

Síndrome de Pusher: grande impacto funcional porém pouco conhecida entre profissionais da saúde

Taiza EG Santos-Pontelli

Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Neurofuncional, Doutora em Neurociências, Pós-doutoranda do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento – FMRP-USP, Brasil.

Alterações de equilíbrio postural são frequentes em pacientes com lesões encefálicas. De acordo com diversos estudos, cerca de 80% dos pacientes com o primeiro evento cerebrovascular apresentam desequilíbrio postural estático ou dinâmico. Dentre estas alterações de equilíbrio postural podemos citar a Síndrome do Empurrador ou Síndrome de Pusher (SP) que possui uma frequência relativa que varia de 1,5% a 63% dos casos e é diagnosticada basicamente por 3 critérios citados no artigo de Góis *et al.* desta edição da Revista Neurociências¹. Nos casos mais graves, estes comportamentos podem ser observados mesmo na posição supina. Ademais, pacientes com a SP não têm consciência de que seu comportamento de empurrar é contraproducente, impossibilitando a manutenção da posição ortostática sem auxílio.

Os mecanismos causadores da SP têm sido justificados pela existência de alterações de percepções de verticalidade nesta população, sendo que o comportamento observado seria a consequência de um conflito sensorial². Neste contexto, as análises seriam percepções subjetivas espaciais que incluem a subjetiva vertical proprioceptiva (SVPr – do inglês *subjective haptic vertical*), subjetiva vertical visual (SVV - do inglês *subjective visual vertical*), subjetiva vertical postural (SVP - do inglês *subjective postural vertical*) e a subjetiva da posição adiante (SPA- do inglês *subjective straight ahead*). Para declarar que a percepção vertical é alterada em pacientes com SP, os estudos exigem uma metodologia criteriosa e uma grande amostra de pacientes. Ainda não está claro quais são os mecanismos subjacentes desta intrigante síndrome.

Baseada no conceito neuroevolutivo Bobath, Davies descreveu várias atividades usando a orientação manual (informações somestésicas) para induzir a correção da posição do corpo de pacientes com SP para a linha média³. Posteriormente, Broetz e Karnath⁴ sugeriram uma

abordagem com feedback visual. Segundo os autores, uma vez que a percepção da orientação de pistas visuais em pacientes com SP não está alterada, eles podem ser treinados para usar estratégias conscientes para realinhar suas posturas. No entanto, a observação de alteração tanto da SVP, SVV quanto SVPr, recentemente descrita em pacientes com SP⁵, nos faz questionar sobre o uso do tratamento de feedback visual em todos os pacientes com tal comportamento. É provável que a estratégia mais adequada para tratar pacientes com SP que apresentam distúrbios multimodais de percepção de verticalidade é a de induzir o paciente a perceber que sua posição do corpo está inclinada mostrando a diferença entre o efeito do movimento usando referência vertical que ele percebe (errada), e o efeito do movimento utilizando a referência (somestésico ou verbal) fornecida pelo terapeuta (correta).

É consenso em reabilitação neurofuncional que a intervenção requer especificidade e que o equilíbrio postural é essencial para recuperar a independência nas atividades da vida diária. Assim, os exercícios devem ser individualizados e a melhor estratégia terapêutica para o paciente com SP deve ser escolhida com base na percepção de verticalidade de cada paciente, e o mais precocemente possível. A ausência de trabalhos controlados e aleatorizados sobre o tratamento de pacientes com a SP evidencia a necessidade de novas pesquisas.

Existem poucos estudos sobre o tempo de resolução da SP e a literatura internacional reconhecia que esta síndrome possuía um tempo de recuperação máximo de 6 meses. Entretanto, recentemente, foram descritos pacientes com tempo de recuperação da SP maior que 2 anos, evidenciando que esta síndrome pode ser ainda mais incapacitante⁶.

A ausência do equilíbrio na posição sentada após o AVC tem sido descrita como preditiva de prognóstico

ruim. Ademais, a previsão da recuperação funcional de um paciente com seqüela neurológica é importante para decisões sobre triagem, estimativa de recuperação para a orientação de familiares e para a apropriada utilização de recursos financeiros. É essencial considerar que enquanto os pacientes apresentarem a SP todas as suas atividades de vida diária estarão comprometidas.

Assim, para que haja o diagnóstico precoce e o favorecimento da recuperação dos pacientes com a SP é primordial que os profissionais da saúde tenham o correto conhecimento desta interessante e incapacitante síndrome. Nesta edição da Revista Neurociências, o estudo de Góis e colaboradores avalia, pela primeira vez, o conhecimento de fisioterapeutas neurofuncionais de uma cidade brasileira acerca da SP. Ao entrevistar 60 profissionais com experiência no tratamento de pacientes com distúrbios neurológicos os autores evidenciaram que o nível do conhecimento da SP é bastante precário. Esta importante constatação vem de encontro com a experiência do grupo de pesquisa em SP do Hospital das Clínicas – FMRP-USP que acredita que esta conjuntura se aplica não somente aos fisioterapeutas, mas também a todos os profissionais da saúde. Portanto, além de uma percepção subjetiva,

temos com o estudo publicado nesta revista a comprovação científica de que há grande necessidade de maior divulgação e orientação tanto nas universidades como dentre todos os profissionais que dão assistência a pacientes com distúrbios neurológicos. Muito provavelmente, esta necessidade se estende a todo o território brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Góis CMS, Araújo MCNV, Silva KC, Araújo ATC. Avaliação do Conhecimento dos Fisioterapeutas Neurofuncionais acerca da Síndrome de Pusher. *Rev Neurocienc* 2011;19:595-601.
2. Karnath HO. Pusher Syndrome: a frequent but little-known disturbance of body orientation perception. *J Neurol* 2007;341:514-24.
3. Davies PM. Síndrome de Não Alinhamento (Síndrome de Pusher). In: MIR Assessoria Editorial Ltda. *Passos a Seguir (Um manual para o tratamento da hemiplegia do adulto)*. São Paulo: Editora Manole, 1996, p.279-98.
4. Broetz, D, Karnath, HO. New aspects for the physiotherapy of pushing behaviour. *Neuro Rehab* 2005;20:133-8.
5. Perennou DA, Mazibrada G, Chauvineau V, Greenwood R, Rothwell J, Gresty MA, et al. Lateropulsion, pushing and verticality perception in hemisphere stroke: a causal relationship? *Brain* 2008;131:2401-13. <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awn170>
6. Santos-Pontelli TEG, Pontes-Neto OM, de Araujo DB, Santos AC, Leite JP. Persistent pusher behavior after stroke. *Clinics* 2011; in press.