



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



GUILHERME TELINI CINTRA

**AVALIAÇÃO DO GANHO DE PESO EM
PACIENTES DE 0 A 6 MESES DE IDADE
QUE REALIZARAM OU NÃO A
FRENOTOMIA LINGUAL**

UBERLÂNDIA

2019

GUILHERME TELINI CINTRA

**AVALIAÇÃO DO GANHO DE PESO EM
PACIENTES DE 0 A 6 MESES DE IDADE
QUE REALIZARAM OU NÃO A
FRENOTOMIA LINGUAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Alessandra Maia de Castro Prado

UBERLÂNDIA

2019



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

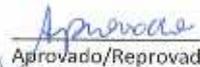
ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Guilherme Telini Cintra** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

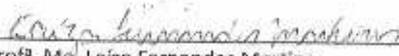
No dia **29 de maio de 2019**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo(a) aluno(a) **Guilherme Telini Cintra**, COM O TÍTULO: "AVALIAÇÃO DO GANHO DE PESO EM PACIENTES DE 0 A 6 MESES DE IDADE QUE REALIZARAM OU NÃO A FRENOTOMIA LINGUAL". O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo se encontra em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

Uberlândia, 29 de maio de 2019.

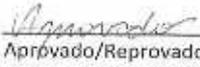


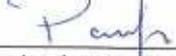
Profª. Drª. Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia – UFU


Aprovado/Reprovado

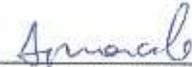


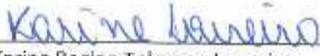
Profª. Msc. Laiza Fernandes Martins
Universidade Federal de Uberlândia – UFU


Aprovado/Reprovado

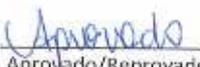


Prof. Dr. Paulo César Simamoto Júnior
Universidade Federal de Uberlândia – UFU


Aprovado/Reprovado



Karine Regina Tolesano Loureiro
Aluno(a) de doutorado – PPGQ/UFU


Aprovado/Reprovado

SUMÁRIO

Resumo	5
Introdução	7
Materiais e Métodos	7
Resultados	8
Discussão	12
Conclusão	12
Referências bibliográficas	12
	13
Anexos	14

RESUMO

OBJETIVO: avaliar o freio lingual de bebês no Hospital Odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (HO-FOUFU) e sua relação com o ganho de peso corporal, com ou sem a realização da frenotomia lingual. **MÉTODOS:** Participaram deste estudo 31 bebês com idade média de 58 dias (± 45 dias) com dificuldades na amamentação, os quais foram avaliados quanto à anquiloglossia por meio da aplicação de protocolos, por duas examinadoras previamente calibradas. A variável peso corporal foi avaliada em ganho de peso diário (gramas/dia) dos bebês que estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) e aleitamento materno complementado (AMC), calculado entre o peso de nascimento e a 1ª consulta e entre a 1ª e a 2ª consulta, por meio de pesagens sequenciais. **RESULTADOS:** a amostra foi composta por 19 (61,29%) bebês do sexo masculino e 12 (38,31%) do feminino. O AME foi predominante no sexo feminino com 10 bebês (83,33%) e no masculino predominou o AMC com 10 bebês (52,63%). Nesse grupo de bebês houve uma maior necessidade da realização da frenotomia em 11 bebês (57,89%). Na avaliação de ganho de peso entre o peso de nascimento e a 1ª consulta e entre a 1ª e a 2ª consulta nos pacientes submetidos ou não à frenotomia lingual não foi encontradas diferenças estatisticamente significantes, $p=0,7518$ e $p=0,4768$, respectivamente. Em relação aos bebês que fizeram frenotomia e os que não fizeram, foi observado que o ganho de peso corporal estava dentro do esperado, 38,30g ($\pm 15,78$ g) e 33,30g ($\pm 21,96$ g), respectivamente. Com relação às medidas dos valores dos pesos coletados ao nascer, na primeira e na segunda consulta, foi verificado diferença estatisticamente significativa entre todas as variáveis analisadas, sendo o peso da segunda consulta sempre mais elevado. **CONCLUSÃO:** neste estudo não houve diferença de ganho de peso corporal diário entre bebês que realizaram ou não realizaram a frenotomia.

Palavras chaves: anquiloglossia, peso corporal, freio lingual

ABSTRACT

OBJECTIVE: the purpose of this study, conducted at the Dental Hospital of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Uberlandia-MG/Brazil, was to evaluate the lingual frenulum of babies and its relationship with body weight gain with or without performing the lingual frenectomy. **METHODS:** this study included 31 infants, with mean age of 58 days (± 45 days), with difficulties in breastfeeding, who were evaluated for ankyloglossia through the application of protocols by two calibrated examiners. The body weight variable was evaluated according to the daily weight gain (grams/day) of infants who were exclusively breastfeeding (AME in Portuguese) and those who were breastfeeding but also receiving supplementing formula (AMC in Portuguese). This variable was calculated using the birth weight and the baby's weight at the time of the first consultation and then, using the baby's weight at the time of the first and the second consultation, by means of sequential weighing. **RESULTS:** the sample consisted of 19 (61.29%) male infants and 12 (38.31%) female infants. AME was predominant in females, with 10 babies (83.33%), and AMC was predominant in males, with 10 babies (52.63%). In this group of infants, there was a greater need to perform the frenectomy in 11 babies (57.89%). In assessing weight gain between birth weight and the first consultation and then between the first and the second consultation in patients who had or not the frenectomy, no statistically significant differences were found: $w=0,7518$ and $w=0,4768$, respectively. Regarding the infants who had the frenectomy and the ones who did not undergo the same procedure, it was observed that their body weight gain was within the expected range, 38,30g ($\pm 15,78g$) and 33,30g ($\pm 21,96g$), respectively. Regarding the measures of the values of the weights collected at birth, in the first and second visits, a statistically significant difference was verified between all variables analyzed, with the weight of the second consultation always higher. **CONCLUSION:** in this study there was no weight gain difference between babies who had the frenectomy and those who did not undergo the same procedure.

Key words: ankyloglossia, body weight, lingual frenulum

INTRODUÇÃO

Existem muitos fatores que podem impulsionar o crescimento do bebê durante os primeiros 1000 dias de vida, que vai desde a concepção até dois anos de idade, tais como, a nutrição, fatores genéticos e epigenéticos e a regulação hormonal, portanto é potencializar o crescimento normal sem aumentar o risco de distúrbios associados [1]. O peso do nascimento de um recém-nascido pode ser influenciado por alguns fatores, tais como o período de gestação, o crescimento fetal intra-uterino, índice de massa corporal da mãe, idade materna, bem como fatores socioeconômicos e étnicos [2- 4].

O aleitamento materno é de extrema importância para o desenvolvimento e crescimento do bebê, de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) o aleitamento materno exclusivo (AME) deve ser recomendado durante os primeiros seis meses de vida e o aleitamento materno complementado até dois anos ou mais [5]. Na literatura o pobre ganho de peso corporal do lactente tem sido relacionado dentre outros fatores com a anquiloglossia [6]. Essa uma alteração congênita que pode ser observada em algumas lactentes e crianças caracterizada por um encurtamento do freio lingual, que traz como consequência a restrição dos movimentos da língua[7]. Isso implica diretamente no aleitamento materno, pois a criança apresenta dificuldades no vedamento labial e pode provocar dor e traumatismos mamilares na lactante[8].

Existem atualmente protocolos próprios e validados para o diagnóstico da anquiloglossia, tais como Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function [9], Bristol Tongue Assessment Tool [10] e Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua com Escores para Bebês[11]. Após a realização do diagnóstico, a conduta indicada atualmente para lactentes com anquiloglossia é a frenotomia lingual, procedimento este que está bem definido e aceito na literatura, porém deve ser realizado com cautela e não está indicado para todos os casos de anquiloglossia [12].

A hipótese deste estudo foi que os pacientes diagnosticados com anquiloglossia estariam abaixo da média de ganho de peso corporal diário recomendado, diferentemente dos pacientes não diagnosticados, e após a realização da frenotomia lingual, os mesmos atingiriam o ganho de peso corporal indicado. Portanto, o objetivo desse estudo foi relacionar o ganho de peso corporal com a realização ou não da frenotomia lingual nos seis primeiros meses de vida do lactente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Critérios éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (Relatório nº 2.696.693 / Certificado de apresentação para apreciação ética: 83487817.4.0000.5152) (Anexo A).

Delineamento do estudo

Esse foi um estudo transversal composto por 31 bebês que compareceram ao Ambulatório de Avaliação Multiprofissional do freio lingual no Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (HO-FOUFU) no período de 12 meses.

Foram incluídos no estudo lactentes de zero a seis meses de idade, saudáveis, nascidos a termo (maior que 37 semanas) e peso acima de 2.500 gramas, cujas mães relatavam dificuldades no aleitamento materno e que necessitavam de avaliação do freio lingual ou de frenotomia lingual. Foram excluídos do estudo lactentes de zero a seis meses de idade, com deficiência, com nascimento prematuro (menor que 37 semanas) e peso abaixo de 2.500 gramas, sem dificuldades na amamentação natural e não necessitavam de avaliação do freio lingual ou de frenotomia.

Na 1ª consulta, realizou-se uma entrevista com os pais, para preenchimento da ficha clínica na qual constavam informações sobre a criança (idade, sexo, alterações no bebê, peso de nascimento, tipo de alimentação) e a mãe (motivo da procura, alterações na mãe). O método de aplicação da ficha clínica ocorreu por meio de uma entrevista pessoal para garantir que todas as perguntas fossem respondidas. Este instrumento foi aplicado individualmente por um integrante da pesquisa em um espaço reservado para evitar constrangimento por parte do participante da pesquisa.

A avaliação do freio lingual foi realizada por meio de protocolo disponível na literatura atualmente [11]. Os pacientes diagnosticados com a anquiloglossia foram submetidos ao procedimento de frenotomia lingual. Após a realização do procedimento os bebês foram reagendados para a avaliação pós operatória e avaliação do ganho de peso corporal (2ª consulta).

Os bebês, tendo realizado ou não o procedimento da frenotomia lingual, foram pesados na primeira consulta e na segunda consultas, para que fosse verificado o ganho de peso corporal após a frenotomia lingual e/ou após as instruções para correção da mamada e dos possíveis problemas encontrados no exame clínico da mama/mamada e então realizar a comparação se o mesmo se enquadrava no ganho de peso diário ideal.

Análise dos dados

Após a tabulação dos dados, os mesmos foram submetidos à análise utilizando o programa estatístico SPSS Statistics. A análise descritiva foi realizada utilizando frequências absolutas (n) e frequências relativas (%), apresentadas média e desvio padrão. Foram aplicados os testes do Qui-Quadrado, U de Mann-Whitney e Wilcoxon, para verificar a existência ou não de diferenças estatisticamente significantes, entre as frequências de crianças que foram submetidas à frenotomia e as que não foram, entre o ganho de peso calculado entre o peso ao nascimento e o peso na primeira consulta e entre o peso na primeira consulta e o peso na segunda consulta e entre as diversas medidas de peso das crianças que não foram submetidas à frenotomia, respectivamente. O nível de significância adotado será de 5%.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 31 bebês, sendo 19 (61,29%), do sexo masculino e 12 (38,31%), do sexo feminino. A média de idade foi de 58 dias (+15 dias). Na figura 1 estão demonstradas as frequências de AME e AMC.

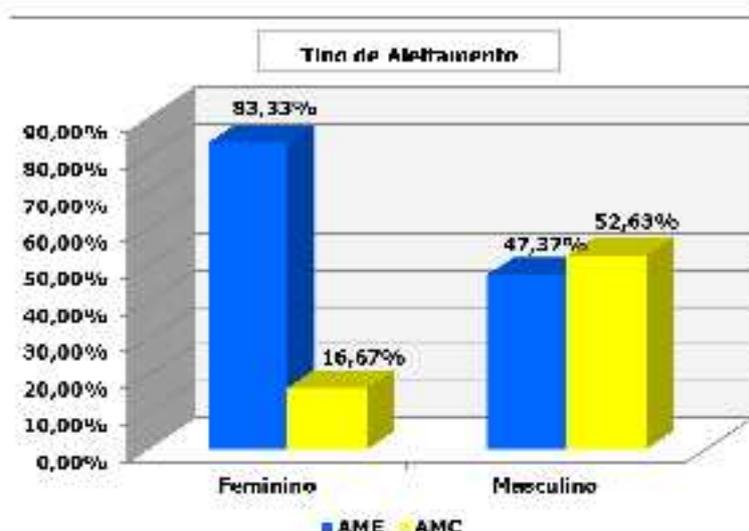


Figura 1. Distribuição de porcentagens de lactentes com relação ao tipo de alimentação, de acordo com o gênero.

O ganho de peso corporal diário em gramas/dia dos bebês avaliados, pode ser verificado na figura 2, onde demonstra aqueles que estavam em AME e aqueles que estavam em AMC, calculado entre o peso de nascimento e a 1ª consulta (Peso 1) e entre a 1ª e a 2ª consulta (Peso 2).

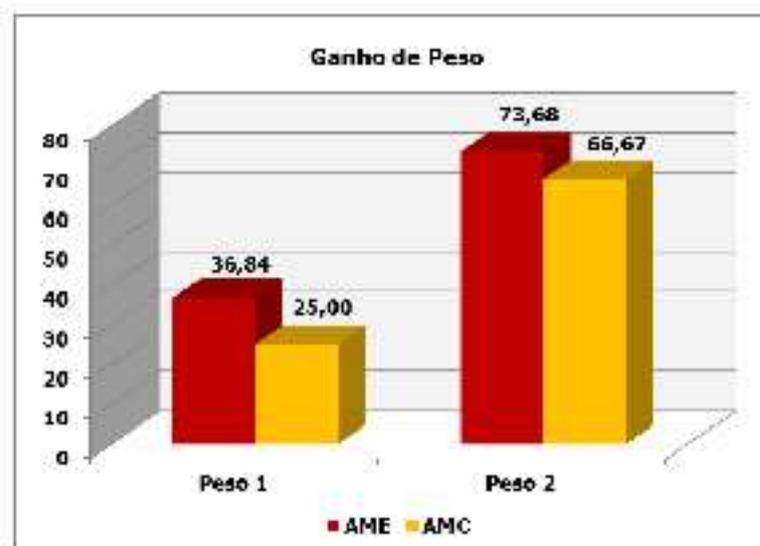


Figura 2. Distribuição do ganho de peso corporal diário de bebês em AME e AMC, em gramas/dia, calculado entre o peso de nascimento e a 1ª consulta (Peso 1) e entre a 1ª e a 2ª consulta (Peso 2).

O procedimento de frenotomia lingual foi realizado em sua maior parte em lactentes do sexo masculino como é possível verificar na figura 3, bem como a total das frenotomias realizadas.

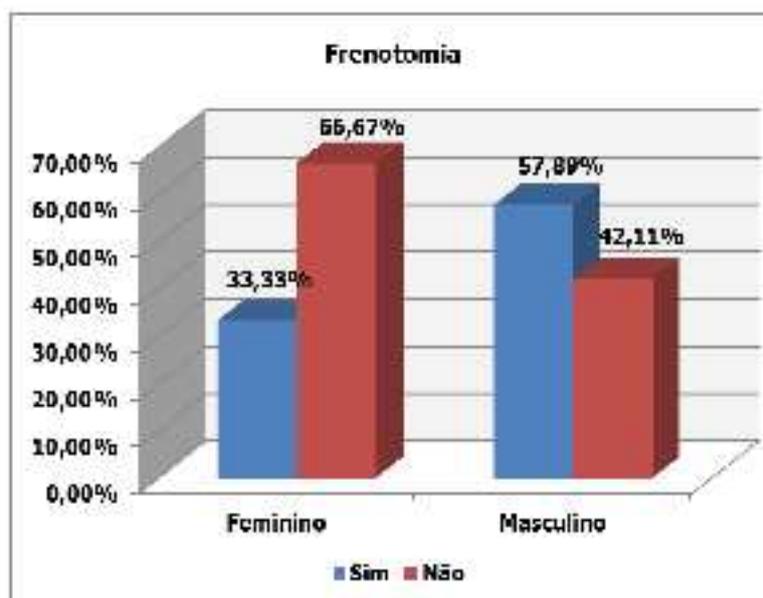


Figura 3. Distribuição de porcentagens de lactentes submetidos ao procedimento de frenotomia lingual de acordo com o sexo.

Na tabela 1 estão demonstrados os valores de médias e de desvios padrão, relativos ao ganho de peso diário, obtido pelas crianças que fizeram frenotomia e as que não fizeram, considerando-se os valores do peso do nascimento, comparados com os pesos obtidos na primeira consulta e na primeira comparados com a segunda consulta.

Tabela 1 – Valores de média e desvio padrão, relativos ao ganho de peso corporal diário, dos lactentes que fizeram ou não a frenotomia lingual, considerando-se os valores obtidos entre o peso do nascimento e a primeira consulta e entre a primeira e na segunda consultas.

Frenotomia	Peso 1	Peso 2
	Média (DP)	Média (DP)
Não	25,62 g ($\pm 14,74$ g)	33,30 g (21,96 g)
Sim	28,96 g ($\pm 31,57$ g)	38,30 g (15,78 g)

Na tabela 2, estão demonstradas as frequências e porcentagens de crianças, com relação ao intervalo de tempo para retorno entre a primeira e a segunda consulta, de acordo com o sexo.

Tabela 2 – Distribuição de frequências e porcentagens de lactentes, com relação ao intervalo de tempo para retorno entre a primeira e a segunda consulta, de acordo com o gênero.

Intervalos (dias)	Masculino	Feminino	Total
	Frq (%)	Frq (%)	Frq (%)
De 0 a 10	08 (42,11)	03 (25,00)	11 (35,48)
De 11 a 20	08 (42,11)	04 (33,33)	12 (38,71)
De 21 a 30	02 (10,53)	03 (25,00)	05 (16,13)
De 31 a 40	00 (0,00)	00 (0,00)	00 (0,00)
De 41 a 50	01 (5,26)	00 (0,00)	01 (3,23)
De 51 a 60	00 (0,00)	01 (8,33)	01 (3,23)
Mais de 60	00 (0,00)	01 (8,33)	01 (3,23)

De acordo com a variação do ganho de peso corporal diário de lactentes submetidos ou não submetidos à frenotomia lingual, foi verificado que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os valores das variáveis analisadas, Peso 1 ($p=0,7518$) e Peso 2 ($p=0,4768$). Com relação às medidas dos valores dos pesos coletados ao nascer, na primeira e na segunda consulta, foi verificado diferença estatisticamente significativa entre todas as variáveis analisadas, sendo o peso da segunda consulta sempre mais elevado (Tabela 3).

Tabela 3 – Probabilidades encontradas, quando da aplicação do teste de Wilcoxon às medidas de pesos ao nascer, peso da primeira e da segunda consulta, obtidos com lactentes que não foram submetidas à frenotomia ou foram submetidos ao procedimento.

Variáveis Analisadas	Não realizou frenotomia	Realizou frenotomia
	Probabilidades	Probabilidades
Peso ao nascer x peso primeira consulta	0,0061*	0,0026*
Peso ao nascer x peso segunda consulta	0,0004*	0,0007*
Peso primeira x peso segunda consulta	0,0008*	0,0007*

Associação estatisticamente significativa (*) $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

O AME é de extrema importância, beneficiando não apenas o bebê, mas também a lactante, as dificuldades no AME e o desmame precoce podem acontecer devido à presença de anquiloglossia trazendo consequências para o recém-nascido [13]. A hipótese deste estudo foi rejeitada, visto que não houve diferença estatisticamente significativa no ganho de peso corporal diário entre os lactentes que realizaram ou não a frenotomia lingual. O valor médio de velocidade de crescimento do recém-nascido é em torno de 30 gramas por dia no primeiro trimestre de vida [14].

Utilizando o mesmo instrumento de avaliação e diagnóstico de anquiloglossia que no presente estudo, um estudo recente com 130 recém-nascidos diagnosticou 19% da amostra (n=25) com anquiloglossia [15], outro estudo com amostra ainda maior com 449 recém-nascidos 64,28% da amostra (n=288) apresentava anquiloglossia [8], enquanto que no presente estudo foi verificado a presença de 48,38% da amostra (n=15) com a mesma alteração.

A literatura afirma que existe uma predileção por lactentes do sexo masculino quanto à anquiloglossia [16]. No presente estudo foi verificado que houve 57,89% (n=11) de ocorrência desse achado em lactentes do sexo masculino, corroborando outro estudo na literatura no qual também houve alta ocorrência de alterações no freio lingual em lactentes do sexo masculino [8].

A inexistência de diferença estatisticamente significativa pode ser justificada, pelo tamanho da amostra do presente estudo, que trabalha com a procura da população pelo serviço. Estudos prévios utilizaram um padrão amostral com elevada quantidade de participantes na pesquisa [8,15]. Apesar disso, a literatura afirma que o tamanho da amostra ainda é uma das limitações para realização de estudos clínicos randomizados e estudos prospectivos quanto à anquiloglossia [7]. Outro fator que pode ter contribuído para a ausência de diferenças estatisticamente significantes, foi o curto intervalo de tempo de retorno entre a primeira e segunda consulta (0 a 10 dias) que alguns lactentes retornaram (35,48%) período curto para esperar um ganho de peso elevado.

Todas as mães que relataram queixas ou dificuldades no AME e a anquiloglossia não foi diagnosticada, receberam informações e auxílio para que as dificuldades e os erros durante a amamentação fossem sanados, prevenindo o desmame precoce, permitindo então que o lactente atingisse o ganho de peso corporal diário adequado.

Estudos melhores e com alta qualidade metodológica precisam ser realizados, no entanto existem algumas dificuldades, tais como definição de critérios de diagnóstico e a notificação dessa condição, pois ainda é culturalmente sabido, que existem dificuldades no aleitamento materno com transtornos para o lactente e a lactante, que levam ao desmame precoce por falta de informação ou negligência de profissionais da saúde.

CONCLUSÃO

Foi possível concluir que houve melhora no ganho de peso corporal diário dos lactentes, porém sem diferença estatisticamente significativa, sendo o lactente submetido ou não à frenotomia lingual.

REFERÊNCIAS

- [1] Pietrobelli A, Agosti M. Nutrition in the first 1000 days: Ten practices to minimize obesity emerging from published science. *International journal of environmental research and public health*. 2017; 14(12): 14911. Doi:10.3390/ijerph14121491.
- [2] De Bernabé JV, Soriano T, Albaladejo R, Juarranz M, Calle ME, Martínez D, Domínguez-Rojas, V. Risk factors for low birth weight: a review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 116, n. 1, p. 3-15, 2004.
- [3] Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the world health organization*. 1987; 65(5): 663-737
- [4] Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA, Scott H, Liston R. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstetrics & Gynecology*. 2005; 105(6): 1410-1418.
- [5] World Health Organization (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. Geneva: WHO; 2001.
- [6] Chu MW, Bloom DC. Posterior ankyloglossia: a case report. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2009; 73(6): 881-883.
- [7] Rowan-Legg A. Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatrics & child health*. 2015; 20(4): 209-218.
- [8] Lima MGS, Araujo MDCM, Freitas RL, Kozmhinsky VMDR, Guerra CA, Lima GMS, Silva AVCE, Júnior PCM, Arnaud M, Albuquerque EC, Rosenblatt A. Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2019 Apr 25. Doi: 10.1016/j.jpmed.2018.12.013
- [9] Amir LH, James JP, Donath SM. Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. *International Breastfeeding Journal*. 2006, 1(1): 1-3.
- [10] Ingram J, Jonhson D, Copeland M, Churchill, C; Taylor H; Emond A. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2015; 100(4): F344–F348. doi:10.1136/archdischild-2014-307503.
- [11] Martinelli RL, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Lingual frenulum protocol with scores for infants. *Int J Orofacial Myology*. 2012 Nov;38:104-12.
- [12] Lisonek M, Liu S, Dzakpasu S, Moore AM, Joseph KS, Canadian Perinatal Surveillance System (Public Health Agency of Canada). Changes in the incidence and surgical treatment of ankyloglossia in Canada. *Paediatr Child Health*. 2017 Oct; 22(7):382-386. doi: 10.1093/pch/pxx112.
- [13] Campebell J. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *International journal of nursing studies*. 2019; 91: 146-147.
- [14] Zeferino AMB, Barros Filho AA, Bettiol H, Barbieri MA. Acompanhamento do crescimento. *Jornal de Pediatria (Rio J)* 2003;79(Supl.1):S23-S32. [In Portuguese].
- [15] Campanha SMA, Martinelli RLC, Palhares DB. Association between ankyloglossia and breastfeeding. *Codas*. 2019 Feb 25;31(1):e20170264. doi: 10.1590/2317-1782/20182018264.
- [16] Hong PMD. Ankyloglossia (tongue-tie). *Canadian Medical Association Journal*. 2013 Feb 5; 185(2): E128.

ANEXOS

Anexo A

 UFU Comitê de Ética em Pesquisa	UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA/MG	 Plataforma Brasil
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Avaliação do frênulo da língua em bebês por equipe multiprofissional de saúde		
Pesquisador: Daniely Cunha Araújo Ferreira de Oliveira		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 83487817.4.0000.5152		
Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 2.696.693		
Apresentação do Projeto:		
Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.570.175, de 28 de Março de 2018.		
Segundo apresenta o protocolo:		
<p>A anquiloglossia é uma condição congênita caracterizada pela presença de um freio lingual curto, na qual a avaliação precoce é importante, pois o lactente poderá ter dificuldades significativas com relação ao aleitamento materno. As taxas de prevalência da anquiloglossia em recém-nascidos podem variar entre 3% a 16%, esta discrepância se justifica pela falta de padronização ou critérios clínicos aceitos para a realização do diagnóstico precoce desta condição. Atualmente existem três instrumentos de avaliação: Ferramenta de Avaliação de Hazelbaker, Instrumento Bristol de Avaliação da Língua e Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. No entanto, a forma de diagnóstico atual ainda apresenta limitações, dificultando a indicação da frenotomia, sendo necessárias mais pesquisas sobre esse tema. Portanto, o objetivo deste estudo será avaliar clinicamente o seio materno, a mamada, o frênulo da língua do bebê e o peso antes e após a realização da frenotomia. Além disso, comparar os protocolos utilizados atualmente para o diagnóstico da anquiloglossia. Participação deste estudo 40 pares de bebês de até seis meses de idade e mãe/pai no Hospital Odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, os bebês serão avaliados quanto à anquiloglossia por uma equipe multiprofissional.</p>		
Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144 UF: MG Município: UBERLÂNDIA Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br		
Página 01 de 01		



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 2.090.003

Primeiramente será realizada a avaliação dos aspectos clínicos de seio materno, em seguida será realizada a avaliação do aleitamento materno. Os três instrumentos disponíveis para diagnóstico de anquiloglossia, Ferramenta de Avaliação de Hazelbaker, Instrumento Bristol de Avaliação da Língua e Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, serão aplicados para avaliação clínica do freio lingual, por um único examinador previamente calibrado. Todos os bebês que após a avaliação que necessitarem de realização da frenotomia lingual, receberá o procedimento pela equipe. Os dados serão tabulados e será realizada a análise estatística adotando o nível de significância de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

Os autores descrevem os seguintes objetivos:

Objetivo principal: "O objetivo deste estudo será avaliar de forma multiprofissional o frênulo da língua de bebês até seis meses de idade no Hospital Odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia."

Objetivo Secundário:

1. Desenvolver e validar um protocolo de avaliação clínica do seio materno;
2. Avaliar clinicamente o seio materno antes e após a realização da frenotomia lingual;
3. Realizar a avaliação da mamada antes e após a realização da frenotomia lingual do bebê;
4. Comparar os protocolos utilizados atualmente para o diagnóstico da anquiloglossia;
5. Avaliar o frênulo da língua do bebê antes e após a realização da frenotomia;
6. Observar o peso dos bebês submetidos ao procedimento de frenotomia lingual;
7. Avaliar a amamentação mista e o desmame precoce antes e após a frenotomia lingual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos: Haverá o risco mínimo de identificação do participante da pesquisa, para isto a equipe executora se compromete com o sigilo em relação às informações coletadas. As fichas não serão identificadas com o nome dos bebês e dos pais, as mesmas receberão apenas um código identificador afim de organização, tabulação e análise dos dados da pesquisa. Os dados ficarão de posse dos pesquisadores e todos os esforços serão no sentido de preservar a identidade do paciente e do responsável. Terá acesso a essas informações apenas a equipe envolvida na

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer 2.090.203

realização do estudo. Outro risco seria sentir dor ou desconforto durante o procedimento de frenotomia, no entanto o uso de anestésico precederá toda frenotomia.

Benefícios: Os benefícios serão a possibilidade da realização do diagnóstico precoce da anquiloglossia e a realização do procedimento de frenotomia garantindo que a criança possa realizar o aleitamento materno sem interferência do freio lingual, permitindo que este ocorra de forma satisfatória para o bebê e sua mãe. Além disso, poderá contribuir para uma maior precisão no diagnóstico afim de não serem realizadas frenotomias de forma indevidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.570.175, de 28 de Março de 2018, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Abril de 2019.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@prpp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer 2.096.063

documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res 251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1007634.pdf	03/05/2018 12:53:47		Aceito
Outros	cartadedeclaracao.pdf	24/04/2018 14:44:30	Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira	Aceito
Outros	Cartaresposta.docx	24/04/2018 14:42:06	Danielly Cunha Araújo Ferreira de	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 2.066.063

Outros	Cartaresposta.docx	24/04/2018 14:42:06	Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	equipeexecutora.pdf	24/04/2018 14:41:38	Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa.doc	24/04/2018 14:41:13	Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEresponsavel.doc	24/04/2018 14:40:44	Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	24/04/2018 14:40:28	Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira	Aceito
Outros	Formularioavaliacaomamada.doc	16/02/2018 17:29:03	Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira	Aceito
Outros	Formularioavaliacaoseiomatemo.doc	16/02/2018 17:28:14	Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira	Aceito
Outros	CurriculoLattes.docx	16/02/2018 17:26:06	Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodainstituicao.pdf	11/10/2017 13:09:37	Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/10/2017 13:00:14	Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 06 de Junho de 2018

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 204 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

Anexo B – Normas Revista: Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada

 revista.uepb.edu.br/index.php
 


[HOME](#) [ABOUT](#) [LOGIN](#) [REGISTER](#) [SEARCH](#) [CURRENT](#) [ARCHIVES](#)
[ANNOUNCEMENTS](#) [REVIEWERS](#)



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada

Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic


ISSN 1519-0501 e-ISSN 1983-4632



Home > About the Journal > **Submissions**

Submissions

- [Online Submissions](#)
- [Author Guidelines](#)
- [Copyright Notice](#)
- [Privacy Statement](#)

Online Submissions

Already have a Username/Password for Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada?
[GO TO LOGIN](#)

Need a Username/Password?
[GO TO REGISTRATION](#)

Registration and login are required to submit items online and to check the status of current submissions.

Author Guidelines

THE MANUSCRIPT SENT FOR PUBLICATION MUST BE ORIGINAL AND THE SIMULTANEOUS SUBMISSION TO OTHER JOURNAL, EITHER NATIONAL OR INTERNATIONAL, IS NOT ALLOWED.

MANUSCRIPTS SHOULD BE SUBMITTED BY ONE OF THE AUTHORS OF THE MANUSCRIPT THROUGH THE ONLINE SYSTEM; HOWEVER, THE NAMES AND EMAILS AND ORCID IDs OF ALL AUTHORS MUST BE ENTERED DURING SUBMISSION. ONLY ONLINE SUBMISSIONS ARE ACCEPTED TO FACILITATE RAPID PUBLICATION. SUBMISSIONS BY ANYONE OTHER THAN ONE OF THE AUTHORS WILL NOT BE ACCEPTED. THE SUBMITTING AUTHOR TAKES RESPONSIBILITY FOR THE PAPER DURING SUBMISSION AND PEER REVIEW.

AUTHORSHIP: EVERYONE LISTED AS AN AUTHOR SHOULD MEET OUR CRITERIA FOR AUTHORSHIP. EVERYONE WHO MEETS OUR CRITERIA FOR AUTHORSHIP MUST BE LISTED AS AN AUTHOR. WE EXPECT THAT ALL AUTHORS WILL TAKE PUBLIC RESPONSIBILITY FOR THE CONTENT OF THE MANUSCRIPT SUBMITTED TO PBOCI. THE CONTRIBUTIONS OF ALL AUTHORS MUST BE DESCRIBED.

IT IS MANDATORY TO PROVIDE ORCID (OPEN RESEARCHER AND CONTRIBUTOR ID) NUMBER OF THE CORRESPONDING AUTHOR AND ALL CO-AUTHORS UPON SUBMISSION OF THE MANUSCRIPT TO THE PBOCI. ORCID NUMBER OF ALL CO-AUTHORS SHOULD BE PROVIDE IN THE TITLE PAGE OF THE MANUSCRIPT.

INSTRUCTIONS

OPEN JOURNAL SYSTEMS

[Journal Help](#)

USER

Username

Password

Remember me

[Login](#)

JOURNAL CONTENT

Search

Search Scope

[Search](#)

Browse

- [By Issue](#)
- [By Author](#)
- [By Title](#)
- [Other Journals](#)

FONT SIZE

[A-](#) [A](#) [A+](#)

INFORMATION

- [For Readers](#)
- [For Authors](#)
- [For Librarians](#)

INSTRUCTIONS

The manuscript should be written in ENGLISH (USA) language, in a clear, concise and objective form. However, when the article is accepted (in Portuguese) the authors should provide the English language text file and also send the statement of the technical reviewer. Contact PBOCI by apesb@terra.com.br to get information about the recommended translation companies. Linguistic revisions performed by companies that do not provide the mentioned certificate will not be accepted.

The text should be provided as a Word for Windows file (doc), using a size 12 Times New Roman font, A4 page size, single-spacing and margins of 2.5 cm. The length of the manuscript is limited to 15 pages, including references, tables, and figures.

1) TITLE PAGE: Title, Author(s) [Names of all authors written out in full, including respective telephone numbers and email addresses for correspondence] and Author for correspondence. Data of institutional/professional affiliation of all authors, including Department, College/program, University (or other institution), City, State, and Country. The ORCID number of each author must be informed.

2) ABSTRACT: A maximum of 280 words. The abstract should be structured with the following divisions: **OBJECTIVE, METHODS, RESULTS, AND CONCLUSION.**

3) KEYWORDS: Ranging from 3 (three) to 5 (five) five keywords, chosen from the keywords registered at Medical Subject Headings of the U.S. National Library of Medicine (<https://meshb.nlm.nih.gov>)

4) INTRODUCTION: State the purpose and summarize the rationale for the study or observation. The objective(s) and/or hypothesis of the study should be stated in the last paragraph. Avoid presentation of an extensive review of the field.

5) MATERIAL AND METHODS: Describe your selection of the observational or experimental participants (patients or laboratory animals, including controls) clearly, including eligibility and exclusion criteria and a description of the source population. Identify the methods, apparatus (give the manufacturer's name and address in parentheses), and procedures in sufficient detail to allow other workers to reproduce the results. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.

6) RESULTS: Present your results in a logical sequence in the text, tables, and illustrations, giving the main or most important findings first.

7) DISCUSSION: This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Inferences, deductions, and conclusions should be limited to the findings of the study (conservative generalization).

8) CONCLUSION: This should clearly explain the main conclusions of the work highlighting its importance and relevance.

9) REFERENCES: Authors are responsible for ensuring that the information in each reference is complete and accurate. A maximum of 40 references should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text (Vancouver System). All references must be numbered consecutively and citations of references in text should be identified using numbers in square brackets (e.g., "as discussed by some authors [2]"; "as discussed elsewhere [1,5,12]"). **Please include the DOI number .**

All references should be cited within the text; otherwise, these references will be automatically removed.

NON-REFEREED MATERIAL AND, IF POSSIBLE, NON-ENGLISH PUBLICATIONS SHOULD BE AVOIDED. CONGRESS ABSTRACTS, UNACCEPTED PAPERS, UNPUBLISHED OBSERVATIONS, AND PERSONAL COMMUNICATIONS MAY NOT BE PLACED IN THE REFERENCE LIST.

If seven or more authors, list up to six followed by "et al.

Journal and book references should be set out as in the following



3G



21:09

If seven or more authors, list up to six followed by "et al."

Journal and book references should be set out as in the following examples:

1. Ramalli Jr. EL, Ho W, Alves M, Rocha EM. Progress in animal experimentation ethics: A case study from a Brazilian medical school and from the international medical literature. *Acta Cir Bras* 2012; 27(9):659-63. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502012000900012>
2. Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
3. 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.
4. Ministry of Health, Department of Planning. *Annual Statistical Report*. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.

Tables: should be numbered consecutively with Arabic numerals and should have an explanatory title. Each table should be typed on a separate page with regard to the proportion of the printed column/page and contain only horizontal lines.

Figures and illustrations: Each figure should have a legend.

Open Researcher and Contributor ID (ORCID) mandatory from January 1, 2019.

How do you get one?

1. Register online at ORCID.ORG (<https://orcid.org>)
2. Start to build your ORCID record with your professional information and link to your other online profiles such as Scopus, LinkedIn, Twitter or ResearcherID.
3. Include your ORCID on your webpage, when you submit publications, apply for grants, and in any research workflow to ensure you get credit for your work.

Submission Preparation Checklist

As part of the submission process, authors are required to check off their submission's compliance with all of the following items, and submissions may be returned to authors that do not adhere to these guidelines.

1. The submission has not been previously published, nor is it before another journal for consideration (or an explanation has been provided in Comments to the Editor).
2. The submission file is in OpenOffice, Microsoft Word, RTF, or WordPerfect document file format.
3. **THIS JOURNAL IS PUBLISHED IN ENGLISH. IF YOU ARE NOT A NATIVE ENGLISH SPEAKER, WE RECOMMEND THAT YOU HAVE YOUR MANUSCRIPT PROFESSIONALLY EDITED BEFORE SUBMISSION OR READ BY A NATIVE ENGLISH-SPEAKING COLLEAGUE. THE TEXT OF ARTICLES ACCEPTED FOR PUBLICATION, SHOULD BE SUBMITTED TO A REVIEW OF THE ENGLISH LANGUAGE (NATIVE ENGLISH EDIT, AMERICAN JOURNAL EXPERTS, OR OTHER COMPANIES). TO PUBLISH, YOU MUST SEND TO PBOCI THE CERTIFICATE ISSUED BY THEM.**
4. The text is single-spaced; uses a 12-point font; employs italics, rather than underlining (except with URL addresses); and all illustrations, figures, and tables are placed within the text at the appropriate points, rather than at the end.
5. The text adheres to the stylistic and bibliographic requirements outlined in the Author Guidelines, which is found in About the Journal.
6. If submitting to a peer-reviewed section of the journal, the instructions in Ensuring a Blind Review have been followed.