



fundação podemos
política para todos

Entrevista

**COM DR. DAVID
GONÇALVES NORDON**

**PÉ TORTO CONGÊNITO: UM PROBLEMA URGENTE
DA PRIMEIRA INFÂNCIA**

Junho 2024 | São Paulo - SP

Guilherme Fernandes: O que é efetivamente o Pé Torto Congênito? Como é feito o seu diagnóstico?

David Nordon: O pé torto congênito (PTC) é uma deformidade que afeta a perna e o pé. Ele faz com que a perna fique menor (mais curta e mais fina), assim como o pé. Além disso, o pé apresenta uma deformidade em que se curva para dentro. Chamamos estas deformidades de Cavo, Aduto, Varo e Equino. O seu diagnóstico pode ser feito por meio da ultrassonografia morfológica, a partir das 16 semanas de gestação, e confirmado ao nascimento, com exame clínico feito pelo médico.

Guilherme Fernandes: Quais são as causas que levam a esse quadro? Existe alguma maior incidência correspondente ao gênero do bebê?

David Nordon: O PTC é genético, o que significa que ele pode surgir espontaneamente, por uma mutação, ou pode ser passado de pais para filhos. O risco é maior quando os pais têm a doença, ou quando os irmãos já têm. Ele é duas vezes mais comum em meninos do que em meninas.

Guilherme Fernandes: O que é o Método de Ponseti? Ele realmente funciona? Existem outros métodos alternativos?

David Nordon: O método de Ponseti é um método de tratamento que revolucionou o PTC. Foi criado na década de 1940 e permite a correção do PTC com uma série de gessos, que vão da raiz da coxa ao pé,

progressivamente corrigindo a posição dos ossos do pé. Ao final, quase todos os pacientes precisam de um pequeno procedimento cirúrgico em que cortamos o tendão de Aquiles, que se encontra encurtado. Depois do tratamento gessado, as crianças precisam usar uma órtese (duas botinhas com uma barra de ferro no meio) até os quatro anos de idade.

O método apresenta resultados bons a excelentes em mais de 90% dos casos.

As outras técnicas de tratamento envolvem cirurgias complexas que tornam o pé rígido e doloroso, com resultados não tão bons, outros métodos gessados (como a técnica de Kite), que apresentam resultados muito inferiores ao método de Ponseti (falha em basicamente metade dos casos), e uma técnica francesa com manipulações e faixas que é pouco difundida em geral, com tratamento mais longo, embora advoguem que apresente resultados semelhantes ao método de Ponseti.

É importante salientar que botas ortopédicas, palmilhas, órteses, talas, ou até mesmo amarrar os pés com tecidos não são métodos que funcionem e devem ser desestimulados.

Guilherme Fernandes: É possível afirmar que com um tratamento adequado a chance da criança com o pé torto congênito poder crescer levando uma vida ativa e normal é alta? O que pode acontecer se o tratamento não for feito?

David Nordon: Sem dúvida alguma! Tratamos as crianças para terem uma vida totalmente normal. Como mencionei, os

resultados são bons a excelentes em mais de 90% dos casos. Estudos internacionais mostram uma recidiva, ou seja, o retorno da deformidade, em 30% dos casos, embora eu não veja um número tão alto na minha prática clínica. Esta recidiva se associa, principalmente, ao uso inadequado da órtese: sabemos que, se não usada direito, o risco de necessitar de uma cirurgia para tratamento da recidiva aumenta em mais de 180 vezes!

Por outro lado, uma vez tratada, é difícil de se dizer que a criança teve alguma coisa. Certamente, muitos estão por aí, correndo e jogando bola, e a gente nem sabe. Afinal, uma a cada mil crianças tem PTC.

Agora, se o tratamento não for feito, o pé fica cada vez mais invertido. A criança consegue andar, mas com dificuldade e muita dor; nos casos de crianças mais velhas, e até mesmo adultos, é frequente a ocorrência de fraturas e artrose dos pés. Isso para não mencionar as questões estéticas e práticas, como a impossibilidade de usar qualquer calçado.

Guilherme Fernandes: Quanto custa em média o tratamento para o Pé Torto Congênito na realidade brasileira? Como funciona isso dentro do Sistema Único de Saúde?

David Nordon: O meu projeto filantrópico, o Projeto Pequenos Passos, que promove o tratamento de graça para famílias de baixa renda em São Paulo, estimou os custos do tratamento em um cenário de atendimento particular. Os quatro anos de tratamento, incluindo gesso, cirurgia, hora do médico e órteses de baixo custo, saem em torno de

20 mil reais. Por outro lado, em um cenário do sistema público de saúde, em que os custos são muito menores, deve girar em torno de 3 a 4 mil reais por paciente.

Guilherme Fernandes: Em relação à legislação brasileira sobre o assunto, ela é adequada em sua opinião? Em relação a outros países, principalmente na Europa e nos EUA, como estamos num sentido comparativo?

David Nordon: A legislação, tanto do ponto de vista nacional como internacional, não endereça diretamente o PTC. Ele é tratado mais no espectro das deficiências físicas, ou seja: a família tem direito a alguns benefícios, que são variáveis conforme a cidade em que vive, e estão invariavelmente atrelados à deficiência que a doença causa. Como a criança deve interromper o uso da órtese em geral aos 4 anos de idade, ficando sem nenhuma sequela ou comprometimento, é um benefício com limite de tempo, o que de certa forma é bom: o que mais queremos é que a criança tenha uma vida completamente normal.

O PTC, diferentemente da Displasia do Desenvolvimento do Quadril, é facilmente identificável ao nascimento, o que simplifica muitas coisas e não implicaria em uma estratégia nacional de diagnóstico.

Guilherme Fernandes: Ainda em relação à legislação e à realidade brasileira, quais são os pontos em que precisamos avançar com urgência? Caso fosse propor uma melhoria, qual seria o principal foco de atuação?

David Nordon: Nosso principal foco de atuação tem de ser o Sistema Único de Saúde. O projeto que desenvolvi visa a, justamente, compensar esta falha do sistema: embora as crianças nasçam e o diagnóstico seja claro, muitas levam meses a anos para conseguir o tratamento, embora saibamos que o melhor momento para se tratar é nos primeiros três meses de vida. Quanto maior a demora, mais difícil se torna a correção.

Não somente a fila precisa andar, como os pacientes precisam ser tratados por métodos adequados. Temos uma formação internacional no método Ponseti em alguns centros formadores e com o auxílio do Ponseti Brasil, mas nem todos os médicos que atuam estão realmente capacitados. O tratamento inadequado pode, muitas vezes, piorar o quadro, levando ao que chamamos de “Pé torto complexo”, que é bem mais difícil de se corrigir e geralmente não fica tão bom quanto o PTC usual.

Por fim, há pouca informação, tanto para o público em geral, como para os profissionais de saúde: é muito comum eu atender no consultório pais que nunca ouviram falar, atendidos por médicos e outros profissionais que dizem que a criança não vai andar, vai ficar manca, precisar de cirurgia, cortar ossos e tudo mais. Não poderiam estar mais errados: o método é simples, eficaz, e o procedimento cirúrgico pode ser feito no consultório com anestesia local. Não dá para ser melhor que isso.

Assim, precisamos investir em três frentes: otimizar a via de tratamento no SUS; treinar profissionais; e suprir a população em geral com informações sobre

a doença.

Guilherme Fernandes: Em relação às inovações ao método de tratamento, no que poderíamos avançar?

David Nordon: O método foi criado na década de 1940 e, desde então, tivemos poucas inovações. Isso é bom, pois significa que ele, de fato, funciona; no entanto, ainda há o que ser melhorado. Acho que não há muito o que mudar no método gessado (no máximo, podemos acelerá-lo, o que chamamos de “Ponseti acelerado”, em que as trocas são feitas a cada 3 dias, em vez de uma vez por semana, algo muito feito na Índia), mas podemos melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade dos pacientes com PTC. Nesse aspecto, eu e a Dra. Cândida Luzo, terapeuta ocupacional do Hospital das Clínicas da FMUSP, estamos desenvolvendo já há alguns anos uma órtese unilateral.

A órtese de Dennis-Brown, mais utilizada para o tratamento do PTC, sem dúvida funciona, mas precisa imobilizar ambos os pés, o que é bastante incômodo, especialmente para dormir e para crianças que andam. Além disso, metade dos casos afeta apenas um lado. Com isso, desenvolvemos uma órtese que permite manter a correção do pé afetado, mas que é usada apenas de um lado. Com ela, a criança pode dormir e andar confortavelmente. Estamos atualmente em fase de registro e testes nos pacientes, mas muito otimistas de que ela mudará o cenário do tratamento de PTC mundialmente.

Biografia

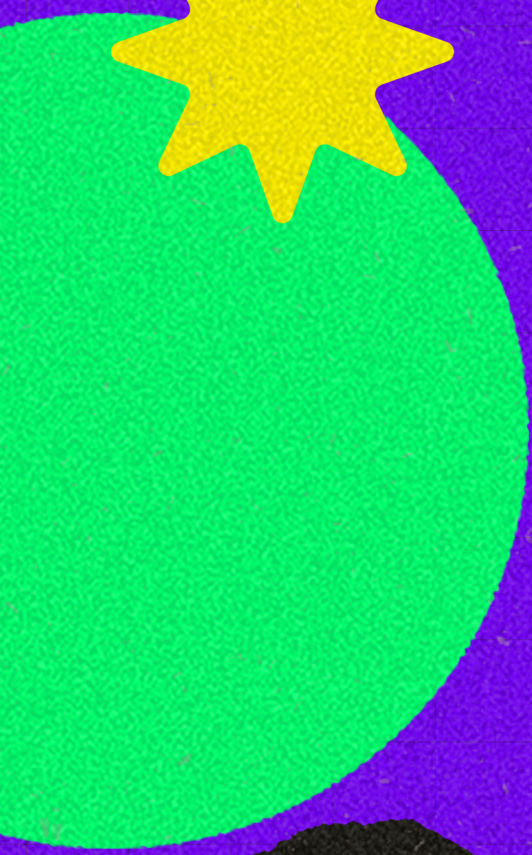


David Gonçalves Nordfon

é ortopedista Infantil pelo HC-FMUSP, Médico pela PUC-SP, Técnico em Acupuntura e Shiatsu terapia pela ABACO-CBA-SP e escritor. Doutorando da USP, Médico assistente voluntário do grupo de Neuro-ortopedia do IOT-HCFMUSP, Supervisor do Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia da PUC-SP e Auxiliar de Ensino do Módulo de Prática de Atenção à Saúde (Saúde Coletiva) da PUC-SP. Professor de Ortopedia do Estratégia Med - do Estratégia Concursos. Co-editor da Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. Já trabalhou como preceptor dos residentes de Ortopedia

do HCFMUSP, do Hospital Santa Lucinda da PUC-SP, do Hospital Sapopemba e do Hospital do Pari, tendo sido também preceptor voluntário do grupo de Pé Torto Congênito do HCFMUSP. Desenvolve o projeto filantrópico Pequenos Passos, de tratamento sem custo de Pé Torto Congênito para famílias de baixa renda. Ganhador do 2º lugar do prêmio Dr. Cidadão 2010. Realiza atualmente pesquisas nas áreas de ortopedia. Possui 4 livros médicos publicados e 51 artigos médicos publicados em revistas nacionais. Possui 26 títulos infanto-juvenis publicados

Guilherme Antonio de Almeida Lopes Fernandes - Pós-doutorando em Direito Internacional na USP. Doutor em Direito pela USP. Mestre em Integração da América Latina pela USP. Especialista em Ciências Penais pela UNISUL. Bacharel em Direito pela USP. Pesquisador, Professor e advogado em São Paulo.



fundação podemos
política para todos