



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ — UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS —
CSHNB
CURSO DE MEDICINA



PEDRO EDUARDO FEIJÃO PARENTE

**FATORES DETERMINANTES DA RECIDIVA NO MÉTODO DE PONSETI COMO
TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

PICOS-PI

2026

PEDRO EDUARDO FEIJÃO PARENTE

**FATORES DETERMINANTES DA RECIDIVA NO MÉTODO DE PONSETI COMO
TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Projeto de pesquisa apresentado como requisito parcial para obtenção de aprovação na disciplina de TCC I do curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí, *campus* Senador Helvídio Nunes de Barros.

Orientadora: Prof.^a Esp. Laís Portela Neiva Coelho.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Ticiania Maria Lúcio de Amorim.

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

P228f

Parente, Pedro Eduardo Feijão.

Fatores determinantes da recidiva no Método de Ponseti como tratamento do pé torto congênito: uma revisão integrativa / Pedro Eduardo Feijão Parente – 2026.
29 f.

1 Arquivo em PDF.

Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo, CSHNB. Aberto a pesquisadores, com restrições da Biblioteca.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Piauí, Curso de Bacharelado em Medicina, Picos, 2026.

“Orientadora: Prof.^a Esp. Laís Portela Neiva Coelho”.

“Coorientadora: Prof.^a Dra. Ticiania Maria Lúcio de Amorim”.

1. Medicina – Pé Torto congênito. 2. Método de Ponseti. 3. Saúde – recidiva. I. Parente, Pedro Eduardo Feijão. II. Coelho, Laís Portela Neiva. III. Amorim, Ticiania Maria Lúcio de. IV. Título.

CDD 610

Elaborada por Maria Letícia Cristina Alcântara Gomes
Bibliotecária CRB nº 03/1835

PEDRO EDUARDO FEIJÃO PARENTE

**FATORES DETERMINANTES DA RECIDIVA NO MÉTODO DE PONSETI COMO
TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Projeto de pesquisa apresentado como requisito parcial para obtenção de aprovação na disciplina de TCC I do curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí, *campus* Senador Helvídio Nunes de Barros.

Orientadora: Prof.^a Esp. Laís Portela Neiva Coelho.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Ticiania Maria Lucio de Amorim.

Banca Examinadora:

Laís Portela Neiva Coelho

Prof.^a Esp. Laís Portela Neiva Coelho Orientadora

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Ticiania Maria Lucio de Amorim

Prof.^a Dra. Ticiania Maria Lucio de Amorim Coorientadora

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Ellen Barros Araújo Lopes Luz

Prof.^a Esp. Ellen Barros Araújo Lopes Luz

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Apresentado e Aprovado em: 01/07/26

PICOS-PI

2026

AGRADECIMENTOS

À minha esposa, Stefanie, minha parceira de vida e minha maior incentivadora. Agradeço profundamente pela paciência e por ser o meu pilar nos momentos de exaustão, por acalmar minhas ansiedades e por me lembrar do meu propósito sempre. Sua compreensão, seu amor e sua parceria inabalável foram o meu maior combustível para chegar até aqui.

Aos meus pais, Francisco Marcondes (*in memoriam*) e Maria Luisa, agradeço por todos os sacrifícios que fizeram para me proporcionar esta educação, pelas palavras de encorajamento nos momentos de incerteza e pelo amor incondicional que sempre me sustentou. Sem a base de princípios e valores que vocês construíram, este sonho não seria realidade.

Aos meus irmãos, Marcos, Liana, Felipe, Juliana e Carol, pela parceria ao longo de toda a vida. Obrigado por entenderem as minhas constantes ausências durante as longas horas de estudo, por me ouvirem nos momentos de cansaço e por sempre trazerem leveza, alegria e apoio para os meus dias. Esta conquista também pertence a vocês.

À minha orientadora, professora Laís Portela, e à minha coorientadora, professora Ticiane Amorim, por terem aceitado me guiar neste projeto e por acreditarem no potencial desta pesquisa. Estendo minha profunda gratidão a todos os professores do curso, que ao longo destes anos compartilharam com excelência seus conhecimentos e moldaram minha visão profissional.

Aos meus amigos e colegas, que viveram comigo as angústias e as alegrias desta caminhada desde o primeiro semestre. Agradeço pelo companheirismo nos trabalhos e por todo o incentivo mútuo.

RESUMO

Objetivo: Analisar na literatura atual os fatores determinantes para que aconteçam casos de recidiva durante o tratamento do pé torto congênito (PTC). **Metodologia:** Realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura, cuja busca de artigos ocorreu em maio de 2026 nas bases MEDLINE, SciELO e LILACS, utilizando os descritores “Método de Ponseti”; “Pé Torto”; “Congênito”; “Recidiva”. A análise dos dados foi dividida em seis níveis de evidência. **Resultados:** De 209 publicações, foram selecionados 4 artigos recentes, totalizando 343 crianças e 490 pés. A taxa global de recidiva foi de 25,1%, mostrando-se diretamente proporcional aos escores iniciais elevados nas escalas de gravidade e à não adesão à órtese. **Discussão:** A não adesão à órtese de abdução foi o principal fator para recidivas, influenciada pela baixa renda e escolaridade dos pais. Outros determinantes incluem a idade na primeira imobilização e escores graves de Pirani ou Dimeglio. Evidenciou-se que equipes multidisciplinares reduzem complicações e que o PTC associado à mielomeningocele apresenta maior taxa de recorrência (62%), necessitando rastrear casos de pé torto associados a síndromes clínicas. **Considerações Finais:** A idade inicial no tratamento e a adesão às órteses, através do suporte e engajamento familiar a longo prazo, são indispensáveis para o sucesso terapêutico. Aponta-se a escassez de dados nacionais e a necessidade de novos estudos padronizados no Brasil.

Palavras-chave: Método de Ponseti; Pé Torto; Congênito; Recidiva.

ABSTRACT

Objective: To analyze in the current literature the determining factors for the occurrence of relapse during the treatment of congenital clubfoot. **Methodology:** An Integrative Literature Review was conducted, with the article search performed in May 2026 across the MEDLINE, SciELO, and LILACS databases, using the descriptors "Ponseti Method"; "Clubfoot"; "Congenital"; "Recurrence". Data analysis was divided into six levels of evidence. **Results:** Out of 209 publications, 4 recent articles were selected, totaling 343 children and 490 feet. The overall relapse rate was 25.1%, which proved to be directly proportional to high initial scores on severity scales and non-adherence to brace-wear. **Discussion:** Non-adherence to the abduction brace was the main factor for relapses, influenced by low parental income and education levels. Other determinants include age at first casting and severe Pirani or Dimeglio scores. It was evidenced that multidisciplinary teams reduce complications and that clubfoot associated with myelomeningocele presents a higher recurrence rate (62%), highlighting the need to screen for clubfoot cases associated with clinical syndromes. **Conclusion:** Initial age at treatment and adherence to bracing, achieved through long-term family support and engagement, are indispensable for therapeutic success. The study highlights the scarcity of national data and the need for new standardized studies in Brazil.

Keywords: Ponseti Method; Clubfoot; Congenital; Relapse.

LISTA DE TABELAS

Imagem 1 - Fluxograma com as etapas de inclusão e exclusão dos artigos para seleção final dos textos incluídos no estudo. Picos, Brasil, 2026.....	14
Tabela 1 - Seleção dos estudos analisados ao final, sendo distribuídos segundo autores, título/periódico, ano/país, objetivos, metodologia/nível de evidência e principais resultados. Picos, Brasil, 2026.....	15

LISTA DE ABREVIACÕES

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH - Medical Subject Headings

NE - Nível de Evidência

PTC - Pé Torto Congênito

SciELO - Scientific Electronic Library Online

USG - Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 METODOLOGIA.....	13
3 RESULTADOS.....	15
4 DISCUSSÃO.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21
ANEXO A.....	22

1. INTRODUÇÃO

O pé torto congênito (PTC) idiopático é uma malformação congênita bastante comum ao redor do mundo, ocorrendo em recém-nascidos saudáveis, devendo ser diferenciado do pé torto sindrômico e do neurogênico, que ocorrem como parte de uma síndrome ou condição neurológica, sendo menos comuns e mais graves e difíceis de tratar.¹ O PTC inclui os tipos equino, varo, cavo e aduto, cada um afetando estruturas musculoesqueléticas do pé. Possui incidência de 1 a 2 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo em torno de três vezes mais prevalente em homens do que em mulheres.²

A deformidade pode ser encontrada por meio da ultrassonografia (USG) pré-natal, mais especificamente a partir de 13 semanas de gestação, via USG transvaginal. Caso o exame identifique um caso de PTC, deve-se analisar minuciosamente se há outros achados que indiquem a presença de uma condição sindrômica ou neurogênica. Não há tratamento pré-natal para o PTC, mas caso ocorra o diagnóstico na gestação, os pais devem receber aconselhamento para seguimento pós-natal. Se a deformidade for leve a moderada, o achado da USG pode ser um falso-positivo, visto que existe a possibilidade de ser uma deformidade postural transitória em cerca de 19% dos casos.¹

Antes de iniciar o exame dos pés, é importante o examinador avaliar os marcos do desenvolvimento, formas neurológicas leves e disrafismo espinhal. O normal é que os pés do recém-nascido apresentem alta amplitude de movimento nas diferentes articulações.³ Portanto, a gravidade da doença é mais bem determinada pela flexibilidade do que pela aparência encontrada, visto que deformidades facilmente manipuladas podem ser consideradas posicionais, mas no PTC ela é bastante rígida e podem estar associadas ao pé e a panturrilha ligeiramente menores que no lado contralateral.¹

Existem diversos sistemas de classificação bastante utilizados para o PTC, eles devem ser simples, replicáveis e de fácil aprendizado.³ Podem ser úteis antes e após o tratamento, medindo a gravidade da doença. Dois dos mais utilizados são o de Pirani, que varia de 0, pés normais, até 6, deformidades mais graves, e o de Dimeglio, que avalia a flexibilidade do antepé e do retopé, classificando os pés nos tipos I (completamente redutível), II, III ou IV (não redutível), e a deformidade como benigna, moderada, grave ou muito grave.^{2,3}

O método de Ponseti é atualmente o padrão-ouro para o tratamento do PTC, compreendendo 3 fases. A primeira fase envolve manipulação e gesso semanal acima do joelho, que requer geralmente de 5 a 8 gessos, não sendo necessário iniciar na maternidade, podendo ser feito em qualquer momento no período neonatal.¹

Na segunda fase, é feita uma tenotomia percutânea do tendão calcâneo com anestesia local, sendo um gesso definitivo colocado após o procedimento para ser usado por 3 semanas. Essa etapa pode ser necessária em 90% dos lactentes.¹ Essa técnica é útil para evitar recidivas nas crianças que apresentam encurtamento do tendão.⁴

A terceira fase é a mais importante, sendo a imobilização com órtese, que inicia após remoção do gesso pós-tenotomia, sendo a órtese um acessório para abduzir o pé através de dois sapatos ou talas conectadas por uma barra, mantendo os pés afastados na largura do ombro. O tempo de uso inicial chega a ser 23 horas por dia nos 3 primeiros meses, seguido de 12 a 14 horas por dia até completar 4 a 5 anos de idade. Essa parte do tratamento mantém a posição corrigida e previne recidivas.¹

Uma das vantagens do método é que ele pode ser utilizado em países com recursos limitados, pois se trata de um modelo seguro, barato e que pode ser acompanhado por profissionais não médicos.¹

A parte mais difícil do método acaba sendo a adesão dos pais à última fase do tratamento, pois requer esforço da família por no mínimo 4 anos, se tornando tão importante quanto a correção inicial da deformidade.¹

Qualquer reaparecimento de um dos componentes da deformidade pode se encaixar como recidiva, sendo o primeiro sinal geralmente o desenvolvimento de equino, traduzindo como o encurtamento do tendão calcâneo. Se a criança tiver uma marcha com os pés rotacionados internamente ou com adução do calcâneo, é indicativo de que a recidiva está bem avançada, e, sem tratamento, o membro fica cada vez mais fixo.¹ A taxa de recidiva pode variar bastante conforme o estudo, podendo ficar entre 1,9% e 45%.²

O PTC sempre é altamente incapacitante, por isso, a avaliação da criança ao longo dos anos deve incluir um exame clínico, analisando morfologia e grau de flexibilidade; um exame funcional, observando a capacidade de realizar atividades simples como andar na ponta dos pés e calcanhares, descer escadas, pular, caminhar; e um exame radiográfico, avaliando o formato dos ossos e modificações ao longo do acompanhamento.³

A repetição do método de Ponseti pode ser feita em caso de recidivas.^{1,2} Porém, se houve falha com deformidade fixa residual, o tratamento requer liberação cirúrgica, mas são casos bem raros.¹

Assim, este trabalho teve como objetivo analisar na literatura atual todos os fatores determinantes para que aconteçam casos de recidiva durante o tratamento do PTC nas mais diversas populações.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que tem por finalidade combinar estudos experimentais e não-experimentais para compreender um certo tipo de fenômeno estudado, com base em uma ampla amostra.⁵ É necessário percorrer seis etapas distintas para a construção de uma revisão integrativa.⁶

A pergunta norteadora foi: quais são os determinantes da recidiva no tratamento do pé torto congênito pelo método de Ponseti?

Para busca na literatura, foram utilizados os seguintes termos presentes na Medical Subject Headings (MeSH): “ponseti method”, “clubfoot”, “congenital” e “relapse”, unidos pelo operador booleano AND, em bases de dados nacionais e internacionais, no período de maio de 2026. As bases escolhidas foram: MEDLINE, SciELO e LILACS. Os critérios de inclusão utilizados foram: estudos completos no idioma inglês, português ou espanhol, de 2021 a 2025, em seres humanos, com a temática relacionada à pergunta norteadora. Foram excluídos artigos duplicados, incompletos ou que não abordavam a temática em questão.

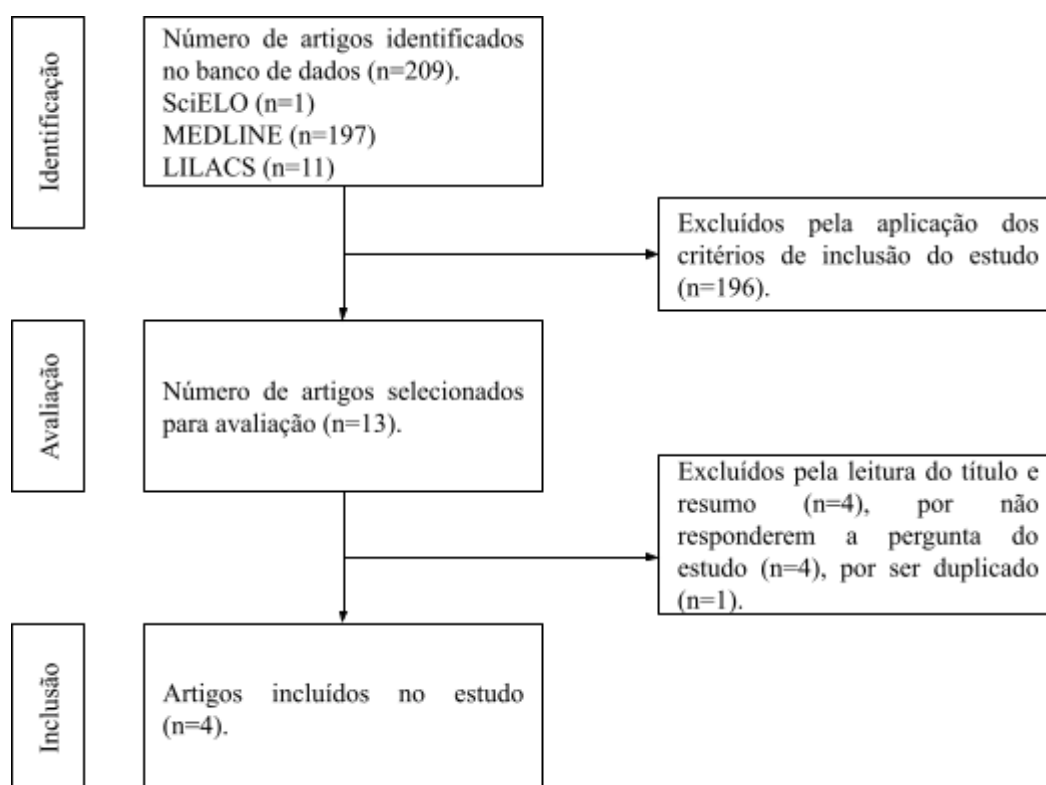
Na categorização dos estudos, foi realizada a organização dos estudos pré-selecionados, extraindo informações sobre os autores, título, periódico, ano, país, objetivos, metodologias, níveis de evidência e resultados dos estudos, sendo possível formar um banco de dados de acesso rápido e fácil.

Para análise crítica, os estudos incluídos foram divididos em seis níveis de evidência: nível 1 - evidências da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; nível 2 - evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; nível 3 - evidências de estudos quase-experimentais; nível 4 - evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; nível 5 - evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; nível 6 - evidências baseadas em opiniões de especialistas.⁵ A análise seguiu uma observação dos fatores que explicam as conclusões encontradas nos estudos, procurando explicações para aqueles que apresentaram resultados diferentes ou conflitantes.

Para discussão dos resultados, foi feita uma interpretação e síntese dos resultados observados, a partir de uma leitura dos artigos escolhidos na íntegra. Além disso, foi possível identificar possíveis lacunas nos estudos analisados que explicariam os resultados obtidos, e que podem ser alvo de aprimoramento em futuros artigos sobre a mesma temática, como analisar, baseando-se na mesma metodologia encontrada, os pacientes em ensaios clínicos randomizados ou em multicentros.

Na apresentação da revisão integrativa, foi feita uma revisão dos resultados encontrados, contendo informações pertinentes e detalhadas para que o leitor consiga avaliar criticamente o estudo. A síntese do conhecimento levou em consideração a metodologia proposta pelos artigos e seus resultados, analisando possíveis inconsistências com o objetivo de diminuição dos vieses. Por se tratar de análise de eficácia de métodos para tratamento de uma certa patologia, é importante deixar claro quais os dados que definem o sucesso do tratamento, a falha, as complicações e as recidivas. Outro ponto a ser analisado é que, apesar do método de Ponseti ter um passo a passo descrito, a experiência de cada profissional influencia no resultado do tratamento, portanto, a utilização de escalas que analisam parâmetros clínicos e/ou radiológicos para avaliar a evolução do paciente é de extrema importância.

Imagem 1. Fluxograma com as etapas de inclusão e exclusão dos artigos para seleção final dos textos incluídos no estudo. Picos, Brasil, 2026.



Fonte: próprio autor, 2026.

3. RESULTADOS

Após a busca nas bases de dados, foram encontradas 209 publicações. Posteriormente, foram removidos os estudos que não se encaixavam nos critérios de inclusão (n=196), permanecendo um total de 13 artigos para avaliação completa. Em sequência, foram retirados estudos incompletos, duplicados ou que não abordavam a temática em questão. Ao final, 4 artigos foram selecionados para compor o presente estudo (Tabela 1).

Tabela 1. Seleção dos estudos analisados ao final, sendo distribuídos segundo autores, título/periódico, ano/país, objetivos, metodologia/nível de evidência e principais resultados. Picos, Brasil, 2026.

Autores	Título / Periódico	Ano / País	Objetivos	Método / Nível de Evidência	Principais Resultados
Santos TF, Ferreira GF, Nogueira MP.	Effectiveness of congenital myelodysplastic clubfoot treatment by the Ponseti method-Systematic Review. / PLoS One.	2024 / Brasil	Demonstrar a eficácia e a baixa morbidade do método de Ponseti, bem como suas taxas de sucesso, complicações e recorrência.	Revisão Sistemática/I.	O método de Ponseti para PTC mielodisplásico é eficaz. Mas, apresenta altas taxas de complicações e recorrência, sendo necessário um acompanhamento mais longo para identificar recorrências e incentivar a intervenção precoce.
Hu W, Ke B, Niansu X, Li S, Li C, Lai X, Huang X.	Factors associated with the relapse in Ponseti treated congenital clubfoot. / BMC Musculoskeletal Disorders.	2022 / China	Identificar os fatores que levam à recidiva após o uso do método de Ponseti.	Estudo Comparativo Retrospectivo / III.	A pontuação inicial de Pirani, a adesão ao uso da órtese de abdução do pé e a idade na primeira imobilização com gesso são três fatores independentes para recidiva em pé torto congênito.
Tabard-Fougère A, Bonnefoy-Mazure A, Dayer R, Vazquez O, De Coulon G.	The Importance of Having a Single, Dedicated Medical Team to Treat Congenital Talipes Equinovarus Using the Ponseti Method: A Retrospective Analysis of Treatment Outcomes After 3 Years of Follow-up. / Journal of Pediatric Orthopaedics.	2024 / Suíça	Comparar os resultados do tratamento de crianças com PTC tratadas pelo método de Ponseti no período I (múltiplos cirurgões) versus o período II (equipe única dedicada).	Estudo Comparativo Retrospectivo / III.	Os gráficos de controle ilustraram as melhorias gerais nos resultados do tratamento no período II. Um total de 8 pés com recidiva (5 pacientes) foram relatados, todos durante o período I.

Ahmed KFE, Marzouk AR, Eldin MS.	Repeating Ponseti method for treating relapsed idiopathic congenital talipes equinovarus in children less than two years of age: a prospective study. / BMC Musculoskeletal Disorders.	2025 / Egito.	Avaliar a eficácia da repetição do método de Ponseti no manejo da recidiva do PTCI em crianças menores de dois anos de idade.	Estudo Terapêutico Prospectivo / IV.	A recidiva do pé torto congênito idiopático em crianças com menos de dois anos de idade foi tratada eficazmente com a repetição do método de Ponseti. O escore de Pirani foi significativamente menor após a última remoção do gesso e ao final do acompanhamento do que antes do tratamento.
----------------------------------	--	---------------	---	--------------------------------------	---

Fonte: próprio autor, 2026.

Dentre os artigos selecionados, foi observado, em ordem de nível de evidência (NE), uma revisão sistemática (NE=1), dois estudos comparativos retrospectivos (NE=3) e um estudo terapêutico prospectivo (NE=4). Foram desenvolvidos em 4 países diferentes, Brasil (n=1), China (n=1), Suíça (n=1) e Egito (n=1), sendo nações singulares e com diferenças em seus referenciais de sistema de saúde, e em 4 continentes diferentes, América, Ásia, Europa e África, mostrando resultados em diferentes populações, climas e culturas.

Em relação ao idioma, todos os artigos foram encontrados na língua inglesa. Quanto ao ano de publicação, todos foram artigos recentes, sendo um de 2022, dois de 2024 e um de 2025.

A amostra dos estudos mostrou, em sua totalidade, a presença de 343 crianças, com proporção entre sexo masculino e feminino semelhantes, sendo 490 pés afetados, e destes, 147 bilaterais e 196 unilaterais, com realização de tenotomia em 409 pés. A média do número de gessos foi um pouco diferente entre os estudos, com média geral de 5,49 gessos ao longo do tratamento. A recidiva foi observada, dentro do tempo de acompanhamento dos pacientes, em 123 pés, representando uma taxa de 25,1% no total.

Observou-se a diferença de outros dados coletados entre os estudos, onde um incluiu dados como idade da mãe ao nascimento e idade que as crianças começaram a andar, mas que não estavam relacionados com o aumento de recidivas. Por outro lado, a pontuação inicial das escalas de Pirani ou Dimeglio e a taxa de não adesão ao uso de órtese estão diretamente proporcionais ao número de recidivas.

4. DISCUSSÃO

A recidiva no tratamento do pé torto congênito refere-se ao reaparecimento de qualquer deformidade após a conclusão das correções iniciais e o início da órtese. Se não tratadas ou se forem tratadas de forma inadequada, pode haver transformação progressiva das deformidades, evoluindo para se tornarem rígidas e incapacitantes permanentemente. Algumas razões para recidivas mais comuns foram: órteses mal ajustadas, não adesão ao protocolo de órtese, e, quanto aos pais, a baixa escolaridade e as condições socioeconômicas.⁴

Um dos estudos demonstrou que 3 fatores principais estão relacionados com o aumento da recidiva, sendo eles a idade na primeira imobilização com gesso, os altos escores de Pirani e a não adesão ao uso de órtese de abdução do pé. Por outro lado, não houve correlação significativa entre sexo da criança, número de gessos utilizados, lado afetado, feito ou não tenotomia, idade da mãe e idade de deambulação.⁶

O principal fator considerado como influência na recidiva foi a não adesão à órtese de abdução do pé, pois ela serve para manter a correção após o método de Ponseti. Entretanto, há uma série de dificuldades para manutenção da órtese: existem protocolos diferentes para o uso da órtese; crianças deixam de usar principalmente após 1 ano e meio de idade; uso reduzido devido menor tempo de sono conforme o crescimento, já que é menos tolerável o uso quando elas estão acordadas; os pais não compreendem a importância da órtese de forma adequada. As taxas de recidiva são 5,4 vezes maiores nos casos de não adesão quando comparadas aos casos de adesão da órtese.⁶

O início do tratamento deve ser feito na idade mais apropriada considerando os riscos e benefícios das etapas do método, já que a pele de um recém-nascido, que apresenta até 28 dias de vida, apresenta feixes de fibras de colágeno que podem ser esticadas, permitindo a correção da deformidade, sendo sugestivo começar o tratamento na primeira semana de vida. Porém, em um recém-nascido, a pele é bastante delicada e pode ser rompida na manipulação do membro e na aplicação do gesso, e, caso haja rompimento, o gesso deve ser removido por pelo menos uma semana para cicatrização. Dado essa análise, iniciar o tratamento com pelo menos um mês após o nascimento pode evitar o surgimento de feridas.⁶

Outro estudo analisou de forma retrospectiva a diferença no tratamento quando é feito por múltiplos ortopedistas que se baseavam em sua própria experiência com o método comparado a uma única equipe formada por um ortopedista pediátrico e vários profissionais de enfermagem treinados para tratamento pelo método de Ponseti. Nesse estudo, houve menor recidiva, tanto aquelas que precisavam apenas de ajuste da técnica quanto aquelas que

precisavam de correção cirúrgica, menor complicações com gesso e menor complicações com órtese quando os tratamentos ficaram sendo feitos por uma única equipe treinada.⁸

Foi analisado que os pacientes que sofreram recidivas apresentavam em sua maioria pé torto congênito bilateral com escores de Dimeglio altos, escala para avaliar a gravidade da doença, de grave a muito grave e não adesão ao tratamento. Além disso, todos apresentaram complicações com o uso da órtese, sendo um fator importante na não adesão, associado a pais de baixa renda ou de baixo nível de escolaridade, revelando que é essencial a boa comunicação com os pais, já que erros na comunicação podem ter impacto direto na adesão ao uso da órtese.⁸

Alguns pontos que foram explicitados sobre o método de Ponseti é que existem detalhes na técnica que exigem atenção minuciosa e que existe uma curva de aprendizado significativa para o manejo da deformidade. Portanto, a continuidade do cuidado que uma única equipe médica dedicada apresenta, e a melhora do aprendizado dessa equipe com o uso repetido do método, deve melhorar a comunicação com as famílias e construir uma melhor relação de confiança. Dessa forma, esses fatores são capazes de influenciar o comportamento das famílias, educá-las sobre a doença e auxiliar para que sejam a principal parceira no tratamento da criança.⁸

Em certos tipos de pacientes, a incidência de pé torto congênito é ainda maior, como é no caso de crianças que apresentam mielomeningocele, que é uma malformação congênita da medula espinhal. Nesses casos, a presença concomitante de pé torto congênito aumenta para aproximadamente 40%, já que, devido às lesões neurológicas, há falha no controle neuromuscular, gerando essas deformidades. Para esses pacientes, o método de Ponseti apresenta alta taxa de correção inicial, por volta de 93%, baixo custo e resultados semelhantes em longo prazo quando comparado ao tratamento cirúrgico.⁹

Ao ser comparado com o pé torto congênito idiopático, o tratamento no paciente que apresenta pé torto congênito associado à mielomeningocele apresenta taxa de correção ligeiramente menor, mas alta taxa de recorrência, em torno de 62%. Além desse fator, a taxa de complicações em pacientes com mielomeningocele ficou em torno de 29%, incluindo irritações da pele, lesões cutâneas, edema local, infecções, deslocamento do gesso e até fraturas. Assim como nos pacientes idiopáticos, o fator principal que esteve associado às recidivas foi a falta do uso adequado da órtese de abdução, mas ainda existem complicações que necessitam de maior atenção para sucesso do método.⁹

Em casos de recidiva, uma das alternativas estudadas para correção é a repetição do método de Ponseti, sendo a redução do escore de Pirani ao final do estudo um indicativo da

eficácia em crianças menores de dois anos de idade. Dos pontos analisados, a melhora do alinhamento do pé, o aumento da flexibilidade do pé e do tornozelo e o ajuste no posicionamento anormal do calcanhar e do médio-pé são parâmetros que reduzem o escore de Pirani, indicando eficácia no tratamento.⁴

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de revisão indica que existem determinantes para recidiva que são imutáveis, como os altos escores iniciais de Pirani ou Dimeglio, que variam para cada caso, e determinantes modificáveis, como a introdução rápida do tratamento quando a criança já estiver apta a iniciá-lo, conseguindo reduzir a taxa de recidiva em diversos casos.

Não foram encontrados um maior número de artigos conforme os critérios adotados para esse estudo, principalmente no que se diz respeito à análise dos pacientes em hospitais brasileiros, para que assim se pudesse ter uma análise detalhada dos desafios do tratamento no Brasil. Portanto, é importante que haja a realização de mais estudos sobre o tema, priorizando a padronização dos instrumentos de avaliação e classificação da doença, além de um acompanhamento mais longo, observando não apenas a modificação morfológica daquela criança, mas também as funcionais, levantando questionamentos de o quanto a patologia e seu tratamento afetam positivamente ou negativamente na qualidade de vida da criança.

Após avaliação minuciosa de bibliografia disponível, fica evidente que mesmo tendo profissionais treinados e com a realização das técnicas de tratamento, sejam elas cirúrgicas ou não cirúrgicas, o acompanhamento a longo prazo, mantendo uma boa relação entre a família e a equipe de saúde, com consultas e reavaliações regulares, se torna um fator imprescindível para evitar recaídas na maioria dos pacientes. Portanto, conciliar o conhecimento científico com os mais diversos tipos de pacientes e responsáveis das crianças com PTC, explicar sobre a doença, as etapas do tratamento e a importância de cada uma, é essencial para que haja o comprometimento que os métodos terapêuticos exigem.

REFERÊNCIAS

1. Cady R, Hennessey TA, Schwend RM. Diagnosis and Treatment of Idiopathic Congenital Clubfoot. *Pediatrics*. 2022 Feb 1;149(2):e2021055555. doi: 10.1542/peds.2021-055555. PMID: 35104362; PMCID: PMC9645716.
2. Maghfuri HB, Alshareef AA. The Efficacy of the Ponseti Method in the Management of Clubfoot: A Systematic Review. *Cureus*. 2024 Jan 18;16(1):e52482. doi: 10.7759/cureus.52482. PMID: 38371124; PMCID: PMC10873899.
3. Canavese F, Dimeglio A. Clinical examination and classification systems of congenital clubfoot: a narrative review. *Ann Transl Med*. 2021 Jul;9(13):1097. doi: 10.21037/atm-20-7524. PMID: 34423009; PMCID: PMC8339810.
4. Ahmed KFE, Marzouk AR, Eldin MS. Repeating Ponseti method for treating relapsed idiopathic congenital talipes equinovarus in children less than two years of age: a prospective study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2025 Mar 15;26(1):263. doi: 10.1186/s12891-025-08464-8. PMID: 40087635; PMCID: PMC11909929.
5. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1 Pt 1):102-106. doi:10.1590/S1679-45082010RW1134.
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-764. doi:10.1590/S0104-07072008000400018.
7. Hu W, Ke B, Niansu X, Li S, Li C, Lai X, Huang X. Factors associated with the relapse in Ponseti treated congenital clubfoot. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022 Jan 26;23(1):88. doi: 10.1186/s12891-022-05039-9.
8. Tabard-Fougère A, Bonnefoy-Mazure A, Dayer R, Vazquez O, De Coulon G. The Importance of Having a Single, Dedicated Medical Team to Treat Congenital Talipes Equinovarus Using the Ponseti Method: A Retrospective Analysis of Treatment Outcomes After 3 Years of Follow-up. *J Pediatr Orthop*. 2024 Apr 1;44(4):e361-e368. doi: 10.1097/BPO.0000000000002613.
9. Santos TF, Ferreira GF, Nogueira MP. Effectiveness of congenital myelodysplastic clubfoot treatment by the Ponseti method-Systematic review. *PLoS One*. 2024 Oct 4;19(10):e0304909. doi: 10.1371/journal.pone.0304909. PMID: 39365806; PMCID: PMC11452036.

ANEXO A

REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO - INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Instruções aos Autores

A Revista Brasileira de Ortopedia (RBO) é o órgão de publicação científica da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) e se propõe a divulgar artigos que contribuam para o aperfeiçoamento e o desenvolvimento da prática, da pesquisa e do ensino da Ortopedia e de especialidades afins. Publicada bimestralmente nos meses de fevereiro, abril, junho, agosto, outubro e dezembro com absoluta regularidade desde sua primeira edição, em 1965. A revista recebe para publicação artigos para as seguintes seções: Artigos Originais, Artigos de Revisão, Artigos de Atualização, Relatos de casos, Notas Prévias, Notas Técnicas e Cartas ao Editor. Os artigos poderão ser escritos em Português, Espanhol ou Inglês. A revista é destinada a ortopedistas vinculados à SBOT, profissionais da área da saúde que se dedicam a atividades afins e ortopedistas de outros países. Seu título abreviado é Rev Bras Ortop e deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé e em referências e legendas bibliográficas.

Peer-Review (Revisão por Pares)

O peer-review é um dos fatores que sustentam a qualidade de um veículo científico. No caso da RBO, a constituição de um corpo editorial formado, em sua maioria, por professores universitários permitiu um peer-review criterioso. Depois de recebidos, os artigos são remetidos a um técnico especializado em metodologia de trabalho científico e a três membros do conselho editorial que atuam na mesma área. Esses profissionais avaliam os trabalhos e os devolvem com seus pareceres. A avaliação é feita sob cinco aspectos: Grau de Prioridade para Publicação; Relevância do Trabalho; Qualidade Científica, Apresentação e Recomendação.

Todos os manuscritos, após aprovação pelos Editores, serão avaliados por revisores qualificados, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento (blinded peer-review, revisão por pares cega). Os artigos que não apresentarem mérito, contenham erros significativos de metodologia ou não se enquadrem à política editorial da revista serão rejeitados, não cabendo recurso. Os comentários dos revisores serão devolvidos aos autores para modificações no texto ou justificativa de sua conservação. Somente após aprovação final dos revisores e editores, os manuscritos serão encaminhados para publicação.

Copyright

Todas as declarações publicadas nos artigos são de inteira responsabilidade dos autores. Entretanto, todo material publicado se torna propriedade da Revista Brasileira de Ortopedia (RBO), que passa a reservar os direitos autorais. Os autores devem encaminhar à RBO por Fax (+55-11- 2137-5418) ou correio a declaração de transferência de direitos autorais, assinada por todos os coautores, assim que o manuscrito é submetido.

Quadro 1: Formatação do texto conforme o tipo de artigo. Revista Brasileira de Ortopedia.

Tipo de Artigo	Resumo	Número de palavras(c)	Referências	Figuras	Tabelas
Original	Estruturado máx. 250 palavras	2.500	30	10	6
Revisão (a)	Não estruturado máx.250 palavras	4.000	60	3	2
Atualização(a)	Não estruturado máx.250 palavras	4.000	60	3	2
Relato de Caso	Não estruturado máx.250 palavras	1.000	10	5	0
Nota Técnica	Não estruturado máx.250 palavras	1.500	8	5	2
Carta ao Editor (b)	0	500	4	2	0
Editorial (a)	0	500	0	0	0

a publicadas a convite dos Editores.

b publicadas a critérios dos Editores com réplica, quando pertinente.

c excluindo resumo, referências, tabelas e figuras.

Apresentação e submissão de manuscritos

A Revista Brasileira de Ortopedia (Rev Bras Ortop - ISSN 0102-3616) é uma publicação bimestral da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, com a finalidade publicar trabalhos originais de todas as especialidades da ortopedia. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

Os artigos publicados na revista seguem os requisitos uniformes propostos pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizados em outubro de 2004 e disponíveis no endereço eletrônico www.icmje.org. Os artigos que envolvam seres humanos ou animais de laboratório devem apresentar claramente a adesão às diretrizes apropriadas e a aprovação

de seus protocolos pelos comitês institucionais. O artigo enviado deverá ser submetido, acompanhado de:

Author Agreement (Carta de Autorização para Publicação)

Carta assinada por todos os autores (máximo seis), autorizando sua publicação, declarando que o mesmo é inédito e que não foi ou está submetido para publicação em outro periódico.

Cover Letter (Carta de Apresentação)

Carta de apresentação do estudo destinada exclusivamente ao Editor

Manuscript (Manuscrito)

Arquivo completo do artigo com referências, preferencialmente com resumo e palavras-chave.

Figuras, Tabelas e Gráficos

Arquivos individuais enviados à parte.

Ao Author Agreement devem ser anexados

Declaração de Conflito de Interesse, quando pertinente, que, segundo Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1595/2000, veda que em artigo científico seja feita promoção ou propaganda de quaisquer produtos ou equipamentos comerciais.

Certificado de Aprovação do Trabalho pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição em que o mesmo foi realizado.

Informações sobre eventuais fontes de financiamento da pesquisa.

Declaração de que os investigadores assinam documento de Consentimento Informado, quando o artigo tratar de pesquisa clínica com seres humanos. Toda pesquisa clínica ou experimental em humanos ou animais deve ser executada de acordo com a Declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial (J Bone Joint Surg Am. 1997;79(7):1089-98).

Os artigos devem ser escritos em português, espanhol ou inglês.

Tipo de Artigo

A Revista Brasileira de Ortopedia recebe para publicação os seguintes tipos de manuscritos: Artigo Original, Atualização, Revisão, Relatos de Caso, Nota Técnica, Resenhas e Resumos, Cartas e Editoriais.

Artigo Original

Descreve pesquisa experimental ou investigação clínica prospectiva ou retrospectiva, randomizada ou duplo cego. Deve ter: Título em português e inglês, Resumo em português e inglês estruturado em (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão), Palavras-chave, Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências.

Artigo de Atualização

Revisões do estado da arte sobre determinado tema, escrito por especialista a convite dos Editores. Deve ter Resumo em português e inglês com Palavras-chave, Título e Referências.

Relato de Caso

Deve ser informativo e não deve conter detalhes irrelevantes. Só serão aceitos os relatos de casos clínicos de interesse, quer pela raridade como entidade nosológica, ou ainda pela forma não usual de apresentação. Deve ter Resumo em português e inglês com Palavras-chave, Título e Referências.

Artigo de Revisão

Tem como finalidade examinar a bibliografia publicada sobre determinado assunto fazendo avaliação crítica e sistematizada da literatura sobre certo tema, além de apresentar conclusões importantes baseadas nessa literatura. Somente serão aceitos para publicação quando solicitados pelos Editores. Deve ter Resumo em português e inglês com Palavras-chave, Título e Referências.

Nota Técnica

Destina-se à divulgação de método de diagnóstico ou técnica cirúrgica experimental, novo instrumental cirúrgico, implante ortopédico, etc. Deve ter: Resumo em português e inglês com Título, Palavras-chave, Introdução Explicativa, Descrição do Método, do Material ou da Técnica, Comentários Finais e Referências.

Cartas ao Editor

Tem por objetivo comentar ou discutir trabalhos publicados na revista ou relatar pesquisas originais em andamento. É publicada a critério dos Editores, com a respectiva réplica quando pertinente.

Editorial

Escritos a convite, apresentando comentários de trabalhos relevantes da própria revista, pesquisas importantes publicadas ou comunicações dos editores de interesse para a especialidade.

Preparo dos manuscritos

- A) Folha de Rosto (Title Page)
- Título do artigo, em português e inglês, redigido com dez ou doze palavras, sem considerar artigos e preposições. O Título deve ser motivador e deve dar ideia dos objetivos e do conteúdo do trabalho;
- Nome completo de cada autor (máximo seis), sem abreviaturas;
- Indicação da afiliação institucional de cada autor, separadamente com cidade, estado e país; com indicação numérica e sequencial, utilizando letras minúsculas sobrescritas. Se houver mais de uma afiliação institucional, indicar apenas a mais relevante;
- As afiliações devem ser apresentadas em ordem hierárquica decrescente (p.e Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria) e na língua original da instituição ou na versão em inglês quando a escrita não é latina (p.e: Johns Hopkins University, Universidade de São Paulo, Université Paris-Sorbonne).
- Indicação da Instituição onde o trabalho foi realizado com cidade, estado e país;
- Nome, endereço e e-mail do autor correspondente;
- Fontes de auxílio à pesquisa (se houver);
- Declaração de inexistência de conflitos de interesse.

Resumo e palavras-chave: Resumo e Palavras-chave, em português e inglês, com no máximo 250 palavras. Nos artigos originais, o Resumo deverá ser estruturado ressaltando os dados mais significativos do trabalho (Objetivo: Informar o porquê da pesquisa, ressaltando a sua motivação;

Métodos: Descrever sucintamente o material avaliado e o método empregado em sua avaliação;

Resultados: Descrever os achados relevantes com dados estatísticos e com a respectiva significância;

Conclusões: Relatar exclusivamente as principais conclusões). Para Relatos de Caso, Revisões ou Atualizações e Nota Prévia, o Resumo dispensa estruturação, mas exige Palavras-chave. Abaixo do resumo, especificar no mínimo três e no máximo dez Palavras-chave que definam o assunto do trabalho. As palavras-chave, ou descritores, devem ser baseadas no DECS (Descritores em Ciências da Saúde), disponível no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br/>; ou em MeSH (Medical Subject Headings), em www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

B) Texto (Manuscript)

Deverá obedecer rigorosamente a estrutura para cada categoria de manuscrito.

Em todas as categorias de manuscrito, a citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre colchetes. Preferencialmente com Resumo e palavras-chave repetidas.

Introdução: O autor deve justificar o porquê da realização do trabalho, descrevendo a relevância e o interesse do estudo. Poderá utilizar poucas (duas ou três) referências bibliográficas quando julgá-las necessárias para esclarecer a importância do trabalho.

O objetivo do trabalho deve estar explícito ao final da introdução, podendo o autor colocá-lo como título à parte.

Material: Trata-se do objeto do estudo e, portanto, deve ser descrito com detalhes; neste item será apontada a origem dos pacientes, sua identificação, sua qualificação, os critérios de inclusão e exclusão. Enfim, o autor deverá definir, de forma clara, o grupo com o qual estará ou esteve trabalhando.

Métodos: O autor descreverá o procedimento que foi aplicado ou analisado no seu material, com detalhes. A descrição deve ser clara e suficiente para que outro pesquisador possa reproduzir ou dar continuidade ao estudo. Descrever a metodologia estatística empregada com detalhes suficientes para permitir que qualquer leitor com razoável conhecimento sobre o tema e o acesso aos dados originais possa verificar os resultados apresentados. Evitar o uso de termos imprecisos tais como: aleatório, normal, significativo, importante, aceitável, sem defini-los. A forma de aferir os resultados será descrevendo os parâmetros da literatura ou parâmetros próprios, ou seja, o que é bom, o que é regular etc., no conceito proposto pelos

autores. A utilização da palavra significativa exige que o valor “p” seja relatado. A utilização da palavra correlação deve ser acompanhada do respectivo coeficiente.

Informação sobre o manejo da dor pós-operatório, tanto em humanos como em animais, deve ser relatada no texto (Resolução nº 196/96, do Ministério)

Resultados: Apresentar os resultados em sequência lógica do texto, usando tabelas e ilustrações, se necessário. Não repetir no texto todos os dados constantes das tabelas e ou ilustrações. No texto, enfatizar ou resumir somente os dados importantes.

Discussão: Todos os itens do trabalho (introdução, material, métodos, resultados) devem ser discutidos e comparados com a literatura pertinente.

Conclusões: Devem ser baseadas nos resultados obtidos

Agradecimentos: Podem ser mencionadas colaborações de pessoas, instituições ou agradecimento por apoio financeiro, auxílios técnicos que mereçam reconhecimento mas não justificam a inclusão entre os autores.

Conflitos de interesse: Devem ser reproduzidos objetivamente quando houver, e, quando não houver, apresentar a declaração: “Os autores declaram não haver conflitos de interesse.”

Referências: Devem ser atualizadas contendo, preferencialmente, os trabalhos mais relevantes publicados nos últimos cinco anos sobre o tema. Deve conter apenas trabalhos referidos no texto. Se pertinente, é recomendável incluir trabalhos publicados na RBO. As referências deverão ser numeradas consecutivamente, na ordem em que são citadas no texto, e identificadas com algarismos arábicos entre colchetes. A apresentação deverá seguir o formato denominado “Vancouver Style”, conforme modelos abaixo. Os títulos dos periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela National Library of Medicine, disponível em “List of Journal Indexed in Index Medicus” no endereço eletrônico: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals> Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Quando em número maior, citar os seis primeiros autores seguidos da expressão “et al.”

Artigos de Periódicos ou Revistas:

- 1) Borges JLP, Milani C, Kuwajima SS, Laredo Filho J. Tratamento da luxação congênita de quadril com suspensório de Pavlik e monitorização ultra-sonográfica. Rev Bras Ortop. 2002;37(1/2):5-12.
- 2) Bridwell KH, Anderson PA, Boden SD, Vaccaro AR, Wang JC. What's new in spine surgery. J Bone Joint Surg Am. 2005;87(8):1892-901.
- 3) Schreurs BW, Zengerink M, Welten ML, van Kampen A, Slooff TJ. Bone impaction grafting and a cemented cup after acetabular fracture at 3-18 years. Clin Orthop Relat Res. 2005;(437):145-51

Livros: Baxter D. The foot and ankle in sport. St Louis: Mosby; 1995.

Capítulos de Livro: Johnson KA. Posterior tibial tendon. In: Baxter D. The foot and ankle in sport. St Louis: Mosby; 1995. p. 43-51..

Dissertações e Teses: Laredo Filho J. Contribuição ao estudo clínico-estatístico e genealógico-estatístico do pé torto congênito equino varo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 1968.

Publicações eletrônicas:

- 1) Lino Junior W, Belangero WD. Efeito do Hólmio YAG laser (Ho: YAG) sobre o tendão patelar de ratos após 12 e 24 semanas de seguimento. Acta Ortop Bras [periódico na Internet]. 2005 [citado 2005 Ago 27];13(2):[about 5p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
- 2) Feller J. Anterior cruciate ligament rupture: is osteoarthritis inevitable? Br J Sports Med [serial on the Internet]. 2004 [cited 2005 Ago 27]; 38(4): [about 2 p.]. Available at: <http://bjsm.bmjournals.com/cgi/content/full/38/4/383>

C) Tabelas e Figuras:

Tabelas: As tabelas devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto com números arábicos. Cada tabela deve ter um título e, se necessário, uma legenda explicativa. Os quadros e tabelas deverão ser enviados através de arquivos individuais (preferencialmente em Excel).

Figuras: A apresentação desse material pode ser em cores, sendo impresso em preto e branco, com legendas e respectivas numerações. As figuras deverão ser enviadas através de arquivos individuais (300 dpi). Mais detalhes em: <http://www.elsevier>.

com/author-schemas/artwork-and-media-instructions. Enviar cada figura individual para o sistema. A(s) legenda(s) deve(m) ser incorporada(s) no final do texto no manuscrito após a listagem de referências. Não incluir figuras no texto. As figuras incluem todas as ilustrações, tais como fotografias, desenhos, mapas, gráficos, etc. e devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. Fotos em preto e branco serão reproduzidas gratuitamente, mas o editor reserva o direito de estabelecer o limite razoável, quanto ao número delas, ou cobrar do autor a despesa decorrente do excesso. Fotos coloridas serão cobradas do autor.

Abreviaturas e siglas: Devem sempre ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. No rodapé das figuras e tabelas devem sempre ser discriminados o significado de abreviaturas, símbolos, outros sinais e informada a fonte: local onde a pesquisa foi realizada. Se as ilustrações já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor ou editor, constando a fonte de referência onde foi publicada. A RBO reserva o direito de não aceitar para avaliação os artigos que não preencham os critérios acima formulados.

Envio dos manuscritos: As submissões devem ser feitas on-line pelo link www.evise.com/evise/jrnl/RBO. É imprescindível o envio por fax ou correio da permissão para reprodução do material e as cartas com a aprovação de um Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho - quando referente a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) em seres humanos - e o Author Agreement, aquele assinado por todos os autores em que se afirme o ineditismo do trabalho (fax: +55 11 2137-5418).

Link para acesso às normas da revista: https://rbo.org.br/Content/images/ITA_Portugues.pdf

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO ELETRÔNICA NO
REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL - RI/UFPI**

1. Identificação do material bibliográfico:

- ☐ Tese ☐ Dissertação ☐ Monografia ☒ TCC Artigo ☐ Livro
☐ Capítulo de Livro ☐ Material Cartográfico ou Visual ☐ Música
☐ Obra de Arte ☐ Partitura ☐ Peça de Teatro ☐ Relatório de pesquisa
☐ Comunicação e Conferência ☐ Artigo de periódico ☐ Publicação seriada
☐ Publicação de Anais de Evento

2. Identificação do Trabalho Científico:

Curso de Graduação: Medicina

Programa de pós-graduação: _____

Outro: _____

Autor(a): Pedro Eduardo Feijão Parente

E-mail: oajiefpedro@ufpi.edu.br

Orientador (a) Prof.^a Esp. Laís Portela Neiva Coelho

Instituição: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Membro da banca: Prof.^a Dra. Ticiania Maria Lúcio de Amorim

Instituição: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Membro da banca: Prof.^a Esp. Ellen Barros Araújo Lopes Luz

Instituição: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Membro da banca: _____

Instituição: _____

Membro da banca: _____

Instituição: _____

Membro da banca: _____

Instituição: _____

Título obtida: Bacharelado em Medicina

Data da defesa: 01 / 07 / 2026

Título do trabalho: FATORES DETERMINANTES DA RECIDIVA NO MÉTODO DE PONSETI COMO
TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Agência de fomento (em caso de aluno bolsista): _____

3. Informações de acesso ao documento no formato eletrônico:

Liberação para publicação:

Total: ☒ [X]

Parcial: ☐ []. Em caso de publicação parcial especifique a(s) parte(s) ou o(s) capítulos(s) a serem publicados: _____

.....

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Em atendimento ao Artigo 6º da Resolução CEPEX nº 264/2016 de 05 de dezembro de 2016, autorizo a Universidade Federal do Piauí - UFPI, a disponibilizar gratuitamente sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral ou parcial da publicação supracitada, de minha autoria, em meio eletrônico, no Repositório Institucional (RI/UFPI), no formato especificado* para fins de leitura, impressão e/ou *download* pela *internet*, a título de divulgação da produção científica gerada pela UFPI a partir desta data.

Local: _____ Picos - PI Data: 26 / 07 / 2026

Assinatura do(a) autor(a): _____



Documento assinado digitalmente

PEDRO EDUARDO FEIJAO PARENTE

Data: 26/07/2026 23:51:42-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

* **Texto** (PDF); **imagem** (JPG ou GIF); **som** (WAV, MPEG, MP3); **Vídeo** (AVI, QT).