

# **CADERNO TÉCNICO & CIENTÍFICO**

**Nº 108  
JAN/FEV  
2016**

**VOLUME  
98**

## **CADEIRANTE OU USUÁRIO DE CADEIRA DE RODAS?**

**Página 8**



## **IMPLICAÇÕES DA EPIDEMIA ZIKA VÍRUS: AUMENTO NA INCIDÊNCIA DE MICROCEFALIA**

**Página 4**

## **SÍNDROME DE APERT: A CADA DIA UM NOVO DESAFIO, UMA NOVA DESCOBERTA E SUPERAÇÕES**

**Página 2**

## **OPÇÕES ORTÉSICAS DE MEMBRO INFERIOR PARA O PACIENTE NEUROLÓGICO PARTE I- ÓRTESES DE TORNOZELO E PÉ.**

**Página 5**

# SÍNDROME DE APERT: A CADA DIA UM NOVO DESAFIO, UMA NOVA DESCOBERTA E SUPERAÇÕES

Por Ana Cristina Gandini Salto e Manoel Alves

A Síndrome de Apert foi assim nomeada pelo médico francês que primeiro a descreveu, Dr. Eugène Charles Apert, no ano de 1906, como um caso de deformidade que envolvia o crânio, a face e as mãos, denominada acrocefalosindactilia.

Trata-se de doença genética que tem prevalência no nascimento de 1/65.000 e está sob a classificação de anomalias craniofaciais e de membros. Caracteriza-se por malformações ósseas específicas no crânio, onde os mesmos se fundem prematuramente mas o cérebro continua a crescer dentro do crânio anormal, exercendo pressão sobre os ossos do crânio e face. Esta fusão prematura impede que o crânio cresça normalmente, o terço médio da face (área da face do meio da órbita do olho até o maxilar superior) desenvolve-se retraído ou afundado, e os dedos das mãos e pés apresentam fusão em variados graus, o que se denomina, neste último caso, sindactilia.

O crescimento anormal do crânio e da face pode denotar como principais sinais e sintomas: cabeça de aspecto longo, com uma testa alta; olhos encovados, muitas vezes com mau fechamento das pálpebras; rosto meio afundado; apnéia obstrutiva do sono; repetidas infecções no ouvido; perda auditiva, fusão anormal dos ossos das mãos e pés (a sindactilia) como sintomas comuns. Algumas crianças também têm problemas de coração, gastrointestinal e no sistema urinário, embora caiba ressaltar que cada caso é único e tem o seu grau de comprometimento. Os médicos muitas vezes suspeitam da Síndrome de Apert ou mesmo de outra Craniossinostose no nascimento por causa da aparência do recém-nascido pela sindactilia. Os testes genéticos podem geralmente identificá-la ou ainda indicar outra causa da formação anormal do crânio.

A Síndrome de Apert não tem cura conhecida e o seu tratamento baseia-se em cirurgias para corrigir as conexões anormais entre os ossos que é o seu principal tratamento. Em geral, a cirurgia

ocorre em três etapas: a liberação da fusão óssea do crânio através de cirurgia, geralmente em crianças que está entre 6 e 8 meses de idade; avanço do terço médio da face em decorrência do crescimento desalinhado dos ossos da face, cirurgia que pode ser feita em 4 e 12 anos de idade e a correção dos olhos grandes (correção hipertelorismo) além de eventual cirurgia corretiva adicional.

O tratamento ideal começa no nascimento, com o diagnóstico correto e a identificação das necessidades individuais da criança o que alcança maior amplitude com uma abordagem multidisciplinar que inclua conhecimentos de um cirurgião crânio-facial, neurocirurgião, ortopedista, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, psicólogo, oftalmologista, um ortodontista entre outros permitindo determinar o melhor plano de colaboração corretiva para as deficiências da criança. Instalações adequadas para seu desenvolvimento é outro ponto fundamental.

O prognóstico para crianças geralmente requer cirurgia para a liberação dos ossos do crânio visando a propiciar chance desenvolvimento normal do cérebro. Quanto mais idade tiver a criança no momento da realização da cirurgia menor a chance de alcançar a capacidade intelectual normal. Mesmo com a cirurgia precoce, certas estruturas cerebrais podem permanecer pouco desenvolvidas.

Dentro deste contexto, a efetiva inclusão destas crianças só se possibilita se tiver início no ambiente familiar, levando a uma melhor chance de alcançarem a capacidade intelectual normal quando são criadas em um ambiente familiar que a ampare.

## A Síndrome de Apert na minha vida

Nasci no dia 30 de agosto de 1972, no interior de SP, diagnosticada com a Síndrome de Apert e desde as primeiras semanas de vida já fui encaminhada para os melhores especialistas

médicos na capital do Estado de São Paulo, numa época em que pouco ou nada se sabia a respeito.

Hoje com 43 anos, ainda me deparo com considerável desinformação com relação à síndrome, motivo pelo qual busco conhecimentos visando a disseminá-los, seja com relatos da minha vida ou mesmo trocando experiências sobre esta síndrome pouco falada no meio pro-



fissional e na sociedade, esclarecendo algumas dúvidas e levando esperança para aqueles que hoje têm uma criança na família e não sabem o que fazer neste momento de dúvidas e medos.

Ao contrário do que se prediz eu desafiei a todos os conceitos pré-colocados, cresci e superei as expectativas com um QI normal; enfrentei muitos desafios e preconceitos, mas por graça de Deus, da minha família e amigos (que me



ACESSE NOSSO SITE:  
[www.revistareacao.com](http://www.revistareacao.com)



amam muito pelo meu caráter, personalidade, coração, alma e não me tratam como vítima e “coitadinha”, pois me respeitam pelas minhas conquistas e capacidade de superação) além da sorte de crescer em Matão-SP, uma sociedade que aprendeu comigo a convivência sem preconceitos, cursei uma faculdade, licenciando-me em Psicologia. Resolvi enfrentar o mundo e mudei-me para trabalhar numa cidade grande (São Paulo-SP) e com o meu trabalho passei a olhar para os mais vulneráveis e ajudá-los. Ali trabalhei com a Inclusão de Pessoas com Deficiência, pois sentia na pele o preconceito, a desigualdade, a discriminação e resolvi com a minha experiência de vida, ajudar aqueles que como eu querem o seu lugar na sociedade. No ano passado retornei para Matão-SP e resolvi voltar aos estudos, cursando minha

### Bibliografia

Gleicy V.S. Carneiro et al. **Síndrome de Apert: revisão de literatura e relato de um caso clínico** - Revista Brasileira de Otorrinolaringologia - julho/agosto, 20(4):640.

MELO, José Roberto Tude. **Craniossinostoses**. Atualização em Neurocirurgia Pediátrica. Revista Brasileira de Neurocirurgia Pediátrica. 2012.

Yacubian-Fernandes A. **Síndrome De Crouzon Fatores envolvidos no desenvolvimento neuropsicológico e na qualidade de vida**. Saúde Direta, 2007. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332102390CROUZON.pdf>. Pesquisado em 15/02/2016 as 09h14.

Yacubian-Fernandes A. **Apert syndrome: skull abnormalities, brain malformations, neuropsychological evaluation and timing for surgery**. Arq Neuropsiquiatr 2002;60:685-688.

Zanini SA. Apert, Crouzon e Pfeiffer. In Zanini SA (Ed). **Cirurgia craniofacial: malformações**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000:269-276.

### EUGÈNE CHARLES APERT

Eugène Charles Apert nasceu em 27 de julho de 1868 na cidade de Paris. Doutorou-se no ano de 1897 e depois foi associado com o Hôtel-Dieu e Hôpital Saint-Louis. De 1919 até 1934, trabalhou no Hôpital des Enfants-Malades, em Paris. A pesquisa médica de Apert tratou principalmente de doenças genéticas e anomalias congênitas. Em 1906 ele publicou um relato de caso, intitulado De l'acrocephalosyndactylie, documentando vários indivíduos que tinham malformações congênitas do crânio em conjunto com os dedos unidos. A condição veio a ser conhecida como “síndrome de Apert”, uma síndrome que consiste em uma tríade de distúrbios, ou seja, craniossinostose, sindactilia e maxilar subdesenvolvimento.

### CRANIOSSINOSTOSES

Craniossinostoses (CS) são malformações congênitas caracterizadas pelo fechamento precoce de uma ou mais suturas cranianas, que resultam em uma deformidade craniana ou craniofacial, apresentando como fatores associados forças biomecânicas, alterações genéticas e expressões locais de fatores de crescimento. O diagnóstico é eminentemente clínico, porém, na maioria dos casos, a confirmação por método de imagem faz-se de rotina. O tratamento geralmente é cirúrgico, e tem como escopo principal corrigir a distorção craniana e evitar a progressão e deformidade craniofacial, impedindo eventuais danos futuros. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/77-178-1-SM.pdf>. Pesquisado em 15/02/2016.

### COMUNIDADE

A comunidade que criei, com aproximadamente 200 pessoas, demonstra que os pais e o próprio paciente tem vergonha estética; os pais não acreditam que seu filho um dia possa chegar ao curso superior e algumas crianças recebem cuidados excessivos pois suas mães preferem mantê-las em casa. Tais fatores geram dificuldade de aprendizado e embora exista médicos que afirmam serem todas as crianças com Síndrome De Apert atrasadas intelectualmente reputo duvidável esta informação considerando que a maioria é atendida pelo Sistema Único de Saúde e em razão da morosidade do atendimento chegam ao tratamento já comprometidas.

### SÍNDROME DE CROUZON

A síndrome de Crouzon, doença genética causada por uma mutação no gene responsável pela codificação dos receptores do fator de crescimento fibroblástico tipo 2 (FGFR-2), foi descrita primeiramente em 1912 por Octave Crouzon, que caracterizou a tríade de deformidade craniana, alterações faciais e exoftalmia. A síndrome de Crouzon, bem como outras síndromes como a de Apert e de Pfeiffer, são também chamadas de craniossinostoses (fechamento precoce das suturas cranianas) sindrômicas. Adriano Yacubian-Fernandes (2007, p.467-471)

segunda graduação, a Faculdade de Direito, pois durante meu trabalho com inclusão me deparei com muitas injustiças e com o Direito pretendo encontrar auxílio jurídico para melhor enfrentá-las.

Estou semeando o saber, a esperança, a aceitação do “diferente”, auxiliando e dando palavras de esperança para a construção de uma sociedade mais justa. Esta é minha missão nesta vida, onde voluntariamente com meu Blog e uma Rede Social, pretendo auxiliar pessoas que possuem uma síndrome craniofacial a encontrar os melhores profissionais e tratamentos, mostrar experiências de vida tanto minhas como de outras pessoas, amenizando suas dores, medos e anseios, mostrando que superamos obstáculos com paciência, determinação, fé, força e amor.

Muitas pessoas com deficiência vivem escondidas em casa junto aos pais, sem estudar e se relacionar com a sociedade, por desconhecimentos, preconceito e vergonha. Eu me relaciono com uma parcela de pessoas que tem filhos com Síndrome de Apert e Crouzon, vejo que sou privilegiada, pois com toda minha experiência de vida, posso ajudá-los dando-lhes amor e esperança.

Parafraseando Cora Coralina: “Eu sou aquela mulher que fez a escalada da montanha da vida, removendo pedras e plantando flores” e só obtive êxito graças a minha família, amigos e todos os profissionais que estão ao meu lado, sempre me dando carinho e qualidade de vida para eu ter forças e vencer.

Aliás, acima de tudo, o amor.



**Ana Cristina Gandini Salto** é Licenciada em Psicologia pela PUCAMP. Discente no Curso de Direito do Instituto Matonense Municipal de Ensino Superior – IMMES. E-mail: [acgandini@gmail.com](mailto:acgandini@gmail.com)



**Manoel G. Alves** Bacharel em Direito pela FADISC. Pós Graduado em Direito Civil e Direito Processual civil pela Unisul. Mestre em Biotecnologia pela UFSCar – Universidade Federal de São Carlos. Professor de Direito Civil do Instituto Matonense Municipal de Ensino Superior – IMMES.

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

# IMPLICAÇÕES DA EPIDEMIA ZIKA VÍRUS: AUMENTO NA INCIDÊNCIA DE MICROCEFALIA

Por Wiliam Machado



A microcefalia é um sinal clínico encontrado em vários distúrbios com etiologia ambiental e/ou genética, caracteriza-se pela deficiência do crescimento do cérebro, tanto pela dimensão da caixa craniana, como pelo pequeno desenvolvimento do cérebro em si. Na conjuntura do surto epidêmico atual, no Brasil, o que nos preocupa é o substantivo aumento da microcefalia transmitida pelo vírus Zika, através da picada do mosquito *Aedes aegypti*, em gestantes. Uma doença em que a cabeça e o cérebro das crianças são menores que o normal para a sua idade, o que prejudica o seu desenvolvimento mental, porque os ossos da cabeça, que ao nascimento estão separados, se unem muito cedo, impedindo que o cérebro cresça e desenvolva suas capacidades normalmente.

De acordo com o infectologista Marcos Boulo, Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), a primeira grande epidemia de zika está acontecendo agora no país. Para ele, a eliminação maciça do *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da dengue, chikungunya e zika, deve ser instituída e promovida como medida urgente de saúde pública, especialmente pela associação dessa última com os casos de microcefalia, que já chegam a 3.560 notificações suspeitas em todo o país.

Sabe-se que a microcefalia traz consequências como atraso mental, déficit intelectual, paralisia, convulsões, epilepsia, autismo, rigidez muscular, nas crianças, causando dependência de longo prazo para cuidados básicos, que se estenderão pela vida toda. Atenção e cuidados que irão requerer dedicação exclusiva de algum membro familiar, geralmente assumido pelas

mães, tendo sempre alguém na retaguarda para qualquer eventualidade.

Nossa preocupação como gestores públicos da área de reabilitação, atuantes nos Centros Especializados de Reabilitação, remete a constatação da atual falta de estrutura para atender tamanha demanda, considerando que a epidemia de zika aumenta com o passar do tempo, sem que medias efetivas de combate ao mosquito tenham sido tomadas. As crianças que agora nascem com microcefalia serão, inevitavelmente, usuárias de programas de reabilitação por certo período, até receber alta para cuidados de longo prazo nos pontos de atenção da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.

Avaliações periódicas realizadas pelas equipes de reabilitação e consequente encaminhamento para protetização serão indispensáveis, tendo em vista a promoção do bem-estar, alinhamento postural e acomodação adequada nas órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Exames periódicos de diagnóstico, tratamento, reabilitação e protetização de crianças, adolescentes e adultos com microcefalia e deficiências sensoriais, da mesma forma fundamentais, pois promovem a saúde dessas pessoas, caso apresentem cegueira, surdez, autismo.

Apresentando atraso mental e déficit intelectual, pessoas com microcefalia vão requerer suporte de apoio educacional nas escolas inclusivas, além de potenciais usuárias das suas salas de recursos multifuncionais. Consequências da microcefalia como paralisia, convulsões e epilepsia, requerem ministração de doses precisas de medicamentos regulares, tarefas desempenhadas em casa pelos seus cuidadores principais, devidamente orientados pelos membros das equipes Estratégias Saúde da Família (ESF), notadamente por enfermeiros.

Professores e demais profissionais da área de educação não são preparados para ministrar medicamentos e, via de regra, não se aventuram por questões relativas à legislação do exercício profissional. Para tanto, caso necessária alguma ministração de medicamentos diante de crises epiléticas, convulsões, etc., adequado que a



escola mantenha contato direto com responsável pela Unidade Básica de Saúde (UBS) da área de abrangência, acionando sua interseção nessas ocasiões.

O mesmo deverá ser aplicado em situações que envolvam menarca, manifestação da sexualidade, entre outros eventos/aspectos da vida dos adolescentes, os quais devem ser conduzidos de forma madura, natural, por profissionais de saúde e educação, para que não causem traumas, constrangimentos, bullying e exposições diversas. Suporte das equipes do ESF sempre ajudarão, em especial, quando a ocasião requerer procedimentos de cuidados invasivos da privacidade e intimidade dessas pessoas.

Essas são algumas observações inquietantes que devem compor objetos de estudos acadêmicos e temas relevantes para inclusão nas pautas de planejamentos das políticas públicas de saúde e reabilitação nas três esferas de governo. Questões contemporâneas que precisam ser enfrentadas com seriedade, pela complexidade das consequências delas decorrentes.



**Wiliam Machado** é cadeirante, professor, doutor e pesquisador da Saúde e Qualidade de Vida de Idosos e Pessoas com Deficiência da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. [wilmachado@uol.com.br](mailto:wilmachado@uol.com.br)

ACESSE NOSSO SITE:  
[www.revistareacao.com](http://www.revistareacao.com)

# OPÇÕES ORTÉSICAS DE MEMBRO INFERIOR PARA O PACIENTE NEUROLÓGICO PARTE I- ÓRTESES DE TORNOZELO E PÉ.

Por Mario Cesar Alves de Carvalho

## Introdução:

As doenças neurológicas apresentam um enorme espectro de sintomas biomecânicos, neurológicos, às vezes características genéticas e problemas clínicos que variam tão enormemente para cada indivíduo, que nem a literatura obteve ainda uma consistência completa em sua descrição e caracterização, apesar de suas divisões e classificações.

Algumas doenças tais como a esclerose múltipla, a esclerose lateral amiotrófica, doença de Charcot Marie Tooth, síndromes como a de Guillain Barré, miopatias e neuropatias das mais variadas, lesões medulares, mielomeningocele, sequelas de AVC ou poliomielite, formam um universo desafiador para o profissional ortesista.

## Os objetivos de uma órtese:

A eficiência de uma órtese depende basicamente de três fatores, a saber, a **correta indicação pelo profissional de saúde**; o adequado design, **correta confecção e adaptação por parte do ortesista** e a adequada utilização por parte do paciente/cuidador.

Tomados estes cuidados, uma órtese irá



Fig 1

promover sempre um melhor equilíbrio biomecânico, otimizando o potencial de desenvolvimento do paciente, reduzindo as deformidades, o impacto articular e promovendo a função do paciente.

Dentro deste espectro de atuação e respeitadas estas condições, não há como a órtese promover atrofias, limitar o potencial, ou prejudicar de qualquer maneira a evolução do paciente, ao contrário, ela facilitará o trabalho do profissional fisioterapeuta/ de saúde e permitirá que uma parte maior dos resultados de seu trabalho, apareça, otimizando os resultados do processo de reabilitação como um todo.

Levando em conta apenas o membro inferior, hoje é consenso da comunidade



Fig 2



Fig 3



Fig 0



LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)



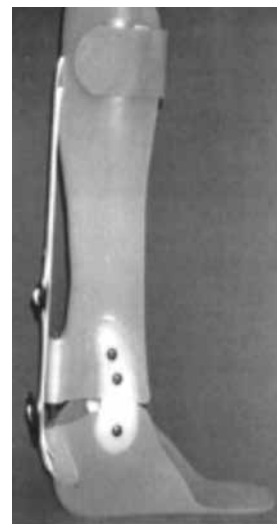
Fig 4.a



Fig 4b



Fig 4c



científica , que uma órtese de membro inferior que englobe o pé , precisa antes de mais nada , neutralizar a articulação subtalar de modo a equilibrar a musculatura agonista e antagonista e propiciando assim uma menor retroalimentação de tônus/espasticidade.

#### Os tipos de órteses:

Tomando o segmento do membro inferior e as que mais nos interessam , internacionalmente as órteses classificam-se como a) Órteses de tornozelo e pé(OTP) ou genopodálicas (AFO's) , b) Órteses de joelho( Knee orthosis-KO) ,

c) Órteses de coxa-jelho-pé ou cruropodálicas ( KAFO's) d) órteses pélvico podálicas ( HKAFO) e tóraco podálicas ( THKAFO e RGO).

Com relação à sua função , as OTP's podem ser classificadas em supramaleolares( fig 0) , rígidas (Solid AFO's-fig 1) , flexíveis (Flexible AFO's fig.2) , articuladas ( Hinged AFO's fig.3<sup>a</sup> e 3b) e de reação ao solo( Floor reaction- fig 4).. Um critério biomecânico bastante aceito na comunidade internacional , pondera que toda vez que na fase de apoio do paciente , temos o avanço da tibia sobre o pé , a indicação é liberar o movimento da articulação

tíbio-társica ( tornozelo) , promovendo um mínimo alinhamento também da articulação subtalar , ou seja , a indicação é uma órtese flexível ou articulada ou de reação ao solo. A diferenciação da aplicação de uma ou outra , se dará pelo grau de comprometimento do paciente e consequente maior ou menor controle do joelho , padrão de marcha , etc.

#### A indicação das órteses:

Quando não estamos preocupados com a articulação tíbio társica , mas apenas em neutralizar a articulação subtalar , contendo apenas pronação e supinação , a órtese supramaleolar ( SMO) é uma solução bastante interessante tanto numa criança que está numa fase de desenvolvimento que necessita desta liberdade da tíbiotársica , como num adulto com um pé hiperpronado ou um pé de Charcot.

Uma órtese rígida terá indicação num paciente que já não deambula , ou pacientes infantis que ainda não tem marcha , ou somente naqueles cuja marcha não apresenta avanço da tibia sobre o pé .Por estruturar o paciente biomecânicamente , ela previne deformidades ósseas , mas limita a capacidade de avanço do paciente , fazendo com

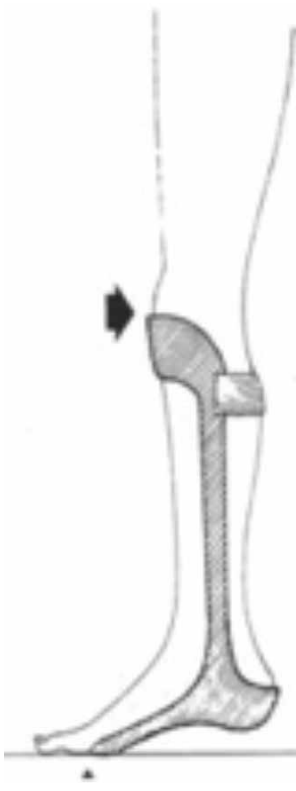


Fig 5

que para fazer o roll-over( passar sobre o pé de apoio), o paciente seja levado a uma rotação interna ou externa do MI e a um maior gasto energético.

Nos outros casos , nossa opção inicial será uma órtese flexível em polietileno (fig.2) ou em fibra de carbono(fig.3) do tipo Walk On da Otto Bock .A primeira indicada naqueles casos de paralisias flácidas pela sua leveza e simplicidade .Nos casos que se deseja uma maior dinâmica de marcha ou que exista uma leve espasticidade , a Walk On oferece uma solução mais completa , com restauração de energia e impulsão do paciente, permitindo ao mesmo deambular mais tempo e com maior segurança.

Nos casos em que o paciente apresenta uma instabilidade grave de tornozelo , seremos forçados a utilizar uma órtese articulada confeccionada sob medida com uma articulação Tamarack de restauração de energia ou com uma articulação OB unilateral com auxílio à dorsiflexão

( fig 4ª) ou até com uma articulação OB com controle de auxílio à flexão plantar e dorsal independente ( fig 4b) e caso ele não tenha um bom controle do joelho , podemos adicionar um strap posterior para controlar a flexão do joelho (fig 4c), inverter a articulação Tamarack, utilizar a resistência a flexão dorsal independente ou passar para uma órtese de reação ao solo( fig 5). Nesta hora o cuidado que devemos ter é no sentido de lembrar que a órtese de reação ao solo apesar de auxiliar a extensão do joelho do paciente , aumenta o gasto energético e não consegue dar conta de instabilidades graves de tornozelo . Como estas órteses ( Walk on Reaction da Otto Bock ) ainda não tem registro no Brasil , ficamos limitados por enquanto a fazê-las sob medida em fibra de carbono ou termoplástico , mas com maior custo.

Proporcionalmente , cerca de 70% dos pacientes conseguem um bom resultado com a órtese flexível em fibra de carbono,

no, com lâmina posterior( Walk On-fig3). Aqueles que não conseguem , podemos fazer uma órtese articulada ou de reação ao solo em plástico ou fibra de carbono.

Nos casos mais graves , onde exista uma insuficiência grave da musculatura extensora de joelho e onde nem a rigidez da haste da órtese flexível , nem o momento extensor da órtese de reação ao solo sejam capazes de controlar a flexão ou o recurvato do joelho , não teremos outra opção a não ser optar por uma órtese cruropodálica , mas isto é um outro capítulo.



**Mario Cesar Alves de Carvalho** é Eng. Biomédico com especialização na França , EUA e Alemanha, diretor da Follow Up Centro Clínico –OTTO BOCK no Rio de Janeiro .

mario.carvalho@ortopediafollowup.com.br

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

# CADEIRANTE OU USUÁRIO DE CADEIRA DE RODAS?

Por Maria Paula Teperino



Nossa língua é viva e assim sempre temos a possibilidade de nos depararmos com palavras novas, ou com mudança de sentido de palavras antigas. Expressões em línguas estrangeiras também acabam por serem incorporados no nosso dia a dia. Quem nunca usou delete ou invés de descarte, gay ao invés de homossexual, site ao invés de lugar, e por aí vai.

Quando uma palavra nova entra no domínio público, abre-se a possibilidade de nos depararmos com um novo conceito. É como se as palavras ganhassem vida própria e delas decorressem novas formas de nos posicionarmos no mundo. O inverso também acontece. Às vezes as palavras ficam obsoletas e nos empurram para o uso de novas expressões.

Foi exatamente isso que aconteceu com a palavra “cadeirante”, expressão usada para designar quem necessita usar uma cadeira de rodas para sua locomoção. Até o início dos anos 2000, os Movimentos de Luta deste seguimento usavam o termo, “pessoa portadora de deficiência”, paralelamente e contra o que pregavam os Movimentos, órgãos oficiais tentaram emplacar o termo “pessoa com necessidade especial”, os chamados PNE. Porém, somente na segunda metade dos anos

2000, com a participação do Brasil na Convenção Internacional da ONU dos Direitos das Pessoas com Deficiência, é que o termo “pessoa com deficiência” passou a ser usado oficialmente.

Entretanto, sempre há uma distância entre a língua oficial e a que usamos no nosso dia a dia. O termo “pessoa com deficiência” é abrangente e designa a todos que podem ser classificados com algum tipo de déficit, seja ele físico, sensorial ou intelectual.

Entretanto, a subjetividade interfere na escolha das palavras, e de alguns anos para cá, surgiu o termo “cadeirante”. Talvez pelo estigma em torno da cadeira de rodas, a mudança social acabou por forçar o uso de um adjetivo que combinasse mais com os novos tempos.



**Maria Paula Teperino** é psicanalista, cadeirante, atende em consultório particular no Rio de Janeiro, é Pós Graduada no Curso de Psicanálise Lacaniana – IBMR – 2011/2012 – Apresentação do Artigo: “OS MESMOS SINTOMAS E SUAS NOVAS ROUPAGENS - Angústia, Fobia e Transtorno de Pânico”.

É Participante da Escola Letra Freudiana do Rio de Janeiro. Começou sua formação em psicanálise no Colégio Freudiano de Vitória – ES, em 1990. Atualmente conclui Pós Graduação em Teoria Psicanalítica na Universidade Veiga de Almeida, RJ. e-mail - paulateperino@hotmail.com

Quem nunca leu na imprensa ou ouviu alguém comentar a infelicidade de alguém por estar “preso” a uma cadeira de rodas? Porém com o tempo, o cadeirante passou a circular nos shoppings, a ser aluno nas Universidades, a estar presente nas empresas como patrão ou empregado. Você passou a vê-lo na TV ou no cinema, não como aquele que tem como único objetivo na vida voltar a andar, mas aquele que vai à praia, que viaja, que namora, engravida, enfim, que tem os mesmos sonhos que você. E aí, como uma roupa que saiu de moda ou não cabe mais no seu dono, os termos, “deficiente” e “PND” não cabem mais nessas pessoas, e uma expressão que demonstre mais dinamismo passou a se impor: a de cadeirante.

Ainda nos deparamos com usuários de cadeira de rodas. Alguns de forma temporária, pois momentaneamente, por uma razão ou por outra estão impedidos de andar, outros porque embora com lesões permanentes, ainda estão num processo de reabilitação, não só físico como psíquico para se tornarem cadeirantes.

Com o advento das redes sociais é cada vez mais rápido acompanharmos a passagem de um usuário de uma cadeira de rodas para um cadeirante. Talvez pela emergência desses novos tempos e pela melhora, ainda que tímida, das condições arquitetônicas de nossas cidades, vamos vendo cada dia mais o surgimento de novos cadeirantes. E você, é usuário de cadeira de rodas ou já se tornou cadeirante?

ACESSE NOSSO SITE:

[www.revistareacao.com](http://www.revistareacao.com)