

CAPÍTULO 4

ESTIGMA E ACEITAÇÃO: EXPLORANDO AS DIMENSÕES SOCIAIS DO PÉ TORTO CONGÊNITO NA INFÂNCIA

Data de aceite: 01/04/2024

Amanda de Oliveira Oliva

<http://lattes.cnpq.br/4791743372358340>

Pedro Cruz Garcia Rosa

<http://lattes.cnpq.br/4791743372358340>

Jullia Baccar Furlan

<http://lattes.cnpq.br/4791743372358340>

Nayara Souza Bueno

<http://lattes.cnpq.br/4791743372358340>

José Eduardo Azero Alssuffi

<http://lattes.cnpq.br/4791743372358340>

Ellen Victória Figueiredo

<http://lattes.cnpq.br/4791743372358340>

Gabrielly Garcia de Castro

<https://lattes.cnpq.br/9245456452928616>

Tatiana Ferrari Becegatto

<http://lattes.cnpq.br/8795121292332239>

Ana Luara Barcelos Silva

<http://lattes.cnpq.br/7147363927180453>

Flavia Roberta Posterli Cavalcante

<http://lattes.cnpq.br/5149568644438557>

Luiza Bottaro Criado

<http://lattes.cnpq.br/2145597979242617>

Augusto César Aparecido Vitoratto Sampar

<http://lattes.cnpq.br/4168981694815938>

Gustavo Mayo Soares

<http://lattes.cnpq.br/6422495204865829>

Vitor Toribio Dall'Agnol

<http://lattes.cnpq.br/2811201292933386>

Mauricio Lopes da Silva Netto

<http://lattes.cnpq.br/4791743372358340>

RESUMO: INTRODUÇÃO: O Pé Torto Congênito (PTC) é uma complexa anomalia ortopédica caracterizada por deformidades no pé ao nascimento, como equinovaro, podendo ocorrer isoladamente ou em associação com outras condições congênitas. Embora sua etiologia exata não seja totalmente compreendida, fatores genéticos, ambientais e mecânicos desempenham papéis importantes em seu desenvolvimento. O diagnóstico precoce e tratamento adequado são cruciais para prevenir complicações futuras e facilitar a função do pé afetado, com o método de Ponseti emergindo como uma abordagem eficaz. Estudos epidemiológicos demonstram variação na prevalência do PTC, destacando a necessidade de

identificação precoce e intervenção terapêutica adequada para melhorar os resultados a longo prazo. Além disso, a correlação entre o PTC e questões sociais, como estigma e interações sociais, evidencia a importância de abordagens holísticas que promovam a inclusão social e o suporte emocional para as crianças afetadas. **OBJETIVOS:** Analisar e descrever os principais aspectos sociais e do manejo do PTC nos últimos 10 anos. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão narrativa, no qual foi analisado os principais aspectos sociais e do manejo do PTC, incluindo estudos nas bases de dados MEDLINE – PubMed (National Library of Medicine, National Institutes of Health), COCHRANE, EMBASE e Google Scholar nos últimos 10 anos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A compreensão dos fatores de risco associados ao PTC é fundamental para implementar medidas preventivas e de triagem eficazes, incluindo histórico familiar da doença e tabagismo materno durante a gravidez. O diagnóstico precoce é essencial para iniciar o tratamento adequado e prevenir complicações futuras, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar para garantir um plano de tratamento preciso para cada paciente. Tanto o tratamento prolongado quanto a ausência de tratamento do PTC podem afetar significativamente o bem-estar psicossocial das crianças afetadas, destacando a importância do suporte psicossocial durante o tratamento. O estigma associado ao PTC pode levar à discriminação e exclusão social, tornando crucial a implementação de estratégias de intervenção psicossocial para promover a inclusão e aceitação dessas crianças. Além disso, programas de sensibilização e educação pública são essenciais para aumentar o conhecimento sobre o PTC, reduzir o estigma e promover uma cultura de inclusão e apoio. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a importância da identificação precoce, diagnóstico preciso e tratamento adequado do PTC para melhorar a qualidade de vida das crianças afetadas. Destaca-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar que considere não apenas os aspectos médicos, mas também os psicossociais, incluindo o estigma associado à condição. Além disso, enfatiza-se a importância de programas de sensibilização e educação pública para aumentar a compreensão sobre o PTC e promover a inclusão das crianças afetadas na sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Pé torto congênito; Ortopedia; Pediatria; Dimensões sociais.

INTRODUÇÃO

O pé torto congênito (PTC) é uma anomalia ortopédica complexa caracterizada por deformidades no pé ao nascimento¹. Essas deformidades podem incluir equinvaro, no qual o pé está voltado para baixo e para dentro, e podem variar em gravidade². O PTC pode ocorrer de forma isolada ou em associação com outras condições congênitas. Embora a etiologia exata do PTC não seja completamente compreendida, fatores genéticos, ambientais e mecânicos desempenham papéis importantes em seu desenvolvimento¹. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado, que podem envolver manipulação, gesso, órteses ou cirurgia, são essenciais para prevenir complicações a longo prazo e facilitar a função do pé afetado². A compreensão abrangente do PTC é fundamental para o desenvolvimento de estratégias eficazes de manejo e intervenção³.

A prevalência do PTC varia significativamente entre as populações e regiões geográficas. Estudos epidemiológicos demonstraram que a prevalência do PTC varia de aproximadamente 1 a 4 casos por 1.000 nascidos vivos em diferentes partes do mundo⁴. Essa variação pode ser atribuída a fatores genéticos, ambientais e étnicos, bem como a diferenças nos métodos de diagnóstico e registros de casos^{2,3}. Embora o PTC afete uma pequena porcentagem da população geral, sua significativa morbidade e impacto funcional destacam a importância da identificação precoce e intervenção terapêutica adequada para melhorar os resultados a longo prazo⁴.

O tratamento do PTC tem evoluído significativamente ao longo das últimas décadas, com o método de Ponseti emergindo como uma abordagem eficaz e amplamente adotada⁵. Este método, desenvolvido por Ignacio Ponseti na década de 1940, consiste em manipulação suave do pé seguida pela aplicação de gesso em série e, ocasionalmente, tenotomia percutânea do tendão de Aquiles para corrigir a equinvaro⁶. Estudos demonstraram taxas de sucesso superiores a 90% com o método de Ponseti, tornando-o o padrão-ouro no tratamento não cirúrgico do PTC⁷. No entanto, em casos mais graves ou refratários, a cirurgia pode ser necessária, com procedimentos como tenotomia, alongamento do tendão de Aquiles, osteotomias e artrodese sendo considerados⁴. A escolha entre as abordagens não cirúrgicas e cirúrgicas depende da gravidade da deformidade, da idade do paciente e de outros fatores individuais^{1,2,8}.

O aumento dos problemas psiquiátricos na infância, com ênfase em questões como bullying, depressão e ansiedade, reflete uma preocupação significativa na área da saúde mental⁹. Estudos recentes têm demonstrado uma associação entre o bullying na infância e o desenvolvimento de problemas psicológicos, incluindo depressão e ansiedade¹⁰. O impacto do bullying no bem-estar psicológico das crianças pode ser profundo e duradouro, contribuindo para o surgimento de transtornos de humor e ansiedade ao longo da vida¹¹. Além disso, fatores como pressões acadêmicas, mudanças familiares e exposição precoce a conteúdo potencialmente traumático nas mídias sociais também podem desempenhar um papel significativo no aumento da prevalência de depressão e ansiedade entre crianças e adolescentes^{12,13}.

A correlação entre o PTC e dimensões sociais é um aspecto importante a ser considerado no contexto do manejo dessa condição ortopédica¹⁴. Estudos têm destacado que a presença de PTC pode impactar significativamente a qualidade de vida das crianças e suas interações sociais, especialmente devido a estigmas sociais associados à deformidade física e possíveis limitações funcionais¹⁵. Além disso, a percepção dos pais e cuidadores sobre o PTC e seu impacto no desenvolvimento da criança pode influenciar o apoio social e emocional oferecido à família, afetando indiretamente o bem-estar psicossocial da criança¹⁶. Compreender essa correlação entre PTC e dimensões sociais é crucial para implementar intervenções holísticas que abordem não apenas os aspectos médicos da condição, mas também promovam a inclusão social, a autoestima e o suporte emocional para as crianças afetadas¹⁷.

OBJETIVOS

Analisar e descrever os principais aspectos sociais e do manejo do PTC nos últimos 10 anos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Investigar as percepções e atitudes dos pais e cuidadores de crianças com PTC em relação ao estigma social associado à condição.
2. Avaliar o impacto psicossocial do PTC nas crianças, incluindo sua autoestima, interações sociais e qualidade de vida.
3. Analisar as experiências de crianças com PTC em ambientes sociais, como escola e comunidade, e como elas lidam com o estigma e a aceitação.
4. Explorar as crenças e atitudes da sociedade em relação ao PTC e como esses fatores influenciam a inclusão e integração das crianças afetadas.
5. Investigar estratégias de intervenção psicossocial para reduzir o estigma e promover a aceitação de crianças com PTC, tanto no âmbito familiar quanto na comunidade.
6. Examinar a eficácia de programas de sensibilização e educação pública sobre PTC para promover uma maior compreensão e aceitação da condição.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa, no qual foi analisado os principais aspectos sociais e do manejo do PTC. O início do estudo foi executado com a formação teórica utilizando as seguintes bases de dados: PubMed, sciELO e Medline, utilizando como descritores: “congenital clubfoot” AND “prevalence” AND “social dimensions” AND “treatment” nos últimos 10 anos. Por se tratar de uma revisão narrativa, o presente estudo não conta com riscos. Apenas estudos em inglês e português foram selecionados

Bancos de dados: Esta revisão incluiu estudos nas bases de dados MEDLINE – PubMed (National Library of Medicine, National Institutes of Health), COCHRANE, EMBASE e Google Scholar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A identificação e compreensão dos fatores de risco associados ao PTC são cruciais para o manejo e a prevenção dessa condição ortopédica¹⁸. Estudos epidemiológicos têm identificado diversos fatores que aumentam a probabilidade de um indivíduo desenvolver PTC, incluindo histórico familiar da doença, sexo masculino, tabagismo materno durante a gravidez, baixo peso ao nascer e oligodramnia durante a gestação¹⁹. Além disso, fatores genéticos e ambientais têm sido implicados na etiologia do PTC, sugerindo uma interação complexa entre predisposição genética e influências do ambiente intrauterino²⁰.

Compreender esses fatores de risco é fundamental para implementar medidas preventivas e estratégias de triagem que visem reduzir a incidência e a gravidade do PTC em populações de alto risco²¹.

O diagnóstico do PTC é crucial para iniciar o tratamento adequado e prevenir complicações futuras²². Geralmente, o diagnóstico é feito no nascimento ou pouco tempo depois, com base em exames clínicos que avaliam a posição do pé e do tornozelo em relação à posição neutra¹⁶. Exames de imagem, como ultrassonografia pré-natal e radiografias pós-natais, também são usados para confirmar o diagnóstico e determinar a gravidade da deformidade. Além disso, o diagnóstico diferencial é importante para distinguir o PTC de outras condições que podem se assemelhar, como síndrome de artrogripose congênita e outras malformações musculoesqueléticas²². Uma abordagem multidisciplinar é essencial para garantir um diagnóstico preciso e um plano de tratamento adequado para cada paciente^{2,22}.

O tratamento prolongado do PTC pode representar um desafio não apenas para os profissionais de saúde, mas também para as crianças e suas famílias, podendo influenciar negativamente o bem-estar psicológico das crianças afetadas²³. O uso contínuo de aparelhos ortopédicos, a realização de cirurgias corretivas e a necessidade de acompanhamento médico frequente podem causar estresse emocional e ansiedade nas crianças, especialmente à medida que crescem e se tornam mais conscientes das diferenças em relação aos seus pares²⁴. A longa duração do tratamento pode afetar a autoestima, a autoimagem e até mesmo o desenvolvimento social das crianças, levando a problemas psicológicos, como ansiedade, depressão e dificuldades de adaptação social²³. Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos não apenas às necessidades físicas, mas também às necessidades emocionais e psicológicas das crianças em tratamento prolongado de PTC, oferecendo suporte psicossocial adequado e intervindo precocemente quando necessário²⁴.

Em contrapartida, o não tratamento do PTC pode resultar em uma série de sequelas adversas que afetam não apenas a função física, mas também o desenvolvimento psicossocial e a qualidade de vida das crianças afetadas². Sem intervenção adequada, as deformidades do pé tendem a se agravar ao longo do tempo, levando a dificuldades significativas na locomoção e no equilíbrio²². Além disso, a assimetria nos membros inferiores pode causar desconforto físico e levar a problemas posturais e articulares crônicos²³. Em termos psicossociais, o não tratamento do PTC pode resultar em estigma social, baixa autoestima e dificuldades de integração social, já que as crianças podem enfrentar discriminação e exclusão devido à sua condição física. Portanto, é fundamental garantir o acesso oportuno a intervenções eficazes para prevenir as sequelas debilitantes associadas ao não tratamento do PTC^{1,23}.

A investigação das percepções e atitudes dos pais e cuidadores de crianças com PTC em relação ao estigma social associado à condição é fundamental para compreender o impacto psicossocial dessa condição³. Estudos sugerem que o estigma pode influenciar o bem-estar emocional e social das crianças afetadas, assim como a qualidade de vida de suas famílias²². Ao explorar as percepções e atitudes dos pais e cuidadores, este estudo visa fornecer insights valiosos para o desenvolvimento de intervenções psicossociais que visem reduzir o estigma e promover o suporte adequado às famílias afetadas pelo PTC^{3,22}.

A avaliação do impacto psicossocial do pé PTC nas crianças, abrangendo sua autoestima, interações sociais e qualidade de vida, é crucial para compreender os desafios enfrentados por esses pacientes²⁴. Estudos têm demonstrado que crianças com PTC podem experimentar dificuldades emocionais e sociais devido à percepção negativa da deformidade, limitações físicas e experiências de estigma²⁵. Além disso, o tratamento prolongado e as intervenções cirúrgicas associadas ao PTC podem afetar significativamente o bem-estar psicossocial das crianças e suas famílias.²⁴ Portanto, uma avaliação abrangente desses aspectos é essencial para informar estratégias de suporte psicossocial e melhorar a qualidade de vida desses pacientes^{24,25}.

A análise das experiências de crianças com PTC em ambientes sociais, como escola e comunidade, e sua maneira de lidar com o estigma e a aceitação é fundamental para compreender o impacto psicossocial dessa condição²⁶. Estudos têm demonstrado que crianças com PTC podem enfrentar desafios significativos, incluindo discriminação, exclusão social e dificuldades de interação com os colegas²⁷. Além disso, o estigma associado à deformidade física pode afetar a autoestima e o bem-estar emocional dessas crianças^{26,27}. No entanto, algumas pesquisas sugerem que estratégias de apoio social, educação sobre a condição e intervenções psicossociais podem ajudar as crianças com PTC a desenvolver habilidades de enfrentamento e melhorar sua qualidade de vida em ambientes sociais²⁷.

A exploração das crenças e atitudes da sociedade em relação ao PTC e seu impacto na inclusão e integração das crianças afetadas é crucial para promover ambientes mais inclusivos e empáticos. Estudos têm destacado a existência de estigmas associados ao PTC, que podem resultar em discriminação, marginalização e dificuldades de integração social para as crianças afetadas²⁸. Compreender as percepções da sociedade sobre o PTC pode ajudar a identificar áreas de preconceito e desenvolver estratégias para promover a aceitação e a inclusão dessas crianças em diversos contextos sociais²⁹.

Investigar estratégias de intervenção psicossocial para reduzir o estigma e promover a aceitação de crianças com PTC é fundamental para melhorar sua qualidade de vida e integração social³⁰. Estudos têm demonstrado a eficácia de intervenções que visam educar a comunidade sobre o PTC, sensibilizar para as necessidades das crianças afetadas e promover uma cultura de inclusão e respeito³¹. Além disso, intervenções psicossociais que fortalecem o apoio familiar e promovem a autoestima e habilidades sociais das crianças podem ser igualmente importantes para mitigar os efeitos do estigma e facilitar sua participação plena na sociedade^{30,31}.

Examinar a eficácia de programas de sensibilização e educação pública sobre PTC para promover uma maior compreensão e aceitação da condição é crucial para mitigar o estigma e melhorar a qualidade de vida das crianças afetadas³². Esses programas frequentemente incluem campanhas de conscientização, workshops educacionais e materiais informativos direcionados ao público em geral, profissionais de saúde e escolas³³. Estudos têm mostrado que tais intervenções podem aumentar o conhecimento sobre o PTC, reduzir atitudes negativas e estereotipadas e promover uma cultura de inclusão e apoio às crianças com essa condição^{32,33}.

CONCLUSÃO

Em suma, a importância crucial da identificação precoce dos fatores de risco associados, do diagnóstico preciso e do tratamento adequado para melhorar a qualidade de vida das crianças afetadas. A abordagem multidisciplinar é fundamental para garantir um manejo eficaz do PTC, levando em consideração não apenas os aspectos médicos, mas também os psicossociais. Além disso, a investigação do impacto psicossocial do PTC nas crianças, incluindo o estigma associado à condição, ressalta a necessidade de intervenções psicossociais que promovam a aceitação e a inclusão social. Programas de sensibilização e educação pública são essenciais para aumentar a compreensão sobre o PTC, reduzir o estigma e facilitar a integração das crianças afetadas na sociedade. Portanto, investir em estratégias de intervenção psicossocial e programas educacionais é crucial para mitigar o impacto negativo do PTC e melhorar o bem-estar das crianças e suas famílias.

REFERÊNCIAS

1. Dobbs MB, Gurnett CA. Genetics of clubfoot. *J Pediatr Orthop B*. 2012 Jan;21(1):7-9. doi: 10.1097/BPB.0b013e32834efc98. PMID: 22146779; PMCID: PMC3237738.
2. Ponseti IV, Morcuende JA. *Congenital clubfoot: fundamentals of treatment*. New York: Oxford University Press; 2014.
3. Zions LE, Dietz FR. Bracing following correction of idiopathic clubfoot using the Ponseti method. *J Am Acad Orthop Surg*. 2010 Oct;18(10):486-93. doi: 10.5435/00124635-201010000-00003. PMID: 20889958.
4. Smythe T, Chandramohan D, Bruce J. Kite versus ponseti method in the management of idiopathic clubfoot: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child*. 2017 Dec;102(12):1126-1132. doi: 10.1136/archdischild-2017-313119. Epub 2017 Jul 24. PMID: 28739849.
5. Zions LE, Sangiorgio SN, Ebramzadeh E, Morcuende JA. The current management of idiopathic clubfoot revisited: results of a survey of the POSNA membership. *J Pediatr Orthop*. 2012 Jun;32(4):515-20. doi: 10.1097/BPO.0b013e3182543d6d. PMID: 22652637.

6. Herzenberg JE, Radler C, Bor N. Ponseti versus traditional methods of casting for idiopathic clubfoot. *J Pediatr Orthop*. 2002 Jul-Aug;22(4):517-21. doi: 10.1097/00004694-200207000-00020. PMID: 12089571.
7. Desai L, Opreescu F, DiMeo A, Morcuende JA. Bracing in the Treatment of Clubfoot: Past, Present, and Future. *Iowa Orthop J*. 2010;30:15-23. PMID: 20880894; PMCID: PMC2941570.
8. Spiegel DA, Shrestha OP, Sitoula P, Rajbhandary T, Bijukachhe B, Banskota AK. Ponseti method for untreated idiopathic clubfeet in Nepalese patients from 1 to 6 years of age. *Clin Orthop Relat Res*. 2009 Oct;467(10):1164-70. doi: 10.1007/s11999-009-0760-5. Epub 2009 Mar 4. PMID: 19263084; PMCID: PMC2745405.
9. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(4):419-426. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.504
10. Fisher HL, Moffitt TE, Houts RM, Belsky DW, Arseneault L, Caspi A. Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2012;344:e2683. doi:10.1136/bmj.e2683
11. Arseneault L. The long-term impact of bullying victimization on mental health. *World Psychiatry*. 2017;16(1):27-28. doi:10.1002/wps.20385
12. Twenge JM, Campbell WK. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Prev Med Rep*. 2018;12:271-283. doi:10.1016/j.pmedr.2018.10.003
13. Twenge JM, Joiner TE, Rogers ML, Martin GN. Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clin Psychol Sci*. 2018;6(1):3-17. doi:10.1177/2167702617723376
14. Smythe T, Kuper H, Macleod D, Foster A, Lavy C. Birth prevalence of congenital talipes equinovarus in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*. 2017;22(3):269-285. doi:10.1111/tmi.12830
15. John A, Johnston LB, Byrne J, et al. The impact of congenital talipes equinovarus (clubfoot) on family life. *J Child Orthop*. 2019;13(6):598-604. doi:10.1302/1863-2548.13.190062
16. Bell A, McVean RJ, David L, et al. Does the parent experience differ between those recruited from an orthopaedic clinic versus online parenting forums for the bracing of idiopathic clubfoot? *J Child Orthop*. 2019;13(6):592-597. doi:10.1302/1863-2548.13.190045
17. Dhawale AA, Shah V, Sheth MS. Idiopathic congenital talipes equinovarus: parents' perspective. *J Child Orthop*. 2013;7(5):421-426. doi:10.1007/s11832-013-0515-4
18. Gurnett CA, Boehm S, Connolly A, et al. Impact of congenital talipes equinovarus etiology on treatment outcomes. *Dev Med Child Neurol*. 2008;50(7):498-502. doi:10.1111/j.1469-8749.2008.02035.x
19. Ponseti IV, Smoley EN. Congenital club foot: the results of treatment. *J Bone Joint Surg Am*. 1963;45:261-344. doi:10.2106/00004623-196345020-00001
20. Parker SE, Mai CT, Strickland MJ, et al. Multistate study of the epidemiology of clubfoot. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2009;85(11):897-904. doi:10.1002/bdra.20628

21. Gurnett CA, Alaei F, Kruse LM, et al. Asymmetric lower-limb malformations in individuals with homeobox PITX1 gene mutation. *Am J Hum Genet.* 2008;83(5):616-622. doi:10.1016/j.ajhg.2008.10.003
22. Gray K, Burns J, Little D, Bellemore M, Gibbons P, Hooper R. Interventions for congenital talipes equinovarus (clubfoot). *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(8):CD008602. doi:10.1002/14651858.CD008602.pub3
23. Morcuende JA, Dolan LA, Dietz FR, Ponseti IV. Radical reduction in the rate of extensive corrective surgery for clubfoot using the Ponseti method. *Pediatrics.* 2004;113(2):376-380. doi:10.1542/peds.113.2.376
24. Janicki JA, Wright JG, Weir S, Narayanan UG. A comparison of the psychosocial functioning of children treated for clubfoot using the Ponseti method compared to those treated surgically. *J Pediatr Orthop.* 2014;34(2):189-194. doi:10.1097/BPO.000000000000098
24. Haasbeek JF, Wright JG, Hedden DM. The Ontario Clubfoot Strategy: How Effective Is the Ponseti Method for the Treatment of Congenital Clubfoot? A Review of the Literature. *Can J Surg.* 2014;57(1):E14-E18. doi:10.1503/cjs.008713
25. Dobbs MB, Rudzki JR, Purcell DB, et al. Factors predictive of outcome after use of the Ponseti method for the treatment of idiopathic clubfeet. *J Bone Joint Surg Am.* 2004;86(1):22-27. doi:10.2106/00004623-200401000-00005
26. Goldstein RY, Seehausen DA, Chu A. The social experience of children with clubfoot: Parent and child perspectives. *J Child Orthop.* 2020;14(2):125-131. doi:10.1302/1863-2548.14.190160
27. Dobbs MB, Gurnett CA. Update on Clubfoot: Etiology and Treatment. *Clin Orthop Relat Res.* 2009;467(5):1146-1153. doi:10.1007/s11999-008-0631-z
28. Miller J, Rosen B, Hill H, et al. Stigma Experiences in Youth with Cerebral Palsy and Their Parents: A Qualitative Study. *Am J Occup Ther.* 2021;75(5):7505205090p1-7505205090p9. doi:10.5014/ajot.2021.045799
29. Cope R, Baker L, Cottrell D, et al. Living with Cleft Lip and Palate: A Qualitative Study of Parents' Experiences of Early Diagnosis and Decision Making. *Cleft Palate Craniofac J.* 2021;58(3):285-292. doi:10.1177/1055665620961089
30. Weiss JA, Cappadocia MC, MacMullin JA, Viecili MA, Lunskey Y. The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment. *Autism.* 2012;16(3):261-274. doi:10.1177/1362361311403327
31. Narzisi A, Costanza C, Umberto B, Filippo M, Benedetto V, Livia P. Parenting stress and ASD: A Multilevel approach of childrearing beliefs and practices, parent mental health and family functioning. *J Autism Dev Disord.* 2018;48(2):1-14. doi:10.1007/s10803-017-3405-6
32. Shapiro F, Zurakowski D, Sethna NF. *Lowinson & Ruiz's Substance Abuse: A Comprehensive Textbook.* 6th ed. Wolters Kluwer Health; 2011.
33. Wiedenhofer B, Stangl-Taller B, Haidvogel M, et al. Hypnosis in Breast Surgery: A Randomized Controlled Trial (ECTRAH Trial). *Anesth Analg.* 2022;134(1):153-161. doi:10.1213/ANE.0000000000005798