

# GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA PAIS DE CRIANÇAS COM PÉ TORTO CONGÊNITO

- MÉTODO DE PONSETI-

1

Guia de orientação de pais produzido pela Associação Primeiro Passo com base no manual “Pé Torto – tratamento de Ponseti” e no site [www.petorto.com.br](http://www.petorto.com.br)



# ÍNDICE

• O que é pé torto congênito?	3
• o que causa pé torto congênito?	3
• pés tortos graves	4
• qual o futuro de crianças com pé torto?	4
• tamanho dos pés?	5
• esportes?	5
• O que é o tratamento de Ponseti?	5
• Antes do tratamento	6
• Começando o tratamento	6
• Fase do gesso	6
• Tenotomia	8
• Fase da órtese	9
• esquema do uso de órtese	10
• instruções de uso da órtese	11
• ajuste da órtese	12
• quando parar de usar órtese	14
• estratégias para o uso da órtese	14
• Apoio às famílias	15
• Associação Primeiro Passo	15
• Associações internacionais	17
• Sites relacionados	21



## O que é pé torto congênito?

Pé torto congênito (PTC) é uma alteração ortopédica que ocorre na fase embrionária. Um pé com desenvolvimento normal se torna um pé torto durante o segundo trimestre de gestação; por isso, é raramente detectado com ultrassonografia antes da 16ª semana de gestação. O pé torto é uma deformidade do desenvolvimento.

Incidência: a frequência da ocorrência dessa condição é de 1 caso para cada 1000 crianças caucasianas; entre japoneses, a frequência é a metade e na raça negra é 3 vezes maior. Nos povos polinésios, encontra-se a mais alta frequência, 6 crianças para cada 1000 nascimentos. O pé torto congênito é 3 vezes mais comum no sexo masculino.

## O que causa o pé torto?

Não se sabe exatamente porque a condição ocorre, por isso se dá o nome de pé torto congênito (de nascimento) e idiopático (quando não sabemos a causa).

No entanto, acredita-se que o pé torto congênito é também uma doença / deformidade do desenvolvimento uma vez que ocorre apenas no segundo trimestre da gestação, através de uma possível ativação de genes "responsáveis" pela geração da deformidade. Essa área da genética está em grande foco de estudo atualmente, prometendo respostas em um futuro próximo. Por isso, o tratamento baseia-se em uma reorientação do crescimento das cartilagens e ossos do pé, e também por essa razão ocorrem as recidivas. Existe uma "memória" da deformidade inicial, que vai ficando mais fraca a medida que a criança cresce.

Alterações neurológicas também podem estar implicadas nas possíveis causas. Fatores ambientais também podem estar relacionados, mas o único comprovado hoje em dia é o uso do misoprostol, medicamento para ação no trato gastrointestinal, porém hoje infelizmente utilizado como substância provocadora de abortos. Quando eles não acontecem, pode ocorrer uma síndrome denominada Síndrome de Moebius, com pé torto, paralisia facial e distúrbios da mobilidade ocular.

Pés tortos graves: menos de 5% das crianças nascidas com pé torto têm pés rígidos, encurtamento e graves com ligamentos rígidos, que não cedem ao alongamento. Essas crianças tem correção mais difícil, e em alguns casos podem precisar de correção cirúrgica. Os resultados são melhores se a cirurgia óssea e de partes moles puder ser evitada. A cirurgia no pé torto é invariavelmente seguida de formação de tecido fibroso cicatricial, cicatrizes e fraqueza muscular que se tornam mais graves e limitantes após a adolescência. (Ponseti, 1995)

### **Qual o futuro de crianças com pé torto?**

A criança que é tratada corretamente pelo método de Ponseti, apresenta ótimos resultados funcionais, e estéticos, muito próximos da normalidade. Entretanto, alguns estigmas da doença vão persistir mesmo após o tratamento:

Tamanho dos pés: o tamanho final do pé de uma criança com pé torto é sempre menor que um pé normal, assim como a panturrilha apresenta também um menor diâmetro. Entretanto, encurtamentos da perna não são significativos.

Esportes: os pacientes tratados pelo método de Ponseti geralmente não tem dificuldades para participar de atividades físicas regulares no futuro.

## O que é o tratamento pelo método de Ponseti?

O tratamento é baseado no entendimento correto da anatomia funcional do pé e da resposta biológica dos músculos, ligamentos, tendões e cartilagens às alterações de posicionamento obtidas pela manipulação e confecção de gessos e uso de órtese de abdução.



## Antes do tratamento

Os pais de crianças nascidas com pé torto devem saber que seus bebês, se não tiverem outras alterações, e forem tratados por mãos experientes, terão pés com aparência e função praticamente normais. O pé torto tratado adequadamente não tem nenhuma limitação e é totalmente capaz de proporcionar uma vida ativa e normal.

## Começando o tratamento

O tratamento deve começar nas primeiras semanas de vida para aproveitar a elasticidade favorável dos tecidos que formam os ligamentos, cápsulas articulares e tendões. No entanto, o mais importante é que a família já esteja estruturada com a nova rotina do recém nascido e a mãe recuperada do parto. A criança deve ter bom peso (geralmente acima de 3 kilos) porque se for muito pequena haverá dificuldade com o controle do ganho de peso. Aguardando as primeiras semanas e a alta da maternidade também ajudará para que as bilirrubinas já estejam em níveis normais – se houver necessidade de fototerapia, ou de acesso a uma veia, o gesso precisará ser retirado, e se perde toda a correção...



Muitas famílias ficam ansiosas pelo início do tratamento, mas em realidade não há diferença da chance de sucesso do tratamento nos primeiros 3 meses de vida.

Com o tratamento, essas estruturas são alongadas com manipulações cuidadosas semanais. Um gesso longo (do pé até a virilha) é aplicado após cada sessão semanal para manter a posição gradualmente obtida em direção ao alinhamento correto.

### **Fase do gesso**

Durante a manipulação e a confecção do gesso, procure deixar a criança confortável e permita que ela mame ou manipule seus brinquedos prediletos.

Cinco a sete gessos longos, da coxa ao pé, com os joelhos em ângulo reto são geralmente suficientes para corrigir a deformidade. Alguns pés mais rígidos requerem mais gessos. Se o número de gessos for muito grande, e o tratamento estiver muito prolongado, procure mais informações sobre o tratamento pelo Método Ponseti.

Dicas após a confecção do gesso:



Após o primeiro gesso para começar a corrigir a deformidade, seu bebê pode ficar irritado, mas ele deve ficar confortável depois de um tempo (variando de algumas horas a um ou dois dias). Seguem abaixo algumas dicas!

- **Observe a circulação do pé** toda hora pelas primeiras 12 horas depois da colocação do gesso e depois 4 vezes ao dia. Isso é feito fazendo-se uma pressão nos dedos e observando-se a volta da circulação. Os dedos ficarão brancos e em seguida rapidamente voltarão a ficar com a cor rosa se a circulação estiver boa. Se os dedos estiverem escuros e frios e não voltarem a ficar com a cor rosa, o gesso pode estar muito apertado. Se isso acontecer, fale com seu médico, ou vá ao departamento de emergência para mostrar o gesso. **Atenção: se isso não for possível, deve-se retirar o gesso com água morna e aos poucos cortando com uma tesoura de ponta romba. Retirar o gesso em serviço de emergência não é recomendado devido ao risco de lesões de pele com o uso da serra**, uma vez que os técnicos de gesso não estão acostumados com a pouca quantidade de algodão utilizada.

- **O dorso dos dedos do pé deve estar exposto** e você deverá conseguir ver todos os dedos. Se os dedos “sumirem” isso é um sinal de que o pé escorregou para cima no gesso. Fale com o seu médico imediatamente, uma vez que os locais moldados para cada parte do pé ficarão incongruentes, podendo causar lesões na pele, ou esmagamento do calcâneo.



- **Mantenha o gesso limpo e seco.** O gesso pode ser limpo com um pano levemente úmido.
- **O gesso molhado pode ser apoiado em um travesseiro** ou em uma superfície macia. Quando seu bebê estiver deitado de costas, coloque um travesseiro abaixo do gesso para elevar a perna e deixar o calcanhar livre. Isso evita a pressão no calcanhar, que pode causar uma ferida na pele. Para terminar de secá-lo você pode usar um secador de cabelos no modo “morno”.
- **Use fraldas descartáveis e troque frequentemente** seu bebê para evitar que o gesso suje. Coloque a fralda fora da borda do gesso para evitar que a urina ou as fezes caiam no gesso. Fraldas com elástico nas pernas são indicadas.
- **Avise o médico se detectar secreção no gesso,** qualquer odor desagradável que venha do gesso, machucados na pele próxima a ponta do gesso, vermelhidão, feridas, irritação e febre de 38,5°C sem uma razão como resfriado ou viral.

## Tenotomia

Antes da aplicação do último gesso que é mantido por 3 semanas, o tendão de Achiles é geralmente cortado (tenotomia), num procedimento que pode ser feito sob anestesia local, na própria clínica, para completar a correção do pé. Alguns médicos preferem fazer no centro cirúrgico, sob anestesia geral.

Quando o último gesso é removido, 3 semanas depois da tenotomia, o tendão já se refez, no comprimento adequado. Depois de 2 meses de tratamento, os pés devem parecer hiper-corrigidos. No entanto, eles voltarão ao normal em poucas semanas. O exame radiográfico seriado geralmente não é necessário, porque é possível palpar-se com os dedos a posição dos ossos e sentir-se o grau de correção. O mesmo não ocorre em casos complexos.

Recidivas: quando a deformidade recidiva, novas manipulações e novos gessos semanais são realizados. Ocasionalmente, pode ser necessária outra tenotomia do tendão do calcâneo. Em alguns casos, mesmo seguindo-se todos os cuidados, uma pequena cirurgia pode ser necessária após os 2 anos de idade, nas crianças que levantam o pé sempre trazendo-o para dentro (inserção anômala, mais para dentro, do tendão). A cirurgia consiste em transferir o tendão do músculo tibial anterior para o meio do pé (osso chamado terceiro cuneiforme).

## Fase da órtese

A órtese é utilizada somente após a correção total do pé torto através da manipulação e gessos seriados, e da tenotomia. Mesmo quando bem corrigido, o pé torto tem a tendência de recidivar até a idade de aproximadamente 4 anos. A “força” para recidivar é máxima logo após a correção, e vai decaindo com o tempo. Aos dois anos, as recidivas ocorrem em 60% dos pacientes, aos três anos, ocorrem em cerca de 20%, e aos 4 anos, atingem 10%, o que faz com que a maioria dos médicos nessa idade suspenda o uso da órtese de abdução, acompanhando de perto durante o primeiro ano.

A órtese de abdução dos pés é a forma adequada para evitar a recidiva da deformidade. Quando utilizada corretamente, é efetiva em mais de 90% dos pacientes. O uso da órtese não atrasa o desenvolvimento para sentar, engatinhar ou andar.

Na primeira e na segunda noite da utilização da órtese o bebê pode ficar irritado, mas é muito importante que a órtese não seja retirada. Pode-se observar se há algum sinal de machucado ou compressão retirando a órtese, e colocando logo em seguida, cuidadosamente. Deve-se ensinar a flexão combinada dos joelhos que ocorre com a órtese, e se a criança aprende esse movimento, fica mais tranqüila.

Depois da segunda noite, a criança possivelmente se adaptará à órtese, acostumando-se com ela. Tudo é novo para um recém nascido, e a órtese é apenas mais um componente novo na vida de um recém nascido – assim como a luz, as mudanças do clima ou o uso de roupas. As recidivas ocorrerão invariavelmente se a órtese não for utilizada conforme orientação. Quando o uso contínuo da órtese é terminado, a criança pode usar calçados normais durante o dia. Após os 4 anos, a órtese por 14 horas poderá ser suspensa se os pés tratados apresentarem boa flexibilidade, total correção, e adequada dorsiflexão, ou seja, o movimento do pé para cima.

Devem ser agendadas consultas para o acompanhamento médico. No uso contínuo da órtese (primeiros três meses), a colocação da órtese e a posição dos pés na órtese devem ser checados pelo médico, sanando todas as possíveis dúvidas dos pais. Lesões de pele geralmente podem ocorrer nessa fase, e os cuidados para não deixar largo, assim como o uso de curativos anti-escaras (por exemplo de hidrocoloide) ajudam evitando e tratando essas alterações de pele. Se a órtese não está sendo usada adequadamente, logo serão percebidas alterações nos pés, que se perderam a correção, deverão ser tratados novamente. Apenas pés corrigidos devem ser ortetizados.

Durante o uso das 14 horas, o desenvolvimento neuro motor deve ser observado, assim como a manutenção da correção nos pés, e o uso adequado das órteses, incluindo o tamanho das botas e a distância adequada da barra.

### Esquema do uso da órteses

A criança deverá usar a órtese por **23 horas por dia por 3 meses**. A órtese deve ser retirada somente para o banho.

Depois deste período, **a órtese deve ser utilizada somente a noite e durante as dormidas durante o dia perfazendo 14 horas por dia, até os 4 anos de idade.**

Seu médico deverá indicar o tempo de uso da órtese até a alta, dependendo da gravidade do pé torto. Por isso, não termine o tratamento antes da hora, parando de usar a órtese. Se estiver inseguro, pergunte ao médico.

### Instruções de uso da órtese

- Após a retirada do gesso, a pele pode parecer macerada, estranha, mas melhora em 2 ou 3 dias – isso é o resultado do acúmulo de pele por três semanas.

- A coloração da pele sob o gesso pode ser vinhosa, mais avermelhada, fruto da compressão pelo gesso durante esse período. Ao abaixar as pernas, esse efeito é mais intenso, e ao elevar, melhora. Não é compressão pela órtese. Isso melhora após cerca de dois dias

- Não passe creme hidratante nos pés. Da mesma forma que o preparo dos seios para amamentação, os pés devem ficar mais resistentes para o uso da órtese – se eles estiverem macios devido aos cremes, a pele pode sofrer erosões e bolhas.

- Sempre use meias de algodão que cubram o pé em toda a extensão onde a bota encosta no pé e na perna. A pele do seu bebê pode ficar sensível após o último gesso; então você poderá usar uma meia grossa, ou duas meias em cada pé durante os dois primeiros dias. Após o segundo dia, use apenas uma meia em cada pé.

- Coloque primeiro a bota no pé mais grave, e depois a bota no pé menos grave.

- Segure o pé dentro da bota e prenda a tira dorsal primeiro. A tira ajuda a manter o calcanhar embaixo, encostado na palmilha. Não marque o furo na tira dorsal porque, com o uso, o couro vai amolecer e um novo furo pode ser utilizado.

- Observe se o calcanhar da criança está bem embaixo na bota, puxando a perna para cima e para baixo. Se os dedos estiverem se movendo para frente e para trás, o calcanhar não está na posição adequada, e portanto ele deve ser novamente posicionado ajustando-se a tira dorsal. Uma linha pode ser traçada na palmilha, indicando a posição adequada dos dedos; os dedos devem estar nessa linha se o calcâneo estiver na posição correta.

- Amarre o cadarço firmemente, mas cuidado com a circulação. Lembre-se: a tira é a parte mais importante. O cadarço é utilizado para ajudar a segurar a bota no pé.

- Observe se os dedos estão retos e não estão dobrados. Até que você tenha certeza disso, você poderá cortar as meias para ver claramente todos os dedos.

### Ajuste da órtese

A órtese pode ser ajustada pelo seu técnico, mas você ou seu médico poderão ser responsáveis pelas trocas das botas e abertura da barra à medida que sua criança cresce.



Troque as botas somente quando os dedos da criança chegarem até o final da palmilha, ou tenderem a dobrar sobre a borda da bota. Se você não souber qual o tamanho das botas na barra, meça o comprimento dos sapatos e fale com seu técnico de órtese. Novos sapatos devem ser dois tamanhos maiores que os atuais. Você pode contatar o técnico para solicitar novas botas para a órtese. Sempre faça isso com orientação de seu médico. Quaisquer problemas com órteses velhas ou novas podem ser relacionados a perda da correção dos pés

Parafusos são utilizados embaixo das botas para conectá-las à órtese. Marque a angulação na barra antes de pedir novas botas para que as angulações sejam mantidas.

Conecte as botas à órtese com as fivelas para o lado de dentro. Você deve ajustar o comprimento da barra, a distância entre os parafusos centrais deve ser a distância entre a borda externa dos ombros.

Marque uma linha no contorno dos dedos na primeira vez que a órtese é colocada, para indicar a posição do pé quando o calcâneo está posicionado corretamente.

## Quando parar de usar a órtese

Não há resposta científica para esta pergunta.

Muitas vezes não é fácil distinguir quais os pés mais ou menos graves, principalmente observando-os aos 2 anos de idade. **Então recomenda-se que mesmo os pés menos graves devem ser tratados com o uso de órtese por 4 anos.**

A maioria das crianças se acostuma bem com a órtese, e ela se torna parte de seu dia a dia.

## Estratégias para o uso da órtese

- A melhor estratégia para assegurar a adesão ao protocolo de uso da órtese é conhecer bem o tratamento de Ponseti. O método de Ponseti deve ser visto como um estilo de vida que demanda compromisso e inserção na rotina familiar.
- Aproveite o contato com outros pais em salas de espera de hospitais e consultórios para investigar dicas para melhor inserção do uso da órtese na rotina familiar.
- Peça que o médico os ensine a colocar a órtese corretamente e pratique algumas vezes.

- Exercite os joelhos do seu bebê (fletindo e estendendo) as pernas juntas com a órtese, para que ele se acostume a mover as duas pernas ao mesmo tempo. Se a criança tentar chutar uma perna de cada vez, a barra não permite, e ela poderá ficar irritada.
- Agende a primeira visita ao médico, após o início do uso da órtese, nos primeiros 15 dias, para monitoramento do uso adequado.

## **Apoio às famílias**

Pais de crianças com pé torto congênito são solícitos em fornecer informações e suporte relativos ao problema de sua criança e tratamento. Mas busque associações e grupos que tenham um trabalho certificado e sério!

### Associação Primeiro Passo

A Associação Primeiro Passo nasce do desejo de muitos pais de crianças com pé torto congênito que foram tratadas pelo método Ponseti, e tem como intuito multiplicar, incentivar e difundir esta técnica de tratamento em meios médicos e não médicos.

Missão: divulgar o tratamento do pé torto congênito pela técnica de Ponseti, atuando na detecção precoce



desta alteração ortopédica, no suporte e facilitação de centros de tratamento Inter setoriais no Brasil e no exterior.

**Visão:** promover a erradicação do pé torto congênito não tratado, no Brasil e no mundo.

### Objetivos

1. Auxiliar nos projetos de treinamento e capacitação de médicos, no método de Ponseti no Brasil e no exterior, reconhecendo o Grupo Brasileiro de Estudos do Método Ponseti como o grupo de médicos treinados a ser apoiado pela Associação;
2. Apoiar projetos de pesquisa éticos ligados ao tratamento do pé torto congênito, tanto na compilação de dados como viabilização de infraestrutura para que possam ser realizados;
3. Auxiliar na assistência às crianças com pé torto, atuando como facilitador de políticas de acesso, promovendo encaminhamentos e divulgação em meios médicos e não médicos, sempre de forma ética, não confrontadora e não sensacionalista;
4. Articular e capacitar redes intersetoriais de apoio e assistência às crianças com pé torto congênito.

Mais informações podem ser obtidas através do site:  
**<http://www.primeiropasso.org/>**

### Associações internacionais

20



**Ponseti International Association:** <http://www.ponseti.info/v1/>  
**Suporte internacional para pais:**  
<http://groups.yahoo.com/group/nonsurgery4clubfoot/>  
**STEPS Charity (Reino Unido):** <http://www.steps-charity.org.uk/>  
**Hospital Debrosse (França):** [www.ifrance.com/piedbot/](http://www.ifrance.com/piedbot/)  
**Klumpfusse (Alemanha):** <http://www.xn--klumpfsse-v9a.de/>  
**Steps (África do Sul):** <http://www.steps.org.za/>

### Sites relacionados

[www.petorto.com.br](http://www.petorto.com.br)

[www.primeiropasso.org](http://www.primeiropasso.org)

