

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

LÍVIA PEREIRA MENDES

**ACUPUNTURA SOBRE A FUNÇÃO MOTORA E COGNITIVA PÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL**

GOIÂNIA
2023

LÍVIA PEREIRA MENDES

**ACUPUNTURA SOBRE A FUNÇÃO MOTORA E COGNITIVA PÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL**

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

Área de Concentração: Saúde e Fisioterapia.

Linha de Pesquisa: Teorias, Métodos e Processos de Cuidar em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Pavan Viana

GOIÂNIA
2023

Título do trabalho: Acupuntura sobre a Função Motora e Cognitiva pós Acidente Vascular Cerebral

Acadêmico (a): Lívia Pereira Mendes

Orientador (a): Fabiana Pavan Viana

Data:

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

Assinatura do examinador: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

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

Avaliador: _____

Data:

Este trabalho segue as normas editoriais da Revista Movimenta (ISSN 1984-4298), editada pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), Campus Goiânia (ESEFFEGO), é uma revista científica eletrônica de periodicidade trimestral que publica artigos da área de Ciências da Saúde e afins (Anexo 6).

Sumário

Resumo:	7
Abstract	7
Introdução	9
Materiais e métodos	13
Anexos	<u>255</u>

Acupuntura sobre a Função Motora e Cognitiva pós Acidente Vascular Cerebral

Acupuncture on Motor and Cognitive Function after Stroke

Lívia Pereira Mendes¹, Fabiana Pavan Viana².

¹Graduanda em Fisioterapia, Discente do programa de Graduação em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. e-mail: marilia.paes.98@hotmail.com

²Fisioterapeuta, Professora Doutora do curso de Fisioterapia da Escola de ECSS da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. e-mail: pavanviana@gmail.com

Resumo: A acupuntura é um recurso fisioterapêutico que utiliza agulhas para estimular os acupontos, promovendo no organismo melhora de sua função natural e de defesa, analgesia entre diferentes impulsos nas regiões de dor e dos acupontos, por outro lado torna-se necessário explicitar com maior clareza os protocolos utilizados na reabilitação de pacientes pós Acidente Vascular Cerebral. **Objetivo:** Investigar os efeitos da acupuntura sobre a função motora e cognitiva de indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral. **Metodologia:** A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dados: PubMed. Sendo realizada de agosto/2022 a junho/2023. Foram incluídos artigos publicados em português e inglês dos últimos 18 anos (2004 a 2022) que fossem ensaios clínicos controlados randomizados e não randomizados. **Resultados:** Os principais protocolos de acupuntura/eletroacupuntura são: 2_{Hz} até a sensação limiar do paciente, ambos com duração de 30 minutos, período de 3 semanas de tratamento e os acupontos mais utilizados foram: LI4, LI11, LI15, DU20, GB20, GB34, SJ5, SP6, ST36, ST40, associado ao treinamento cognitivo e/ou o tratamento conservador que apresentou resultados significativos quando comparado aos estudos que utilizaram somente a acupuntura como reabilitação. **Conclusão:** Sugere-se que futuros estudos utilizem um número maior de amostras, tenham protocolos detalhados especialmente os acupontos e/ou tratamentos convencionais utilizados, número de tratamentos semanais/mensais e a duração de cada tratamento juntamente com a intensidade em caso de eletroacupuntura. Sugere-se que utilizem a Escala de NIHSS e o Índice de Barthel para um melhor entendimento das sequelas e comprometimentos do AVC nas AVD's.

Descritores: Acupuntura / Função cognitiva / Função motora / Acidente Vascular Encefálico.

Abstract: Acupuncture is a physiotherapeutic resource that uses needles to stimulate acupoints, promoting improvement in the body's natural function and defense, analgesia between different impulses in the regions of pain and acupoints. protocols used in the

rehabilitation of patients after stroke. **Objective:** To investigate the effects of acupuncture on the motor and cognitive function of individuals affected by stroke. **Methodology:** The search was carried out in the Virtual Health Library (VHL) and in the database: PubMed. Being held from August / 2022 to June / 2023. Articles published in Portuguese and English from the last 18 years (2004 to 2022) that were randomized and non-randomized controlled clinical trials were included. **Results:** The main acupuncture/electroacupuncture protocols are: 2HZ until the patient's threshold sensation, both with duration of 30 minutes, period of 3 weeks of treatment and the most used acupoints were: LI4, LI11, LI15, DU20, GB20, GB34, SJ5 , SP6, ST36, ST40, associated with cognitive training and/or conservative treatment that showed significant results when compared to studies that used only acupuncture as rehabilitation. **Conclusion:** It is suggested that future studies use a larger number of samples, have detailed protocols especially the acupoints and/or conventional treatments used, number of weekly/monthly treatments and the duration of each treatment together with the intensity in case of electroacupuncture. It is suggested that they use the NIHSS Scale and the Barthel Index for a better understanding of stroke sequelae and impairments in ADLs. **Descriptors:** Acupuncture / Cognitive function / Motor function / Brain stroke.

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) decorre da alteração do fluxo de sangue no cérebro, sendo este responsável pela morte de células nervosas da região cerebral acometida. O AVC, pode-se advir de uma obstrução de vasos sanguíneos, sendo nomeado de acidente vascular isquêmico; ou quando advém de uma ruptura do vaso, é conhecido como acidente vascular hemorrágico ⁽¹⁾.

AVC isquêmico ou infarto cerebral é responsável por 80% dos casos de AVC. Pode ocorrer devido a uma trombose ou embolia ⁽¹⁾; já o AVC hemorrágico advém do rompimento de um vaso cerebral provocando uma hemorragia. Esta hemorragia pode acontecer dentro do tecido cerebral ou na superfície entre o cérebro e a meninge, além do mais é responsável por 15% de todos os casos de AVC, mas pode causar a morte com mais frequência do que o AVC isquêmico ⁽²⁾.

O AVC corresponde a primeira causa de morte e incapacidade no País, o que cria grande impacto econômico para sociedade e para o Sistema Único de Saúde. Dados resultantes de um estudo prospectivo nacional indicaram incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, a taxa de fatalidade aos 30 dias é de 18,5% e aos 12 meses de 30,9%, sendo o índice de recorrência após um 1 ano de 15,9% ⁽³⁾.

No ano de 2015, estimou-se que 2.231.000 pessoas tiveram AVC, e destas 568.000 indicam incapacidade grave. A prevalência em homens foi de 1,6% e em mulheres 1,4%. No que diz respeito à incapacidade, 29,5% ocorreram nos homens e 21,5% em mulheres. A prevalência apresentou aumento com a idade, nos menos escolarizados, residentes da zona urbana, sem diferenças pela cor da pele. Diferentemente de outros trabalhos em que o grau de incapacidade pós-AVC não foi estatisticamente diferente, segundo sexo, raça, nível de educação ou área de moradia ⁽⁴⁾.

O diagnóstico clínico é realizado pela anamnese e exame físico, confirmando um déficit focal, com ou sem distúrbio de consciência, de início súbito, agudo ou rapidamente progressivo ⁽³⁾. É realizado por meio de exames de imagem, que permitem identificar a área do cérebro afetada e o tipo do derrame cerebral. Quanto a Tomografia Computadorizada do crânio é um dos métodos de imagem mais utilizado para a avaliação inicial do AVC isquêmico agudo, uma vez que este demonstra sinais precoces de isquemia ⁽⁵⁾.

A prevenção do AVC reduz os custos em hospitalização e reabilitação se implantada em todos os níveis de atenção à saúde, tendo maior eficácia se implantada na atenção básica.

Evitando assim os riscos de recorrência e maior comorbidades em pessoas que já tiveram um quadro de AVC há longo prazo. A prevenção está diretamente ligada aos fatores de risco ⁽³⁾.

O grupo de risco se divide em três, os modificáveis, não modificáveis e potenciais. As pessoas que estão dentro do grupo de risco não modificáveis podem ser beneficiadas com maior atenção nos cuidados básicos de saúde. Já os que estão inclusos no grupo de risco modificáveis carecem de incentivos e apoio para mudança no estilo de vida ⁽³⁾.

Dentro dos grupos de risco modificáveis, pode-se citar: hipertensão arterial sistêmica; tabagismo; diabetes mellitus; fibrilação atrial e outras doenças cardiovasculares. Os grupos de risco não modificáveis que se destacam são: idosos, sexo masculino, baixo peso ao nascimento, negros (por associação com hipertensão arterial maligna), história familiar de ocorrência de AVC, história pregressa de Ataque Isquêmico Transitório, condições genéticas, como anemia falciforme. No que se refere os grupos de risco potenciais são: sedentarismo, obesidade, terapia de reposição hormonal pós-menopausa, alcoolismo, uso de cocaína e anfetaminas ⁽³⁾.

O tratamento do AVC é feito nos Centros de Atendimento de Urgência que disponibilizam e realizam o procedimento com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas específico (PCDT, 2021). A reabilitação pode ser feita nos Centros Especializados em Reabilitação (CERS). A melhor forma de tratamento, atendimento e reabilitação, inclusive com medicamentos, devem ser prescritos por médico profissional e especialista, conforme cada caso ^(2,3).

No tratamento fisioterapêutico, pode-se utilizar técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva, as quais promovem a ativação de padrões de movimento com maior relevância funcional e não apenas de um grupo muscular. Juntamente com a técnica de Bobath que tem como propósito inibir os padrões musculares alterados, normalizar o tônus e facilitar padrões de movimento voluntários ⁽⁶⁾.

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) possui uma visão e linguagem própria sobre a saúde e o processo de adoecimento. Sua morfologia e dinâmica vital se baseia nos conceitos de Yin e Yang, Cinco Movimentos, Qi e os Canais de Energia. Na MTC o adoecimento acontece devido ao desequilíbrio no Yin e Yang, esses desequilíbrios se dão através dos fatores internos e externos, estilo de vida e/ou traumas. Como recursos terapêuticos a MTC utiliza diversas práticas para reestabelecer o equilíbrio vital do Yin e Yang e o correto fluxo nos Canais de Energia ⁽²⁾.

Diversas são as práticas terapêuticas relacionadas na Medicina Tradicional Chinesa, como, por exemplo: Práticas Corporais, Liang Gong, Tai chi chuan, Chi gong e Tui-na; Eletroestimulação/Eletroacupuntura; Moxa; Ventosas; Fitoterapia; Acupuntura. A acupuntura é um recurso onde se utiliza agulhas próprias para estimular determinados pontos pelo corpo, os acupontos, promovendo no organismo a melhora de sua função natural e de defesa ⁽²⁾.

O estímulo destes pontos tem como característica regular o fluxo energético que conforme a Medicina Tradicional Chinesa, é responsável pela fisiologia do organismo. Os pontos de acupuntura estão localizados nos trajetos dos canais que transportam a energia pelo corpo humano. Importante destacar que os tipos de agulhas, bem como as regras de punção foram definidos pela primeira vez nos “Princípios de Medicina Interna do Imperador Amarelo” (Nei Jing) ⁽⁷⁾.

Os tipos diferentes de fibras nervosas ativadas pela acupuntura dependem dos métodos de manipulação e das diferenças individuais na sensibilização. Acupuntura manual (MA): todos os tipos (A β , A δ e C) de fibras aferentes são ativados para conduzir o sinal ⁽⁸⁾. A analgesia da acupuntura é uma manifestação de processos integrativos em diferentes níveis do SNC entre impulsos diferentes das regiões da dor e impulsos dos acupontos. Os mecanismos segmentais da medula espinhal contribuem para a especificidade funcionalmente relativa dos acupontos ⁽⁸⁾.

Segundo CHANG et al, 2018 ⁽⁹⁾ concluíram que a intervenção da acupuntura reduz significativamente o tamanho da área infartada, melhora a circulação sanguínea cerebral e promove o metabolismo energético regional, reduz a sobrecarga de cálcio, alivia as reações imuno-inflamatórias vasculares cerebrais, promove a proliferação e diferenciação de células-tronco neurais no córtex cerebral focal e no hipocampo. A estimulação da acupuntura induz a atividade vagal e a via anti-inflamatória colinérgica na atenuação da neuro inflamação.

FU, Lanping et. al. ⁽¹⁰⁾, em 2022, realizou uma pesquisa com dados de 100 pacientes com AVC, divididos em 2 grupos, sendo um deles tratados com acupuntura combinada com terapia de reabilitação; e controle com terapia de reabilitação. A pesquisa demonstrou que a combinação dos métodos associados melhora a função neurológica, sendo os efeitos: redução do inchaço e remoção a estase sanguínea, relaxamento muscular e colaterais, alívio do edema cerebral e redução da liberação de aminoácidos excitatórios. Entretanto, este estudo apresentou algumas deficiências. Primeiro, quanto ao pequeno tamanho da amostra. Em segundo lugar, este estudo não comparou a eficácia da acupuntura em diferentes pontos de

acupuntura.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma alteração do fluxo de sangue no cérebro. O AVC, pode ser denominado de acidente vascular isquêmico ou acidente vascular hemorrágico, sendo este responsável por 15% de todos os casos. O AVC representa a primeira causa de morte e incapacidade no País, o que cria grande impacto econômico para sociedade e para o Sistema Único de Saúde.

A prevenção do AVC reduz os custos em hospitalização, reabilitação e evita os riscos de recorrência e maior comorbidades. A prevenção está em evitar os principais fatores de risco, como: hipertensão arterial sistêmica; tabagismo; idosos; sexo masculino; sedentarismo e entre outros.

O tratamento do AVC é medicamentoso e também inclui a reabilitação, neste tratamento o fisioterapeuta utiliza técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva, a técnica de Bobath. Além disso, outras terapias alternativas podem ser utilizadas que fazem parte da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). A MTC possui uma visão e linguagem própria sobre a saúde e o processo de adoecimento. Diversas são as práticas terapêuticas relacionadas a MTC, como, por exemplo: Práticas Corporais, Liang Gong, Tai chi chuan, Chi gong e Tui-na; Eletroestimulação/Eletroacupuntura; Moxa; Ventosas; Fitoterapia; Acupuntura.

A acupuntura é um recurso no qual se utilizam agulhas próprias para estimular determinados pontos pelo corpo, os acupontos, promovendo no organismo a melhora de sua função natural e de defesa e entre outros, como a analgesia por meio da manifestação de processos integrativos em diferentes níveis do SNC, entre impulsos diferentes das regiões da dor e impulsos dos acupontos. Diversos são os benefícios que a acupuntura promove para minimizar as dores, pode-se citar: as lombalgias, cefaléias, síndrome do impacto, fibromialgia e outras.

Muitos são os estudos internacionais sobre o efeito da acupuntura, por outro lado, torna-se necessário realizar uma análise crítica e fundamentada nestes artigos, para que se possa compreender e ter clareza dos efeitos da acupuntura em pessoas pós AVC. De modo que esta pesquisa trará resultados significativos para a reabilitação de indivíduos com AVC, facilitando a compreensão dos profissionais da fisioterapia para o uso desta como forma de reabilitação. Assim como proporcionar aos acometidos uma possibilidade de reabilitação diferenciada. No futuro, pesquisas multicêntricas e de grandes amostras devem ser realizadas para obtenção de resultados de pesquisa mais precisos.

O objetivo deste trabalho foi verificar o perfil sociodemográfico de indivíduos acometidos pelo acidente vascular cerebral. Assim como, investigar os efeitos da acupuntura sobre a função motora e cognitiva de indivíduos acometidos pelo acidente vascular cerebral.

Materiais e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, sendo este um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. Deste modo, o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular ⁽¹¹⁾.

A revisão contou da seguinte questão norteadora: Qual o perfil sociodemográfico de indivíduos acometidos pelo acidente vascular cerebral? A acupuntura pode ser um recurso para aumentar a função motora e cognitiva de indivíduos acometidos pelo acidente vascular cerebral?

A busca foi realizada nos meses de agosto de 2022 a junho de 2023, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dados: PubMed. Foram considerados os últimos 18 anos (2004 até 2022).

Foram selecionados 2.970 artigos publicados em português ou inglês. A busca foi realizada utilizando as seguintes palavras-chave: acupuntura; função cognitiva; função motora; acidente vascular encefálico, sendo esses descritores indexados no sistema de descritores em ciência da saúde (decs). Para artigos publicados em inglês e nas bases de dados estrangeiras os termos utilizados serão: acupuncture and cognitive function and motor function; Brain stroke, these descriptors being indexed in the Health Science descriptor system (DECS).

Foram incluídos: 10 artigos que estavam na íntegra e de acesso gratuito e que apresentaram ensaios clínicos controlados randomizados e não randomizados que se mostraram dentro das questões norteadoras. Assim como os artigos de teses e dissertações quando estiverem disponíveis no formato artigo. Foram excluídas 2.960 revisões de literatura, monografias, dissertações e teses.

Procedimentos: Inicialmente, foram lidos todos os títulos e selecionados os potenciais trabalhos a serem incluídos. Posteriormente, os trabalhos selecionados tiveram seus resumos

avaliados. A extração dos dados foi realizada identificando: nome da pesquisa, autores, ano de publicação, tipo de publicação, detalhamento metodológico: delineamento, tipo e tamanho de amostra, critérios de inclusão e exclusão e características da amostra estudada, métodos das avaliações dos sistemas: cognitivo e motor, protocolo de acupuntura realizado, resultados, recomendações/conclusões.

Resultados e discussão

Em relação aos anos de publicação, observou-se que 80 % dos artigos foram publicados entre os anos de 2014 a 2022, 40% de 2014 a 2016^(14, 15, 16, 17), 40% de 2019 a 2022^(18, 19, 20, 21), seguido de 20% de 2004 a 2008^(12,13) respectivamente nos artigos investigados sobre os efeitos da acupuntura na função motora e cognitiva pós acidente vascular cerebral. (Anexo 1 – Tabela 1). Em relação aos locais que ocorreram as pesquisas, conclui-se que 80% das pesquisas foram localizadas no continente asiático ^(14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21), 10% no continente europeu ⁽¹³⁾ e 10 % no continente americano ⁽¹²⁾ (Anexo 3- Tabela 3).

O Brasil tem, hoje, a quarta maior taxa de mortalidade por AVC entre os países da América Latina, diversos são os tratamentos realizados para reabilitação de indivíduos com AVC como o preventivo ou reabilitação, terapia do espelho ⁽³²⁾, movimentos em ambos os membros ⁽³³⁾, fortalecimento muscular, reeducação da marcha, exercícios de equilíbrio ⁽³⁴⁾.

Por outro lado, a medicina chinesa era considerada por muitos intelectuais um campo igual, e até superior que a medicina ocidental. A partir de 2012 o governo chinês passou a sofrer grandes pressões levando a adaptações lógicas baseadas na medicina ocidental, esta influência começou a expandir após a compreensão dos mecanismos terapêuticos da acupuntura. A queda dos valores simbólicos da medicina clássica chinesa foi gradual, a partir dos séculos XIX e XX que resultou na sua hibridização com a medicina ocidental aumentando a utilização da acupuntura pela população mundial. Sendo assim, torna-se evidente o aumento no número de tratamentos em diversas patologias como depressão em pacientes com AVC ⁽³⁵⁾, paralisia do nervo facial ⁽³⁶⁾, delirium pós-operatório ⁽³⁷⁾ publicações nos últimos anos.

No que diz respeito a idade média dos participantes, observou-se que 60% variaram de 50 a 100 anos ^(14, 16, 17, 18, 19, 20), 20 % de 18 a 49 anos ^(15, 21) e 20% não citaram a idade ^(12, 13) (Anexo 2- Tabela 2). No que se refere ao sexo dos participantes, conclui-se que na maioria absoluta dos artigos foram incluídos ambos os sexos ^(13, 16, 17, 18, 21) (Anexo 2 – Tabela 2).

A idade variou de 43 a 93 anos, tendo uma média de 68,1 e mediana de 68 anos.

Houve uma pequena superioridade dos homens, com 56,1% em relação às mulheres. A idade foi dividida em subcategorias para estudo: dos 40 a 59 anos, 60 a 79 e 80 ou mais. Sendo a taxa de letalidade de 17,5%. Pacientes com idade superior a 80 anos têm um pior prognóstico e com maiores chances da necessidade de um cuidador no seu dia a dia ⁽²⁵⁾.

Quanto ao estágio clínico dos pacientes, evidenciou-se que 50% apresentaram grau agudo ^(12, 13, 14, 16, 21), 40% dos estudos não citaram ^(15, 18, 19,20) e em 10% deles, citam AVC Isquêmico e hemiplegia ⁽¹⁷⁾.

O tratamento na fase aguda do AVC é constituído do controle da pressão arterial para evitar os efeitos nocivos de uma crise hipertensiva e hipotensiva sobre os déficits neurológicos, controle da glicemia pois alterações glicêmicas geram um pior prognóstico do AVC favorecendo o desenvolvimento de complicações clínicas, o controle da temperatura para evitar exacerbação das lesões neurológicas e o controle da hiperventilação que pode gerar uma alteração no fluxo venoso cerebral ⁽²⁷⁾.

Quanto aos métodos de estudo utilizados nos artigos investigados, evidenciou-se que 40% deles foram ensaios clínicos controlados randomizados ^(12, 13, 14, 15), 30% ensaios clínicos controlados randomizados multicêntricos ^(16, 17, 18), 20% ensaios clínicos controlados randomizados cego ^(20,21), 10% ensaios clínicos controlados randomizados duplo cego ⁽¹⁹⁾ (Anexo 1 – Tabela 1).

O ensaio clínico controlado randomizado (ECCR) é um estudo intervencionista, onde os participantes devem possuir a mesma oportunidade de receber, ou não, a intervenção proposta e esses grupos devem estar o mais homogêneo possível, de forma que a única discordância entre eles, seja a intervenção em si, podendo-se, assim, estimar o impacto na ocorrência da conclusão em um grupo sobre o outro. É o modelo de excelência em estudos que pretendem avaliar o resultado de uma intervenção no andamento de uma condição clínica, de modo que os grupos intervenção e controle são alocados usando técnicas aleatórias, e as características são distribuídas de uma maneira semelhante entre os grupos ⁽²²⁾. O ECCR permite a comparação entre os grupos a serem tratados tenham eles recebido o tratamento terapêutico ou o placebo.

No ECCR cego é uma pesquisa científica imparcial, porém a falta de cuidado com os itens podem gerar afirmações incorretas. O cegamento se caracteriza por evitar erros de aferição de dados e consequentemente tendências indesejáveis. No ECCR cego os envolvidos não conhecem em que grupo, controle e experimental foi realizada as terapêuticas. Pode-se

classificar o cegamento nos estudos em mono-cego, duplo-cego e triplo-cego. O mono-cego o observado ou observador desconhece a intervenção nos grupos. No duplo-cego eles desconhecem a intervenção nos grupos. Entretanto no triplo-cego o observado, o observador e o estatístico desconhecem a intervenção nos grupos⁽²³⁾. O ECCR duplo cego, tanto o paciente como o terapeuta não irão saber qual tratamento aplicado a cada um. Assim a comparação e análise dos dados se tornam, mais seguros, pois o risco de interferência é limitado⁽²³⁾.

Conforme a amostra, a maioria dos artigos investigados a população foi de até 200 pesquisados^(12, 13, 18, 19, 21) (Anexo2 – Tabela 2). Em relação aos critérios de inclusão nos estudos investigados, cita-se: de dois dias a seis meses^(13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21), confirmação do AVC, por meio da tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética^(12, 18, 19, 20), primeiro AVC^(15, 17, 18, 21), déficit neurológico leve^(15, 17, 20, 21), déficit motor leve^(13, 18) (Anexo 2 – Tabela 2).

Já os critérios de exclusão foram: doenças cardiovasculares^(13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21), doenças renais^(14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21), déficit nas AVD's antes do diagnóstico de AVC^(12, 16, 21), AVC prévio^(12, 13) (Anexo 2- Tabela 2).

No que se refere a amostra dos investigados, existe uma relação direta entre a quantidade e a homogeneidade nos estudos ECCR para se obter resultados significativos que indiquem a relevância da intervenção, como a margem de erro de 5% e uma margem de confiança de 95%.

Indivíduos na fase aguda do AVC apresentam hipertensão arterial devido ao estresse da doença aguda, dor, náuseas e vômitos⁽²⁷⁾. A hemiparesia e a espasticidade são características encontradas em pacientes pós-AVC. A espasticidade está relacionada com a fraqueza e diminuição da amplitude de movimento articular⁽²⁹⁾, sendo assim necessária a intervenção nessa fase para prevenir compensações posturais que podem levar a contraturas e deformidades, através da modulação do tônus.

No que se refere aos tipos de tratamento, evidenciou-se que a maioria dos artigos trazem como tratamento a combinação do tratamento convencional associado ao tratamento com acupuntura^(12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21) e apenas um artigo trouxe a acupuntura como forma de tratamento⁽¹³⁾ (Anexo 3 - Tabela 3).

A acupuntura é um recurso milenar de terapia da medicina tradicional chinesa, que tem sido bastante usado no tratamento de AVC por muitos séculos⁽²⁶⁾. Entretanto vem crescendo o interesse de pesquisadores em terapias alternativas na reabilitação do AVC, sendo

a acupuntura uma delas, assim como a eletroacupuntura. A eletroacupuntura é um recurso que associa a acupuntura tradicional e a estimulação elétrica moderna, que geram melhores efeitos na inibição da apoptose celular ⁽²⁸⁾.

Estudos realizados por pesquisadores da Rede Brasil de AVC, concluíram que a acupuntura reduz a hemiplegia espástica, a hemiparesia com espasmos musculares e tendíneos, em indivíduos que sofreram AVC, assim como sua associação ao treinamento de reabilitação ⁽³⁸⁾

As estimulações desses acupontos inibem a cascata de substâncias endógenas inflamatórias que estão presentes após um acidente vascular cerebral, melhorando assim as funções de coordenação e de neuroplasticidade ⁽³⁹⁾.

Quanto aos principais acupontos para a acupuntura e/ou eletroacupuntura, sete utilizaram o acuponto LI15 ^(12, 13, 14, 16, 17, 18, 21), seis utilizaram os acupontos GB34 ^(12, 13, 14, 17, 18, 21), ST36 ^(12, 14, 16, 17, 18, 21), cinco artigos utilizaram os acupontos LI4 ^(12, 13, 17, 18, 21), LI11 ^(12, 14, 17, 18, 21), DU20 ^(12, 14, 15, 16, 20) e o SP6 ^(12, 14, 16, 17, 21), quatro utilizaram os acupontos GB20 ^(12, 13, 16, 19), SJ5 ^(12, 13, 14, 21), ST40 ^(12, 14, 16, 21).

Em relação a duração dos tratamentos, quatro artigos apontam duração de até 30 minutos ^(13,15,20,21), dois artigos apontam duração acima de 60 minutos ^(17,19), um artigo indica até 60 minutos de duração ⁽¹⁸⁾ e três artigos não citam a duração do tratamento ^(12, 14, 16) (Anexo 3 - Tabela 3). No que condiz a frequência das terapêuticas empregadas, evidenciou-se que a cinco artigos obtiveram até três semanas de tratamento ^(12, 14, 16, 17, 21), quatro artigos tiveram de quatro a oito semanas de tratamento ^(13, 18, 19, 20) e um artigo relata de nove a doze semanas de tratamento ⁽¹⁵⁾ (Anexo 3 - Tabela 3).

Em relação as terapêuticas convencionais já mencionado, cinco artigos trouxeram o treinamento cognitivo ^(14, 15, 17, 19, 20), quatro artigos trouxeram o tratamento medicamentoso ^(15, 16, 18,20), dois artigos trouxeram a Técnica de Bobath ^(14, 17), dois artigos trouxeram movimentos passivos com hemiplegia lateral ^(14, 16), dois artigos trouxeram ao treino de marcha ^(18,20). Já no que diz respeito ao tratamento com acupuntura houve dois recursos utilizados a eletroacupuntura e a acupuntura, sendo que sete artigos trouxeram a acupuntura ^(12, 15, 16, 18, 19, 20, 21) e três trouxeram a eletroacupuntura ^(13, 14, 17) (Anexo 3 - Tabela 3).

Quanto aos métodos de avaliação, evidenciou-se que cinco artigos trouxeram o Índice de Barthel (BI/IB) ^(13, 16, 18, 20, 21) e o Mini Exame de Estado Mental (MMSE/MEEM) ^(14, 15, 17, 19, 20), quatro artigos trouxeram a Escala de Avaliação Fulg-Meyer (FMA) ^(12, 14, 18, 19) e a

Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA) ^(14, 15, 17, 20), três trouxeram a Escala Funcional de Medida de Independência (MIF/FIM) ^(12, 15, 17), um artigo trouxe o Índice de Motricidade (IM) ⁽¹³⁾, um artigo trouxe o Nottingham O Perfil de Saúde (PNH) ⁽¹³⁾, um artigo trouxe a Escala de AVC do NIH (*National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS*) ⁽¹⁷⁾, um artigo trouxe a Escala de AVC Escandinava ⁽¹⁶⁾, um artigo trouxe a Escala de Atividade Modificada de Vida Diária (mADL) ⁽¹⁹⁾, um artigo trouxe a Escala de Classificação Modificada (mRS) ⁽²¹⁾ (Anexo 4- Tabela 4).

No que diz respeito às escalas, diversas foram os meios de avaliação da função motora e cognitiva estatisticamente significantes. Quanto a função motora apenas a Escala de Avaliação de Fugl-Meyer (FMA) apresentou $p < 0,05$ ^(12,19). Quanto a função cognitiva duas escalas foram estatisticamente significantes, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) apresentou $p < 0,001$, $p < 0,05$, $p < 0,01$ ^(17,19,20) e a Escala de Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA) apresentou $p < 0,001$, $p < 0,01$ ^(17, 20) (Anexo 4- Tabela 4). Quando falamos da avaliação neurológica foi utilizada a Escala de NIHSS, sendo em dois artigos os resultados sobre esta avaliação foi significativa $p < 0,001$, $p < 0,05$ ^(17, 21) (Anexo 4- Tabela 4).

Quanto ao Índice de Barthel modificado (MBI/IB) para a avaliação das atividades da vida diária não foram encontrados resultados significativos $p < 0,05$ ^(13, 16, 18, 20, 21) (Anexo 4- Tabela 4).

Nos artigos avaliados concluiu-se que os método de avaliação mais utilizado foi o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que avalia o funcionamento cognitivo. É composto por 11 itens e 30 pontos total. As funções avaliadas são: capacidade de cálculo, compreensão da linguagem, memória imediata e de curto prazo, nomeação de objeto, repetição verbal, compreensão de leitura, expressão da linguagem e desenho gráfico. Pontuações < 17 pontos para analfabetos, 20 pontos para ensino fundamental, 24 pontos ensino médio, foram considerados anormais ⁽¹⁹⁾.

Seguido da Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA) para função cognitiva e reação adversa da acupuntura para avaliação de segurança. Envolve função executiva, nomeação, memória imediata e atrasada, atenção e concentração, habilidade de cálculo, habilidade de fala, pensamento e imaginação, e espaço-temporal capacidade de posicionamento. Pontuação total de 30 pontos, sendo que pontuação 26 indica função cognitiva normal e considerando que uma pontuação < 26 ponto indica transtornos cognitivos ⁽¹⁷⁾.

Índice de Barthel modificado (MBI) é uma escala que mede 10 aspectos básicos das

atividades da vida diária (AVD'), relacionadas ao autocuidado e à mobilidade. Para a versão chinesa do MBI, os 10 itens são continência intestinal e da bexiga, alimentação, vestir-se, entrar e sair do banheiro, higiene pessoal, tomar banho, passar da cadeira de rodas para a cama e retornar à cadeira de rodas, andar em uma superfície plana por 45 m, e subir e descer escadas. Cada item (atividade) pode ser dividido em cinco níveis; cada nível representa um grau diferente de independência, sendo o nível mais baixo 1 e o mais alto, e quanto maior o nível, maior a independência. A pontuação total possível é 100. Pontuação de capacidade de vida independente de 80 ou mais; pontuações mais baixas representam vida assistida ou totalmente dependente ⁽²¹⁾.

O Índice de Barthel é uma avaliação das AVD's que avalia o nível de independência funcional relacionado ao cotidiano do indivíduo (30). Auxiliando o profissional de saúde a ter um objetivo de tratamento alinhado com as expectativas do indivíduo ou orientá-lo dos possíveis ganhos, além de nortear o tratamento. E também pode ser usado como meio de constatação da eficácia do tratamento ou se é necessário a mudança de terapêutica utilizada.

Escala de Avaliação de Fugl-Meyer (FMA): avalia a função motora em pacientes pós-AVC composto por 50 itens. Cada item é classificado em uma escala ordinal de três pontos (0 = não pode executar, 1 = pode executar, 2 = pode executar totalmente), e o máximo a pontuação possível de desempenho motor é 100 ⁽¹⁹⁾.

NIHSS é uma escala padronizada de gravidade do AVC usada para descrever déficits neurológicos e prevê fortemente a probabilidade de recuperação. As pontuações totais variam de 0 a 42: >25 comprometimento neurológico muito grave, 5 a 24 moderadamente grave e <5 indicando comprometimento leve ⁽²¹⁾.

Segundo Goldstein et. al, 1997, a escala NIHSS apresenta altos níveis de confiabilidade para uso dos profissionais de saúde, sendo fácil seu treinamento para profissionais que não tem experiência com seu uso ⁽⁴¹⁾. Poucos artigos a utilizaram como recurso de avaliação o que pode levar os resultados da pesquisa a terem um resultado insatisfatório.

Desta forma, conclui-se que os grupos pós intervenção obtiveram melhoras significativas na função motora na escala FMA, $p < 0,05$ ^(12, 17, 19), quanto ao cognitivo houve melhora significativa nos grupos pós intervenção na escala de MMSE, $p < 0,05$ ^(17, 19, 20) quando comparados ao grupo placebo.

A acupuntura é um tratamento que estimula a boa circulação dos campos de energias

orgânicas, com o intuito de harmonizar o corpo e a mente. Na reabilitação do paciente pós AVC, melhora a circulação em áreas com perda da irrigação, reduzindo os aspectos deficitários de comprometimento neurológico, fazendo com que haja recuperação gradual de suas capacidades ⁽⁴²⁾. A acupuntura melhora o tônus muscular, função motora, diminui a tensão muscular e a facilita as Atividades da Vida Diária (AVD) durante a recuperação dos pacientes ⁽⁴⁰⁾.

Conclusões

O perfil sociodemográfico de indivíduos acometidos pelo acidente vascular cerebral é indivíduo do sexo masculino, idade superior a 50 anos e no grau agudo do AVC.

Os principais protocolos de acupuntura e/ou eletroacupuntura para o tratamento do AVC foram: 2_{Hz} até a sensação limiar do paciente (eletroacupuntura), ambos com duração de 30 minutos e período de 3 semanas de tratamento, os acupontos mais utilizados foram: LI4, LI11, LI15, DU20, GB20, GB34, SJ5, SP6, ST36, ST40, associado ao treinamento cognitivo, tratamento medicamentoso, técnica de Bobath, movimentos passivos com hemiplegia lateral e o treino de marcha.

Assim como, investigar os efeitos da acupuntura sobre a função motora e cognitiva de indivíduos acometidos pelo acidente vascular cerebral mostrou que a associação da acupuntura e/ ou eletroacupuntura associado ao treino motor e cognitivo apresentou resultados significativos quando comparado aos estudos que utilizaram somente a acupuntura como recurso de reabilitação.

Tendo em vista que na realização deste estudo houve dificuldade em encontrar resultados significativos devido à falta de detalhamento dos protocolos utilizados, número heterogêneo de amostras e a falta de escalas de avaliações sobre as sequelas e comprometimentos nas AVD's

Sugere-se que para futuros estudos utilizem um número maior de amostras, tenham protocolos detalhados com os devidos dados especialmente os acupontos e/ou tratamentos convencionais utilizados, número de tratamentos semanais/mensais e a duração de cada tratamento juntamente com a intensidade em caso de eletroacupuntura. Sugere-se ainda que utilizem a Escala de NIHSS e o Índice de Barthel para um melhor entendimento das sequelas e comprometimentos do AVC nas AVD's.

Referências:

1. Acidente vascular cerebral (AVC) [Internet], Academia Brasileira de Neurologia, 2006 [revidado em Dez 2015]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/avc-acidente-vascular-cerebral/#:~:text=O%20AVC%20decorre%20da%20altera%C3%A7%C3%A3o,%20conhecido%20por%20acidente%20vascular%20hemorr%C3%A1gico>
2. Medicina Tradicional Chinesa [Internet]. Saúde Mais perto de você, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/medicina tradicional chinesa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/medicina%20tradicional%20chinesa.pdf)
3. 3. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72p.: il. [internet]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf
4. BENSENOR, Isabela M. et al. Prevalência de acidente vascular cerebral e de incapacidade associada no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 73, n. 9, p. 746-750, set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/cDZNsyhwwK4D6v85mnmy6CS/?format=pdf&lang=en>.
5. Diagnóstico do AVC [Internet]. Ministério da Saúde, 2022 [revisada Fev 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/avc/diagnostico-do-avc#:~:text=Tomografia%20computadorizada%20de%20cr%C3%A2nio%20%C3%A9,como%20press%C3%A3o%20arterial%20e%20temperatura>.
6. Oliveira Freitas A de, Brandão Amorim P, Silva Santos R. A FISIOTERAPIA NOS PACIENTES COM SEQUELAS DECORRENTES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC, ATENDIDOS PELA “ESF VILA NOVA” DA CIDADE DE PINHEIROS/ES . RECIMA21 [Internet]. 31º de outubro de 2021 [citado 7º de junho de 2023];2(10):e210790. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/790>
7. BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. Comissão Assessora de Acupuntura - Medicina Tradicional Chinesa. Acupuntura - Medicina Tradicional Chinesa. / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. – São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2019. 2ª edição. 44 p.; 20 cm. - - ISBN 978-85-9533-026-9. Disponível em: <http://www.crfsp.org.br/images/cartilhas/acupuntura.pdf>
8. 1. Taffarel MO, Freitas PMC. Acupuntura e analgesia: aplicações clínicas e principais acupontos. Cienc Rural [Internet]. 2009Dec;39(9):2665–72. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-84782009000900047>
9. Chang QY, Lin YW, Hsieh CL. Acupuncture and neuroregeneration in ischemic stroke. Neural Regen Res. 2018 Apr;13(4):573-583. doi: 10.4103/1673-5374.230272. PMID: 29722298; PMCID: PMC5950656.
10. Fu, L., Wang, F., Ma, Z., Zhang, J., Xiong, W., & Wang, L. (2022). Effect of Acupuncture and Rehabilitation Therapy on the Recovery of Neurological Function and Prognosis of Stroke Patients. *Computational and mathematical methods in medicine*, 2022, 4581248. <https://doi.org/10.1155/2022/4581248>
11. ERCOLE et al., 2014, Reme: Rev. Min. Enferm. vol.18 no.1 Belo Horizonte Jan./Mar. 2014 <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>. Disponível em:

<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904#:~:text=A%20revis%C3%A3o%20integrativa%20de%20literatura,maneira%20sistem%C3%A1tica%2C%20ordenada%20e%20abrangente>.

12. Alexander DN, Cen S, Sullivan KJ, Bhavnani G, Ma X, Azen SP; ASAP study group. Effects of acupuncture treatment on poststroke motor recovery and physical function: a pilot study. *Neurorehabil Neural Repair*. 2004 Dec;18(4):259-67. doi: 10.1177/1545968304271568. PMID: 15537996
13. Hopwood V, Lewith G, Prescott P, Campbell MJ. Evaluating the efficacy of acupuncture in defined aspects of stroke recovery: a randomised, placebo controlled single blind study. *J Neurol*. 2008 Jun;255(6):858-66. doi: 10.1007/s00415-008-0790-1. Epub 2008 May 13. PMID: 18465110
14. Chen, L., Fang, J., Ma, R. et al. Acupuntura para acidente vascular cerebral agudo: protocolo de estudo para um estudo multicêntrico, randomizado e controlado. *Ensaio* 15, 214 (2014). <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-214>
15. Yang S, Ye H, Huang J, Tao J, Jiang C, Lin Z, Zheng G, Chen L. The synergistic effect of acupuncture and computer-based cognitive training on post-stroke cognitive dysfunction: a study protocol for a randomized controlled trial of 2 × 2 factorial design. *BMC Complement Altern Med*. 2014 Aug 7; 14:290. doi: 10.1186/1472-6882-14-290. PMID: 25099775; PMCID: PMC4133058
16. Zhang S, Wu B, Liu M, Li N, Zeng X, Liu H, Yang Q, Han Z, Rao P, Wang D; all Investigators. Acupuncture efficacy on ischemic stroke recovery: multicenter randomized controlled trial in China. *Stroke*. 2015 May;46(5):1301-6. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.007659. Epub 2015 Apr 14. PMID: 25873601
17. Chen L, Fang J, Ma R, Gu X, Chen L, Li J, Xu S. Additional effects of acupuncture on early comprehensive rehabilitation in patients with mild to moderate acute ischemic stroke: a multicenter randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med*. 2016 Jul 18; 16:226. doi: 10.1186/s12906-016-1193-y. PMID: 27430340; PMCID: PMC4950630
18. Wang HQ, Hou M, Li H, Bao CL, Min L, Dong GR, Jiao ZH. Effects of acupuncture treatment on motor function in patients with subacute hemorrhagic stroke: A randomized controlled study. *Complement Ther Med*. 2020 Mar; 49:102296. doi: 10.1016/j.ctim.2019.102296. Epub 2020 Jan 11. PMID: 32147082
19. Xiong J, Zhang Z, Ma Y, Li Z, Zhou F, Qiao N, Liu Q, Liao W. The effect of combined scalp acupuncture and cognitive training in patients with stroke on cognitive and motor functions. *NeuroRehabilitation*. 2020;46(1):75-82. doi: 10.3233/NRE-192942. PMID: 32039871
20. Zhang SH, Wang YL, Zhang CX, Zhang CP, Xiao P, Li QF, Liang WR, Pan XH, Zhou MC. Effect of Interactive Dynamic Scalp Acupuncture on Post-Stroke Cognitive Function, Depression, and Anxiety: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial. *Chin J Integr Med*. 2022 Feb;28(2):106-115. doi: 10.1007/s11655-021-3338-1. Epub 2021 Dec 7. PMID: 34874523
21. Song Z, Huang Q, Guo Y, Song X, Zhang X, Xiao H. Xingnao Kaiqiao Acupuncture Method Combined with Temporal Three-Needle in the Treatment of Acute Ischemic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Comput Intell Neurosci*. 2022 Jun 29; 2022:8145374. doi: 10.1155/2022/8145374. PMID: 35814561; PMCID: PMC9259275
22. 1. Nedel WL, Silveira F da. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. *Rev. bras. ter intensiva [Internet]*. 2016Jul;28(3):256-60. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160050>

23. Vasconcelos, B.C.E, Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. vol.16 no.1 Camaragibe Jan./Mar. 2016. Acesado dia: 03/05/2023 no link: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102016000100001
24. SBAVC. Sociedade Brasileira de AVC. Acesado dia 03/05/2023, no link <https://avc.org.br/>
25. Perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico atendidos em um hospital / Epidemiological profile of patients with ischemic stroke treated in a Hospital link: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875193/sbcm_153_150-154.pdf
26. Xu M, Li D, Zhang S. Acupuncture for acute stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 3. Art. No.: CD003317. DOI: 10.1002/14651858.CD003317.pub3
27. 1. Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. Arq Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2001Dec;59(4):972–80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2001000600026>
28. Zhan J, Pan R, Zhou M, Tan F, Huang Z, Dong J, Wen Z. Electroacupuncture as an adjunctive therapy for motor dysfunction in acute stroke survivors: a systematic review and meta-analyses. BMJ Open. 2018 Jan 24;8(1): e017153. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017153. PMID: 29371267; PMCID: PMC5786119.
29. 1. Vargas IMP de, Rodrigues LP. Correlação entre espasticidade do membro superior e movimentação da mão no pós-AVC. Fisioter Pesqui [Internet]. 2022Jan;29(1):29–36. Available from: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/20030129012022PT>
30. Os efeitos da acupuntura no tratamento de sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico, Marilena, de Fatima Baptista, 2015. Disponível em: <https://www.ebramec.edu.br/wp-content/uploads/2019/05/OS-EFEITOS-DA-ACUPUNTURA-NO-TRATAMENTO-DE-SEQUELAS-DE-ACIDENTE-VASCULAR-CEREBRAL-ISQUEMICO.pdf>
31. 1. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MA de C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta paul enferm [Internet]. 2010Mar;23(2):218–23. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
32. Siqueira Sandro, Schneiders Paloma, Silva Andréa, v. 20 n. 4 (2019): [Fisioterapia Brasil v20n4](#).
33. O papel da fisioterapia no acidente vascular cerebral, Boaventura, Luiz Carlos. ComCiência, Campinas, n. 109, 2009. Disponível em <http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500025&lng=pt&nrm=iso>.
34. Telles Yoandris , Cahebo André, Sosa Osmerly. Revista Cubana de Medicina Militar. 2020; 49(1):112-136
35. 1. Contatore OA, Tesser CD, Barros NF de. Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber. Hist cienc saude-Manguinhos [Internet]. 2018Jul;25(3):841–58. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000400013>

36. Lam Ching W, Li HJ, Guo J, Yao L, Chau J, Lo S, Yuen CS, Ng BFL, Chau-Leung Yu E, Bian Z, Lau AY, Zhong LL. Acupuncture for post-stroke depression: a systematic review and network meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2023 May 4;23(1):314. doi: 10.1186/s12888-023-04749-1. PMID: 37143014; PMCID: PMC10161596.
37. Seon C, Lee DH, Kwon BI, Yu JS, Park SK, Woo Y, Kim JH. Neural mechanisms of acupuncture for peripheral facial nerve palsy: A protocol for systematic review and meta analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2023 May 5;102(18): e33642. doi: 10.1097/MD.00000000000033642. PMID: 37145006; PMCID: PMC10158860.
38. Yang JB, Wang LF, Cao YF. Advances in the prevention and treatment of postoperative delirium by acupuncture: A review. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Apr 7;102(14): e33473. doi: 10.1097/MD.00000000000033473. PMID: 37026944; PMCID: PMC10082312.
39. Acupuntura combinada com fisioterapia é eficaz para o tratamento pós-AVC, Rede Brasil AVC, 2023. Disponível em: <https://redebrasilavc.org.br/pesquisadores-concluíram-que-a-acupuntura-combinada-com-fisioterapia-e-eficaz-para-o-tratamento-pos-avc/#:~:text=Os%20pesquisadores%20descobriram%20que%20a,pacientes%20que%20sof reram%20um%20AVC>
40. Nataka Cláudio Hiroshi, Melo Priscilla Flávia, Morais Pâmella Karoline, Gilmará Silva Hussey Carrara. [file:///C:/Users/20191004000845/Downloads/4872-Texto%20do%20artigo-21019-1-10-20140830%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/20191004000845/Downloads/4872-Texto%20do%20artigo-21019-1-10-20140830%20(1).pdf)
41. 1. Caneda MAG de, Fernandes JG, Almeida AG de, Mugnol FE. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2006Sep;64(3a):690–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2006000400034>
42. Donato Lourdes, 2017 <https://pebmed.com.br/lesoes-neurologicas-pos-acidente-vascular-tratando-com-acupuntura/> Acessado dia: 16/05/2023

Anexos
Anexo 1

Tabela 1 Títulos, autores, objetivos e tipo de estudos dos artigos analisados sobre acupuntura em pacientes pós-avc: função motora e cognitiva.

Nº	Título	Referência	Objetivo do trabalho	Tipo de estudo
2004	Effects of Acupuncture Treatment on Poststroke Recovery and Physical Function: A Pilot Study	Alexander DN, Cen S, Sullivan KJ, Bhavnani G, Ma X, Azen SP; ASAP study group. Effects of acupuncture treatment on poststroke motor recovery and physical function: a pilot study. <i>Neurorehabil Neural Repair</i> . 2004 Dec;18(4):259-67. doi: 10.1177/1545968304271568. PMID: 15537996	Estudar a eficácia da acupuntura no tratamento complementar a um tratamento convencional de reabilitação para pacientes internados para melhorar recuperação motora e função física após AVC agudo	Ensaio Clínico Controlado Randomizado
2008	Evaluating the efficacy of acupuncture in defined aspects of stroke recovery A randomised, placebo controlled single blind study	Hopwood V, Lewith G, Prescott P, Campbell MJ. Evaluating the efficacy of acupuncture in defined aspects of stroke recovery: a randomised, placebo controlled single blind study. <i>J Neurol</i> . 2008 Jun;255(6):858-66. doi: 10.1007/s00415-008-0790-1. Epub 2008 May 13. PMID: 18465110	Investigar a eficácia da acupuntura na recuperação do AVC em comparação com um placebo	Ensaio Clínico Controlado Randomizado
2014	Acupuncture for acute stroke: study protocol for a multicenter, randomized, controlled trial	Chen, L., Fang, J., Ma, R. et al. Acupuntura para acidente vascular cerebral agudo: protocolo de estudo para um estudo multicêntrico, randomizado e controlado. <i>Ensaios</i> 15, 214 (2014). https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-214	Esclarecer se a acupuntura é ou não eficaz para o AVC agudo e se a acupuntura pode melhorar a função motora, cognitiva ou de deglutição	Estudo multicêntrico, randomizado e controlado
2014	The synergistic effect of acupuncture and computer-based cognitive training on post-stroke cognitive dysfunction: a study protocol for a randomized controlled trial of 2 × 2 factorial design	Yang S, Ye H, Huang J, Tao J, Jiang C, Lin Z, Zheng G, Chen L. The synergistic effect of acupuncture and computer-based cognitive training on post-stroke cognitive dysfunction: a study protocol for a randomized controlled trial of 2 × 2 factorial design. <i>BMC Complement Altern Med</i> . 2014 Aug 7; 14:290. doi: 10.1186/1472-6882-14-290. PMID: 25099775; PMCID: PMC4133058	Avaliar o efeito sinérgico da acupuntura e do treinamento cognitivo na disfunção cognitiva após o AVC	Estudo controlado randomizado de desenho fatorial 2 × 2

2015	Acupuncture Efficacy on Ischemic Stroke Recovery Multicenter Randomized Controlled Trial in China	Zhang S, Wu B, Liu M, Li N, Zeng X, Liu H, Yang Q, Han Z, Rao P, Wang D; all Investigators. Acupuncture efficacy on ischemic stroke recovery: multicenter randomized controlled trial in China. <i>Stroke</i> . 2015 May;46(5):1301-6. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.007659. Epub 2015 Apr 14. PMID: 25873601	Avaliar a eficácia e a segurança da acupuntura sobre pacientes com AVC	Ensaio Controlado Randomizado Multicêntrico
2016	Additional effects of acupuncture on early comprehensive rehabilitation in patients with mild to moderate acute ischemic stroke: a multicenter randomized controlled trial	Chen L, Fang J, Ma R, Gu X, Chen L, Li J, Xu S. Additional effects of acupuncture on early comprehensive rehabilitation in patients with mild to moderate acute ischemic stroke: a multicenter randomized controlled trial. <i>BMC Complement Altern Med</i> . 2016 Jul 18; 16:226. doi: 10.1186/s12906-016-1193-y. PMID: 27430340; PMCID: PMC4950630	Estudar o efeito da acupuntura no déficit neurológico, função motora e no comprometimento cognitivo durante o AVC isquêmico agudo	Ensaio Controlado Randomizado Multicêntrico
2019	Effects of acupuncture treatment on motor function in patients with subacute hemorrhagic stroke: A randomized controlled study	Wang HQ, Hou M, Li H, Bao CL, Min L, Dong GR, Jiao ZH. Effects of acupuncture treatment on motor function in patients with subacute hemorrhagic stroke: A randomized controlled study. <i>Complement Ther Med</i> . 2020 Mar; 49:102296. doi: 10.1016/j.ctim.2019.102296. Epub 2020 Jan 11. PMID: 32147082	Avaliar os efeitos da acupuntura na funcionalidade em pacientes com AVC hemorrágico subagudo	Ensaio Controlado Randomizado Multicêntrico
2020	The effect of combined scalp acupuncture and cognitive training in patients with stroke on cognitive and motor functions	Xiong J, Zhang Z, Ma Y, Li Z, Zhou F, Qiao N, Liu Q, Liao W. The effect of combined scalp acupuncture and cognitive training in patients with stroke on cognitive and motor functions. <i>NeuroRehabilitation</i> . 2020;46(1):75-82. doi: 10.3233/NRE-192942. PMID: 32039871	Investigar o efeito da combinação de craniopuntura e treinamento cognitivo no desempenho cognitivo e motor em pacientes com AVC durante a fase de recuperação	Ensaio Controlado Randomizado, Duplo-cego
2022	Effect of Interactive Dynamic Scalp Acupuncture on Post-Stroke Cognitive Function, Depression, and Anxiety: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial	Zhang SH, Wang YL, Zhang CX, Zhang CP, Xiao P, Li QF, Liang WR, Pan XH, Zhou MC. Effect of Interactive Dynamic Scalp Acupuncture on Post-Stroke Cognitive Function, Depression, and Anxiety: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial. <i>Chin J Integr Med</i> . 2022 Feb;28(2):106-115. doi: 10.1007/s11655-021-3338-1. Epub 2021 Dec 7. PMID: 34874523	Analisar o efeito de reabilitação de IDSA para pacientes com distúrbios cognitivos pós-AVC	Ensaio Clínico Controlado Randomizado Cego

2022	Xingnao Kaiqiao Acupuncture Method Combined with Temporal Three-Needle in the Treatment of Acute Ischemic Stroke: A Randomized Controlled Trial	Kaiqiao Method with Acupuncture Method Combined with Temporal Three-Needle in the Treatment of Acute Ischemic Stroke: A Randomized Controlled Trial.	Song Z, Huang Q, Guo Y, Song X, Zhang X, Xiao H. Xingnao Kaiqiao Acupuncture Method Combined with Temporal Three-Needle in the Treatment of Acute Ischemic Stroke: A Randomized Controlled Trial. <i>Comput Intell Neurosci.</i> 2022 Jun 29; 2022:8145374. doi: 10.1155/2022/8145374. PMID: 35814561; PMCID: PMC9259275	Investigar a diferença entre a eficácia clínica de dois métodos de acupuntura no tratamento do AVC isquêmico agudo e fornecer evidências médicas sobre a eficácia da acupuntura na reabilitação do AVC	Ensaio Clínico Controlado Randomizado Cego
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

Anexo 2

Tabela 2 Perfil com amostra, idade média e média, estágio do AVC, perfil sociodemográfico, escolaridade sobre acupuntura em pacientes pós avc: função motora e cognitiva.

N°	Amostra	Idade - Média	Estágio do AVC	Sexo	Crítérios de Inclusão Exclusão
32	Não cita		Agudo	15 M 17 H	Inclusão: acidente vascular cerebral agudo resultando em hemiparesia, diagnosticada por neurologista e confirmada com tomografia computadorizada ou ressonância magnética Exclusão: a) história de um AVC anterior, b) incapacidade cooperar ou seguir instruções para exame e exames, c) coma ou hemorragia subaracnóidea, d) qualquer outra doença aguda com risco de vida ou complicações graves, e) doença sistêmica significativa ou doença que interfira na avaliação do AVC, e f) pacientes que não eram independentes nas AVD's antes do início do AVC
105	Não cita		Agudo	Ambos	Inclusão: AVC 4-10 dias, demonstrando Déficit de 25% no membro inferior afetado Exclusão: AVC prévio ou AIT, incapacidade de fornecer consentimento informado, comorbidade grave, marca-passo, participação atual em outros estudos, continuidade de sangramento na tomografia
250	57,5		Agudo	Não cita	Inclusão: internados com AVC isquêmico agudo de acordo com os critérios da medicina ocidental e Medicina Chinesa Tradicional. AVC entre: 2 a 7 dias de antecedência, com um Pontuação do Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) entre 4 e 24 Exclusão: Receberam terapia trombolítica ou que participaram em outros ensaios clínicos nos últimos 3 meses. Pacientes que sofreram doenças cardíacas, hepáticas, renais graves, disfunção de coagulação sanguínea ou distúrbios mentais graves. Mulheres grávidas ou amamentando e pacientes com comprometimento cognitivo grave
240	46,5		Não cita	Não cita	Inclusão: 6 meses após o primeiro AVC, deficiências cognitivas [rastreado pelo Mini Mental Exame de Estado (MEEM) [42]: grupo analfabeto ≤ 17 pontos; escola primária ≤ 20 pontos; ensino médio ou ≤ 24 pontos]. Consciente, condição física estável e consentimento informado do paciente Exclusão: transtornos psicológicos pré-existent; graves problemas visuais e/ou auditivos; Incapacidade de seguir instruções; Mulheres grávidas e lactantes; Distúrbio hemorrágico; Doenças graves do coração, fígado ou rim, ou outras doenças; participar de outros

				ensaios clínicos que afetariam os resultados da avaliação deste estudo
862	51,5	Agudo	Ambos	<p>Inclusão: teve um AVCi agudo e entre 3 e 10 dias após o início do AVC. Pacientes com membros paralisados, sendo este incapaz de andar, comer ou vestir-se sem assistência</p> <p>Exclusão: dependência nas AVD's antes de apresentar AVC, incapacidade de completar o curso de tratamento programado, infecção em locais de acupuntura, afasia grave ou inconsciência, dificultando a compreensão do estudo ou na cooperação da avaliação e outras complicações graves ou comorbidades, como: insuficiência cardíaca/renal</p>
250	57,5	AVCi Agudo e Hemiplegia	Ambos	<p>Inclusão: início do AVC entre 2 e 7 dias de antecedência, escore NIHSS entre 5 e 14, e com consciência clara e sinais vitais estáveis, casos de primeira ocorrência de AVC</p> <p>Exclusão: AVC grave (a pontuação do NIHSS entre 15 e 24), após o início do estudo. Sofriam de doenças cardíacas, hepáticas e renais graves, ou disfunção da coagulação sanguínea, e pacientes incapazes de completar o teste MMSE ou avaliação da deglutição à beira do leito (BSA). Deficiências congênitas. Pacientes que sofreram POCI (Infartos de Circulação Posterior) na classificação OCSF (Oxfordshire Community Stroke Project), ou receberam terapia trombolítica ou que participaram de outros ensaios clínicos nos 3 meses anteriores, e mulheres que estavam grávidas ou amamentando</p>
134	55	Não cita	Ambos	<p>Inclusão: primeiro AVC; AVC hemorrágico diagnosticada por tomografia computadorizada, com base no padrão da Fourth National Conferência Acadêmica Cerebrovascular¹¹; 30-90 dias após o AVC início; escores de Fugl-Meyer < 70 e (5) consciente e com sinais vitais</p> <p>Exclusão: tratamento prévio com cirurgia; doenças cardiovasculares, hematopoiéticas, hepáticas ou renais primárias graves; gravidez e lesão cognitiva ou distúrbios comunicativos, dificultando a avaliação</p>
70	55	Não cita	Não cita	<p>Inclusão: diagnóstico primário de AVC baseado em ressonância magnética ou tomografia computadorizada, período de 3 semanas ou mais pós-AVC, um exame médico e psiquiátrico detalhado (incluindo uma avaliação neuropsicológica) e a capacidade de seguir</p>

				<p>instruções, envolver-se nos procedimentos do estudo e fornecer consentimento informado</p> <p>Exclusão: doenças graves: no fígado, rins, sistema hematológico ou sistema endócrino, presença de distúrbios psiquiátricos, comprometimento cognitivo grave definido como uma pontuação MMSE <20, comprometimento ortopédico e declínio mental ou demência (como doença de Alzheimer, doença de Parkinson e demência vascular, etc.) que limitavam a capacidade de cumprir com o regime de tratamento</p>
660	55	Não cita	Não cita	<p>Inclusão: infarto cerebral ou hemorragia diagnosticada por tomografia computadorizada craniocerebral (TC) ou ressonância magnética (MRI); distúrbios cognitivos de memória, cálculo, orientação e compreensão em avaliação funcional, Montreal Cognitive Assessment Pontuação da escala (MoCA) <26; pacientes mantendo uma "mente clara" e sinais vitais estáveis, e estar cooperativo durante a avaliação da função cognitiva e tratamento de reabilitação no início e no decurso da doença (15–180 dias)</p> <p>Exclusão: epilepsia persistente que não conseguiu concluir a pesquisa e avaliação; doenças infecciosas como hepatite e tuberculose, e possíveis infecções cruzadas devido à resistência a múltiplas drogas; infarto agudo do miocárdio, nefropatia, infecções e doenças hemorrágicas que podem ter riscos potenciais para o tratamento; história de demência (como a doença de Alzheimer, doença de Parkinson doença e demência vascular) antes do início; contraindicações para acupuntura no couro cabeludo (como defeito no crânio)</p>
72	49	Agudo	Ambos	<p>Inclusão: preencheram os critérios diagnósticos de AVC isquêmico agudo; início em menos de 2 semanas e os sinais vitais estáveis; havia atividade física óbvia, disfunção de linguagem e outros sintomas; Escala de coma de Glasgow (GCS) > 8; Primeiro AVC ou AVC anterior sem déficit neurológico; dispostos a aceitar e concluir o tratamento; consentimento informado dos pacientes ou familiares para aceitar o ensaio clínico</p> <p>Exclusão: diagnosticado com AVC hemorrágico; realizado trombectomia ou trombólise intravenosa; doença cardiovascular, hepática, renal ou do sistema hematopoiético grave; infecção do sistema respiratório, sistema urinário, sistema digestivo ou outras partes do corpo; mulher grávida ou lactante; problemas psicóticos, demenciais ou outros que não cooperavam com o tratamento; déficit neurológico ou disfunção motora causada por motivos anteriores ou outros</p>

Anexo 3

Tabela 3 Local, protocolo de cinesioterapia - modalidade, frequência, intensidade e duração nos artigos investigados sobre acupuntura em pacientes pós avc: função motora e cognitiva.

N°	Local –	Protocolo de cinesioterapia – Modalidade	Frequência / Intensidade / Duração
	Los Angeles	<p>Grupo 1 - Controle: recebeu cuidados convencionais de reabilitação de acidente vascular cerebral durante o período de internação</p> <p>Grupo 2 – Acupuntura: recebeu tratamento convencional, cuidados de reabilitação de acidente vascular cerebral e terapia de acupuntura durante a internação. O membro hemiparético, no qual o acupunturista pode selecionar locais específicos com base sobre os sintomas do paciente, foi usado. A acupuntura pontos incluídos foram Du 20 (Bai Hui), Du 19 (Qian Ding), Du 21 (Hou Ding), UB 7 (Tong Tian), GB 20 (Feng Chi), Du14 (Da Zhui), Ren 6 (Qi Hai), Ren12 (Zhong Wan) e Rua 25 (Tian Shu). Nós também selecionamos os pontos suplementares, que incluído LI 15 (Jian Yu), LI 11 (Qu Chi), SJ 5 (Wai Guan), LI 4 (He Gu) e Lu 7 (Lie Que) para membros; e GB 31 (Feng Shi), St 36 (Zuo San Li), GB 34 (Yang Ling Quan), Sp 6 (San Yin Jiao), St 40 (Feng Long), St 41 (Jie Xi) e Liv 3 (Tai Chong) para membros inferiores. Dentro de 2 semanas do episódio de AVC, adicionamos Ba Feng e Ren 23 (Lian Quan), Ht 5 (Tong Li) para afasia, St 4 (Di Cang), SI 18 (Quan Liao), St 6 (Jia Che) para paralisia facial, e UB 6 (Cheng Guang), Gb 37 (Guang Ming) para problemas de visão</p>	<p>Grupo 1: Frequência: 3h de fisioterapia, terapia ocupacional e/ou fonoaudiologia, 6 dias por semana</p> <p>Grupo 2: Frequência: 7 dias por semana por 30 minutos durante 2 semanas (14 total de acupuntura sessões)</p> <p>Duração: 1 ano</p>
	Reino Unido	<p>Grupo 1- Controle: recebeu a intervenção placebo. Os pontos do corpo e do couro cabeludo foram acoplados a máquinas TENS com luzes vermelhas piscando e desativado conduz para que nenhuma corrente possa fluir. Os eletrodos adesivos foram levemente colocados em: Membro superior: LI 10 e SJ 5; Membro Inferior: GB 31 e GB 34; Couro cabeludo: dois pontos nas extremidades superior e inferior do motor linha</p> <p>Grupo 2: recebeu acupuntura. Agulhas descartáveis estéreis de uso único de 40, 25 ou 13 mm de comprimento, sendo este último utilizado apenas no couro cabeludo. Os seguintes pontos foram agulhados: Membro Superior: LI 4, LI 10, LI 15 e SJ 5 com uso opcional de GB 20; Membro inferior: GB 31, GB 34, GB 38 e GB 43. A eletroacupuntura aplicada em LI 10, SJ 5, GB 31 e GB 34 obtendo uma leve contração muscular. O ponto opcional GB 20 foi usado para expulsar o tradicional Patógeno chinês “Vento” se o paciente apresentava sintomas contínuos, e o ponto E 36 foi usado a critério do fisioterapeuta para auxiliar o processo de recuperação geral nos estágios posteriores do tratamento. Couro cabeludo: 4 agulhas foram inseridas nas extremidades superior e inferior da linha motora e nas junções entre o membro superior e inferior e as seções da cabeça e dos membros superiores</p>	<p>Início do tratamento: 4-10 dias após o AVC.</p> <p>Frequência: 30 minutos</p> <p>Duração: 3 vezes por semana, 4 semanas (12 tratamentos)</p> <p>Grupo 2: 2 Hz. Uma corrente de 100 Hz foi aplicada a agulha em cada extremidade, aumentando até que o paciente sentisse formigamento ou calor localmente no couro cabeludo</p>
	Zhejiang China	<p>Ambos: incluem postura normal dos membros, movimento passivo com hemiplegia lateral, reabilitação à beira do leito (técnica de Bobath, movimento de capotamento, movimento da ponte) e/ou treinamento cognitivo para comprometimento</p>	<p>Início do Tratamento: início do AVC deve ser entre 2 e 7 dias de antecedência, com um Pontuação do Institutes of</p>

	<p>cognitivo</p> <p>Grupo 1: Acupuntura- Os parâmetros para o lado afetado do corpo são os seguintes: LI15 (Jian Yu), LI11 (Qu Chi), LI10 (Shou San Li), SJ5 (Wai Guan), LI4 (He Gu) para extremidades superiores; St34 (Liang Qiu), St36 (Zu San Li), GB34 (Yang Ling Quan), Sp6 (San Yin Jiao), St40 (Feng Long), St41 (Jie Xi) e Liv3 (Tai Chong) para membros inferiores. Os parâmetros para modificação de pontos de acupuntura são definidos da seguinte forma: Para disfagia, GB20 (Feng Chi), EX-HN14 (Yi Ming), BL10 (Tian Zhu), DU16 (Feng Fu), Gong Xue (1 cun abaixo de GB20), RN23 (Lian Quan) serão adicionados. Para comprometimento cognitivo leve, DU20 (Bai Hui), DU24 (Shen Ting), GB13 (Ben Shen), EX-HN1 (Si Shen Cong) serão adicionados. Os parâmetros de eletroacupuntura para LI15 (Jian Yu) e LI11 (Qu Chi), St36 (Zu San Li) e Sp6 (San Yin Jiao)</p> <p>Grupo 2: Placebo- receberão tratamento convencional cuidados de reabilitação de AVC: incluem postura normal dos membros, movimento passivo com hemiplegia lateral, reabilitação à beira do leito (técnica de Bobath, movimento de capotamento, movimento da ponte) e/ou treinamento cognitivo para comprometimento cognitivo</p>	<p>Health Stroke Scale (NIHSS) entre 4 e 24;</p> <p>Frequência: - Duração: 3 semanas</p> <p>Grupo Acupuntura- 30 minutos adicionais de terapia de acupuntura por seis dias por semana por três semanas (18 sessões no total) durante a internação; Eletroacupuntura: onda intermitente, baixa frequência (2 Hz); a intensidade está dentro do escopo que os pacientes podem tolerar</p>
China	<p>Ambos: receberão tratamentos básicos que normalmente são realizados em hospitais de reabilitação filiados à FJTCM: incluindo tratamento convencional de medicação interna e tratamento multidisciplinar que inclui fisioterapia, terapia ocupacional, terapia médica por exercícios, hidroterapia etc., exceto treinamento cognitivo</p> <p>Grupo Experimental1 (GE1): <u>tratamento convencional mais treinamento cognitivo RehaCom</u>= medicação interna e tratamento multidisciplinar que inclui fisioterapia, terapia ocupacional, terapia médica por exercícios, hidroterapia etc., exceto treinamento cognitivo; áreas de treinamento: atenção dividida, concentração, reação (tempo), memória de palavras, memória verbal (ou seja, todo o texto, não apenas palavras individuais), memória espacial e memória de figuras</p> <p>Grupo Experimental 2 (GE2): <u>tratamento convencional mais tratamento com acupuntura</u>= medicação interna e tratamento multidisciplinar que inclui fisioterapia, terapia ocupacional, terapia médica por exercícios, hidroterapia etc., exceto treinamento cognitivo; 2 pontos de acupuntura [Baihui (DU20)] e [Shenting (DU24)] = Baihui (DU20) Na cabeça, 5 *B-cun superior à linha anterior do cabelo, na linha mediana anterior. DU20 está localizado na depressão 1 *B-cun anterior ao ponto médio da linha da linha do cabelo anterior até a linha do cabelo posterior. Quando as orelhas estão dobradas, o DU20 está localizado no ponto médio da linha de conexão entre os ápices auriculares. Shenting (DU24) Na cabeça, 0,5 *B-cun superior à linha anterior do cabelo, na linha mediana anterior</p> <p>Grupo Experimental 3 (GE3): <u>tratamento convencional mais a combinação de acupuntura e treinamento cognitivo RehaCom</u>= medicação interna e tratamento multidisciplinar que inclui fisioterapia, terapia ocupacional, terapia médica por exercícios, hidroterapia etc., exceto treinamento cognitivo; 2 pontos de acupuntura [Baihui (DU20)] e [Shenting (DU24)] = Baihui (DU20) Na cabeça, 5 *B-cun superior à linha anterior do cabelo,</p>	<p>Início do tratamento: - Frequência: 30 minutos por dia de 2º a 6º feira Duração: 12 semanas</p> <p>Grupo 2: A agulha será mantida por 30 minutos, com rotação bidirecional do casquilho da agulha por um minuto, a cada 10 minutos</p>

na linha mediana anterior. DU20 está localizado na depressão 1 *B-cun anterior ao ponto médio da linha da linha do cabelo anterior até a linha do cabelo posterior. Quando as orelhas estão dobradas, o DU20 está localizado no ponto médio da linha de conexão entre os ápices auriculares. Shenting (DU24) Na cabeça, 0,5 *B-cun superior à linha anterior do cabelo, na linha mediana anterior; áreas de treinamento: atenção dividida, concentração, reação (tempo), memória de palavras, memória verbal (ou seja, todo o texto, não apenas palavras individuais), memória espacial e memória de figuras

Grupo Controle (GC): Tratamento convencional isolado= medicação interna e tratamento multidisciplinar que inclui fisioterapia, terapia ocupacional, terapia médica por exercícios, hidroterapia etc., exceto treinamento cognitivo

China	<p>Ambos: tratamento de rotina para AVCi, como medicações: anti trombóticas e prevenção de complicações</p> <p>Grupo Acupuntura: Os principais pontos de acupuntura incluem Renzhong-DU26, Neiguan-PC6 (ambos lados) e Sanyinjiao-SP6 (lado parético). Os pontos de acupuntura auxiliares incluem Baihui-DU20, 4 pontos de acupuntura no lado parético (Zusanli-ST36, Fenglong-ST40, Taichong-LK3 e Chize-LL5) e 2 pontos de acupuntura em os dois lados (Fengchi-GB20, Qihai-RN6). A acupuntura estéril Huato agulhas (1,5–4 cm de comprimento e 0,38–0,42 mm de diâmetro) foram usados no presente estudo. Os pacientes estavam em decúbito dorsal quando foram atendidos</p> <p>Grupo controle: tratamento de rotina para acidente vascular cerebral isquêmico, como medicações anti trombóticas e prevenção de complicações</p>	<p>Início do Tratamento: 3 a 10 dias após o início do AVC</p> <p>Frequência: 5 vezes por semana</p> <p>Duração: 3 semanas</p>
China	<p>Ambos: receberam cuidados convencionais de reabilitação de acordo com as diretrizes chinesas de tratamento de reabilitação de AVC. Os cuidados básicos de reabilitação convencional: postura normal do membro, movimento passivo com hemiplegia lateral, reabilitação à beira do leito (técnica de Bobath, movimento de rolamento, movimento de ponte), estimulação elétrica neuromuscular e/ou treinamento cognitivo para déficit cognitivo</p> <p>Grupo Controle: receberam apenas cuidados convencionais de reabilitação de AVC= postura normal do membro, movimento passivo com hemiplegia lateral, reabilitação à beira do leito (técnica de Bobath, movimento de rolamento, movimento de ponte), estimulação elétrica neuromuscular e/ou treinamento cognitivo para déficit cognitivo</p> <p>Grupo Acupuntura: Recebeu o tratamento convencional e 30 minutos adicionais de terapia de acupuntura, como tratamento à beira do leito. Acupuntura do couro cabeludo, duas a três agulhas foram penetradas pela linha média superior, a região motora (MS-6) e a região sensorial (MS-7) do lado da lesão. Os pontos de acupuntura do lado afetado do corpo foram os seguintes: LI15 (Jianyu), LI11 (Quchi), LI10 (Shousanli), TE5 (Waiguan) e LI4 (Hegu) para extremidades superiores; E34 (Liangqiu), E36 (Zusanli), GB34 (Yanglingquan), SP6 (Sanyinjiao), E40 (Fenglong), E41 (Jiexi) e LR3 (Taichong) para membros inferiores. Os pontos para disfagia foram adicionados da seguinte forma (este grupo de acupontos foi denominado “acupuntura da nuca”): GB20 (Fengchi), EX-HN14 (Yiming), BL10 (Tianzhu),</p>	<p>Ambos- Início do tratamento: assim que o diagnóstico de AVC foi estabelecido e as condições de risco de vida estavam sob controle.</p> <p>Frequência: 2 horas por dia por 6 semanas</p> <p>Grupo Controle- Frequência: 2h por dia, 6 vezes por semana</p> <p>Grupo Acupuntura- Frequência: 2h e 30 min por dia, 6 vezes por semana, 2 Hz</p> <p>Duração: 3 semanas</p>

GV16 (Fengfu), Gongxue (1 cun abaixo de GB20) e CV23 (Lianquan). Para comprometimento cognitivo, GV20 (Baihui), GV24 (Shenting), GB13 (Benshen), EX-HN-1 (Sishncong) foram adicionados. Para eletroacupuntura dos pontos LI15 (Jianyu) e LI11 (Quchi), ST36 (Zusanli) e SP6 (Sanyinjiao)

China	<p>Grupo Controle: Tratamento convencional- receberam tratamento farmacológico de rotina padrão, como controle de pressão e tratamento de complicações. Fisioterapias na fase de hemiplegia. Programa de exercícios para a fase atônica (estágios 1-2 de Brunnstrom): posicionamento ideal do membro; movimento articular passivo; transferência de decúbito para sentar; dobrar o joelho e facilitação neuromuscular. Programa de exercícios para a fase de espasmo (estágios 3-5 de Brunnstrom): posicionamento anti espasmo do membro; tronco distração muscular; transferência de sentar para levantar; sentado e em pé Saldo; treino de marcha e treino de controle de membros superiores</p> <p>Grupo Acupuntura: Os principais pontos foram Baihui (GV20) e Taiyang (EXHN5). Dois outros pontos de reação localizados no terço e dois terços da distância entre Baihui e Taiyang. Esses dois pontos intermediários e o Baihui foram perfurados na direção de Taiyang, enquanto a própria Taiyang foi perfurada para trás e para baixo como descrevemos na publicação anterior. Os pontos dos membros foram selecionados com base na fase de hemiplegia. Para a fase atônica, o seguinte pontos foram escolhidos: Jianyu(LI15), Jianzhen(SI9), Quchi(LI11), Waiguan(TE5), Hegu(LI4), Huantiao(GB30), Fengshi(GB31), Xiyangguan (GB33), Yanglingquan(GB34), Xuanzhong(GB39), Kunlun(BL60); Por espasmo, os seguintes pontos do membro foram selecionados: Jiquan(HT1), Chize(LU5), Neiguan(PC7), Daling(PC7), Hegu(LI4), Yinmen(BL37), Xiyangguan(GB33), Fuxi(BL38), Yanglingquan(GB34), Tiaokou(ST38), Zusanli(ST36), Taichong(LR3)</p>	<p>Grupo Controle: Frequência: 1 vez ao dia por 45 minutos Duração: 6 dias na semana por 4 semanas Grupo Acupuntura: Duração: 6 dias na semana por 4 semanas</p>
Wuhan, China	<p>Ambos: foram tratados com rotina terapêutica e treinamento de reabilitação.</p> <p>Grupo Acupuntura: <u>terapia de rotina e treinamento de reabilitação + tratamento acupuntura no couro cabeludo e treinamento cognitivo.</u></p> <p>Materiais e pontos: Agulhas descartáveis Hua-tuo (0,30 × 25 mm e 0,30 × 40 mm) foram usados (Suzhou Medical Products Fábrica Co., Ltd.). Nos pontos: Baihui (GV 20), Si-shen-cong (EX-HN1), Feng-chi (GB 20) e pontos de acupuntura Shen-ting (GV 24). O os pacientes estavam exatamente na posição sentada. Após a esterilização, as agulhas foram inseridas nos acupontos subgaleal ao longo do couro cabeludo em um ângulo de 15°-30°. Feng-chi (GB 20) foi perfurado 1,7-4,0 cm na direção à ponta do nariz. GV 24, o Si-shen-cong anterior (EX-HN1) e GV 20 foram perfurados para frente, e o Si-shen-cong esquerdo, direito e posterior (EX-HN1) em direção a Bai-hui GV 20. O treinamento cognitivo foi elaborado individualmente usando cartões, objetos físicos e computadores</p> <p>Grupo Controle: <u>terapia de rotina e treinamento de reabilitação+ acupuntura simulada no couro cabeludo e treinamento cognitivo.</u></p> <p>Materiais e pontos: Os participantes receberam agulhas retráteis não penetrantes (ou seja, inseridas menos de 1,5 cm de profundidade) colocados em pontos de acupuntura falsos</p>	<p>Ambos os grupos: receberam terapia de reabilitação padrão para AVC, Frequência: 1 horas, 30 min de terapia ocupacional e 30 min de treinamento cognitivo por dia Acupuntura Frequência: 3 a 4 horas, 6 vezes por semana Duração: 8 semanas</p>

localizados no ponto médio da linha que conecta dois pontos de acupuntura reais no ponto entre Bai-hui e Shen-ting. O treinamento cognitivo foi elaborado individualmente usando cartões, objetos físicos e computadores. Por exemplo: atingir a agnosia espacial, treinamento em capacidade direcional com data e local, treinamento de memória usando fotos e atividades da vida diária, capacidade de análise abrangente, treinamento em idiomas e comunicação presencialmente ou por computador

China

Ambos: receberam medicamentos convencionais para acidente vascular cerebral (Comprimidos com revestimento entérico de aspirina (lote N° J20171021, Bayer Medical Care Co., Ltd., Itália) 100 mg/dia e comprimido de atorvastatina cálcica (lote n°. J20171062, Pfizer Pharmaceutical Co. Ltd., EUA) 10mg/dia.) e reabilitação de exercícios treinamento no Departamento de Reabilitação que envolveu a posição normal do membro, treinamento da manutenção e amplitude de movimento, treinamento de transferência de postura e equilíbrio, treino de marcha)

Acupuntura dinâmica interativa no couro (IDSA): receberam acupuntura no couro cabeludo + treinamento cognitivo baseado em computador (CBCT) simultaneamente.

Materiais e pontos: foi selecionado a linha oblíqua anterior do vértice-temporal (MS6), que de Qianding (DU 21) para Xuanli (GB 6) abaixo 2/5, e linha oblíqua posterior do vértice-temporal (MS7), que de Baihui (DU 20) para Qubin (GB 7) em o abaixo 2/5. Agulhas estéreis descartáveis (Suzhou Hua Tuo Medical Instruments, China) com um diâmetro de 0,25 mm x 40 mm. A agulha perfurou o couro cabeludo em um ângulo de 15°. Quando a agulha atingiu a subcamada da aponeurose epicrânica a resistência foi reduzida sob os dedos, a agulha foi posicionada paralelamente ao couro cabeludo a uma profundidade de 25–35 mm. O método de rotação foi realizado em sucessão rápida a uma velocidade de 200 vezes/min. O ângulo de giro dependia da tolerância do paciente (geralmente na faixa de 90°–360°). A agulha foi retida por 30 minutos, durante os quais receberam treinamento cognitivo. Quando eles tiveram dificuldades ao completar o programa de treinamento cognitivo, o operador realizou giros de 2 a 3 minutos de cada vez.

Treinamento CBTC: treinamento de comportamento de resposta: precisam fornecer feedback sobre os sinais de trânsito na tela, selecionando as teclas correspondentes de acordo com os requisitos da configuração; treinamento espacial da capacidade de operação: incluindo 5 modos de treinamento, como posição, ângulo, relação proporcional, e estimativa de tamanho, que são realizadas através de um operação de teclas; treinamento de reconhecimento de avião: os pacientes selecionam uma foto da galeria que tenha sido girado para corresponder completamente ao referente foto; treinamento de memória gráfica: quando o imagens/palavras na tela do computador são iguais aos memorizados antes do treino, os pacientes confirme clicando na tecla de entrada no console; treinamento da capacidade de raciocínio lógico: por meio do raciocínio e julgamento, selecionam uma foto da galeria para completar um conjunto de sequências de imagens com relação lógica; treinamento de cálculo: operações matemáticas, como o reconhecimento de números e a comparação de tamanhos e quantidades, problemas

Ambas:

Duração: 8 semanas

IDSA: Frequência: 1 vez ao dia por 30 minutos, em 6 dias da semana;

SCT: Frequência: 2 vezes ao dia (manhã e à tarde)

TSA: Frequência: 1 vez ao dia por 30 minutos, em 6 dias da semana;

aritméticos em questões mais complexas ou cenários de realidade virtual; treinamento de movimento ocular: há um sol no centro da tela, quando um objeto específico aparece à esquerda ou à direita do sol de acordo com uma certa regra, os pacientes escolhem a direção correspondente clicando na direção teclas no console; treinamento de habilidade de busca: os pacientes procuram anéis usando as teclas de direção encontre e localize os gráficos específicos necessários para ser lembrado nas linhas e colunas de acordo aos requisitos projetados; treinamento de atenção: selecionam uma foto da galeria que é exatamente o mesmo que a imagem de referência

Grupo de terapia de combinação simples (SCT): acupuntura no couro cabeludo + CBCT foram realizadas separadamente pela manhã e à tarde

Materiais e pontos: foi selecionado a linha oblíqua anterior do vértice-temporal (MS6), que de Qianding (DU 21) para Xuanli (GB 6) abaixo 2/5, e linha oblíqua posterior do vértice-temporal (MS7), que de Baihui (DU 20) para Qubin (GB 7) em o abaixo 2/5. Agulhas estéreis descartáveis (Suzhou Hua Tuo Medical Instruments, China) com um diâmetro de 0,25 mm x 40 mm. A agulha perfurou o couro cabeludo em um ângulo de 15°. Quando a agulha atingiu a subcamada da aponeurose epicrânica a resistência foi reduzida sob os dedos, a agulha foi posicionada paralelamente ao couro cabeludo a uma profundidade de 25–35 mm. O método de rotação foi realizado em sucessão rápida a uma velocidade de 200 vezes/min. O ângulo de giro dependia da tolerância do paciente (geralmente na faixa de 90°–360°). A agulha foi retida por 30 minutos

Treinamento CBTC: treinamento de comportamento de resposta: precisam fornecer feedback sobre os sinais de trânsito na tela, selecionando as teclas correspondentes de acordo com os requisitos da configuração; treinamento espacial da capacidade de operação: incluindo 5 modos de treinamento, como posição, ângulo, relação proporcional, e estimativa de tamanho, que são realizadas através de um operação de teclas; treinamento de reconhecimento de avião: os pacientes selecionam uma foto da galeria que tenha sido girado para corresponder completamente ao referente foto; treinamento de memória gráfica: quando o imagens/palavras na tela do computador são iguais aos memorizados antes do treino, os pacientes confirme clicando na tecla de entrada no console; treinamento da capacidade de raciocínio lógico: por meio do raciocínio e julgamento, selecionam uma foto da galeria para completar um conjunto de sequências de imagens com relação lógica; treinamento de cálculo: operações matemáticas, como o reconhecimento de números e a comparação de tamanhos e quantidades, problemas aritméticos em questões mais complexas ou cenários de realidade virtual; treinamento de movimento ocular: há um sol no centro da tela, quando um objeto específico aparece à esquerda ou à direita do sol de acordo com uma certa regra, os pacientes escolhem a direção correspondente clicando na direção teclas no console; treinamento de habilidade de busca: os pacientes procuram anéis usando as teclas de direção encontre e localize os gráficos específicos necessários para ser lembrado nas linhas e colunas de acordo aos requisitos projetados; treinamento de atenção: selecionam uma foto da galeria que é exatamente o mesmo que a imagem de referência

Grupo TSA: submetidos a acupuntura

Materiais e pontos: foi selecionado a linha oblíqua anterior do vértice-temporal (MS6), que de Qianding (DU 21) para Xuanli (GB 6) abaixo 2/5, e linha oblíqua posterior do vértice-temporal (MS7), que de Baihui (DU 20) para Qubin (GB 7) em o abaixo 2/5. Agulhas estéreis descartáveis (Suzhou Hua Tuo Medical Instruments, China) com um diâmetro de 0,25 mm x 40 mm. A agulha perfurou o couro cabeludo em um ângulo de 15°. Quando a agulha atingiu a subcamada da aponeurose epicrânica a resistência foi reduzida sob os dedos, a agulha foi posicionada paralelamente ao couro cabeludo a uma profundidade de 25–35 mm. O método de rotação foi realizado em sucessão rápida a uma velocidade de 200 vezes/min. O ângulo de giro dependia da tolerância do paciente (geralmente na faixa de 90°–360°). A agulha foi retida por 30 minuto

China

Ambos: receberam uma segunda prevenção de AVC isquêmico de acordo com as diretrizes chinesas para o diagnóstico e tratamento de AVC isquêmico agudo, para monitorar e controlar a hipertensão arterial, colesterol alto, distúrbio metabólico do açúcar e fatores de risco como diabetes

Material: agulhas de aço inoxidável descartáveis (tamanho 0,30 mm × 40 mm, marca Tony, fabricadas pela Suzhou Medical Appliance) foram usadas após a desinfecção rotineira da pele local dos pontos de acupuntura com cotonetes com álcool 75%.

Grupo Observação: acupuntura “Xingnao kaiqiao” combinado com “Temporal three-agulha”

Matérias e pontos: pontos: Neiguan (PC6, bilateral), Renzhong (DU26, unilateral), Sanyinjiaog (SP6, unilateral), agulha temporal três (unilateral, o lado afetado). A localização do ponto refere-se à nomenclatura e localização dos pontos de acupuntura (GB/T12346-2006), a agulha temporal de três agulhas é um dos sistemas de terapia de três agulhas de Jin criado pelo professor Jinrui, a agulha temporal I está localizada na linha do cabelo 2 cun acima do ápice da orelha; a agulha temporal II e a agulha temporal III estão localizadas a 1 cun da agulha temporal I em ambos os lados na direção horizontal

Manipulação de acupuntura: foi solicitado a adotar uma posição supina, então Neiguan (PC6) foi perfurado bilateralmente a uma profundidade de 0,5–1,0 cun e estimulado com o método de redução levantando e empurrando com manipulação simultânea de rotação por 1 min. Depois disso, Renzhong (DU26) foi perfurado obliquamente em direção ao septo nasal a uma profundidade de 0,3–0,5 cun com agulhamento de bico de pássaro até que os olhos ficassem úmidos ou desenvolvessem lágrimas. Posteriormente, Sanyinjiaog (SP6) foi puncionado no lado afetado obliquamente junto com a borda medial da tíbia e em um ângulo de 45° em relação à pele a uma profundidade de 0,5–1,0 cun, com elevação e manipulação de reforço de empurrão, estocadas com força pesada e levantando com força suave até a panturrilha contrair por 3 vezes

Grupo Controle: Pontos de acupuntura: a área motora da acupuntura do couro cabeludo de Jiao (unilateral, o lado afetado), Jianyu (LI15, unilateral), Quchi (LI11, unilateral), Waiguan (SJ5, unilateral), Hegu (LI4, unilateral), Yanglingquan (GB34, unilateral), Zusanli (ST36, unilateral), Fenglong (ST40, unilateral), Kunlun (BL60, unilateral). A área motora da acupuntura do couro cabeludo de Jiao é uma linha que começa

Duração: 1 semana; após a observação do tratamento de 1 semana, todos os pacientes iniciarão um período adicional de acompanhamento de 3 meses.

Frequência: 1 vez ao dia

em um ponto 0,5 cm posterior ao ponto médio da linha média ântero-posterior da cabeça e se estende diagonalmente até a junção entre as sobrancelhas -linha occipital e a borda anterior do canto da linha do cabelo temporal, que é indistinta. Desenhe uma linha vertical para cima do ponto médio do arco zigomático até a linha occipital da sobrancelha; a interseção das duas linhas é a projeção da área motora. A área motora do lado da lesão do infarto cerebral é selecionada como o local para tratamento com acupuntura, e o lado paralítico é selecionado para os outros pontos de acupuntura

Manipulação de acupuntura: foi solicitado a adotar a posição supina e, em seguida, as agulhas foram inseridas manualmente em um ângulo de aproximadamente 15 graus a uma profundidade de 0,8 a 1,0 cun, respectivamente, ao longo da linha da área motora no couro cabeludo. As agulhas foram giradas por pelo menos 200 revoluções por minuto durante 1 minuto. Para outros pontos de acupuntura, as agulhas foram perfuradas a uma profundidade de 0,8–1,0 cun, então a manipulação de elevação, estocada e rotação foi realizada até a sensação de Deqi. Todas as agulhas foram retidas por 30 minutos

Anexo 4

Tabela 4 Métodos de avaliação, resultados e conclusões dos artigos relacionados a acupuntura em pacientes pós avc: função motora e cognitiva.

N°	Métodos de avaliação	Resultados
	<p>Fugl-Meyer (FM) avaliação do desempenho físico e itens funcionais físicos selecionados do Funcional Medida de Independência (FIM); A MIF é uma medida de limitação funcional e reflete a quantidade de assistência necessária para atividades completas da vida diária</p>	<p>FM: Ambos os grupos demonstraram, em média, 4% a 5% de melhora na alta na pontuação total de FM ($P < 0,05$).</p>
		<p>MIF: ambos os grupos de tratamento demonstraram uma melhora no escore total da FIM e em cada função subescala FIM ($P < 0,05$). Não houve diferenças significativas entre o controle e grupos de acupuntura ao comparar a mudança pontuações para a MIF total ($P = 0,13$)</p>
	<p>Barthel Índice (IB) (menos grave (BI 9-20) e mais grave (BI 0-8)): independência nas Atividades da Vida Diária; O Índice de Motricidade (IM) foi utilizado para medir a recuperação motora, sendo uma medida de potência muscular com base na escala de Oxford; O Nottingham O Perfil de Saúde (PNH) é uma medida de qualidade de vida autoavaliada, usada para avaliar a dor e o humor; O NHP foi registado em 3, 6, 12, 24 e 52 semanas</p>	<p>Barthel: A diferença média entre a acupuntura e grupos de controle em 12 semanas foi de 0,41 ($p = 0,737$, 95% IC -2,00 a 2,81). Em conjunto com as informações disponíveis a partir de outros estudos publicados recentemente e revisões sistemáticas, que a acupuntura é improvável ter uma eficácia terapêutica específica para acidentes vasculares cerebrais</p>
		<p>Índice de motricidade (IM): Estimulação elétrica ao tecido muscular causa uma contração e uma mudança na microcirculação e, portanto, pode fornecer o mecanismo para um MI melhorado</p>
		<p>Nottingham O Perfil de Saúde (PNH): Nenhuma diferença quanto a dor nos tratamentos; Este estudo foi potencialmente fraco; em parte devido aos rigorosos critérios de exclusão e à nossa decisão não incluir pacientes com AVCs e AITs prévios</p>
	<p>NIHSS é uma escala padronizada de gravidade do AVC usada para descrever déficits neurológicos e prevê fortemente a probabilidade de recuperação. As pontuações totais variam de 0 a 42: >25 comprometimentos neurológico muito grave, 5 a 24 moderadamente grave e <5 indicando comprometimento leve; Escala de Avaliação de Fugl-Meyer (FMA) para função motora: instrumento quantitativo de avaliação para medir a recuperação sensório-motora do AVC. O miniexame do estado mental (MMSE) e Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA) para função cognitiva: a maioria apresenta comprometimento cognitivo leve (CCL), mas apresenta pontuação acima de 26 no</p>	<p>Este estudo confirma que a acupuntura é um adjuvante eficaz da terapia de reabilitação padrão para acidente vascular cerebral agudo. O estudo também confirma que a acupuntura é eficaz na promoção da recuperação da função motora e é benéfica para comprometimento cognitivo. Não sendo identificado o p de significância nos estudos avaliados</p>

MEEM. Para resolver esse problema, o MoCA ferramenta para triagem de pacientes com cognitivo leves e geralmente apresentam desempenho normal no MEEM

Minixame do estado mental (MMSE): score de 30 pontos, avaliar orientação espacial e temporal, memória de curto prazo, habilidades de atenção e cálculo, linguagem, pensamento e planejamento de ações (versão chinesa do MEEM); **Montreal Cognitive Assessment (MoCA):** score de 30 pontos que avalia vários domínios cognitivos: visual-executivo, nomeação, atenção, linguagem, abstração, recordação tardia e orientação; **Functional Independence Measure Scale (FIM):** avaliar o estado funcional dos pacientes ao longo do processo de reabilitação após um AVC

Escala de AVC escandinava: avalia a gravidade dos efeitos neurológicos no início e no final do tratamento, pontuação: 0 a 60; **Índice de Barthel (BI)** que envolve 10 atividades com um máximo de 100 pontos (maior pontuação BI indica melhor função em AVD)

Minixame do estado mental (MMSE): é usado para rastrear o comprometimento cognitivo; **Avaliação cognitiva de Montreal (MoCA):** avalia vários domínios cognitivos: visual-executivo, nomeação, atenção, linguagem, abstração, recordação tardia e orientação; **Escala de medida de independência funcional (FIM):** avaliar o estado funcional dos pacientes ao longo do processo de reabilitação após um acidente vascular cerebral

A maior limitação deste protocolo é que ele não é duplo-cego. O estudo carece de acompanhamento e avaliação a longo prazo. O período de intervenção de 12 semanas reflete o que é feito na prática clínica real e não é longo o suficiente para testar se uma modalidade de reabilitação é eficaz em curto prazo e se a eficácia é mantida durante o período de acompanhamento

A acupuntura não se mostrou eficaz na redução morte ou cuidados institucionais de longo prazo. No entanto, notou-se que houve mais melhora dos déficits neurológicos em todo o grupo de acupuntura e redução significativa de morte ou dependência no subgrupo que recebeu ≥ 10 sessões de acupuntura. O resultado não suporta seu uso na prática clínica de rotina da perspectiva da medicina ocidental. No entanto, uma tendência de menos pacientes com dependência no grupo de acupuntura foi notada. Ensaio em maior escala são necessários para confirmar o potencial benefício da acupuntura para reabilitação pós-AVC no futuro

NIHSS: 7 semanas $p < 0,001$; **FMA:** 7 semanas $p 0,259$; **MMSE:** 7 semanas $p < 0,001$; **MoCA:** 7 semanas $p < 0,001$

Escala FMA para funções motoras; **Índice de Barthel (BI)** que envolve 10 atividades com um máximo de 100 pontos (maior pontuação BI indica melhor função em AVD)

Não foi encontrado p de significância foram encontradas diferenças nos valores basais entre os grupos

Minixame do estado mental (MEEM): avalia o funcionamento cognitivo. É composto por 11 itens e 30 pontos total. As funções avaliadas são: capacidade de cálculo, compreensão da linguagem, memória imediata e de curto prazo, nomeação de objeto, repetição verbal, compreensão de leitura, expressão da linguagem e desenho gráfico. Pontuações <17 pontos para analfabetos, 20 pontos para ensino fundamental, 24 pontos ensino médio, foram considerados anormais. **Fugl-Meyer (FMA):** avalia a função motora em pacientes pós-AVC composto por 50 itens. Cada item é classificado em uma escala ordinal de três pontos (0 = não pode executar, 1 = pode executar, 2 = pode executar totalmente), e o máximo a pontuação possível de desempenho motor é 100. **A Escala de Atividade Modificada da Vida Diária (mADL):** avaliar as atividades diárias dos pacientes. Uma mADL, pontuação: 14 considerado ótimo, com o total possível de 56, indicando comprometimento grave. De forma independente foi pontuado como 1, exigindo mais tempo para concluir a tarefa foi pontuada como 2, sendo capaz de cumprir a tarefa com assistência foi pontuado como 3, e sendo incapaz de completar a tarefa foi pontuado como 4

MEEM: Melhorias significativas foram encontradas em ambos os grupos experimentais e grupo de controle seguindo o tratamento de 12 semanas ($p < 0,05$)

FMA: Após 12 semanas de tratamento as pontuações no grupo experimental foram significativamente maiores que os do grupo controle ($p < 0,05$)

mADL: Depois o período de tratamento de 12 semanas, os escores de AVD em o grupo experimental foi significativamente menor do que os do grupo controle ($p < 0,05$)

Este ensaio clínico duplo-cego randomizado revelou a eficácia promissora da acupuntura no couro cabeludo combinada com treinamento cognitivo com melhora nas funções cognitivas e motoras em pacientes após AVC.

Minixame do estado mental (MMSE): é usado para rastrear o comprometimento cognitivo; 30 itens como memória, cálculo e fala, etc., 1 ponto para cada

MoCA e as pontuações do **MMSE** no grupo **IDSA** foram significativamente maioríssimas do que nos grupos SCT e TSA ($P < 0,01$)

A gravidade do **MMSE** no grupo **IDSA** foi significativamente menor

item. Pontuação de 27–30 ponto indica função cognitiva normal, pontuação <27 ponto indica distúrbios cognitivos (21-26: distúrbio cognitivo leve; 10–20: cognitivo moderado transtorno; 0-9: transtorno cognitivo grave). **Avaliação cognitiva de Montreal (MoCA)** para função cognitiva e reação adversa da acupuntura para avaliação de segurança. Envolve função executiva, nomeação, memória imediata e atrasada, atenção e concentração, habilidade de cálculo, habilidade de fala, pensamento e imaginação, e espaço-temporal capacidade de posicionamento. Pontuação total de 30 pontos, Pontuação 26 indica função cognitiva normal, considerando que uma pontuação <26 ponto indica transtornos cognitivos. **Índice de Barthel (BI)** tem uma pontuação total de 100 pontos e compreende 10 itens, como comer, transferir, aliciar, ir ao banheiro, andar em um apartamento no chão por 45 m, subir e descer escadas, colocar e tirar a roupa, e ter controle de urinar e defecar. Uma pontuação de 0–20 indica dependência total; 21–40, disfunção grave; 41–59, moderado disfunção; 60–100, quase autocuidado. Uma pontuação mais alta sugere uma capacidade de autocuidado mais forte

NIHSS: uma escala de 15 itens que fornece uma medida ordinal e não linear de prejuízos agudos relacionados ao AVC. As pontuações variam de 0 a 42, com pontuações mais altas indicando um déficit neurológico mais grave. **Escala de Classificação Modificada (mRS)** é a medida funcional mais comumente usada em ensaios de AVC. Existem sete pontuações potenciais no mRS (0-6), descrevendo uma gama completa de resultados de AVC, desde saúde perfeita sem

do que nos grupos SCT e TSA ($P < 0,01$)

Não houve diferença significativa na classificação da pontuação **MBI** entre os 3 grupos em M0 ($P > 0,05$)

Os dados clínicos indicam que IDSA obteve melhora significativa sobre a função cognitiva e capacidade de autocuidado de pacientes com a distúrbios cognitivos moderados após- AVC mostrando um efeito melhor do que SCT e TSA; além disso, a vantagem do efeito tornou-se mais pronunciado com a extensão do tempo de reabilitação

NIHSS: Após o tratamento, os escores em ambos os grupos foram reduzidos (ambos $P < 0,05$), e a redução no grupo de observação foi mais óbvia em comparação com o grupo de controle. Houve uma diferença de significância estatística entre os dois grupos ($P < 0,05$). Em uma comparação de Alteração Percentual e Alteração Absoluta de NIHSS no grupo de observação e controle, uma diferença significativa foi observada ($P < 0,05$)

mRS: Após 3 meses de acompanhamento, as frequências de pontuação mRS do grupo de observação não foram estatisticamente diferentes do grupo controle ($P > 0,05$). A taxa de pontuação mRS de 0–1 nos grupos de observação e controle foi de 55,6% e 38,9%, e não houve diferença significativa ($P > 0,05$), embora a proporção no grupo de observação tivesse uma possível tendência maior do que no controle grupo

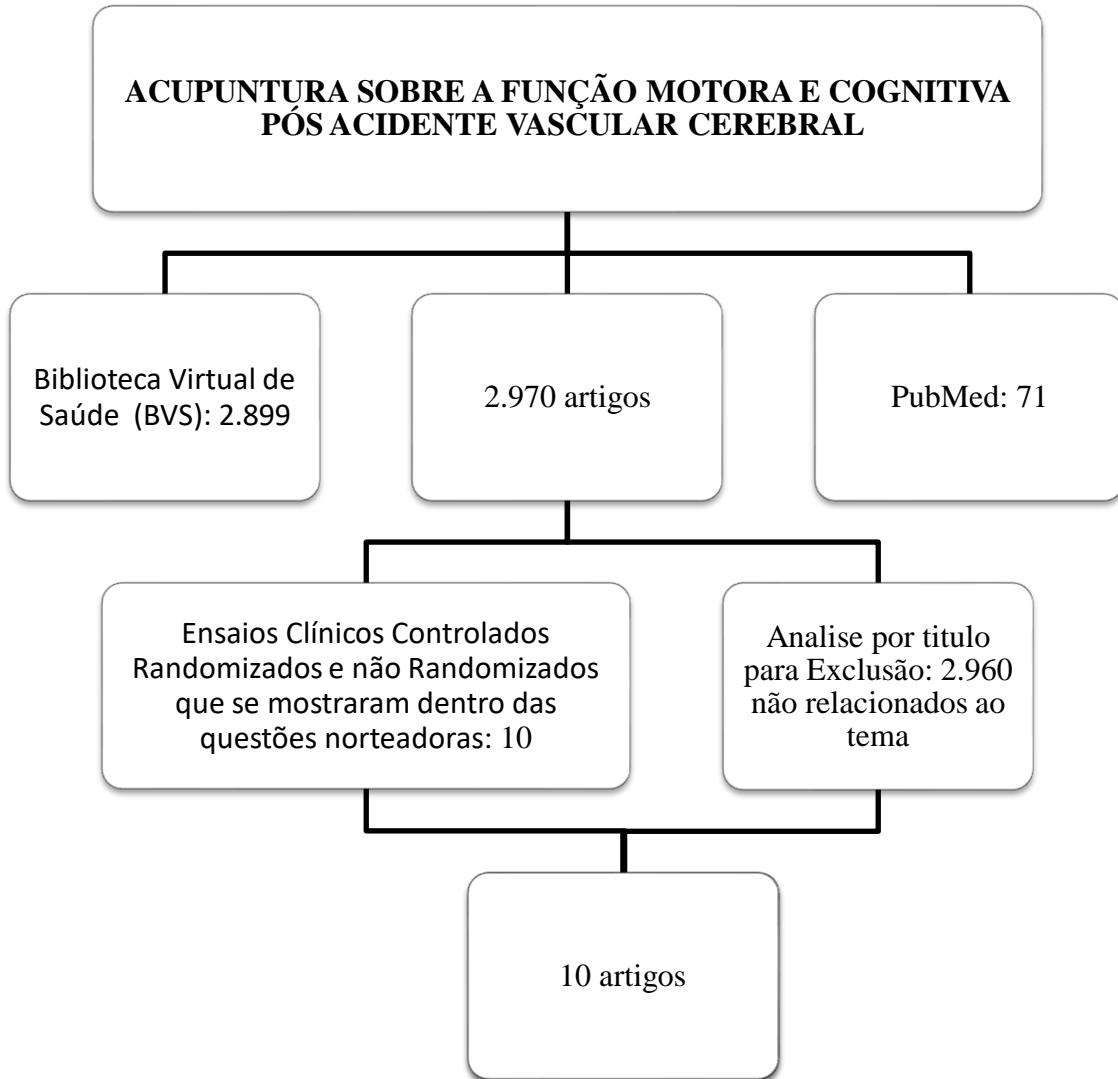
MBI : Antes do tratamento, não houve significância estatística no MBI entre os dois grupos ($P > 0,05$). Após o tratamento em ambos o grupo

sintomas até a morte. Neste estudo, o mRS foi avaliado quando o período de acompanhamento terminou (aos 3 meses). Uma pontuação mRS de 0-1 é considerada uma boa recuperação. **Índice de Barthel modificado (MBI)** é uma escala que mede 10 aspectos básicos das atividades da vida diária relacionadas ao autocuidado e à mobilidade. Para a versão chinesa do MBI, os 10 itens são continência intestinal e da bexiga, alimentação, vestir-se, entrar e sair do banheiro, higiene pessoal, tomar banho, passar da cadeira de rodas para a cama e retornar à cadeira de rodas, andar em uma superfície plana por 45 m, e subir e descer escadas. Cada item (atividade) pode ser dividido em cinco níveis; cada nível representa um grau diferente de independência, sendo o nível mais baixo 1 e o mais alto, e quanto maior o nível, maior a independência. A pontuação total possível é 100. Pontuação de capacidade de vida independente de 80 ou mais; pontuações mais baixas representam vida assistida ou totalmente dependente. O MBI foi avaliado na admissão e após o período de intervenção (em 1 semana)

aumentou mais do que antes, mas a melhora no grupo de observação foi mais óbvia e houve significância estatística entre os grupos ($P < 0,05$). Embora a percentagem de $MBI \geq 80$ no grupo de observação tenha sido maior do que no grupo de controle, a diferença não foi estatisticamente significativa ($P > 0,05$)

Anexo 5
Fluxograma

1 - Desenho dos critérios de inclusão e exclusão conforme os artigos investigados.





Normas Editoriais da *Movimenta*

A revista *Movimenta* (ISSN 1984-4298), editada pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), é um periódico científico quadrimestral que publica artigos relacionadas com a temática da Saúde e suas relações com o ambiente e a sociedade. A revista possui caráter multi e interdisciplinar e publica artigos de revisão sistemática da literatura, artigos originais, relatos de caso ou de experiência e anais de eventos científicos.

A submissão dos manuscritos deverá ser efetuada pelo site da revista (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>) e implica que o trabalho não tenha sido publicado e não esteja sob consideração para publicação em outro periódico. Quando parte do material já tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em Simpósio, Congresso, etc., deve ser citada como nota de rodapé na página de título e uma cópia do trabalho apresentado deve acompanhar a submissão do manuscrito.

As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original que possa ser replicada e generalizada, têm prioridade para publicação. São também publicadas outras contribuições de caráter descritivo e interpretativo, baseados na literatura recente, tais como Artigos de Revisão, Relato de Caso ou de Experiência, Análise crítica de uma obra, Resumos de Teses e Dissertações, Resumos de Eventos Científicos na Área da Saúde e cartas ao editor. Estudos envolvendo seres humanos ou animais devem vir acompanhados de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. As contribuições devem ser apresentadas em português, contendo um resumo em inglês, e os Resumos de Teses e Dissertações devem ser apresentados em português e em inglês.

Os artigos submetidos são analisados pelos editores e por avaliadores de acordo com a área de conhecimento.

Processo de julgamento

Os manuscritos recebidos são examinados pelo Conselho Editorial, para consideração de sua adequação às normas e à política editorial da revista. Aqueles que não estiverem de acordo com as normas abaixo serão devolvidos aos autores para revisão antes de serem submetidos à apreciação dos avaliadores.

Os textos enviados à Revista serão submetidos à apreciação de dois avaliadores, os quais trabalham de maneira independente e fazem parte da comunidade acadêmico-científica, sendo especialistas em suas respectivas áreas de conhecimento. Uma vez que aceitos para a publicação, poderão ser devolvidos aos autores para ajustes. Os avaliadores permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores não serão identificados pelos avaliadores por recomendação expressa dos editores.

Os editores coordenam as informações entre os autores e os avaliadores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos avaliadores. Quando aceitos para publicação, os artigos estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Quando recusados, os artigos são acompanhados por justificativa do editor.

Todo o processo de submissão, avaliação e publicação dos artigos será realizado pelo sistema de editoração eletrônica da *Movimenta* (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>). Para tanto, os autores deverão acessar o sistema e se cadastrar, atentando para todos os passos de submissão e acompanhamento do trabalho. Nenhum artigo ou documento deverá ser submetido à revista em via impressa ou por e-mail, apenas pelo sistema eletrônico.

INSTRUÇÕES GERAIS AOS AUTORES

Responsabilidade e ética

O conteúdo e as opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores. Estudos envolvendo sujeitos humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e indicar o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes, de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Estudos envolvendo animais devem estar de acordo com a Resolução 897/2008 do Conselho Federal de Medicina Veterinária. O estudo envolvendo seres humanos ou animais deve vir acompanhado pela carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável.

É também de responsabilidade dos autores o conteúdo e opinião emitido em seus artigos, assim como responsabilidade quanto a citações de referências de estudos já publicados. Por questões de ética editorial, a revista *Movimenta* reserva-se o direito de utilizar recursos de detecção de plágio nos textos recebidos antes do envio dos artigos para os avaliadores. Essa medida se torna importante tendo em vista inúmeras notícias e casos de plágio detectados no meio acadêmico e científico.

A menção a instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. A reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros, que já tiverem sido publicados, deve vir acompanhada da indicação de permissão pelos detentores dos direitos autorais; se não acompanhados dessa indicação, tais elementos serão considerados originais do autor do manuscrito. Todas as informações contidas no artigo são de responsabilidade do(s) autor (es).

Em caso de utilização de fotografias de pessoas/pacientes, estas não podem ser identificáveis ou as fotografias devem estar acompanhadas de permissão escrita para uso e divulgação das imagens.

Autoria

Deve ser feita explícita distinção entre autor/es e colaborador/es. O crédito de autoria deve ser atribuído a quem preencher os três requisitos: (1) deu contribuição substantiva à concepção, desenho ou coleta de dados da pesquisa, ou à análise e interpretação dos dados; (2) redigiu ou procedeu à revisão crítica do conteúdo intelectual; e 3) deu sua aprovação final à versão a ser publicada.

No caso de trabalho realizado por um grupo ou em vários centros, devem ser

identificados os indivíduos que assumem inteira responsabilidade pelo manuscrito (que devem preencher os três critérios acima e serão considerados autores). Os nomes dos demais integrantes do grupo serão listados como colaboradores ou listados nos agradecimentos. A ordem de indicação de autoria é decisão conjunta dos co-autores e deve estar correta no momento da submissão do manuscrito. Em qualquer caso, deve ser indicado o endereço para correspondência do autor principal. A carta que acompanha o envio dos manuscritos deve ser assinada por todos os autores, tal como acima definidos.

FORMA E PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS

Formato do Texto

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

Página de rosto (1ª página)

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

Resumos (2ª página)

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

Corpo do Texto

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

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

apresentem grupo controle e, quando possível, aleatorização da amostra.

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

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

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

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

Tabelas e figuras

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

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

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

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

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

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

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

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

Unidades. Usar o Sistema Internacional (SI) de unidades métricas para as medidas e abreviações das unidades.

Citações e referências bibliográficas

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

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

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

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

Agradecimentos

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

Envio dos Artigos

Os textos devem ser encaminhados à Revista na forma de acordo com formulário eletrônico no site <http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>.

Ao submeter um manuscrito para publicação, os autores devem enviar apenas dois arquivos no sistema da revista:

- 1) O arquivo do trabalho, em documento word;
- 2) Carta de encaminhamento do trabalho, segundo modelo adotado na revista, no item “documentos suplementares”. A carta deve ser preenchida, impressa, assinada, escaneada e salva em arquivo PDF. Na referida carta os autores devem declarar a existência ou não de eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa;

Se o artigo for encaminhado aos autores para revisão e não retornar à *Revista Movimenta* dentro do prazo estabelecido, o processo de revisão será considerado encerrado. Caso o mesmo artigo seja reencaminhado, um novo processo será iniciado, com data atualizada. A data do aceite será registrada quando os autores retornarem o manuscrito, após a correção final aceita pelos Editores.

As provas finais serão enviadas por e-mail aos autores somente para correção de

possíveis erros de impressão, não sendo permitidas quaisquer outras alterações. Manuscritos em prova final não devolvidos no prazo solicitado terão sua publicação postergada para um próximo número da revista.

A versão corrigida, após o aceite dos editores, deve ser enviada usando o programa Word (arquivo doc ou docx.), padrão PC. As figuras, tabelas e anexos devem ser colocadas em folhas separadas no final do texto do arquivo do trabalho.

REQUISITOS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

Artigo de Pesquisa Original. São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de investigação baseada em dados empíricos ou teóricos, utilizando metodologia científica, de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais da saúde humana, de característica clínica, bioquímica, fisiológica, psicológica e/ou social. Devem incluir análise descritiva e/ou inferências de dados próprios, com interpretação e discussão dos resultados. A estrutura dos artigos deverá compreender as seguintes partes: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Registro de Ensaio Clínico. A Movimenta apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. De acordo com essa recomendação, artigos de pesquisas clínicas devem ser registrados em um dos Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (por exemplo, www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org, www.umin.ac.jp/ctr/index.htm e www.trialregister.nl). No Brasil o registro poderá ser feito na página www.ensaioclinico.gov.br. Para tal, deve-se antes de mais nada obter um número de registro do trabalho, denominado UTN (Universal Trial Number), no link http://www.who.int/ictrp/unambiguous_identification/utn/en/, e também importar arquivo xml do estudo protocolado na Plataforma Brasil. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. Todos os artigos resultantes de ensaios clínicos randomizados devem ter recebido um número de identificação nesses registros

Artigos de Revisão. são revisões da literatura, constituindo revisões integrativas ou sistemáticas, sobre assunto de interesse científico da área da Saúde e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados, preferencialmente a convite dos editores. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução que justifique o tema de revisão incluindo o objetivo; Métodos quanto à estratégia de busca utilizada (base de dados, referências de outros artigos, etc), e detalhamento sobre critério de seleção da literatura pesquisada e critério de análise da qualidade dos artigos; Resultados com tabelas descritivas; Discussão dos achados encontrados na revisão; Conclusão e Referências.

Relato de Caso. Devem ser restritos a condições de saúde ou métodos/procedimentos incomuns, sobre os quais o desenvolvimento de artigo científico seja impraticável. Dessa forma, os relatos de casos clínicos não precisam necessariamente seguir a estrutura canônica dos artigos de pesquisa original, mas devem apresentar um delineamento metodológico que permita a reprodutibilidade das intervenções ou procedimentos relatados. Estes trabalhos apresentam as características principais do(s) indivíduo(s) estudado(s), com indicação de

sexo, idade etc. As pesquisas podem ter sido realizadas em humanos ou animais. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos. Desenhos experimentais de caso único serão tratados como artigos de pesquisa original e devem seguir as normas estabelecidas pela revista *Movimenta*.

Relato de Experiência. São artigos que descrevem condições de implantação de serviços, experiência dos autores em determinado campo de atuação. Os relatos de experiência não necessitam seguir a estrutura dos artigos de pesquisa original. Deverão conter dados descritivos, análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, apoiados em evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos.

Cartas ao Editor. Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, consultas às situações clínicas e discussões de assuntos específicos da área da Saúde serão publicados a critério dos editores. Quando a carta se referir a comentários técnicos (réplicas) aos artigos publicados na Revista, esta será publicada junto com a tréplica dos autores do artigo objeto de análise e/ou crítica.

Resumos de Dissertações e Teses. Esta seção publica resumos de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado, defendidas e aprovadas em quaisquer Programas de Pós-Graduação reconhecidos pela CAPES, cujos temas estão relacionados ao escopo da *Movimenta*.

Resumos de Eventos Científicos. Esta seção publica resumos de Eventos Científicos da Área da Saúde. Para tanto, é necessário inicialmente o envio de uma carta de solicitação para publicação pelo e-mail da editora chefe da revista (Profa. Dra. Cibelle Formiga cibellekayenne@gmail.com). Após anuência, o organizador do evento deve submeter o arquivo conforme orientações do Conselho Editorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda a documentação referente ao artigo e documentos suplementares (declarações) deverá ser enviada pelo sistema de editoração eletrônica da revista (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>). Não serão aceitos artigos e documentos enviados pelo correio.

É de responsabilidade do(s) autor (es) o acompanhamento de todo o processo de submissão do artigo até a decisão final da Revista.

Estas normas entram em vigor a partir de 01 de Fevereiro de 2020.

Os Editores.