



**A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: ESTUDO DE CASO**

**THE PERFORMANCE OF PHYSIOTHERAPY IN THE TREATMENT OF CONGENITAL CROOKED FOOT: CASE STUDY**

Iêssa Silva Motta<sup>1</sup>, Patrícia Brandão Amorim<sup>2</sup>

Submetido em: 11/10/2021

e210870

Aprovado em: 21/11/2021

<https://doi.org/10.47820/recima21.v2i10.870>

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O pé torto congênito é considerado por alguns estudos como a deformidade congênita mais comum, atingindo 1 a cada 1000 nascidos vivos. Ocorre por uma alteração na deposição do colágeno posteromedial da perna, provocando uma deformidade em cavo, adutor, varo e equino, com perna e pé mais curtos do que o não afetado. A deformidade resultante consiste em equino do retopé, varo (ou inversão) da subtalar, cavo por flexão plantar do antepé a adução do médio e do antepé. **OBJETIVO:** Analisar a evolução do tratamento fisioterapêutico de um paciente em tratamento para pé torto congênito. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo de caso baseado na análise documental do prontuário de evolução fisioterapêutico de um paciente com diagnóstico de pé torto congênito a fim de descrever a evolução do tratamento no decorrer dos atendimentos de reabilitação. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Os dados colhidos do presente estudo exploratório, demonstraram que a implantação de manobras não invasivas como o método de Kite e Ponseti, no tratamento do pé torto congênito são eficientes, satisfatórias e de melhor custo-benefício. Esse tratamento inclui manipulações, alongamentos e bandagens para ajudar a posicionar os pés e são aplicadas antes da intervenção invasiva, a cirurgia. Ao finalizar-se o tratamento do caso clínico, pode-se notar que o paciente adquiriu uma melhor qualidade de vida por meio do aumento da amplitude de movimento (ADM), ganho de força, com o treino de descarga de peso pode-se ganhar um melhor alinhamento corporal, distribuindo a massa corpórea, retirando assim a carga excessiva sobre as articulações em questão. **CONCLUSÕES:** Conclui-se que os resultados adquiridos nesse estudo demonstram que, o tratamento com manipulações, alongamentos e bandagens são aplicadas antes da intervenção invasiva, a cirurgia e visam o alcance de um melhor desenvolvimento físico e motor. Trabalhando para oferecer fortalecimento muscular, correção da marcha, promover equilíbrio e a posição corretar de se apoiar os pés. Proporcionando à esta criança maior independência e também um bom desenvolvimento das suas AVD'S (Atividade da vida diária).

**PALAVRAS-CHAVE:** Pé torto congênito. Fisioterapia. Deformidade congênita.

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Congenital clubfoot is considered by some studies as the most common congenital deformity, affecting 1 in every 1000 live births. It occurs due to an alteration in the deposition of the posteromedial collagen of the leg, causing a deformity in the cavus, adductor, varus and equinus, with a shorter leg and foot than the unaffected one. The resulting deformity consists of hindfoot equinus, subtalar varus (or inversion), cavus by plantar flexion of the forefoot and adduction of the middle and forefoot. **OBJECTIVE:** To analyze the evolution of physical therapy treatment of a patient being treated for congenital clubfoot. **METHODOLOGY:** A case study was carried out based on the documentary analysis of the medical record of the physical therapy evolution of a patient diagnosed

<sup>1</sup> Acadêmica em fisioterapia, UNEC – Centro Universitário de Caratinga, Campus de Nanuque- MG.

E-mail: [iessamotta@hotmail.com](mailto:iessamotta@hotmail.com);

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública, Mestre em Meio Ambiente e Sustentabilidade em Autogestão em Saúde; Graduada em Fisioterapia. E-mail: [brandaoamorim@hotmail.com](mailto:brandaoamorim@hotmail.com)



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: ESTUDO DE CASO  
Iêssa Silva Motta, Patrícia Brandão Amorim

with clubfoot in order to describe the evolution of the treatment during the rehabilitation sessions. **RESULTS AND DISCUSSION:** The data collected from this exploratory study demonstrated that the implementation of non-invasive maneuvers, such as the Kite and Ponseti method, in the treatment of congenital clubfoot are efficient, satisfactory and cost-effective. This treatment includes manipulations, stretches and bandages to help position the feet and are applied before the invasive intervention, surgery. At the end of the treatment of the clinical case, it can be noted that the patient acquired a better quality of life through increased range of motion (ROM), strength gain, with weight-bearing training, one can gain better body alignment, distributing the body mass, thus removing the excessive load on the joints in question. **CONCLUSIONS:** It is concluded that the results obtained in this study demonstrate that the treatment with manipulations, stretching and bandages are applied before the invasive intervention, surgery and aim at achieving a better physical and motor development. Working to provide muscle strengthening, correct gait, promote balance and correct foot support. Providing this child with greater independence and also a good development of their AVD'S (Activity of daily life).

**KEYWORDS:** Clubfoot. Congenital. Physiotherapy. Congenital deformity.

### INTRODUÇÃO

O pé torto congênito, segundo Maranhão e Volpon (2011), é considerada a deformidade congênita mais comum, atingindo 1 a cada 1000 nascidos vivos. Essa alteração ocorre devido a deposição do colágeno posteromedial da perna, provocando uma deformidade em cavo, adutor, varo e equino, com perna e pé mais curtos do que o membro não afetado.

Pode-se inferir, em relação à definição que: "O Pé torto congênito (PTC) é o termo usado para descrever a deformidade complexa que inclui alterações de todos os tecidos músculo-esqueléticos distais ao joelho, ou sejam, dos músculos, tendões, ligamentos, ossos, vasos e nervos" (MERLLOTTI et al, 2006, p. 137).

Segundo Weinstein (2000 *apud* Lima, 2013), a causa da patologia ainda se é desconhecida. Causas intrínsecas ou extrínsecas, fatores ambientais, como o posicionamento incorreto uterino, lesão nervosa primária com disfunção muscular secundária, má formação da vascularização, contração muscular de maneira incorreta evitando que esse tecido volte ao seu estado normal de relaxamento, infecções virais, tentativa ou interrupção do desenvolvimento embrionário estão entre as principais propostas do porquê essa deformidade ocorre.

De acordo com Merllotti et al (2006) que a maior taxa de ocorrência do pé torto congênito (PCT) ocorre quando se tem uma perda de líquido amniótico entre a 11<sup>a</sup> e a 12<sup>a</sup> semanas de gestação. Segundo o estudo feito por Hipócrates essa compressão é um fator casual, ele foi um dos precursores a investigar a causa da patologia que é sofrida no ambiente intrauterino. O sexo masculino possui o dobro de chances do sexo oposto a desenvolver a patologia, sendo sua predominância nos casos bilaterais, e quando unilateral, se impera o lado direito. O PTC não apresenta casos isolados em raças, sua variação é ampla sendo de 0,93 a 1,5 para cada 1.000 nascidos vivos da cor branca e de até 6,8 para cada 1.000 nascidos vivos polinésios.

Em conformidade com Santin et al. (2004), retratam que essa alteração pode ser múltipla, ou seja, o indivíduo estar suscetível a desenvolver demais anomalias que são divididas em idiopático,



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: ESTUDO DE CASO  
Iêssa Silva Motta, Patrícia Brandão Amorim

teratológico, postura e sindrômico, formando grupos de quatro. Apesar da sua patologia ser desconhecida há fatores de risco, que contribuem para o seu desenvolvimento, fatores genéticos e ambientais.

Por conseguinte, o objetivo desse estudo é a atuação da fisioterapia no tratamento de crianças que apresenta pé torto congênito.

### 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

Conforme Merlotti et al. (2006), o pé torto congênito (PTC) é uma deformidade complexa que envolve os ossos, músculos, tendões e vasos sanguíneos. O pé é geralmente pequeno e assume a posição em equino-varo-supinado (calcanhar elevado, pé voltado para dentro e rodado para cima). Sinaliza a importância da avaliação clínica no indivíduo de forma correta, a fim de diagnosticar as limitações do pé torto congênito. Um dos principais objetivos desta análise é prover ao paciente e aos seus familiares um melhor quadro de tratamento, qualidade de vida e independência. A atuação dos profissionais que cercam a vida do PCT é de grande relevância e se deve ser conjunta, entre médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

A importância da família é descrita por Fernandes e Baiano (2013), de forma fundamental já que é no ambiente familiar que se é moldado valores, conhecimento e vínculos entre gerações. É descrito como o nascimento de uma criança com certa deficiência pode impactar a organização estrutural de um sistema familiar. Para que os pais não se culpem é essencial a adaptação aos padrões dessa nova relação, buscando equilíbrio para que esse conjunto não se torne disfuncional.

### 2.1. ANATOMIA DA PATOLOGIA:

Conforme Andrade et al. (2021), os distúrbios osteomusculares atuam em destaque na deformidade, uma vez que geram lesões nos músculos, tendões, articulação, ligamentos, tecidos e ossos, provocando desequilíbrio funcional. Salienta que as alterações anatômicas do pé torto congênito são: em equino, cavo, varo, adução e supinação e alterações esqueléticas.

Segundo Maranhão e Volpan (2009), a deformidade do tálus morfológica, medialmente e em posição plantar se encontra o colo angulando, ademais o colo pode sofrer encurtamento e em alguns casos ser ausente. Sob a cabeça do tálus encontra-se o calcâneo inclinado medialmente no plano horizontal em equino, aduzido e invertido.

O ângulo formado pelo eixo longo da cabeça e do colo com o eixo longo do corpo do tálus é chamado ângulo de declinação que um pé do adulto normal é de aproximadamente 150° a 160° e no pé torto congênito seu valor está entre 115° e 135°. Através de exames complementares, como a ressonância magnética tridimensional se concluiu que o tecido cartilaginoso do tálus encontra-se em rotação medial no pé normal e no pé com a patologia PTC, o que os diferencia é o ângulo, sendo o do pé torto congênito menor. (MERLLOTTI et al., 2006, p. 138).



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: ESTUDO DE CASO  
Iêssa Silva Motta, Patrícia Brandão Amorim

### 2.2. Quadro Clínico do pé torto congênito:

Consoante Santin et al. (2004) destacam que toda criança que possui deformidade congênita deve ser avaliada como um todo, pois assim se pode excluir variantes patológicas e identificar fatores etiológicos. Nas alterações fundamentais do pé torto congênito é possível a inspeção da adução-supinação do ante pé varo do calcâneo, equinismo, cavismo e alterações esqueléticas. É necessário a avaliação para detectar displasia associada, executando exames complementares no quadril, assim como é importante certifica-se que o PTC não está afiliado a quadros sindrômico, método usado para identificar doenças por processo de eliminação ou neurológicos que podem afetar o cérebro, medula espinhal e nervos.

De acordo com Pinto et al. (2010), a má formação do tálus pode acarretar quadros de necrose, em graus variáveis, sua consequência sobrevém quando durante o tratamento do PTC antes da intervenção cirurgia é executada a dosoflexão que é realizada ao tentar diminuir o equinismo, principalmente se utilizar técnicas manipulativas nos tecidos moles.

### 2.3. Diagnóstico:

Em concordância com Galindo e Paz (2017), o diagnóstico pode ser bem fácil e rápido pois a parte externa do pé apresenta irregularidade, sendo está bastante característica. Atualmente essa anomalia pode ser diagnosticada por suspeita no período gestacional pela ultrassonografia.

Segundo Jaqueto et al. (2016), o diagnóstico clínico se baseia em alterações e deformidades encontradas no paciente durante a avaliação. Frisa-se a importância da análise precoce com o intuito de se estabelecer procedimentos de tratamento de acordo a necessidade do paciente.

### 2.4. Tratamento fisioterapêutico da patologia:

Para um tratamento satisfatório, segundo Guerschman e Nogueira (2020), a intervenção deve ser iniciada nas primeiras semanas de vida, o emprego do gesso deve ser feito de forma semanal, sendo sempre aplicada manipulações não invasivas antes do tratamento cirúrgico, por ser indolor, de baixo custo, reservando a cirurgia às deformidades residuais. Conjuntamente é exposto que não há na literatura idade limite para a implantação do método Ponseti, crianças mais velhas também sofrem a remodelação óssea, relatam até a possibilidade dessa mediação em PTC já adultos.

Santin et al. (2004) descrevem que entre antes de submeter o indivíduo a uma intervenção invasiva tal como a cirurgia, pode-se implantar tratamentos e medidas conservadoras, com o uso da massoterapia, manipulações contínuas de mobilização passiva e se possível, ativa-assistida, em seguida o uso do gesso pelo tempo determinado por profissionais da área. Essas intervenções são pautadas por seu baixo custo e por sua praticidade, visando um resultado satisfatório tanto quanto a cirurgia. Em relação às manipulações seguidas por gesso, mais utilizadas são de Kite e de Ponseti.

Em conformidade com Maranhão e Volpon (2009), no ano de 1932, Kite, em contradição as intervenções de tratamento já implantadas, apresentou um método que se baseava em corrigir os



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: ESTUDO DE CASO  
Iêssa Silva Motta, Patrícia Brandão Amorim

componentes do PTC, porém de uma forma não invasiva, mais gentil. A manipulação articular e com uso de gesso. A correção era estimulada de forma gradual e progressiva, os recursos terapêuticos realizavam sucessivamente a abdução e pronação do antepé. Após a correção do aduto e da inversão, os equinos do antepé e do retropé eram corrigidos com a dorsiflexão progressiva.

De acordo com Galindo e Paz (2017), a técnica da mobilização deve ser realizada, por fisioterapeuta que possui conhecimento amplo da anatomia e biomecânica do pé normal e do pé torto congênito, como também da flexibilidade que a criança apresenta. Devem-se levar em consideração os possíveis danos nos ossos em desenvolvimento nas regiões epifisárias de tíbia e fíbula durante a realização da mobilização e nos músculos quando manipulado com força. Somente quando não se obtém a correção satisfatória mediante o tratamento com os métodos conservadores, indica-se tratamento cirúrgico, que visa a completa e imediata resolução do quadro em um único procedimento. Com as deformidades residuais são variáveis, cada pé tem que ser cuidadosamente estudado através do exame físico e radiográfico. O diagnóstico correto permite a realização de cirurgias a la carte, ou seja, abordando-se apenas o necessário, evitando-se as liberações excessivas.

### 2.5. Epidemiologia:

Em consonância com Cury et al. (2015), o PTC apresenta ampla variação conforme a raça, sua incidência anual chega a 100.000 crianças, sendo de 2 para cada 1.000 nascidos vivos, afetando duas vezes mais o sexo masculino.

Em conformidade com Galindo e Paz (2017), na população em geral, sua incidência é aproximadamente de 1:1000 nascidos vivos. O pé torto congênito é unilateral em 60%. O padrão hereditário familiar pode estar presente, pois gêmeos monozigóticos têm 30% a mais de possibilidades de apresentar a deformidade e gêmeos dizigóticos, 4%. Em parentes de primeiro grau, a possibilidade é 20 vezes maior do que a população geral e, nos parentes de segundo grau, seis vezes.

### 2.6. Fisiopatologia:

De acordo com Santin et al. (2004), pode-se evidenciar que o desvio e as alterações do tálus e a luxação talonavicular e calcaneocubóidea são os pontos iniciais da deformidade em equinvaro supinado, juntamente com o equinismo do calcâneo.

Segundo Santan et al. (2004), subtalar e mediotársica são solidárias à tibiotársica: na flexão plantar, o antepé supina e o calcâneo variza; na flexão dorsal, o ante pé PRONA e o calcâneo valgiza. Quadro clínico: Tipos rígido e flexível, conforme a gravidade das deformidades e a redutibilidade.

Em consonância com Lima (2004), lesão fundamental devia ser a luxação da articulação talocalcâneo-navicular. Os movimentos que o calcâneo realiza sobre o tálus são muito complicados, o conhecimento das relações normais entre esses dois ossos, assim como das modificações



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: ESTUDO DE CASO  
Iêssa Silva Motta, Patrícia Brandão Amorim

anatômicas e mecânicas que acompanham o pé equino varo é indispensável para o tratamento eficaz e para prevenção de novas deformidades.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo trata-se de um estudo de caso avaliado no Centro de Assistência à Saúde do Unec (Casu), Nanuque- MG, onde foi explorado a importância da atuação fisioterapêutica no tratamento do pé torto congênito.

A pesquisa foi realizada de forma primária e secundárias com base em artigos direcionados a PTC, estes mostram diversos assuntos sobre anatomia, definições, fisiopatologias, etiologia, diagnóstico e tratamento.

O estudo do caso clínico tem como objetivo mostrar de forma quantitativa a relação do tratamento e intervenções não invasivas diante o recurso fisioterapêutico aplicado através da análise e interpretação dos prontuários de atendimento, apresentando a evolução de acordo com o que foi descrito no dia a dia da aplicação dos protocolos de reabilitação.

Inicialmente foi realizada a avaliação fisioterapêutica antes de se iniciar o tratamento, a mesma foi composta por perguntas relacionada à doença, como: queixas principais, histórico familiar, quadro de dor, inspeção frontal, lateral e posterior, mensuração de amplitude de movimento articular do pé direito e esquerdo, realização de acompanhamento por médicos especialistas, uso de medicamentos, avaliação postural e outros meios de exames complementares. Ao fim das sessões foi realizado uma nova avaliação na criança para que com os dados obtidos fosse realizado uma análise comparativa dos resultados.

#### CASO CLÍNICO:

K.Q, 03 anos, reside na cidade NANUQUE-MG com sua mãe, pai e seus 2 irmãos. Foi relatado que a criança apresentava muitas limitações relacionadas a locomoção e realização de atividades relacionada do cotidiano no cenário familiar e social. Apresenta deformidade no pé direito. Após um mês de vida K.Q utilizou a intervenção do método de Ponseti, porém não foi submetido a cirurgia Tenotomia do Tendão de Aquiles, em decorrência à problemas familiares. A mãe relatou que a troca do gesso inguino-podálico era realizado semanalmente com 5 trocas no total. Após o tratamento foi observado ganho de mobilidade, normalidade da cavidade do pé e delimitação da sua adução.

No dia sete de julho, o pai do mesmo procurou o Centro de Assistência à saúde do Unec (CASU) no Centro Universitário de Caratinga - Campos de Nanuque, onde foi marcada e realizada uma avaliação fisioterapêutica. Durante o procedimento na anamnese o paciente juntamente com o responsável relatou dores nos membros inferiores, tropeços e quedas frequentes em deambulação ou enquanto corria.





## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: ESTUDO DE CASO  
Iêssa Silva Motta, Patrícia Brandão Amorim

### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A princípio, foi mensurada a mobilidade articular do pé direito em flexão dorsal 15°, flexão plantar 33°, inversão 38° e eversão 10°. Teste de força do pé em flexão dorsal grau 4, flexão plantar grau 4, inversão grau 4 e eversão grau 3. Verificou-se sua marcha base curta, equilíbrio considerado comprometido e descarga de peso com tendência à esquerda. Em continuidade o tratamento fisioterapêutico foi montado, por se tratar de uma criança, atividades lúdicas foram implantadas utilizando-se jogo de bola e pino de boliche, onde o objetivo era chutar a mesma e derrubar os pinos; corrida com espaçamento delimitado; treino de equilíbrio na prancha proprioceptiva, treino de pulo na cama elástica e em escadas aumentando o nível de degraus gradualmente do segundo até o quinto; mobilizações passivas, ativa-assistida das articulações tibiotársica, intertarsais e tarsometatársicas; circuitos dinâmicos com cones, arcos e chapéu chinês como obstáculo afim de promover ganho do equilíbrio e treino da descarga de peso; exercícios de se levantar e sentar na cadeira ou no tapete emborrachado com o propósito de dificultar a atividade usando o peso corporal do próprio paciente.

Após quatorze atendimentos fisioterapêuticos o paciente foi reavaliado para uma possível alta, com a avaliação constatou-se fortalecimento muscular dos membros inferiores, paciente não relatou algemia durante ou depois do tratamento, foi realizada novamente a mensuração da articulação talocrural com ganho total de 20° graus em flexão dorsal, 42° graus em flexão plantar, 40° graus em inversão e 20° em eversão. K.Q desenvolveu um melhor equilíbrio ampliando a sua base no solo e descarga de peso gradativa e mais simétrica. Também foi avaliada a funcionalidade biomecânica dos tornozelos e pés, onde ocorreu ganho de força grau 5 em flexão dorsal, 5 flexão plantar, 5 eversão e 3 em inversão.

Observou-se que K.Q realizou o tratamento de Ponseti, porém não foi submetido ao procedimento invasivo Tenotomia do Tendão de Aquiles, devido a questões sociais o que ocasionou várias complicações na fisiopatologia retardando o tratamento e a reabilitação.

O principal objetivo do tratamento do pé torto congênito é manter a posição correta do pé até que o seu crescimento pare e também corrigir as deformidades o mais precocemente. À fisioterapia para pé torto congênito possui como propósito implantar na vida de crianças PTC atividades, para que possa ser inserido o recurso terapêutico, a fim de alcançar um melhor desenvolvimento físico e motor. As atividades fisioterapêuticas, como foi abordado neste presente caso clínico, visam o fortalecimento muscular, correção da marcha, promover equilíbrio e a posição correta de se apoiar os pés. O tratamento fisioterapêutico para pé torto congênito inclui também manipulações passivas e ativas, alongamentos e treino proprioceptivo para auxiliar na marcha e no posicionamento dos pés (MERLLOTTI et al., 2006).

Neste estudo concluiu-se que a terapia manual e não invasiva tem resultados positivos, de maneira que o paciente K.Q obteve ganho de força dos músculos inferiores, analgesia as suas dores constantes, ampliação dos seus ângulos articulares com ganho de 5° graus na amplitude de cada



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: ESTUDO DE CASO  
Iêssa Silva Motta, Patrícia Brandão Amorim

movimento do pé, realizando assim mobilização ativa completa em dorso flexão, plante flexão, inversão e eversão do pé e tornozelo, como indica a **Tabela 1**.

TABELA 1: **Medidas do estudo de caso** – Avaliação inicial e final.

Movimento	Medidas fase inicial	Medidas fase final
Eversão	10°	20°
Flexão dorsal	15°	20°
Flexão plantar	33°	42°
Inversão	38°	40°

**Fonte:** dados da pesquisa.

Foi questionado a mãe como o paciente estava se comportando durante as suas atividades diárias, e a mesma descreveu que a criança consegue correr durante um longo período sem sofrer queda, a sua deambulação é estável e sem tropeços. Deste modo é perceptivo que o terapeuta promove à criança uma melhor qualidade de vida, independência e agrega em sua avaliação subjetiva sobre si, a autoestima.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a criança com essa patologia pode apresentar muitas dificuldades na deambulação e de permanecer em posição ortostática por um longo período. O tratamento com a fisioterapia junto com o acompanhamento médico visa a corrigir deformidades, manter o aspecto anômico normal e esteticamente corrigido, promove a mobilidade funcional, ganho de força, ampliação da amplitude de movimento e faz com que o paciente comece a marcha o mais rápido possível.

Ao findar-se o tratamento do caso clínico, pode-se notar que o paciente adquiriu uma melhor qualidade de vida por meio do aumento da amplitude de movimento (ADM) de até 10°, ganho de força para grau 5 (anteriormente grau 4), com o treino de descarga de peso pode-se ganhar um melhor alinhamento corporal, distribuindo a massa corpórea, retirando assim a carga excessiva sobre as articulações em questão.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Nacélia et al. Método de Ponseti como forma de tratamento de pé torto congênito em um município Brasileiro. **Brazilian Journal of Developmen**, v. 7, n. 2, p. 13386, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24346/19450>. Acesso em: 18 out. 2021.





## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: ESTUDO DE CASO  
Iêssa Silva Motta, Patrícia Brandão Amorim

BELTRAME, Beatriz. **Tratamento para pé torto congênito**. [S. l.]: Tua Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/pe-torto-congenito/>. Acesso em: 18 out. 2021.

CURY, L. A. *et al.* Análise da eficácia do tratamento pelo método de Ponseti no pé torto congênito idiopático. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 1, p. 33-36, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/20920>. Acesso em: 18 out. 2021.

FERNANDES, Woquiton. L. O impacto de filhos com pé torto congênito em suas famílias. *In.*: **VIII Encontro da associação brasileira de pesquisadores em educação especial**. São Carlos- SP, 2013.

GALINDO, Thalitta Jamillye Freire; PAZ, Adeline Soraya de Oliveira. Aplicabilidade fisioterapêutica no pé torto congênito equino-varo em crianças de 0 a 3 anos. **Inter Fisio**, 2017. Disponível em: <https://interfisio.com.br/aplicabilidade-fisioterapeutica-no-pe-torto-congenito-equino-varo-em-criancas-de-0-a-3-anos/#>. Acesso em: 19 out. 2021.

GUERSCHMAN, Tatiana de Moura; NOGUEIRA, Monica Paschoal. Método Ponseti no tratamento de pé torto congênito recidivado em criança de 9 anos. **Técnicas em Ortopedia**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 2-6, 2020.

JAQUETO, Pedro Augusto, *et al.* Resultados funcionais e clínicos alcançados em pacientes com pé torto congênito tratados pela técnica de Ponseti. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 51, n. 6, p. 657-661, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/VC3GXYpJS4sq6SCYf4G78cr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

LARA, Luiz Carlos Ribeiro, *et al.* Tratamento do pé torto congênito idiopático pelo método de Ponseti: 10 anos de experiência. **Revista Brasileira Ortopédica**, v. 48, n. 4, p. 362-367, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/QvNjXMtHK8sGTLQY7qFszGN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2021.

LIMA, Ana Renata Cruz Figueira Corrêa. **Atuação da fisioterapia no pé torto congênito idiopático**. 2013. Monografia (Pós - Graduação em fisioterapia em ortopedia e traumatologia com ênfase em terapias manuais) - Faculdade Avila, 2013. Disponível em: [https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/33/160\\_-\\_AtuaYYo\\_da\\_fisioterapia\\_no\\_pY\\_torto\\_congYnito\\_idiopYtico.pdf](https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/33/160_-_AtuaYYo_da_fisioterapia_no_pY_torto_congYnito_idiopYtico.pdf). Acesso em: 18 out. 2020.

MARANHO, Daniel Augusto C.; VOLPON, José B. Pé torto congênito. **Acta Ortopédica Brasileira**, Ribeirão Preto - SP, 2009.

MERLLOTTI, M. H. R. *et al.* Pé torto congênito. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 41, n. 5, p. 137-44, 2006.

PINTO, José. Antonio, *et al.* Alterações radiográficas do tálus no pé torto congênito após liberação cirúrgica pela técnica de McKay. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 45, Suppl, p. 19-24, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/bpkC5QMclSnKDksxMZzxw5S/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTIN, Attilio *et al.* Pé torto congênito. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 39, n. 7, p. 336-337, 2004.

### Link ORCID:

Iêssa Silva Motta: <https://orcid.org/0000-0003-1394-8338>

Patrícia Amorim: <https://orcid.org/0000-0001-6254-2831>