



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE ODONTOLOGIA



MARCELA MAGNA GOMES ARAUJO GODOY

**AVALIAÇÃO DA DOR, DO CHORO E DO
COMPORTAMENTO DE BEBÊS DURANTE O
PROCEDIMENTO DE FRENOTOMIA LINGUAL E
A PERCEPÇÃO DAS MÃES**

UBERLÂNDIA

2017

MARCELA MAGNA GOMES ARAUJO GODOY

**AVALIAÇÃO DA DOR, DO CHORO E DO
COMPORTAMENTO DE BEBÊS DURANTE O
PROCEDIMENTO DE FRENOTOMIA LINGUAL E
A PERCEPÇÃO DAS MÃES**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alessandra Maia de
Castro Prado

Co-orientação: Prof^a. Dr^a. Danielly Cunha
Araújo Ferreira de Oliveira

UBERLÂNDIA

2017

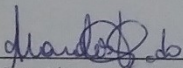


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

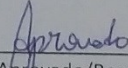
ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Marcela Magna Gomes Araujo Godoy** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

No dia **07 de novembro de 2017**, 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) **Marcela Magna Gomes Araujo Godoy**, COM O TÍTULO: - **"AVALIAÇÃO DA DOR, DO CHORO E DO COMPORTAMENTO DE BEBÊS DURANTE O PROCEDIMENTO DE FRENOTOMIA LINGUAL E A PERCEPÇÃO DAS MÃES"**. 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 encontra-se 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, 07 de novembro de 2017



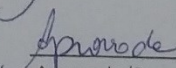
Profa. Dra. Alessandra Maia de Castro Prado
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



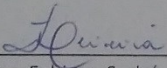
Aprovado/Reprovado



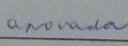
Profa. Dra. Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



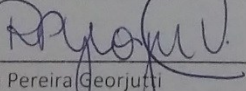
Aprovado/Reprovado



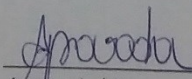
Profa. Dra. Fabiana Sodré de Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



Aprovado/Reprovado



Renata Pereira Georjutti
Aluno(a) de doutorado – PPGO/UFU



Aprovado/Reprovado

Aos meus pais, esposo, irmão e a toda minha família pelo amor e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a Deus, pela sua infinita bondade e misericórdia, por ser meu abrigo e fonte de sabedoria, sem ele nada disso seria possível.

À minha família, meus pais Darjane e Marcelo pelo amor incondicional, pela confiança, compreensão e pela alegria nas minhas conquistas. A vocês que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, dedico todo o meu amor e gratidão. Ao meu irmão Igor, pela força e incentivo.

Gostaria de deixar registrado também, o meu reconhecimento ao meu esposo Uanderson por todos esses cinco anos de companheirismo, paciência, amor e dedicação.

Agradeço também ao meu cunhado Johnatan Carlos por toda ajuda neste trabalho.

Reverencio a professora Dr^a. Alessandra Maia de Castro Prado e a Co-orientadora professora Dr^a. Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira pelos momentos de aprendizado e orientação deste trabalho, pela dedicação, paciência e, por meio delas, me reporto a todo o corpo docente da graduação do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia pela importância na minha vida acadêmica, pelos ensinamentos repassados, pela dedicação em formar profissionais capazes de cuidar do próximo e promover mudanças no ambiente em que estão inseridos.

Agradeço aos pesquisadores e professores da banca examinadora pela atenção e contribuição dedicadas a este estudo.

Agradeço aos funcionários e pacientes do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia que colaboraram com a minha formação e com a pesquisa, à Turma 77 por todos os momentos que passamos juntos durante esses cinco anos. Meu agradecimento também a Gabriella e ao Gustavo pela parceria e amizade.

A todos aqueles que não estão presentes entre estas palavras, mas que contribuíram para que eu chegasse até aqui, vocês fazem parte do meu pensamento e da minha gratidão.

EPÍGRAFE

“Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles.” Augusto Cury

SUMÁRIO

Resumo	07
Abstract	08
Lista de Abreviaturas e Siglas	09
Introdução	10
Materiais e Métodos	12
Resultados	18
Discussão	19
Conclusão	23
Referências	24
Tabelas	29
Apêndices	33
Anexos	34

Avaliação da dor, do choro e do comportamento de bebês durante o procedimento de frenotomia lingual e a percepção das mães

Evaluation of pain, crying and behavior of infants during the procedure of frenotomy and the perception of mothers

Marcela Magna Gomes Araujo Godoy

Fabiana Sodré de Oliveira

Danielly Cunha Araújo Ferreira

Alessandra Maia de Castro Prado

Resumo

A dor   uma experiência subjetiva e o estudo de instrumentos para avaliá-la   de grande valia. Sendo assim, os objetivos deste estudo foram avaliar a dor, o choro, o comportamento de bebês durante a frenotomia lingual e a percepção das mães. Este estudo foi composto por 17 mães e seus beb s e foi realizado no período de junho a outubro de 2017. Os dados foram coletados através do protocolo de avaliação do frênulo da língua com escores para bebês, duas escalas, um aplicativo e um questionário. Dos 17 protocolos avaliados, a frenotomia foi realizada em (29,4%) bebês. Na avaliação da dor, 100% dos lactentes apresentaram dor; os tipos de choro mais frequentes foram: fome (60%) e chate  o (20%); os comportamentos mais observados foram: choro sem movimentos de interrupção (60%) e choro com movimentos de interrupção (40%); quanto à ansiedade, 40% das mães sentiram-se tranquilas, 20% desconfortáveis, 20% ansiosas ou com medo e 20% preocupadas; 80% das mães relataram melhora na amamentação após a frenotomia, sendo diminuição da dor (38%), melhora na sucção (25%), diminuição de estalos (13%) e diminuição do cansaço do beb  (13%); na percepção da dor, 60% das mães indicaram dor moderada e 40% indicaram dor leve. Conclui-se que são necessários estudos prospectivos para uma melhor avaliação dos componentes objetivados.

Palavras-chave: Anquiloglossia, Lactente, Frenotomia, Dor, Choro

Abstract

Pain is a subjective experience and the study of instruments for to evaluate it is of great importance. Therefore, the objectives of this study were to evaluate the pain, crying, behavior of the infants during the lingual frenotomy and the perception of the mothers. This study included 17 mothers and their infants and was performed in the period between June and October of 2017. Data were collected through the evaluation protocol of the language frenulum with scores for infants, two scales, an app, and a questionnaire. Of the 17 protocols evaluated, the frenotomy was performed in (29.4%) infants. Considering pain assessment, 100% of the infants presented pain; the most frequent types of crying were: hungry (60%) and nuisance (20%); the most observed behaviors were: crying without interruption movements (60%) and crying with interruption movements (40%); as for anxiety, 40% of the mothers felt calm, 20% uncomfortable, 20% anxious or fearful and 20% concerned; 80% of the mothers reported improvement in breastfeeding after the frenotomy: decrease of pain (38%), improved suction (25%), decreased snaps (13%) and decreased baby fatigue (13%); in perception of pain, 60% of the mothers indicated moderate pain and 40% indicated mild pain. It is concluded that prospective studies are needed to better evaluate the components that are objectified.

Key Words: Ankyloglossia, Infant, Frenotomy, Pain, Crying

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EVA - Escala Visual Analógica

IASP - *International Association for the Study of Pain*

IOS - *iPhone Operating System*

NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*

OMS - Organização Mundial de Saúde

OSUBRS - *Ohio State University Behavioral Profile Scale*

INTRODUÇÃO

O reconhecimento dos benefícios potenciais da amamentação nos últimos anos renovou o interesse pelo estudo dos problemas causados pela anquiloglossia¹.

A recomendação da Organização Mundial da Saúde é que o aleitamento materno seja exclusivo até o sexto mês de vida, sendo assim, torna-se fundamental a avaliação do frênulo lingual nos primeiros dias de vida do bebê. Esta recomendação baseia-se na evidência de diminuição da taxa de infecção, diabetes, obesidade, no desenvolvimento cognitivo aprimorado em lactentes amamentados, além de outras condições².

A anquiloglossia ou “língua presa” é uma anomalia congênita, caracterizada por um frênulo lingual normalmente curto, fibroso ou delgado, inserido anteriormente, podendo restringir a movimentação da língua e impactar suas funções^{4,5,6}.

A prevalência da anquiloglossia possui certa discrepância, variando entre 3% a 16 %, e possui predileção pelo sexo masculino, numa proporção homem/mulher de 3:1^{7,8}.

Dificuldades durante o aleitamento materno podem ser experimentados tanto pelos lactentes, quanto pelas mães e a incidência dos problemas durante o processo de amamentação varia de 25% a 80%^{6,8-13}. Bebês com anquiloglossia podem apresentar perda de peso, déficit de crescimento pela ingestão insuficiente de leite, tempo prolongado de mamada e desmame precoce¹⁴. Para as mães são observados quadros de mastite, dor no mamilo, sangramento, mamilos rachados ou ulcerados e também o ingurgitamento das mamas^{4-6,9-10}. O vedamento deficiente no seio decorrente da restrição dos movimentos da língua pode ser a causa de tais dificuldades^{12,13}.

Foi sancionada no Brasil em 23 de junho de 2014, a lei nº 13.002 que torna obrigatório a realização do Teste da Linguinha em “recém-nascidos” nascidos nas dependências de todos os hospitais e maternidades do país^{15,16}. O teste é realizado através do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês¹⁷.

O atraso no diagnóstico da anquiloglossia pode levar ao abandono da amamentação¹⁸, sendo assim, o diagnóstico precoce através da avaliação do frênulo lingual pode prevenir os vários problemas decorrentes desta condição e possibilitar um tratamento imediato¹⁵.

De acordo com a *American Association of Pediatric Dentistry*, a frenotomia é o procedimento de escolha para tratamento da anquiloglossia em lactentes¹⁹. É um procedimento cirúrgico simples, seguro e eficaz²⁰.

A dor pode ser classificada como uma experiência sensorial e emocional desagradável²¹. Trata-se de uma experiência subjetiva e complexa, porém apresenta indicadores objetivos de alteração fisiológica e comportamental. É um fenômeno multidimensional influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais²².

Durante muito tempo, profissionais alegavam que os recém-nascidos não possuíam maturidade neurológica para sentir dor, dessa maneira a avaliação da dor nos neonatos foi avaliada de forma inadequada²³.

Evidências científicas revelam a existência de instrumentos validados para avaliação da dor em crianças e o estudo desses instrumentos é de grande valia, devido a subjetividade de mensuração²⁴.

O choro do recém-nascido desenvolve-se com a interação entre a maturação fisiológica e as experiências ambientais e é considerado um ato reflexo que se torna voluntário na fase da linguagem pré-verbal²⁵, sendo considerado o método primário de comunicação do bebê²⁶.

Entretanto, o choro como parâmetro para diagnosticar a dor pode ter certa limitação, devido ao fato de que 50 % dos bebês não choram durante um procedimento doloroso e ainda, o fato de que o choro pode ser desencadeado por outros estímulos não dolorosos, como a fome e o desconforto²⁶.

Sendo assim, a finalidade deste estudo foi avaliar a dor neonatal durante o procedimento da frenotomia lingual, visto que os recém-nascidos possuem capacidade neurológica para

percebê-la²⁷. Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos: avaliar o tipo de choro mais frequente durante a realização do procedimento; verificar o comportamento dos bebês submetidos a frenotomia quanto aos movimentos de interrupção; identificar a percepção da mãe quanto a dor do bebê através da escala visual e os aspectos relacionados a amamentação antes e após o procedimento e ainda; avaliar a emoção das mães quanto à realização da frenotomia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Em observação à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre a pesquisa com seres humanos, o protocolo de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (número CAAE: 64968816.5.0000.5152 e número do Parecer: 2.096.070). Todas as mães dos bebês participantes foram informadas sobre os procedimentos a serem realizados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Este estudo transversal foi realizado na clínica de bebês do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia, no período de junho a outubro de 2017, através da coleta de dados pelo Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua e Escores para Bebês²⁸, aplicado na primeira consulta odontológica de lactentes entre zero e seis meses de idade, saudáveis, nascidos a termo (maior que 37 semanas) e peso acima de 2.500 gramas.

O protocolo é dividido em história clínica e exame clínico. A primeira parte é composta pela história clínica, dados de identificação do paciente, questões específicas sobre os antecedentes familiares e do aleitamento materno e é utilizada para classificar a interferência do frênulo nos movimentos da língua. Para isso, posterior a identificação do paciente, são avaliados os seguintes itens:

- Antecedentes Familiares: são atribuídos os escores zero quando não existem casos na família com alteração de frênulo lingual e 1 quando existem casos na família.

- Amamentação:

“Tempo entre as mamadas”: é atribuído o escore zero quando o intervalo entre as mamadas são de 2h ou mais e 2 para intervalos de 1h ou menos.

“Cansaço para mamar?”: são atribuídos os escores zero quando a resposta à pergunta é igual a “não” e 1 um quando a resposta é igual a “sim”.

“Mama um pouquinho e dorme?”: são atribuídos os escores zero quando a resposta à pergunta é igual a “não” e 1 quando a resposta é igual a “sim”.

“Vai soltando o mamilo?”: são atribuídos os escores zero quando a resposta à pergunta é igual a “não” e 1 quando a resposta é igual a “sim”.

“Morde o mamilo?”: são atribuídos os escores zero quando a resposta à pergunta é igual a “não” e 2 quando a resposta é igual a “sim”.

Quando o total da soma da história clínica for maior ou igual a 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua. Considera-se o melhor resultado zero e o pior 8.

A segunda parte do protocolo é composta pelo exame clínico que é subdividido em duas partes: avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva. Na avaliação anatomofuncional são avaliados os seguintes itens:

1. “Postura dos lábios em repouso”: são atribuídos os escores zero quando a resposta é igual a “lábios fechados”, 1 quando a resposta é igual a “lábios entreabertos” e 1 quando a resposta é igual a “lábios abertos”.
2. “Tendência do posicionamento da língua durante o choro”: são atribuídos os escores zero quando a resposta é igual a “língua na linha média”, zero quando a resposta é igual a “língua elevada”, 2 quando a resposta é igual a “língua na linha média com elevação das laterais” e 2 quando a resposta é igual a “língua baixa”.

3. “Forma da ponta da língua quando elevada durante o choro”: são atribuídos os escores zero quando a resposta é igual a “arredondada”, 2 quando a resposta é igual a “ligeira fenda no ápice” e 3 quando a resposta é igual a “formato de coração”.
4. “Frênulo da língua (quanto à visualização)”: não são atribuídos escores.
 - 4.1. “Espessura do frênulo”: são atribuídos os escores zero quando a resposta é igual a “delgado” e 2 quando a resposta é igual a “espesso”.
 - 4.2. “Fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua”: são atribuídos os escores zero quando a resposta é igual a “no terço médio”, 2 quando a resposta é igual a “entre o terço médio e o ápice” e 3 quando a resposta é igual a “no ápice”.
 - 4.3. “Fixação do frênulo no assoalho da boca”: são atribuídos os escores zero quando a resposta é igual a “visível a partir das carúnculas sublinguais” e 1 quando a resposta é igual a “visível a partir da crista alveolar inferior”.

Quando o total da soma da avaliação anatomofuncional (itens 1, 2 e 3) for maior ou igual a 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua. Considera-se o melhor resultado zero e o pior 6.

Quando o somatório total das respostas da avaliação anatomofuncional (item 4), for maior ou igual a 3, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Quando o somatório total das respostas da avaliação anatomofuncional itens 1,2,3 e 4, for maior ou igual a 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua. Considera-se o melhor resultado zero e o pior 12.

Na segunda parte do exame clínico são avaliados os seguintes itens:

1. Sucção não nutritiva (sucção do dedo mínimo enluvado).
 - 1.1. “Movimento da língua”: são atribuídos os escores zero quando a resposta é igual a “adequada” e 1 quando a resposta é igual a “inadequado”.
2. Sucção nutritiva na amamentação.

- 2.1. “Ritmo de sucção”: são atribuídos os escores zero quando a resposta é igual a “várias sucções seguidas com pausas curtas” e 1 quando a resposta é igual a “poucas sucções com pausas longas”.
- 2.2. “Coordenação entre sucção/deglutição/respiração”: são atribuídos os escores zero quando a resposta é igual a “equilíbrio entre a eficiência alimentar e as funções de sucção, deglutição e respiração, sem sinais de estresse” e 1 quando a resposta é igual a “tosse, engasgos, dispneia, regurgitação, soluço, ruídos na deglutição”.
- 2.3. “Morde o mamilo?”: são atribuídos os escores zero quando a resposta é igual a “não” e 1 quando a resposta é igual a “sim”.
- 2.4. “Estalos de língua durante a sucção”: são atribuídos os escores zero quando a resposta é igual a “não” e 1 quando a resposta é igual a “sim”.

Ao estimar o somatório das respostas acima, baseadas no seu escore, quando o total da soma da avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva for maior ou igual a 2, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua. Considera-se o melhor resultado zero e o pior 6.

Quando o somatório total das respostas do exame clínico, for maior ou igual a 9, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Quando o somatório total das respostas da avaliação da história clínica e exame clínico, for maior ou igual a 13, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua. Considera-se o melhor resultado zero e o pior 25.

Quando há dúvidas na avaliação (normalmente quando o escore total da avaliação anatomofuncional for entre 5 e 6), ou quando não é possível visualizar o frênulo lingual, o bebê é encaminhado para reteste com 30 dias de vida²⁹. O protocolo sempre é aplicado por duas professoras de Odontopediatria, com vasta experiência clínica.

De acordo com os escores obtidos e frente à necessidade de frenotomia, foi realizada a seguinte sequência:

- posicionamento do bebê na cadeira odontológica na presença da mãe;
- preparo dos profissionais, obedecendo às normas de biossegurança para realização de cirurgias, que sempre é executado por dois docentes da área de Odontopediatria;
- aplicação do anestésico tópico na ponta de dois cotonetes e colocação na região do freio lingual;
- aguarda-se um minuto;
- colocação da tentacânula (instrumento que afasta a língua);
- incisão do freio com tesoura pequena;
- frenotomia;
- o bebê é colocado para mamar.

Para avaliação da dor foi utilizada a escala *Neonatal Infant Pain Scale* – NIPS³⁰, composta por um indicador fisiológico e cinco indicadores comportamentais: expressão facial (0 ou 1 pontos), choro (0, 1 ou 2 pontos), movimentação de braços (0 ou 1 pontos), movimentação de pernas (0 ou 1 pontos), estado de sono ou vigília (0 ou 1 pontos) e padrão respiratório (0 ou 1 pontos), quando a pontuação for maior ou igual a quatro, considera-se presença de dor³¹.

O choro foi avaliado por meio de um aplicativo *Cry translator*, disponível para usuários do IOS, que tem como objetivo identificar o choro da criança: fome, sono, dor, chateação e tédio. É identificado por meio do volume e do tom. Segundo os desenvolvedores, o aplicativo é capaz de identificar porque o bebê está chorando em menos de 10 segundos, com garantia de precisão de 96%³². O aplicativo foi instalado em um dispositivo portátil (iPad) e durante o

procedimento, foi colocado próximo ao bebê para que fosse possível a identificação do choro através do aplicativo.

A avaliação do comportamento da criança foi baseada na “*Ohio State University Behavioral Profile Scale – (OSUBRS)*”³³. A escala de OHIO envolve quatro categorias que foram registradas através da observação dos movimentos de cabeça e extremidades, do choro e da resistência física. Os valores de registro e a descrição da escala são os seguintes: A - comportamento quieto; B - choro, mas sem movimentos de interrupção; C - movimentos de interrupção, mas sem choro; D - choro com movimentos de interrupção.

Foi aplicado um questionário previamente à realização da frenotomia para avaliar o grau de ansiedade das mães, dessa forma, as mães foram convidadas a responder à pergunta: “Como você está se sentindo?”, as respostas fechadas incluem: “tranquila”; “um pouco desconfortável”; “ansiosa ou com medo”; “nervosa”; “confiante” e “preocupada”.

Imediatamente após a realização do procedimento de frenotomia lingual, as mães foram avaliadas quanto a sua percepção sobre aspectos relacionados à amamentação e foram convidadas a responder as seguintes perguntas abertas: “Você percebeu alguma diferença na amamentação após a frenotomia?” e ainda, “Você poderia descrever o que mudou?”.

Para avaliar a percepção da dor pelas mães foi utilizada a escala visual analógica (EVA), um instrumento unidimensional para a avaliação da intensidade da dor. Trata-se de uma linha com as extremidades numeradas de 0-10. Em uma extremidade da linha é marcada “leve” e na outra “intensa”. Foi pedido então para que a mãe avaliasse se na sua percepção houve presença de dor naquele momento.

RESULTADOS

Os dados coletados através do protocolo, escalas, aplicativo e questionários com as respostas obtidas, encontram-se resumidos nas tabelas abaixo apresentadas. Estas foram expostas com números absolutos e percentuais de resposta.

Foram avaliados 17 protocolos, sendo 9 (53%) do sexo feminino e 8 (47%) do masculino, com idades variando entre oito dias e seis meses de vida.

Em relação à avaliação dos escores obtidos através da aplicação do protocolo de avaliação do frênulo da língua para bebês, a Tabela 1 apresenta a soma dos escores da história clínica, da avaliação anatomofuncional (postura do lábio, tendência do posicionamento e forma da língua durante o choro e os aspectos relacionados ao frênulo), avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva e os totais obtidos. De acordo com a avaliação dos escores do protocolo, 3 (17,64%) lactentes apresentaram anquiloglossia, porém a frenotomia lingual foi realizada em 5 (29,4%) lactentes, sendo 4 (80%) do sexo feminino e 1 (20%) do sexo masculino.

Na avaliação da dor através da escala NIPS, 5 (100%) lactentes obtiveram pontuação maior ou igual a 4 na escala, correspondendo à presença de dor durante o procedimento. As distribuições da frequência quanto aos indicadores fisiológicos e comportamentais estão apresentadas na Tabela 2.

De acordo com os dados obtidos através da avaliação do choro por meio do aplicativo, os tipos de choro mais frequentes foram: fome e chateação. Três (60%) lactentes apresentaram choro de fome, 1 (20%) lactente choro de chateação e 1 (20%) sem resposta, os demais tipos de choro não foram observados. A tabela 3 expõe os dados relativos à distribuição das frequências e porcentagem da avaliação dos tipos de choro apresentados.

Os dados obtidos através da avaliação do comportamento estão distribuídos por frequência e porcentagem na Tabela 4, sendo o comportamento “Choro, mas sem movimentos de interrupção” apresentado por 3 (60%) lactentes e o comportamento “Choro com movimentos

de interrupção” apresentado por 2 (40%) lactentes, os demais tipos de comportamentos não foram observados.

Concernente aos fatores relacionados à percepção das mães quanto a ansiedade previamente à realização do procedimento, 2 (40%) mães sentiram-se tranquilas, 1 (20%) sentiu-se desconfortável, 1 (20%) sentiu-se ansiosa ou com medo e 1 (20%) sentiu-se preocupada. Com relação aos aspectos de melhora após a realização do procedimento, 4 (80%) relataram melhora e 1 (20%) não houve resposta. Os fatores de melhora mais relatados foram: diminuição da dor ao amamentar (38%), melhora na sucção (25%), diminuição de estalos durante a amamentação (13%) e diminuição do cansaço do bebê (13%). Em relação à percepção da dor, 3 (60%) mães indicaram “Dor moderada – 3 a 7”, 2 mães indicaram “Dor leve – 0 a 2”, não houve resposta para “Dor intensa – 8 a 10”. Os dados são expostos na Tabela 5.

DISCUSSÃO

A recomendação da OMS é que o aleitamento materno seja exclusivo até o sexto mês de vida². A avaliação do frênulo lingual e o diagnóstico precoce da anquiloglossia podem reduzir significativamente os riscos de desidratação neonatal, infecções, o desmame precoce e o desenvolvimento da fala, além de proporcionar às mães um aleitamento sem dor. Pesquisas que envolvam aspectos relacionados à qualidade de vida são de grande importância, em se tratando de recém-nascidos, esta importância torna-se ainda mais evidente. Sendo assim, com base nas evidências científicas, o diagnóstico precoce através da avaliação do frênulo lingual é recomendado por prevenir os vários problemas decorrentes desta condição e possibilitar um tratamento imediato^{2,34}.

Os resultados encontrados através da avaliação do protocolo de avaliação do frênulo da língua com escores para bebês, apontaram uma alta prevalência de anquiloglossia comparado com a literatura^{7,8,11,35}. Isso se deve, provavelmente, ao fato de que a avaliação do frênulo lingual não está sendo realizado em todos os hospitais e maternidades do país, sendo assim,

muitos bebês não estão sendo avaliados, comparecendo à clínica de bebês para avaliação. Em geral, os meninos parecem ser mais afetados do que as meninas^{4,7,8}, porém neste estudo foram encontradas uma incidência maior do sexo feminino do que do sexo masculino.

Os resultados da avaliação do frênulo lingual através do protocolo, evidenciaram que três bebês obtiveram pontuação maior ou igual a 13, sendo necessária a realização da frenotomia, porém o procedimento também foi realizado em outros dois lactentes que obtiveram a pontuação abaixo do que seria recomendado para a realização da frenotomia. Apesar de não terem alcançado a pontuação, questões relacionadas às dificuldades de amamentação relatadas pela mãe, a impossibilidade de avaliar alguns itens do protocolo e ainda, a observação clínica e concordância dos examinadores, justificaram a realização do procedimento nos lactentes que não obtiveram a pontuação recomendada pelo protocolo.

A frenotomia é um procedimento simples e seguro, além de proporcionar benefícios significativos sobre o aleitamento materno, como relatado em vários estudos^{6-9,11,36-38}.

O procedimento é realizado no consultório com anestésico tópico ou até sem anestesia, pois o desconforto associado com a liberação do frênulo, mesmo sem anestesia, é breve e menor. O bebê é posicionado de frente para o cirurgião; os dois dedos do cirurgião são posicionados abaixo da língua, elevando-a para expor o freio. Uma tesoura pequena e esterilizada é usada para dividir o freio, adjacente à língua e dois ou três cortes sequenciais podem ser necessários para realizar a liberação completa do freio, quando este é muito curto; cada corte proporciona algum alívio e permite melhor retração e exposição para cortes subsequentes, caso necessário. O sangramento geralmente é escasso e controlado com compressão. A incisão não é suturada e a criança pode ser amamentada imediatamente após o procedimento. Normalmente, não é utilizada medicação no pós-operatório³⁹.

O uso de anestésico tópico prévio a frenotomia tem sido alvo de discussão. Um estudo⁴⁰, relatou que os bebês que receberam aplicação tópica de benzocaína não se beneficiaram de

analgésia, e ainda, que o tempo de choro foi maior em relação ao grupo que não utilizou anestésico. Foi relatado em outro estudo⁴¹, que ao se comparar dois anestésicos tópicos para a realização de frenotomia lingual em neonatos, nenhum se mostrou efetivo. Neste estudo foi utilizado a lidocaína 50 mg/g como anestésico local tópico por apresentar incidência de reações alérgicas excepcionalmente baixas⁴².

Em relação à avaliação da dor através da escala NIPS, encontrou-se um índice de dor que variou de 5 a 7 pontos. Considerando que dor corresponde à pontuação maior ou igual a 4, todos os lactentes avaliados apresentaram dor de acordo com a avaliação. Esse resultado, correlacionado aos dados da literatura são consistentes pois a dor do neonato é expressa através de indicadores objetivos de alteração fisiológica (alteração de frequência cardíaca, respiratória, saturação de oxigênio e nível de cortisol) e comportamental como atividade facial, choro e atividade motora²², entretanto, alguns desses sinais são considerados subjetivos, pois, como já discutido, a dor é uma experiência sensorial, subjetiva e complexa²⁶. A percepção do sabor do anestésico tópico aplicado antes da realização da frenotomia poderia ser o motivo da reação dos bebês e não a dor associada ao procedimento. Portanto, a avaliação da dor correlacionada as atitudes comportamentais podem requerer uma maior investigação para confirmar a relevância desses traços subjetivos na avaliação do instrumento de identificação da dor e correlacioná-las com influenciadores de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que impactem nesse resultado.

Concernente à avaliação do choro apresentado pelo lactente durante o procedimento, os resultados demonstram que os tipos de choro mais frequentes foram respectivamente, fome (60%), chateação (20%) e não obtivemos resposta em uma avaliação (20%). O choro é considerado um ato reflexo que se desenvolve progressivamente²⁵, e é o método primário de comunicação do bebê por mobilizar o adulto. Assim, o choro como indicador para o diagnóstico da dor pode ter certa limitação. Os dados na literatura mostram que 50% dos bebês não choram

frente a um processo doloroso, relatam ainda que o choro pode ser provocado por outros estímulos não dolorosos, como a fome e o desconforto²⁶. Provavelmente, este seria o motivo do choro observado nos lactentes.

O uso das escalas observacionais que avaliam o comportamento justifica-se, pelo fato de serem práticas e não dependerem da colaboração do paciente⁴³. No entanto, essas medidas são subjetivas e nem sempre se associam a alterações fisiológicas (ou estresse) do paciente⁴⁴. Este estudo mostrou que lactentes podem apresentar comportamento diversificado durante a realização da frenotomia lingual, 60% dos lactentes avaliados apresentaram choro sem movimentos de interrupção e 40% apresentaram choro com movimentos de interrupção, porém, estes comportamentos podem estar associados ao desconforto ou dor percebidos pelo lactente. Não foram encontrados na literatura estudos que avaliam o comportamento de lactentes de 0 a 6 meses através da escala de OHIO.

A ansiedade se refere a um fenômeno caracterizado por sentimentos de nervosismo e preocupação. Sentimentos estes que são subjetivos e, normalmente, originários de uma resposta a alguma ameaça⁴⁵, sendo assim, a ansiedade deve ser compreendida como um sentimento de extrema importância, pois faz parte do sistema de alerta. Neste estudo as mães foram avaliadas quanto à ansiedade previamente a realização de um procedimento cirúrgico em seus bebês, os resultados foram diversificados, a maior parte das mães sentiram-se tranquilas, porém 20% sentiram-se ansiosas ou com medo. O medo do desconhecido pode desencadear sentimentos como a ansiedade. Não foram encontrados na literatura estudos que avaliam a ansiedade das mães previamente a realização de frenotomia lingual.

Analisando os dados referentes à percepção das mães quanto aos aspectos de melhora na amamentação, 80% relataram melhora imediatamente após a realização do procedimento, sendo que, a redução da dor foi o fator de melhora mais relatado. Estes resultados, correlacionados aos dados da literatura^{5-7,9,11,35,36} são consistentes. Foram relatados ainda de

melhora da sucção, diminuição de estalos durante a mamada e diminuição do cansaço do bebê, referido em outro estudo³⁶.

Durante o processo de coleta de dados, utilizando-se a EVA, uma escala unidimensional que avalia a intensidade de dor através da percepção das mães. Constatou-se que 3 (60%) lactentes apresentaram dor moderada e 2 (40%) lactentes apresentaram dor leve. Não foi encontrada na literatura estudos que avaliam a percepção da mãe quanto a dor do lactente. Percebe-se, que a avaliação da dor pelas mães durante o procedimento da frenotomia lingual pode ser influenciada por variáveis afetivo-emocionais.

CONCLUSÃO

Em conjunto, nossos resultados demonstram uma diversidade dos fatores relacionados à mensuração da dor, do choro e do comportamento dos bebês, bem como a percepção das mães, visto que são poucos os estudos relacionados à frenotomia lingual. Assim, entendemos que estudos de acompanhamento prospectivos e de longo prazo são necessários para uma melhor avaliação da dor para confirmar a relevância dos traços subjetivos na avaliação do instrumento de identificação da dor e correlacioná-las com influenciadores de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que impactem nesse resultado, objetivando uma diminuição do processo doloroso. Conclui-se que são necessários mais estudos que avaliem o tipo de choro e o comportamento do bebê relacionados ao procedimento cirúrgico da frenotomia lingual.

Foi possível concluir que o procedimento cirúrgico pode causar ansiedade ou medo nas mães, sendo preciso promover um ambiente tranquilo e acolhedor para que a ansiedade prévia a esse procedimento seja mínima ou ausente. Concluímos ainda, que após a frenotomia houve uma melhora significativa tanto para as mães quanto para os bebês, sendo assim, o teste da

linguinha deve ser incentivado e realizado, possibilitando um diagnóstico precoce, um tratamento adequado e para que ocorra uma redução do desmame precoce e de outras alterações que podem estar associadas à anquiloglossia.

REFERÊNCIAS

- 1 Suter VG, Bornstein MM. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. J Periodontol 2009; 80(8):1204–19.
- 2 Organização Mundial da Saúde. The optimal duration of exclusive breastfeeding– Report of an Expert Consultation. Geneva, Switzerland, March 2001. [Acesso em 09 de outubro de 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO_NHD_01.09.pdf?ua=1
- 3 DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Brasília, DF, 25 jun. 2014. [Acesso em 25 de agosto de 2017]. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/2014/06/>
- 4 Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter? Pediatr Clin of North Am 2003; 50(2):381-97.
- 5 Brookes A, Bowley DM. Tongue tie: the evidence for frenotomy. Early Human Development 2014; 90(11):765-78.
- 6 Rowan-Legg A. Ankyloglossia and breastfeeding. Paediatr Child Health. 2015 May; 20(4):209-18.
- 7 Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. Pediatrics 2011; 128(2):280-8.
- 8 Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 126(1):36-9.

- 9 Emond A, Ingram J, Johnson D, Blair P, Whitelaw A, Copeland M, Sutcliffe A. Randomised controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild-moderate tongue-tie. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2014; 99(3):F189-95.
- 10 Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12(10):12247-63.
- 11 Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002; 110(5):e63.
- 12 Hong P. Five things to know about ankyloglossia (tongue-tie). *Can Med Assoc J* 2013; 185(2):e128.
- 13 Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Can Fam Physician* 2007; 53:1027-33.
- 14 Pransky SM, Lago D, Hong P. Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies: The influence of posterior ankyloglossia and upper-lip ties. *Int J Pediatr Otorhinol* 2015; 79(10):1714-7.
- 15 Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 13.002, de 20 de junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. [Acesso em 09 de outubro de 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13002.html
- 16 Cartilha do Teste da Linguinha: para mamar, falar e viver melhor. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2014. 20 p. [Acesso em 09 de outubro de 2017]. Disponível em: http://www.sbfao.org.br/portal/pdf/testelinguinha_2014_livro.pdf
- 17 Martinelli RL, Marchesan IQ, Rodrigues AC, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. *Rev CEFAC* 2012; 14(1):138-45.

- 18 Donati-Bourne J, Battol Z, Hendrickse C, Bowley D. Tongue-tie assessment and division: a time-critical intervencion to optimize breastfeeding. *J Neonatal Surg* 2015; 4(1):3.
- 19 American Association of Pediatric Dentristy. Guideline on Management Considerations for Pediatric Oral Surgery and Oral Pathology 2015/2016; 37(6)279-88.
- 20 Coryllos E, Genna C, Salloum A. Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. *Breastfeeding: Best for Mother and Baby* 2004;Summer:1-6.
- 21 Definition of pain; Pain Terminology. [Acesso em 09 de outubro de 2017]. Disponível em: www.iasp-pain.org
- 22 Linhares MBM, Doca FNP. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. In: *Temas psicologia*; 2010; Ribeirão Preto. Vol. 18, no 2, p. 307-325.
- 23 Vidal MA, Calderón E, Martinez E, Gonzávez A, Torres LM. Dolor em neonatos. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12(1):98-111.
- 24 Melo GM, Aguiar Lélis A LP, Moura AF, Cardoso MVLML, Silva VM. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. *Rev Paul Pediat* 2014; 32(4):395-402.
- 25 Wermke K, Mende W, Manfredi C, Bruscaglioni, P. Developmental aspects of infant's cry melody and formants. *Med Eng Phys* 2002; 24(7):501-14.
- 26 Guinsburg R. Dor no recém-nascido. Programa de atualização em neonatologia; Ciclo 3 Módulo 3; p. 9-45, 2006.
- 27 Bartocci M, Bergqvist LL, Lagercrantz H, Anand KJS. Pain activates cortical areas in the preterm newborn brain. *Pain* 2006; 122:109-17.
- 28 Martinelli RL, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. *Rev. CEFAC* 2013; 15(3):599-610.
- 29 Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Estudo longitudinal das características anatômicas do frênulo lingual comparado com as afirmações da literatura. *Rev. CEFAC* 2014; 16(4):1202-07.

- 30 Silva YP, Gomez RA, Máximo TA, Silva ACS. Avaliação da Dor em Neonatologia. *Rev Bras Anesthesiol* 2007; 57(5):565-74.
- 31 Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Netw* 1993; 12(6):59-66.
- 32 Cry Translator. [Acesso em 10 de outubro de 2017]. Disponível em: <https://itunes.apple.com/br/app/cry-translator/id332636983?mt=8>
- 33 Lochary ME, Wilson S, Griffen AL, Coury DL. Temperament as a predictor of behavior for conscious sedation in dentistry. *Pediatr Dent* 1993; 15(5):348-52.
- 34 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. Instituto de Saúde, São Paulo, 2015.
- 35 Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue tie in infants with feeding problems. *J Paediat Child Health* 2005; 41:246–50.
- 36 Martinelli RL, Marchesan IQ, Gusmão RJ, Honório HM, Berretin-Felix G. The effects of frenotomy on breastfeeding. *J Appl Oral Sci* 2015; 23(2):153-7.
- 37 Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev* 2015; 23(1):11-6.
- 38 Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child* 2015; 100(5):489-94.
- 39 Lalakea ML, Messner AH. Frenotomy and frenuloplasty: if, when and how. *Operatory Tech Otolaryngol Head Neck Surgery* 2002; 13(1):93–97.
- 40 Ovental A, Marom R, Botzer E, Batscha N, Dollberg S. Using topical benzocaine before lingual frenotomy did not reduce crying and should be discouraged. *Act Paed* 2014; 103(7):780-82.

- 41 Shavit I, Rosen-Walther A, Grunau RE, Neuman G, Nachmani O, Koren G, Aizenbud D. A randomized trial to evaluate the effect of two topical anesthetics on pain response during frenotomy in young infants. *Pain Med* 2016; 0:1-7.
- 42 Malamed SF. Additional Armamentarium. In: *Handbook of Local Anesthesia*. 5th ed. St Louis, Mo: Mosby; 2004:120.
- 43 Torriani DD, Teixeira AM, Pinheiro R, et al. Adaptação transcultural de instrumentos para mensurar ansiedade e comportamento em clínica odontológica infantil. *Arq Odontol* 2008; 44(4):17-23.
- 44 Gomes HS, Corrêa-Faria P, Silva TA. Oral midazolam reduces stress during local anaesthesia in children: a randomised and controlled clinical trial. *Braz Oral Res* 2015; 29(1):1-9.
- 45 Petry PC, Toassi RFC, Scotá AC, Fochesatto S. Ansiedade do paciente idoso frente ao tratamento odontológico. *Rev Gauc Odont* 2006; 54(2):191-4.

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da frequência e porcentagem dos escores da história clínica, do exame clínico (avaliação anatomofuncional e da sucção não nutritiva e nutritiva) e total geral. Uberlândia, 2017.

Escore da Avaliação do Frênulo da Língua para Bebês		
História clínica	N	%
0 a 3	11	64,71%
Maior ou igual a 4	5	29,41%
Sem resposta	1	5,88%
N	17	100%
Parte I - Avaliação Anatomofuncional - Postura dos lábios em repouso, posicionamento e forma da língua durante o choro e aspectos do frênulo	N	%
0 a 6	11	64,71%
Maior ou igual a 7	5	29,41%
Sem resposta	1	5,88%
N	17	100%
Parte II - Avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva	N	%
0 a 1	10	58,82%
Maior ou igual a 2	6	35,29%
Sem resposta	1	5,88%
N	17	100%
Total geral da história clínica e do exame clínico	N	%
0 a 12	14	82,35%
Maior ou igual a 13	3	17,65%
N	17	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 2 – Distribuição da frequência e porcentagem da avaliação da dor através da escala Neonatal Infant Pain Scale – NIPS e distribuição da frequência sobre a avaliação da dor quanto aos indicadores fisiológicos e comportamentais. Uberlândia, 2017.

Avaliação da Dor						N	%
0 a 3 pontos						0	0%
Maior ou igual a 4 pontos						5	100%
Pacientes							
Expressão Facial		P1	P2	P3	P4	P5	
Relaxada (0 pontos)		-	-	-	-	-	
Contraída (1 ponto)		1	1	1	1	1	
Choro		P1	P2	P3	P4	P5	
Ausente (0 pontos)		-	-	-	-	-	
"Resmungos" (1 ponto)		1	-	-	-	1	
Vigoroso (2 pontos)		-	2	2	2	-	
Respiração		P1	P2	P3	P4	P5	
Relaxada (0 pontos)		-	-	0	-	0	
Diferente do basal (1 ponto)		1	1	-	1	-	
Braços		P1	P2	P3	P4	P5	
Relaxados (0 pontos)		-	0	-	-	-	
Flexão ou Extensão (1 ponto)		1	-	1	1	1	
Pernas		P1	P2	P3	P4	P5	
Relaxadas - 0 pontos		-	0	-	-	-	
Flexão ou Extensão - 1 ponto		1	-	1	1	1	
Estado de Alerta		P1	P2	P3	P4	P5	
Dormindo ou Calmo (0 pontos)		-	-	-	-	-	
Desconfortável (1 ponto)		1	1	1	1	1	
N		6	5	6	7	5	

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 3 – Distribuição da frequência e porcentagem quanto ao tipo de choro mais frequente. Uberlândia, 2017.

Indicadores	Pacientes					N	%
	P1	P2	P3	P4	P5		
Fome	-	1	1	1	-	3	60%
Sono	-	-	-	-	-	0	0%
Desconforto	-	-	-	-	-	0	0%
Estresse	-	-	-	-	-	0	0%
Chateação	1	-	-	-	-	1	20%
Sem resposta	-	-	-	-	1	1	20%
N						5	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 4 – Distribuição da frequência e porcentagem quanto ao comportamento apresentado pelo lactente. Uberlândia, 2017.

Indicadores	Pacientes					N	%
	P1	P2	P3	P4	P5		
A – Comportamento quieto	-	-	-	-	-	0	0%
B – Choro, mas sem movimentos de interrupção	1	1	-	-	1	3	60%
C – Movimentos de interrupção, mas sem choro	-	-	-	-	-	0	0%
D – Choro com movimentos de interrupção	-	-	1	1	-	2	40%
N						5	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 5 – Frequência e porcentagem das respostas apresentadas pelas mães quanto às questões: "Como você está se sentindo?", "Você percebeu alguma diferença na amamentação após a frenotomia?", "Você poderia descrever o que mudou?" e ainda a percepção quanto a dor do lactente. Uberlândia, 2017.

Indicadores	Pacientes					N	%
	P1	P2	P3	P4	P5		
Sinto – me tranquila	-	-	1	-	1	2	40%
Sinto – me um pouco desconfortável	-	1	-	-	-	1	20%
Sinto – me ansiosa ou com medo	1	-	-	-	-	1	20%
Sinto – me nervosa	-	-	-	-	-	0	0%
Sinto – me confiante	-	-	-	-	-	0	0%
Sinto – me preocupada	-	-	-	1	-	1	20%
N						5	100%

Fatores de mudança	Pacientes					N	%
	P1	P2	P3	P4	P5		
Melhora	-	1	1	1	1	4	80%
Piora	-	-	-	-	-	0	0%
Sem resposta	1	-	-	-	-	1	20%
N						5	100%

Fatores de comportamento e sintomas	Pacientes					N	%
	P1	P2	P3	P4	P5		
Melhora na sucção	-	-	1	1	-	2	25%
Diminuição da dor ao amamentar	-	1	1	-	1	3	38%
Diminuição de estalos durante amamentação	-	-	-	-	1	1	13%
Diminuição do cansaço do bebê ao amamentar	-	1	-	-	-	1	13%
Sem resposta	1	-	-	-	-	1	13%
N						8	100%

Pacientes						N	%
Indicadores de dor	P1	P2	P3	P4	P5		
Leve - 0 A 2	1	1	-	-	-	2	40%
Moderada - 3 A 7	-	-	1	1	1	3	60%
Intensa- 8 A 10	-	-	-	-	-	0	0%
N						5	100%

Fonte: Dados da pesquisa

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário para avaliação da percepção das mães

Identificação da Criança:	Data do Exame:
----------------------------------	-----------------------

Antes da realização da frenotomia:

Como você está se sentindo? Assinale as alternativas que correspondem ao que você sente quanto à realização da frenotomia em seu bebê.

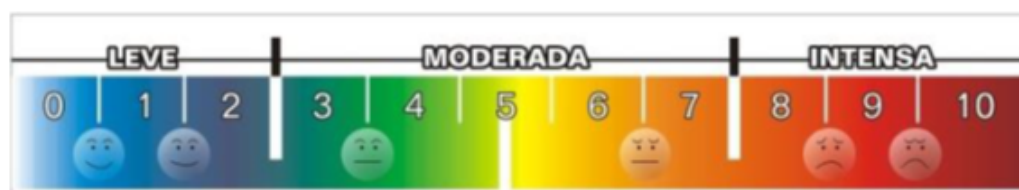
Sinto-me tranquila	
Sinto-me um pouco desconfortável	
Sinto-me ansiosa ou com medo	
Sinto-me nervosa	
Sinto-me confiante	
Sinto-me preocupada	

Aspectos sobre a amamentação logo após a frenotomia:

Você percebeu alguma diferença na amamentação após a frenotomia?

Você poderia descrever o que mudou?

Escala de Percepção da Dor pela Mãe:



Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho

ANEXOS

Anexo 1 – Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua com Escores para Bebês

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

Martinelli, 2013

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

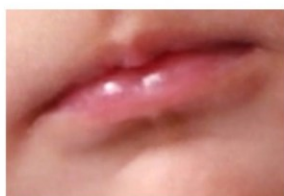
Quando a soma dos itens da história clínica for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS
Martinelli, 2013

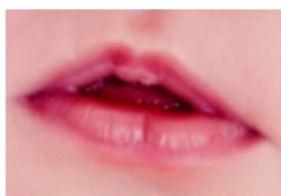
EXAME CLÍNICO (sugere-se filmagem para posterior análise)

PARTE I – AVALIAÇÃO ANATOMOFUNCIONAL

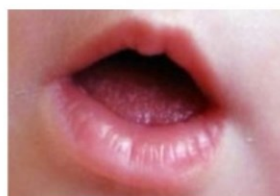
1. Postura de lábios em repouso



() lábios fechados (0)



() lábios entreabertos (1)



() lábios abertos (1)

2. Tendência do posicionamento da língua durante o choro



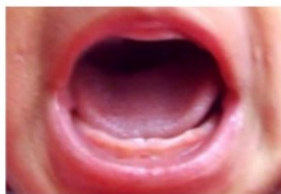
() língua na linha média (0)



() 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 (ítems 1, 2 e 3): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6

Quando a soma dos ítems 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

Martinelli, 2013

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)

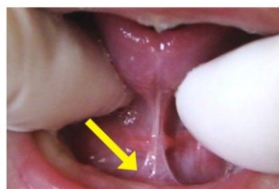


() no ápice (3)

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

Martinelli, 2013

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.

Fonte: Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: Relação entre aspectos anatômicos e funcionais. Rev. Cefac 2013; 15(3):559-610.

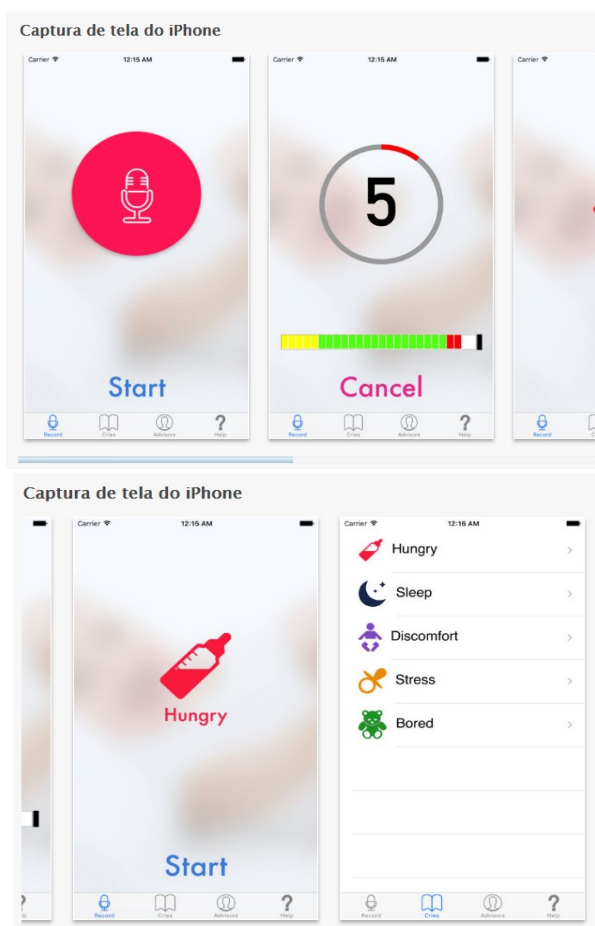
Anexo 2 - NIPS - Neonatal Infant Pain Scale

NIPS	0 pontos	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	“resmungos”	vigoroso
Respiração	Relaxada	diferente do basal	-
Braços	Relaxados	fletidos/estendidos	-
Pernas	Relaxadas	fletidas/estendidas	-
Estado de consciência	Dormindo/calmo	Desconfortável	-

Nessa tabela, a pontuação varia de zero a sete, definindo-se dor para valores ≥ 4 pontos.

Fonte: Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Netw 1993; 12(6):59-66.

Anexo 3 – Cry Translator App



Fonte: Disponível em: <https://itunes.apple.com/br/app/cry-translator/id332636983?mt=8>. Acesso em: 10 Out 2017.