por natureza e a medicina, experimental por essência. O detrimento do âmago experimental aos limites laboratoriais desconsidera práticas como a medicina tradicional chinesa e a acupuntura. Este desprezo, feito em nome do fascínio e valor da ciência armada de técnicas e de instrumentos sofisticados, descarta milênios de tradição e conhecimento médico. Curioso é notar que este era o alerta de Hipócrates, ao denunciar que os jovens preferiam as últimas novidades à sabedoria dos velhos mestres.

O empírico, ao se quedar em observação, não deve deixar de notar resultados. A acupuntura pode carecer de apuro científico, mas é inegável

diante de seus resultados. Sem se valer de literatura sensacionalista que tenta apresentar a acupuntura como algo milagroso e mágico, fazendo-a se aproximar do místico, é notória a gama de resultados que por ela se obtém. O alívio da lombalgia, a melhora da enxaqueca e as cirurgias com analgesia exclusiva por acupuntura são eloquentes exemplos. Aliás, a ação analgésica em acupuntura é icônica, mas não é única. A resposta em acupuntura nem sempre é pronta, mas obedece a mecanismos e leis naturais. Para alguns, o resultado que se observa em acupuntura é fruto de efeito placebo. Sendo assim, o que dizer de um cão que melhora o desempenho de seu trem de patas traseiro após agulhamento? Além dos resultados como evidência de sua ação, a acupuntura tem gozado um momento atual de elucidação científica. Sabe-se, por exemplo, que pontos de acupuntura se relacionam a fenômenos elétricos e neuro-hormonais.

A escolha por acupuntura neste trabalho tem por missão denunciar este cenário, abrir um momento de reflexão médica e social e propor uma abordagem holística aos que padecem de uma doença complexa como o é a ELT-EH. Portanto, note-se que a escolha da acupuntura como forma de intervenção neste trabalho não foi acidental, nem resultado de modismo da atualidade, mas produto de crença e convicção pessoal do autor. Sem perder os meandros do rigor científico e o desejo de produzir conhecimento científico, trata-se de uma denúncia social em nome de um grupo de pacientes que, por serem portadores de ELT-EH, sofrem profunda repercussão psicossocial, perdem potencial produtivo pessoal e são marginalizados pela desinserção social causada por suas próprias limitações e pela imposição do cetro da estigmatização. A proposta de acupuntura na ELT-EH neste trabalho é, ainda, uma denúncia da *práxis médica* de nossos dias. A medicina moderna trocou o verbo “curar” por “controlar”. Há uma metamorfose perversa em que o trabalho curativo deu lugar a uma espécie de trabalho de cuidador de doenças. Aqui não cabe discutir, mas não se pode deixar de considerar, o grande negócio capitalista da indústria farmacêutica do “controlar”, muitíssimo mais lucrativa que a indústria do “curar”. As Pesquisas científicas estão mesmo no caminho certo, ou se tornaram serviços de um sistema que mercantiliza a dor e o sofrimento humanos?

Outro aspecto desta denúncia é a perda da visão do organismo humano como um todo e a parametrização holística do indivíduo. Explorando a origem etimológica do termo “indivíduo”, deparamo-nos com o sentido do termo *individuus* no latim medieval com significado de nomeação de uma pessoa humana a partir de uma característica em particular, sua individualidade (FEDERAL; GERAIS, 2016). A medicina e a ciência, de modo geral, parecem ignorar este conceito. Geramos profissionais ultra especialistas e desenvolvemos drogas muito específicas, mas perdemos o senso da integralidade do paciente e sua inserção ambiental e social. Queremos uma droga que embote uma circuitaria elétrica anômala do lobo temporal (sem muita preocupação com a cura anátomo-funcional da esclerose hipocampal que a enseja), sem nos importarmos que este mesmo sujeito que apresenta complexas crises epiléticas também apresenta sintomas depressivos, tem péssima qualidade de vida, não se relaciona socialmente para atender nem mesmo suas necessidades básicas como conjugalidade e amizade (ROS; CURRAL, 1989), não tem percepção econômico-financeira porque o mercado não o emprega (MARQUES-ASSIS; TEIXEIRA, 1986), não estuda porque apresenta distúrbios de aprendizagem (CAVALLAZZI, 2012) e não tem mobilidade pessoal porque não consegue, nos casos mais graves, reunir requisitos legais mínimos (ADURA, 2004) para certificação de carteira nacional de habilitação para direção de veículos automotores (KLEIN; TYRLIKOVA, 2019).

A proposta da acupuntura para ELT-EH, aos moldes da medicina tradicional chinesa, nos parece adequada diante dos recursos da medicina ocidental. Uma patologia com tão amplas repercussões como a ELT-EH pode, eventualmente, ser favorecida por um modelo de terapêutica cuja visão inclui o indivíduo como um todo, inserido em uma complexidade ambiental.

Ainda neste espírito de preliminaridades, vale a pena discutir qual é o limite da epilepsia enquanto entidade nosológica? Será que aquele indivíduo que não apresenta crises epiléticas há anos deveria ser considerado doente, do ponto de vista de ser epilético? Será que o “carimbo diagnóstico” de epilepsia não é perpetuador de estigma? Não é demais lembrar que, dentre as patologias crônicas, a epilepsia é mais estigmatizante (FERNANDES; LI, 2006). Como um esforço para desconstruir o estigma e por entender que nem sempre

epilepsia é sinônimo de doença, neste texto preferimos trocar a palavra “paciente” por sujeito ou indivíduos. Pela mesma razão não usaremos o termo “epiléptico”.

Por derradeiro mas não menos importante, ainda no espírito de preâmbulo, cabe considerar uma questão magistral. Qual seria a forma mais escorreita de se avaliar o impacto da acupuntura na ELT-EH? A primeira e mais rasteira resposta que se pode evocar é a avaliação daquela que é a manifestação mais típica da ELT-EH, a crise epiléptica. Dois parâmetros devem ser levados em conta na mensuração de crises epilépticas. Em primeiro lugar, o número de ocorrências na unidade do tempo. Em segundo lugar, a tipificação e a duração da crise. Aferir crises epilépticas é, ao mesmo tempo, icônico e superficial. Embora a crise epiléptica seja a manifestação mais eloquente desta condição. Ter ou não crise epiléptica não guarda relação com o comportamento do corolário sindrômico da ELT-EH, com aspectos afetivos e cognitivos (LONGATO, 2015).

A sensação de bem-estar auto-referida é outro parâmetro que elegemos como capaz de aferir impacto da acupuntura na ELT-EH. A literatura registra Pesquisas nas quais os sujeitos foram instigados a nomearem seu próprio estado de bem-estar com uma nota (AORTO-CORONÁRIO, 2001).

Finalmente, a qualidade de vida é uma forma de avaliar a ELT-EH. O termo “qualidade de vida” tem ganhado status de sinônimo de saúde e, até mesmo, tem sido usado com apelo à uma conotação tal que parece ter ainda maior significado e sentido que o próprio termo “saúde”. O termo “saúde” nos remete ao estado de bem-estar no plano físico-orgânico, saturado da ideia da ausência da doença, ainda que recentemente foi conceitualmente ampliado para uma compreensão de uma espécie de bem-estar global que, partindo das imediações do plano orgânico leva em conta aspectos afetivos, psicossociais e considera a adequada inserção do indivíduo em seu meio. Note-se que, mesmo diante da ampliação conceitual, o termo “saúde” ainda se prende ao aspecto de “negação da doença”. Segundo este pensamento, ser saudável é “não portar qualquer condição patológica nos âmbitos físico, emocional e relacional e ainda exercer a plenitude das potencialidades individuais no contexto social”. Ao estribar o conceito de saúde na ausência da doença, marginalizamos o doente que, de alguma forma, pode-se dizer que tem algum

nível de bem-estar físico, emocional e afetivo e, sob sua condição nosológica, se encontra inserido em um meio social em busca do exercício de suas potencialidades pessoais. Portanto, ao delimitar saúde como estado de absoluta ausência de doença, evocamos dois problemas, o primeiro é que se trata de um estado teórico quimérico, já que todo ser humano padece de alguma disfunção, ainda que de baixa repercussão. O segundo problema é uma crise de cunho epistemológico, já que a ideia de bem-estar do indivíduo saudável exclui a avaliação do bem-estar do paciente patologicamente acometido. A melhoria das condições terapêuticas com impacto no prolongamento da vida trouxe a urgência da revisão conceitual de saúde. Não bastou a ampliação para além do campo físico-orgânico, incluindo a afetividade e a inserção psicossocial. Na verdade, um conceito mais adequado seria imaginar saúde como melhor estado resultante da capacidade de se adaptar física e emocionalmente a uma condição patológica qualquer, com a melhor reinserção psicossocial possível. Neste sentido, pensar em qualidade de vida sob determinada condição patológica parece ser uma métrica do estado de saúde do indivíduo. Lançado este esteio basilar, é necessário estabelecer um alicerce conceitual à expressão “qualidade de vida”. Iniciemos pelo termo “qualidade”. Os dicionários fazem referência ao sentido de “atribuição”, “condição natural” e “propriedade pela qual alguém se individualiza”. Este significado traz uma ideia de característica peculiar, perfeitamente aplicável à personalidade do ser humano. Porém, ainda mais assertiva é a definição de qualidade que faz menção ao “grau de aproximação”, ao “grau de precisão ou conformidade” com determinado padrão. À luz da ideia de qualidade de vida, este conceito é feliz no sentido em que aclara que “qualidade de vida” sob determinada condição apresenta o quanto o indivíduo acometido consegue aproximar seu estilo de vida e o desempenho de suas potencialidades de um padrão ideal de vida ou, num olhar inverso, o quanto determinada condição afasta o indivíduo do padrão ideal. Mais do que um conceito teórico de saúde, pensar qualidade de vida significa, de um modo muito prático, avaliar a intensidade da repercussão de um agravo qualquer na vida de alguém. Qualidade de vida é, por definição, polissêmica. A amplidão desta polissemia guarda vínculo direto com o aprimoramento e desenvolvimento social de uma comunidade, de forma que inclui aspectos como a sensação de bem-estar

social, igualdade de acesso a bens materiais e culturais, isonomia entre as pessoas e universalidade de direitos e deveres (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Este cenário ambiental deve encontrar eco no conjunto sensitivo pessoal, de forma a gerar sensação de satisfação na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Quanto menor for a distância entre a expectativa e a consecução, melhor é a qualidade de vida; note-se, de pronto, que qualidade de vida vista assim nem sempre significa padrão elevado de vida, já que baixa expectativa pode fazer uma aproximação artificial com a realidade. Este senso de subjetividade empresta ao conceito de qualidade de vida, três elementos referenciais. O primeiro é histórico-geográfico, ou seja, expectativa e alcance de instâncias da vida tem impregnação com o *locus geográfico* e o momento da história. Certamente as expectativas de vida de vinte anos atrás eram bem diferentes das que vivemos hoje em pleno império do espetáculo da multimídia. Sendo o Brasil um país continental, as expectativas de vida de populações ribeirinhas do Amazonas não são as mesmas de populações de cidades como Rio de Janeiro ou São Paulo. O segundo elemento é o elemento cultural. Sendo cultura definida pela forma sistemática como que se fazem as coisas, é determinante da qualidade de vida na medida em que valores e necessidades são diferentes, em sua forma de construção e valoração, de acordo com diferentes culturas. Finalmente, devemos evocar o terceiro elemento, que é a diferença quanto à estratificação de classes sociais. Concepção e padrão de bem-estar estão intimamente ligados à ideia de classes sociais.

Devemos cuidar para não confundir ou trazer como sinonímia “qualidade de vida” e “condições de vida”. Por condição de vida entende-se uma mera descrição circunstancial e, no máximo, uma busca de aproximação deste descritor ambiental com entidades nosológicas numa visão primária de causa e efeito. É certa, porém, a relação entre “condições de vida” e “qualidade de vida”, pois a primeira é substrato da segunda. Partindo do plano físico das condições de vida, elementos abstratos advém com o conceito de qualidade de vida como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade. *Para o ser humano, o apetite da vida está estreitamente ligado ao menu que lhe é oferecido.* Vista assim, a ideia de qualidade de vida se molda a

um esquema espectral, partindo de marcos paramétricos materiais e elementos de natureza subjetiva e cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

De forma sintética, o substrato conceitual de qualidade de vida se dá em um meandro significativo que alberga as expectativas individuais e a análise ambiental das condições de vida, geográfica e historicamente contextualizadas. Neste sentido, o conceito de qualidade de vida é inclusivo sob um prisma de desenvolvimento sustentável, ecológico e dos direitos humanos e sociais.

Visto assim, o conceito de qualidade de vida se traduz pela percepção do valor da vida modificada pela percepção da imposição de limitações psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a Pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções. Portanto, tomamos neste trabalho como métrica de aferição do impacto da acupuntura em pacientes com ELT-EH a avaliação da ocorrência de crises convulsivas, a observação instrumental de sintomas depressivos, medidas de qualidade de vida e sensação de bem-estar.

Epilepsias

Definição

Segundo Fischer, epilepsia é um distúrbio cerebral causado pela predisposição permanente do cérebro em gerar crises epiléticas espontâneas, recorrentes, mormente autolimitadas, acompanhadas de consequências neurobiológicas, cognitivas e sociais (FERNANDES, 2013). As crises epiléticas são definidas como manifestações clínicas que refletem disfunção temporária de um conjunto de neurônios acometidos por descargas elétricas anômalas. As crises epiléticas são o resultado de uma descarga súbita, excessiva e transitória resultante de correntes elétricas devido à movimentação iônica através da membrana celular de neurônios e podem ser focais, ou seja, localizadas em uma região restrita do encéfalo, ou generalizada, quando as descargas acometem concomitantemente nos dois hemisférios. (CAMPOS, 2010).

A manifestação clínica nas crises focais é determinada pelo local de origem da descarga anormal e que pode resultar do padrão de difusão intracortical, através de conexões anatômicas do foco epileptogênico, mesmo em áreas remotas. Síndrome epilética é definida como um distúrbio epilético caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem simultaneamente. Essas características incluem o tipo de crise, etiologia, fatores precipitantes, idade de início, aspectos do eletroencefalograma (EEG), severidade, cronicidade e prognóstico.

Para a caracterização de epilepsia é fundamental a recorrência de crises não provocadas, sem evidências de insultos agudos como febre, ingestão de álcool ou intoxicação por drogas, distúrbios metabólicos graves ou lesão aguda cerebral como na instalação de acidente vascular cerebral. A determinação da síndrome epilética tem implicação na terapêutica e no prognóstico. Frequentemente a epilepsia é uma condição benigna, com bom prognóstico e com controle das crises ou remissão das crises após um determinado período de tempo com a suspensão das drogas antiepiléticas (DAE). Entretanto, diferentes prognósticos e respostas ao tratamento medicamentoso podem ser identificados, sugerindo que o processo epileptogênico não é estático, nas várias epilepsias.

A apresentação clínica da epilepsia gravita em torno da crise epiléptica. As manifestações clínicas das crises tem relação direta com seu tipo. As crises generalizadas tônico-clônicas se caracterizam por eventos motores de grande monta, que se caracterizam por aumento do tônus muscular dos grandes grupos musculares e tremores cíclicos de extremidades, chamados clônus. Em determinado momento do evento crítico haverá perda de consciência. Segue-se um período de sonolência ou desorientação têmporo-espaical denominado período pós-comicial. Habitualmente, as crises são efêmeras, durando poucos minutos. Casos há em que os eventos se sucedem por horas, sem se autolimitarem. Esta condição clínica é denominada estado de mal. Já as crises parciais são complexas e espectrais em suas manifestações clínicas. Pode-se observar desde eventos transitórios de desconexão até quadros mais complexos com movimentos estereotipados e não pragmáticos, como fazer menção de desabotoar a roupa, sem fazê-lo de fato. Em particular merece atenção os eventos popularmente conhecidos como “ameaço”. Trata-se, na verdade, de crises parciais autonômicas, classificadas atualmente no âmbito das crises dispercepticas (MARCHETTI et alli, 2019), em que o paciente percebe a iminência da crise, que pode se circunstanciar nesta ameaça. De certa forma, os pacientes parecem aprender a controlarem-se para não permitir o evoluir do evento. Estes pacientes podem apresentar epigastralgia, obrigando ao exercício de diagnóstico diferencial até mesmo com síndromes coronarianas agudas. Há relato de crises epilépticas manifestando-se por dor abdominal (PAIVA et al., 2019). Há uma paciente no Ambulatório de Neurologia Clínica do Hospital da PUC Campinas cuja crise parcial complexa consiste em solfejar a meio tom uma música do cancionero sertanejo brasileiro¹. Mais curioso ainda é que a paciente odeia a música que sempre canta na crise! A literatura registra caso em que uma paciente com epilepsia do lobo temporal tem sensação orgástica em sua crise (CASO, 2000).

Já apresentação clínica intercrítica depende da ocorrência simultânea de acometimentos afetivos, sintomas depressivos, comprometimento cognitivo ou outros. Na ausência destes, não há caracterização clínica.

¹ Comunicação pessoal da Dra. Glória Maria de Almeida Souza Tedrus.

Epidemiologia da epilepsia:

Epilepsia já tem sido diagnóstico de celebridades como Machado de Assis (GOMES, 2006). A incidência mundial de epilepsia é estimada em cerca de 50 milhões de pessoas (MARCHETTI et al., 2005). Há discreto predomínio no sexo masculino e parece não haver diferença racial (MACDONALD et al., 2000). Nos países em desenvolvimento a incidência de epilepsia é maior, estima-se que 80% dos casos de epilepsia do mundo encontram-se nos países em desenvolvimento (NETO; MARCHETTI, 2005). Noronha et al. (2000) se lançaram a campo para avaliar a prevalência de epilepsia e o percentil de pessoas sem tratamento clínico em duas cidades brasileiras. Foi feita busca ativa domiciliar que resultou em uma medida de prevalência de epilepsia de 9,2/1.000 de pessoas com diagnóstico em algum momento da vida e de indivíduos com epilepsia sem controle clínico de 5,4/1.000. a distribuição destes grupos por classes sociais era desigual, com predomínio, particularmente de epilepsia não clinicamente controlada nas classes sociais mais baixas. Do grupo clinicamente ativo, ou seja onde a doença não se encontrava sob controle, somente 38% dos indivíduos faziam uso regular de DAE, sendo que quase 20% não recebiam nenhuma DAE (NORONHA et al., 2004).

Um estudo, se valendo de dados do DATASUS, revela que dados hospitalares do período de 2010 a 2014, considerando internações do sistema de saúde brasileiro. No ano de 2010 há registro de 47.819 internações por epilepsia. Já no ano de 2014, internações com diagnóstico de epilepsia foram de 46.493. (BRITO, 2014).

A prevalência estimada de epilepsia na população em geral é entre 1,5 e 2% da população geral, sendo o segundo distúrbio neurológico mais comum depois da cefaleia (IYO ALBERTI, 2019).

Classificação da ILAE:

A International League Against Epilepsy (ILAE), organismo criado em 1909 de reconhecido valor por suas contribuições em epilepsia, apresentou em 2017 uma nova classificação das epilepsias (FISHER et al., 2017). Esta classificação é importante por permitir uma linguagem padronizada e entendimento mútuo dentre Pesquisadores e assistencialistas em epilepsia. De

acordo com a classificação da ILAE, os elementos norteadores da classificação são os aspectos clínicos das crises epiléticas e, em particular, a forma de instalação das crises. Sendo a manifestação inicial a definidora do tipo crítico, deve-se levar em conta que, em sua evolução no próprio evento, crises podem se deteriorar. Assim, uma crise focal pode se tornar generalizada tônico-clônica. As crises focais podem ser classificadas inicialmente pela preservação ou não da auto percepção. Crises focais com comprometimento da percepção são crises focais disceptivas, ou ditas simplesmente com comprometimento da percepção. De acordo com sua caracterização clínica observada, as crises focais também podem ser classificadas por esta caracterização. Assim, podemos ter crises focais atônicas, crises focais por automatismos, crises focais clônicas, espasmos epiléticos, crises focais hipercinéticas, crises focais mioclônicas e crises focais tônicas. Há que se observar cuidadosamente a descrição dos eventos críticos nestas tipologias proposta pela ILAE, para que se possa fazer o correto enquadramento de um caso em tela. Já as crises de apresentação inicial motora põem ser caracterizadas como alterações autonômicas, sensoriais, emocionais, cognitivas e paradas comportamentais. Crises generalizadas são aquelas que, já em sua instalação, se estendem para grandes redes neurais de ambos hemisférios. Se caracterizam pela perda da consciência e da assunção do tônus postural. As crises generalizadas podem ser classificadas atônicas, clônicas, espasmos epiléticos, mioclônicas, mioclono-atônicas, mioclono-tônico-clônicas, tônicas e tônico-clônicas. As crises de ausência, denominadas crises não motoras, podem ser classificadas em típicas, atípicas ou crises de que cursam com atividade mioclônica palpebral. Outra contribuição da classificação da ILAE 2017 se refere às crises de início não caracterizável, ou início desconhecido. Estas crises, de acordo com sua apresentação, podem ser classificadas em motoras, não motoras, tônico-clônicas, espasmos epiléticos e parada comportamental (SCHEFFER et al., 2017).

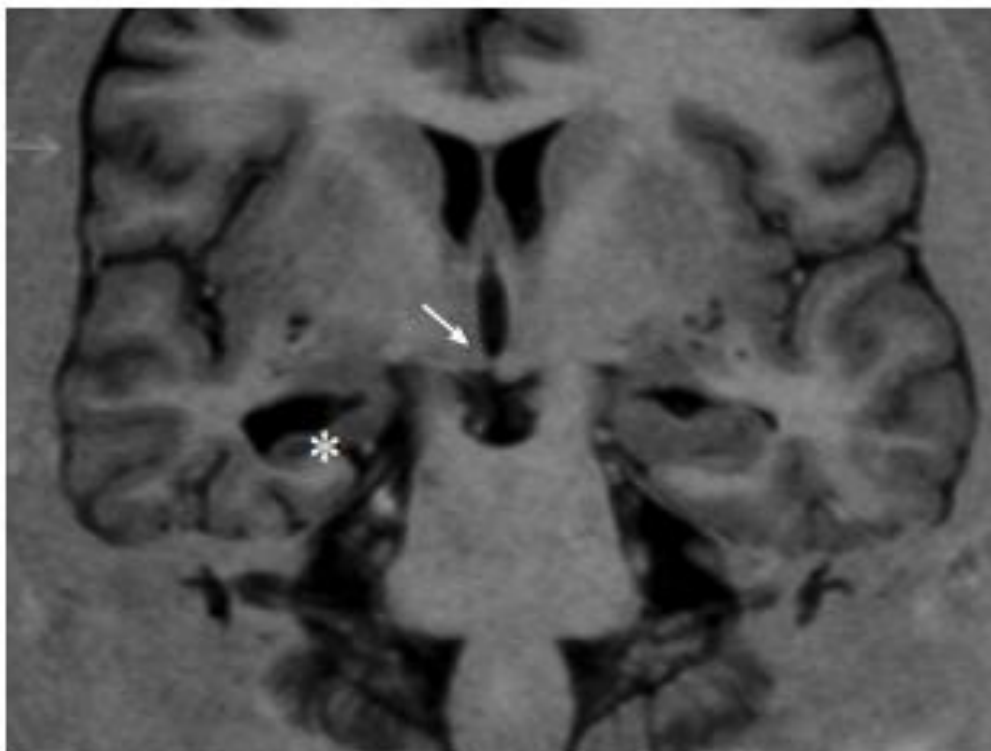
Epilepsia do lobo temporal

As epilepsias do lobo temporal (ELT) são as epilepsias mais frequentes em adultos. Sua prevalência é de aproximadamente 20 a 40% dos casos de epilepsia na população e corresponde a aproximadamente 60% dos

casos de epilepsias focais. A ELT pode ser subdividida em mesial e neocortical ou lateral, de acordo com a origem do foco epileptogênico e com a manifestação clínica. Com sua elevada prevalência, a importância clínica da ELTM decorre de sua alta prevalência e pela refratariedade de resposta ao uso de DAEs. A esclerose mesial a etiologia encontrada em 50-70% dos pacientes com ELTM resistente ao tratamento clínico (ANDRADE-VALENÇA et al., 2006).

Esclerose do hipocampo foi inicialmente descrita por Falconer et al, em 1964 (DA COSTA MACHADO et al., 2001), para descrever a lesão caracterizada por perda neuronal e gliose das camadas de células piramidais do corno de Ammon e a camada granulada do giro denteado no hipocampo e a amígdala. Os mecanismos fisiopatológicos da relação entre a esclerose do hipocampo e a epilepsia ainda não foram completamente estabelecidos.

Figura 1:



Ressonância nuclear magnética sequência coronal oblíqua, perpendicular ao eixo de hipocampo. Observa a redução volumétrica do hipocampo direito por esclerose (asterisco). Nota-se ainda redução do lobo temporal e amígdalas (JÚNIOR, 2002).

Estudos sugerem que a principal causa da ELT-EH seja insultos cerebrais no início da vida, tais como anóxia neonatal, traumatismos cranianos,

entre outras, gerando uma espécie de “hipocampite” (CENDES, 2005). Outros autores sugerem que a ELT-EH é geneticamente determinada e a presença de crises febris na infância nesses pacientes seria decorrente da susceptibilidade a crises (VALÉRIO et al., 2005). A esclerose mesial temporal se caracteriza pela perda neuronal e astrocitose no hipocampo, na amígdala, no córtex entorrinal e giro para-hipocampal. No hipocampo, a perda neuronal é mais intensa nas áreas CA1 e CA4, giro denteado e subiculum (KIM et al., 1999). O diagnóstico de ELT-EH se baseia em características imagiológica, eletroencefalográficas e clínicas.

A primeira crise ocorre geralmente no final da infância ou início da adolescência, podendo ser seguida de um período no qual as crises epiléticas são inicialmente controladas, até tornarem-se não responsivas ao tratamento farmacológico. O evento inicial muito comumente é tônico-clônico generalizado (BERG et al., 2006).

A ELT-EH tem crises de difícil controle, o que caracteriza como uma síndrome epilética refratária ao tratamento clínico. Entretanto um número elevado de casos responde ao tratamento medicamentoso habitual (KIM et al., 1999).

A apresentação clínica da ELT-EH se caracteriza por crises disperceptivas. O tipo mais frequente de crises é uma sensação de mal-estar epigástrico ascendente, algumas vezes caracterizado como dor, opressão ou frio na região epigástrica ou torácica. Os pacientes podem ainda referir sensações dismnésticas como *deja vu* ou *jamaís vu*, ou ainda medo súbito sem motivação, e mais raramente alucinações gustatórias e olfatórias. Crises autonômicas, como piloereção, palpitação e dilatação pupilar também ocorrem. O comprometimento da consciência é frequentemente observado, porém difícil de quantificar; e se caracteriza por graus variados de redução da responsividade ao ambiente, parada das atividades, fixação do olhar, acompanhado ou não de automatismos caracterizados por movimentos coordenados e repetitivos que se assemelham a movimentos voluntários, manuais e oroalimentares com postura distônica ou paresia dos membros contralaterais a zona de início ictal. As CE duram em média 2 a 3 minutos e são seguidas por confusão mental e amnésia do evento. A generalização secundária não é frequente. Disfunção cognitiva e da linguagem podem ocorrer

no período pós-ictal (DE ALVARENGA et al., 2007). Os pacientes em geral apresentam exame neurológico normal, mas por vezes apresentam déficit de memória verbal e/ou não verbal dependendo do hemisfério acometido. O EEG interictal pode apresentar anormalidade não epileptiforme caracterizada por alentecimento intermitente nas faixas teta e delta sobre as regiões temporais mesio-basais. Anormalidade paroxística do tipo ponta e onda aguda, seguida ou não de onda lenta, é registrada com eletronegatividade máxima nos eletrodos T3-F7/T4-F8, e especialmente nos eletrodos esfenoidais (DANTAS et al., 1998).

Na ressonância magnética a esclerose mesial se caracteriza por diminuição do volume (em 90 – 95% dos casos) ou aumento do sinal do hipocampo (em 80 – 95% dos casos) nas sequências ponderadas em T2, acompanhados de modificação no formato e na estrutura interna do hipocampo (em 60 – 95% dos casos) e diminuição do sinal em T1 (em 10 – 95% dos casos). A atrofia do hipocampo pode ser unilateral ou bilateral, mais frequentemente é assimétrica. Podem ocorrer anormalidades em outras regiões como a atrofia ou aumento de sinal da amígdala e do lobo temporal com dilatação do corno temporal do ventrículo lateral. As técnicas quantitativas como a volumetria e o tempo de relaxamento nas sequências ponderadas em T2 podem ser úteis nos casos de alterações sutis ou comprometimento bilateral dos hipocampos (RODRIGUES, 1998).

Implicações psicossociais da epilepsia do lobo temporal e estigmatização

A ELT-EH imprime profundas marcas no indivíduo. Estas marcas se dão pelo aspecto crônico desta condição clínica, pela concorrência de sintomas depressivos, por comprometimento cognitivo e afetivo, pela imprevisibilidade das crises e a imposição psicossocial que impõem, e pela terapia farmacológica com seus efeitos adversos (RUTE; SILVA, 2008). A prevalência de sintomas depressivos em portadores de ELT-EH é maior que na população geral. (KANDRATAVICIUS; HALLAK; LEITE, 2007). Queixas cognitivas particularmente de memória são frequentes na ELTEH, bem como há marcante envolvimento psico-afetivo (PASCUAL, 2007). Alguns estudos apontam risco de desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos é maior em pacientes com ELT-EH (risco de 60%) do que entre pacientes com epilepsia generalizada tônico-

clônico (risco de 37%). A chance de suicídio é de 9 a 25 vezes maior em pacientes com ELT-EH que a população geral. A prevalência de depressão varia de 20 a 55% em pacientes com crises não controladas e de 3 a 9% em pacientes com crises bem controladas por medicamentos. Entre 25 e 52% dos pacientes epiléticos encaixam-se em critérios do DSM-IV para desordens de ansiedade. Já o risco para psicoses pode ser de 6 a 12 vezes maior em pacientes com epilepsia que na população em geral (KANDRATAVICIUS; HALLAK; LEITE, 2007). As relações sociais são afetadas pelas implicações afetivas e cognitivas da ELT-EH, bem como por sua estigmatização. A literatura aponta, por exemplo, que ser casado é menos frequente em pacientes portadores de epilepsia que em outras doenças crônicas ou até mesmo na população geral (TEDRUS, FONSECA; PEREIRA, 2015). Goodal et al. estudando uma população rural da Tanzânia, evidenciaram que ter epilepsia afeta de modo adverso a empregabilidade, o desenvolvimento educacional e os relacionamentos sociais, particularmente de mulheres (GOODALL et al., 2018).

Muitas vezes, práticas médicas concorrem para a construção do estigma da epilepsia. A ideia da impregnação diagnóstica é um belo exemplo disto.

Qualidade de Vida e epilepsia

Qualidade de vida é um conceito de bem-estar que abrange esferas do indivíduo para além da saúde física, como emoções, conexão social e exercício das plenitudes pessoais (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). O conceito de qualidade de vida também deve ser destacado no sentido de ser, sumamente produto de percepção pessoal (GILL; FEISNTEIN, 1994). TANI (2002). Omo se trata de aferição pessoal, o conceito de qualidade de vida se satura de elementos da vida pessoal como sensação de felicidade, de liberdade e de amar e ser amado. A Organização Mundial de saúde (OMS), tomando por base uma visão holística do indivíduo em sua inserção ambiental, preconiza o conceito de qualidade de vida como do grau de aproximação entre a percepção dos indivíduos no que tange às suas necessidades e sua satisfação (OMS, 1998).

Esta ideia ensejou o aparecimento de instrumentos de aferição da qualidade de vida. Um dos primeiros índices de avaliação da qualidade de vida foi o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo Minayo (MINAYO; 2000). Vários instrumentos surgiram desde então para aferição da qualidade de vida de grupos populacionais específicos.

Silva et al. (SILVA 2006) descreveram que os primeiros estudos de avaliação da qualidade de vida em epilepsia surgiram na década de 80. Calazans apresenta uma revisão com os principais instrumentos de aferição de qualidade de vida em pacientes epiléticos na linha do tempo (CALAZANS, 2019). Vários autores como Kaddumukasa (KADDUMUKASA, 2019), Demir (DEMIR, 2019) e Tombini (TOMBINI, 2019) publicaram Pesquisas em que aspectos em epilepsia do lobo temporal foram avaliados a partir da ótica da mensuração da qualidade de vida em ELT-EH. Neste sentido, o QUOLIE 31, uma derivação do QUOLIE 89 é o instrumento mais utilizado com este fim. A aplicação do QUOLIE 31 também tem sido utilizada antes e depois de uma intervenção como uso de determinada DAE (OLSSON, 2019), como a submissão a uma determinada técnica cirúrgica (SHEIKH, 2019), com o emprego de psicoterapia breve (BRANDALISE, 2019) e estimulação vagal transcraniana (POIRIER, 2019).

Portanto, a aferição da qualidade de vida em portadores de ELT-EH, seja para compor um retrato situacional, seja para aquilatar o efeito de uma intervenção, é um recurso paramétrico de grande utilidade

Tratamento clínico da ELT-EH

A maior parte dos casos são ELT-EH são tratados clinicamente. A primeira droga antiepiléptica surgiu quase ao acaso. Trata-se do uso do sal de brometo, a partir de uma conclusão equivocada de hipersexualidade (GUERREIRO, 2006). Hoje contamos com um arsenal de DAE (PORTO et al., 2007). Não faz parte dos objetivos deste texto grandes aprofundamentos acerca das DAEs. Gostaríamos, no entanto, de citar dois mecanismos de ação básicos das DAE, a saber bloqueio dos canais de sódio ou ação sobre o receptor do ácido gama aminobutírico (GABA). As principais DAEs segundo seus mecanismos de ação, assim se dividem: bloqueio dos canais de sódio na membrana neural: fenitonina, carbamazepina, valproato sódico; hiperpolarização da membrana neural por prolongamento do tempo de abertura

e aumento da frequência de abertura dos canais de cloro através de ação no receptor do ácido gama aminobutírico (GABA): barbitúricos e benzodiazepínicos. Recentemente, a eficácia do canabidiol tem sido estudada e pode ser uma promessa em ELT-EH (SANTOS et al., 2019). Não é objeto deste texto fazer um aprofundamento acerca de indicações, aspectos de farmacocinética e farmacodinâmica e prescrição de DAE.

O destaque que cabe ser feito aqui é o da refratariedade da ELT-EH efeitos adversos de DAEs. Trata-se de uma entidade de difícil controle, a ponto de se considerar ELT-EH bem controlada quando apresenta apenas uma crise epiléptica mensal. A refratariedade obriga o prescritor à associação de DAEs com somação de efeitos adversos. Esta refratariedade não é bem conhecida, mas já se sabe de alguns fatos que podem ajudar a compreendê-la. A deficiência de certas proteínas em neurônios e astrócitos, por exemplo, pode estar relacionada à baixa concentração de determinadas DAEs. Não havendo concentração ideal, não há ação terapêutica eficaz (TANG; HARTZ; BAUER, 2017).

Note-se, para efeitos deste texto, que a refratariedade é uma característica que acomete cerca de 30% dos portadores de ELT-EH, tem profundo efeito na apresentação clínica, agravamento da desinserção psicossocial e qualidade de vida. Está relacionada a maior risco de morrer (MENESES et al., 2005).

A ocorrência de efeitos adversos de DAEs tem relação direta com o tempo de uso e pode ser adensada em eventos relacionados à neurotoxicidade e efeitos sistêmicos indesejáveis (AQUINO et al., 2005). Dentre a gama observável de efeitos adversos {(FERRENDELLI, 2001), (HOLLAND, 2001), (JALLON, 2001)}, podemos citar: visão dupla e alterações campimétricas quantitativas, hipersonia, cefaléia, náuseas e vômitos, epigastralgia e pirose retroesternal, dermatopatia em rash, hiperplasia gengival, ganho ponderal, alopecia e queda de cabelo e hirsutismo. Sob a dimensão do impacto na desinserção psicossocial (BOURGEOIS, 1998), os efeitos adversos mais importantes por serem agravadores deste quadro são sedação, perdas de memória e alterações cognitivas e comportamentais. Dentre as DAE de manifestação adversa no campo cognitivo e comportamental, podemos destacar o fenobarbital (CAMFIELD, 1979). Este campo de efeitos adversos é

de grande interesse em ELT-EH, visto potencializar o quadro clínico da própria condição patológica. Além da ampla variedade de respostas adversas sistêmicas às DAEs, há que se destacar as interações entre elas (visto ser comum seu emprego associativo em ELT-EH) e com outras classes de fármacos (DE SOUZA, 2019). Neste campo associação de fármacos podem potencializar insuficiência hepática, como é o caso da associação da valproato a ácido acetilsalicílico (RABELO, 2017). Da mesma forma, macrolídeos associados a carbamazepina podem ensejar idiosincrasias.

Tratamento cirúrgico da ELT-EH

O tratamento cirúrgico padrão para ELT-EH farmacorresistente é a extirpação cirúrgica das estruturas afetadas. Da mesma forma que consideramos no tópico anterior, não é mote e nossa missão o aprofundamento quanto às técnicas cirúrgicas, mas mostrar alguns elementos que consideramos importantes nesta reflexão. A ressecção total ou parcial do lobo temporal esquerdo, dominante para a linguagem, tem importante dano cognitivo, destacando-se a memória verbal e a memória nominativa em cerca de 25 a 60% dos casos (DÜHRSEN et al., 2019). Siobhan et alli fizeram uma revisão sistemática analisando a eficácia da cirurgia da ELT-EH que resultou inconclusiva (SIOBHAN et al., 2015). Certamente que a cirurgia para ELT-EH não é para todos os casos, não é isenta de sequelas importantes no agravamento do comprometimento neuro-psicossocial dos indivíduos acometidos e nem garante a cessação das crises epiléticas. Estas tem taxa de cessação entre 70 e 90% dos pacientes lobectomizados (FERNANDES, 2013). Recente estudo (GARGARO-SILVA, 2019) demonstrou que a cirurgia da epilepsia acarreta uma série de prejuízos cognitivos, numa amostragem deste estudo, avaliando pacientes dextros lobectomizados, evidenciou-se melhor desempenho na tarefa de nomeação avaliada por confronto visual em pacientes submetidos a lobectomia temporal esquerda sem ressecção do polo. No entanto, fica claro no mesmo estudo o alcance nefasto do comprometimento cognitivo dos sujeitos operados. Por outro lado, uma outra Pesquisa recente (DALIO, 2019) demonstra que a ressecção do polo temporal tem impacto no sucesso da remissão de crises epiléticas refractárias e que, de modo geral, a cirurgia é uma alternativa eficaz na epilepsia temporal

refratária, vez que quase oitenta por cento dos casos ficaram livres das crises epiléticas e puderam usar menor número e doses de DAEs.

Tratamento alternativo da ELT-EH.

Vivemos em dias em que a medicina integrativa com sua proposta de visão holística tem aproximado práticas ditas alternativas da prática médica convencional. Esta aproximação é particularmente observada naquelas condições onde a prática da medicina científica sob as premissas da alopatia, não tem conseguido resultados favoráveis e esperados.

A medicina complementar tem sido apontada como estratégia de coping de pacientes portadores de epilepsia, ao lado de estratégias como a espiritualidade ou o exercício sistemático de atividades religiosas (VANCINI et al., 2014).

Talvez a primeira citação a ser feita não seja exatamente uma prática terapêutica alternativa, baseada em um estribo filosófico, mas uma prática não-farmacológica. Trata-se da dieta cetogênica que consiste em ofertar a pacientes portadores de epilepsia refratária elevada ingestão de lipídios e baixa ingestão de carboidratos e proteínas. e que tem fornecido uma melhora na qualidade de vida de pacientes, principalmente, em crianças e adolescentes (PIDDE et al., 2019).

Na mesma linha, tem-se destacado o valor do exercício físico regular, não apenas como redutor de frequência de crises epiléticas, mas também como redutor dos sintomas depressivos (ARIDA et al., 2012). Esta disposição já aponta a Yoga como uma atividade que pode melhorar a epilepsia.

Uma revisão sistemática de 2015 (CF et al., 2015) demonstrou que as intervenções não farmacológicas em epilepsia refratária ainda carecem de estudos posteriores para que se conclua sobre seu real papel terapêutico.

Práticas outras (SAXENA; NADKARNI, 2011) como Medicina ayurvédica, Homeopatia, Fitoterapia ocidental, Reflexologia, Medicina antroposófica, Arteterapia, Meditação, Naturopatia, Reiki, Shantala, Termalismo e Cromoterapia encontram esparsas citações na literatura sem aprofundamentos (BRACKNEY; BROOKS, 2018).

Acupuntura em epilepsia e ELT-EH

De todas as práticas ditas complementares ou alternativas, a acupuntura é a mais avançada em epilepsia e certamente a que tem registros mais antigos (Wang, 2005). Há muito relatos aos moldes dos escritos antigos de medicina tradicional chinesa, mas relativamente pouca literatura aos moldes do pensamento científico. Uma revisão Cochrane de 2014 acerca de acupuntura e epilepsia foi inconclusiva acerca dos efeitos da acupuntura em epilepsia (DKL; WONG, 2014). Yang et alli (YANG et al., 2015) numa revisão sistemática com 828 publicações concluíram que há necessidade de mais Pesquisas para se determinar a aplicabilidade da acupuntura associada a não a outras modalidades terapêuticas como uso de DAE ou fitoterapia chinesa em epilepsias. A estimulação de pontos auriculares já teve seu efeito no sistema nervoso central registrado por ressonância BOLD (KIESS et al., 2007). Chen et alli (CHEN et al., 2014) demonstraram relação da acupuntura com a estimulação invasiva do sistema nervoso central no controle de epilepsias refratárias. Esta Pesquisa evoca o papel do tálamo e destaca a acupuntura como modalidade terapêutica não invasiva e de efeitos comparáveis à estimulação cerebral profunda. Meng (MENG et al., 2013), por sua vez, demonstrou que a eletroacupuntura em pontos de acupuntura sistêmica pode prever a resposta a estimulação talâmica em pacientes portadores de ELT-EH, forma farmacorresistente.

Kloster et alli (KLOSTER et al., 1999) publicaram Pesquisa em que uma série de pacientes epiléticos foi submetida a acupuntura dos pontos LI4, F3 e DU20, dentre outros conforme o diagnóstico da MTC, comparando-se com acupuntura sham. Tais autores não encontraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos para parâmetros como frequência de crises epiléticas.

Uma revisão sistemática (MUNOZ-ORTEGO, 2016) demonstrou que acupuntura tem evidência científica para enxaqueca. Lombalgia, cervicalgia e osteoartrite, mas carece de evidência para epilepsia, sugerindo-se oportunos estudos com maior amostragem e melhor desenho para confrontar tal evidência.

Registramos os fatos de que boa parte das Pesquisas disponíveis acerca da aplicação de acupuntura e epilepsia estão na língua chinesa, o que

dificulta a interpretação. Ademais disto, a questão do desenho da Pesquisa permanece como questão crucial, em particular no que concerne à construção do grupo controle.

As bases da medicina tradicional chinesa:

A medicina tradicional chinesa (MTC), consistindo de um pensamento sistemático-filosófico no qual se estriba a acupuntura chinesa, é milenar. O cerne do pensamento na MTC é fruto da observação empírica, particularmente focada na natureza. Os mestres antigos da MTC eram por demais observadores. Observando, por exemplo, uma grande montanha que sempre recebia a luz do sol de um lado e se mantinha sombria do outro, criou-se o conceito do Yin e Yang. A ideia é a de duas forças oponentes mais complementares. A natureza é fortemente estribada neste princípio, o claro e o escuro, o dia e a noite, o frio e o calor, o seco e o úmido são alguns exemplos. Na figura abaixo pode-se notar a apresentação esquemática deste princípio.

Figura 2: ilustração do Princípio Yin-Yang

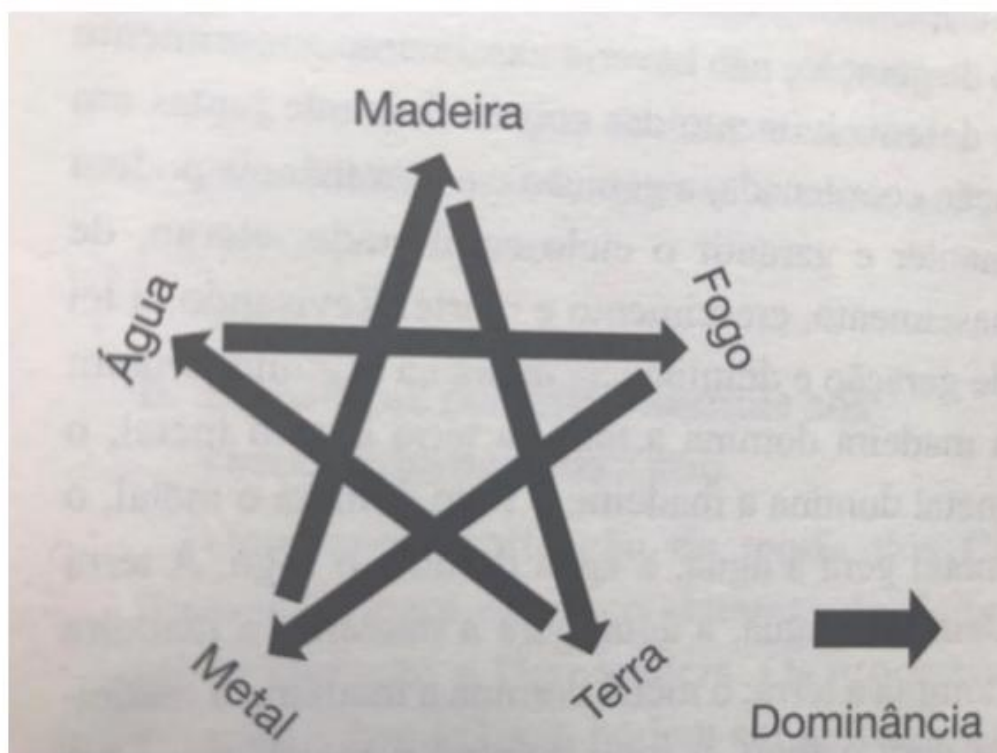


Fonte: Tratado Contemporâneo de Acupuntura e Moxibustão

Trazendo para o corpo humano que sempre recebe o sol no dorso e dele protege a face ventral do corpo, adotou-se este princípio para a instancia do corpo humano assim, temos órgãos yin e órgãos Yang.

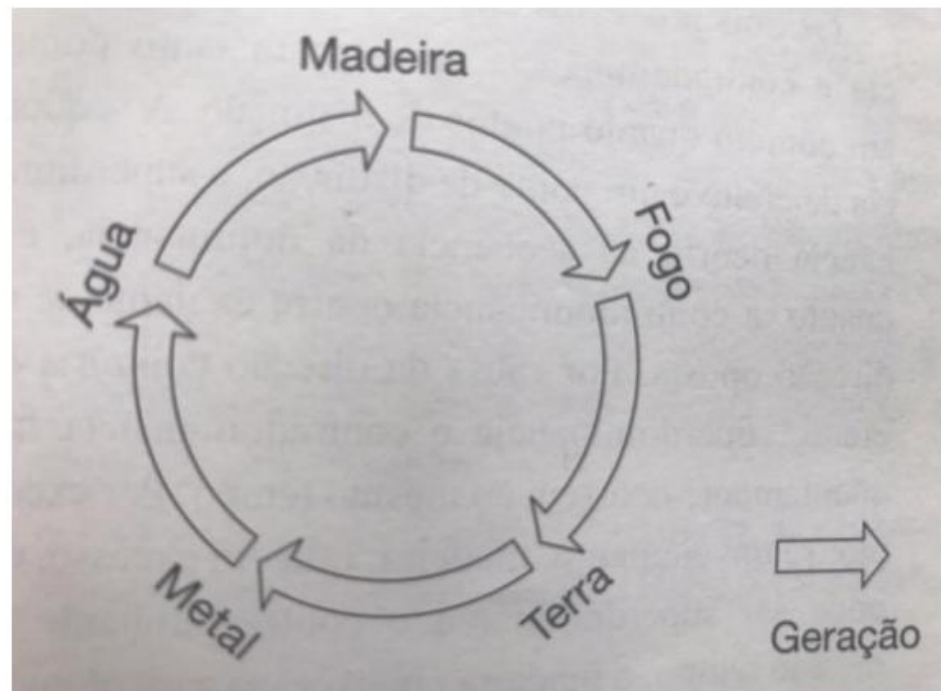
Outro princípio advindo da natureza é a composição por cinco elementos. Toda a natureza é composta pela associação de água, terra, fogo, madeira e metal. Da mesma forma, o organismo humano seria uma complexa composição destes elementos, em um relacionamento contínuo e organizado. Cada um dos elementos possui uma influência sobre um outro. Esta influência é conhecida na MTC como dominância. Estas relações entre estes componentes podem ser disposta espacialmente como pode ser visto na figura abaixo.

Figura 3: Os cinco elementos - relações de dominância



Fonte: Tratado Contemporâneo de Acupuntura e Moxibustão

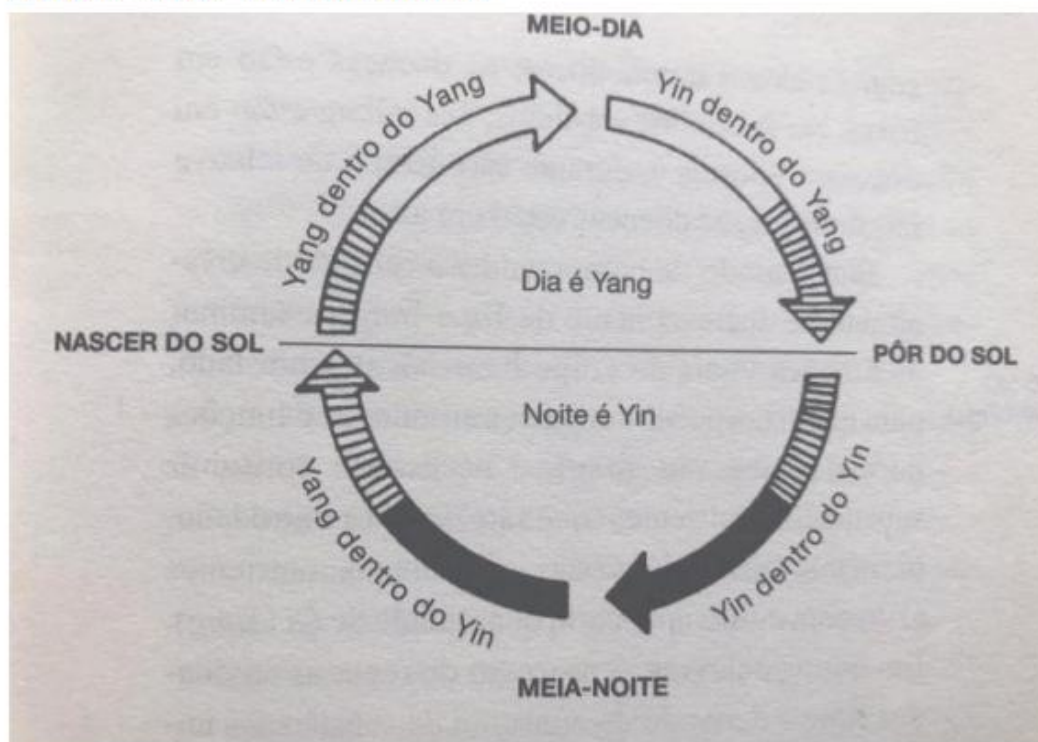
Figura 4: Os cinco elementos – relações de geração



Fonte: Tratado Contemporâneo de Acupuntura e Moxibustão

Um elemento pode gerar um outro, o que se denomina de princípio da geração. A figura acima ilustra este princípio. Assim, água gera madeira que gera fogo, que gera terra, que gera metal, que gera água, fechando-se o ciclo.

Figura 5: Yang e Yin ao longo do dia

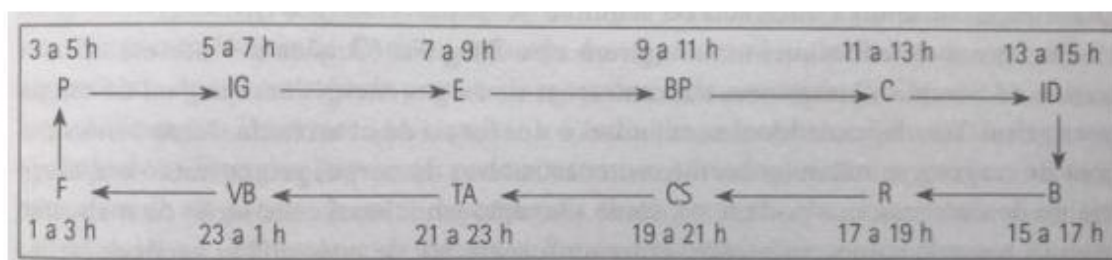


Fonte: Tratado Contemporâneo de Acupuntura e Moxibustão

Na figura acima nota-se a dinâmica Yin/Yang ao longo do dia.

Segundo a MTC, há um fluxo corporal de vida denominado “Chi” que percorre caminhos chamados meridianos. Na figura abaixo podemos visualizar o fluxo de “Chi” ao longo dos meridianos ao longo das horas.

Figura 6: Fluxo do “Chi”



Fonte: Tratado Contemporâneo de Acupuntura e Moxibustão

Obstruções deste fluxo nos adoecem. Concebe-se a essência do ser humano, não apenas como corpo físico e mental, mas como um ser único e íntegro; integrado ao universo. Assim, de certa forma, o “Chi” perpassa o

âmbito do indivíduo e se relaciona com o universo como sistema. É a visão do corpo como um microcosmo inserido no macrocosmo que é o universo. Segunda esta visão, as enfermidades são a manifestação de desordens energéticas. Adoecer é o resultado de uma série de bloqueios que impedem o fluxo livre de “Chi”. Como influência da visão da natureza, os sábios antigos estabeleciam que invasores externos como o frio, calor, vento, umidade, etc. Em sua evolução, tais bloqueios levam ao porte de alterações estruturais orgânicas diversas. A MTC visa o tratamento integral do ser humano, devolvendo-o ao equilíbrio harmonioso com o seu meio (WANG, 2005).

Epilepsia e MTC:

Segundo Auteroche (AUTEROCHÉ, 1992), o Baço-Pâncreas está situado no Aquecedor médio. A principal função do Baço é a digestão do Estômago por meio do transporte e da transformação das essências alimentares, absorvendo a nutrição dos alimentos e separando as partes puras das impuras. A epilepsia, no pensamento médico chinês inicia-se como distúrbio do baço.

Na Medicina Tradicional Chinesa, a crise epilética é chamada de “Chou-feng”, e a epilepsia é chamada de “Xian Zheng”. Segundo o pensamento da MTC, os fatos cronológicos da patogenia da epilepsia parecem se iniciar com uma insuficiência do baço (Pi). Esta insuficiência desencadeia um desequilíbrio energético na circuitaria do baço-pâncreas (pi-Wei). Como a função do baço envolve a metabolização da umidade, sua falência leva ao acúmulo de umidade no organismo. A crescente estagnação da umidade leva à transformação em mucosidade. Mucosidade produz inicialmente calor e depois fogo. A mucosidade-fogo ascende para o ápice craniano em direção ao ponto VG-20 (Baihui). O desequilíbrio deste ponto pela invasão da mucosidade-fogo faz manifestar os eventos das crises epiléticas. Na verdade, a eclosão crítica epilética depende de três fenômenos que se seguem à presença da mucosidade-fogo e estado de excesso de Yang. O fogo (Huo) em labareda pela presença da mucosidade como combustível aumenta o estado Yang corporal. Este estado de excitação Yang produzirá vento interno. Num primeiro momento, a água do rim (Shen) resfria o Yang e contém o fogo a nível do coração (Xin). Estados de depleção da água do Shen como na extenuação

física, estados de excesso de atividade sexual, adoecimentos diversos com comprometimento do estado geral, stress emocional, uso de álcool ou drogas, desidratação e febre podem fazer com que este resfriamento deixe de acontecer e o fogo aumenta e sobe do coração até o cérebro. Além deste fenômeno, há secagem da madeira do fígado (Gan). O fogo imperial, subindo do coração, incendeia a madeira, ganhando volume de chamas que também alcançarão o cérebro através dos olhos. Fogo e vento são os ingredientes para a manifestação clínica das crises epiléticas. Portanto, o fato primitivo é a deficiência do baço com estagnação da umidade. Segue-se aumento do estado Yang a ponto de gerar vento interno, escape do Xin-Huo (fogo do coração) e do do Gan-Huo (fogo do fígado).

Pontos de acupuntura e epilepsia:

Os livros antigos trazem quase uma centena de pontos de acupuntura úteis no tratamento da epilepsia. Segundo relato de Wang et alli (WANG, 2005), as fórmulas antigas de acupuntura em epilepsia incluíam, dentre outras: Mil prescrições douradas (Quian Jin Yao Fang), Tratado Clássico de Acupuntura e Moxibustão (Zhen Jiu Jing Lun), Clássico de Acupuntura e Moxibustão para melhorar a Qualidade de Vida (Zhen Jiu Zi Sheng Jing), Seleção de Acupuntura e Moxibustão (Zhen Jiu ZhaiYing Ji) e Compêndio de Prescrições em Acupuntura e Moxibustão (Zhen Jiu Chu Fang Ji).

Mil Prescrições Douradas incluía agulhar Shen Zhu (DM 12), Wei Zhong (B40), Wei Yang (B39) e Kun Lun (B60). O Tratado Clássico preconizava selecionar Shen Zhu (DM12), Da Zhui (DM14) e Tao Dao (DM13). O Clássico fazia referência aos pontos Shen Shu (B23), Zhong Lu Shu (B29), Chang Quiang (DM1) e Gan Shu (B18). A seleção de pontos trazia a orientação do ponto Ya Men (DM15). Finalmente, o compêndio sugeria Hegu (IG4), Wan Gu (ID4), Than Jing (SJ10), Tian Jing (SJ10), Jin Suo (DM8) e Yin Bai (BP1).

Na tabela abaixo apresentamos um quadro sinóptico da compreensão dos fenômenos da MTC relacionados à epilepsia, bem como a proposta de tratamento para cada caso na concepção dos mestres Liu Gong Wang e Hong Jin Pai.

Figura 7: Quadro sinóptico de convulsões segundo MTC

Diferenciação	Etiopatogenia	Princípio de Tratamento	Seleção de Pontos
Convulsão tipo excesso causada por fator patogênico exógeno	Estagnação de vento, frio e umidade nos meridianos, calor consumido o Jin Ye, falhando em nutrir os tendões e vasos	Dispersar os fatores patogênicos	Da Zhui (DM14), Shui Gou (DM26), Wei Zhong (B40), Shao Shang (P11), Yang Ling Quan (VB34), Jia Che (E6).
Convulsões do tipo deficiência causada por doença interna	Deficiência de Yin e Xue, sudorese profusa, falha em nutrir os tendões e os vasos.	Tonificar, principalmente o Yin.	Ming Men (DM4), Gan Shu (B18), Pi Shu (B20), Feng Fu (DM 16), Hou Xi (ID3).

Fonte: Tratado contemporâneo de Acupuntura e Moxibustão.

Segundo Kindberg (KINDBERG, 2009), os pontos de acupuntura sistêmica mais usados hoje em Pesquisa com epilepsia são: Shem men, ponto Hegu (LI 4), Neiguan (PC6), Zusanli (ST36), Lanwei (Extra-37) Yin-Tang (Extra-1) e San Yin Jiao (SP6).

Pontos de acupuntura desta Pesquisa:

A seguir apresentamos um arrazoado de cada um dos pontos usados na Pesquisa IMPACT. Destacamos o nome do ponto de acupuntura (WANG, 2006), seu significado em MTC, os reparos anatômicos de sua localização (SEFRAN, 2007) e uma correlação anátomo-fisiológica (CRICENTI, 2011).

Primeiro ponto: IG4 – Hegu – madeira – fonte.

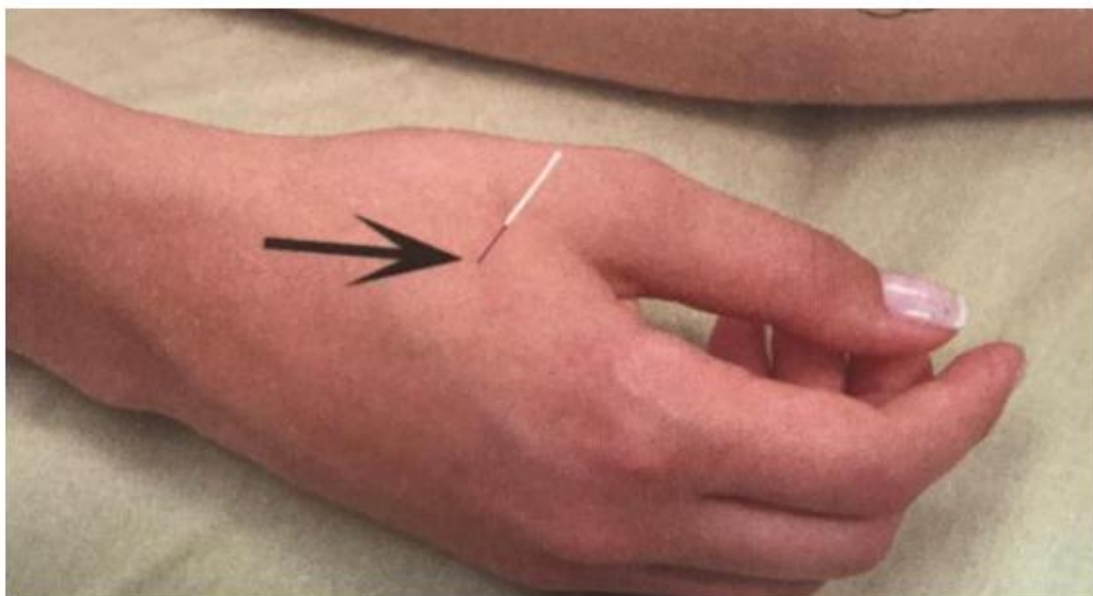
Ponto do meridiano do intestino grosso (Dachang) – shou Yang Ming da Mão. Localiza-se entre primeiro e o segundo metacarpo, onde ocorre uma saliência muscular, durante a adução do polegar. O agulhamento se localiza no primeiro interósseo do dorso do músculo adutor do polegar. Relaciona-se com o plexo venoso dorsal tributário da veia cefálica. O agulhamento segue as

premissas dos tratados clássicos que preconizam, no caso de problemas na cabeça, a inserção oblíqua ao longo da superfície do segundo metacarpo.

Dentre as funções energéticas tradicionais podemos citar a liberação do calor perverso interno para a superfície do corpo, dispersão do vento, vento-calor e vento-frio, dispersão do excesso de Xin"Chi" (coração), desobstrução do "Chi" do coração, ativação da circulação de "Chi" estagnado nos canais de energia e do "Chi" e Xue (sangue) nos vasos sanguíneos, clareamento da visão, reanimação do estado de inconsciência, transformação da mucosidade e tonifica o Wei "Chi" (energia de defesa).

Figura 8: Ponto IG 4

Ponto IG4



Fonte: Atlas de Acupuntura

Segundo ponto: VB 13.

Ponto do meridiano da vesícula biliar (dan) – Zu Shao Yang do pé. VB13 – Benshen. Localiza-se no cruzamento de uma linha imaginária que sobe verticalmente a partir do canto lateral com outra linha imaginária de disposição frontal, cerca de 3 cm após a inserção do couro cabeludo. A agulha transfixa o ventre frontal do musculo occipitofrontal. A área deste ponto é irrigada e

drenada por veias e artérias frontais superficiais, a inervação se dá pelo nervo supra orbital, ramo do trigêmeo e por ramos temporais do nervo trigêmeo. Faz-se inserção transversal. Como função energética cabe lembrar a ação de acalmar crises epilépticas e de dispersar a umidade-calor, o vento e o frio.

Figura 9:

Ponto VB 13



Fonte: Atlas de Acupuntura

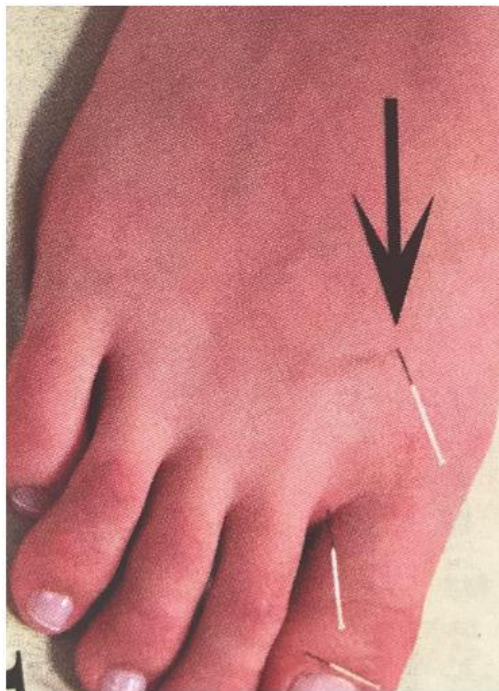
Terceiro ponto: F3 (Taichong).

Ponto do meridiano do fígado (Gan) – Zu Jue Yin do pé. Localiza-se adiante do ângulo formado pelo primeiro e segundo metatarso, entre os tendões dos músculos extensor curto do hálux e extensor longo dos dedos. O agulhamento profundo em direção ao dorso do pé transfixa o interósseo dorsal do pé. A vascularização deste ponto se dá pela artéria e veia metatarsais dorsais.

Acerca das funções energéticas do F3 se pode citar a harmonização e tonificação do Gan “Chi” (fígado) e do Xue (sangue), harmonização do “Chi”

do Dan (vesícula), orientação do “Chi” em tumulto contracorrente (afluxo contrário), dispersão da umidade-calor e relaxamento de músculos e tendões.

Figura 10: Ponto F3



Fonte: Atlas de Acupuntura

Quarto ponto: VG 20 (baihui)

Ponto do meridiano do vaso Governador. Localiza-se no topo da cabeça, no cruzamento de uma linha imaginária longitudinal mediana com outra no plano frontal que tangencie os ápices dos pavilhões auriculares. Vascularização se dá pela artéria e veia temporais superficiais. A região deste ponto é inervada pelo nervo occipital maior. Como funções energéticas, podem ser lembradas manutenção do Yang “Chi” do corpo, remoção e dispersão do excesso de Yang dos canais de energia Yang, estabilização e subida do Yang “Chi”, acalmia do Shen (mente) e as emoções e clareamento da mente, reanimação da inconsciência, circulação do Gan “Chi” (fígado) e dispersão do Yang “Chi” excessivo do Gan (fígado), dispersão do vento interno do Gan (fígado) e o vento perverso e relaxamento de tendões e músculos.

Figura 11: Ponto DU 20



Fonte: Atlas de Acupuntura

“Chi”nto ponto: HN3 (Yintang)

Classificado como ponto extra. Localiza-se na linha mediana na extremidade medial dos supercílios. Relaciona-se com o músculo prócero e o nervo trigêmeo. Relacionado ao tratamento da ansiedade e depressão, ponto de acalmia e relaxamento.

Figura 12: Ponto HN3



Fonte: Atlas de Acupuntura

Objetivos:

Objetivo Geral: Avaliar os impactos da acupuntura em portadores de epilepsia do lobo temporal com esclerose do hipocampo.

Objetivos específicos:

1. Avaliar o impacto da acupuntura na frequência de crises epiléticas de portadores de ELT-EH.
2. Avaliar o impacto da acupuntura na qualidade de vida de portadores de ELT-EH.
3. Avaliar o impacto da acupuntura na ocorrência de sintomas depressivos de portadores de ELT-EH.
4. Avaliar o impacto da acupuntura no índice de bem-estar de portadores de ELT-EH.

Materiais e métodos:

Esta Pesquisa é um estudo prospectivo, transversal, com análise descritiva e correlacional, objetivando conhecer o comportamento do índice de bem-estar, frequência de crises epiléticas, ocorrência de sintomas depressivos e avaliação da qualidade de vida de portadores de ELT-EH submetidos a acupuntura.

Local do estudo:

O estudo foi realizado nas dependências do Ambulatório de Neurologia Clínica do Hospital da PUC Campinas, na Cidade de Campinas/SP. O serviço atende pacientes encaminhados da região, segundo as premissas do Sistema único de Saúde – SUS e é referência no tratamento de epilepsias. Os atendimentos são feitos por residentes e pela médica responsável pelo ambulatório. Ao longo dos atendimentos, listas de portadores de ELT-EH eram geradas e repassadas ao Pesquisador para posterior contato. Os atendimentos para entrevistas, avaliações e acupuntura foram realizados no Ambulatório de Neurologia Clínica às quintas-feiras das 10:45h às 13:15h, em seis salas.

População da Pesquisa:

A casuística foi formada por portadores de ELT-EH, segundo os critérios de elegibilidade discriminados adiante. A amostragem não foi aleatória, uma vez que todos os pacientes portadores de ELT-EH do ambulatório foram procurados.

Para cálculo do tamanho amostral foi consultada especialista em estatística.

Critérios de inclusão:

1. Ser portador de ELT-EH.
2. Ter mais de 18 anos.
3. Ser paciente do Ambulatório de Neurologia Clínica do Hospital da PUC Campinas.
4. Aceitar participar voluntariamente da Pesquisa, o que se configura pela assinatura do TCLE.

Critérios de exclusão:

1. Portar outras formas de epilepsia que não ELT-EH.
2. Ter menos de 18 anos.
3. Não ser paciente do ambulatório de Neurologia Clínica do Hospital da PUC Campinas.
4. Não aceitar participar da Pesquisa, não assinando o TCLE.
5. Faltar às sessões de acupuntura ou deixar de atender aos telefonemas ou mensagens por aplicativo do Pesquisador.
6. Desistir da Pesquisa.
7. Ter indicação de cirurgia de epilepsia no período da Pesquisa.
8. Apresentar patologias psiquiátricas.

Variáveis do estudo:

Neste estudo se classificou as variáveis como dependentes, ou seja, aquelas grandezas dependem do comportamento de outras variáveis, ditas independentes. Variáveis independentes são grandezas que não dependem de outras.

Variáveis dependentes:

Frequência de crises epiléticas. Variáveis numéricas contínuas que expressam a ocorrência de crises epiléticas por semana.

Índice de bem-estar. Variável numérica contínua que expressa uma nota atribuída pelo paciente à sua própria condição de bem-estar.

Qualidade de vida relacionada a agravo de saúde. Variável numérica contínua avaliada através do instrumento QUOLIE 31 traduzido e validado para a língua portuguesa. O escore total deste instrumento, bem como seus valores por categorias foi um dado analisado na correlação entre acupuntura e não acupuntura (grupo controle).

Ocorrências de sintomas depressivos. Variável numérica contínua avaliada através do instrumento IDTN-E traduzido e validado para a língua portuguesa. O escore total deste instrumento, bem como seus valores por questões foi um dado analisado na correlação entre acupuntura e não acupuntura (grupo controle).

Variáveis independentes:

Variáveis sócio-demográficas:

Idade. Variável numérica contínua expressa em anos e relatada pelo paciente no momento da entrevista.

Gênero. Variável categórica nominal dicotômica em masculino e feminino.

Situação conjugal: variável categórica nominal que agrupa os indivíduos em dois grupos, a saber: com companheiro e sem companheiro.

Raça. Variável categórica, estabelecida nas categorias negro, pardo e branco, a partir da auto declaração do paciente.

Religião. Variável categórica nominal informada pelos indivíduos.

Ocupação remunerada. Variável categórica nominal em ocupados (aqueles que tem percepção monetária como fruto de atividade laboral lícita) e não ocupados (sem percepção monetária ou com percepção por benefícios como aposentadoria ou auxílio doença).

Escolaridade. Variável numérica categórica que expressa anos a escolaridade dos indivíduos.

Variáveis clínicas:

Médias de crises epiléticas. Variável numérica contínua que expressa a taxa de crises epiléticas no mês.

Idade do diagnóstico. Variável numérica contínua que expressa em anos a idade do paciente à época do diagnóstico.

Tempo de doença. Variável numérica contínua que expressa o tempo em anos desde o diagnóstico.

Lateralidade. Variável nominal categórica, em direita e esquerda, que exprime a lateralidade da lesão hipocampal.

Foco eletroencefalograma. Variável nominal categórica, indicativa da localização temporal do foco epileptogênico.

Medicamentos. Variável nominal categórica em uma ou mais de uma DAE.

Tipo de crise. Variável nominal categórica que descreve o tipo da crise.

Instrumentos de coleta de dados:

Foram utilizados os seguintes instrumentos durante a coleta de dados:

Termo de consentimento livre e esclarecido, Ficha Clínica, Quolie 31, IDTN-E e ficha de acompanhamento semanal. Foram utilizados os instrumentos QUOLIE 31 – Quality of life in epilepsy, um questionário adaptado e validado em português para avaliação de qualidade de vida em portadores de epilepsia (DA SILVA et al., 2006) e IDTN-E – inventário de depressão em transtornos neurológicos para epilepsia, um instrumento adaptado e validado para o português para avaliação de sintomatologia depressiva em portadores de epilepsia (DE OLIVEIRA et al., 2011) e Escala de Cantril de Bem-estar subjetivo.

O problema da Pesquisa:

De todo o exposto até aqui, fica patente o problema desta Pesquisa. Apresentamos o indivíduo portador de epilepsia do lobo temporal com esclerose de hipocampo, que em suas formas clínicas mais graves, tem comprometimento cognitivo, alterações afetivas e grande refratariedade ao arsenal de DAEs, este indivíduo tem acometimento biopsicossocial e grande desinserção relacional. Posto este problema, eis nossa pergunta angustiante: poderia ser a acupuntura benéfica nos casos de ELT-EH?

Hipótese inicial:

A acupuntura pode reduzir a frequência de crises convulsivas de pacientes portadores de ELTEH, bem como melhorar o bem-estar e a escorização quanto à qualidade de vida e sintomas depressivos.

Desenho da Pesquisa:

Pesquisa do tipo Pesquisa clínica randomizada, intervencionista, se valendo da acupuntura como intervenção. Os indivíduos participantes foram aleatoriamente distribuídos e tiveram a mesma chance de se alocarem em qualquer dos grupos, a saber, acupuntura ou controle. Esta Pesquisa se propôs a acompanhar 54 pacientes por dez semanas para se avaliar efeitos da acupuntura na epilepsia. Em todas as semanas foram, todos os indivíduos foram conferidos quanto ao número e à frequência de crises e a aferição do índice do bem-estar. Na primeira semana, momento zero da Pesquisa, na quinta e na sexta semanas foram feitas aplicações dos questionários que se serviram de instrumentos nesta Pesquisa.

Ao considerar o desenho da Pesquisa IMPACT, é mister considerar algumas questões preliminares. São pontos que precisam ser vindimados para compreensão de nossa proposta metodológica. O primeiro ponto diz respeito ao modelo de desenho de Pesquisa em acupuntura. O segundo ponto a merecer considerações é conceitual e diz respeito ao grupo controle. Finalmente, merece reflexão a questão de como aferir resultado em Pesquisa envolvendo acupuntura e epilepsia.

Vamos ao primeiro ponto. A ciência e a acupuntura descendem de mundos muito diversos. Para uma, fazer Pesquisa é, essencialmente, observar. Para a outra, fazer ciência é observar de maneira controlada e comparativa. Uma é experiencial, outra é experimental. Ao se trazer a acupuntura para o campo da Pesquisa científica, fica desnudada esta questão (CAT; BRASIL; ESTE, 2007).o avanço da acupuntura no mundo ocidental demanda esta consideração (REGINA; MORAES, 2007).

A essência da acupuntura consiste na inserção estereotipada de agulhas específicas em pontos conhecidos e anatomicamente bem demarcados da pele e, através dela, em tecidos profundos como tecido celular

subcutâneo, fáscias e músculos. Estes pontos, numeráveis em torno de 1500 em toda superfície corporal, são conhecidos como acupontos ou simplesmente pontos de acupuntura e tem peculiaridades quanto a seus efeitos (PINTO-COELHO; TRINDADE, 2019). Segundo o pensamento médico tradicional chinês, a inserção de uma agulha em um acuponto dispara um encadeamento de fenômenos que se deflagra com uma sensação de parestesia em formigamento ou ferroadada, denominada “de “Chi””. Esta sensação costuma percorrer uma trajetória conhecida como meridiano. Meridiano é um caminho formado pela união de um conjunto determinado de pontos, resgatando o conceito básico de geometria, segundo o qual a união de pontos forma uma reta ou uma curva. A eficácia e a eficiência de um agulhamento em acupuntura tem sido relacionado à ocorrência da sensação de “de “Chi”” e esta é uma primeira problemática quando se trata da quantificação do “de “Chi”” em trabalhos científicos (ZIEA et al., 2019). A expectativa com a ocorrência do “de “Chi””, bem como com o efeito terapêutico esperado é o primeiro viés com o qual se deve preocupar em Pesquisas clínicas envolvendo a acupuntura. Isto se torna particularmente importante quando se trata de efeitos subjetivos. A resposta referida quanto a um suposto efeito da acupuntura deve ser ao máximo depurada, fazendo-se distinção entre a resposta decorrente da ação do ponto de acupuntura e do efeito placebo (MOFFET, 2009). O desenho de Pesquisa mais simples é a composição de dois grupos, sendo um grupo controle que não receberá intervenção pareado ao máximo com um grupo intervenção. Ao parear o grupo intervenção com o grupo controle, o ideal seria que ambos, sujeito da Pesquisa e interventor, não soubessem quem recebe efetivamente acupuntura como intervenção. Esta tipologia duplo cego sofre seu primeiro embate diante do fato de que o interventor sabe quem recebe e quem não recebe acupuntura (WHITE et alli, 2013). Portanto, não é factível a construção duplo-cego em Pesquisas clínicas envolvendo a acupuntura como intervenção. Para que o voluntário de uma Pesquisa clínica seja cego em relação à acupuntura, dois desenhos são possíveis. O primeiro é a chamada acupuntura sham, que consiste na inserção de agulhas em pontos diferentes dos pontos clássicos de acupuntura. Estes pontos podem ser pontos de acupuntura cujo efeito terapêutico não tenha relação com a condição a ser tratada ou pontos aleatórios, escolhidos a esmo, sem se constituírem, portanto,

em pontos de acupuntura. Isto é problemático porque, em tese, pode haver pontos de superfície cutânea ainda não catalogado. Assim, pode-se estar estimulando pontos desconhecidos e obtendo resultados não esperados. Outra modalidade de desenho cego em acupuntura é considerar dispositivos que simulam o agulhamento, sem, no entanto, haver inserção cutânea de agulha. A falta do “de “Chi”” acaba por denunciar ao indivíduo a falsa acupuntura, o que pode ensejar efeito noceutivo. O método “tothpick” imita a sensação “de “Chi”” e pode ser um recurso útil para aqueles que nunca se submeteram a acupuntura. A recomendação atual é de que se descreva quem é cego em uma determinada Pesquisa, elencando atores envolvidos como Pesquisadores, interventores estatísticos etc... Diante da complexidade da acupuntura sham, surge como alternativa a simples composição de um grupo controle de não intervenção. Neste grupo haverá simples observação, sem que se intervenha. Nossa Pesquisa não é cega para o paciente, que sabe ser grupo controle ou intervenção, nem para o Pesquisador, que sabe quem foi submetido a acupuntura

A natureza do grupo-controle deve ser objeto de reflexão. Deveria, em nosso caso, o grupo controle ser portador de ELT-EH ou deveriam ser sujeitos hígidos, ou, no mínimo doentes não-portadores ELT-EH? Pensamos que os dois critérios guardam aspectos “prós” e “contras”. Em primeiro lugar, um grupo-controle composto por indivíduos hígidos (e, portanto, sem ELT-EH) seria muitíssimo interessante por permitir avaliar os efeitos da acupuntura sem o viés da doença. Porém, seria grupo tão diverso do grupo-intervenção que criaria desconfortável viés. Por outro lado, o grupo-controle formado por portadores de ELT-EH traria proximidade com o grupo-intervenção, mas tem o risco de apresentar respostas inerentes à patologia. Pensamos ser mais coerente adotar o modelo em que o grupo-controle seja formado por portadores de ELT-EH. Em uma publicação recente (ZIEA et al., 2019), os autores apresentaram diretrizes para ensaios clínicos em acupuntura, levando-se em conta que este tipo de material é escasso e controverso muitas vezes. Este artigo torna-se importante por apresentar orientações práticas sobre a escolha adequada de controle em acupuntura. Apontando os elementos essenciais no desenho de um projeto, traz a ideia de customização de design à luz do projeto concreto.

Finalmente, há que se considerar a seguinte indagação: o que medir para se avaliar eventuais efeitos da acupuntura? Certamente para esta questão não há resposta pronta. quisemos abarcar os principais parâmetros do portador de ELT-EH, como aferição dos eventos de crise epiléptica, dos sintomas depressivos, do índice de bem-estar e qualidade de vida, que entendemos ser críticos como parametrização da resposta à acupuntura.

Material:

Os seguintes materiais foram usados nesta Pesquisa: instalações físicas do ambulatório do Hospital da PUC Campinas, mesas e cadeiras, macas para as sessões de acupuntura, swabs de algodão com álcool, agulhas de acupuntura de aço, placas de grânulos de ouro com micropore para acupuntura auricular e agulhas de acupuntura em aço 25X40, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo I), Ficha clínica (anexo II), instrumentos QUOLIE 31(anexo III), IDTN-E (anexo IV) e ficha de anotação de frequência de crises e bem-estar (anexo V).

Aplicação:

Dos instrumentos:

A aplicação dos instrumentos QUOLIE 31, Escala de Cantril e IDTN-E foram realizados pelo próprio Pesquisador, bem como a mensuração semanal de crises epilépticas e índice de bem-estar.

Da acupuntura:

A aplicação dos pontos de acupuntura foi feita pelo Pesquisador.

Pontos de Acupuntura da Pesquisa IMPACT:

Após estudar os principais pontos de acupuntura sistêmica dentre os escritos clássicos (Wang, 2005) e trabalhos científicos mais recentes (LIU *et al.*, 2014), elencamos oito deles, levando em conta os seguintes princípios:

1. Aparente eficácia (relatos antigos e atuais).
2. Número menor que dez para trazer celeridade logística para a Pesquisa.
3. Não envolvesse punctura próximo de estruturas nobres como o nervo mediano.

4. Que não envolvesse desnudar e expor o pudor do indivíduo. Embora pudéssemos contar com consultórios individuais, quisemos proteger a intimidade dos pacientes.

Diante destas premissas elegemos os pontos de acupuntura Du20, HN3, VB13, LI4 e F3, num total de oito pontos.

Casuística e Procedimentos:

A presente Pesquisa estudou 79 indivíduos de ambos sexos, maiores de 18 anos, portadores de epilepsia do lobo temporal com esclerose de hipocampo, acompanhados no Ambulatório de neurologia Clínica do Hospital da PUC Campinas. Os 79 indivíduos foram alocados em quatro grupos e, depois de exclusões e desistências, restaram 52 em dois grupos, a saber, grupo Acupuntura e grupo Controle. O detalhamento do movimento dos indivíduos deste a abordagem para apresentar a proposta da Pesquisa está descrito nos resultados, adiante neste texto.

Para a realização desta Pesquisa, adotou-se as seguintes etapas:

a. Encaminhamento do Projeto para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas. O parecer consubstanciado se encontra como anexo (anexo VI).

b. Obtenção de listas de candidatos à Pesquisa pela médica assistente do Ambulatório de Neurologia Clínica, ao atender os pacientes.

c. Contato telefônico do Pesquisador, convidando os pacientes da lista para uma avaliação no ambulatório.

d. Avaliação clínica e apresentação da proposta da Pesquisa em formato de consulta médica pelo Pesquisador.

e. Assinatura do TCLE para os ingressantes na Pesquisa.

f. Sorteio para alocação no grupo Auriacupuntura, Aurículo, Acupuntura ou Controle. O sorteio foi realizado pelo próprio indivíduo após assinar o TCLE. O Pesquisador conservou um recipiente (saco de pano) contendo 40 (quarenta) fichas, sendo dez com o dizer "ACUPUNTURA"; dez com o dizer "AURIACUPUNTURA"; dez com o dizer "CONTROLE" e dez com o dizer "AURÍCULO". Ao retirar uma ficha do recipiente, o participante a entregava para o Pesquisador, que declarava o grupo no qual seria alocado. A

ficha era devolvida ao recipiente, de forma que sempre havia 40 (quarenta) fichas no recipiente, para que a probabilidade de escolha fosse igual para os quatro grupos.

g. Acupuntura sistêmica e auricular em sessões semanais para os pacientes dos grupos intervenção por dez semanas.

h. Procedimentos na acupuntura: recepção do paciente. Acomodação na maca, sem meias e sapatos. Aplicação de álcool previamente nos pontos de acupuntura. Agulhamento na seguinte ordem: DU20, HN3, VB13 direito, VB13 esquerdo, LI4 direito, LI4 esquerdo, F3 direito e F3 esquerdo. Paciente deixado em repouso sob agulhamento por 30 minutos. Remoção das agulhas na seguinte ordem: F3 esquerdo, F3 direito, LI4 esquerdo, LI4 direito, VB13 esquerdo, VB13 direito, HN3 e Du20.

i. Avaliação semanal dos indivíduos para registro de frequência de crises e anotação do índice de bem-estar, segundo Escala de Cantril.

j. Aplicação na primeira, quinta e décima semana dos instrumentos QUOLIE 31 e IDTN-E. o tempo de aplicação dos instrumentos foi de cerca de 30 minutos e foi feita presencialmente.

k. Tabulação de dados.

l. Análise estatística.

Metodologia estatística:

Foram feitas análises descritivas de média e desvio-padrão, Mediana, 1º e 3º quartil, frequências absolutas e relativas. Nas comparações entre os grupos intervenção e controle foram usados os testes “Chi”-quadrado, teste Exato de Fisher, teste t-Student e teste de Kruskal-Wallis (comparação do total de crises nas 10 semanas). Para avaliar o efeito da acupuntura na qualidade de vida (Quolie 31), sintomas depressivos (IDTN-E) e bem-estar no decorrer das 10 semanas foi feita a análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas considerando as semanas 1, 5 e 10. Foram considerados estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$, ou seja, nível de significância de 5%. As análises foram feitas no SAS Studio v. 3.8.

Resultados

Generalidades:

A Pesquisa IMPACT, alcunha em acróstico da expressão “Impacto da Acupuntura em Pacientes portadores de Epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo”, termo doravante utilizado neste texto para fazer referência ao título e/ou à Pesquisa em si, foi realizada pelo Pesquisador Gilvano Amorim Oliveira, sob a orientação da Profa. Dra. Glória Maria de Almeida Souza Tedrus.

A Pesquisa IMPACT teve lugar no Ambulatório de Neurologia Clínica do Hospital da PUC Campinas, tendo a coleta de dados sido realizada no período de setembro de 2018 a junho de 2019, tendo sido devidamente registrada no Comitê de Ética e Pesquisa sob o número CAAE 95436418.9.0000.5481, Parecer Consubstanciado no. 2.879510 de 06 de setembro de 2018 (Anexo 1).

A Pesquisa IMPACT é uma Pesquisa clínica randomizada. Como estudo intervencionista, os indivíduos participantes foram aleatoriamente distribuídos e tiveram a mesma chance de se alocarem em qualquer dos grupos, a saber, acupuntura ou controle. Como desenho prospectivo, os indivíduos foram acompanhados por dez semanas.

A Pesquisa IMPACT teve por objetivo avaliar os impactos da acupuntura em pacientes portadores de epilepsia do lobo temporal com esclerose de hipocampo (ELT-EH), partindo-se de uma hipótese inicial de que a acupuntura pode trazer impacto positivo. Foram selecionados pacientes durante o atendimento médico do ambulatório de epilepsia do Hospital da PUC Campinas para posterior contato por telefone pelo Pesquisador. A Pesquisa IMPACT tornou-se possível com a cooperação da médica assistente do ambulatório de Epilepsia, que pacientemente avaliou e separou os casos elegíveis, gerando listas de pacientes. O Pesquisador também pode contar com estudantes de medicina que auxiliaram no acolhimento dos indivíduos, direcionamento para “sala de entrevista” ou para “salas de acupuntura” e no controle do tempo das sessões de acupuntura.

Os contatos foram feitos aos poucos, na medida em que as listas com nomes e telefones eram geradas. Os contatos do Pesquisador foram feitos através de aparelho celular particular com chip exclusivo para a Pesquisa, de

forma que não geraram ônus à instituição. Ao contatar os indivíduos portadores de ELT-EH, o Pesquisador se apresentava e anunciava a oportunidade de uma avaliação clínica no ambulatório.

O fluxograma a seguir exhibe, em epítome, o movimento dos indivíduos portadores de ELT-EH em relação à participação na Pesquisa IMPACT.

Figura 1: IMPACT: fluxo dos indivíduos

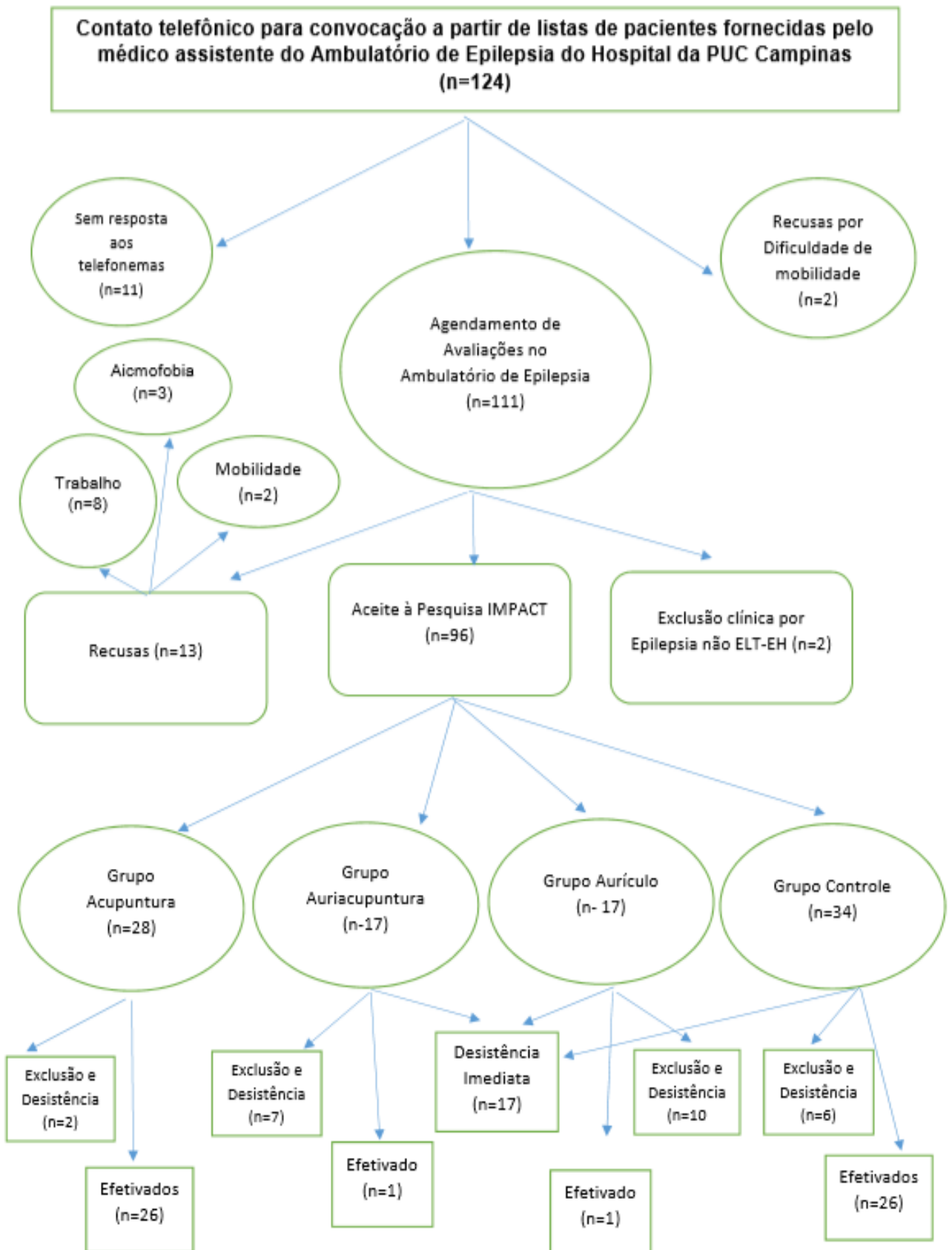


Figura 1: IMPACT: fluxo dos indivíduos

Foram contatados 124 indivíduos portadores de ELT-EH de ambos sexos, sendo que em 11 casos não houve resposta aos chamados telefônicos, mesmo se fazendo três tentativas em momentos diferentes, e em dois outros houve recusa sob as escusas de impossibilidade de comparecimento na data aprazada por razões de mobilidade. Tais avaliações clínicas foram marcadas em agenda do Pesquisador aos moldes de consulta médica, de forma individualizada e realizadas sob as premissas básicas da relação médico-paciente, como respeito, cordialidade e humanização, além dos aspectos técnicos.

Um total de 111 indivíduos foi atendido no ambulatório pelo Pesquisador, aos quais foi apresentada a proposta da Pesquisa IMPACT em linguagem clara, compreensível. Deve-se enfatizar que tais atendimentos se deram em horários em que havia vacância de atendimento do ambulatório, de forma a não trazer impactos negativos ao funcionamento do serviço. Dos indivíduos avaliados, identificou-se dois com formas de epilepsia que não ELT-EH e 13 recusaram-se a participar, por diversas razões como aicmofobia, dificuldade de mobilidade e impossibilidade de se ausentar do trabalho por 10 (dez) semanas (a Tabela 1 apresenta a distribuição dos indivíduos desistentes após contato inicial).

Tabela 1 – IMPACT: recusa de participação após contato inicial

Recusa de participação após avaliação			
Aicmofobia	Trabalho profissional	Dificuldade de mobilidade	Total de indivíduos
3	8	2	13

IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo.

Aicmofobia: fobia de agulhas.

De forma clara e de modo compreensível, foi feita a leitura do TCLE (anexo 5) com cada um dos 96 indivíduos remanescentes e eventuais dúvidas e questionamentos foram esclarecidos. Ressaltou-se de que nenhum risco haveria em caso de negativa de participação em relação à continuidade do tratamento. Sobre isto, aliás, o Pesquisador deixou bem claro que em nada o curso dos atendimentos mudaria e que nem mesmo o tratamento e/ou outras condutas do médico assistente sofreria qualquer tipo de mudança diante de um eventual aceite ou não aceite.

Os 96 indivíduos assinaram o TCLE e, a partir deste ato, foram considerados inclusos na Pesquisa IMPACT. Após assinatura, os indivíduos foram sorteados para distribuição em grupos. Desistiram imediatamente de participação 17 indivíduos por terem sido sorteados para auriculoterapia ou grupo controle. Destes 17, dois haviam sido sorteados para grupo controle, seis para aurículo e nove para auriacupuntura. Não obstante as orientações de que poderiam se beneficiar da acupuntura depois da Pesquisa, ainda assim mantiveram a renúncia de participação na IMPACT. A Tabela 2 exibe de forma sinóptica a alocação dos indivíduos com ELT-EH convocados para participarem da Pesquisa IMPACT, bem como sua distribuição nos grupos, como se explana a seguir. O grupo acupuntura recebeu 28 indivíduos, o grupo controle ficou com 32 indivíduos, o grupo auriacupuntura teve oito indivíduos, enquanto o grupo aurículo se compôs de 11 indivíduos. O grupo acupuntura teve a menor perda, se reduzindo de apenas dois indivíduos. O grupo aurículo, com dez indivíduos removidos, apresentou a maior redução. O grupo auriacupuntura se reduziu a um indivíduo com subtração de outros sete. Finalmente, o grupo controle teve seis baixas, reduzindo-se a 26 indivíduos. As exclusões se deram por razão clínica (1), desistência (11) ou faltas (12).

Tabela 2 – IMPACT: distribuição dos Indivíduos portadores de ELT-EH|

Convocados para Pesquisa IMPACT				
Total	Aceitaram	Sem contato	Total de Recusas	Casos não ELT-EH
124	79	11	32*	2
Total	Acupuntura	Auriculo	Auri-acupuntura	Controle
79	28	11	8	32
Acupuntura		Finalizados	Faltas	Exclusão clínica
28		26	1	1
Auriculo		Finalizados	Faltas	Desistências
11		1	8	2
Auri-Acupuntura		Finalizados	Faltas	Desistências
8		1	2	5
Controle		Finalizados	Faltas	Desistências
32		26	2	4

IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo.

*Total formado por 15 recusas e 17 desistências.

Na Tabela 3 estão dispostos os indivíduos efetivados, ou seja, os que completaram as dez semanas de acompanhamento, e os que foram removidos, denominados genericamente de excluídos. Do grupo acupuntura foram excluídos dois indivíduos, sendo um por falta e um por razão clínica (surto de furor). Do grupo auriacupuntura, manifestaram-se para desistência seis indivíduos, sendo um outro excluído por falta. Do grupo auriculo dez indivíduos foram excluídos por faltas. Do grupo controle cinco indivíduos referiram que não gostariam de receber contatos telefônicos semanais, sendo excluídos e em um caso houve perda de contato.

Dos 25 indivíduos excluídos gerou-se dados iniciais, como aferição inicial dos escores QUOLIE 31 e IDTN-E. Estes dados foram pensados como

anexos. Na medida em que as listas de pacientes foram sendo confeccionadas, o Pesquisador fez contato por telefone e agendou avaliações presenciais. Esta intermitência gerou pequenos grupos de pacientes o que, por um lado, facilitou a logística do atendimento no ambulatório. Tais grupos foram denominados para fins da Pesquisa IMPACT, de coortes. Denominou-se, para fins da Pesquisa IMPACT, de “coorte” ao grupo de indivíduos que foi acompanhado por dez semanas como controle ou intervenção. Deve-se fazer imediato reparo ao uso este termo. O sentido desta palavra que aqui se evoca é o sentido lato, como vernáculo da língua portuguesa, como se discute logo adiante. Esta ressalva é necessária diante do consagrado uso deste termo para se fazer menção a um modelo de Pesquisa longitudinal e observacional, que naturalmente, não é nosso caso. Aliás, deixando o território da linguística e adentrando às paragens da ciência epidemiológica, vamos nos convencer de que o termo “coorte” se refere a um grupo de indivíduos cuja identidade é alguma experiência em comum. Neste sentido, nos parece adequada a prestabilidade e oportuno o uso do termo para nomear um grupo de indivíduos, cuja experiência temporal comum foi a participação na Pesquisa IMPACT por dez semanas. Posto este exegético pensamento, voltemo-nos aos resultados.

Obteve-se cinco coortes, sendo a primeira do dia 13/09/2018 a 22/11/2018; a segunda delongou-se de 11/10/2018 a 20/12/2018; a terceira teve lugar de 17/01/2019 a 21/03/2019; a quarta se observou de 21/03/2019 a 30/05/2019 e, finalmente, a última no período de 11/04/2019 a 27/06/2019. A primeira coorte contou com 14 indivíduos, sendo que apenas 6 indivíduos completaram as dez semanas. A segunda coorte contou com 20 indivíduos, sendo que 13 se desligaram da Pesquisa IMPACT antes da décima semana. Na terceira coorte seis indivíduos dos oito iniciais completaram o período proposto. A quarta coorte teve participação de 20 indivíduos portadores de ELT-EH, dois quais 14 completaram o seguimento. A quinta e derradeira coorte teve com 17 indivíduos, das quais 15 chegaram a termo na décima semana. O balanço final destes movimentos resultou em um total de cinquenta e quatro indivíduos acompanhados por dez semanas e vinte cinco excluídos.

Tabela 3 – IMPACT: distribuição de indivíduos efetivados e excluídos por coorte

Coorte	Data Inicial	Data Final	No inicial de Indivíduos	No final de Indivíduos	Cumulativo de Efetivados	Cumulativo de Excluídos
Primeira Coorte	13/09/2018	22/11/2018	14	6	6	8
Segunda Coorte	11/10/2018	20/12/2018	20	13	19	15
Terceira Coorte	17/01/2019	21/03/2019	8	6	25	17
Quarta Coorte	21/03/2019	30/05/2019	20	14	39	23
Quinta Coorte	11/04/2019	27/06/2019	17	15	54	25
Coortes IMPACT	13/09/2018	27/06/2019	79	54	54	25

IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo

Coorte: conjunto de indivíduos seguidos por dez semanas.

Os indivíduos de cada coorte, tendo assinado o TCLE, foram submetidos a sorteio para definição da alocação por grupo (Tabela 4). Assim, dentre os indivíduos da primeira coorte, cinco ficaram no grupo acupuntura, quatro na aurícula, nenhum no grupo auriacupuntura e cinco no grupo controle. Na segunda coorte seis indivíduos ficaram na acupuntura, três no aurícula, dois no auriacupuntura e nove no grupo controle. A terceira coorte teve um indivíduo na acupuntura, um na auriacupuntura e seis no grupo controle. Não houve indivíduos no grupo aurícula. A quarta coorte teve 12 indivíduos no grupo acupuntura, enquanto houve três no grupo aurícula, três no grupo auriacupuntura e dois no grupo controle. A quinta coorte teve quatro indivíduos na acupuntura, um na aurícula, dois no auriacupuntura e dez no grupo controle. O total de indivíduos das coortes se dividiu em 28 para acupuntura, 11 para aurícula, oito para auriacupuntura e 32 para grupo controle.

Tabela 4 – IMPACT: distribuição dos Indivíduos por grupos por coortes

Coorte	Data Inicial	Data Final	No de Indivíduos Acupuntura	No de Indivíduos Aurículo	No de Indivíduos auri-acupuntura	No de Indivíduos Grupo controle
Primeira Coorte	13/09/2018	22/11/2018	5	4	0	5
Segunda Coorte	11/10/2018	20/12/2018	6	3	2	9
Terceira Coorte	17/01/2019	21/03/2019	1	0	1	6
Quarta Coorte	21/03/2019	30/05/2019	12	3	3	2
Quinta Coorte	11/04/2019	27/06/2019	4	1	2	10
Coortes IMPACT	13/09/2018	27/06/2019	28	11	8	32

IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo

Coorte: conjunto de indivíduos

Na primeira coorte cinco indivíduos do grupo acupuntura alcançaram a décima semana como proposto pela IMPACT, enquanto quatro indivíduos na aurículo e cinco no grupo controle o fizeram. Do grupo auriacupuntura não houve indivíduo que chegasse ao final nesta coorte. A segunda coorte teve seis indivíduos no grupo da acupuntura, três no grupo aurículo, dois na auriacupuntura e nove no grupo controle até a décima semana. Na terceira coorte um indivíduo do grupo acupuntura e um do grupo auriacupuntura alcançaram dez semanas, além de seis do grupo controle. Na quarta coorte, 12 indivíduos do grupo acupuntura, três do grupo aurículo, três do auriacupuntura e dois do grupo controle se estenderam até a décima semana. Na quinta coorte, 4 indivíduos do grupo acupuntura, um do grupo aurículo, dois do auriacupuntura e dez do grupo controle alcançaram a décima semana. Como súmula dos indivíduos que finalizaram o seguimento, temos que 26 pacientes do grupo acupuntura, um do grupo aurículo, um do grupo auriacupuntura e

vinte e seis do grupo controle, distribuídos nas cinco coortes, completaram o seguimento de dez semanas. Note-se que os grupos aurículo e auriacupuntura ficaram com apenas um indivíduo finalizado em cada grupo. Este parco resultado levou o Pesquisador, após discutir com a orientadora, à decisão de descartar os dados derivados das observações destes indivíduos, levando em conta apenas acupuntura como intervenção para avaliar o impacto em indivíduos portadores de ELT-EH.

Tabela 5 – IMPACT: distribuição dos Indivíduos por grupo por coortes finalizadas

Coorte	Data Inicial	Data Final	No de Indivíduos Acupuntura	No de Indivíduos Auriculo	No de Indivíduos auri-acupuntura	No de Indivíduos Grupo controle
Primeira Coorte	13/09/2018	22/11/2018	5	0	0	1
Segunda Coorte	11/10/2018	20/12/2018	4	0	0	9
Terceira Coorte	17/01/2019	21/03/2019	1	0	0	5
Quarta Coorte	21/03/2019	30/05/2019	12	0	0	2
Quinta Coorte	11/04/2019	27/06/2019	4	1	1	9
Coortes IMPACT	13/09/2018	27/06/2019	26	1	1	26

IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo

Coorte: conjunto de indivíduos seguidos por dez semanas.

Tabela 6 – IMPACT: distribuição dos indivíduos excluídos por coorte por grupo

Coorte	Data Inicial	Data Final	No de Indivíduos Acupuntura	No de Indivíduos Aurículo	No de Indivíduos auri-acupuntura	No de Indivíduos Grupo controle
Primeira Coorte	13/09/2018	22/11/2018	0	4	0	4
Segunda Coorte	11/10/2018	20/12/2018	2	3	2	0
Terceira Coorte	17/01/2019	21/03/2019	0	0	1	1
Quarta Coorte	21/03/2019	30/05/2019	0	3	3	0
Quinta Coorte	11/04/2019	27/06/2019	0	0	1	1
Coortes IMPACT	13/09/2018	27/06/2019	2	10	7	6

IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo

Coorte: conjunto de indivíduos seguidos por dez semanas.

Os setenta e nove indivíduos portadores de ELT-EH arrolados na Pesquisa IMPACT foram submetidos à confecção de anamnese e exame clínico-neurológico; sendo os dados anotados na ficha clínica (anexo 4). Dois instrumentos, a saber, o Quality of Life in Epilepsy Inventory – QUOLIE 31 (anexo 5) e o Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia – IDTN-E (anexo 6) foram aplicados como medida inicial num “momento zero”. Questionou-se acerca da frequência de crises epiléticas e do índice de bem-estar. Um exame eletroencefalográfico também foi solicitado. A aplicação dos questionários acima referidos foi repetida na quinta semana e na décima semana, bem como um novo eletroencefalograma foi solicitado na décima semana.

Todos os pacientes foram avaliados semanalmente acerca da frequência de crises epiléticas e índice de bem-estar. As crises epiléticas foram espontaneamente referidas e descritas pelos indivíduos ou seus contatos. Os pacientes do grupo-controle foram contatados semanalmente por

telefone ou por aplicativo de mensagens. Os indivíduos dos grupos de intervenção tinham previsão de atendimento semanal no ambulatório, segundo a agenda de acupuntura. Não foram feitas quaisquer modificações na conduta do médico assistente em relação ao uso de drogas antiepilépticas (DAE).

A observação da tabela 5 nos permite concluir que apenas um indivíduo do grupo auriculopuntura e um indivíduo do grupo aurículo foram acompanhados nas dez semanas. Este movimento fortuito promoveu um redesenho da Pesquisa IMPACT, com amputação dos grupos aurículo e auriculopuntura. A discussão dos aspectos circunstanciais deste redesenho são apresentadas adiante neste texto.

Restaram dois grupos, caprichosamente redimensionados para vinte e seis indivíduos cada um. Assim, se propôs observar o impacto da acupuntura sistêmica em pacientes portadores de ELT-EH submetidos a sessões semanais de acupuntura por dez semanas. Os parâmetros de observação foram os mesmos já propostos, a saber, frequência de crises epiléticas, escore do QUOLIE 31, escore do IDTN-E e índice de bem-estar. Os dados paramétricos dos dois indivíduos, respectivamente participantes do grupo de aurículo e grupo auriculopuntura agora extintos, são apresentados à quisa de anexos (anexos de 6 e 7), assim como as medidas iniciais dos indivíduos excluídos dos demais grupos (anexos 8). Esta adequação de desenho se nos vislumbrou impositiva, vez que já se havia esgotado a população de indivíduos portadores de ELT-EH em seguimento no Ambulatório de Neurologia Clínica do Hospital da PUC Campinas e levando-se em conta a interessante e frontal resistência à ideia da auriculoacupuntura manifestada pelos indivíduos a quem se propôs tal modalidade terapêutica, em diametral disposição ao que se percebeu em relação à acupuntura. Este comportamento recorrente e prevalente na população da Pesquisa IMPACT será motivo de reflexão a seguir neste texto.

Perfil sociodemográfico dos participantes da Pesquisa IMPACT:

Os indivíduos participantes da Pesquisa IMPACT tem suas peculiaridades sociodemográficas apresentadas na Tabela 7. O grupo controle tem 50% dos indivíduos com idade entre 40 e 60 anos, enquanto o grupo intervenção apresentava 53% de sua população na mesma faixa etária. Os indivíduos abaixo de 40 anos representavam 23% dos indivíduos do grupo

controle e quase 12% do grupo intervenção. Indivíduos acima de 60 representavam cerca de 30% em ambos grupos. A maior parte dos indivíduos pertenciam ao gênero feminino, sendo 63% mulheres no grupo controle e 61% no grupo intervenção. A situação conjugal, entendida como enfeixamento de vários estados civis levando em conta o lastro de se ser só ou não ser só, demonstrou que quase 50% dos indivíduos do grupo controle tinham companheiro (a), bem como 50% do grupo intervenção. Quanto à procedência, por força do modelo assistencial do SUS, em torno de 80% dos indivíduos de ambos grupos eram procedentes do Município de Campinas/SP. A etnia, considerada pela manifestação por autodeclaração dos indivíduos, resultou que cerca de 65% dos indivíduos de ambos grupos se declararam brancos. Chama a atenção a distribuição desigual da raça negra, sendo de menos de 4% no grupo controle e 15% no grupo intervenção. Os indivíduos pardos do grupo controle representavam oito por cento de seu grupo, enquanto que pardos do grupo acupuntura eram apenas cinco por cento do grupo intervenção. A religião marcante foi a católica, sendo prevalente em 100% do grupo controle e 88% do grupo intervenção. Ocupação remunerada, entendida como qualquer atividade lícita, formal ou não, que permitia alguma percepção monetária, se observou em apenas 26% do grupo controle e menos de 12% do grupo intervenção. A escolaridade de até quatro anos de estudo representou 42% no grupo controle, enquanto 34% dos sujeitos do grupo intervenção tinha o mesmo tempo de escolaridade. Quanto ao tempo de escolaridade de oito anos, representava a realidade de 19% dos indivíduos do grupo controle e 19% do grupo intervenção. Estudar nove anos ou mais foi a experiência de apenas sete por cento de ambos grupos. Nenhum dos indivíduos arrolados na Pesquisa IMPACT cursou universidade. Para análise dos dados sociodemográficos foram feitas análises estatísticas usando-se o teste Exato de Fischer e o Teste do Chi-quadrado. As características sociodemográficas de idade, gênero, situação conjugal, procedência, etnia, religião, ocupação remunerada e anos de estudo não apresentaram diferenças significativas quando se compara o *p valor* relativo aos dados do grupo controle e do grupo intervenção. Portanto, as populações do grupo controle e grupo intervenção podem ser consideradas homogêneas, do ponto de vista estatístico, para estas características.

Tabela 7: IMPACT: Características sociodemográficas dos participantes.

Características	Grupo		Intervenção (n=26)		p-valor
	Controle (n=26)		n	%	
	N	%			
Idade (em anos)					
≤ 40	6	23,08	3	11,54	0,6512 ^a
>40 a 60	13	50,00	14	53,85	
> 60	7	26,92	9	34,62	
Gênero					
Masculino	7	26,92	10	38,46	0,3751 ^b
Feminino	19	73,08	16	61,54	
Situação Conjugal					
Com companheiro	12	46,15	13	50,00	0,7814 ^b
Sem companheiro	14	53,85	13	50,00	
Procedência					0,7829 ^a
Campinas	21	80,77	20	76,92	
RMC	2	7,69	4	15,38	
Fora da RMC	3	11,54	2	7,69	
Raça/Cor da pele					
Branca	17	65,38	17	65,38	0,3348 ^a
Negra	1	3,85	4	15,38	
Parda	8	30,77	5	19,23	
Religião					
Evangélica	0	0,00	3	11,54	0,2353 ^a
Católica	26	100,00	23	88,46	
Ocupação remunerada					
Sim	7	26,92	3	11,54	0,1593 ^b
Não	19	73,08	23	88,46	
Anos de estudo					
0 a 4	11	42,31	9	34,62	0,8097 ^b
5 a 8	8	30,77	10	38,46	
9 ou mais	7	26,92	7	26,92	

IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo.
RMC: Região Metropolitana de Campinas ^a Teste Exato de Fisher. ^b Teste Qui-quadrado

Perfil clínico dos participantes da Pesquisa IMPACT:

Os aspectos clínicos estudados na Pesquisa IMPACT incluíram média mensal de crises epiléticas, idade à época do diagnóstico e tempo de doença, lateralidade da ELT-EH, foco de atividade eletroencefalográfica, número de drogas antiepiléticas (DAE) e tipo de crise. Dados outros, como a prevalência de co-morbidades como hipertensão arterial, diabetes ou dislipidemias, bem como a ocorrência de hábitos de vida como tabagismo, etilismo ou sedentarismo não foram considerados pela baixa ocorrência em

nossa população ou por falta de confiabilidade de dados colhidos. Estes aspectos serão tópicos de discussão adiante neste texto.

A média mensal de crises epiléticas é um dado obtido diante do histórico de prontuário médico apontado nos últimos doze meses. Há que se fazer pronta distinção entre este dado e a média de crises epiléticas semanais vivenciadas pelos indivíduos das coortes e considerada como um dos parâmetros evolutivos na Pesquisa IMPACT, sendo aferidos semanalmente nos grupos intervenção e controle. Como será discutido a seguir, a informação da média histórica de crises é importante ao se considerar caso controlado ou não. A Tabela 8 apresenta estes dados clínicos.

Quase 12% dos indivíduos, em ambos grupos intervenção e controle, não tinham relato de crise epilética nos doze últimos meses, enquanto 57% do grupo controle e 53% do grupo intervenção tinham até cinco crises mensais. Cerca de 30% dos indivíduos de ambos grupos apresentava histórico de mais de cinco crises mensais. Por outro lado, ter crise convulsiva representou 23% dos indivíduos de ambos grupos.

A idade em que o portador de ELT-EH recebe diagnóstico é um dado clínico de grande importância, comportando-se como parâmetro prognóstico. Cerca de 50% dos indivíduos do grupo controle tinham histórico de diagnóstico de ELT-EH após 20 anos de idade, enquanto quase 60% do grupo intervenção tiveram diagnóstico entre dez e 20 anos de idade. Diagnóstico antes dos dez anos de idade teve representatividade de 15% no grupo controle e de 30% no grupo intervenção. Ter diagnóstico de ELT-EH após 20 anos de idade representou 50% dos indivíduos do grupo controle, mas apenas 11% do grupo intervenção.

Como relação direta do dado anterior, idade de diagnóstico, associada à sobrevida do paciente, temos que o tempo de epilepsia é outro parâmetro clínico importante no estudo da ELT-EH. Quase 60% do grupo controle tinham epilepsia com duração entre 20 e 40 anos, enquanto 53% dos indivíduos tinham mais de 40 anos de história de epilepsia no grupo acupuntura.

Quanto à lateralidade da ELT-EH, elege-se a lateralidade da esclerose do hipocampo como referência maior, como padrão-ouro deste parâmetro. Porém, há que se levar em conta a lateralidade da atividade elétrica

anômala detectada pelo eletroencefalograma. Habitualmente, há concordância entre a lateralidade dos achados de esclerose hipocampal à ressonância nuclear magnética e a lateralidade da atividade elétrica encefalográfica. Em caso de divergência, assume-se o parâmetro imagético da ressonância, fato conhecido clinicamente como dominância. Os indivíduos do grupo intervenção e do grupo controle exibiam lateralidade esquerda em mais de 60% dos casos. Em quase 20% dos indivíduos de ambos grupos se observou atividade elétrica cerebral alterada em ambos lados. A lateralidade direita ao eletroencefalograma e à ressonância foi concordante nos grupos intervenção e acupuntura, com média de cerca de 10% dos indivíduos.

Como temos explorado neste texto, a ELT-EH é uma entidade clínica de difícil manejo terapêutico, obrigando frequentemente ao uso de mais de uma DAE. Tomamos como critério de avaliação clínica na Pesquisa IMPACT a dicotomia dos indivíduos pela unicidade de fármaco usado como DAE ou pelo uso de duas ou mais substâncias. No grupo intervenção, 50% dos indivíduos usavam apenas uma DAE. No grupo controle única DAE era a conduta clínica em 42% dos indivíduos, enquanto para 57% dos casos haviam sido prescritas mais de uma DAE.

Um evento epiléptico tônico-clônico generalizado pode ocorrer em casos de ELT-EH e o faz, particularmente na instalação do quadro clínico. Porém, caracteristicamente, as crises epiléticas em ELT-EH são parciais complexas. O dado anotado na Tabela 8 faz jus ao fato histórico dos sujeitos da Pesquisa, levando-se em conta os últimos 12 meses, o que, naturalmente, não exprime a forma de instalação da ELT-EH (primo crise epilética) em nenhum dos casos. Dos indivíduos do grupo controle tem-se que apresentaram histórico de crises disceptivas em 50% dos casos, ao passo que mais de 68% dos indivíduos do grupo intervenção tinham o mesmo reparo histórico. Menos de oito por cento dos indivíduos do grupo controle tinham informação histórica de crise epilética tônico-clônica generalizada, enquanto nenhuma daqueles do grupo intervenção o faziam. Curiosamente, a associação histórica de crise generalizada tônico-clônica e crise disceptiva foi observada em 42% dos indivíduos de ambos grupos.

Os parâmetros clínicos foram analisados estatisticamente com a utilização do Teste Exato de Fischer e do Teste "Chi"-quadrado. A análise do

p-valor para cada uma das características clínicas analisadas na Pesquisa IMPACT, confrontando-se grupo controle e grupo intervenção permitiram concluir que apenas o parâmetro “idade do diagnóstico” formavam grupo controle e grupo intervenção como grupos homogêneos para esta característica. Já os demais parâmetros, média de crises, tempo de doença, lateralidade à ressonância e ao eletroencefalograma, monoterapia ou não, e tipo histórico de crises epiléticas, formaram populações heterogêneas entre si.

Tabela 8: IMPACT: Características clínicas dos indivíduos

Características	Grupo Controle (n=26)		Grupo Intervenção (n=26)		p-valor
	n	%	n	%	
Média de crises/mês					
Nenhuma	3	11,54	3	11,54	1,0000 ^a
1 a 5	15	57,69	14	53,85	
Mais de 5	8	30,77	9	34,62	
Idade do diagnóstico (anos)					
<10	4	15,38	8	30,77	0,0107^b
≥ 10 a <20	9	34,62	15	57,69	
≥ 20	13	50,00	3	11,54	
Tempo de doença (anos)					
<20	6	23,08	5	19,23	0,0265^b
≥ 20 a <40	15	57,69	7	26,92	
≥ 40	5	19,23	14	53,85	
Lateralidade da ELT-EH					
Direita	10	38,46	10	38,46	1,0000 ^b
Esquerda	16	61,54	16	61,54	
Eletroencefalograma					
Bitemporal	5	19,23	5	19,23	0,8233 ^b
Direita	10	38,46	8	30,77	
Esquerda	11	42,31	13	50,00	
Medicamentos					
Uma DAE	11	42,31	13	50,00	0,5780 ^b
Duas ou mais DAE	15	57,69	13	50,00	
Tipo de crise					
CGTC	2	7,69	0	0,00	0,5685 ^a
CD	13	50,00	15	57,69	
CGTC+CD	11	42,31	11	42,31	

IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo
 CGT: crise tônico-clônica generalizada CD: Crise disceptiva. ^a Teste Exato de Fisher^b Teste Qi-quadrado. DAE: droga anti-epilética.

1. Frequência de crises como parâmetro de avaliação da Pesquisa IMPACT:

A ocorrência semanal de crises epiléticas, relatadas pelo paciente e/ou acompanhante, é um dos parâmetros de observação semanal sistemática feita ao grupo controle e ao grupo acupuntura nesta Pesquisa. A Tabela 9 aponta a ocorrência de crises epiléticas em dez semanas. Na primeira semana, 61% dos indivíduos tiveram crise epilética, enquanto no grupo intervenção, apenas 19% dos indivíduos do grupo intervenção. A partir da segunda semana, em ambos grupos a ocorrência de eventos epiléticos cai vertiginosamente. Na quinta semana em ambos grupos a média de crises semanais é de duas crises epiléticas. Já na décima semana, a média de crises semanais ficou em dois no grupo controle e caiu a zero no grupo intervenção. Os dados de média de crise epilética obtida a cada semana e registrada na Tabela 9 não formam pares com diferença estatisticamente significativa.

Tabela 9: IMPACT: Ocorrências de crises epiléticas em dez semanas

Semana	Ocorrência de crises								p-valor
	Controle (n=26)				Intervenção (n=26)				
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	N	%	n	%	
1	16	61,5	10	38,5	5	19,2	21	80,8	0,002 ^b
2	2	7,7	24	92,3	2	7,7	24	92,3	1,000 ^a
3	2	7,7	24	92,3	3	11,5	23	88,5	1,000 ^a
4	4	15,4	22	84,6	0	0,0	26	100,0	0,110 ^a
5	5	19,2	21	80,8	5	19,2	21	80,8	1,000 ^b
6	3	11,5	23	88,5	5	19,2	21	80,8	0,703 ^a
7	7	26,9	19	73,1	3	11,5	23	88,5	0,159 ^b
8	4	15,4	22	84,6	3	11,5	23	88,5	1,000 ^a
9	0	0,0	26	100,0	1	3,9	25	96,2	1,000 ^a
10	2	7,7	24	92,3	0	0,0	26	100,0	0,490 ^a

IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo. ^a Teste Exato de Fisher ^b Teste Qui-quadrado

Na Tabela 10 se observa, de uma forma sinóptica e, portanto, mais clara, a ocorrência das médias de crises epiléticas por semana nos grupos controle e grupo acupuntura. Estas crises foram do tipo disceptivas, que é a nomenclatura atual segundo a classificação da ILAE para as antigas crises parciais complexas.

Tabela 10: IMPACT: Médias das crises epiléticas semanais

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Controle									
Nº de pacientes com crise	16	2	2	4	5	3	7	4	0	2
	Intervenção									
Nº de pacientes com crise	5	2	3	0	5	5	3	3	1	0

IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo. TCG: Crise tônico-clônica generalizada. CPC: Crise parcial complexa Ausência: tipo particular de CPC

Conforme pode-se concluir da análise destas duas tabelas, a ocorrência de crises epiléticas parece não apresentar qualquer diferença entre os grupos acupuntura e intervenção. Como há muitos números “zero” na amostra, demonstrando a não ocorrência de crises epiléticas, a média é uma medida inadequada. Diante disto, se lançarmos mão da análise da mediana em lugar da média, vamos ter que, de modo estatisticamente significativo a acupuntura como intervenção reduziu a mediana de crises epiléticas do grupo acupuntura se comparada com a mediana do grupo controle. Este é um resultado que se nos parece alvissareiro! Parece animador constatar que a aplicação de acupuntura reduziu a ocorrência de eventos críticos epiléticos em portadores de ELT-EH. Na referida tabela fica patente que com *p-valor* significativo, as medianas de crises epiléticas nos grupos acupuntura e grupo controle nos períodos da primeira à quinta semana, de sexta à décima semana e da primeira à décima semana são estatisticamente significativos. Para estas análises utilizou-se o Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 11: IMPACT: sinopse dos eventos epilépticos a cada cinco semanas

Semana	Número de crises		p-valor ^a
	Controle (n=26)	Intervenção (n=26)	
1 a 5			0,002
Mínimo	0	0	
1º quartil	1	0	
Mediana	2	0	
3º quartil	3	1	
Máximo	5	7	
6 a 10			0,031
Mínimo	0	0	
1º quartil	0	0	
Mediana	1	0	
3º quartil	2	0	
Máximo	3	5	
1 a 10			0,001
Mínimo	0	0	
1º quartil	1	0	
Mediana	3	0	
3º quartil	4	2	
Máximo	6	12	

IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo^a Teste de Kruskal-Wallis

2. Instrumento QUOLIE 31 como parâmetro de avaliação da Pesquisa IMPACT:

O QUOLIE 31 é uma ferramenta adaptada ao português e validada para aferição da qualidade de vida em pacientes epilépticos. Trata-se de uma ferramenta estruturada em forma de questionário com 31 perguntas. As respostas são tabuladas e agrupadas em sete categorias, de uma análise final surge um número denominado escore total do QUOLIE 31. Da análise da Tabela 12 observa-se que comparando-se a média do escore total do instrumento entre grupo controle e grupo intervenção, vamos concluir que o grupo intervenção teve uma melhora de seu índice e que tal fato é estatisticamente significativo. Na primeira semana o escore total médio do grupo controle é de 46,6, enquanto o do grupo intervenção é de 42,1. A primeira conclusão possível é a de que a qualidade de vida expressa na primeira semana era melhor no grupo controle que no grupo intervenção. Na

quinta semana o escore total médio do grupo controle é de 45,6, enquanto o do grupo controle figura valor de 51. A diferença destes valores é estatisticamente significativa, com *p-valor* de 0,043. Pode-se dizer que o grupo submetido a acupuntura teve melhora do escore total médio em relação ao grupo controle. A terceira medida, feita na décima semana, resulta valor de escore total médio do grupo controle de 45,6 para o grupo controle e de 51 para o grupo controle. Com *p-valor* <0,001 tem-se novamente significância deste dado. Portanto, da semana um para a semana cinco e da semana cinco para semana dez, há melhora o escore total médio do QUOLIE 31 em pacientes submetidos a acupuntura, se comparados a indivíduos não submetidos. Se a comparação for feita na vertical analisando o comportamento do escore total médio em sua evolução dentro do grupo acupuntura e se compararmos com grupo controle, vamos observar que o *p-valor* é significativo para afirmarmos que o comportamento medida a medida, evolutivamente falando-se, é melhor no grupo submetido a acupuntura que no grupo não submetido a acupuntura. Algumas das categorias do QUOLIE 31 foram significativamente diferentes nos pacientes submetidos a acupuntura, quando comparados ao grupo controle. Tal se deu com as categorias “bem estar emocional”, “vitalidade”, “temor quanto aos efeitos adversos de drogas” e “funcionamento social”. Os dados se escore total médio e de escores por categorias do QUOLIE 31 estão dispostos na Tabela 12 abaixo. Foram usados Teste t-Student para comparação de escore total médio do grupo acupuntura e do grupo intervenção e lançou-se mão do teste de ANOVA (Analysis of Variance) de medidas repetidas para se estudar a evolução dos escores totais médios dentro do grupo, cotejando-se com o grupo controle..

Tabela 12: IMPACT: Escore Total e por categorias do QUOLIE 31

Quolie 31	Grupo				p-valor ^a
	Controle (n=26)		Intervenção (n=26)		
	Média	dp	Média	Dp	
Escore total					
Semana 1	46,6	6,2	42,1	16,9	0,212
Semana 5	45,6	4,1	51,0	12,5	0,043
Semana 10	53,5	4,3	65,0	12,4	<0,001
p-valor ^b	<0,001		<0,001		
Preocupação com as crises					
Semana 1	40,8	15,7	29,3	26,6	0,065
Semana 5	39,1	10,0	46,1	22,6	0,157
Semana 10	47,4	12,5	55,2	20,0	0,102
Qualidade de vida global					
Semana 1	57,1	18,7	48,2	16,8	0,076
Semana 5	56,4	11,4	58,0	17,1	0,705
Semana 10	68,3	13,8	72,3	13,7	0,295
Bem-estar emocional					
Semana 1	52,9	12,7	43,4	23,3	0,075
Semana 5	54,6	8,3	56,2	14,4	0,639
Semana 10	55,2	8,2	72,6	13,3	<0,001
Vitalidade					
Semana 1	50,2	9,2	38,5	24,0	0,027
Semana 5	53,8	9,5	51,9	15,1	0,586
Semana 10	52,1	9,5	71,9	13,7	<0,001
Funcionamento Cognitivo					
Semana 1	42,3	13,3	41,6	28,7	0,918
Semana 5	40,0	8,1	48,8	23,1	0,078
Semana 10	51,8	9,3	60,3	21,4	0,069
Efeitos adversos das drogas					
Semana 1	40,1	18,1	44,2	26,7	0,514
Semana 5	38,8	14,1	55,1	30,6	0,018
Semana 10	47,8	12,6	62,2	26,4	0,017
Funcionamento Social					
Semana 1	41,8	13,6	44,6	20,9	0,580
Semana 5	37,7	12,0	46,3	18,2	0,050
Semana 10	48,3	12,5	60,9	22,7	0,018

IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo. QUOLIE 31: Quality of Life in Epilepsy Inventory. dp=desvio-padrão ^a teste t-Student ^b Efeito do tempo na ANOVA (Analysis of Variance) de medidas repetidas

3. Instrumento IDTN-E como parâmetro de avaliação da Pesquisa IMPACT:

O instrumento IDTN-E - Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia é um questionário adaptado para a cultura brasileira e validado, para aferição de estado depressivo em pacientes epiléticos. Este instrumento tem um “Cut-off”, entendido como ponto de corte em observa-se a maior especificidade e sensibilidade para sintomas depressivos, os valores de escore IDTN-E maiores que 15 indicam depressão. Na Tabela 19 observamos o escore total IDTNE médio do grupo controle e do grupo intervenção. Na medida inicial os valores são de escore de 13 para o grupo controle, enquanto o grupo intervenção exibiu valor médio de 16,1. De pronto, podemos concluir que o grupo controle estava bem, enquanto o grupo intervenção tinha prevalência de sintomas depressivos. Na quinta semana, os valores de escore IDTN-E total médio para o grupo controle é de 12,5, enquanto o grupo controle apresentou escore IDTN-E Total médio de 13,7. Num primeiro vislumbre podemos afirmar que o grupo intervenção saiu da penumbra depressiva. Porém o *p*-valor de 0,134 não nos autoriza afirmar que esta evolução seja estatisticamente significativa diante de semelhante evolução do grupo controle. Na décima semana o grupo controle exibe escore IDTN-E total médio de 11,2 e o grupo intervenção de 12. Mais uma vez, não há significância (*p*-valor 0,226). Ao observar, no entanto, o comportamento dos escores IDTN-E total médios dentro dos grupos, vamos nos convencer de que houve melhora significativa do grupo intervenção em relação ao grupo controle. Para estas análises, utilizou-se o Teste t-Student para as medidas de comparação entre grupos semana a semana e para avaliar o efeito do tempo foi utilizado o teste ANOVA (Analysis of Variance) de medidas repetidas. Embora o Escore total médio do IDTN-E não tenha apresentado valores significativamente diferentes, a análise da evolução por quesitos nos permite concluir que a questão de número um que “fala que tudo é um grande esforço” foi significativa. O mesmo se deu com a questão de número seis que “trata de dificuldade de se encontrar prazer”. Todos os dados referentes ao instrumento IDTN-E estão dispostos na Tabela 13.

Como dissemos acima, valores acima de 15 para o escore total do IDTN-E indicam presença de sintomas depressivos. No grupo controle, dos 26 indivíduos, 21 estão na primeira e na segunda semana na banda abaixo de 15, o que traduz ausência de sintomas depressivos em mais de 80% do grupo. A mesma análise para o grupo intervenção revela que 17 indivíduos, na primeira semana, tem escore IDTN-E total médio acima de 15, ou seja, apresentam sintomas depressivos. Este número cai para nove na quinta semana e para dois na décima semana. Observe estes dados na Tabela 14.

Tabela 13: IMPACT: Escore IDTN-E total e parciais por questões

IDTN-E	Grupo				p-valor ^a
	Controle (n=26)		Intervenção (n=26)		
	Média	dp	Média	Dp	
Escore total					
Semana 1	13,0	2,9	16,1	4,4	0,005
Semana 5	12,5	3,2	13,7	2,8	0,134
Semana 10	11,2	2,4	12,0	2,7	0,226
p-valor ^b	0,035		<0,001		
Q1					
Semana 1	2,1	0,9	3,1	1,0	<0,001
Semana 5	2,0	1,0	2,4	0,8	0,175
Semana 10	1,7	0,8	2,4	0,6	0,002
Q2					
Semana 1	2,0	0,8	2,5	1,1	0,052
Semana 5	2,0	1,0	2,2	1,0	0,475
Semana 10	1,8	0,8	1,8	0,9	1,000
Q3					
Semana 1	2,4	1,0	2,3	1,0	0,677
Semana 5	1,8	0,9	2,2	0,9	0,187
Semana 10	2,0	0,9	1,9	0,9	0,757
Q4					
Semana 1	2,3	1,2	2,5	1,1	0,621
Semana 5	2,4	1,1	2,1	1,0	0,236
Semana 10	2,0	1,0	1,7	0,9	0,301
Q5					
Semana 1	2,0	0,9	2,7	1,3	0,032
Semana 5	2,2	1,0	2,4	1,1	0,354
Semana 10	1,9	0,9	2,0	0,9	0,762
Q6					
Semana 1	2,2	1,0	3,0	0,9	0,002
Semana 5	2,0	0,9	2,5	1,0	0,094
Semana 10	1,7	0,7	2,2	1,0	0,044

Legenda: IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo. IDTN-E: Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia dp=desvio-padrão^a teste t-Student. ^b Efeito do tempo na ANOVA (Analysis of Variance) de medidas repetidas

Tabela 14: IMPACT: Distribuição do score IDTN-E segundo cut-off para sintomas depressivos

IDTNE	Grupo				p-valor
	Controle (n=26)		Intervenção (n=26)		
	n	%	n	%	
Score total - Semana 1					
≤ 15	21	80,7	9	34,6	0,0008^b
> 15	5	19,2	17	65,4	
Score total - Semana 5					
≤ 15	21	80,8	17	65,4	0,2111 ^b
> 15	5	19,2	9	34,6	
Score total - Semana 10					
≤ 15	25	96,2	24	92,3	1,0000 ^a
> 15	1	9,9	2	7,7	

IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo. IDTN-E: Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia

Cut-off: ponto de corte em >15 no IDTN-E, a maior soma de especificidade e sensibilidade para rastreamento da depressão.

a Teste Exato de Fisher

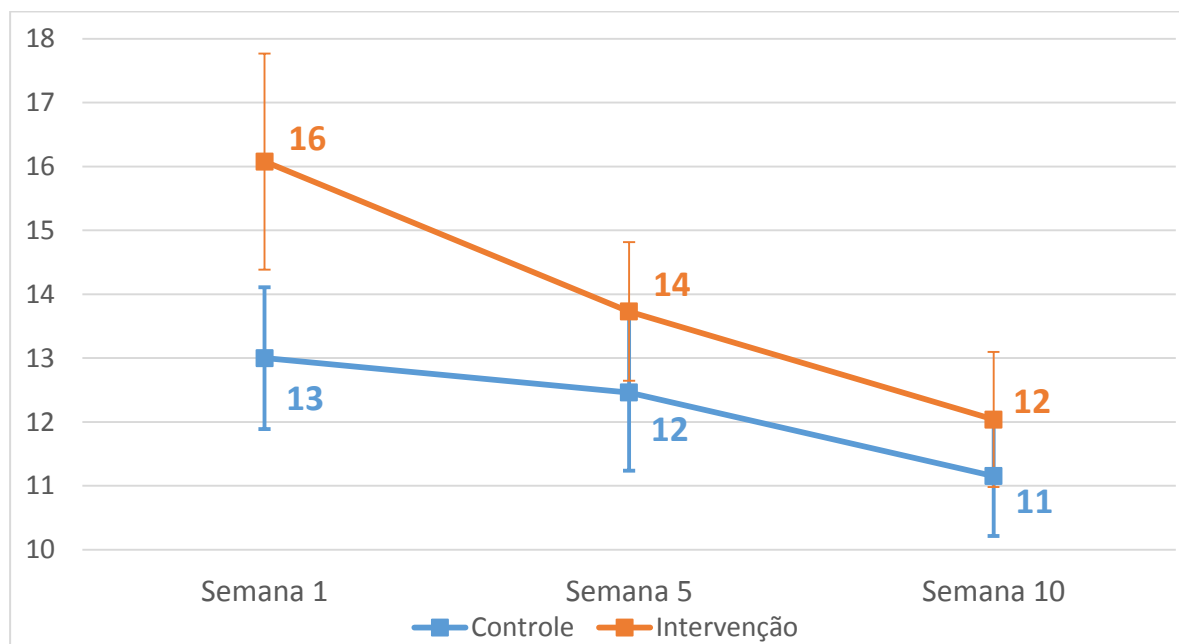
b Teste Qui-quadrado

Tabela 15: IMPACT: Comparativo Sinóptico Escores totais médios IDTN-E e QUOLIE 31

IDTNE	Grupo				p-valor ^a
	Controle (n=26)		Intervenção (n=26)		
	Média	dp	Média	Dp	
Score total					
Semana 1	13,0	2,9	16,1	4,4	0,005
Semana 5	12,5	3,2	13,7	2,8	0,134
Semana 10	11,2	2,4	12,0	2,7	0,226
p-valor ^b	0,035		<0,001		

Quolie 31	Grupo				p-valor ^a
	Controle (n=26)		Intervenção (n=26)		
	Média	dp	Média	Dp	
Score total					
Semana 1	46,6	6,2	42,1	16,9	0,212
Semana 5	45,6	4,1	51,0	12,5	0,043
Semana 10	53,5	4,3	65,0	12,4	<0,001
p-valor ^b	<0,001		<0,001		

Gráfico 1: Comportamento gráfico do IDTN-E



Escore total para IDTNE na 1ª, 5ª e 10ª semanas de avaliação.

4. Índice de bem-estar como parâmetro de avaliação da Pesquisa IMPACT:

O índice do bem-estar é uma auto-declaração de como o indivíduo se sente em relação a seu estado de bem-estar. Inclui complexos elementos como sensações relacionadas à doença e à própria sensação de felicidade. Os pacientes eram convidados a se avaliarem se valendo de escala de 0-10, onde zero era o pior estado possível e dez o melhor estado possível. Na primeira semana a média de bem-estar dos grupos intervenção e controle eram respectivamente de 6,04 e 5,77. Como não havia diferença estatística entre estes valores (*p*-valor 0,612), pode-se dizer que os grupos eram homogêneos para esta condição. Na segunda semana o grupo intervenção apresenta 6,77, enquanto o grupo controle, 5,50. Com *p*-valor de 0,02, esta segunda aferição mostra que o valor do grupo intervenção é estatisticamente significativo, apontando que acupuntura como intervenção aumentou a sensação de Bem-estar na segunda semana. Esta conclusão pode ser considerada para a terceira medida, com valor de 7,08 para o grupo intervenção e de 5,88 para o grupo controle (*p*-valor 0,02). Na quarta e quinta semanas, embora os valores

do grupo intervenção se mantenham superiores, não há significância estatística entre grupo intervenção e grupo controle. Na sexta semana, os valores são de 7,65 para o grupo intervenção e de 6,27 para grupo controle. Com *p*-valor de 0,001, há significância estatística. Esta constatação nos faz considerar que nesta semana a acupuntura sistêmica como intervenção está relacionada a melhoria da sensação de bem-estar. Na sétima semana, embora a média do grupo intervenção se mantenha maior que a média do grupo controle, não há significância estatística. Na oitava semana, o grupo controle tinha score médio de 6,58 e o grupo acupuntura de 7,62. A medida do *p*-valor nesta semana foi de 0,01 mostrando significância da diferença. Na nona semana, o grupo controle tinha média de bem-estar de 5,92, enquanto o valor do grupo acupuntura era de 8,38. Na décima semana, o grupo controle apresentou certa redução do índice de bem-estar, com valor médio de 5,38 ao passo que o grupo intervenção apresentou o maior valor médio da série, 8,50. Com *p*-valor menor que 0,0001 estes valores das semanas nona e décima mostraram forte significância para marcar o impacto da acupuntura na sensação referida de bem-estar. Com relação ao comportamento dos índices dos grupos, as médias do grupo controle não exibiram padrão ascendente, gravitando-se em torno da média de 5,93, enquanto a média dos valores do grupo intervenção é de 7,24. Como os valores do índice de bem-estar não progrediram significativamente a partir do valor inicial, o desvio padrão é de 0,37 para as médias do grupo controle. Por outro lado, dada a progressão das médias do grupo intervenção, elas tem entre si um desvio padrão de 0,79.

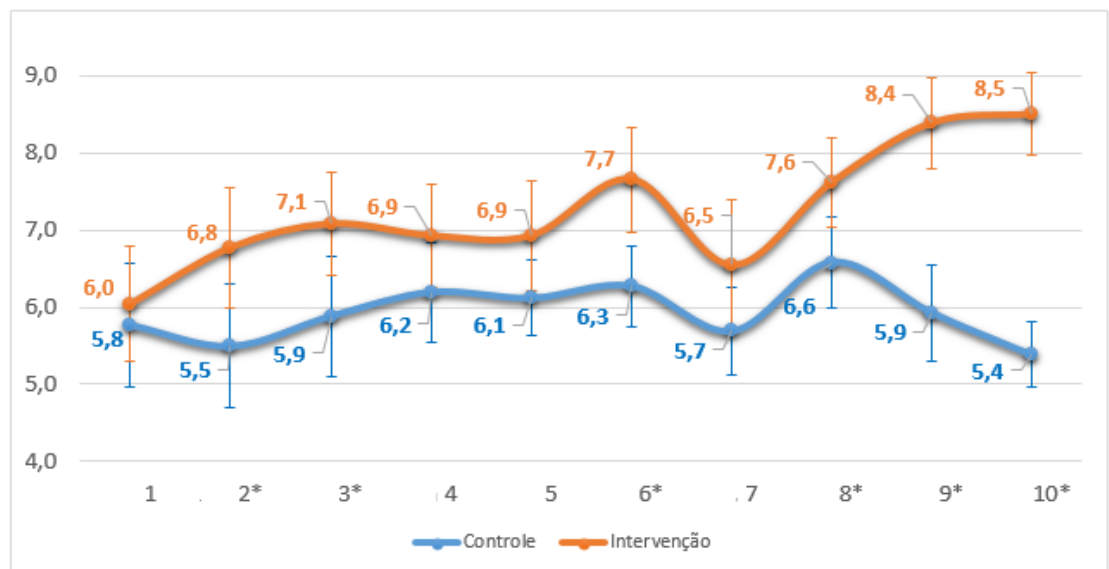
Tabela 16: IMPACT: Média do Índice de Bem-estar por semana por grupo

Sensação de Bem-estar	Grupo				p-valor ^a
	Controle (n=26)		Intervenção (n=26)		
	Média	dp	Média	dp	
Semana 1	5,77	0,79	6,04	0,74	0,6127
Semana 2	5,50	0,81	6,77	0,79	0,0247
Semana 3	5,88	0,78	7,08	0,67	0,0202
Semana 4	6,19	0,65	6,92	0,67	0,1110
Semana 5	6,12	0,49	6,92	0,71	0,0600
Semana 6	6,27	0,52	7,65	0,68	0,0015
Semana 7	5,69	0,57	6,54	0,86	0,0972
Semana 8	6,58	0,60	7,62	0,57	0,0125
Semana 9	5,92	0,61	8,38	0,58	<0,0001
Semana 10	5,38	0,43	8,50	0,54	<0,0001

Legenda: IMPACT: Impacto da Acupuntura em portadores de epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo. dp=desvio-padrão ^a teste t-Student

No gráfico abaixo, observa-se, de forma espacial, o comportamento das médias dos índices de bem-estar dos grupos intervenção (linha superior) e controle (linha inferior).

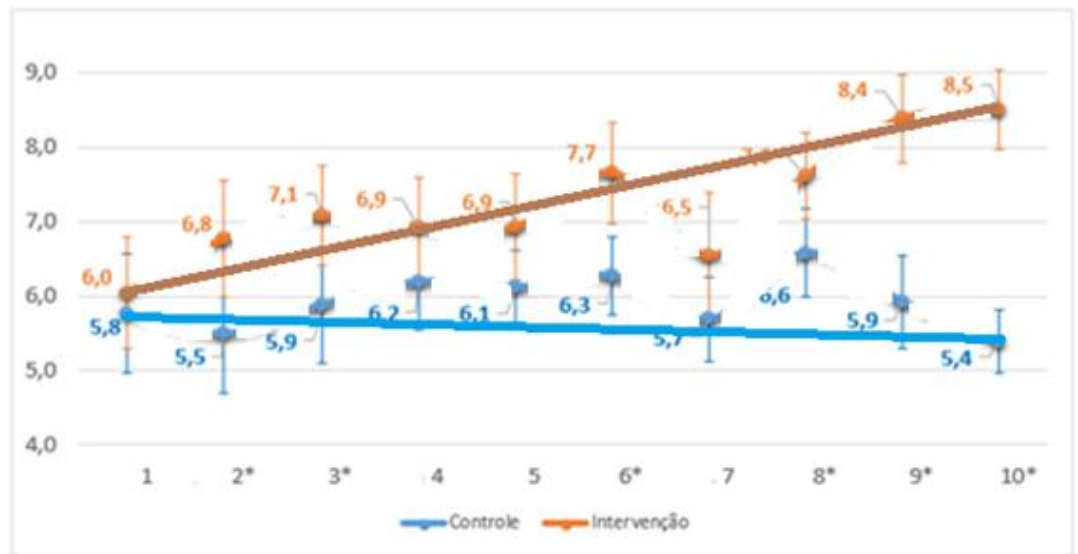
Gráfico 2: comportamento do índice de bem-estar ao longo das dez semanas



Média (IC_{95%}) do índice de bem-estar nos últimos 7 dias.

* indica diferença estatisticamente significativa (teste t-student) entre os grupos controle e intervenção.

Gráfico 3: comportamento do índice de bem-estar ao longo das dez semanas, observe o comportamento de uma reta que toca o primeiro e décimo dado. A disposição da reta dá clara ideia de seu comportamento médio.



Média (IC_{95%}) do índice de bem-estar nos últimos 7 dias.

* indica diferença estatisticamente significativa (teste t-student) entre os grupos controle e intervenção.

Discussão:

Os dados apresentados reafirmam a hipótese deste estudo, quanto à contribuição da acupuntura sistêmica em indivíduos adultos com ELT-EH. O impacto da acupuntura fica demonstrado na média dos índices de bem-estar, nas escoreizações dos instrumentos QUOLIE 31 e IDTN-E e na frequência semanal das crises epiléticas.

A disposição sociodemográfica de nossa amostra não difere de padrões da literatura (TEDRUS, et alli 2013). Os parâmetros clínicos também foram homogêneos, exceção feita à idade de início da epilepsia e tempo de doença. Andrade et alli em uma revisão sobre epilepsia do lobo temporal com esclerose de hipocampo (ANDRADE-VALENÇA et al., 2006) demonstraram que a idade média de início da ELT-EH se dá entre dez e 14 anos de idade. O grupo intervenção foi concorde com este aspecto, enquanto o grupo controle exibiu histórico de idade de diagnóstico um pouco mais tardia. Sabe-se que ELT-EH de instalação até os seis anos de idade tem pior prognóstico (SCHLINDWEIN-ZANINI; CAMMAROTA, 2009). Os indivíduos do grupo intervenção tiveram maior idade no início da epilepsia quando comparada a do grupo controle. Os indivíduos do grupo controle tiveram de modo significativo maior idade tempo de doença quando comparada a do grupo intervenção.

Frequência de crises epiléticas e acupuntura:

A medida da mediana de crises convulsivas reduziu com a adoção da acupuntura. Não encontramos paralelo na literatura. Há um trabalho experimental apresentando redução dos eventos epiléticos em modelo animal submetido a acupuntura sistêmica (GALETA, 2005). Cavalcanti (CAVALCANTI, 2013) relata caso de crises epiléticas em cão como sequela de cinomose. As crises foram debeladas com uso de acupuntura sistêmica (agulhamento de Yintang, VG 20, VG 14 e C7) por quatro semanas, permitindo suspensão das DAEs. Frantz (FRANTZ, 2016) demonstrou redução da frequência de crises epiléticas induzidas em modelo experimental. Loureiro (LOUREIRO, 2014); (LOUREIRO, 2016) relatou casos de redução da frequência de crises convulsivas em epilepsia refratária com uso de acupuntura). Na Pesquisa IMPACT, ao avaliar a ocorrência das CE durante as dez semanas, observou-se que no grupo intervenção houve menor número de CE do que no grupo

controle, quando comparadas o período da primeira a quinta semanas, sexta a décima semana e no período total entre a primeira a décima semanas, concordando com achados da literatura.

Escores do instrumento IDTN-E e acupuntura

A ELT-EH tem alterações do humor (ARAÚO et alli, 2011; TELLEZ-ZENTENO, 2007; OLIVEIRA, 2010), sendo que portar ELT-EH aumenta em três vezes o risco de apresentar sintomas depressivos (STEFANELLO, 2011). Portanto, a ocorrência de sintomas depressivos em ELT-EH é fato que não pode passar despercebido pelo médico assistente.

O IDTN-E – Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia é a versão brasileira do Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E) devidamente adaptada e validada (OLIVEIRA, 2011). O IDTN-E é um instrumento constituído de questionário com seis proposituras acerca de questões do portador de ELT-EH, cada uma com determinada pontuação para cada resposta às proposições. A soma das pontuações gera o Escore Total IDTN-E. Valores maiores que 15 para este escore denotam a presença de sintomas depressivos (OLIVEIRA, 2011).

A medida inicial do escore IDTN-E do grupo controle mostrou ausência de sintomas depressivos, enquanto a mesma ocorrência para o grupo intervenção demonstrou perfil depressivo. Esta disparidade chamou nossa atenção. Num primeiro vislumbre, parece oportuno de se imaginar que os indivíduos do grupo controle se mostraram dispostos a compor grupo controle por seu estado de humor. O fato de não estarem depressivos poderia ensejar um ímpeto participativo de ser grupo controle. Não encontramos nenhum ancoramento na literatura para tal proposição, isto é, a consideração de que candidatos a grupo controle em Pesquisas clínicas tem menos sintomas depressivos que candidatos à intervenção. Para análise neste sentido, recuperamos os escores iniciais (primeira medida) dos sujeitos excluídos e observamos que a média do escore IDTN-E dos indivíduos efetivados foi de 14,74, enquanto a média dos não efetivados (excluídos por faltas ou desistências) foi de 14,73 (anexo). Portanto, este pode ser um indício de que a hipótese acima não seja verdadeira.

Seja como for, há melhoria do escore IDTN-E ao longo das três medidas para ambos grupos, controle e intervenção. Sabemos que a profunda desinserção psicossocial dos portadores de ELT-H conduzem a baixa estima e ocorrência de sintomas depressivos. Ao dar atenção a estes indivíduos, demonstrando com eles se importar, teria o Pesquisador promovido melhora dos escores IDTN-E? Pesquisas apontam o papel da atenção ao paciente na condução da depressão (CANDIDO; FUREGATO, 2005). Há menção de que a dispensação de atenção ao paciente gera efeito placebo (ASOCIADOS, 20019). Portanto, é bem factível que a atenção dispensada pelo Pesquisador seja alavanca da melhoria do escore IDTN-E na Pesquisa IMPACT. No entanto, a análise de dados dos grupos ao longo do tempo revela eu o nível de significância da evolução das médias de escores IDTN-E no grupo intervenção é maior que o mesmo fenômeno no grupo controle. Embora inúmeras ocorrências no que se refere ao diagnóstico situacional de portadores de ELT-EH, curiosamente, não encontramos na literatura nenhum desenho de Pesquisa científica em que o instrumento IDTN-E tenha sido aplicado antes e depois, servindo-se na aferição do resultado da intervenção.

Parece-nos alvissareiro constatar que o grupo acupuntura apresentou melhora ainda mais significativa que o grupo controle ao longo das semanas em que foi submetido a acupuntura. Certamente, outras Pesquisas nos mesmos moldes que a Pesquisa IMPACT, talvez com tempo maior tempo de intervenção e maior número de indivíduos devam ser realizadas para consolidar este achado.

Finalmente, a análise da evolução por quesitos nos permite concluir que a questão de número um que “fala que tudo é um grande esforço para mim” foi significativa. O mesmo se deu com a questão de número seis que “trata de dificuldade de se encontrar prazer”.

Escores da sensação subjetiva de Bem-estar e acupuntura:

O índice de bem-estar (SCORSOLINI-COMIN, 2010) se baseia na expressão da sensação de felicidade ou bem-estar subjetivo (BES). Esta ideia ganhou corpo com o ensejo da Psicologia Positiva, segundo a qual promover saúde não é buscar a nulidade de aspectos patológicos, mas sim, conduzir a um estado positivo do ser humano. O construto do BES é a expressão

científica da “felicidade”, tendo forte ligação com a promoção da saúde, podendo ser usado como parâmetro de sua predição. Em outras palavras, BES é a expressão do juízo de valores do sujeito no que tange à satisfação com sua vida, sob a óptica de sua doença. Note-se que o conceito de saúde da Psicologia Positiva admite saúde na vigência de doença crônica. Esta digressão conceitual é muito importante na Pesquisa IMPACT, já que estamos nos enveredando nos meandros de uma doença aos moldes das nosologias incuráveis e de difícil controle.

A adoção do BES como parâmetro na promoção e aferição da saúde dos sujeitos leva em conta o papel do stress na gênese de complicações de doenças crônicas como o diabetes (SILVA, 2004). O stress se insere num modelo biopsicossocial (STRAUB, 2005), segundo o qual há um complexo universo de interação de aspectos biológicos, psicológicos e sociais determinante do processo saúde-doença. Esta visão sistêmica admite a interação de sistemas corporais como o imunológico, endocrinológico, nervoso e o cardiovascular e os aspectos psicossociais.

O índice de BES é, em última análise, uma expressão de otimismo e auto eficácia (PAIS-RIBEIRO, 2008) que reflete a intensidade do efeito da doença na composição interna do indivíduo. Para Scheier e Carver (SCHEIER, 1992) otimismo é uma “*expectativa geral de que coisas boas acontecerão*”. A auto eficácia faz parte do enfeixamento mítico individual, sendo manifestável como a crença no potencial pessoal de organização pessoal para alcançar estados de superação diante de cenários adversos como doenças crônicas (BANDURA,1997). Em outras palavras, auto eficácia e otimismo são espécie de variáveis motivacionais, cuja abordagem, âmago do coaching moderno, potencializa a resiliência diante de adversidades físicas, emocionais e ambientais (CASADEI et al., 2019).

Embora até aqui tratados como sinônimos, otimismo e auto eficácia como elementos basilares do BES podem ser diferenciados em seus aspectos peculiares. Segundo Scheier e Carver (SCHEIER; CARVER, 1987), estes dois construtos tem aspectos inerentes diferentes. Assim, auto eficácia tem significado de uma certa expectativa quanto à eficácia das potencialidades pessoais na resolução de problemáticas, enquanto o otimismo aponta uma

visão subjetiva positiva da situação, popularmente expressa como “ver o lado bom das coisas”.

Baron e Kenny (BARON; KENNY, 1986) trazem à luz o papel da moderação como variável modeladora da auto eficácia e do otimismo na composição do BES. Moderação, portanto, é uma plástica imposta à auto eficácia e otimismo cuja resultante expressa em sua força a predição do impacto de determinada condição no processo saúde-doença. Em outras palavras, trata-se da forma internalizada no indivíduo do efeito de uma adversidade na homeostase físico-psicológica (HOLMBECK, 1997).

Encontramos na literatura uma única ocorrência em que se estuda (PAIS-RIBEIRO, 2008) estes dois construtos em epilepsia, buscando-se determinar o valor da auto eficácia e otimismo na construção imagética pessoal do estado de saúde de portadores desta condição. Estes autores concluíram que o BES, expresso em otimismo e auto eficácia é um dado muito importante em epilepsia e pode ser usado como medida paramétrica do resultado de intervenção.

A intervenção mais encontrada na literatura acerca de intervenção e medida do BES é a psicologia de orientação positiva (LEMOS; CAVALCANTE, 2009). Hábitos de vida como exercícios físicos regulares (JOAO, 2019) e a beberagem de ayahuasca (DE ASSIS, 2014) já tem sido avaliados como intervenção através do BES. Intervenções cirúrgicas da mesma forma, tem sido aferidas em sua eficácia através da mensuração do BEM (COELHO; RIBEIRO, 2000). Efeito de medicações também já foram objeto de avaliação através do BEM (MARTINS, 2011). Marroni (MARRONI, 2006) estudou o BEM como parâmetro de qualidade de vida e uso de DAEs em epilepsia refratária.

A acupuntura está muito ligada à ideia de bem-estar e reorganização homeostática (WALLING, 2006). Alguns autores relacionaram dor crônica, acupuntura e índice de bem estar (BRASIL et al., 2009), (SPADAFORA, 2011). O BES já foi utilizado, dentre outros parâmetros, na avaliação dos efeitos da acupuntura no desempenho motor de atletas (BELMIRO, 2013) e como parâmetro de mensuração de resposta à acupuntura (KING; MOORE; SPENCE, 2015). Não encontramos, no entanto, nenhum trabalho científico na

literatura no qual o BES tenha sido utilizado como medida avaliadora dos efeitos da acupuntura em epilepsias.

Escores do QUOLIE 31 e acupuntura:

A ferramenta QUOLIE 31 – Quality of Life in Epilepsy foi adaptada e validada para língua português (SILVA, 2006). Trata-se de um questionário de 31 proposições agrupáveis em sete categorias, cuja atribuição de escores permite aferir um escore final, o escore total. A literatura é rica em produção que utilize a ferramenta QUOLIE 31. Encontramos única referência na literatura (STAVEM et al., 2000) mostrando não ter sido observada diferença significativa em escore de qualidade de vida e epilepsia em relação a indivíduos tratados com acupuntura. Este Pesquisador comparou acupuntura sistêmica com acupuntura sham associada ao uso da DAEs em 34 pacientes com ELT-EH por oito semanas. Utilizando-se do instrumento QUOLIE 89, forma mais densa do QUOLIE 31, este autor concluiu que não houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes tratados com acupuntura sistêmica em pontos clássicos de acupuntura com pacientes tratados com acupuntura sham, levando-se em conta o escore total do instrumento e os sub-escores de suas dimensões.

Song (SONG; WANG, 2018) estudando 17 pacientes demonstrou que a estimulação vagal transcutânea reduziu a frequência de crises epilépticas e melhorou a escoreização de qualidade de vida e sono de indivíduos portadores de formas refratárias de epilepsia ELT e outras. Esta Pesquisa chama atenção pela semelhança com a Pesquisa IMPACT. A estimulação vagal transcutânea é uma técnica de estimulação de pontos do pavilhão e conduto auriculares que lembra auriculoacupuntura. O desenho desta Pesquisa muito se assemelha ao desenho da Pesquisa IMPACT. Pacientes foram avaliados em relação à frequência de crises epilépticas, alterações do eletroencefalograma, padrão de sono e qualidade de vida medida pelo instrumento QUOLIE 31.

Não encontramos, no entanto, nenhum trabalho em que a acupuntura pudesse ser usada como intervenção e seus efeitos fossem avaliados por QUOLIE 31. Observamos múltiplos trabalhos trazendo “retratos de escore QUOLIE 31” (SALINSKY et al., 2019).

Portanto, parece-nos, à luz da literatura a que tivemos acesso, que é inédito o modelo de avaliar o efeito da acupuntura através destes dois instrumentos, comparando-se grupo controle (observacional, sem acupuntura sham) e grupo intervenção.

Conclusão:

Há impacto da acupuntura em portadores de epilepsia do lobo temporal com esclerose do hipocampo.

1. Acupuntura reduziu a mediana de crises epilépticas.
2. Acupuntura melhorou Escore Total do QUOLIE31 e algumas de suas categorias.
3. O escore IDTNE teve maior força de redução no grupo acupuntura.
4. Acupuntura teve impacto positivo no índice de bem-estar de portadores de ELT-EH.

Houve percepção de melhor qualidade de vida e de bem-estar e redução dos sintomas depressivos e do número médio de crises epilépticas em um período de 10 semanas, nos indivíduos adultos com ELT-EH submetidos a acupuntura.

Referências Bibliográficas:

ADURA, Flávio Emir. Diretriz nacional para direção de veículos automotores por pessoas com epilepsia. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 175–180, 2004.

ANDER, Jonny et al. Epilepsia Do Lobo Temporal: É Possível Curar? **Acta Medica - Ligas Acadêmicas**, [s. l.], v. 39, 2018.

ANDRADE-VALENÇA, Luciana P. A. et al. Epilepsia do lobo temporal mesial associada à esclerose hipocampal. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 31–36, 2006.

ANTÔNIO, Wender; SANDRO, De Oliveira; CHAVES, Nobre. Avaliação qualitativa dos artigos publicados sobre acupuntura e dor. **Revista Ciências da Saúde e Educação IESGO**, [s. l.], v. 1, p. 18–28, 2019.

AORTO-CORONÁRIO, Sujeitos A. Cirurgia D. E. Bypass. Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. **Psicologia, Saúde e Doenças**, [s. l.], v. II, n. 1, p. 35–45, 2001.

AQUINO, Elisângela B. et al. Farmacovigilância: Análise Comparativa dos Eventos Adversos das Drogas Antiepilépticas na Infância. [s. l.], v. 11, n. 1, p. 15–18, 2005.

ARIDA, Ricardo Mario et al. Physical exercise: Potential candidate as complementary therapy for epilepsy. **Annals of Indian Academy of Neurology**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 167, 2012.

AUTEROCHE, B; NAVAILH. Diagnóstico em Medicina Chinesa. São Paulo:Ed. Andrei, 1992.

BAVDEKAR, Sandeep B. Formulating the right title for a research article. **Journal of Association of Physicians of India**, [s. l.], v. 64, n. FEBRUARY, p. 53–56, 2016.

BELASCO, Isabel Cristina; PASSINHO, Renata Soares; VIEIRA, Valéria Aparecida. Práticas integrativas e complementares na saúde mental do estudante universitário. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, [s. l.], v. 71, n. 1, p. 103–111, 2018.

BERG, Anne T. et al. How long does it take for epilepsy to become intractable? A prospective investigation. **Annals of Neurology**, [s. l.], v. 60, n. 1, p. 73–79, 2006.

BOAVENTURA, Isabel et al. Percepção e Atitudes Sobre Prescrição Racional Durante a Formação Médica: Resultados de Grupos Focais com Estudantes de Medicina e Médicos Internos. **Acta Médica Portuguesa**, [s. l.], v. 32, n. 9, p. 593, 2019.

BRACKNEY, Dana E.; BROOKS, Jessica L. Complementary and Alternative Medicine: The Mozart Effect on Childhood Epilepsy—A Systematic Review. **Journal of School Nursing**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 28–37, 2018.

BRASIL, Virginia Visconde et al. Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 383–394, 2009.

BRITO, Raquel Carlos De. Hospital morbimortality for epilepsy: analysis of official data. [s. l.], 2014.

CAMPOS, Brunno. Análise de atividade epileptiforme com uso simultâneo de eletrencefalografia e ressonância magnética funcional. **Aleph**, [s. l.], 2010.

CANDIDO, Mariluci Camargo F. S.; FUREGATO, Antonia Regina F. Atenção da Enfermagem ao Portador de Transtorno Depressivo: Uma Reflexão. [s. l.], n. 2, 2005.

CAPIZZANO, Aristides A. et al. Amygdala enlargement in mesial temporal lobe epilepsy: an alternative imaging presentation of limbic epilepsy. [s. l.], 2018.

CARDOSO, Jean Carlos; OLIVEIRA, Maria Eduarda BS De; CARDOSO, Fernanda de Cl. Advances and challenges on the in vitro production of secondary metabolites from medicinal plants. **Horticultura Brasileira**, [s. l.], v. 37, n. 2, p. 124–132, 2019.

CASADEI, Graciele Reinert et al. Coaching como estratégia para a promoção da saúde de indivíduos idosos: revisão sistemática. [s. l.], v. 22, n. 4, 2019.

CASO, Relato D. E. Epilepsia Do Lobo Temporal Com Aura De Prazer. [s. l.], v. 58, n. 1, p. 178–180, 2000.

CASTAÑEDA-CABRAL, José Luis et al. Increased protein expression of VEGF-A, VEGF-B, VEGF-C and their receptors in the temporal neocortex of pharmacoresistant temporal lobe epilepsy patients. **Journal of Neuroimmunology**, [s. l.], v. 328, p. 68–72, 2019.

CASTELO-BRANCO, Maria Zita; BRITO, Dalila; FERNANDES-SOUSA, Clementina. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: Revisão integrativa. **Aquichan**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 100–108, 2014.

CASTRO, Izabel Monteiro. Auxílio da acupuntura no tratamento da depressão. [s. l.], 2011.

CAT, Universidade; BRASIL, Campinas; ESTE, Resumo. Experiência: um termo chave para a Psicologia. [s. l.], 2007.

CAVALLAZZI, GG. Os motivos da baixa escolaridade são fatores preditores do desempenho cognitivo de pacientes adultos com epilepsia do lobo temporal mesial fármacorresistente? [s. l.], 2012.

CENDES, Fernando. Mesial temporal lobe epilepsy syndrome: An updated overview. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 141–144, 2005.

CF, Jackson et al. Non-pharmacological interventions for people with epilepsy and intellectual disabilities (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. [s. l.], n. 9, 2015.

CHEN, Shuping et al. Acupuncture for Refractory Epilepsy: Role of Thalamus. [s. l.], v. 2014, 2014.

CUNHA, Rodrigo Bastos et al. Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 383–394, 2009. Disponível em:

<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122011000200008&lng=pt&nrm=iss>

CUNHA, Rodrigo Bastos. O conhecimento do público acerca da epilepsia: uma pequena amostragem em Campinas (SP). **Boletim do Instituto de Saúde**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 147–155, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122011000200008&lng=pt&nrm=iss>

DA COSTA MACHADO, Marcos Alberto et al. Uso da sequência flair-epi na análise da esclerose mesial temporal. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s. l.], v. 59, n. 2 A, p. 210–213, 2001.

DA SILVA, Tatiana Indelicato et al. Tradução e adaptação cultural do Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-31). **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 107–110, 2006.

DANTAS, Fábio Galvão et al. Clinical and EEG analysis of mesial and lateral temporal lobe seizures. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s. l.], v. 56, n. 3 A, p. 341–349, 1998.

DE ALVARENGA, Karina G. et al. Epilepsia refratária: A experiência do Núcleo Avançado de Tratamento das Epilepsias do Hospital Felício Rocho (NATE) no período de março de 2003 a dezembro de 2006. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 71–74, 2007.

DE OLIVEIRA, Guilherme Nogueira Mendes et al. Inventário de depressão em transtornos neurológicos para a epilepsia (IDTN-E): Versão Brasileira de um instrumento de rastreamento. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 49–53, 2011.

DKL, Cheuk; WONG, V. Acupuncture for epilepsy (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. [s. l.], n. 5, 2014.

DÜHRSEN, Lasse et al. Decision-making in temporal lobe epilepsy surgery based on invasive stereo-electroencephalography (sEEG). **Neurosurgical Review**, [s. l.], 2019.

FEDERAL, Universidade; GERAIS, D. E. Minas. **Pelas veredas da etimologia**. [s.l: s.n.].

FERNANDES, Maria José Silva. Epilepsia do lobo temporal: Mecanismos e perspectivas. **Estudos Avancados**, [s. l.], v. 27, n. 77, p. 85–98, 2013.

FERNANDES, Paula Teixeira; LI, Min Li. Percepção de estigma na epilepsia. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 207–218, 2006.

FERREIRA, Ricardo Franklin; CALVOSO, Genilda Garcia; GONZALES, Carlos Batista Lopes. Caminhos da Pesquisa e a contemporaneidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 243–250, 2002.

FISHER, Robert S. et al. The ILAE classification of seizures. **Stanford Epilepsy Centre**, [s. l.], v. 58, n. 4, p. 531–542, 2017.

GALETA, Paula Diniz. Faculdade De Agronomia E Medicina Veterinária. **Apostila de Técnica Cirúrgica**, [s. l.], p. 1–150, 2005.

GOMES, Marleide Da Mota. História da epilepsia: Um ponto de vista epistemológico. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 161–167, 2006.

GOODALL, Jack et al. Stigma and functional disability in relation to marriage and employment in young people with epilepsy in rural Tanzania. **Seizure**, [s. l.], v. 54, p. 27–32, 2018.

GUERREIRO, C. A. M. História do surgimento e desenvolvimento das drogas antiepilépticas. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 18–21, 2006.

HOPKER, Christiane Del Claro et al. The individual with epilepsy: perceptions about the disease and implications on quality of life. **CoDAS**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. e20150236, 2017.

IYO ALBERTI, Fernando Lenyi. Trabajo Académico Para Optar Por El Título De Especialista En Oftalmología. [s. l.], p. 2, 2019.

JESUS NASCIMENTO DA SILVA, Jairo. Em busca da cura: a institucionalização da medicina acadêmica em Belém e sua relação com outras práticas terapêuticas, entre 1889 e 1925. **Em busca da cura: a institucionalização da medicina acadêmica em Belém e sua relação com outras práticas terapêuticas, entre 1889 e 1925**, [s. l.], 2017.

JOS, Maria; FERNANDES, Silva. Cataphora in titles of the journalistic texts. [s. l.], 2010.

JÚNIOR, Henrique Carrete. Avaliação de Epilepsia por Neuroimagem Estrutural . Protocolos. [s. l.], v. 10, n. 2, p. 94–98, 2002.

KANDRATAVICIUS, Ludmyla; HALLAK, Jaime Eduardo Cecílio; LEITE, João Pereira. Psicose e depressão na epilepsia do lobo temporal. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 163–167, 2007.

KIESS, O. et al. BOLD fMRI deactivation of limbic and temporal brain structures and mood enhancing effect by transcutaneous vagus nerve stimulation. [s. l.], p. 1485–1493, 2007.

KIM, Won Joo et al. The prognosis for control of seizures with medications in patients with MRI evidence for mesial temporal sclerosis. **Epilepsia**, [s. l.], v. 40, n. 3, p. 290–293, 1999.

KING, C. D. R. Heather C.; MOORE, Lcdr Chad; SPENCE, C. D. R. Dennis L. jhn. [s. l.], p. 1–9, 2015.

KLEIN, Pavel; TYRLIKOVA, Ivana. No prevention or cure of epilepsy as yet. **Neuropharmacology**, [s. l.], p. 107762, 2019.

KLOSTER, Robert et al. The effect of acupuncture in chronic intractable epilepsy. [s. l.], p. 170–174, 1999.

LEMOS, Mendes; CAVALCANTE, Francisco Silva. Psicologia de orientação positiva : uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental Positive psychology orientation : an intervention proposal for group work in mental health. [s. l.], p. 233–242, [s.d.].

LIN, Chin An. Da medicina tradicional chinesa à prática de acupuntura médica baseada em evidência. **Revista de Medicina**, [s. l.], v. 92,

n. 3, p. 213, 2013.

LONGATO, Carolina Ruiz. Avaliação neuropsicológica e afetiva de crianças e adolescentes com epilepsia. [s. l.], 2015.

LOPES, C.; SEFRAN, M. Ponto! Atlas Topográfico de Acupuntura. 2ª Edição. São Paulo: Ed Andrei, 2008.

Júnior, H. C. (2002). Avaliação de Epilepsia por Neuroimagem Estrutural. Protocolos. *Revista de Neurociências*, 10(2), 94-98.

MACDONALD, B. K. et al. Factors predicting prognosis of epilepsy after presentation with seizures. **Annals of Neurology**, [s. l.], v. 48, n. 6, p. 833–841, 2000.

MARCHETTI, R. L.; et al. Revisão de Literatura Transtornos mentais associados à epilepsia Mental disorders associated with epilepsy. **Rev. Psiq. Clín.**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. 170–182, 2005.

MARIA, Anna; CINTRA, Marques. DETERMINAÇÃO DO. [s. l.], v. 4, n. 15, p. 13–16, 1982.

MARQUES-ASSIS, L.; TEIXEIRA, W. R. Epilepsia e trabalho. **Revista Paulista de Medicina**, [s. l.], v. 104, n. 3, p. 128–131, 1986.

MENEGASSI, Renilson José Chaves; AFONSO, Maria Izabel. O título e sua função estratégica na articulação do texto. **Revista Linguagem & Ensino**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 27–44, 2000.

MENESES, Murilo S. et al. Tratamento cirúrgico da epilepsia do lobo temporal: Análise de 43 casos consecutivos. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s. l.], v. 63, n. 3 A, p. 618–624, 2005.

MENG, Fan-gang et al. Using electroacupuncture at acupoints to predict the efficacy of hippocampal high-frequency electrical stimulation in pharmacoresistant temporal lobe epilepsy patients. **Medical Hypotheses**, [s. l.], v. 80, n. 3, p. 244–246, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2012.11.039>>

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000.

MOFFET, Howard H. Sham Acupuncture May Be as Efficacious as True Acupuncture : A Systematic Review of Clinical Trials. [s. l.], v. 15, n. 3, p. 213–216, 2009.

MORAIS, Rodrigo. Prevalência de Efeitos Neuropsiquiátricos em Doentes com Infecção VIH sob Dolutegravir. **Medicina Interna**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 14–20, 2019.

NETO, José Cretella. DA IMPORTÂNCIA DO PREÂMBULO NOS CONTRATOS INTERNACIONAIS DO. [s. l.], v. 22, 2010.

NETO, José Gallucci; MARCHETTI, Renato Luiz. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia Epidemiologic aspects and relevance of mental disorders associated with epilepsy. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s. l.], v. 27, n. 4, p. 323–328, 2005.

NORONHA, Ana Lúcia Andrade et al. Assessment of the epilepsy treatment gap in two cities of south-east of Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s. l.], v. 62, n. 3 B, p. 761–763, 2004.

OLIVEIRA, Gilvano Amorim. Evaluation of Amplitude of Accommodation in a Presbyopic Patient Undergoing Stimulation of Sizhukong Acupuncture Point (TH23) – Case Report. **Advances in Ophthalmology & Visual System**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 8–11, 2018.

PAIVA, Geraldo José De. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 99–104, 2007.

PAIVA, Natasha Nascimento et al. Epilepsia abdominal: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, [s. l.], v. 5, p. e869, 2019.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei Dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 241–250, 2012.

PIDDE, Áurea Gomes et al. Dietoterapia como alternativa clínica e seus efeitos. [s. l.], p. 106–119, 2019.

PINTO-COELHO, Adelaide; TRINDADE, Hugo. Acupuntura no Tratamento da Dor em Pediatria : Revisão da Literatura. [s. l.], v. 28, 2019.

PITKÄNEN, Asla et al. Advancing research toward faster diagnosis, better treatment, and end of stigma in epilepsy. **Epilepsia**, [s. l.], n. May, p. 1–12, 2019.

PORTO, Livia Amorim et al. O papel dos canais iônicos nas epilepsias e considerações sobre as drogas antiepilépticas - Uma breve revisão. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 169–175, 2007.

REGINA, Maria; MORAES, Cariello. MARIA REGINA CARIELLO MORAES A REINVENÇÃO DA ACUPUNTURA : Estudo sobre a transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira A REINVENÇÃO DA ACUPUNTURA : Estudo sobre a transplantação da acupuntura para contextos ociden. [s. l.], 2007.

ROCHA, Sabrina Pereira et al. A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: Memórias de desafios e lutas. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 155–164, 2015.

RODRIGUES, Dirceu. Análises Visual E Volumétrica Por. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, [s. l.], v. 56, p. 419–428, 1998.

ROS, Maria D. O.; CURRAL, R. I. O. Lima. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NA EPILEPSIA (contribuição para o seu estudo). [s. l.], 1989.

RUTE, F.; SILVA, Martins. Qualidade de vida, ansiedade e depressão: um exemplo de indicadores e relações na epilepsia. **Temas em Psicologia**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 121–132, 2008.

SALINSKY, Martin et al. Health-related quality of life in Veterans with epileptic and psychogenic nonepileptic seizures. **Epilepsy and Behavior**, [s. l.], v. 94, p. 72–77, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.02.010>>

SANTOS, Arnóbio Barros et al. Eficácia do canabidiol no tratamento de convulsões e doenças do sistema nervoso central: revisão sistemática Efficacy of cannabidiol in the treatment of convulsions and diseases of the central nervous system: systematic review. **Acta Brasiliensis**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 30–34, 2019. Disponível em: <<http://revistas.ufcg.edu.br/ActaBra>>

SAXENA, V. S.; NADKARNI, V. V. Nonpharmacological treatment of epilepsy. [s. l.], v. 14, n. 3, 2011.

SCHEFFER, Ingrid E. et al. Classificação da ILAE das epilepsias. [s. l.], p. 1–25, 2017.

SCHLINDWEIN-ZANINI, Rachel; IZQUIERDO, Ivan; CAMMAROTA, Martin. Aspectos neuropsicológicos da Epilepsia do Lobo Temporal na infância Neuropsychological aspects of Temporal Lobe Epilepsy in childhood. [s. l.], n. January, 2009.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio. O estudo científico da felicidade e a promoção da saúde : revisão integrativa da literatura¹. [s. l.], v. 18, n. 3, 2010.

SERGIPE, Universidade Federal D. E. PELA DA EXTRAÇÃO DE AREIA UTILIZADA NA CONSTRUÇÃO CIVIL , NO MUNICÍPIO DE SÃO CRISTÓVÃO (SE) PELA DA EXTRAÇÃO DE AREIA UTILIZADA NA CONSTRUÇÃO. [s. l.], 2019.

SEVERAL, Editor et al. Epilepsy & Behavior. [s. l.], v. 31, p. 387–389, 2014.

SILVA, Isabel. Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença (*). [s. l.], v. 3, p. 597–605, 2004.

SIOBHAN, West et al. Surgery for epilepsy. [s. l.], n. 7, 2015.

SONG, Lu; WANG, Yuping. Efficacy and Safety of Treatment with Transcutaneous Vagus Nerve Stimulation in 17 Patients with Refractory Epilepsy Evaluated by Electroencephalogram , Seizure Frequency , and Quality of Life. [s. l.], p. 8439–8448, 2018.

SOUSA, Jeane Tavares De. A utilização da medicina tradicional chinesa na redução do estresse. **Scire Salutis**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 20–29, 2019.

STAVEM, Knut et al. Acupuncture in intractable epilepsy: lack of effect on health-related quality of life. [s. l.], p. 422–426, 2000.

STERN, Fábio; STERN, Fábio L. Por que adoecemos? Os desafios de uma aproximação entre religião e as ciências naturais perante a saúde. **Cadernos Acadêmicos**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 29–49, 2011.

TANG, Fei; HARTZ, Anika M. S.; BAUER, Björn. Drug-resistant epilepsy: Multiple hypotheses, few answers. **Frontiers in Neurology**, [s. l.], v. 8, n. JUL, p. 1–19, 2017.

TEDRUS, Glória Maria Almeida Souza; FONSECA, Lineu Corrêa; PEREIRA, Renato Buarque. Marital status of patients with epilepsy: Factors and quality of life. **Seizure**, [s. l.], v. 27, p. 66–70, 2015.

TEDRUS, Gloria Maria Almeida Souza; STERCA, Guilherme Sabbag; PEREIRA, Renato Buarque. Physical activity, stigma, and quality of life in patients with epilepsy. **Epilepsy and Behavior**, [s. l.], v. 77, p. 96–98, 2017.

TEDRUS, Gloria Maria de Almeida Souza; CORRÊA FONSECA, Lineu; MARIN CARVALHO, Rachel. Epilepsia e qualidade de vida: Aspectos sociodemográficos, clínicos e comorbidade psiquiátrica. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s. l.], v. 71, n. 6, p. 385–391, 2013.

VALÉRIO, Rosa M. F. et al. Pesquisa em epilepsia na infância. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, [s. l.], v. 11, n. 4 SUPPL. 1, p. 31–33, 2005.

VANCINI, Rodrigo Luiz et al. Epilepsy & Behavior. **Epilepsy & Behavior**, [s. l.], v. 31, p. 194–195, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.12.019>>

WALLING, Allan. Therapeutic modulation of the psychoneuroimmune system by medical acupuncture creates enhanced feelings of well-being. [s. l.], v. 18, p. 135–143, 2006.

WANG, L.G; PAI, H. J. Tratado Contemporâneo de Acupuntura e Moxibustão. São Paulo: CEIMEC, 2013.

XAVIER, José; NETO, De Lima. Estudo em complexos fármaco-receptor utilizando bioquímica quântica. [s. l.], 2019.

YANG, Chunsong et al. Efficacy and safety of acupuncture in children: an overview of systematic reviews. [s. l.], n. January, 2015.

ZIEA, Eric Tat-Chi et al. A Guideline for Randomized Controlled Trials of Acupuncture. **The American Journal of Chinese Medicine**, [s. l.], v. 47, n. 1, p. 1–18, 2019.

Glossário

Acupuntura: modalidade terapêutica que consiste na inserção de agulhas em determinados pontos do corpo para obtenção de resposta clínica.

Ponto de acupuntura: ponto da superfície corporal com delimitação anatômica precisa, que tem por característica física baixa resistência elétrica.

Zang-Fu: denominação dada aos órgãos em MTC. Zang são órgãos ocos, enquanto os do FU são maciços. A ideia de órgão em MTC está ligada não apenas ao órgão como entidade anátomo-funcional, mas também, a uma função.

DATASUS: órgão de secretaria de gestão estratégica e participativa do Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS responsável pela coleta, processamento, e disponibilização de dados em saúde no Brasil.

Tônico-clônica: modalidade de crise epiléptica em que ocorrência de clônus (contração repetida e não pragmática de grupos musculares) e tônus (aumento da contração basal de músculo ou grupos musculares).

Coorte: conjunto de indivíduos acompanhados por dez semanas na Pesquisa IMPACT.

Hipnagógico: fármaco que induz sono.

Hipnapômico: fármaco que mantém o sono.

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

INSTITUIÇÃO: Faculdade de Medicina - Pontifícia Universidade Católica
Endereço: Av John Boyd Dunlop S/N. Campinas, SP.

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa:
Impacto da Acupuntura em portadores de Epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose Hipocampal.

Nosso objetivo nesta pesquisa é avaliar os efeitos da acupuntura em pacientes portadores de epilepsia.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:

A razão que nos leva a estudar o problema da epilepsia é a busca pela diminuição das crises epilépticas, de forma que a pessoa possa viver da melhor maneira possível. Neste projeto queremos avaliar os efeitos da acupuntura na epilepsia.

A acupuntura é uma forma de tratamento em que pequenas e finas agulhas são colocadas em certas partes do corpo.

Os participantes serão sorteados em grupos de forma que alguns podem somente responder aos questionários e outros serem submetidos a acupuntura e responderem a questionários.

Se você for sorteado para apenas responder a questionários, sua participação é tão importante quanto a de quem, vai ser submetido a acupuntura.

Se você for sorteado para sessões de acupuntura, fique tranquilo! Nestas sessões finas agulhas serão colocadas em certos pontos de seu corpo. Esta colocação quase não dói. Serão feitas sessões de 20 minutos de duração, uma vez por semana, durante 10 semanas. Sua participação mesmo que somente respondendo aos questionários para sabermos como você está é muito importante e, se ficar comprovado que acupuntura pode ajudar na epilepsia, você poderá ser beneficiado futuramente.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:

A colocação de agulhas dá uma sensação parecida com a picada de um inseto. As pessoas que fazem acupuntura costumam dizer que este desconforto é bem tolerável.

BENEFÍCIOS:

A acupuntura poderá ser benéfica para você, fazendo você se sentir mais relaxado. Em caso de nossa pesquisa comprovar a melhora da epilepsia com acupuntura, você também poderá ser beneficiado com esta descoberta.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA:

Se você concordar em participar desta pesquisa, você vai responder a dois questionários no início da pesquisa, na quinta semana e na décima semana. As sessões de acupuntura serão feitas uma vez por semana, com duração de cerca de 20 minutos cada sessão, se você for sorteado para acupuntura. Você será atendido por um médico que te ajudará em qualquer problema médico.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Você pode tirar suas dúvidas sobre sua participação nesta pesquisa. Você pode pedir para ver como são as agulhas de acupuntura e até mesmo para sentir como é a "picadinha". Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer dúvida que tiver. Você é livre para recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Você continuará a ser atendido no Hospital da PUC – Campinas normalmente. Por falar nisto, se você aceitar participar desta pesquisa, não queremos que você interrompa seus medicamentos de jeito nenhum! Tome seus medicamentos como seu médico prescreveu.

Seu nome e seus dados serão mantidos em segredo. O uso de seus dados será exclusivamente científico e didático, sempre preservando sua identidade. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada pelo pesquisador e outra será fornecida a você. Em caso de dúvida ou queixa, você poderá entrar em contato com o comitê de ética. Os dados de telefone e endereço estão neste documento.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO:

Sua participação neste estudo não acarretará custos para você.

MINHA DECLARAÇÃO:

Eu, _____, RG _____, declaro estar ciente e concordar com a participação do projeto de pesquisa intitulado "***Impacto da Acupuntura em portadores de Epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose Hipocampal.***" Fui informada (o) dos objetivos desta pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão de participar, se eu quiser. O pesquisador, *Dr. Gilvano Amorim Oliveira*, me garantiu que meus dados serão mantidos em segredo. Em caso de dúvidas, entendi que poderei chamar o telefone (19) 3343 8600 ou procurar pessoalmente o Dr. Gilvano no Ambulatório de Neurologia do Hospital da PUC-Campinas.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Estou ciente de que a pesquisa, coordenada pelo Dr. Gilvano Amorim Oliveira tem como objetivo estudar a respeito de dados relacionados à epilepsia. Fui informado (a) sobre as características do estudo. Foi também explicado que serão aplicados questionários sobre a qualidade de vida (*Quality of life in epilepsy inventory-31*) e *Inventário de depressão em transtornos neurológicos para epilepsia (IDTN-E)* e de aspectos da minha doença, como a história clínica (anamnese, exame neurológico, e exames como eletroencefalograma) e perguntas sobre como me sinto e meus dados sociais.

Sei também que esta pesquisa pode trazer elementos para o melhor diagnóstico e tratamento do meu caso e de outros pacientes deste ambulatório. Fui ainda esclarecido (a) que me é dada à liberdade de retirar meu consentimento em relação à minha participação em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Fui também informado que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas.

A qualquer momento posso buscar junto ao coordenador do projeto esclarecimentos de qualquer natureza e sei que tenho garantido o sigilo que assegura a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e que seu nome jamais será divulgado.

Declaro ter ciência e concordar que as atividades de pesquisa poderão utilizadas para fins científicos, publicações e participações em eventos científicos no limite da ética e do proceder científico íntegro e idôneo.

Declaro também, ter ciência de que a participação neste projeto é total e completamente isenta de qualquer ônus financeiro. E que este termo será assinado em 2 vias, respectivamente uma para o pesquisador e outra para o participante.

Data: ___/___/___

Assinatura do paciente _____

Assinatura do investigador _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da PUC-Campinas, telefone de contato (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, endereço Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1.516 – Parque Rural Fazenda Santa Cândida – CEP 13087-571 - Campinas – SP, horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h.

O Comitê de ética é responsável e está apto a esclarecimento de questões éticas.

Telefone do pesquisador: 047999233401 

Anexo II

Pesquisa IMPAC

Impacto da Acupuntura em Portadores de Epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose de Hipocampo

Pesquisador: Gilvano Amorim Oliveira – CRM/SP 75014

Ficha de Atendimento

Nome:

End.:

Tel.....celular.....email:.....

Data Nasc.: .../.../..... Idade: ... Profissão:.....Ocupação:

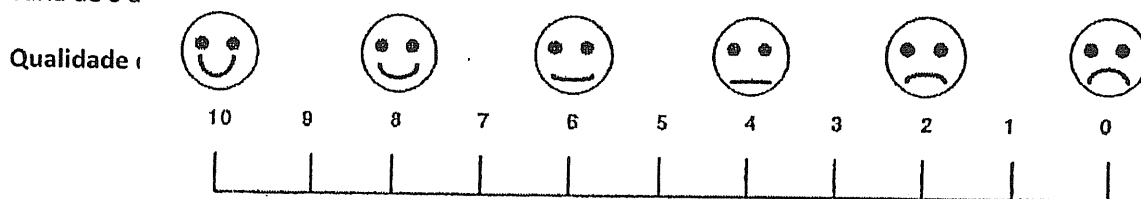
1. Dirige automóvel () não. () Sim.
2. Tem emprego fixo () Sim () não.
3. Professa religião? () não () sim. Qual?
4. Frequenta/pratica atividades religiosas? () sim () não.
5. Escolaridade: () Analf. () Ensino fund. () Ensino médio. () Graduação () Pós ()
6. Tem hábito de ler? () não. () Sim. No. de livros/ano:
7. Tabagismo: () não. () Sim. anos/maço.
8. Consumo de xícaras de café () não. () 1 () 2-5 () 6-10 () mais de 10.
9. Anamnese (brief):
-
-
10. Tempo de diagnóstico:
11. Medicação em uso:
-

Anexo III – Instrumento QUOLIE 31

QOLIE – 31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory)

Estas questões são sobre sua saúde e atividades do dia-a-dia. Responda cada questão circulando a resposta que mais se aproxime da forma como está sua saúde. Caso não esteja seguro da resposta, responda da forma mais honesta possível.

1. Em geral, como você classificaria sua **Qualidade de Vida**? Circule um número na escala que varia de 0 a



Melhor Qualidade de Vida possível

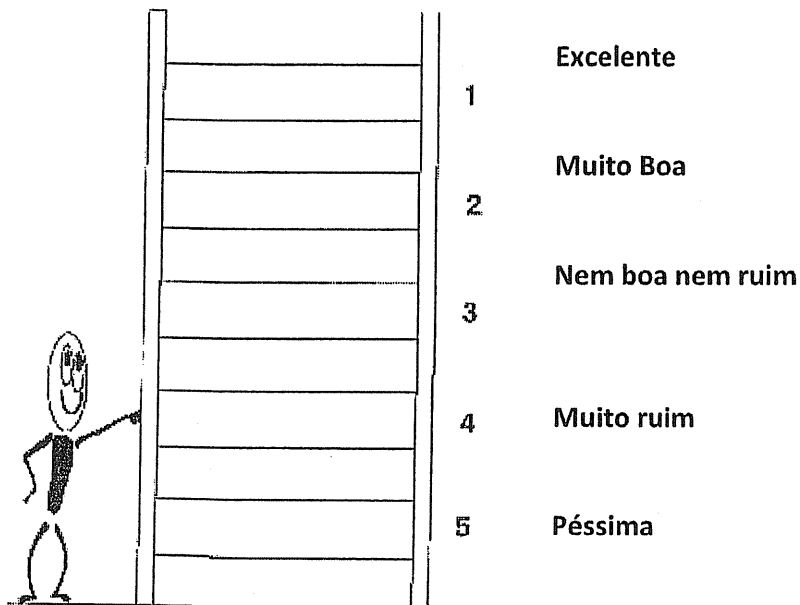
Pior Qualidade de Vida possível

As questões seguintes são sobre como você tem se sentido e como as coisas têm sido para você nas últimas 4 semanas. Para cada questão indique a resposta que mais se aproxime de como tem se sentido. Circule um número na escala que varia de 1 (todo tempo) a 6 (nunca). Com que frequência, nas últimas 4 semanas, você:

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
2. Sentiu-se cheio de disposição, de ânimo?	1	2	3	4	5	6
3. Sentiu-se muito nervoso?	1	2	3	4	5	6
4. Sentiu-se tão triste que nada o animava?	1	2	3	4	5	6
5. Sentiu-se calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
6. Sentiu-se cheio de energia?	1	2	3	4	5	6
7. Sentiu-se desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
8. Sentiu-se esgotado?	1	2	3	4	5	6
9. Sentiu-se feliz?	1	2	3	4	5	6
10. Sentiu-se cansado?	1	2	3	4	5	6
11. Preocupa-se em ter outra crise?	1	2	3	4	5	6
12. Teve dificuldade de raciocinar e resolver problemas (como fazer planos, tomar decisões, aprender coisas novas)?	1	2	3	4	5	6

13. Você diminuiu suas atividades sociais, como visitar amigos ou parentes próximos por problemas com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6

14. Como tem sido sua **Qualidade de Vida nas últimas 4 semanas**, ou seja, **como as coisas têm sido para você?** Circule na escala um número que varia de 1 (excelente) a 5 (péssima).



15. Nas últimas 4 semanas, você teve **problemas com sua memória**, ou seja, problemas para lembrar das coisas? Circule um número na escala que varia de 1 (Bastante Problema) a 4 (Nenhum Problema).

Sim, bastante problema	Sim, algum problema	Sim, só um pouco de problema	Não, nenhum problema
1	2	3	4

16. Nas últimas 4 semanas, você teve **problemas com sua memória** (ou seja, lembrar-se das coisas que as pessoas disseram) no seu trabalho ou atividades diárias?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

As perguntas seguintes estão relacionadas a **problemas de concentração**. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você teve problemas para concentrar-se (ou seja, manter-se pensando em uma determinada atividade) e o quanto esses problemas interferiram no seu dia-a-dia.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
17. Problemas para concentrar-se	1	2	3	4	5	6

durante uma leitura.						
18. Problemas para manter sua atenção em alguma atividade por algum tempo?	1	2	3	4	5	6

As questões seguintes relacionam-se com **problemas que a epilepsia ou a medicação** podem ter causado em certas atividades, nas últimas 4 semanas.

	Sim, bastante	Sim, moderadamente	Sim, só um pouco	Sim, às vezes	Não, nenhum
19. No lazer.	1	2	3	4	5
20. Na direção de veículos.	1	2	3	4	5

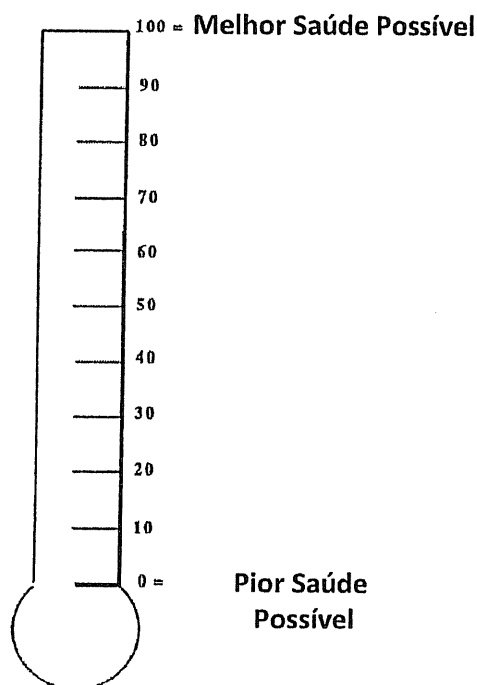
As perguntas seguintes estão relacionadas em **como você tem se sentido em relação às suas crises.**

	Sim, bastante	Sim, moderadamente	Sim, só um pouco	Sim, Às vezes	Não, nenhum
21. Você tem medo de ter outra crise nas próximas 4 semanas?	1	2	3	4	5
22. Você se preocupa em machucar-se durante uma crise?	1	2	3	4	5
23. Preocupa-se em se envergonhar ou ter problemas sociais devido a crise?	1	2	3	4	5
24. Você se preocupa pelos efeitos colaterais que a medicação possa lhe causar se tomada por um longo período, ou seja, que ela possa fazer mal para seu organismo?	1	2	3	4	5

Indique o quanto os seguintes problemas abaixo o incomodam. Circule um número na escala que varia de 1 (Não Incomoda) a 5 (Incomoda Extremamente).

	Sim, incomoda extremamente	Sim, incomoda bastante	Sim, incomoda só um pouco	Sim, incomoda às vezes	Não incomoda
25. As crises epilépticas	5	4	3	2	1
26. Problemas de Memória, ou seja, dificuldade para lembrar das coisas.	5	4	3	2	1
27. Dificuldade no trabalho.	5	4	3	2	1
28. Dificuldades sociais, ou seja, sentir-se impedido de se relacionar com outras pessoas ou fazer atividades fora de casa.	5	4	3	2	1
29. Efeitos colaterais da medicação no organismo?	5	4	3	2	1
30. Efeitos colaterais da medicação no raciocínio, para pensar, para se concentrar?	5	4	3	2	1

31. Quanto você acha que sua saúde está boa ou ruim? No termômetro abaixo a **melhor saúde possível** corresponde a **100** e a **pior saúde possível** corresponde a **0**. Circule um número na escala que melhor indica como você se sente em relação a sua saúde. Ao responder, considere a epilepsia como sendo parte da sua saúde.



ANEXO A

Tabela de correção do escore QOLIE-31

Scale/Item Numbers	RESPONSE						Subtotal	Final Score 0-100 point scale
	1	2	3	4	5	6		
A. Seizure Worry								
11	0	20	40	60	80	100		
21	0	25	50	75	100	-		
22	0	25	50	75	100	-		
23	0	25	50	75	100	-		
25	100	75	50	25	0	-		
						TOTAL A	+ 5 =	
B. Overall QOL								
1	Multiply response by 10						-	
14	100	5	0	5	0	-		
						TOTAL B	+ 2 =	
C. Emotional Well-Being								
3	0	20	40	60	80	100		
4	0	20	40	60	80	100		
5	100	80	60	40	20	0		
7	0	20	40	60	80	100		
9	100	80	60	40	20	0		
						TOTAL C	+ 5 =	
D. Energy/Fatigue								
2	100	80	60	40	20	0		
6	100	80	60	40	20	0		
8	0	20	40	60	80	100		
10	0	20	40	60	80	100		
						TOTAL D	+ 4 =	
E. Cognitive Function								
12	0	20	40	60	80	100		
15	0	33.3	66.7	100	-	-		
16	0	20	40	60	80	100		
17	0	20	40	60	80	100		
18	0	20	40	60	80	100		
26	100	75	50	25	0	-		
						TOTAL E	+ 6 =	
F. Medication Effects								
24	0	25	50	75	100	-		
29	100	75	50	25	0	-		
30	100	75	50	25	0	-		
						TOTAL F	+ 3 =	
G. Social Function								
13	0	20	40	60	80	100		
19	0	25	50	75	100	-		
20	0	25	50	75	100	-		
27	100	75	50	25	0	-		
28	100	75	50	25	0	-		
						TOTAL G	+ 5 =	

Note: The total number of items in each scale is listed as the divisor for each subtotal. However, due to missing data, the divisor might actually be lower.

FORMULA PARA O CALCULO DO ESCORE TOTAL DO QOLIE-31

QOLIE-31 Scale	Final Scale Score	Weight	Subtotal	
Seizure Worry		X 0.08 =		A
Overall QOL		X 0.14 =		B
Emotional Well-Being		X 0.15 =		C
Energy/Fatigue		X 0.12 =		D
Cognitive Functioning		X 0.27 =		E
Medication Effects		X 0.03 =		F
Social Functioning		X 0.21 =		G
OVERALL SCORE = Sum of subtotals A-G				

T-scores are linear transformations of the scores that produce a mean of 50 and standard deviation of 10 for a cohort. T-scores may be computed using the following formula:

$$T\text{-score} = 50 + [10 (\text{observed } \underline{\text{final scale score minus scale mean}})]$$

[(Scale standard deviation)]

Anexo IV – Instrumento IDTN-E

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO EM TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS PARA A EPILEPSIA (IDTN-E)

O questionário abaixo foi elaborado para auxiliar no rastreamento de depressão em pessoas com epilepsia. Para cada um dos enunciados da tabela, por favor, circule o número que melhor descreve a maneira como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje.

	Sempre ou Frequentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
TUDO É UM GRANDE ESFORÇO PARA MIM.	4	3	2	1
NADA DO QUE EU FAÇO É CERTO.	4	3	2	1
EU ME SINTO CULPADO (A).	4	3	2	1
EU PREFERIRIA ESTAR MORTO (A).	4	3	2	1
EU ME SINTO FRUSTRADO (A).	4	3	2	1
EU TENHO DIFICULDADES EM ENCONTRAR PRAZER.	4	3	2	1

Pontuação acima de 15 indica evento depressivo

Anexo V

Pesquisa IMPACT

SCORES

NOME DO PACIENTE:

No. Sessão:

Data/...../.....2019

1. Escore "Sensação Geral":
 - a. Sensação Geral dos últimos sete dias: Nota de 1 a 10:
 - b. Sensação no início da sessão: Nota de 1 a 10:
 - c. Sensação ao término da sessão: Nota de 1 a 10:
2. Escorização de dor na acupuntura: Nota 1(mínimo desconforto) a 10 (máxima dor):
 - a. F3d
 - b. F3e
 - c. Li4d
 - d. Li4e
 - e. HN3
 - f. VB13 d
 - g. VB 13 e
 - h. Du20
3. Numero de Crises nos últimos sete dias: (considerar crises parciais em sua complexidade)
4. Descrição da(s) crise(s) ou observações importantes. Anotar qualquer mal estar: Descrição das sensações durante a sessão de acupuntura

Anexo VI

IMPACT: médias das aferições dos escores IDTN-E e QUOLIE 31 dos indivíduos alocados nos grupos aurículo e auri-acupuntura finalizados.

	Indivíduos excluídos por escassez de N	
	Aurículo (n=1)	Auri-acup. (n=1)
	Escore	Escore
IDTN-E		
Semana 0	17,0	15,0
Semana 5	15,5	13,7
Semana 10	12,6	12,9
QUOLIE 31		
Semana 0	47,6	45,2
Semana 5	65,2	69,4
Semana 10	76,0	89,8

Anexo VII

IMPACT: crises epilépticas (semanais) e Índices de Bem-estar 7D dos dois indivíduos alocados nos grupos aurículo e auri-acupuntura finalizados.

Sensação de Bem-estar	Indivíduos finalizados			
	Aurículo (n=1)		Auri-acup. (n=1)	
	Crises		Crises	
Semana 1	8	2	6	0
Semana 2	6	0	7	2
Semana 3	5	2	8	0
Semana 4	6	0	6	0
Semana 5	7	1	7	1
Semana 6	6	1	7	0
Semana 7	8	0	7	0
Semana 8	6	0	8	1
Semana 9	6	0	8	1
Semana 10	7	0	8	0

Anexo VIII – Dados da primeira aferição dos indivíduos excluídos

Tabela 1: IMPACT: médias da primeira aferição do escore IDTN-E de indivíduos efetivados por coorte por grupo

Coorte	Data aferição	Acupuntura	Auriculo	Auri-acupuntura	Grupo controle
Primeira Coorte	13/09/2018	17,0	13,7	15,8	12
Segunda Coorte	11/10/2018	15,0	16,90	12,7	13,2
Terceira Coorte	17/01/2019	14,6	14,8	15	13
Quarta Coorte	21/03/2019	16,5	16,1	16	13,6
Quinta Coorte	11/04/2019	17,2	14,3	12,2	13,20
Média escore		16,1	15,1	14,7	12,9

Tabela 2: IMPACT: médias da primeira aferição do escore IDTN-E de indivíduos excluídos por coorte por grupo

Coorte	Data aferição	Acupuntura	Auriculo	Auri- acupuntura	Grupo controle
Primeira Coorte	13/09/2018	16,9	15,1	16	12,8
Segunda Coorte	11/10/2018	16,6	16,4	15	14,9
Terceira Coorte	17/01/2019	14,2	14,7	12,7	12,7
Quarta Coorte	21/03/2019	15,1	14,1	12,2	13,6
Quinta Coorte	11/04/2019	16,4	16,7	15,9	13,2
Média escore		15,8	15,4	14,3	13,4

Tabela 3: IMPACT: médias da primeira aferição do escore QUOLIE 31 de indivíduos efetivados por coorte por grupo

Coorte	Data aferição	Acupuntura	Auriculo	Auri-acupuntura	Grupo controle
Primeira Coorte	13/09/2018	44,9	54,8	49,8	44,9
Segunda Coorte	11/10/2018	41,5	51,3	51,3	46,8
Terceira Coorte	17/01/2019	40,8	52,5	48,5	47,4
Quarta Coorte	21/03/2019	41,6	47,9	48,9	46,9
Quinta Coorte	11/04/2019	41,8	49,9	49,9	46,9
Média escore		42,1	51,3	49,7	46,6

Tabela 4: IMPACT: médias da primeira aferição do escore QUOLIE 31 de indivíduos excluídos por coorte por grupo

Coorte	Data aferição	Acupuntura	Auriculo	Auri-acupuntura	Grupo controle
Primeira Coorte	13/09/2018	44,6	54,1	54,1	58,6
Segunda Coorte	11/10/2018	46,8	44,5	45	41,2
Terceira Coorte	17/01/2019	43,8	48,7	49	48,7
Quarta Coorte	21/03/2019	45,2	56	54,2	50,8
Quinta Coorte	11/04/2019	47,1	51,7	56	51,7
Média escore		45,5	51	51,7	49,8

Tabela 5: IMPACT: comparativo da primeira medida do IDTN-E e QUOLIE 31 de efetivados e excluídos

	Grupo				p-valor*
	Efetivados (n=52)		Excluídos (n=27)		
	Média	Dp	Média	Dp	
Escore Médio					
Quolie 31	47,42	4,05	50,6	2,78	0,0001
IDTN-E	14,74	1,29	14,73	1,09	0,9727

Anexo IX – Parecer Consubstanciado



PUC
CAMPINAS
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS



Continuação do Parecer: 2.879.510

acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1136980.pdf	10/07/2018 18:08:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo.pdf	10/07/2018 18:03:20	GILVANO AMORIM OLIVEIRA	Aceito
Outros	cotacao_empresa.pdf	07/07/2018 14:25:47	GILVANO AMORIM OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	07/07/2018 14:24:23	GILVANO AMORIM OLIVEIRA	Aceito
Outros	Documentos_de_despacho.pdf	07/07/2018 13:52:52	GILVANO AMORIM OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Impacto_Acupuntura_na_Epilepsia_do_Lobo_Temporal_com_Esclerose_Hipocampal.pdf	07/07/2018 13:32:43	GILVANO AMORIM OLIVEIRA	Aceito
Outros	Carta_Dra_Gloria_digitalizada.pdf	06/07/2018 18:34:50	GILVANO AMORIM OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	06/07/2018 18:31:22	GILVANO AMORIM OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	05/07/2018 23:10:36	GILVANO AMORIM OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516

Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571

UF: SP **Município:** CAMPINAS

Telefone: (19)3343-6777

Fax: (19)3343-6777

E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



PUC
CAMPINAS
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto da Acupuntura em portadores de Epilepsia do Lobo Temporal com Esclerose Hipocampal

Pesquisador: GILVANO AMORIM OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95436418.9.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.879.510

Apresentação do Projeto:

Estudo clínico randomizado que terá como objetivo avaliar o impacto da acupuntura em pacientes portadores de epilepsia do lobo temporal com esclerose do hipocampo (ELTEH). Esse estudo será realizado em aproximadamente 100 pacientes maiores de 18 anos que serão divididos aleatoriamente em 4 grupos numericamente iguais: Grupo 1- não será submetido a acupuntura; Grupo 2- será submetido a acupuntura sistêmica; Grupo 3- será submetido a acupuntura auricular e grupo 4- será submetido a acupuntura sistêmica e auricular. Deve-se ressaltar que em nenhum dos grupos será alterado o tratamento medicamentoso instituído no ambulatório da especialidade de neurologia do Hospital da PUC-Campinas. Também serão realizados: anamnese, exame clínico-neurológico; eletroencefalograma - EEG; Quality of life in epilepsy inventory-31 e Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E). Os questionários serão aplicados a todos os pacientes da pesquisa no momento inicial, antes da acupuntura, na quinta semana e após a décima semana de acupuntura. Será realizado um exame eletroencefalográfico no momento inicial, antes da acupuntura e após a décima semana de acupuntura. Todos os pacientes serão inquiridos semanalmente acerca da frequência e características das crises epiléticas. Os pacientes do grupo-controle serão inquiridos por telefone ou aplicativo de mensagem pelo celular. As sessões de acupuntura serão em número de 10 (dez), com frequência semanal e duração de cerca de 30 minutos. Serão usadas agulhas de aço de 0,25 x 40 mm, o que equivale dizer que o calibre será de 0.25 mm e comprimento 40 mm. O implante para acupuntura auricular será feito

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516

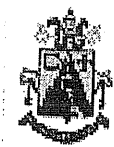
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571

UF: SP **Município:** CAMPINAS

Telefone: (19)3343-6777

Fax: (19)3343-6777

E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



PUC
CAMPINAS
PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA

PONTIFÍCA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS



Continuação do Parecer: 2.879.510

por implantes de ouro. Serão utilizados bilateralmente os pontos de acupuntura sistêmica VB13, HN3, DM20, F3 e IG4. Os pontos de acupuntura auricular serão: Erijan, Triângulo cibernético (Rim, Shenmen e Simpático), Coração e Tai-Yang.

Os critérios de inclusão na amostra compreenderão: ser portador de ELTEH; ter idade igual ou maior que 18 anos; ser paciente do Ambulatório de Neurologia do HPC; aceitar voluntariamente participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão da amostra serão: ser portador de outras formas de epilepsia que não ELTEH; ter idade menor que 18 anos; não ser paciente do Ambulatório de Neurologia do HPC; não aceitar voluntariamente participar da pesquisa; não responder aos telefonemas semanais do pesquisador; não comparecer às sessões de acupuntura; não responder aos questionários; não fazer os EEG; ter indicação cirúrgica para tratamento de epilepsia e desistência do paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o impacto da acupuntura e da acupuntura auricular em indivíduos portadores de ELTEH. Para isso será avaliada a frequência de crises convulsivas, a ocorrência de sintomas depressivos e a qualidade de vida, estes últimos por instrumentos específicos, o questionário Quality of life in epilepsy inventory-31 e o questionário Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa inclui riscos mínimos. No entanto, assinar consentimentos, responder entrevistas, ser submetido a testes e questionários podem eventualmente gerar expectativas tensas. A realização de eletroencefalograma também tem risco de gerar situações de stress e ansiedade. Esses riscos poderão ser minimizados ao se oferecer segurança de resposta às dúvidas e comunicar os resultados de modo a dirimir apreensões sem fundamentação. Na presente pesquisa há um risco mínimo que consiste na inserção de agulhas de acupuntura em pontos determinados. A terapia com acupuntura é um procedimento seguro e relativamente indolor. A acupuntura é uma intervenção segura nas mãos de um profissional treinado, segundo evidência disponível na literatura (WHITE, 2004). Treinamento adequado (o pesquisador é titulado especialista pelo Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura), medidas de antisepsia, correta inserção das agulhas nos pontos e o conhecimento médico minimizarão riscos como infecção cutânea (WOO et al., 2010), sangramento (CHUNG; BUI; MILLS, 2003) ou lesão de estruturas nobres (TERRA et al., 2007).

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516

Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571

UF: SP **Município:** CAMPINAS

Telefone: (19)3343-6777

Fax: (19)3343-6777

E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



PUC
CAMPINAS
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS



Continuação do Parecer: 2.879.510

Benefícios:

Os dados obtidos neste estudo deverão contribuir para o controle da doença, melhora dos sintomas depressivos e outros transtornos afetivos, melhorar inserção social, com sensação de melhor qualidade de vida de pacientes com ELTEH atendidos no nosso serviço. Os resultados também poderão contribuir a na eficiência e eficácia do tratamento de pacientes portadores de ELTEH. Além do aspecto clínico, espera-se trazer benefícios e contribuições com a ciência. Os dados deste projeto serão trabalhados para publicação em revistas qualificadas da área, para apresentação em congressos e em aulas dentro da Universidade ou a convite para apresentação em simpósios e outros eventos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo apresenta pertinência e valor científico, metodologia adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto e o TCLE estão em conformidade com as solicitações.
- Autorizações e termos de ciência estão devidamente assinadas e com carimbo do responsável:
 - 1- Autorização do Superintendente do HMCP
 - 2- Autorização do Coordenador do Ambulatório de Neurologia do HMCP
 - 3- Termo de ciência e autorização da Instituição Co-Participante
 - 4- Termo de compromisso de uso devido dos prontuários e base de dados do HMCP

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado.

Conforme a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516

Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571

UF: SP **Município:** CAMPINAS

Telefone: (19)3343-6777

Fax: (19)3343-6777

E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



PUC
CAMPINAS
PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA

PONTIFÍCA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS



Continuação do Parecer: 2.879.510

CAMPINAS, 06 de Setembro de 2018

Assinado por:
Silvana Mariana Srebernich
(Coordenador)

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516

Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571

UF: SP **Município:** CAMPINAS

Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777

E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br

Anexo X

Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Primeira Semana:

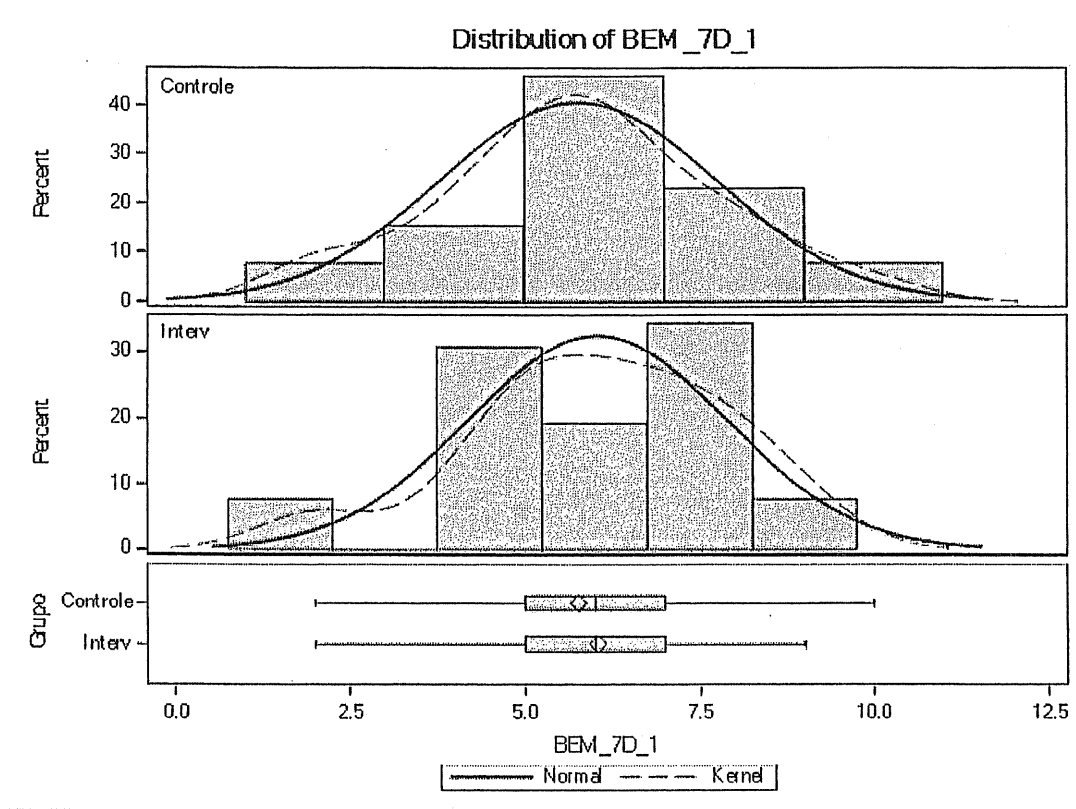


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Primeira Semana:

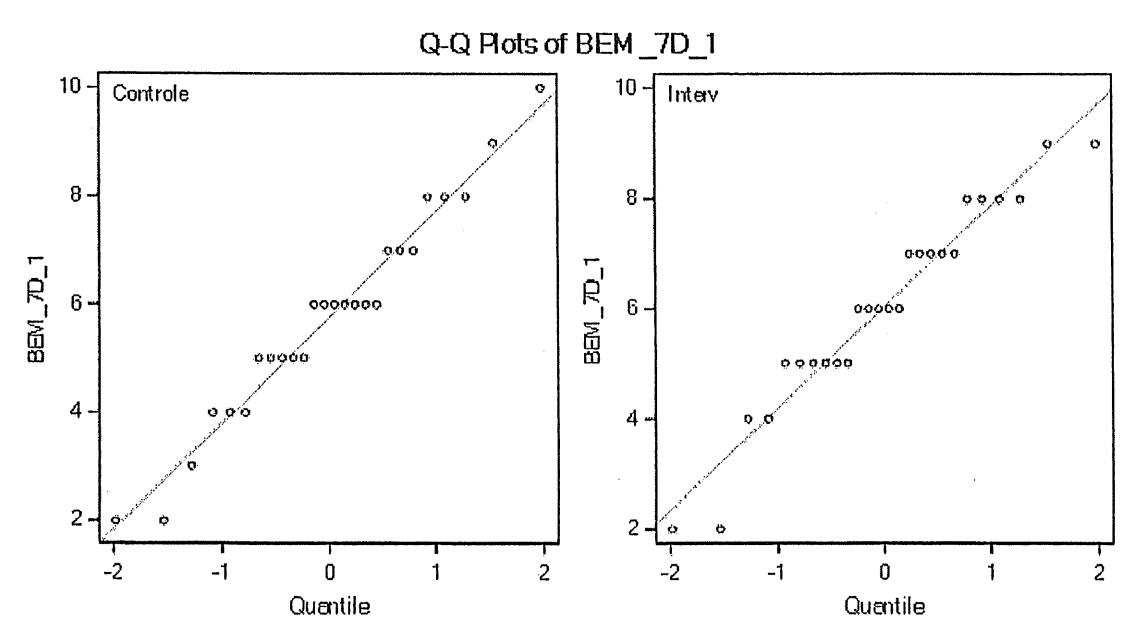


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Segunda Semana:

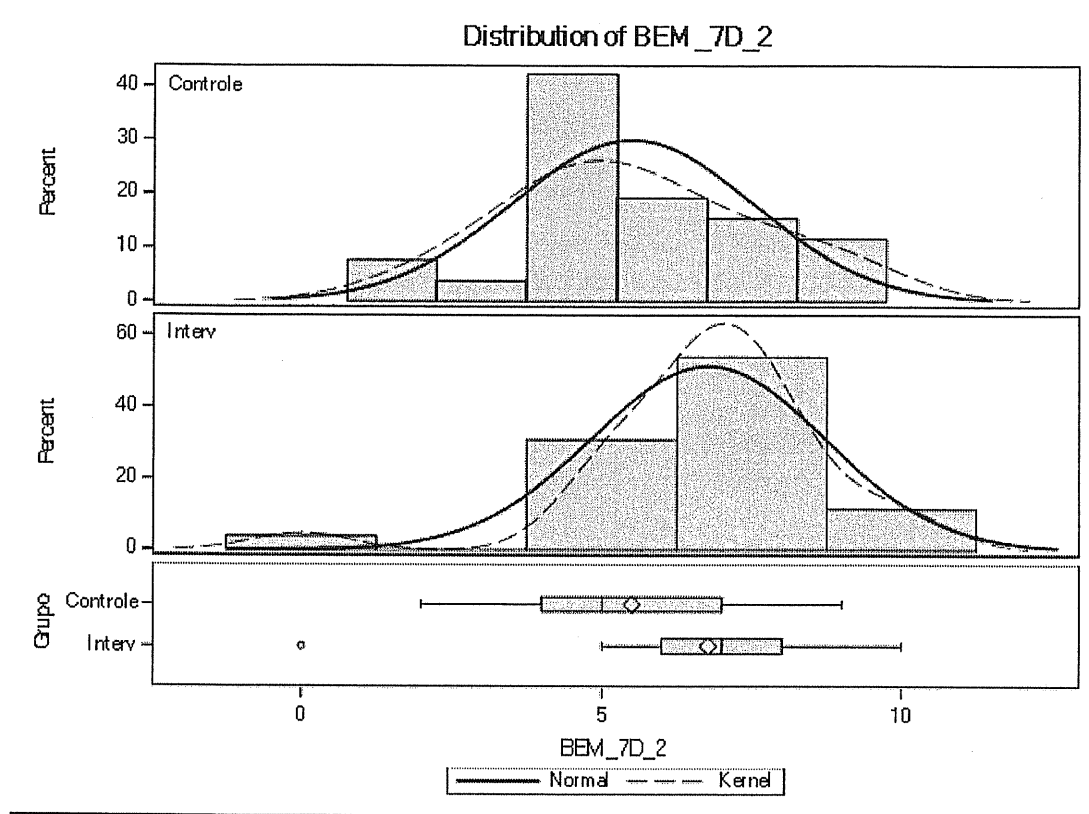


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Segunda Semana:

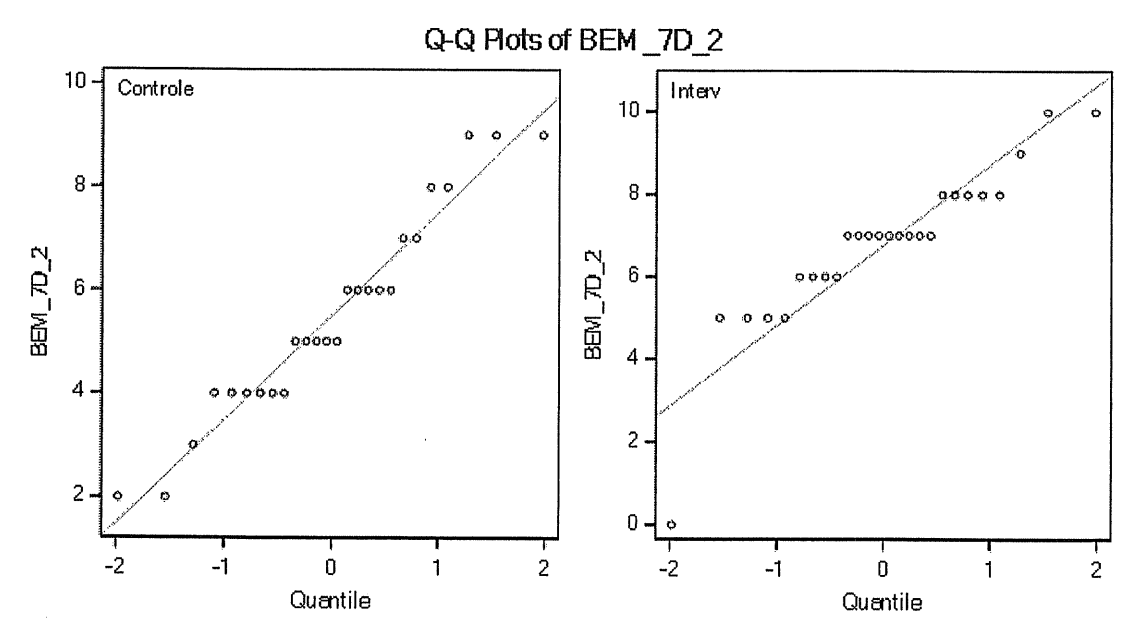


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Terceira Semana:

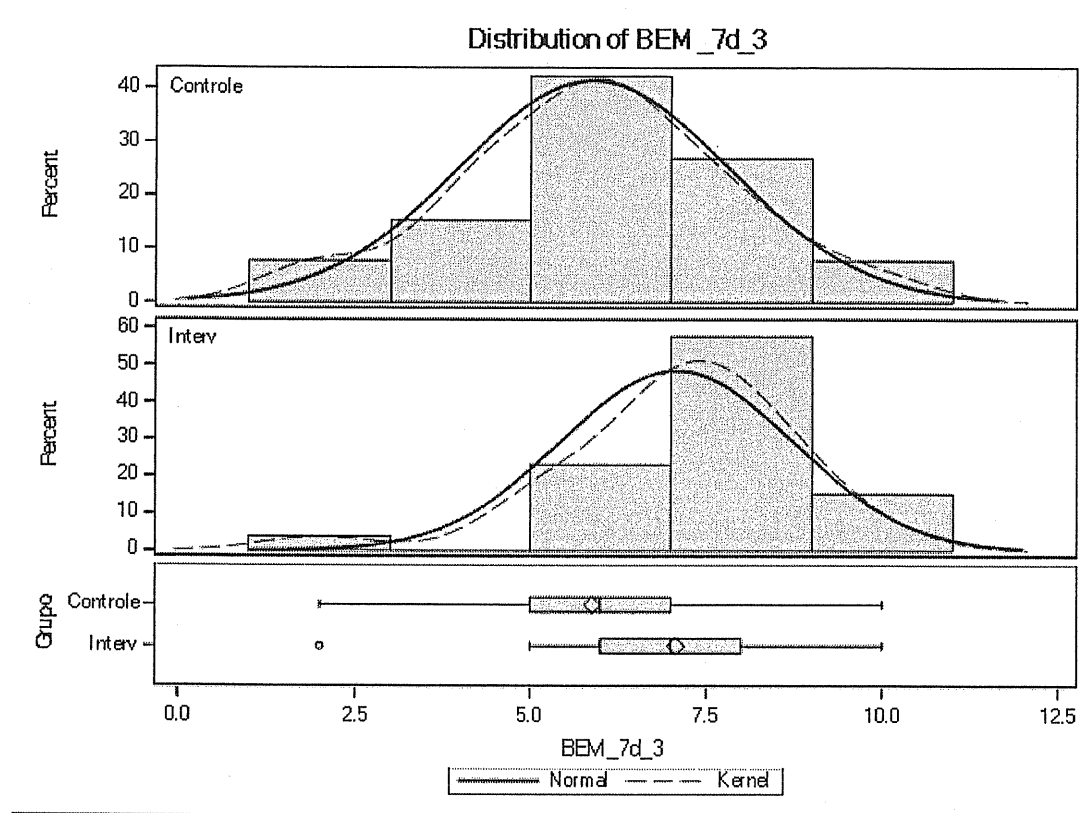


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Terceira Semana:

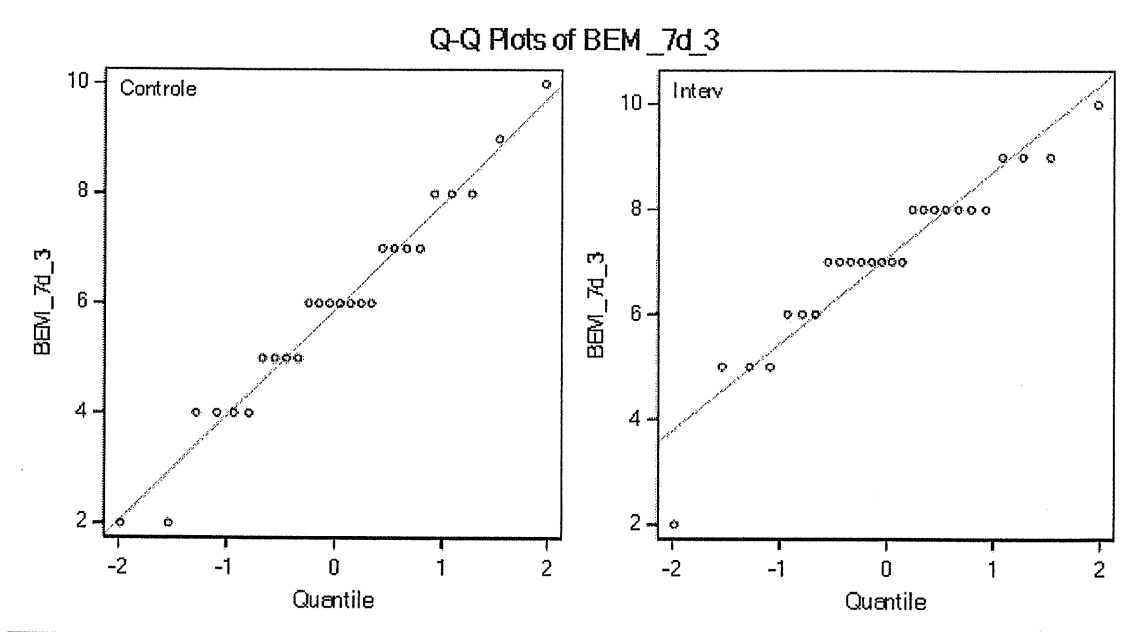


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Quarta Semana:

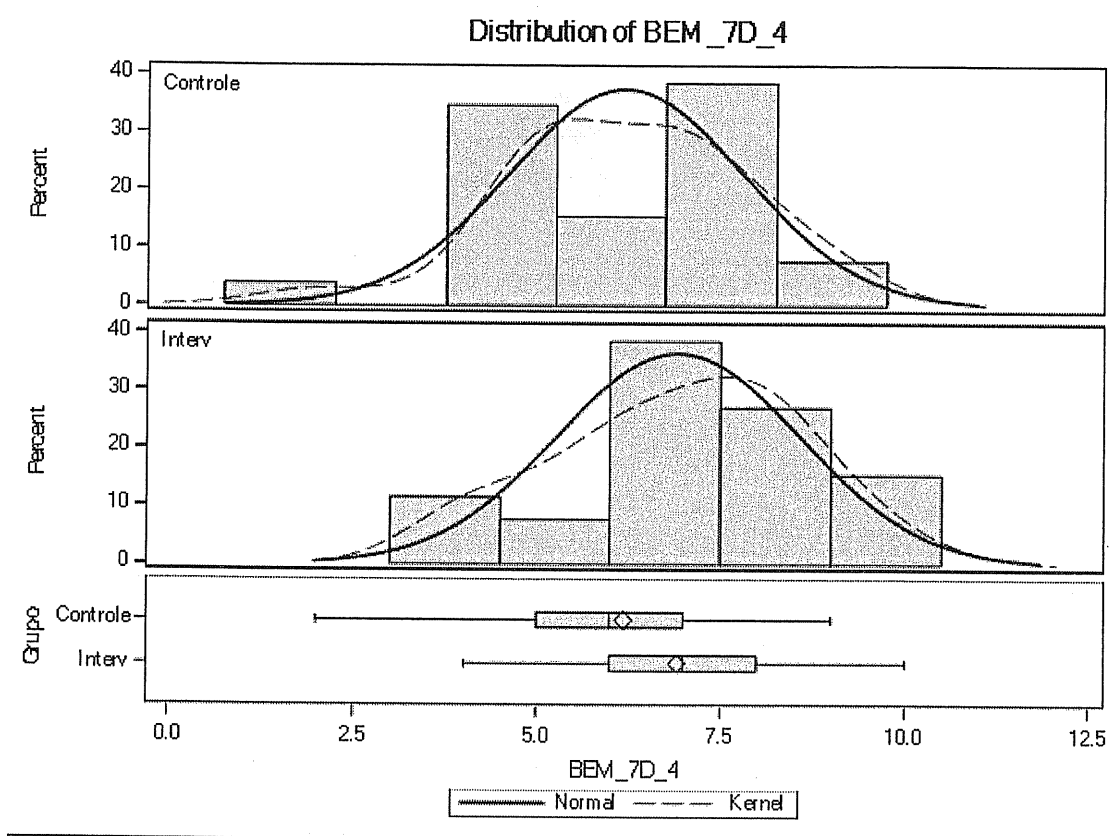


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Quarta Semana:

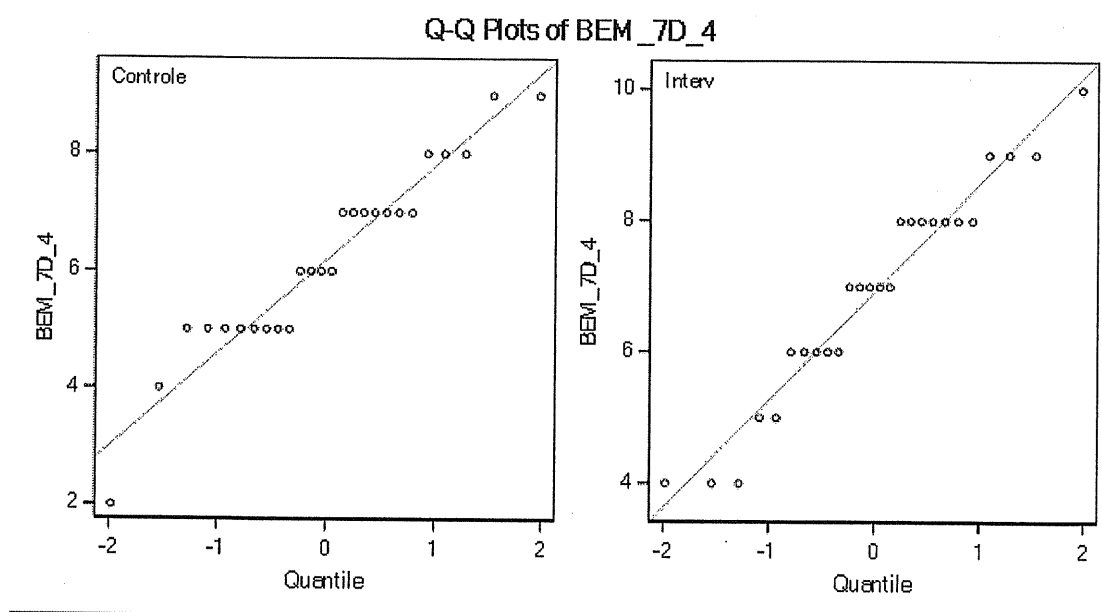


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Quinta Semana:

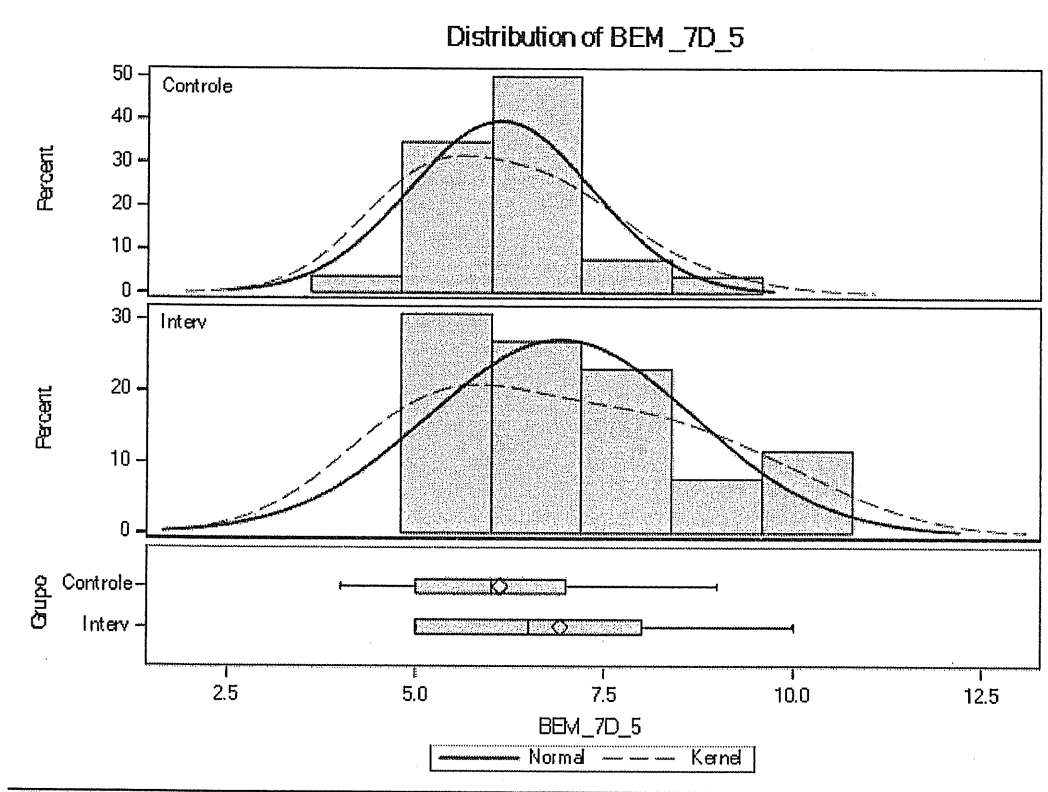


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Quinta Semana:

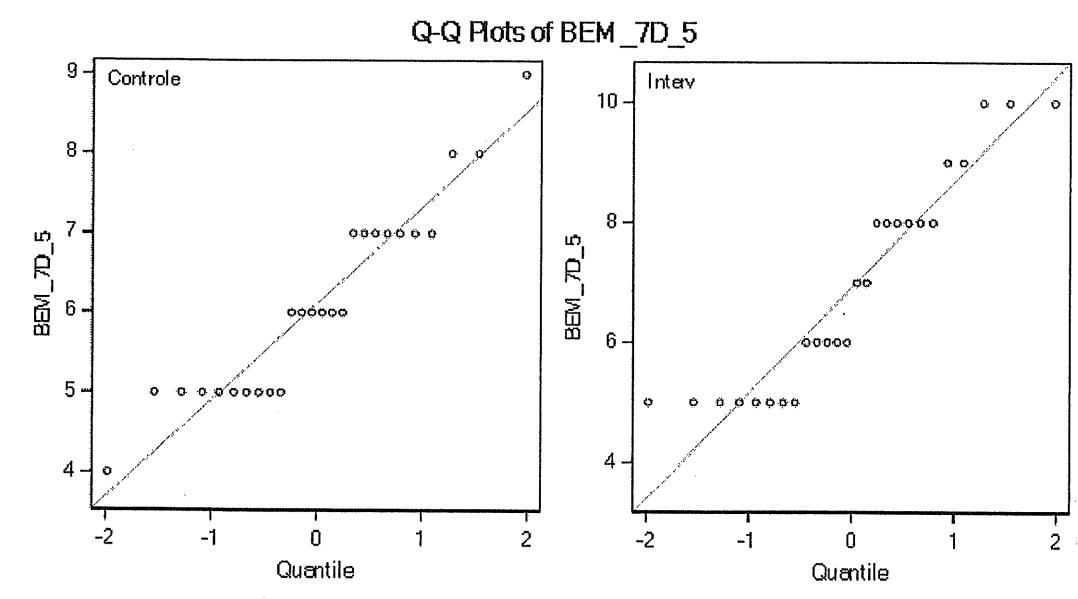


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Sexta Semana:

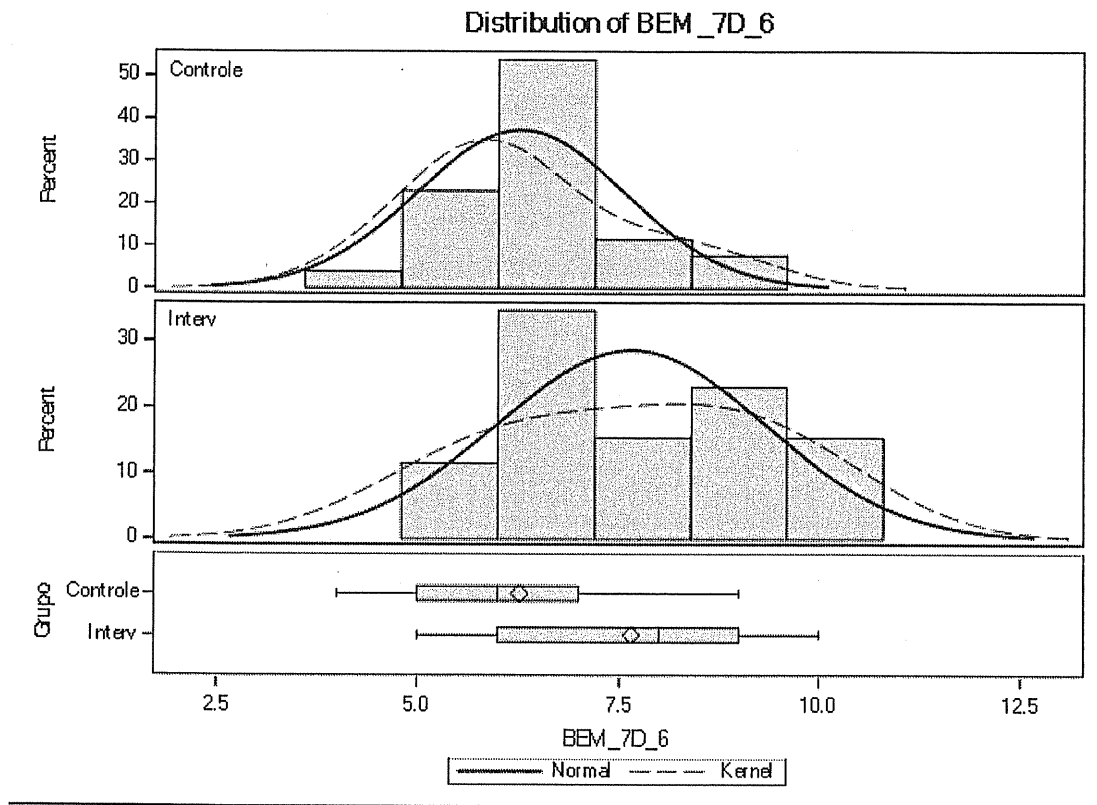


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Sexta Semana:

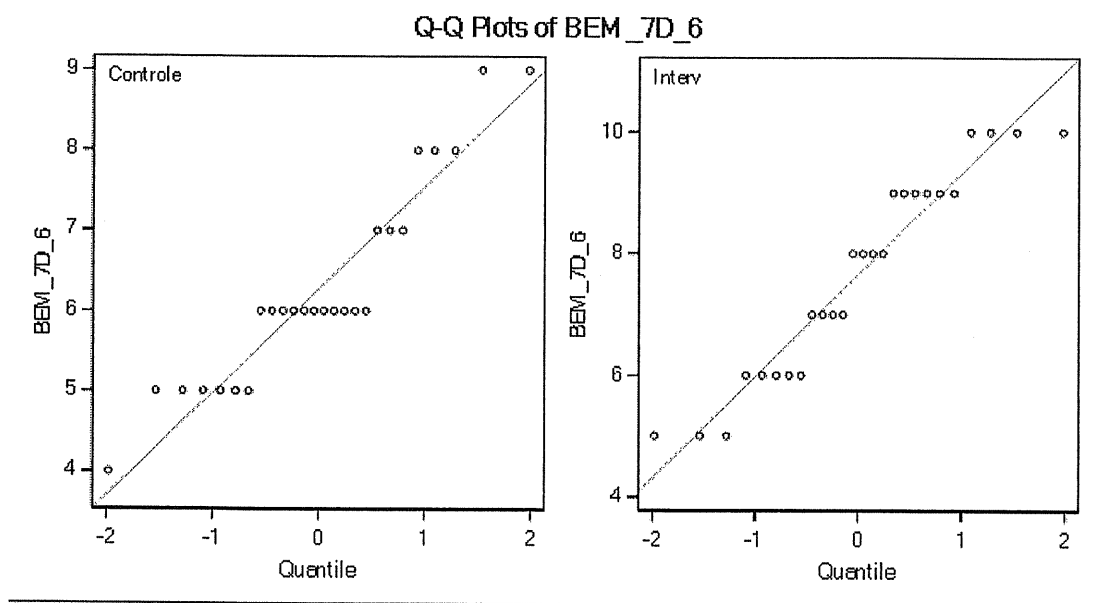


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Sétima Semana:

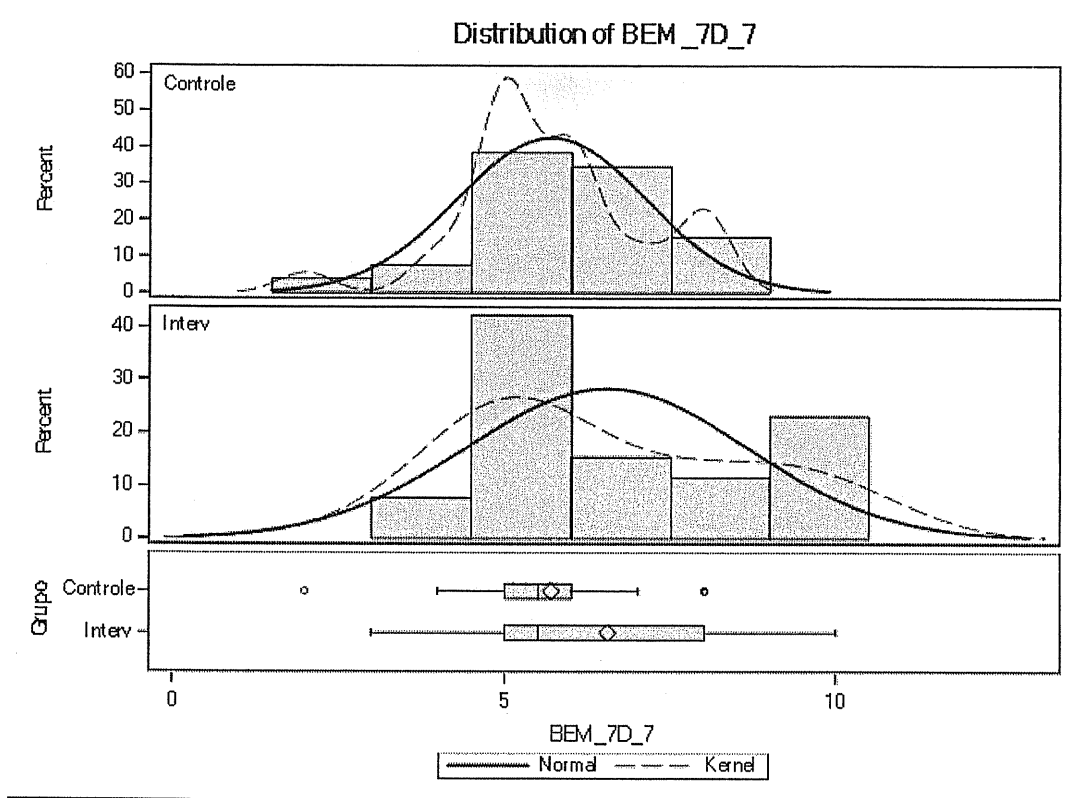


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Sétima Semana:

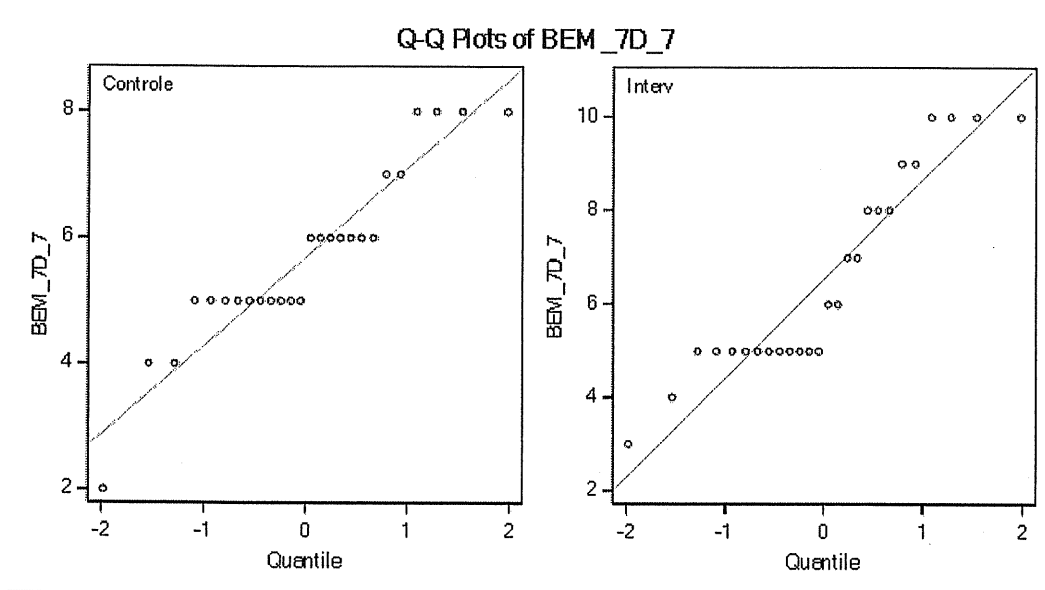


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Oitava Semana:

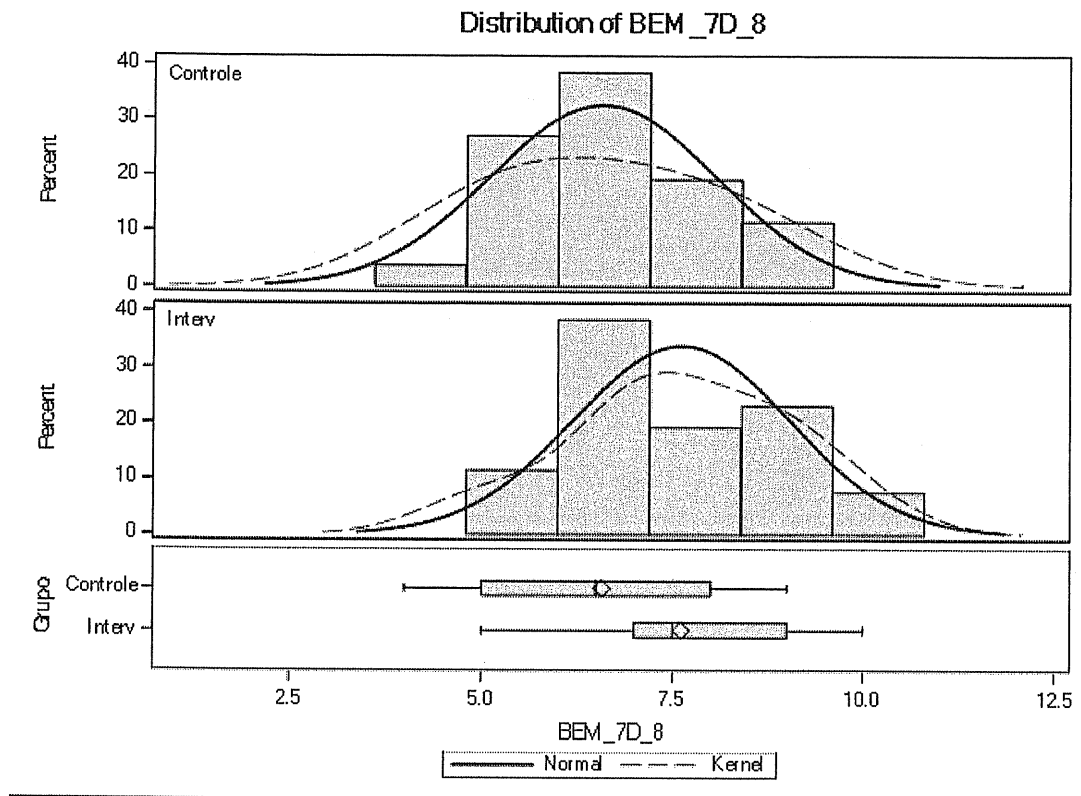


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Oitava Semana:

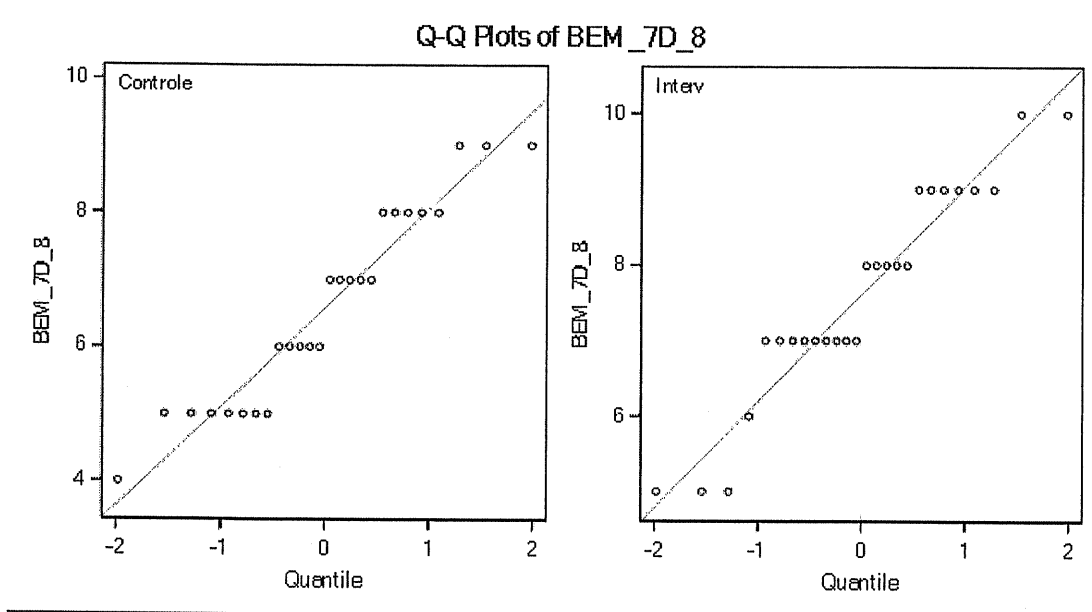


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Nona Semana:

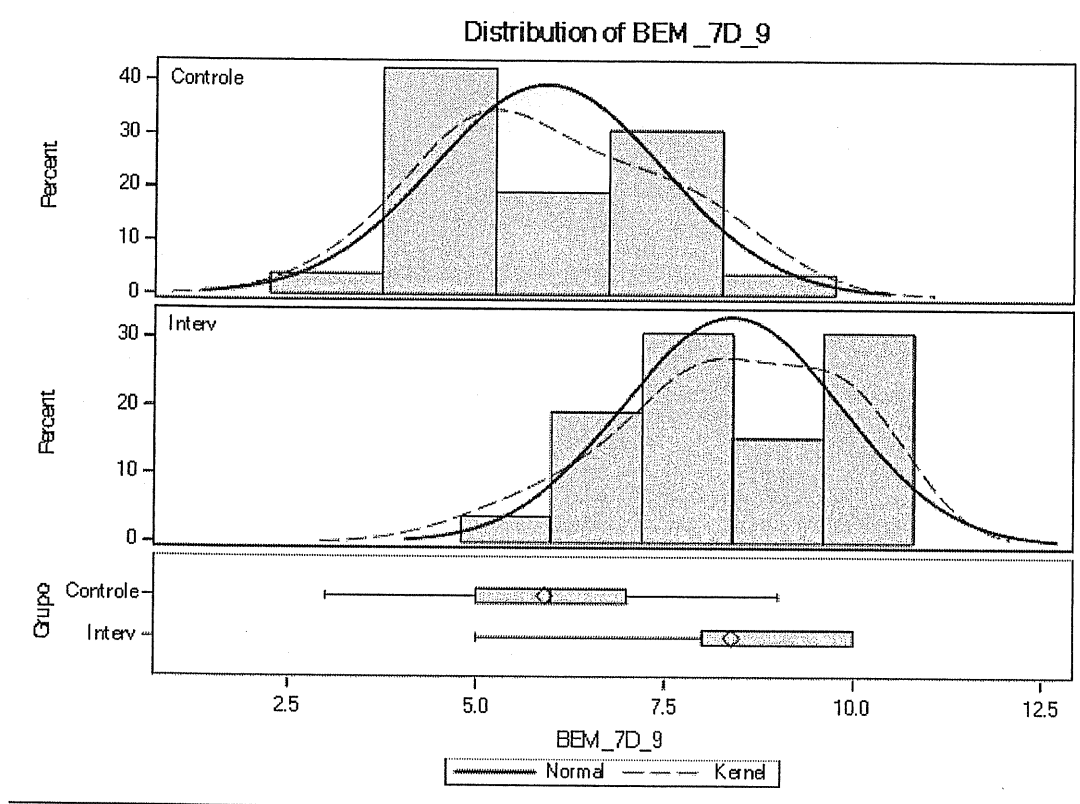


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Nona Semana:

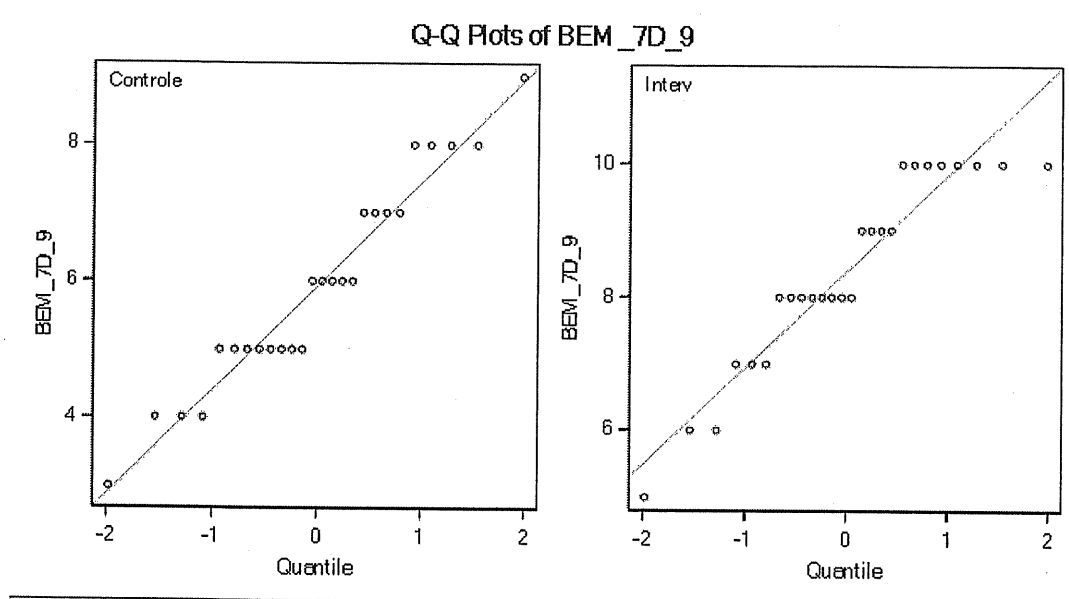


Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Décima Semana:

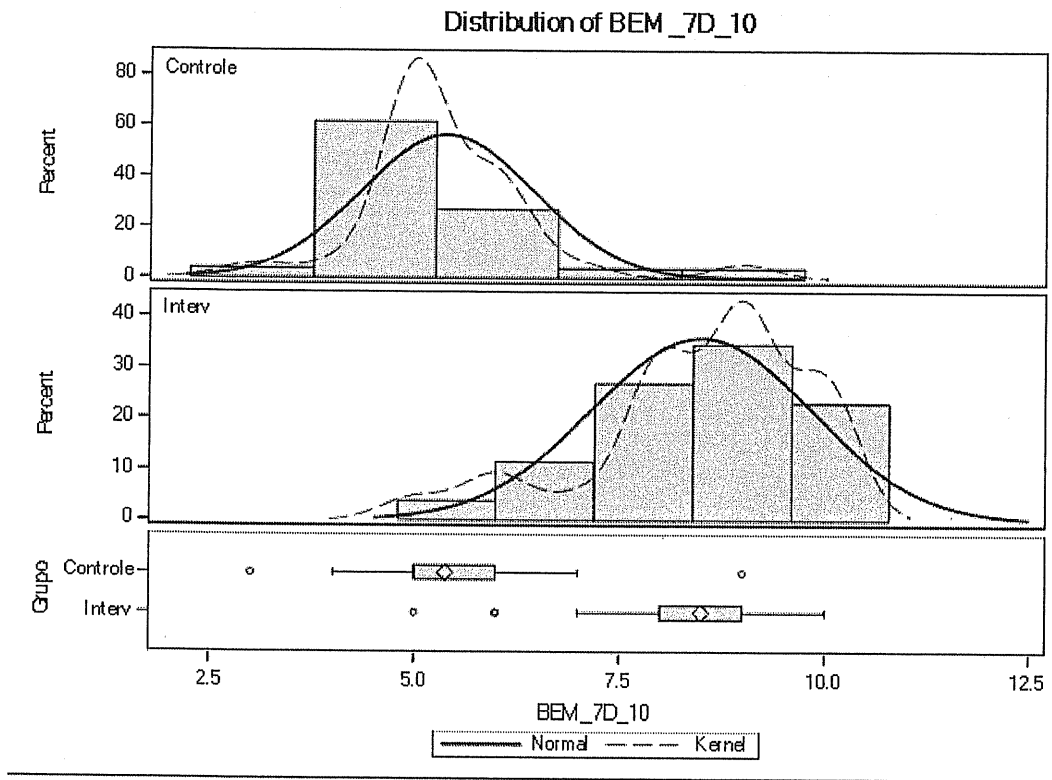
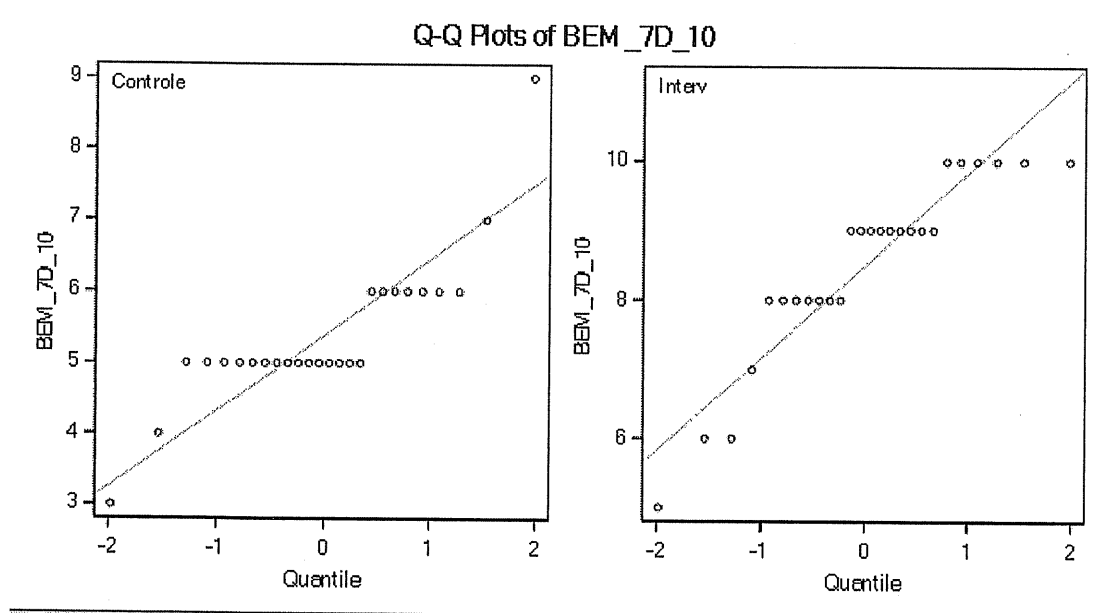


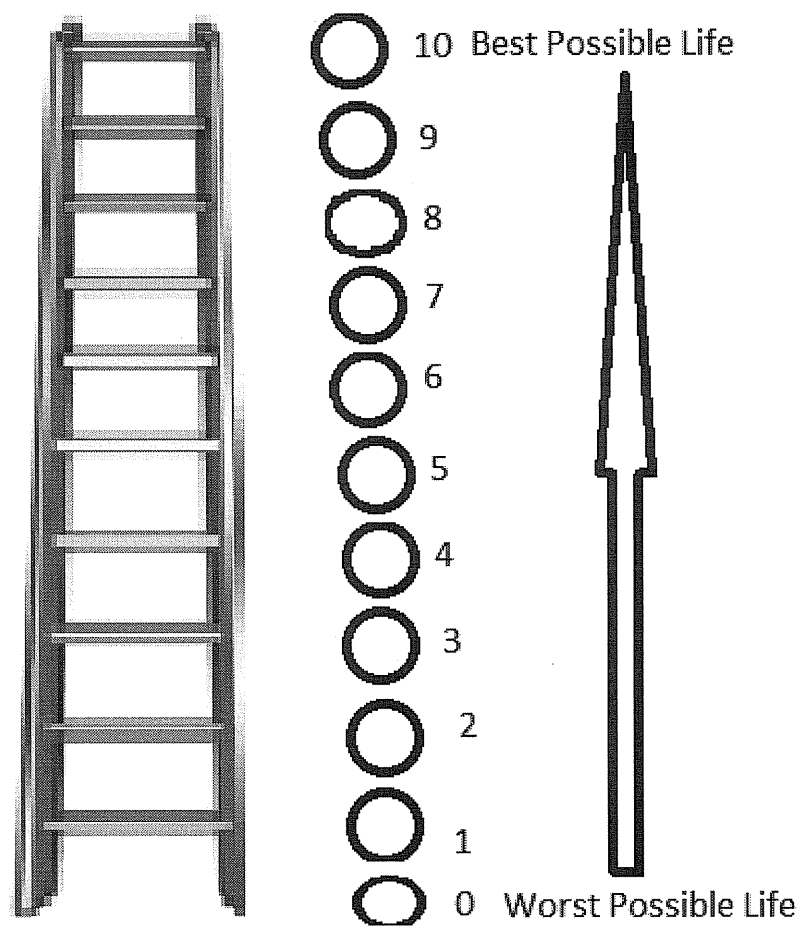
Gráfico da Distribuição dos indivíduos segundo Índice de Bem-estar – Décima Semana:



Anexo XI

Escala de Auto-avaliação do Bem-estar de Cantril

(Adaptada para Pesquisa IMPACT)



Instruções: Imagine que essa escada é uma maneira de retratar a forma pela qual você sente sua vida e como você se sente em relação à epilepsia. O topo da escada representa sua vida no “melhor bem-estar possível”. O degrau inferior da escada representa sua vida no “pior bem-estar possível”. Pense em seu bem-estar nos últimos sete dias e indique que na escada como você se sente, marcando o círculo correspondente.