

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
INSTITUTO DA SAÚDE
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

DIOVANA DOS SANTOS PORTALUPI

AVALIAÇÃO OROMIOFUNCIONAL E
ACOMPANHAMENTO DE LACTENTES COM
ANQUILOGLOSSIA

Passo Fundo

2022

DIOVANA DOS SANTOS PORTALUPI

**AVALIAÇÃO OROMIOFUNCIONAL E ACOMPANHAMENTO
DE LACTENTES COM ANQUILOGLOSSIA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fonoaudiologia da Universidade de Passo Fundo (UPF), como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientador: Prof^a. Mestre Lisiane Lieberknecht Siqueira

Aprovada em 24 de Novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Mestre Lisiane Lieberknecht Siqueira

Prof^a. Dr. Luciana Grolli Ardenghi

Prof^o Carlos Eduardo Sartori Fernandes

Passo Fundo, 24 de novembro de 2022.

**AVALIAÇÃO OROMIOFUNCIONAL E
ACOMPANHAMENTO DE LACTENTES COM
ANQUILOGLOSSIA¹**

**OROMIOFUNCIONAL ASSESSMENT AND FOLLOW-UP
OF INFANTS WITH ANKYLOGLOSSIA¹**

Diovana dos Santos Portalupi²

Lisiane Lieberknecht Siqueira³

²Acadêmica do curso de Fonoaudiologia da Universidade de Passo Fundo.

³Fonoaudióloga. Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana – UFSM.

Docente do Curso de Fonoaudiologia da Universidade de Passo Fundo.

Endereço para correspondência:

Rua: Avenida presidente Vargas 3027, São Cristóvão, Passo Fundo.

CEP 99064-000

E-mail: diovanaportalupi@gmail.com

Área: Motricidade Orofacial

Tipo de manuscrito: original

Fontes de auxílio à pesquisa: ausente

Conflito de interesse: inexistente

¹ Artigo elaborado conforme normas do periódico científico CODAS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Terezinhas dos Santos Portalupi e Leonir Civa Portalupi por todo o esforço investido na minha educação e que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando ao longo de toda a minha trajetória.

Aos meus irmãos Thalia Portalupi e Diego Portalupi por estarem sempre ao meu lado.

Agradeço meu namorado Leonardo Lima por me apoiar e me ajudar quando precisei.

Às minhas amigas, que sempre torceram por mim e comemoraram cada evolução.

A todas as minhas amigas e colegas do curso de graduação pelas trocas de ideia e apoio.

À minha orientadora que confiou em mim, sua ajuda e apoio foram essenciais.

Agradeço aos pais que vieram para avaliação.

RESUMO

Objetivo: avaliar e monitorar o desenvolvimento oromiofuncional do lactente com anquiloglossia pré e pós frenotomia lingual. **Métodos:** lactentes com frênulo alterado foram reavaliados através do protocolo proposto por Martinelli et al (2013), e monitorados quanto ao desenvolvimento oromiofuncional. **Resultados:** 82,4% dos lactentes que chegaram com frênulo duvidoso ao aplicar o protocolo completo, obtiveram pontuação de interferência do frênulo na mobilidade da língua e foram encaminhados para a frenotomia. Os lactentes que realizaram a frenotomia tiveram melhores respostas em relação a anatomia, função e posição da língua após a frenotomia. Na segunda avaliação após a frenotomia, a sucção não nutritiva passou de 100,0% inadequada para 80,0% adequada, não foi mais identificado episódios de engasgos e cansaço ao mamar, passando de 60,0% para 100,0%, o formato da ponta da língua quando elevada durante choro passou a ser arredondada e fixação do frênulo na face sublingual da língua passou a se localizar no terço médio. **Conclusão:** observou-se que os lactentes com o frênulo alterado apresentam alterações em vários aspectos do sistema oromiofuncional com consequências no aleitamento materno, evidenciando a importância de um olhar especializado a esta população e de um segmento a estes lactentes, afim de evitar o desmame precoce e com isso proporcionar um melhor desenvolvimento.

Palavras-Chaves: língua, frênulo, aleitamento materno, fonoaudiologia.

ABSTRACT

Objective: to evaluate and monitor the oromyofunctional development of infants with ankyloglossia before and after lingual frenotomy. **Methods:** infants with altered frenulum were reassessed using the protocol proposed by Martinelli et al (2013), and monitored for oromyofunctional development. **Results:** 82.4% of infants who arrived with dubious frenulum when applying the complete protocol, obtained frenulum interference scores on tongue mobility and were referred for frenotomy. Infants who underwent frenotomy had better responses regarding tongue anatomy, function and position after frenotomy. In the second evaluation after the frenotomy, the non-nutritive sucking went from 100.0% inadequate to 80.0% adequate, no more episodes of choking and tiredness were identified when breastfeeding, going from 60.0% to 100.0%, the shape of the tip of the tongue when raised during crying became rounded and the fixation of the frenulum on the sublingual surface of the tongue started to be located in the middle third. **Conclusion:** it was observed that infants with altered frenulum present changes in various aspects of the oromyofunctional system with consequences for breastfeeding, highlighting the importance of a specialized look at this population and a segment of these infants, in order to avoid early weaning. and thereby provide better development.

Keywords: tongue, frenulum, breastfeeding, speech therapy

INTRODUÇÃO

O frênulo lingual é uma estrutura anatômica que auxilia a sucção, mastigação, deglutição, fala e respiração. Quando alterado, limita os movimentos da língua, podendo interferir na amamentação do bebê. ^(1- 2- 3)

A palavra "anquiloglossia" surge das palavras gregas "agkilos" (curvas) e "glossa" (língua). Trata-se de uma condição anatômica oral congênita caracterizada por freio lingual curto capaz de resultar na diminuição da mobilidade lingual, podendo ou não afetar na vida do indivíduo. ⁽⁴⁾

Essa condição clínica se dá quando não ocorre a apoptose completa do tecido embrionário durante o seu desenvolvimento no período intra-uterino, em razão a interferências no controle celular, fazendo com que a migração seja incompleta ou até mesmo não ocorra, permanecendo na face ventral da língua, levando a alterações de inserção e/ou comprimento do freio. ^(5 - 6)

A anquiloglossia tem como característica clínica um freio anormalmente curto sendo ele em formato normal, no entanto há uma dificuldade quando se faz a elevação da língua sobre o palato, essa anomalia resulta na limitação dos movimentos da língua, interferindo também na fala e amamentação. ⁽⁷⁾

A alteração do frênulo da língua pode ocasionar consequências como manutenção contínua da posição da boca entreaberta, alterações oclusais e periodontais, limitação nos movimentos linguais e postura baixa da língua na

cavidade bucal. ⁽⁸⁾ Por isso, pode ser indicada a intervenção cirúrgica para corrigir as alterações do frênulo da língua, geralmente, sendo realizada por profissionais como cirurgiões dentistas e otorrinolaringologistas. ⁽⁹⁾

Após aprovação da Lei 13.002, de 2014 é obrigatório que os recém-nascidos realizem o Teste da Linguinha ainda na maternidade. Os lactentes avaliados e diagnosticados com frênulo lingual alterado são habitualmente submetidos a um procedimento cirúrgico, chamado frenotomia. A frenectomia é uma cirurgia um pouco mais complexa que consiste na remoção de uma parte do freio lingual. Já a frenotomia é um procedimento mais simples que consiste apenas no corte parcial do freio lingual. ⁽¹⁰⁾

O Teste da Linguinha pode ser realizado por profissionais com formação dentro da área de saúde, sendo fonoaudiólogo, cirurgião-dentista, pediatra e odontologista, profissionais capacitados para detectar anormalidades que possam estar presentes na boca do lactente. O teste torna-se necessário para uma melhor qualidade de vida sendo ela emocional ou funcional para uma criança e sua mãe. ⁽¹¹⁾

Quando realizado a frenotomia no lactente, recomenda-se que faça o aleitamento materno imediatamente após a cirurgia, pois a partir disso é possível melhorar os movimentos de sucção feito pelo lactente na hora de mamar, mantém a calma do paciente e se espera melhora imediata ou até mesmo nas

primeiras 72 horas. Sendo assim, obtém-se uma grande importância nos movimentos para a extração do leite materno durante a amamentação. ⁽⁸⁻¹²⁾

Em lactentes, a amamentação está diretamente relacionada com as funções de sucção e a deglutição, coordenadas com a respiração, ajudando também no fortalecimento e tonificação da língua, bochechas e lábios. A amamentação, é a primeira ginástica facial que faz com que os ossos do rosto possam ser estimulados corretamente. Esse exercício é inicialmente responsável pelo crescimento harmonioso da face e da dentição. Sendo assim, qualquer restrição à livre movimentação da língua pode resultar no comprometimento das funções, dificultando a amamentação. ⁽⁵⁻¹⁰⁾

Desta forma este trabalho é justificado por querer acompanhar lactentes com anquiloglossia, afim de prestar um melhor acompanhamento e reduzir o risco de desmame precoce e alterações oromiofuncionais.

A presente pesquisa tem como finalidade avaliar e acompanhar o desenvolvimento oromiofuncional do lactente com anquiloglossia pré e pós frenotomia lingual.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quali-quantitativo de intervenção, observacional e descritivo que ocorreu na Clínica Escola de Fonoaudiologia de uma universidade do norte do Rio Grande do Sul. A amostra foi composta por

lactentes com anquiloglossia, encaminhados à clínica para realização de reavaliação do frênulo lingual.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, sob número 5.557.667, foi realizada a coleta de dados nos meses de agosto e outubro de 2022.

Os lactentes foram avaliados na Clínica Escola de Fonoaudiologia, por meio do protocolo proposto por Martinelli et al (2013) que inicialmente compreende a história clínica do bebê: se possui antecedentes familiares de alteração de frênulo, se possui alguma patologia e saber como está sendo a amamentação. Quando a soma dos itens da história clínica for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Na sequência, foi realizado a avaliação anatomofuncional: Postura da língua em repouso, tendência de posicionamento da língua no choro, forma da ponta da língua quando elevada durante choro, como é visualizado o frênulo lingual, espessura do frênulo, fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua e a fixação do frênulo no assoalho da boca. Quando a soma dos itens da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Por fim, realiza-se a avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva. A não nutritiva é realizada com a sucção do dedo mínimo enluvado para ver como é a movimentação de língua do lactente. A nutritiva é observada na amamentação, para avaliar o ritmo, coordenação entre sucção, respiração e deglutição, se morde o mamilo e se tem presença de estalo de língua durante a sucção.

Quando a soma da história e do exame clínico for igual ou maior que 13, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Após avaliação, de acordo com o protocolo utilizado, foi elaborado o diagnóstico e a conduta terapêutica para cada caso:

- Frênulo Normal - Alta (sem alteração que indicassem a necessidade de realização de frenotomia).
- Frênulo Duvidoso: Acompanhamento (lactente com dificuldades na amamentação porém frênulo lingual sem indicação de frenotomia).
- Frênulo Alterado: acompanhamento pós frenotomia (lactente com necessidade de intervenção cirúrgica em frênulo lingual devendo retornar em uma semana).

Os lactentes com indicação de frenotomia foram encaminhados para realizar o procedimento no Ambulatório de Odontologia da Universidade de Passo Fundo junto ao Hospital São Vicente de Paulo.

Foram incluídos no estudo os lactentes com alteração no frênulo lingual que os responsáveis concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram não ter assinado o Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido (TCLE), lactentes com malformações orofaciais, hemorragia igual ou maior que grau IV ou síndrômicos.

Os responsáveis e o lactente foram avaliados pela autora e a avaliação conferida e confirmada por sua orientadora presente durante a coleta. A avaliação iniciou-se com a história clínica e avaliação anatomofuncional e

finalizada com a sucção não nutritiva a aleitamento materno. A avaliação apresentou duração média de 1 hora por atendimento realizado.

Em posse das respostas, os dados foram tabulados por meio da plataforma Microsoft EXCEL e as associações entre as variáveis determinadas por meio de teste qui-quadrado e kappa, sendo consideradas significativamente diferentes com uma probabilidade menor do que 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

De um total de 17 bebês avaliados, foram consideradas válidas os resultados de todos no primeiro atendimento. Deste total, apenas 5 retornaram para reavaliação após frenotomia.

A amostra estudada corresponde 52,9% de indivíduos do sexo feminino e 47,1% do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre 15 dias e 7 meses, com mediana (Percentis 25-75).

Do total de participantes da pesquisa, 52,9% possuíam antecedentes familiares com alteração de frênulo lingual. Dos 17 bebês avaliados, 5 já haviam realizado frenotomia ainda em ambiente hospitalar, 40% desse ($n=5$) estava com a cicatrização apresentando fibrose.

Ao nascer 88,2% (15) tiveram aleitamento materno e na data da avaliação 76,5% (13) ainda estavam em aleitamento materno. Os 11,8% (2) que não mamaram em seio materno foi por restrição devido a mãe ser portadora de HIV.

Na data da avaliação 41,2% (7) faziam uso de mamadeira como complemento na amamentação e 23,5% (4) apenas recebe mamadeira, 70,6% (12) dos bebês fazem uso de chupeta.

A Tabela I mostra os resultados referentes a aplicação do teste da Linguinha que mamam em seio materno.

Tabela I - Dados do protocolo de Avaliação de Frênulo lingual dos lactentes.

Variáveis	n=15
Sucção nutritiva na amamentação – n(%)	
Poucas sucções com pausas longas	14 (93,3)
Várias sucções seguidas com pausas curtas	1 (6,7)
Sucção não nutritiva – n(%)	
Adequado	1 (6,7)
Inadequado	14 (93,3)
Mãe apresentou fissura ou dor no seio – n(%)	
Sim	9 (60,0)
Não	6 (40,0)
Tempo entre as mamadas: - n(%)	
1h ou menos	12 (80,0)
2h ou mais	3 (20,0)
Cansaço para mamar? – n(%)	
Sim	10 (66,7)
Não	5 (33,3)
Mama pouco e dorme – n(%)	
Sim	13 (86,7)
Não	2 (13,3)

Engasga quando mama? – n(%)	
Sim	7 (46,7)
Não	8 (53,3)
Postura dos lábios em repouso – n(%)	
Lábios entreabertos	7 (46,7)
Lábios fechados	8 (53,3)
Tendência do posicionamento da língua durante o choro – n(%)	
Língua na linha média	2 (13,3)
Língua na linha média com elevação das laterais	10 (66,7)
Língua baixa	3 (20,0)
Forma da ponta da língua quando elevada durante choro – n(%)	
Arredondada	3 (20,0)
Ligeira fenda no ápice	11 (73,3)
Formato de "coração"	1 (6,7)
Frênulo da língua – n(%)	
E possível visualizar	3 (20,0)
Visualizado com manobra	12 (80,0)
Espessura do frênulo – n(%)	
Delgado	14 (93,3)
Espesso	1 (6,7)
Fixação do frênulo na face sublingual da língua – n(%)	
No terço médio	4 (26,7)
Entre o terço médio e o ápice	10 (66,7)
No ápice	1 (6,7)
Fixação do frênulo no assoalho da boca – n(%)	
Visível a partir das carúnculas sublinguais	6 (40,0)
Visível a partir da crista alveolar inferior	9 (60,0)
Diagnóstico inicial (encaminhado por) – n(%)	
Duvidoso	12 (80,0)

Alterado	2 (13,3)
Normal	1 (6,7)
Diagnóstico após avaliação – n(%)	
Duvidoso	2 (13,3)
Alterado	12 (80,0)
Normal	1 (6,7)

Ao cruzar os dados referentes as características clínicas com a avaliação da amamentação em seio materno, foi constatado que a maioria, mesmo com o frênulo alterado ainda mamavam em seio materno, e as mães amamentavam mesmo apresentando dor e fissura, os resultados estão na tabela abaixo (Tabela II).

Tabela II – Associação da anquiloglossia com aleitamento materno (n=17)

Variáveis	Ainda	Não	P
	amamenta em seio materno (n=13)	amamenta mais em seio materno (n=4)	
Mãe apresentou fissura ou dor no seio – n(%)			0,294
Sim	8 (61,5)	1 (25,0)	
Não	5 (38,5)	3 (75,0)	
Diagnóstico inicial (encaminhado por) – n(%)			0,571
Duvidoso	10 (76,9)	4 (100)	
Alterado	2 (15,4)	0 (0,0)	
Normal	1 (7,7)	0 (0,0)	

Diagnóstico após avaliação – n(%)			0,498
Duvidoso	2 (15,4)	0 (0,0)	
Alterado	10 (76,9)	3 (75,0)	
Normal	1 (7,7)	1 (25,0)	

A Tabela III compreende os dados comparativos entre os cinco lactentes que compareceram a reavaliação pós frenotomia.

Tabela III – Comparação dos resultados do Teste da Linguinha aplicado pré e pós frenotomia (n=5)

Variáveis	Pré	Pós	P
Sucção nutritiva na amamentação – n(%)			0,250
Várias sucções seguidas com pausas curtas	0 (0,0)	3 (60,0)	
Poucas sucções com pausas longas	4 (80,0)	1 (20,0)	
Não mama em SM	1 (20,0)	1 (20,0)	
Sucção não nutritiva – n(%)			0,125
Adequado	0 (0,0)	4 (80,0)	
Inadequado	5 (100)	1 (20,0)	
Mãe apresentou fissura ou dor no seio – n(%)			0,500
Sim	3 (60,0)	1 (20,0)	
Não	2 (40,0)	4 (80,0)	
Tempo entre as mamadas: - n(%)			0,125
1h ou menos	5 (100)	1 (20,0)	
2h ou mais	0 (0,0)	4 (80,0)	

Cansaço para mamar? – n(%)			0,125
Sim	5 (100)	1 (20,0)	
Não	0 (0,0)	4 (80,0)	
Mama pouco e dorme – n(%)			0,125
Sim	5 (100)	1 (20,0)	
Não	0 (0,0)	4 (80,0)	
Engasga quando mama? – n(%)			0,250
Sim	3 (60,0)	0 (0,0)	
Não	2 (40,0)	5 (100)	
Postura dos lábios em repouso – n(%)			1,000
Lábios entreabertos	2 (40,0)	1 (20,0)	
Lábios fechados	3 (60,0)	4 (80,0)	
Tendência do posicionamento da língua durante o choro – n(%)			0,221
Língua na linha média	0 (0,0)	3 (60,0)	
Língua na linha média com elevação das laterais	4 (80,0)	0 (0,0)	
Língua baixa	1 (20,0)	2 (40,0)	
Forma da ponta da língua quando elevada durante choro – n(%)			0,034*
Arredondada	0 (0,0)	5 (100)	
Ligeira fenda no ápice	4 (80,0)	0 (0,0)	
Formato de "coração"	1 (20,0)	0 (0,0)	
Fixação do frênulo na face sublingual da língua – n(%)			0,046*
No terço médio	0 (0,0)	3 (60,0)	
Entre o terço médio e o ápice	4 (80,0)	2 (40,0)	

No ápice	1 (20,0)	0 (0,0)	
Fixação do frênulo no assoalho da boca			0,125
- n(%)			
Visível a partir das carúnculas sublinguais	1 (20,0)	5 (100)	
Visível a partir da crista alveolar inferior	4 (80,0)	0 (0,0)	

A Figura 1 mostra a análise comparativa entre o resultado da avaliação do Teste da Linguinha ainda na maternidade e o resultado do Teste aplicado na primeira avaliação deste estudo.

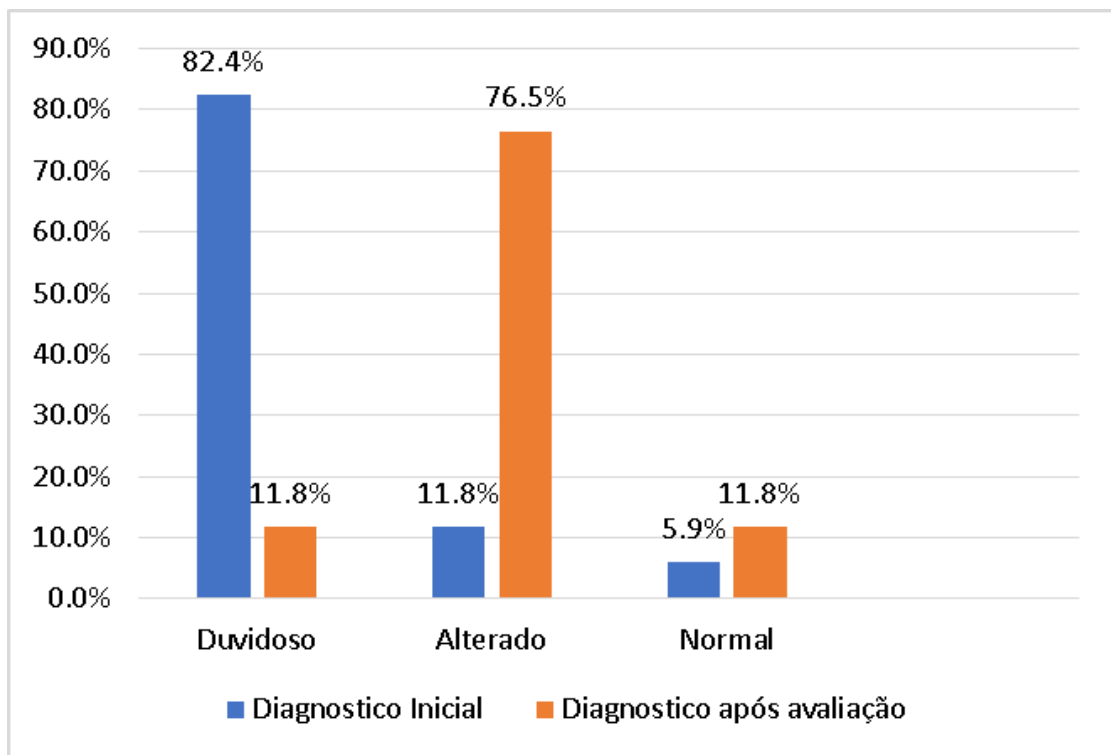


FIGURA 1– Análise comparativa do diagnóstico do Teste da Linguinha ao nascimento e na reavaliação (kappa=0,05; p=0,483).

DISCUSSÃO

O Teste da Linguinha possui três tipos de resultados: normal, duvidoso ou alterado. Nesse estudo como mostrado na Tabela I, 80,0%(12) dos lactentes avaliados, chegaram com o diagnóstico de frênulo duvidoso. O frênulo duvidoso apresenta uma discreta alteração anatômica com leve restrição dos movimentos da língua, que nas primeiras semanas de vida do bebê, pode não deixar evidente uma dificuldade importante na amamentação. ⁽⁷⁾ Quando reavaliado 80,0% (12) passou a ser alterado. O que pode ser atribuída ao fato de que a avaliação realizada na maternidade compreende os aspectos anatomofuncionais, e na reavaliação, quando o aleitamento materno já está bem estabelecido, o protocolo completo do Teste da Linguinha é aplicado, incluindo dados da sucção não nutritiva e nutritiva, onde foi identificada dificuldade na amamentação. Esses dados corroboram a literatura. ⁽¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁾, como mostra esse outro estudo, com n=428 lactentes com anquiloglossia, o resultado mostra que cerca de n=247 bebês (9,2%) foram diagnosticados com dificuldades de amamentação. ⁽¹⁶⁾

A autora do Teste da Linguinha orienta que resultados duvidosos devem ser reavaliados em 30 dias afim de definir a necessidade da indicação da frenotomia, pois o teste ao nascimento só avalia questões anatomofuncionais e na reavaliação além dessas questões também são avaliadas o aleitamento materno, evidenciando outras dificuldades que a limitação da mobilidade da língua acarreta para díade mãe/bebê, analisado o protocolo completo, o

diagnóstico é esclarecido sobre a necessidade da liberação do frênulo lingual. (13-14)

Na literatura, a maioria dos estudos mostram que existe uma maior prevalência de anquiloglossia no sexo masculino, onde havia n=362 (59%) bebês do sexo masculino e n=256 (41%) do sexo feminino⁽¹⁶⁾ o que diverge o presente estudo, onde 58,3%(7) era do sexo feminino e 41,7%(5) do sexo masculino, no entanto este achado pode se justificar pela amostra ser pequena.

Conforme analisado na Tabela II, a associação da amamentação com o frênulo alterado, destaca como a mãe é afetada por essa alteração no bebê. Das 15 mães que amamentavam em seio materno, 61,5% (8) apresentavam dor ou fissura, isso se dá quando o bebê não consegue fazer a sucção do mamilo com os lábios e a língua, causando desconforto e dor dos mamilos, na literatura, a maioria dos autores defendem que na presença da anquiloglossia a mãe e o neonato podem ser afetados. (17-18-19-20) Neste aspecto, evidencia-se que estar em amamentação em seio materno, não significa que o bebê não apresente dificuldades para mamar.

Além disso, alerta para outros importantes fatores encontrado nesse estudo, que podem estar associados a dificuldade da amamentação, como uso de chupetas tendo 70,6% (12) fazem uso e 41,2% (7) utilizando mamadeiras, que podem conjuntamente interferir de forma negativa no tempo de aleitamento materno, isso porque o bebê pode fazer uma confusão de bicos, pois a sucção da mama o é bem diferente dos bicos artificiais. E não se trata apenas da musculatura trabalhada, mas também do posicionamento de algumas estruturas como a

mandíbula, língua e lábios. ⁽²¹⁾ É de suma importância os pais serem informados e orientados sobre a necessidade dos recém-nascidos serem acompanhados logo após a alta hospitalar, pois sem o acompanhamento e sem informações corretas os pais vão buscar alternativas para atender as demandas de fome ou cólicas do seu bebê com bicos ou formulas artificiais, facilitando o desmame precoce. ⁽²²⁻²³⁾

Apenas 5 bebês retornaram para a reavaliação após frenotomia, dos mesmos, 60% apresentaram melhora significativa tanto na amamentação, quanto nas questões anatômicas e movimentação da língua, como mostra a Tabela III, isso porque a movimentação da língua se torna totalmente livre ⁽¹⁴⁻²⁴⁻²⁵⁾, o que vem ao encontro com esse estudo, onde mostra que o motivo mais comum para procurar uma frenotomia foi a dificuldade na pega (38%) e quase todos os participantes (91%) relataram uma melhora geral na amamentação após a frenotomia. ⁽²⁶⁾

Observou-se uma mudança em todos esses aspectos anatomofuncionais pré e pós frenotomia, estatisticamente em destaque a relação fixação do frênulo na face sublingual no pré e pós frenotomia ($p= 0,046^*$) onde inicialmente 80,0% apresentavam a fixação entre o terço médio e o ápice, e após a frenotomia 60% passou a ter a fixação no terço médio, também no formato da ponta da língua quando elevada durante choro ($p=0,034^*$), que inicialmente 80% possuíam uma ligeira fenda no ápice, após frenotomia 100% apresentavam o formato arredondado, melhorando a mobilidade e elevação da língua desses bebês. ⁽¹²⁾

⁽¹⁴⁾ Como mostra esse outro estudo, onde capacidade dos bebês de estender a

língua para o lábio inferior após a frenotomia aumentou significativamente ($p < 0,0001$).⁽²⁶⁾

O diagnóstico e o tratamento para frênulo lingual, podem ser orientados por profissionais como os médicos, pediatras, odontopediatras e fonoaudiólogos. No entanto, nem sempre esses profissionais estão devidamente treinados para realizar o diagnóstico adequado e a correção cirúrgica correta dos pacientes com anquiloglossia.⁽²⁷⁾ Assim mostrando um conflito de cada avaliação, de como ela pode ser subjetiva e pode mudar de profissional para profissional, podendo trazendo um possível diagnóstico tardio, acarretando uma série de consequências para o paciente, como identificado nesse estudo um lactente com diagnóstico normal ao nascimento foi encaminhado para reavaliação por dificuldades no aleitamento e, constatou-se frênulo alterado.

A avaliação da anquiloglossia em recém-nascidos é de extrema importância, sendo que o profissional deve estar capacitado para definir critérios de resolução individualizada de cada caso.⁽²⁰⁻²⁸⁾ Pesquisas relatam dificuldades para o seu diagnóstico, visto que, não existe um padrão totalmente aceito e os critérios clínicos sugeridos atualmente para sua identificação são consideravelmente variáveis, não havendo consenso entre os profissionais.⁽²⁹⁻³⁰⁾

Erros no diagnóstico podem acabar interferindo no futuro dessas crianças, a anquiloglossia em crianças e adolescentes pode afetar a saúde e o bem-estar destas. Consequências essas, que podem envolver dificuldade na amamentação, distúrbios da fala, higiene bucal deficiente e bullying por parte dos pares durante a infância e adolescência.⁽¹⁵⁾

Outro achado deste estudo foi que 52,9% dos lactentes referiram antecedentes familiares com alteração, como sugere a literatura consultada, que a anquiloglossia é uma condição hereditária, ou seja, parentes próximos podem manifestá-la. Acredita-se que seja uma desordem autossômica dominante, sendo sua transmissão entre gerações realizada pelo meio do cromossomo X. Seu mecanismo etiopatogênico exato ainda é desconhecido. ⁽⁹⁾

Assim, este estudo levou à associação da anquiloglossia e as dificuldades na amamentação observadas e referidas pelas mães, juntamente com a caracterização oromiofuncionais dos lactentes avaliados. Avaliação do frênulo da língua ainda gera conflitos e tem uma grande variabilidade, mas quando bem indicada traz benefícios tanto para o lactente, quanto para a mãe.

No entanto, as limitações desta pesquisa devem ser ponderadas tendo em vista o número reduzido de lactentes que retornaram para a reavaliação após a frenotomia, o que permite considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão.

São necessários mais estudos que reforcem a importância do seguimento de lactentes com frênulo alterado, afim de estabelecer uma avaliação correta e tratamento precoce.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que os lactentes com o frênulo alterado apresentam alterações em vários aspectos do sistema oromiofuncional com consequências no aleitamento materno, evidenciando a importância de um olhar especializado a esta população e de um seguimento a estes lactentes, afim de evitar o desmame precoce promovendo condições para um desenvolvimento adequado.

REFERÊNCIAS

- 1) Ana Paula P, et al. Frenectomia lingual e labial superior em odontopediatria. Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia). Univale, Governador Valadares. 2019; 11p.
- 2) Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. J Paediatr Child Health. 2005;41(5-6):246-50.
- 3) Ferres-Amat E, Pastor-Vera T, Rodriguez-Alessi P, Ferres-Amat E, Mareque-Bueno J, Ferres-Padro E. Manejo da anquiloglossia e dificuldades de amamentação no recém-nascido: sessões de amamentação, terapia miofuncional e frenotomia. Caso Rep Pediatr. 2016;2016:3010594.
- 4) Isac C, Frenectomia-momento ideal da intervenção cirúrgica. Tese de Doutorado (Doutorado em Medicina Dentária). Instituto Universitário Egas Moniz, Almada, 2018; 71p.
- 5) Pompéia L, et al. A influência da anquiloglossia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático. Revista Paulista de Pediatria, 2017; 35(2): 216-221.
- 6) Erissandra G, Fernando A, Jonas R. Freio lingual: abordagem clínica interdisciplinar da fonoaudiologia e odontopediatria. Rev. Assoc Paul Dent. Porto Alegre, v.69, n.1, p.20-24. Fev,2015.

- 7) Larissa F, et al. Anquiloglossia: revisão de literatura. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT-PERNAMBUCO, 2018; 3(3): 93.
- 8) Kleber A, et al. Frenotomia lingual em recém-nascido, do diagnóstico à cirurgia: relato de caso. Revista CEFAC, 2018; 20(2): 258-262.
- 9) Sabrina S, Gustavo B. Reinserção de freio labial superior—relato de caso. Full dentistry in science, 2017; 8(31): 39-42.
- 10) Cristina F, et al. Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo. Audiology- Communication Research, 2017; 22: e1762.
- 11) Millena O, et al. Frenotomia lingual em bebês diagnosticados com anquiloglossia pelo Teste da Linguinha: série de casos clínicos. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, 2019; 24(1): 73-81.
- 12) Alisson B, et al. Frenotomia lingual em bebê. Revista Uningá Review, 2017; 29(2): 1-5.
- 13) Érica A, et al. Repercussão da anquiloglossia em neonatos: diagnóstico, classificação, consequências clínicas e tratamento. SALUSVITA, Bauru, 2019; v. 38, n. 4, p. 1107- 1126.
- 14) Roberta LCM., et al. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. Rev. CEFAC.2012; v.14, n.1, p.138-145.
- 15) .Araujo MDCM, Freitas RL, Lima MGS, Kozmhinsky VMDR, Guerra CA, Lima GMS, et al. Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. J Pediatr (Rio J). 2020;96(3):379-85.

- 16) Ngercham, S., Laohapensang, M., Wongvisutdhi, T., Ritjaroen, Y., Painpichan, N., & Hakularb, P., et al. Lingual frenulum and effect on breastfeeding in Thai newborn infants. *Paediatr Int Child Health*. 33(2), 86-90.
- 17) Monique RPD., et al. Indicadores de qualidade de triagem auditiva e de avaliação do frênulo lingual neonatal. *CoDAS*, São Paulo, 32(3): e20180179, 2020.
- 18) Ingrid QDQ. Comparação entre dois protocolos para diagnóstico de Anquiloglossia em bebês nascidos no Hospital Universitário de Brasília. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade de Brasília, Brasília, 2019; 80p.
- 19) Elizandra SP., et al. O teste da linguinha na visão de cirurgiões-dentistas e enfermeiros da atenção básica de saúde. *Arch Health Invest. Paraíba*, v.7, n.6, p.220-223, 2018.
- 20) Caio S. Frenotomia lingual em paciente pediátrico: relato de caso. *Revista Visão Universitária, UNESP/Araçatuba, SP*, 2018; 2(1). v.(2):41 ISSN 1519-6402.
- 21) Moraes BA, Strada JKR, Gasparin VA, EspíritoSanto LCD, Gouveia HG, Gonçalves AC. Breastfeeding in the first six months of life for babies seen by Lactation Consulting. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na internet] 2021 [acesso em 26 Mai 2021]; 29:e3412.
- 22) Cortelo FM, Marba ST, Cortellazzi KL, Ambrosano GM, Guerra LM, Almeida AC, et al. Women's sense of coherence and its association with early weaning. *J Pediatr*. 2018;94(6):624-629.

23) Mariana RBAF, Anquiloglossia em recém-nascidos: diagnóstico, tratamento e associação com aleitamento materno, 2020, 101f. Dissertação (Doutorado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, Camaragibe, 2020.

24) O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, et al. Frenotomia para língua presa em recém-nascidos. Sistema de banco de dados Cochrane Rev. 2017;3.

25) Tecco S, Baldini A, Mummolo S, Marchetti E, Giuca MR, Marzo G et al. Frenulectomy of the tongue and the influence of rehabilitation exercises on the sEMG activity of 13 masticatory muscles. Journal of Electromyography and Kinesiology. 2015;25(4):619–628.

26) Muldoon K, Gallagher L, McGuinness D, Smith V. Effect of frenotomy on breastfeeding variables in infants with ankyloglossia (tonguetie): a prospective before and after cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):373.

27) Ana BRP, et al. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre diagnóstico e conduta para anquiloglossia em bebês. Saúde e Pesquisa. Maringá, v.12, n.2, p.233-240. Mai/Ago, 2019.

28) Esdras FSC., Frenectomia Lingual em neonatos: quando realizar?, 2020, 27f. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2020.

29) Priscila OMS, Helinaldo CC, Gimol BRP, Frenulotomia em paciente pediátrico: relato de caso. Arch Health Invest. Manaus, v.7, n.4, p.139-142, 2018.

30) Iryana MSP, Vanessa PPC, Érica NL, Frenotomia lingual em lactantes. RFO. Passo Fundo, v.22, n.1, p.114-119. Jan/Abr,2017.

Anexos

ANEXO I



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO INSTITUTO DA SAÚDE CURSO DE FONAUDIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você e seu bebê estão sendo convidados (a) como voluntários (a) a participar da pesquisa: **AValiação OROMIOFUNCIONAL E ACOMPANHAMENTO DE LACTENTES COM ANQUILOGLOSSIA.**

O ato de sugar e engolir, junto com a respiração, estão ligadas a amamentação em recém-nascidos. Deste modo, toda a limitação do movimento da língua pode dificultar a amamentação. Essa dificuldade para a amamentação, pode levar ao desmame precoce e/ou baixo ganho de peso, comprometendo o desenvolvimento dos bebês. Sendo que o aleitamento materno é essencial para que ocorra o desenvolvimento da fala e musculatura facial.

O objetivo desta pesquisa é avaliar os bebês que tiveram diagnóstico de frênulo lingual alterado e detectar as possíveis alterações nos músculos da face que possam prejudicar o bebê para respirar, sugar, mastigar, deglutir e falar.

A sua participação na pesquisa será em 2 encontros, nas sextas-feira na Clínica escola de Fonoaudiologia da Universidade de Passo Fundo, RS, pela parte da tarde, com duração aproximada de 30 minutos cada encontro, onde será realizado a aplicação do protocolo de avaliação para frênulo lingual. (MARTINELLI et al, 2013).

O protocolo proposto por Martinelli et al (2013) inicia com uma anamnese para saber a história clínica do bebê, ver anatomia do freio lingual (com registro fotográfico), avaliar a sucção e a mamada em seio materno. Os possíveis riscos decorrentes da participação desta pesquisa podem envolver incômodo no bebê no momento de avaliação do frênulo, os pais podem sentir-se desconfortáveis caso houver chorinho do bebê. Caso haja qualquer reação adversa eventual relacionada a seus valores culturais, morais,

sociais, psíquicos, éticos, intelectuais ao ser avaliado com o proposto que possa lhe causar algum dano, de imediato, você pode interromper a avaliação e entrar em contato com a responsável pelo projeto para que seja dado encaminhamento aos profissionais da psicologia vinculados à Universidade de Passo Fundo.

Ao participar da pesquisa, você terá os seguintes benefícios: colaborar com uma pesquisa de suma importância para a qualidade de vida de pacientes com frênulo alterado, terá avaliação realizada do frênulo alterado e o acompanhamento após frenotomia, com auxílio no aleitamento materno.

Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo.

Reiteramos que a sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento.

Você terá despesa apenas no transporte até a Clínica escola de Fonoaudiologia da Universidade de Passo Fundo para participar da presente pesquisa e não receberá pagamento pela sua participação no estudo. Caso ocorra eventual dano comprovadamente decorrente da sua participação na pesquisa, você tem o direito de buscar indenização.

As suas informações serão gravadas e posteriormente destruídas. Os resultados desta pesquisa serão divulgados no meio acadêmico, omitindo informações que identifiquem os participantes da pesquisa.

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considere prejudicado(a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a pesquisadora Prof.^a Lisiane Lieberknecht Siqueira (54) 981340432 ou com o curso de Fonoaudiologia, ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316-8157, no horário das 08h às 12h e das 13h30min às 17h30min, de segunda a sexta-feira. O Comitê está localizado no Campus I da Universidade de Passo Fundo, na BR 285, Bairro São José, Passo Fundo/RS.

O Comitê de Ética em Pesquisa exerce papel consultivo e, em especial, educativo, para assegurar a formação continuada dos pesquisadores e promover a discussão dos aspectos éticos das pesquisas em seres humanos na comunidade.

Dessa forma, se você concorda que seu bebê e você participem da pesquisa como

constanas explicações e orientações acima, coloque seus nomes no local indicado abaixo:

() ACEITO () NÃO ACEITO

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização nestetermo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o (a) pesquisador (a).

Passo Fundo, ____ de ____ de ____.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome dos pesquisadores:

Lisiane Lieberknecht Siqueira

Assinatura: _____

Diovana dos Santos Portalupi

Assinatura: _____

Contato:

Comitê de Ética em Pesquisa, BR 285, Bairro São José – Passo Fundo/RS CEP: 99001-970 –Cx. Postal 611 – Fone: (54) 3316-8370 – E-mail: CEP@upf.br

Prof. MSc. Lisiane L. Siqueira, Rua Teixeira Soares, 808 Centro – Passo Fundo/RS CEP: 99010-080 – Fone: (54) 3316- 4000 – R: 8215 E-mail: lisilieberk@yahoo.com.br

Acadêmica.: Diovana dos Santos Portalupi (diovanaportalupi@gmail.com)

Anexo II

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

HISTÓRIA CLÍNICA

Nome: _____ DN: ____/____/____
Data do Exame: ____/____/____ Gênero: M () F ()
Nome da mãe: _____
Nome do pai: _____
Endereço: _____ nº: _____
Bairro: _____ Cidade/Estado: _____ CEP: _____
Fones: residencial: () _____ trabalho: () _____ celular: () _____
Endereço eletrônico: _____

Antecedentes Familiares (investigar se existem casos na família com alteração de frênulo da língua)
() não (0) () sim (1) Quem e qual o problema: _____

Problemas de Saúde

() não () sim Quais: _____

Amamentação:

- tempo entre as mamadas: () 2h ou mais (0) () 1h ou menos (2)
- cansaço para mamar? () não (0) () sim (1)
- mama um pouquinho e dorme? () não (0) () sim (1)
- vai soltando o mamilo? () não (0) () sim (1)
- morde o mamilo? () não (0) () sim (2)

Total da história clínica: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 8

Quando a soma dos itens da história clínica for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

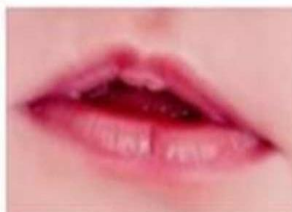
EXAME CLÍNICO (sugere-se filmagem para posterior análise)

PARTE I – AVALIAÇÃO ANATOMOFUNCIONAL

1. Postura de lábios em repouso



() lábios fechados (0)



() lábios entreabertos (1)



() lábios abertos (1)

2. Tendência do posicionamento da língua durante o choro



() língua na linha média (0)



() língua elevada (0)



() língua na linha média com elevação das laterais (2)



() língua baixa (2)

3. Forma da ponta da língua quando elevada durante o choro



() arredondada (0)



() ligeira fenda no ápice (2)



() formato de "coração" (3)

Total da avaliação anatomofuncional (itens 1, 2 e 3): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6

Quando a soma dos itens 1, 2 e 3 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

4. Frênulo da língua



() é possível visualizar



() não é possível visualizar



() visualizado com manobra*

NO CASO DE NÃO OBSERVÁVEL VÁ PARA A PARTE II (Avaliação da Sucção não Nutritiva e Nutritiva)

4.1. Espessura do frênulo



() delgado (0)



() espesso (2)

4.2. Fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua



() no terço médio (0)



() entre o terço médio e o ápice (2)



() no ápice (3)

4.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca



() visível a partir das carúnculas sublinguais (0)



() visível a partir da crista alveolar inferior (1)

* Manobra de elevação e posteriorização da língua. Se não observável, fazer o acompanhamento.

Total da avaliação anatomofuncional (item 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6

Quando a soma do ítem 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 3, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Total da Avaliação anatomofuncional (ítems 1, 2, 3 e 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 12

Quando a soma dos ítems 1, 2, 3 e 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

PARTE II – AVALIAÇÃO DA SUCCÃO NÃO NUTRITIVA E NUTRITIVA

1. Sucção não nutritiva (sucção do dedo mínimo enluvado)

1.1. Movimento da língua

adequado: protrusão de língua, movimentos coordenados e sucção eficiente (0)

inadequado: protrusão de língua limitada, movimentos incoordenados e atraso para início da sucção (1)

2. Sucção Nutritiva na Amamentação

(próximo à hora da mamada, observar o bebê mamando durante 5 minutos)

2.1. Ritmo da sucção (observar grupos de sucção e pausas)

várias sucções seguidas com pausas curtas (0)

poucas sucções com pausas longas (1)

2.2. Coordenação entre sucção/deglutição/respiração

adequada (0) (equilíbrio entre a eficiência alimentar e as funções de sucção, deglutição e respiração, sem sinais de estresse)

inadequada (1) (tosse, engasgos, dispneia, regurgitação, soluço, ruídos na deglutição)

2.3. "Morde" o mamilo

não (0)

sim (1)

2.4. Estalos de língua durante a sucção

não (0)

sim (1)

Total da avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 5

Quando a soma da avaliação da Sucção Não Nutritiva e Nutritiva for igual ou maior que 2, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Quando a soma do exame clínico for igual ou maior que 9 pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

TOTAL GERAL DA HISTÓRIA E DO EXAME CLÍNICO: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 25

Quando a soma da história e do exame clínico for igual ou maior que 13, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

ANEXO IV

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ VICE-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO - VRPPG/ UPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO FRÊNULO LINGUAL DE RECÉM NASCIDOS APÓS ALTA HOSPITALAR.

Pesquisador: Lisiane Lieberknecht Siqueira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 70969917.9.0000.5342

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.557.667

Apresentação do Projeto:

ta pesquisa tem como objetivo avaliar o sistema oromiofuncional do bebê com o frênulo lingual alterado pré e pós frenotomia lingual. Identificar as características dos pacientes encaminhados para clínica escola da Universidade de Passo Fundo. Aplicar o Protocolo de avaliação da mamada proposto pela MARTINELLI et al, 2013(anexo II). Coletar relato materno quanto às prováveis diferenças percebidas no aleitamento materno antes e depois da frenotomia. Avaliar as alterações funcionais como sucção e deglutição relacionadas ao frênulo lingual. Analisar os resultados dos recém- nascidos comparando com a técnica cirúrgica que foram aplicadas. O presente projeto é um estudo quali-quantitativo de intervenção, observacional e descritivo que envolverá a comunidade em geral da cidade Passo Fundo que buscam por avaliação de frênulo lingual em bebês, na Clínica Escola de Fonoaudiologia da Universidade de Passo Fundo, através do uso do protocolo proposto por Martinelli et al (2013) (anexo II). Os pacientes deverão comparecer até o local, onde serão submetidos a anamnese e avaliação do frênulo lingual. Após avaliação será elaborada a conduta terapêutica para o caso: alta (bebê mamando bem sem alteração sugestiva de realização de frenotomia), acompanhamento (bebê com dificuldades na amamentação frênulo lingual sem indicação de frenotomia deve retornar em uma semana), acompanhamento pós frenotomia (bebê com necessidade de intervenção cirúrgica em frênulo lingual deve retornar em uma semana).O RN que receber indicação de frenotomia será encaminhado para realizar o

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo 4º andar

Bairro: São José

CEP: 99.052-900

UF: RS

Município: PASSO FUNDO

Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

Continuação do Projeto: 3.567.667

procedimento no Ambulatório de Odontologia da Universidade de Passo Fundo junto ao Hospital São Vicente de Paulo. Serão incluídos no estudo os pacientes que concordarem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I). Ter alteração no frênulo lingual, realizar frenotomia lingual, estar em aleitamento materno por mais de 3 dias. Comparecer na visita de reavaliação. Em posse das respostas, os dados serão tabulados por meio da plataforma EXCEL e análise dos dados por meio de estatística apropriada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o sistema oromiofuncional do bebê com o frênulo lingual alterado pré e pós frenotomia lingual.

Objetivo Secundário:

Aplicar o Protocolo de avaliação da mamada proposto pela MARTINELLI et al, 2013 (anexo II); Coletar relato materno quanto às prováveis diferenças percebidas no aleitamento materno antes e depois da frenotomia; Avaliar as alterações funcionais como sucção e deglutição relacionadas ao frênulo lingual; Analisar os resultados dos recém-nascidos comparando com a técnica cirúrgica que foram aplicadas; Verificar a incidência de recidiva de frênulo lingual alterado em bebês após a alta hospitalar já chegam com procedimento de frenotomia realizado. Verificar as dificuldades encontradas na amamentação nesses bebês; Verificar quais condutas foram tomadas pelos pais após frenotomia. Verificar se há ocorrência de desmame precoce por conta de frênulo alterado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos para a sua saúde na realização deste estudo, caso a observação e o questionário cause algum desconforto emocional o sujeito pode retirar-se do estudo sem quaisquer prejuízo ao mesmo.

Benefícios:

Os benefícios obtidos com este estudo incluem as orientações e atendimento fonoaudiológico pós frenotomia, auxiliando no manejo das dificuldades no aleitamento materno apresentadas antes da realização da frenotomia. Origina informações de grande relevância na área de fonoaudiologia, que permite a interação entre os profissionais da área da saúde, no intuito de beneficiar o binômio mãe/bebê no aleitamento materno.

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo 4º andar

Bairro: São José

CEP: 99.052-900

UF: RS

Município: PASSO FUNDO

Telefone: (54)3316-8157

E-mail: exp@upf.br

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A língua é um órgão situado na cavidade oral que faz parte das funções de deglutição, sucção, mastigação e fala. Possui na sua base inferior, uma pequena prega de membrana mucosa que a conecta ao assoalho da boca, sendo denominada frênulo da língua (MARTINELLI, 2013). O frênulo lingual é uma estrutura anatômica fundamental para a sucção, fala e alimentação. A alteração do frênulo lingual pode impedir o movimento da língua e com isso causar impactos anatômicos e funcionais para o paciente. (MARCHESAN, 2012). Os problemas, encontrados na literatura, mais frequentes causados pelo frênulo, quando alterado, são os relacionados à fala, seguidos dos relacionados à alimentação, principalmente durante a fase de amamentação, seguidos dos problemas de movimentação da língua e alterações de deglutição (MARCHESAN, 2004). O frênulo lingual é fundamental para a sucção, fala e alimentação. A alteração do frênulo lingual pode impedir o movimento da língua e com isso causar impactos anatômicos e funcionais para o paciente (MARCHESAN, 2012). O fonoaudiólogo estuda os distúrbios da comunicação humana e as funções de sucção, deglutição, mastigação e respiração atuando diretamente, diagnosticando e intervindo nas desordens dessas funções, a sua atuação direta em programas de incentivo e assistência ao aleitamento materno, detectando e corrigindo erros de pega e sucção é de indispensável importância. Uma pega incorreta da mama pelo recém-nascido, ou uma sucção inadequada, podem levar a um desmame precoce (FERRAZ, 2001). Quanto ao impacto da alteração do frênulo lingual nas funções orofaciais, pode-se destacar a sucção, que está atrelada de modo direto com a amamentação e a deglutição (MARTINELLI; MARCHESAN, 2013). Ao sugar, é observada uma simultaneidade de movimentos de várias estruturas. A alteração do frênulo lingual, como possível causa desta limitação do movimento, a língua não realiza os movimentos necessários para uma sucção efetiva, prejudicando a pega da mama e dificultando a retirada do leite, o que pode interferir na nutrição do bebê (RIOS, 2005; TANIGUTE, 2005; SILVA, ET AL., 2009; MARTINELLI, ET AL., 2013). Pacientes com frênulo lingual alterado possuem rebaixamento da língua em estudos relatam observar alteração no espaço do palato duro, como também movimentos maxilares atípicos, o que pode gerar imprecisão articulatória (GONÇALVES & FERREIRO, 2006; BRITO, ET AL., 2008). Na fala, a alteração do frênulo lingual pode acometer a execução de alguns fonemas, sendo os principais achados em [s] e [z], assim como a distorção de alguns sons alveolares como [t], [d], [n], [l] e [r] (GONÇALVES & FERREIRO, 2006; BRITO ET AL., 2008). Segundo Gonçalves & Ferreiro (2006), estas distorções podem ocorrer devido ao fato de que os movimentos isolados da língua são imprecisos e movimentos articulatórios, como a elevação da ponta da língua, necessário para execução das consoantes alveolares, ficam

Continuação do Parecer: 8.557.687

prejudicados. Martinelli et al (2016) relata que o Teste da Linguinha é protocolo proposto para avaliação do frênulo em recém-nascidos até seis meses de idade. A frenotomia é indicada após avaliação sendo um procedimento simples, seguro, rápido e eficaz, que favorece consideravelmente a amamentação e proporciona o alívio imediato da dor nos mamilos relatada pelas mães. A presente pesquisa se justifica com base nas evidente do impacto que o frênulo lingual alterado causa no desenvolvimento de bebês. Além disso, percebe-se, também, a repercussão dessa alteração na fase adulta, tendo a necessidade de ser diagnosticada ainda nos primeiros dias de vida. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo avaliar o sistema oromuscular do bebê com o frênulo lingual alterado pré e pós frenotomia lingual. Caracterizar os pacientes encaminhados para clínica escola da Universidade de Passo Fundo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda recebida e aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1098763_E1.pdf	01/08/2022 17:55:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoNaociniado.pdf	01/08/2022 17:54:24	DIOVANA DOS SANTOS PORTALUPI	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	01/08/2022 17:37:31	DIOVANA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/08/2022 16:58:26	DIOVANA DOS SANTOS PORTALUPI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	02/08/2022 13:59:32	DIOVANA DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/08/2022 13:58:13	DIOVANA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	24/05/2022 16:23:20	DIOVANA DOS SANTOS	Aceito

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo 4º andar
Bairro: São José CEP: 99.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3396-8157 E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ VICE-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO - VRPPG/ UPF



Continuação do Parecer: 5.557.667

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PASSO FUNDO, 02 de Agosto de 2022

Assinado por:
Felipe Cittolin Abal
(Coordenador(a))

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo 4º andar
Bairro: São José **CEP:** 96.052-900
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (54)3336-8157 **E-mail:** cep@upf.br

Página 02 de 02

ANEXO IV

Revista Escolhida: Revista CODAS

Instruções e Políticas

Escopo e política CoDAS (on-line ISSN 2317-1782) é uma revista científica e técnica de acesso aberto publicada bimestralmente pela Sociedade Brasileira de Audiologia e Fonoaudiologia (SBFa). É uma continuação da anterior "Revista de Atualização Científica Pró-Fono" - ISSN 0104-5687, até 2010 e "Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (JSBFa)" - ISSN 2179-6491, até 2012.

O nome da revista CoDAS foi criado com base nas áreas principais de "Distúrbios de Comunicação, Audiologia e Deglutição" e foi concebido para ser curto e fácil de lembrar.

A missão da revista é contribuir para a disseminação de conhecimentos científicos e técnicos no campo das Ciências e Distúrbios da Comunicação - especificamente nas áreas de Linguagem, Audiologia, Voz, Motricidade Orofacial, Disfagia e Saúde Pública.

A CoDAS não cobra taxas de submissão e aceita manuscritos de pesquisas produzidas no Brasil ou no exterior por pesquisadores, acadêmicos e profissionais nacionais ou internacionais. Os artigos submetidos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

Os artigos aceitos originalmente enviados em português ou espanhol serão traduzidos e publicados tanto na sua língua original como em inglês. A tradução correrá a expensas dos autores e deverá ser conduzida por empresas designadas pela CoDAS ou empresas com experiência comprovada na tradução de artigos científicos na área. Os falantes nativos ou nativos do inglês podem

submeter seu manuscrito diretamente em inglês; Caso em que a publicação não será traduzida para o português, mas a versão em inglês será avaliada e, se necessário, será necessária uma revisão da língua inglesa, a expensas dos autores.

Políticas da revista completa podem ser encontradas nas Instruções para Autores. A. ARTIGO ORIGINAL:

Artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisa científica e devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter necessariamente os seguintes itens: resumo e descritores, abstract e keywords, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências.

O resumo deve conter informações que incentivem a leitura do artigo e, assim, não conter resultados numéricos ou estatísticos. A introdução deve apresentar breve revisão de literatura que justifique os objetivos do estudo. O método deve ser descrito com o detalhamento necessário e incluir apenas as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido. Os resultados devem ser interpretados, indicando a relevância estatística para os dados encontrados, não devendo, portanto, ser mera apresentação de tabelas, quadros e figuras. Os dados apresentados no texto não devem ser duplicados nas tabelas, quadros e figuras e/ou vice e versa. Recomenda-se que os dados sejam submetidos a análise estatística inferencial quando pertinente. A discussão não deve repetir os resultados nem a introdução, e a conclusão deve responder concisamente aos objetivos propostos, indicando clara e objetivamente qual é a relevância do estudo apresentado e sua contribuição para o avanço da Ciência. Das referências citadas (máximo 30), pelo menos 90% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos indexados da

literatura nacional e estrangeira preferencialmente nos últimos cinco anos. Não devem ser incluídas citações de teses ou trabalhos apresentados em congressos científicos. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas.

O número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como a afirmação de que todos os indivíduos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no caso de pesquisas envolvendo pessoas ou animais (assim como levantamentos de prontuários ou documentos de uma instituição), são obrigatórios e devem ser citados na sessão do método. O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devem ser digitalizados e anexados no sistema, no momento da submissão do artigo.

Outras informações:

A CoDAS apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE <http://www.icmje.org/> ou em <http://www.who.int/ictcp/network/primary/en/index.html>. O número de identificação deverá ser apresentado ao final do resumo.

A revista CoDAS está alinhada com a política de boas práticas científicas, e portanto, atenta a casos de suspeita de má conduta científica, seja na

elaboração de projetos, execução de pesquisas ou divulgação da ciência. O plágio e o autoplágio são formas de má conduta científica que envolvem a apropriação de ideias ou contribuição intelectual de outros, sem o devido reconhecimento em forma de citação. Sendo assim, adotamos o sistema Ithenticate para identificação de similaridades de texto que possam ser consideradas plágio. Ressalta-se que o conteúdo dos manuscritos é de inteira responsabilidade dos autores.

Forma e preparação de manuscritos:

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e publicado no artigo "Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical journals", versão de abril de 2010, disponível em: <http://www.icmje.org/>.

Submissão do manuscrito:

Serão aceitos para análise somente os artigos submetidos pelo Sistema de Editoração Online, disponível em <http://mc04.manuscriptcentral.com/codas-scielo>.

TÍTULO, RESUMO E DESCRITORES

O manuscrito deve ser iniciado pelo título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, seguido do resumo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, de não mais que 250 palavras. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos.

Assim, para Artigos originais, a estrutura deve ser, em Português: objetivo, método, resultados, conclusão; em Inglês: purpose, methods, results,

conclusion. Para Revisões sistemáticas ou meta-análises a estrutura do resumo deve ser, em Português: objetivo, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão; em Inglês: purpose, research strategies, selection criteria, data analysis, results, conclusion. Para Relatos de casos o resumo não deve ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/keywords que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>

TEXTO

Deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de trabalho. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem data e preferencialmente sem referência ao nome dos autores, como no exemplo:

“... Qualquer desordem da fala associada tanto a uma lesão do sistema nervoso quanto a uma disfunção dos processos sensório-motores subjacentes à fala, pode ser classificada como uma desordem motora(11-13) ...”

Palavras ou expressões em Inglês que não possuam tradução oficial para o Português devem ser escritas em itálico. Os numerais de até dez devem ser escritos por extenso. No texto deve estar indicado o local de inserção das tabelas, quadros, figuras e anexos, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as tabelas e quadros devem ser em preto e branco; as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) podem ser coloridas. Tabelas, quadros e figuras devem ser dispostos ao final do artigo, após as

referências e ser apresentados também em anexo no sistema de submissão, tal como indicado acima.

REFERÊNCIAS

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado “Vancouver Style”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>.

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Acima de seis, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Recomendações gerais:

Utilizar preferencialmente referências publicadas em revistas indexadas nos últimos cinco anos. Sempre que disponível devem ser utilizados os títulos dos artigos em sua versão em inglês. Devem ser evitadas as referências de teses, dissertações ou trabalhos apresentados em congressos científicos.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Shriberg LD, Flipsen PJ Jr, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res.* 2000;43(1):79-99.

Wertzner HF, Rosal CAR, Pagan LO. Ocorrência de otite média e infecções de vias aéreas superiores em crianças com distúrbio fonológico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2002;7(1):32-9.

LIVROS

Northern J, Downs M. Hearing in children. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.

CAPÍTULOS DE LIVROS

Rees N. An overview of pragmatics, or what is in the box? In: Irwin J. Pragmatics: the role in language development. La Verne: Fox; 1982. p. 1-13.

CAPÍTULOS DE LIVROS (MESMA AUTORIA)

Russo IC. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. Distúrbios da audição: a presbiacusia; p. 51-8

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

ASHA: American Speech and Hearing Association [Internet]. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association; c1997-2008. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]; [about 3 screens] Available from: http://www.asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm

TABELAS

Apresentar as tabelas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento e apresentá-las também em anexo, no sistema de submissão. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, autoexplicativo, inserido acima da tabela. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo

e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

QUADROS

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que podem ter traçado vertical e devem ser fechados lateralmente. Serão aceitos no máximo dois quadros. Apresentar os quadros separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento e apresentá-los também em anexo, no sistema de submissão.

FIGURAS (GRÁFICOS, FOTOGRAFIAS E ILUSTRAÇÕES)

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, ao final do documento, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ser apresentadas também em anexo, no sistema de submissão. Todas as figuras deverão ter qualidade gráfica adequada (podem ser coloridas, preto e branco ou escala de cinza, sempre com fundo branco), e apresentar título em legenda, digitado em fonte Arial 8. Para evitar problemas que comprometam o padrão de publicação da CoDAS, o processo de digitalização de imagens (“scan”) deverá obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar 800 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos usar 300 dpi/RGB ou grayscale.

Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão .tif e/ou .jpg. Também serão aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por

escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração. Serão aceitas, no máximo, cinco figuras.

LEGENDAS

Apresentar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

ABREVIATURAS E SIGLAS

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. As abreviaturas e siglas usadas em tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar na legenda com seu nome por extenso. As mesmas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

ORCID ID

Todos os autores devem ter o número de registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID, <http://orcid.org/>) associados aos seus respectivos cadastros no sistema ScholarOne.

Propriedade intelectual

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY.

A revista on-line tem acesso aberto e gratuito.

Taxa de Processamento de Artigos, após a APROVAÇÃO para publicação No momento em que o artigo é aprovado será cobrada uma taxa de processamento de artigos (Article Processing Charges - APC) para artigos submetidos a partir do dia 10/junho/2021.

Crêterios de isen o da taxa:   necessário que pelo menos dois autores sejam sócios ativos da SBFa, sendo, pelo menos um deles na categoria “profissional sócio”.

Autores Brasileiros

- Associados   Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa): isento, vide maiores informa es acima.

- Artigos originais e de Revisão: R\$ 800

- Notas (outros tipos de artigo): R\$ 500

Autores internacionais

- Artigos originais e Revisão: USD 150

- Notas (outros tipos de artigo): USD 100

O pagamento da taxa de publica o somente acontecerá depois que os autores receberem a carta de aceite, em link privado.