

**Mariana Silvério Feliciano**

**Avaliação da aplicação do Protocolo do Teste da Linguinha  
no Centro de Saúde de Samambaia 4 (CSSAM 4)**

Brasília  
2018



**Mariana Silvério Feliciano**

**Avaliação da aplicação do Protocolo do Teste da Linguinha  
no Centro de Saúde de Samambaia 4 (CSSAM 4)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

**Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Polina Pereira da Costa**

**Coorientadora: Profa. Dra. Soraya Coelho Leal**

Brasília  
2018



## DEDICATÓRIA

*“Dedico primeiramente a Deus, por ser meu guia, ao meu pai, minha mãe e minha irmã, por estarem sempre presentes, me apoiando e me transformando em uma pessoa melhor.”*



## AGRADECIMENTOS

A Deus, meu criador, por ter me dado de presente uma família maravilhosa, por ter colocado as pessoas certas, na hora certa na minha vida, por ter me dado saúde e força para que eu conquistasse os meus sonhos, por me guiar sob Suas asas em todos os meus caminhos. À Nossa Senhora, minha querida mãe, que iluminou todos os meus passos e rogou todos os dias por mim para que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais, Washington e Valquíria, que me criaram com tanto amor e carinho, nos caminhos do pai. Agradeço por todos os valores que a mim passaram e todo o apoio que me deram durante minha graduação. Não tenho palavras para agradecer todo o esforço que fizeram para manter meus estudos, sei que não foi fácil. Vocês são minha rocha e meu apoio, amo vocês de todo coração. Sou o que sou por mérito de vocês.

À minha querida irmã Ana Clara, pelo carinho e pelo apoio durante todos os momentos, saiba que te apoio em todos os seus sonhos e peço à Deus que os tornem realidade. Aos meus Avós, por todo amor, carinho e tantas orações. À minha parceira de clínica, minha amiga, minha dupla, quase irmã, Luana, aprendemos muito juntas, crescemos durante esses 5 anos, agradeço por ter cuidado de mim e me animado em todos os momentos complicados que passei durante a graduação. A terceira parte do meu trio, Guilherme, agradeço por me ouvir tantas vezes que precisei e por todo apoio. Nós formamos um ótimo trio.

Aos meus amigos, Fernando, Lucas, Juliana, Ana Catarina, Daniela e Michelly por todo carinho que tiveram comigo, por tantas vezes cuidarem mais de mim do que eu mesma. Agradeço a vocês por terem me ajudado a enfrentar todas as adversidades. Sem vocês, meu tempo na UnB não seria tão divertido ou tão fácil. Eu amo vocês.

À Mariana Piola e ao Luis Claudio, por terem acreditado no meu sonho e ajudado a realiza-lo da maneira que puderam. Se não fosse por vocês, possivelmente eu não estivesse apresentando este Trabalho de Conclusão de Curso, os meus mais sinceros agradecimentos.

Aos professores que me ensinaram e me incentivaram a seguir o caminho da Odontologia. À Professora Érica Negrini e ao professor Lucas Tabata por me apresentarem de forma Grandiosa a odontogeriatria. À professora Liliana e ao Professor Rodrigo por todos os ensinamentos. Às professoras da área de Odontopediatria por me apresentarem este mundo colorido. Em especial à Professora Soraya Leal, por todas as oportunidades, por ser um exemplo de pessoa, de caridade e de humildade.

Agradeço imensamente a minha querida Orientadora, professora Vanessa Polina, pelo suporte que me deu durante a elaboração deste trabalho, estando sempre presente. Por me apresentar todo o carinho que tem pela odontopediatria e como exercê-la da melhor forma. Agradeço também a Malba e a Maria Helena por terem oferecido seus estudos, tempo e espaço para as pesquisas necessárias para a montagem deste trabalho.

Nestes cinco anos, convivi com pessoas que tornaram o caminho mais simples, gostaria de agradecer a cada um por terem cruzado os meus caminhos, muito obrigada!

## **EPÍGRAFE**

**“Porque a sabedoria entrará no teu coração e o conhecimento será o teu prazer. O conselho te guardará e a prudência te preservará.”**

**Provérbios 2:10,11**



## RESUMO

FELICIANO, Mariana. Avaliação da aplicação do Protocolo do Teste da Linguinha no Centro de Saúde de Samambaia 4 (CSSAM4). 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

**Objetivo:** O presente trabalho teve por objetivo avaliar o protocolo do Teste da Linguinha de bebês atendidos no Centro de Saúde Samambaia 4 (CSSAM4).

**Metodologia:** Os prontuários de 188 bebês atendidos no CSSAM4 entre agosto de 2014 a dezembro de 2017 foram avaliados quanto aos dados demográficos, preenchimento do Protocolo do Teste da Linguinha e escores para a indicação de frenotomia. A avaliação pós frenotomia foi realizada durante as consultas de retorno das crianças que realizaram o procedimento cirúrgico. Neste momento, foi coletado o relato das mães quanto a amamentação e os movimentos da língua.

**Resultados:** A prevalência de anquiloglossia foi de 21,97% e o sexo masculino foi o mais acometido. As dificuldades de amamentação foram verificadas em 85,87% dos bebês avaliados. Do total, 75 crianças (39,89%) tiveram a frenotomia realizada. Destas, foi possível reavaliar 34 crianças, sendo que 33 (97,06%) apresentaram melhora na amamentação após a realização da frenotomia, segundo o relato das mães.

**Conclusão:** Foi observada uma alta prevalência de alteração do freio lingual nos bebês atendidos em Samambaia/DF, devido ao referenciamento do Centro de Samambaia 4. A melhora na amamentação relatada pelas mães após a frenotomia pode apontar para o benefício do procedimento para os bebês acometidos.



## **ABSTRACT**

FELICIANO, Mariana. Evaluation of the application of the tongue test protocol in the health center of Samambaia 4 (CSSAM4). 2018. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

**Objective:** This study aimed to evaluate the Test of Tongue Protocol at the Samambaia 4 Health Center (CSSAM4).

**Methods:** The medical records of 188 patients attended at CSSAM4 between August 2014 and December 2017 were analyzed as to demographic data, the application of the Test of Tongue protocol and the scores used to indicate the frenotomy. The follow-up of the frenotomy was performed during the return visits of those children who were submitted to a surgical procedure. At this moment the report of mothers about breastfeeding and tongue movements was collected.

**Results:** The prevalence of ankyloglossia was 21.97% and males were the most affected. The difficulties of breastfeeding were verified in 85.87% of the evaluated ones. Of the total, 75 children (39.89%) had a frenotomy performed. Of these, it was possible to reassess 34 children, and 33 (97.06%) showed an improvement with respect to breastfeeding after the frenotomy, according to the report of mothers.

**Conclusion:** it was detected a high prevalence of lingual frenulum alteration in health services in Samambaia/DF. Due to the referencing at the Samambaia 4 Health Center. The improvement in breastfeeding mother's reported after the frenotomy, can be point to the benefit of the procedure to affected babies.



## SUMÁRIO

Artigo Científico .....	17
Folha de Título .....	19
Resumo .....	21
Abstract .....	23
Introdução .....	25
Materiais e métodos.....	27
Resultados .....	30
Discussão.....	36
Conclusão .....	38
Referências .....	39
Anexos e Apêndices .....	41
Termo de consentimento livre e esclarecido .....	41
Teste da linguinha – Martinelli, 2013 .....	43
Ficha de reavaliação .....	47
Aprovação pelo comitê de ética .....	51
Normas da Revista.....	55



## ARTIGO CIENTÍFICO

Este Trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

FELICIANO, Mariana. Avaliação da aplicação do Protocolo do Teste da Linguinha no Centro de Saúde de Samambaia 4 (CSAMM 4).

Apresentação sob as normas de publicação da Revista Odonto Ciência.



## FOLHA DE TÍTULO

*Avaliação da aplicação do Protocolo do Teste da Linguiinha no Centro de Saúde de Samambaia 4 (CSSAM 4).*

*Evaluation of the Application of the Tongue Test Protocol in the Health Center of Samambaia 4 (CSSAM4).*

Mariana Silvério Feliciano<sup>1</sup>

Malba Delian Dantas de Assis<sup>2</sup>

Maria Helena do Prado<sup>2</sup>

Soraya Coelho Leal<sup>3</sup>

Vanessa Polina Pereira da Costa<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

<sup>2</sup> Cirurgiãs-dentistas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

<sup>3</sup> Professora Associada de Odontopediatria da Universidade de Brasília.

<sup>4</sup> Professora Adjunta de Odontopediatria da Universidade de Brasília.

Correspondência: Prof. Dr. Vanessa Polina Pereira da Costa  
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: polinatur@yahoo.com.br / Telefone: (61) 31071849



## RESUMO

Avaliação da aplicação do Protocolo do Teste da Linguinha no Centro de Saúde de Samambaia 4 (CSSAM4).

### **Resumo**

**Objetivo:** O presente trabalho teve por objetivo avaliar o protocolo do Teste da Linguinha de bebês atendidos no Centro de Saúde Samambaia 4 (CSSAM4).

**Metodologia:** Os prontuários de 188 bebês atendidos no CSSAM4 entre agosto de 2014 a dezembro de 2017 foram avaliados quanto aos dados demográficos, preenchimento do Protocolo do Teste da Linguinha e escores para a indicação de frenotomia. A avaliação pós frenotomia foi realizada durante as consultas de retorno das crianças que realizaram o procedimento cirúrgico. Neste momento, foi coletado o relato das mães quanto a amamentação e os movimentos da língua.

**Resultados:** A prevalência de anquiloglossia foi de 21,97% e o sexo masculino foi o mais acometido. As dificuldades de amamentação foram verificadas em 85,87% dos bebês avaliados. Do total, 75 crianças (39,89%) tiveram a frenotomia realizada. Destas, foi possível reavaliar 34 crianças, sendo que 33 (97,06%) apresentaram melhora na amamentação após a realização da frenotomia, segundo o relato das mães.

**Conclusão:** Foi observada uma alta prevalência de alteração do freio lingual nos bebês atendidos em Samambaia/DF, devido ao referenciamento do Centro de Samambaia 4. A melhora na amamentação relatada pelas mães após a frenotomia pode apontar para o benefício do procedimento para os bebês acometidos.

## **Palavras-chave**

Anquiloglossia; Bebês; Frenotomia.

## **Relevância Clínica**

Em razão da obrigatoriedade da aplicação do Teste da Linguinha nas maternidades brasileiras, estudos que avaliem sua aplicabilidade e as consequências da realização das frenotomias são necessários. Os resultados encontrados podem auxiliar os clínicos quanto à tomada de decisão na realização das frenotomias.

## ABSTRACT

Evaluation of the application of the tongue test protocol in the health center of Samambaia 4 (CSSAM4).

### **Abstract**

**Objective:** This study aimed to evaluate the Test of Tongue Protocol at the Samambaia 4 Health Center (CSSAM4).

**Methods:** The medical records of 188 patients attended at CSSAM4 between August 2014 and December 2017 were analyzed as to demographic data, the application of the Test of Tongue protocol and the scores used to indicate the frenotomy. The follow-up of the frenotomy was performed during the return visits of those children who were submitted to a surgical procedure. At this moment the report of mothers about breastfeeding and tongue movements was collected.

**Results:** The prevalence of ankyloglossia was 21.97% and males were the most affected. The difficulties of breastfeeding were verified in 85.87% of the evaluated ones. Of the total, 75 children (39.89%) had a frenotomy performed. Of these, it was possible to reassess 34 children, and 33 (97.06%) showed an improvement with respect to breastfeeding after the frenotomy, according to the report of mothers.

**Conclusion:** it was detected a high prevalence of lingual frenulum alteration in health services in Samambaia/DF. Due to the referencing at the Samambaia 4 Health Center. The improvement in breastfeeding mother's reported after the frenotomy, can be point to the benefit of the procedure to affected babies.

**Keywords**

Ankyloglossia; Babies; Frenotomy.

## INTRODUÇÃO

O freio lingual é uma estrutura anatômica que se localiza na face inferior da língua e se apresenta como uma pequena prega de membrana mucosa que conecta a língua com o assoalho bucal (1).

O freio possibilita ou interfere na livre movimentação da língua. Quando não ocorre a apoptose completa do freio durante o desenvolvimento embrionário, o tecido residual que permanece pode limitar os movimentos da língua, podendo levar à anquiloglossia, popularmente conhecida como língua presa (1). Um freio lingual curto e aderido ao assoalho bucal dificulta os movimentos da língua, o que pode prejudicar as diversas funções dessa estrutura como sucção, fala e alimentação (2).

A prevalência de anquiloglossia relatada na literatura varia de 3,2% a 22,54% (3,4). A principal razão para esta ampla variação parece ser a falta de uma padronização ou critérios clínicos aceitos para a realização do diagnóstico (5).

A avaliação criteriosa desta alteração é importante, uma vez que sua presença pode ocasionar problemas para o recém-nascido em função da dificuldade de amamentação. O reconhecimento do efeito benéfico da amamentação nos últimos anos e a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para sua realização até os dois anos de idade da criança, tornou a anquiloglossia uma questão clínica importante (6).

Os efeitos adversos da anquiloglossia na amamentação, além de serem variados na literatura, ocorreriam na minoria dos casos e em situações específicas (2,7,8). No entanto, a dificuldade de amamentação pode ocorrer porque a criança necessita realizar a prensão do mamilo com os lábios e a língua e as disfunções bucais dificultam o vedamento adequado, podendo causar desconforto e dor dos mamilos, além da

dificuldade de sucção do bebê, o que resulta em perda de peso e desmame precoce (2).

Uma das formas de solucionar os problemas relacionados à amamentação advinda da alteração do freio lingual, e minimizar as consequências futuras de uma anquiloglossia, é a frenotomia (9). Trata-se de um procedimento simples, quando realizado em recém-nascidos, apenas com o uso de uma tesoura e sob anestesia tópica, que permite o retorno da mobilidade lingual por meio do simples corte da prega mucosa, sem formar nenhuma aderência depois da incisão horizontal do freio (2). No entanto, não há consenso na literatura quanto à indicação ou não de cirurgia e se a sua realização exerce benefícios para a amamentação (10).

Em relação à classificação do freio lingual como normal ou alterado, existe considerável controvérsia entre os profissionais da saúde. Desde 1993, protocolos são propostos com esta finalidade como o (Assessment Tool for Lingual Frenulum - ATLFF) desenvolvido por Hazelbaker, o protocolo de Kotlow (1999), o de Martinelli et al. (2012) e o proposto por Ingram et al. (2015) - Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT), no entanto não existe um padrão-ouro para teste diagnóstico da anquiloglossia.

O protocolo de Martinelli et al. (2012) que avalia o freio lingual em bebês de até 6 meses, sofreu adaptação no ano de 2013 (4) e foi utilizado como base da Lei do Teste da Linguinha em vigor no Brasil desde 2014 (11). No entanto, este é um protocolo que apresenta algumas limitações como o fato de não deixar claro quais os parâmetros considerados para a classificação do freio como adequado ou inadequado – dando margem à interpretação subjetiva dos avaliadores (5).

O Centro de Saúde de Samambaia 4 realiza o Teste da Linguinha como rotina no atendimento de bebês. É um Centro de Saúde do Distrito Federal que possui nove equipes de Saúde da Família, no entanto possui somente três dentistas para trabalhar nas nove equipes. Segundo a Secretaria de Saúde, o Centro

deve abranger uma área com 31.500 pessoas, porém com o reduzido número de dentistas, a quantidade de pessoas assistidas é bem menor. O CSSAM4 se tornou referência regional na realização de frenotomias em bebês, devido ao fato de contar com duas dentistas que, além de aplicar o Teste da Linguinha como rotina, fazem o procedimento cirúrgico, caso este seja necessário. Assim, profissionais da área de saúde de centros vizinhos, passaram a encaminhar seus pacientes quando identificavam alguma alteração no freio lingual para o CSSAM4.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a aplicação do Teste da Linguinha em bebês atendidos no Centro de Saúde de Samambaia 4 (CCSAM4), verificando os escores obtidos na avaliação do freio lingual e indicação de frenotomia, bem como relatos sobre a amamentação e movimentos da língua após realização do procedimento cirúrgico.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Desenho clínico e seleção da amostra

O presente estudo transversal avaliou a aplicação do protocolo “Teste da Linguinha” (4) em bebês recém-nascidos que procuraram atendimento no CCSAM4, durante o período de agosto de 2014 a dezembro de 2017, com posterior realização de frenotomia, quando houvesse indicação, por meio da soma de escores preconizados pelo protocolo. As crianças nas quais o procedimento cirúrgico foi realizado foram reavaliadas nas consultas de rotina para verificar as condições funcionais (movimentação da língua) e relacionadas à amamentação.

Foram incluídas todas aquelas crianças cujos pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e foram excluídas aquelas cujo estado de saúde não permitiu a avaliação clínica da cavidade bucal ou aquelas em que a aplicação do protocolo foi inviável.

O protocolo do Teste da Linguinha (Anexo A) é composto por três partes com pontuação específica: parte I, história clínica; parte II, avaliação anatomofuncional; parte III, avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva. A parte I refere-se à história da sucção para avaliar se há “antecedentes familiares com alteração no freio” e se existe aleitamento materno e o tempo que ele é “exclusivo ou não”; se o tempo entre as mamadas é de “2 horas ou mais” ou “menos de duas horas”; se o bebê “apresenta ou apresentava cansaço pra mamar”, se “mama ou mamava um pouco e adormecia”, se “solta ou soltava o mamilo durante a amamentação”, e se “morde ou mordida o mamilo”.

A avaliação anatomofuncional, parte II, composta pelo exame físico avalia quatro fatores, sendo o primeiro a “postura dos lábios em repouso” (fechados, entreabertos ou abertos), o segundo a “tendência de posicionamento da língua durante o choro”, se esta se encontra “na linha média”, “na linha média com os bordos elevados”, língua elevada” e “língua abaixada”. O terceiro fato é a “forma da ponta da língua quando elevada durante o choro” se esta é “arredondada”, se forma uma “fenda no ápice” ou se tem “formato de coração”. O quarto fator avaliado é o frênulo da língua, se é “possível ou não visualizar” ou se é “visualizado com manobra”; esta parte também inclui a avaliação da espessura do freio “delgado ou espesso”, fixação na face ventral da língua e fixação no assoalho da boca. Cada fator é pontuado, e ao final do exame realiza-se a soma dos valores.

Na parte III, relacionada às funções não nutritivas, avalia-se clinicamente, com o dedo enluvado, a coordenação do movimento ântero-posterior da língua, podendo ser considerado “adequado, quando a protrusão da língua possui movimentos coordenados e a sucção é eficiente” ou “inadequado, quando a protrusão da língua é limitada e tem-se um atraso no início da sucção”. Também é avaliada a sucção nutritiva, verificando o ritmo da sucção, a coordenação entre sucção/deglutição e

respiração e se ocorre ou não os “estalos da língua durante a sucção”.

O diagnóstico é dado pela somatória da história clínica (parte I), avaliação clínica anatomofuncional (parte II) e sucção nutritiva e não nutritiva (parte III), sendo que o pior resultado é dado pela soma de 25 pontos. Com uma somatória igual ou maior que 13, para todos os itens, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua. Para cada parte em separado, também é estipulado um valor específico que indica a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

No presente trabalho, o teste completo (parte I, II e III) foi utilizado para o diagnóstico do freio lingual.

## Avaliação Funcional e da amamentação

Após a frenotomia, as crianças foram reavaliadas de acordo com as consultas de retorno agendadas no Centro de Saúde, por esta razão não foi possível padronizar o período das reavaliações. Para a avaliação funcional e da amamentação, após a frenotomia, foram feitas as seguintes perguntas para a mãe (Anexo B):

Após a frenotomia, foi percebida melhora na amamentação? Se sim, qual?

Foram anotadas todas as melhoras percebidas pelas mães e posteriormente estas foram agrupadas.

## Análise dos dados

Os dados das avaliações da aplicação dos protocolos nos bebês foram tabulados em planilha Excel. O banco de dados foi transferido para o programa Stata versão 12.0 (Stata corp., College Station, Texas, USA) e, além de análise descritiva e frequências simples, foram realizados os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, com significância de 5%.

## Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS/SES/DF sob o número CAAE: 68137517.8.00005553 (Anexo C). Os pais e/ou responsáveis legais das crianças, bem como os pesquisadores envolvidos, mediante elucidação dos motivos da pesquisa assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

## Treinamento e Calibração

Para o treinamento das duas examinadoras, cirurgiãs dentistas da Secretaria de Saúde, com experiência no atendimento de crianças e bebês, foram realizadas atividades teóricas e práticas para a avaliação do freio lingual de 20 crianças nascidas na maternidade do Hospital Universitário de Brasília.

## RESULTADOS

De um total de 192 fichas clínicas avaliadas, 188 foram utilizadas no estudo. Quatro prontuários foram excluídos por falta de informação ou porque a criança apresentava algum tipo de deficiência. As características da população das crianças atendidas no CSSAM 4 estão demonstradas na tabela 1.

Metade da amostra foi composta por meninos e a outra metade por meninas. A maioria das crianças avaliadas tinham idade entre 1 e 12 meses (61,75%), seguido por crianças entre 13 e 24 meses (27,87%). A idade de maior prevalência no dia da avaliação do freio foi entre 1 e 6 meses (57,48%). O freio lingual alterado foi diagnosticado em 21,97% das crianças. Dificuldades

com a amamentação foram identificadas em 85,87% das fichas avaliadas.

Tabela 1. Características das crianças atendidas no CSSM4 (n=188). Brasília, 2018.

	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	94	50,0
Feminino	94	50,0
<b>Idade</b>		
1-12 meses	113	61,75
13-24 meses	51	27,87
25-35 meses	11	6,01
40-70 meses	8	4,37
<b>Idade na avaliação do freio</b>		
Até 1 mês	34	18,09
+1 mês até 6 meses	109	57,48
+6 meses até 3 anos 9 meses	45	23,94
<b>Freio lingual</b>		
Normal	135	78,03
Alterado	38	21,97
<b>Encaminhamento para avaliação do freio lingual</b>		
Médico	21	11,29
Cirurgião-dentista	47	25,27
Atendido no CCMS4	109	58,60
Enfermeira	5	2,69
Fonoaudióloga	4	2,15
<b>Dificuldade durante a amamentação</b>		
Sim	158	85,87
Não	26	14,13
<b>Frenotomia</b>		
Sim	75	39,89
Não	113	60,11

De 188 protocolos avaliados, 39,89% recebeu intervenção (frenotomia). A maioria das crianças (58,60%) era oriunda do CSSAM4, enquanto (25,27%) foram encaminhadas por dentistas.

As demais crianças foram encaminhadas por médicos e enfermeiros de centros de saúde vizinhos, além de fonoaudiólogos que conheciam o trabalho de avaliação do freio lingual realizado no CSSAM4.

A tabela 2 demonstra que a presença do freio lingual alterado foi estatisticamente maior no sexo masculino ( $p=0,001$ ). A frenotomia foi realizada em 89,47% das crianças que possuíam freios alterados. Quatro crianças que possuíam o freio alterado não receberam intervenção. Em dois casos a fonoaudióloga decidiu não intervir, e nos outros dois os pais optaram por não realizar o procedimento. Das 135 crianças que possuíam o freio normal e foram submetidas ao protocolo completo, 26 (19,26%) receberam intervenção

Tabela 2. Relação entre a presença do freio lingual alterado, nas crianças em que foi realizado o teste completo, com variáveis demográficas, realização de frenotomia e características da amamentação (n=173). Brasília, 2018

	Freio alterado n (%)	Freio Normal n (%)	P
<b>Sexo*</b>			
Masculino	27 (71,05)	56 (45,07)	0,001
Feminino	11 (28,95)	79 (58,52)	
<b>Idade no momento avaliação*</b>			
Até 1 mês	08 (21,05)	25 (18,52)	0,033
+1 mês até 6 meses	17 (44,74)	88 (65,19)	
+6 meses até 3a9m	13 (34,21)	22 (16,30)	
<b>Frenotomia**</b>			
<b>Sim</b>	34 (89,47)	26 (19,26)	≤0,001
<b>Não</b>	4 (10,53)	109 (80,74)	
<b>Tempo da avaliação até a frenotomia**†</b>			
Mesmo dia	18 (52,94)	13 (50,0)	0,02
1 dia até 1 mês	14 (41,18)	5 (10,23)	
+1 mês até 1 ano	2 (5,88)	2 (5,88)	
<b>Dificuldade de amamentação**†</b>			
Sim	37 (97,37)	107 (81,06)	0,01
Não	1 (2,63)	25 (18,94)	

<b>Protrusão de língua limitada*†</b>			
Sim	15 (55,56)	15 (15,46)	≤0,001
Não	12 (44,44)	82 (84,54)	
<b>Poucas sucções com pausas longas**†</b>			
Sim	5 (27,78)	8 (8,99)	0,02
Não	13 (72,22)	81 (91,01)	
<b>Tosse, engasgo*†</b>			
Sim	11 (55,00)	40 (44,44)	0,39
Não	09 (45,00)	50 (55,56)	
<b>Morde mamilo*†</b>			
Sim	28 (77,78)	65 (61,90)	0,08
Não	08 (22,22)	40 (38,10)	
<b>Estala Língua*†</b>			
Sim	30 (83,33)	69 (67,65)	0,07
Não	06 (16,67)	33 (32,35)	

\*Teste Qui-quadrado e \*\*Teste Exato de Fisher † Valores menores que 173 são devido a falta de informação.

De acordo com a avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva apresentadas na tabela 2, das 38 crianças com freio alterado, 97,73% possuíam dificuldade de amamentação. Das 135 crianças que possuíam freio normal, 81,06% apresentaram dificuldade de amamentação, 25 (18,94%) não apresentaram dificuldades de amamentação e 3 crianças não possuíam dados referentes a amamentação

Na tabela 3 verifica-se a prevalência de melhora após a realização da frenotomia e quais as razões da melhora. Um total de 34 crianças foram reavaliadas e em 97,06% dos casos, as mães perceberam melhoras após a frenotomia, no entanto duas mães não souberam relatar quais foram as melhoras. Primeiramente foram feitas as mesmas perguntas que o Teste da Linguinha (5) propõe, e depois foi perguntado se haviam outras melhoras.

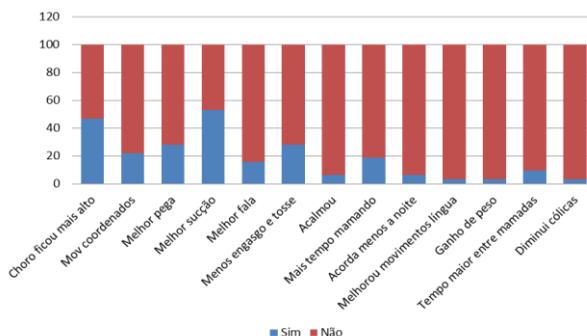
Tabela 3. Relação entre a realização da frenotomia com características da amamentação e avaliação anatomofuncional do freio lingual em crianças que foram acompanhadas após a realização da frenotomia (n=34). Brasília, 2018

	<b>Frenotomia</b>
	<b>n (%)</b>
<b>Percebeu melhora após a frenotomia</b>	
Sim	33 (97,06)
Não	1 (2,94)
<b>Choro alto</b>	
Sim	15 (46,88)
Não	17 (53,13)
<b>Movimentos coordenados</b>	
Sim	7 (21,88)
Não	25 (78,13)
<b>Melhor pega</b>	
Sim	9 (28,13)
Não	23 (71,88)
<b>Melhor sucção</b>	
Sim	17 (53,13)
Não	15 (46,88)
<b>Melhor fala</b>	
Sim	5 (15,63)
Não	27 (84,38)
<b>Diminuição de engasgos e tosses</b>	
Sim	9 (28,13)
Não	23 (71,88)
<b>Acalmou</b>	
Sim	2 (6,25)
Não	30 (93,75)
<b>Tempo mamando</b>	
Sim	6 (18,75)
Não	26 (81,25)
<b>Acorda menos a noite</b>	
Sim	2 (6,25)
Não	30 (93,75)
<b>Melhorou movimento língua</b>	
Sim	1 (3,13)
Não	31 (96,88)

<b>Ganho de peso</b>	
Sim	1 (3,13)
Não	31 (96,88)
<b>Tempo maior entre as mamadas</b>	
Sim	3 (9,38)
Não	29 (90,63)
<b>Diminui as cólicas</b>	
Sim	1 (3,13)
Não	31 (96,88)
<b>Aspecto anatomofuncional do freio após frenotomia</b>	
Normal	28 (90,32)
Alterado	3 (9,68)

As melhoras relatadas pelas mães estão demonstradas na figura 1 e foram: choro mais alto, movimentos coordenados de sucção, melhora na pega, melhora na sucção, melhora na fala, diminuição dos engasgos, bebê ficou mais calmo, aumento do tempo mamando, melhora na amamentação com um todo.

A melhora na sucção durante a amamentação foi o item mais relatado pelas mães (53,13%) e a avaliação clínica após a frenotomia demonstrou que 90,32% dos freios reavaliados tinham escores normais.



**Figura1- Razões da melhora após a realização da Frenotomia.**

## DISCUSSÃO

O Teste da Linguinha surgiu com o intuito de verificar a possível interferência do frênulo lingual na sucção de bebês até seis meses (1), tendo sido desenvolvido por uma fonoaudióloga.

A obrigatoriedade da realização do teste em todas as maternidades brasileiras ocorreu por meio da Lei nº 13.002, de 23 de junho de 2014 (13). Apesar da lei não estar sendo cumprida em todas as maternidades, isto fez que a avaliação do frênulo lingual ganhasse destaque entre odontopediatras. Porém, além da forma de aplicar o teste ainda gerar dúvidas, este foi implementado como lei sem a realização de estudos independentes que comprovassem sua eficácia.

Os dados do presente estudo se referem às crianças atendidas no CSSAM4 em que o Teste da Linguinha passou a ser aplicado como rotina aos bebês examinados pelas dentistas do serviço. Por meio dos resultados foi possível identificar uma prevalência de 21,97% de freio lingual alterado (anquiloglossia), resultado semelhante ao descrito pela autora do protocolo (4). No entanto, este valor é muito diferente dos demais estudos encontrados na literatura que apresentam prevalência variando de 3,2% a 10,7% (3,15). Entre os meninos a prevalência de anquiloglossia foi maior, corroborando com resultados de outros estudos (1,4,9).

A prevalência considerada alta no presente estudo se deve ao fato de que as crianças avaliadas no CSSAM4 já apresentam suspeita de alteração do freio lingual identificada por dentistas e médicos de outras unidades de saúde que fizeram o encaminhamento dos bebês. Isso fez com que CSSAM4 se tornasse referência no diagnóstico e realização de frenotomias.

Quanto à realização das frenotomias, na maioria das crianças que foram diagnosticadas como portadoras de anquiloglossia, o procedimento foi realizado. Porém, observou-se

que em 26 crianças (19,26), mesmo o freio tendo sido considerado normal por meio do teste, a frenotomia foi realizada. A justificativa para esta tomada de decisão baseou-se na característica anatômica do frênulo, e também nas queixas das mães quanto a perda de peso, dificuldade na amamentação e pelo fato destas crianças serem assistidas pelo serviço público, que não dispõe do acompanhamento com fonoaudióloga.

Além disso, as frenotomias que são caracterizadas como uma incisão linear anteroposterior do freio lingual, sem remoção de tecido (15) são indicadas apenas para recém-nascidos, quando o freio lingual apresenta-se delgado, permitindo que a liberação do mesmo seja promovida apenas com um pequeno corte realizado com tesoura sob anestesia tópica. Na frenectomia, no entanto, há remoção de tecido que normalmente é realizado sob anestesia local, com uso de bisturi e necessidade de sutura, o que torna o procedimento mais invasivo e especializado, não sendo realizado em Centros de Saúde destinados ao atendimento da atenção básica de saúde.

No presente trabalho foi possível identificar melhoras após a realização da frenotomia no aspecto anatômico, uma vez que 90,32% dos bebês que realizaram o procedimento passaram a apresentar escores de freio considerado normal após cirurgia. O mesmo foi observado para o aspecto funcional, pois as mães relataram melhora, especialmente na sucção, após a realização do procedimento. Na literatura, no entanto, são encontradas divergências de opiniões quanto às consequências de um frênulo alterado, a necessidade de intervenção cirúrgica e se a intervenção promove algum ganho adicional ao bebê (5). Dessa forma, aspectos relacionados à realização das frenectomias ou frenotomias linguais, ainda são motivo de muita discussão, considerando a necessidade, quando fazer, qual a melhor técnica e qual profissional está habilitado para realizar o procedimento (8,14,16).

Sendo assim, mais estudos precisam ser conduzidos avaliando o Teste da Linguinha e, principalmente, os benefícios da aplicação do teste. Estudos longitudinais que acompanhem a evolução das crianças que realizam os procedimentos cirúrgicos são necessários, especialmente para avaliação da interferência na fala.

## CONCLUSÃO

Foi observada uma alta prevalência de alteração do freio lingual nos bebês atendidos em Samambaia/DF, devido ao referenciamento do Centro de Saúde de Samambaia 4. A melhora na amamentação relatada pelas mães após a frenotomia, pode apontar para o benefício do procedimento para os bebês acometidos.

## REFERÊNCIAS

1. Martinelli, RL; Marchesan, IQ; Berretin-felix, G. Lingual frenulum protocol with scores for infants **Int J Orofacial Myology**, v.38, p.104-112, 2012.
2. Melo, NSFO; Lima, AAS; Fernandes, A. Da Silva, RPGVC. Anquiloglossia: relato de caso. **RSBO**, v.8, n.1, p.102-7, 2011.
3. Ballard, JL.; Auer, CE; Khoury, JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad **Pediatrics**, v.110, n.5, p.e63, 2002.
4. Martinelli,RLDC; Marchesan,IQ; Berretin-felix,G. Protocolo de avaliação do frênuo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais **Revista CEFAC**, v.15, n.3, p.599-610, 2013.
5. Venancio, SI; Toma, TS; Buccini, GS; Sanches, MTC; Araújo, CL; Figueiró, MF. Anquiloglossia e aleitamento materno: evidências sobre a magnitude do problema, protocolos de avaliação, segurança e eficácia da frenotomia. Parecer técnico-científico do Instituto de Saúde de São Paulo, 2015.
6. Francis, DO; Krishnaswami, S; Mcpheeters, M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. **Pediatrics**, v. 135, n.6, p.1458-66, 2015.
7. Ricke, LA.; baker, NJ.; Madlon-kay, DJ.; Defor, TA. Newborn Tongue-tie: Prevalence and Effect on Breast-Feeding. **J Am Board Fam Pract**, v.18, p.1–7, 2005.
8. Messner, AH; Lalakea, ML; Aby, J, Macmahon, J; Bair, E. Ankyloglossia: Incidence and associated feeding

difficulties. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**, v.126, p.36-39, 2000.

9. Segal, IM; Stephenson, R; Dawes, M; Feldman, P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review **Can Fam Physician**, v.53, n.6, p.1027-1033, 2007.
10. Brito, SFD; Marchesan, IQ; Bosco, CMD; Carrilho, ACA; Rehder, MI. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica **Revista CEFAC**, v.10, n.3, p.343-351, 2008.
11. Agostini, OS. **Cartilha do Teste da Linguinha**: para mamar, falar e viver melhor. São Paulo: Pulso Editorial, 2014. 20 p.
12. Salem, G; Holm, SA; Fattah, R; Basset, S; Nasser, C. Developmental oral anomalies among schoolchildren in Gizan region, Saudi Arabia. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1987;15:150-151.
13. Lei nº13.002/14 – Diário Oficial da União, 2014. Disponível em <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1000&pagina=4&data=23/06/2014>
14. Hogan, M; Westcott, C; Griffiths, M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatric Child Health*, 2005;41: 246-250.
15. Peterson LJ. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2009.
16. Geddes, DT; Langton, DB; Gollow I; Jacobs, LA; Hartmann, PE; Simmer, K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. 2008 Jul;122(1):188-94.

## ANEXOS E APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Senhor(a) está sendo convidados a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DO TESTE DA LINGUINHA NO CENTRO DE SAÚDE DE SAMAMBAIA 4 (CSSAM4)”. O nosso objetivo é avaliar se o teste da linguinha que foi aplicado no seu bebê é um bom instrumento para indicar a realização da frenotomia (pequeno corte da língua presa). Para isso, seu bebê será examinado por um dentista para a verificação de como está a função da língua e sucção e a senhora será convidada a responder um questionário referente à amamentação. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhes traga contrangimento, podendo desistir da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

O(a) Senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Centro de Saúde, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dra. Malba Delian Dantas de Assis, no Centro de Saúde Samambaia 4 ou com a Profa. Dra. Vanessa Polina Pereira da Costa da Universidade de Brasília (UnB), telefone (61)998635968.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61)3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome/assinatura do participante da pesquisa

---

Malba Delian Dantas de Assis

Pesquisador responsável

Brasília, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## ANEXO A- TESTE DA LINGUINHA – MARTINELLI, 2013

## PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

## HISTÓRIA CLÍNICA

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data do Exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ 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 item 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 (itens 1, 2, 3 e 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 12

Quando a soma dos itens 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 SUCÇÃO 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

(na 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 B- FICHA DE REAVALIAÇÃO

## FICHA REAVALIAÇÃO

Nome do bebê: \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da reavaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data do Exame inicial \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 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) ponta da língua baixa com elevação das laterais (2)

## 3. Forma da ponta da língua quando elevada durante o choro ou manobra de elevação

 arredondada (0) ligeira fenda no ápice (2) formato de "coração" (3)

## 4. Frênulo da língua

 é possível visualizar não é possível visualizar visualizado com manobra\*

\* Manobra de elevação e posteriorização da língua. Se não observável, realizar o reteste com 30 dias.

## 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)

Escore 0 a 4: normal ( )

Escore 5 a 6: duvidoso ( ) reteste em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escore 7 ou mais: alterado ( ) É necessário a liberação do frênulo lingual.

1. Frenotomia: ( )sim ( )não Tempo entre avaliação e frenotomia \_\_\_\_\_
  2. Tinha dificuldade para amamentar antes da frenotomia?  
 ( )sim ( )não  
 ( ) Protrusão inadequada, movimentos incoordenados, atraso da sucção;  
 ( ) Poucas sucções e pausas longas;  
 ( ) Tosse, engasgo, dispinéia, regurgitação, soluço, ruídos na deglutição;  
 ( ) Morde o mamilo  
 ( ) Estalos
  3. Após a frenotomia, foi percebida melhora na amamentação?  
 ( )sim ( )não  
 ( ) Choro mais alto;  
 ( ) Movimentos. Coordenados;  
 ( ) Melhora na pega;  
 ( ) Melhora na sucção;  
 ( ) Melhora na fala;  
 ( ) Diminuição dos engasgos;  
 ( ) Bebê ficou mais calmo;  
 ( ) Aumento do tempo mamando;  
 ( ) Melhora na amamentação.
  4. Quanto tempo a criança mamou? \_\_\_\_\_
- \*CASO O BEBE AINDA ESTEJA AMAMENTANDO, REFAZER A AVALIAÇÃO DA SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA E NUTRITIVA.
5. Como foram encaminhadas para o CSSAM4?  
 \_\_\_\_\_

**PARTE II – AVALIAÇÃO DA SUÇÃO 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**

(na 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**

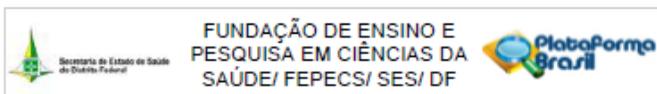
- ( ) não (0)
- ( ) sim (1)

**2.4. Estalos de língua durante a sucção**

- ( ) não (0)
- ( ) sim (1)



## ANEXO C- APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DO TESTE DA LINGUINHA NO CENTRO DE SAÚDE DE SAMAMBAIA 4 (CSSAM4)

**Pesquisador:** Vanessa Polina Pereira da Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 68137517.8.0000.5553

**Instituição Proponente:** Clínica da Família 04 Samambaia ( UBS 07)

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.119.361

#### Apresentação do Projeto:

O frelo lingual é uma estrutura anatômica que se localiza na face inferior da língua e se apresenta como uma pequena prega de membrana mucosa que conecta a língua com o assoalho bucal. Um frelo lingual curto e aderido ao assoalho bucal dificulta os movimentos da língua, o que pode prejudicar as diversas funções dessa estrutura como sucção, fala e alimentação. A avaliação criteriosa desta alteração é importante, uma vez que sua presença pode ocasionar problemas para o recém-nascido, principalmente relacionadas à amamentação, e uma das formas de solucionar esses problemas e minimizar as consequências futuras de uma anquiloglossia é a frenotomia.

#### Objetivo da Pesquisa:

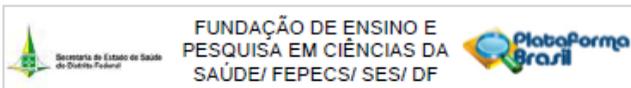
**Geral:**

- Avaliar o percentual de frenotomias realizadas em comparação com a indicação de frenotomia indicada pelo protocolo do teste da linguinha nos bebês atendidos no Centro de Saúde de Samambaia 4 (CCSAM4).

**Específicos:**

- Identificar as razões pelas quais mesmo quando a soma dos escores indicava a realização do procedimento, este não foi realizado, ou da realização da frenotomia quando o protocolo não

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-004  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comiteetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.119.361

recomendava o procedimento;

- Reavaliar as crianças que tiveram frenotomias realizadas quanto: melhora dos movimentos e protrusão da língua e amamentação.
- Identificar a via de referência dos bebês para o CCSAM4 para avaliação da necessidade de frenotomia lingual.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os sujeitos foram adequadamente identificados. Como benefícios apresentados, "muita controvérsia existe em relação a aplicação do Teste da Linguinha, embora ele já tenha sido aprovado como Projeto de Lei. Dessa forma é essencial que estudos que avaliem a confiabilidade do método sejam realizados para que se evite um sobretreamento com base nos escores obtidos com a aplicação do mesmo. Como riscos, "o protocolo proposto segue os preceitos éticos. A avaliação clínica não é invasiva, não trazendo riscos ao paciente, apenas o desconforto do próprio exame que pode causar um choro momentâneo. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo longitudinal, que terá como população alvo crianças que foram encaminhadas ao Centro de Saúde de Samambaia 4 (CCSAM4) para avaliação da necessidade de frenotomia lingual. Será realizada uma avaliação com aplicação do protocolo "Teste da Linguinha, onde todas as crianças inicialmente examinadas serão reavaliadas nas consultas de rotina para verificar as condições funcionais da língua (movimento, protrusão) e relacionadas à amamentação (dor nos mamilos, peso do bebê, movimentos de sucção).

O protocolo do Teste da Linguinha é composto por três partes com pontuação específica: parte I: história clínica; parte II : avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva; parte III: avaliação anatomofuncional. O diagnóstico é dado pela somatória das 03 partes.

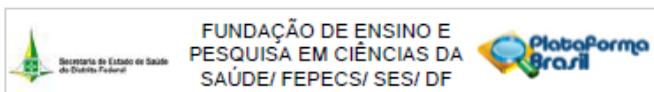
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: Apresentada. Documento assinado pela Superintendente da Região de Saúde Sudoeste/SES/DF.

Termo de Anuência de Coparticipação/Concordância: Apresentado. Documento assinado pela Diretora da Atenção Primária em Saúde da Região Sudoeste e Gerente do CCSAM4/SES/DF.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-004  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comiteteetico.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.119.301

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada.

TCLE: Apresentado.

Critérios de Inclusão e Exclusão: Definidos.

#### Recomendações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS/SES/DF.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

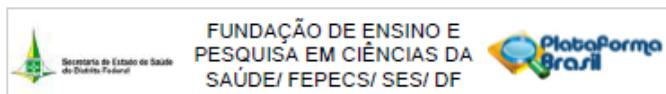
- Projeto Aprovado.

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	PE_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_901569.pdf	05/05/2017 21:16:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_secretaria_saude.docx	05/05/2017 21:16:06	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Outros	Curricvltae2016.doc	05/05/2017 21:14:15	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/05/2017 21:01:00	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Orçamento	cepmooplanilha.doc	05/05/2017 21:00:42	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Declaração de Instituição e	termo_concordancia_assinado.pdf	05/05/2017 19:35:16	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-004  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3325-4055 Fax: (33)3325-4055 E-mail: comiteetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.119.301

infraestrutura	termo_concordancia_assinado.pdf	05/05/2017 19:35:16	Vanessa Polina Pereira da Costa	Acelto
Folha de Rosto	folha_rosto_assinada.pdf	05/05/2017 19:34:08	Vanessa Polina Pereira da Costa	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 14 de Junho de 2017

---

Assinado por:  
Helle Bergo  
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
 UF: DF Município: BRASILIA  
 Telefone: (61)3325-4055 Fax: (33)3325-4055 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

## ANEXO D- NORMAS DA REVISTA

### INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deve ser escrito em Inglês (EUA) ou português (Brasil) em uma forma clara, concisa e objetiva. Manuscritos aceitos e escritos em português devem ser traduzidos para o idioma inglês antes da publicação.
2. O texto deve ser escrito em arquivo Word for Windows (doc ou rtf), usando fonte Arial 12, página A4, espaço duplo e margens de 3 cm. A extensão do manuscrito é limitada a 15 páginas, excluindo-se referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder um total de seis itens (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser definidas na primeira citação, sendo escritas por extenso.
6. Na primeira citação de marcas comerciais, o nome do fabricante e sua localização devem ser escritas entre parênteses (cidade, estado, país).

### ESTRUTURA DO MANUSCRITO

#### 1. Página título

1.1 Título: escrito em inglês e em português.

1.2 Autor(es): Nome completo, título, principal atividade (professor assistente, professor associado, professor titular, aluno de pós-graduação, pesquisador), afiliação (instituição ou clínica privada, departamento ou curso de pós-graduação, cidade, estado e país) e e-mail.

O número de autores deve ser limitado a seis, exceto em casos de estudos multicêntricos ou similares.

1.3 Autor correspondente: nome, endereço completo postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Em caso de qualquer relacionamento entre os autores e entidades pública ou privada que possa resultar em conflito de interesses, esta possibilidade deve ser declarada.

Observação: A página título será removida do arquivo submetido antes da conversão em formato PDF para ser enviado à revisão por pares.

## 2. Resumo estruturado e palavras-chave (em inglês e em português)

2.1 Resumo: máximo de 200 palavras, escrito em inglês e em português.

O resumo deve ser estruturado com as seguintes divisões:

- Artigo Original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão.
- Relato de Caso: Objetivo, Descrição do(s) Caso(s) e Conclusão.
- Revisão de Literatura: o formato estruturado do artigo original pode ser seguido, mas não é mandatório.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BIREME ou do Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine.

## 3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em sequência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

### IMPORTANTE:

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição e está registrado no SISNEP, de acordo com os requisitos nacionais e a Declaração de Helsinki. O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo complementar na submissão on-line (obrigatório). De forma similar, estudos com outros animais devem ser aprovados pelo comitê institucional competente e o documento de aprovação do protocolo de pesquisa deve ser enviado como documento complementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

5.1 As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15). Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

5.2 Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 10 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

5.3 A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

5.4 As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

5.5 O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32(7):789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta* [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. *Histopathology* [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos/abstracts, comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

10. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta sequência: \*, †, ‡, §, ||, \*\*, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo.

11. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

11.1 As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

11.2 Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

11.3 Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

11.4 As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

11.5 Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.