



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



**ISADORA LUCAS BARNABÉ DE MIRANDA**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: AVALIAÇÃO  
MULTIPROFISSIONAL DO FREIO LINGUAL E DA  
MAMADA DA DÍADE MÃE-BEBÊ**

**UBERLÂNDIA**

**2019**

ISADORA LUCAS BARNABÉ DE MIRANDA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: AVALIAÇÃO  
MULTIPROFISSIONAL DO FREIO LINGUAL E DA  
MAMADA DA DÍADE MÃE-BEBÊ**

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<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Danielly Cunha  
Araújo Ferreira de Oliveira

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alessandra Maia  
de Castro Prado

UBERLÂNDIA

2019

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço primeiramente à Deus, por ter me dado forças para concluir o curso apesar das dificuldades diárias e me mostrado que tinha preparado sempre o melhor para mim.*

*Agradeço à minha mãe Giovana, e ao meu pai Frederico, por todo amor, pelo apoio emocional e financeiro, toda a dedicação e empenho, garantindo que nada me faltasse e que eu realizasse sempre todos os meus sonhos, e ao restante da minha família por todo o carinho. Vocês são meus exemplos.*

*Agradeço ao meu namorado Felipe, por toda paciência, carinho, dedicação e auxílio nesse trabalho, e durante os 5 anos de faculdade que passamos juntos.*

*Agradeço aos meus cachorros, Sushi, Kyara, Loki, Cristal, Teddy e Caramelo, por todo o carinho, amor incondicional e alegria que me ajudaram a passar por todos os momentos difíceis.*

*Agradeço à minha melhor amiga, Mariana Barreiro, que mesmo de longe, se fez presente durante os nossos 7 anos de amizade, me amparando e me dando todo o carinho possível sempre.*

*Agradeço aos meus amigos e colegas da faculdade, em especial à Ana Flávia Alves, Thalles Eduardo Ribeiro, Lorena Mendes, Jéssica Damasceno, Rafael Caixeta, e Letícia Bruno, que sempre me ajudaram e me inspiraram a seguir em frente dia por dia, apesar dos pesares. Vocês são maravilhosos.*

*Agradeço aos professores da faculdade de odontologia, em especial a minha orientadora Danielly, a professora Alessandra, e a professora Laíza, por todos os ensinamentos acadêmicos, mas também por todo o carinho, dedicação, inspiração, aconselhamento, que foram muito além das portas da faculdade, para a vida, vocês são minhas inspirações.*

*E por fim, agradeço a mim mesma, por ter chegado até aqui, pelas tantas vezes que me superei, e por ter suportado tudo que foi preciso para me tornar a pessoa que sou hoje.*

## SUMÁRIO

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| AGRADECIMENTOS.....                                                             | 3  |
| RESUMO .....                                                                    | 5  |
| 1. INTRODUÇÃO .....                                                             | 6  |
| 2. MATERIAL E MÉTODOS.....                                                      | 8  |
| 3. RESULTADOS E ANÁLISE .....                                                   | 14 |
| 4. DISCUSSÃO .....                                                              | 22 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                   | 26 |
| REFERÊNCIAS .....                                                               | 27 |
| ANEXOS.....                                                                     | 31 |
| ANEXO A- Termo de Consentimento. ....                                           | 31 |
| ANEXO B- Termo de divulgação científica. ....                                   | 32 |
| ANEXO C- Dados socioeconômicos, histórico familiar, médico e odontológico. .... | 33 |
| ANEXO D- Avaliação Clínica do Seio Materno.....                                 | 35 |
| ANEXO E- Avaliação da Mamada .....                                              | 37 |
| ANEXO F- Protocolo Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT).....                   | 38 |
| ANEXO G- Ferramenta de avaliação de hazelbaker para função do frênulo lingual   | 39 |
| ANEXO H- Protocolo de avaliação do frênulo da língua com escores para bebês...  | 40 |

## **RESUMO**

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 4% a 10%, esta discrepância se justifica pela falta de padronização ou critérios clínicos aceitos para a realização do diagnóstico precoce desta condição. O trabalho tem como objetivo descrever o atendimento realizado no Projeto de Extensão de Avaliação Multiprofissional do Freio Lingual e da Mamada, realizado pela Área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia em parceria com o Banco de Leite Humano do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. As áreas de atuação no projeto visam à saúde do bebê dentre eles estão a nutrição, odontologia, pediatria e fonoaudiologia. Após a anamnese, a mãe é submetida ao exame clínico do seio materno e avaliação da mamada, posteriormente, avalia-se o freio lingual do bebê, por meio de protocolos específicos para esta finalidade, já estabelecido na literatura. A avaliação multiprofissional realizada no projeto proporciona um diagnóstico criterioso, por meio de discussões dos casos clínicos, além disso, também possibilita o diagnóstico precoce da anquiloglossia por considerar a saúde materno-infantil e por fim os achados encontrados visam à prevenção de realização do procedimento de frenotomia de forma desnecessária. O trabalho reuniu os dados levantados através dos registros dos prontuários dos bebês atendidos no projeto do ano de 2017 ao ano atual de 2019.

**Palavras chave: Lactente; Anquiloglossia; Freio Lingual.**

## 1. INTRODUÇÃO

A anquiloglossia consiste em uma variação da normalidade, que acontece e pode ser notada desde o nascimento da criança. Pode ocorrer de maneira parcial ou total, tendo influência na mobilidade da língua, dificultando de forma direta nas funções de fala, mastigação, deglutição durante toda a vida da criança, e principalmente, nos movimentos de sucção, essenciais nessa etapa de vida dos bebês, correspondente ao período de amamentação. Tal condição ocorre devido a não apoptose completa do freio lingual durante o desenvolvimento na fase de embrião (MARTINELLI et al., 2012), e alguns autores ainda associam o achado clínico com algumas síndromes (JANGID et al., 2015).

Outros parâmetros também podem ser utilizados para caracterização da anquiloglossia, além de somente pelo tamanho do freio lingual. É importante também a localização de sua inserção, que pode ser na ponta da língua, anterior a mesma, e sobre, ou posteriormente ao rebordo alveolar dos incisivos centrais inferiores (KOTLOW, 1999; MARCHESAN, 2004), além da avaliação de elasticidade do mesmo (BALLARD; CHANTRY; HOWARD, 2005).

A taxa de prevalência, segundo alguns autores, demonstra grande variação da anquiloglossia em bebês que acabaram de nascer, podendo ser de 4% a 10% (ROWAN-LEGG, 2015; ATA et al., 2019), além de evidenciar que existe uma predileção pelo sexo masculino, na proporção de 3 meninos para 1 menina portadores da condição (BURYK; BLOOM; SHOPE, 2011; ATA et al., 2019).

Nos lactentes, a anquiloglossia pode trazer algumas consequências, tais como, pega ineficaz, ou seja, o bebê não consegue permanecer no seio durante toda a amamentação, provocando destacamentos constantes do mamilo; causando a transferência inadequada de leite; dor e traumatismos mamilares, entre outros desconfortos, podendo resultar no desmame precoce. Por isso, é importante que seja feito o diagnóstico da condição o quanto antes, e que, se constatada a alteração, seja feito o procedimento de frenotomia até os seis meses de idade beneficiando a díade mãe-bebê (BALLARD; AUER; KHOURY, 2002).

A partir de uma boa anamnese, bem como a presença de uma equipe multiprofissional composta por odontólogos, nutricionistas, pediatras, fonoaudiólogos, entre outros, oferece condição para maior precisão nas informações coletadas e agrega conhecimento a toda equipe, oferecendo maior segurança também à mãe da criança com

relação a necessidade, ou não, da realização do procedimento de frenotomia e seus impactos na qualidade de vida de ambos.

Sendo assim, o objetivo do trabalho foi relatar a experiência adquirida pela equipe no Projeto de Extensão intitulado “Ambulatório de Avaliação Multiprofissional do Freio Lingual e da Mamada”, através do levantamento de dados coletados dos prontuários dos bebês atendidos no projeto de 2017 a 2019, aprovado pelo SIEX segundo o número de registro 18848, e pelo comitê de ética pelo 2º ano consecutivo pelo registro 83487817.4.0000.5152.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

### 2.1. Projeto de Extensão

#### *Local do atendimento*

O ambulatório de avaliação do freio lingual, tem sido desenvolvido durante as sextas-feiras no período da manhã, na Clínica do Bloco 4T do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (HO-UFU).

#### *A equipe*

A equipe consiste em docentes, técnicos administrativos, alunos de graduação e pós-graduação, os quais atuam nas áreas de Odontologia, Nutrição, Pediatria e Fonoaudiologia (Figura 1). Os profissionais e alunos que atuam no projeto estão vinculados à Faculdade de Odontologia, Faculdade de Medicina, Banco de Leite Humano e Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU).

#### *Público-alvo*

Os bebês atendidos no projeto foram encaminhados pelo HC-UFU; HO-UFU; Banco de Leite Humano, Unidades Básicas de Saúde, Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia Odelmo Leão Carneiro e Hospitais Privados.



**Figura 1.** Equipe multiprofissional realizando a consulta inicial.

## **2.2. Fichas de avaliação**

Após encaminhamento seja esse pelo HC-UFU; HO-UFU; Banco de Leite Humano, Unidades Básicas de Saúde, Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia Odelmo Leão Carneiro e Hospitais Privados, eram feita a abertura do prontuário odontológico dos bebês, e os mesmo eram levados juntamente com os pais para a realização da pesagem, na sala de pesagem do HC-UFU. Em seguida a mãe assinava o Termo de Consentimento (Anexo A) e o termo de autorização para divulgação de pesquisa científica (Anexo B), e era realizada consulta inicial, na qual era realizada a anamnese do bebê e eram coletados os dados socioeconômicos da família, tais como: história familiar; história médica com dados pré, trans e pós-natal da mãe e bebê; história odontológica, com dados sobre a dieta oferecida ao bebê, ao final da anamnese (Anexo C).

Posteriormente, iniciava-se a etapa de avaliação clínica do seio bem como da mamada. Nesse momento foram colhidas informações sobre as principais queixas da mãe e dificuldades durante a amamentação, por meio do relato e da observação direta. As informações foram anotadas em formulário próprio de avaliação do seio materno (Anexo D) e formulário de avaliação da mamada (Anexo E).

No formulário de avaliação de seio materno os aspectos avaliados são: ingurgitamento mamário, que consiste no acúmulo de leite, aumento de volume e da vascularização local proveniente da congestão e obstrução do sistema linfático e suas vias de drenagem; traumatismos mamilares, que engloba as fissuras, escoriações, erosão, vesículas, e dilacerações; candidíase ou monilíase mamária, infecção causada pelo fungo *Candida albicans*, que se manifesta por prurido, ardência, aspecto vermelho, brilhante e sensação de fisgadas dos mamilos, que continuam após a mamada; fenômeno de Reynaud, que consiste em uma isquemia intermitente, causada por vaso espasmo advindo da compressão fora da normalidade do mamilo pela boca do bebê durante a mamada; obstrução dos ductos lactíferos, quando o leite não é drenado de forma igual para todas as áreas da mama, causando uma congestão dos seios; mastite, onde ocorre um processo inflamatório devido à uma obstrução por uma ou mais partes da mama, que pode progredir ainda para uma infecção; e por fim se há ou não baixa produção de leite, que advém de fatores hormonais ou ambientais, causando uma baixa produção ou secreção de leite. E essas dificuldades são fatores determinantes para que ocorra o desmame precoce, que levam à problemas psicológicos na mãe, bebê e alteração do vínculo entre a díade (GIUGLIANI; 2004).

No formulário de avaliação da mamada, a equipe avalia os possíveis erros e faz as devidas correções e orientações para favorecimento da mamada e melhora do quadro de dor da mãe.

### **2.3. Avaliação do Freio Lingual**

A avaliação do freio lingual para diagnóstico de anquiloglossia consiste na aplicação dos protocolos atualmente disponíveis da literatura, para verificar se há ou não o diagnóstico de anquiloglossia e se há indicação do procedimento de frenotomia lingual.

#### *- Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (HATLFF)*

Itens relacionados à aparência do freio lingual: aparência da língua quando elevada; elasticidade do freio lingual; comprimento do freio lingual quando a língua foi elevada; inserção do freio lingual à língua; inserção do freio lingual à crista alveolar inferior. Itens relacionados à sua função: lateralização da língua; elevação da língua; extensão da língua; projeção da língua para anterior; envolvimento do dedo pela língua durante a sucção digital; peristaltismo; estalido durante a mamada ou sucção digital. Neste protocolo quanto menor o valor do escore obtido pior será o resultado para o lactente, ou seja, maior a chance da indicação de frenotomia lingual. Um valor de escore até 12 pode-se considerar a interferência do freio lingual e a necessidade da frenotomia. O valor máximo de escore para esse protocolo é 24 (Anexo F).

#### *- Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT)*

Itens avaliados: aparência da ponta da língua; fixação do freio lingual à crista alveolar inferior; elevação da língua durante o choro com a boca aberta; protrusão da língua. Neste protocolo quanto menor o valor do escore obtido pior será o resultado para o bebê, ou seja, maior a chance da indicação de frenotomia lingual. Um valor de escore até 4 pode-se considerar a interferência do freio lingual e a necessidade da frenotomia. O valor máximo de escore para esse protocolo é 8 (Anexo G).

#### *- Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua com Escores para Bebês (AFLEB)*

O protocolo é dividido em três partes: história clínica (aspectos hereditários e perguntas à mãe sobre a amamentação); avaliação anatomofuncional (postura de lábios em repouso, tendência de posicionamento da língua durante o choro, forma da ponta da

língua quando elevada durante o choro, freio lingual, espessura do freio lingual, fixação do freio na face sublingual (ventral) da língua, fixação do freio lingual no assoalho da boca) e avaliação da sucção não nutritiva (sucção do dedo mínimo enluvado para verificar o movimento da língua) e sucção nutritiva na amamentação (ritmo de sucção, coordenação entre sucção/deglutição/respiração, “morde” o mamilo, estalos de língua durante a sucção). Neste protocolo quanto menor o valor do escore obtido menor a chance da indicação de frenotomia lingual. Um valor de escore a partir de 13 pode-se considerar a interferência do freio lingual e a necessidade da frenotomia. O valor máximo do escore para esse protocolo é 25 (Anexo H).

Este exame é realizado com o bebê no colo da mãe e/ou responsável e o freio lingual avaliado quanto a sua presença e a possível interferência na amamentação usando-se os 3 protocolos citados. Os bebês que necessitaram da realização da frenotomia receberam o procedimento pela equipe.

## **2.4. Condutas adotadas**

As condutas adotadas no projeto podem ser divididas em três situações, orientações à mãe, encaminhamento para outro profissional de saúde ou realização do procedimento cirúrgico.

### *Orientações às mães*

As orientações à mãe eram realizadas quando observada alguma dificuldade na pega e posicionamento do bebê durante a amamentação (Figura 2). Isso era possível ser observado após a aplicação do formulário de avaliação da mamada. Nesse momento eram passadas algumas instruções, tais como, o tronco e cabeça devem estar alinhados e virados de frente para a mãe, o bebê deveria abocanhar a maior parte aréola e não apenas o bico do seio, o nariz deveria estar livre para a plena respiração do bebê, o queixo deveria estar tocando a mama, a sustentação da mama com a mão da mãe durante o aleitamento deve ser em formato de “C”, evitando o apoio em formato de “tesoura”, pois poderia induzir a obstrução de ductos lactíferos (MATUHARA; NAGANUMA, 2006). Além disso, as mães eram instruídas a não fazer uso de conchas, absorventes, protetor de mamilo, não incentivar o uso de bicos artificiais (chupetas e mamadeiras) para evitar a “confusão de bicos” pelos bebês.



**Figura 2.** Equipe multiprofissional realizando orientações à uma lactante com dificuldades na amamentação.

### *Encaminhamentos a outros profissionais*

Com relação aos encaminhamentos a outro profissional de saúde, sejam eles fonoaudiólogos ou pediatras do banco de leite humano do hospital de clínicas, ocorreram quando o bebê permanecia com dificuldades na pega e posicionamento ou apresentava falta de coordenação lingual, porém nesses casos já havia sido descartada a necessidade de realização de frenotomia lingual. Quando houve divergência dos protocolos utilizados para diagnóstico de anquiloglossia, os bebês também foram encaminhados para o fonoaudiólogo. Em várias dessas situações os bebês seguiram acompanhados sem indicação de frenotomia, mas com observação do desenvolvimento do quadro clínico.

### *Procedimento de frenotomia*

Por fim, houveram também situações onde a necessidade de realização da frenotomia era evidente e assim o procedimento cirúrgico era realizado (Figura 3). A técnica cirúrgica iniciava-se pela antissepsia do operador, montagem do campo cirúrgico asséptico, anestesia tópica com lidocaína 5% durante 1 minuto, na região do freio lingual, posteriormente um corte horizontal com tesoura para liberação do freio era realizado e a hemostasia era realizada com gaze por alguns segundos, e então, por fim o bebê era colocado diretamente para ser amamentado (LALAKEA; MESSNER, 2003). Os controles pós-operatórios eram realizados após sete dias, sendo avaliado o reparo tecidual, melhora no quadro de queixa da mãe, melhora da pega, sucção e deglutição, além de ser

realizada novamente a pesagem do bebê e registrado se houve alteração significativa do mesmo.

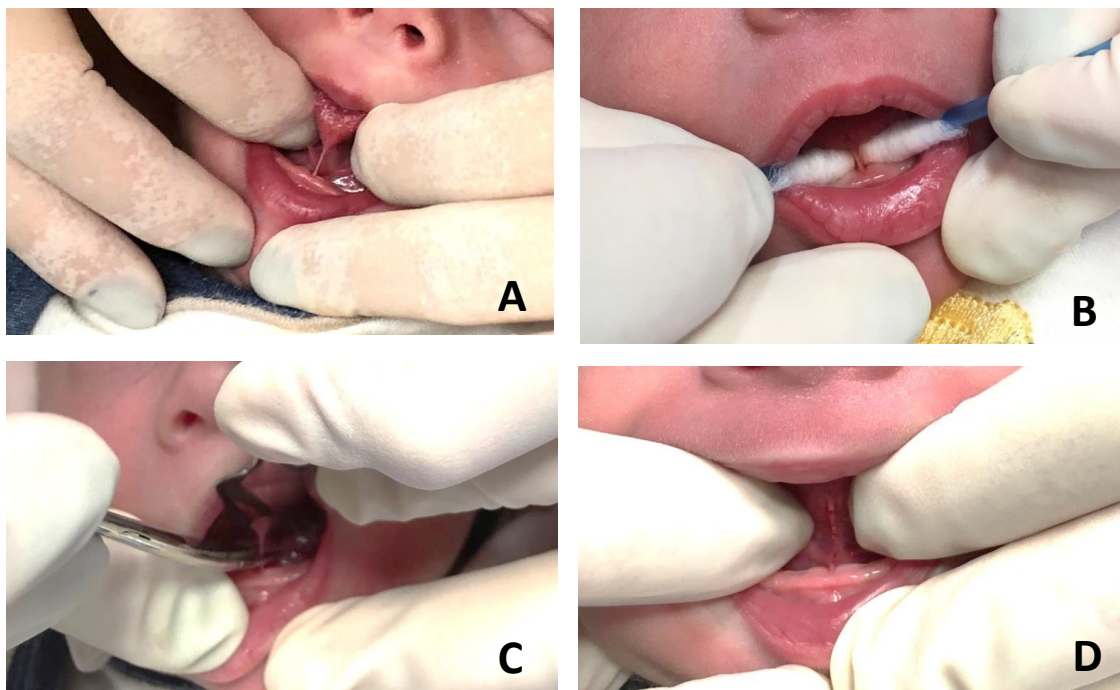


**Figura 3.** A- Representa a avaliação clínica do freio lingual. B- Anestesia tópica com lidocaína 5%. C- Elevação da língua e corte com tesoura. D- Remoção do freio lingual e avaliação pós-operatória imediata.

## 2.5. Levantamento de dados

O levantamento foi feito através da coleta dos dados presentes nos prontuários dos pacientes atendidos e preenchimento de tabela elaborada no Excel, onde as informações foram coletadas de acordo com os parâmetros considerados mais importantes para avaliação do projeto. As informações priorizadas foram: data de nascimento do bebê; data do primeiro atendimento; idade no dia de atendimento; dificuldades/ queixas relatadas pela mãe, que poderiam ser mais de uma; se o bebê veio encaminhado e a origem do encaminhamento; as condutas adotadas; se os protocolos propostos para avaliação do freio lingual estavam ausentes ou presentes durante a primeira consulta do bebê; e por fim, o tipo de aleitamento oferecido ao bebê pela mãe durante as três primeiras consultas. Foi realizada então a análise de todos esses dados e gerados os gráficos de forma a facilitarem a visualização das diferenças e as frequências para cada parâmetro.

### 3. RESULTADOS E ANÁLISE

#### 3.1. Caracterização da amostra

Os bebês atendidos durante o projeto, do segundo semestre do ano de 2017 até o segundo semestre do ano de 2019, totalizaram 51, sendo 23 meninas (45%) e 28 meninos (55%), com média de idade de 1 mês e 24 dias (Figura 4).

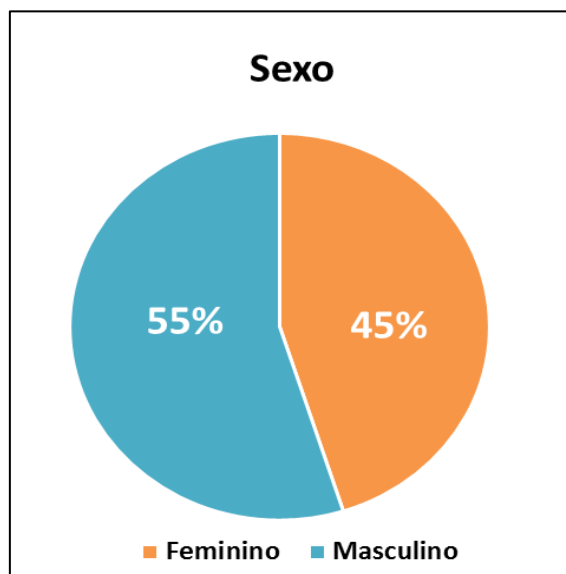


**Figura 4:** Representação em porcentagem do número de pacientes atendidos segundo o sexo.

Esses pacientes vieram encaminhados de outros setores da saúde ou procuraram diretamente o projeto de extensão. Os resultados obtidos pelos registros nos prontuários dos pacientes atendidos demonstraram que a maioria (61%) foi encaminhada por algum serviço ou profissional de saúde, público ou privado, e a minoria (39%) não apresentava tal informação no prontuário. A maior parte dos pacientes veio encaminhada dos profissionais de saúde do HC-UFU e Banco de Leite Humano da Universidade Federal de Uberlândia; seguidos dos encaminhados pelos profissionais de saúde do setor privado e do HO-UFU; outra origem de encaminhamento foi o Hospital e Maternidade Municipal Odelmo Leão Carneiro; e, por fim de postos de saúde. Dessa forma, foi possível perceber que a maioria dos pacientes atendidos veio dos serviços e profissionais da rede de saúde pública, oferecidos pela cidade de Uberlândia- Minas Gerais (MG) (Figura 5).

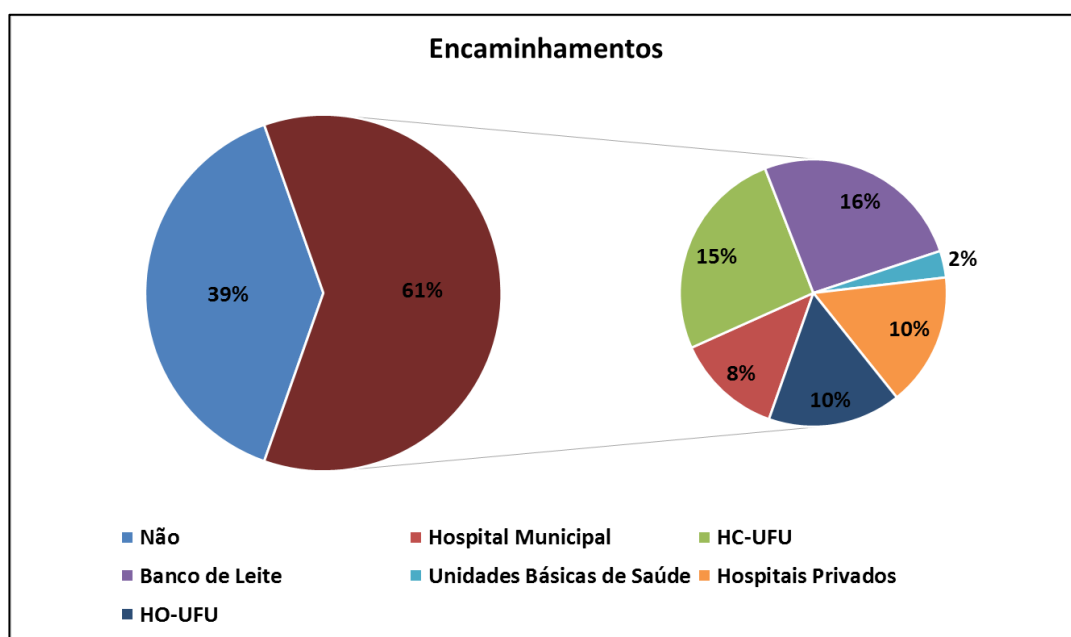


**Figura 5:** A imagem apresenta os pacientes atendidos que foram ou não encaminhados para o projeto de extensão e a origem do encaminhamento.

### 3.2. Principais queixas

As principais dificuldades relatadas ou observadas durante a consulta pelas lactantes foram com relação aos traumatismos mamilares; escoriações; fissuras; seguidos de baixa produção de leite, em um ou ambos os seios; mastite; obstrução dos ductos lactíferos; candidíase; e, por fim, ingurgitamento mamário (Figura 6).

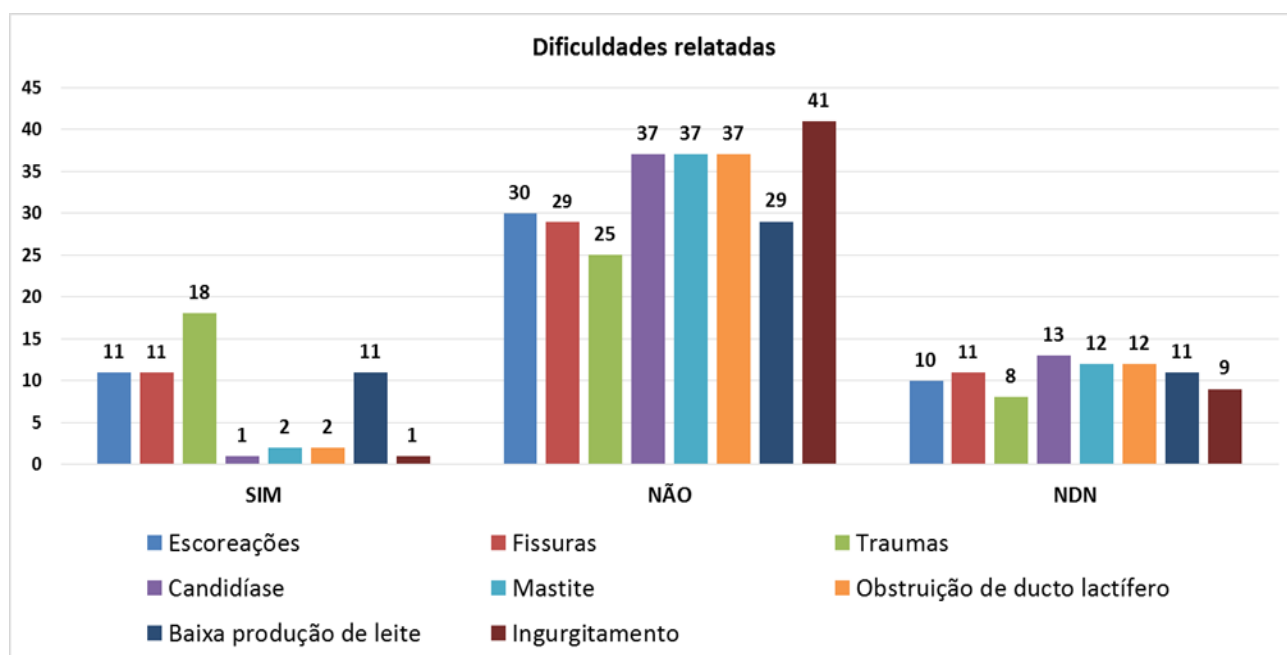


**Figura 6:** O gráfico apresenta as principais dificuldades relatadas pelas lactantes.

### 3.3. Condutas adotadas

Na figura 7 é possível verificar as principais condutas adotadas durante os atendimentos da clínica do ambulatório do freio lingual. Os resultados obtidos demonstraram que a principal conduta adotada foi a de acompanhamento sem indicação de frenotomia (33% correspondente a 27 dos 51 pacientes); seguidos da realização do procedimento de frenotomia (22% correspondendo a 18 pacientes); encaminhamento para o fonoaudiólogo do banco de leite (19% equivalente a 15 pacientes); correção da pega (11% correspondendo a 9 pacientes); e o restante correspondeu às orientações sobre conchas, absorventes, protetores de mamilo, e, de bicos artificiais (4% de cada, equivalente a 3 pacientes para cada conduta).

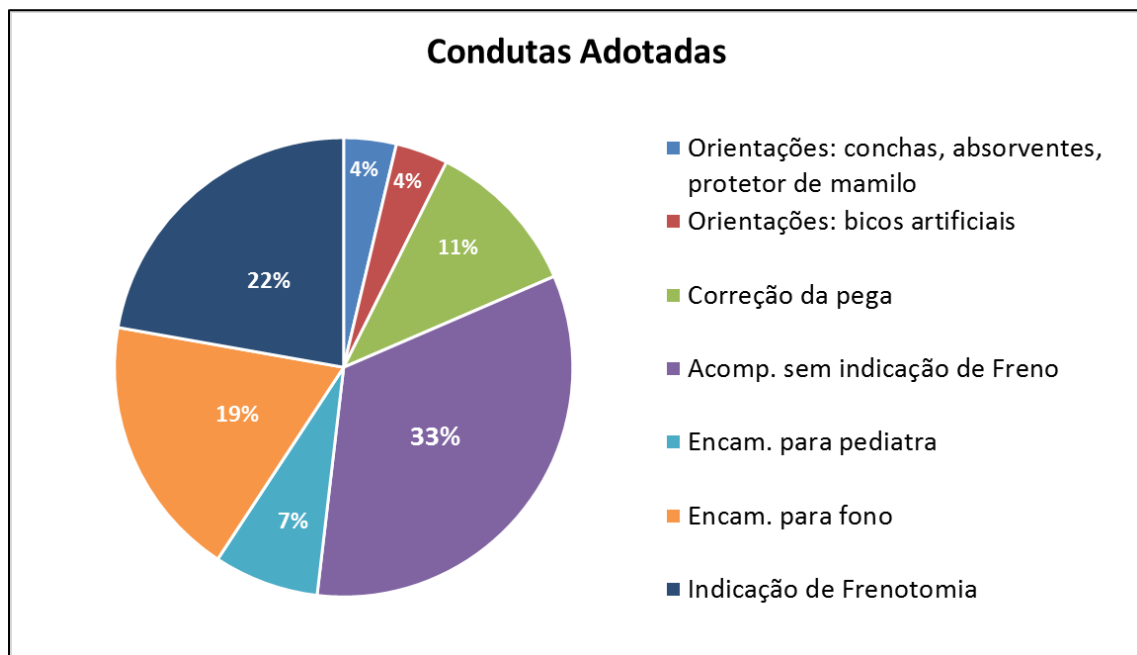


**Figura 7:** O gráfico apresenta as condutas adotadas durante os atendimentos realizados no projeto de extensão.

Justifica-se que o acompanhamento sem indicação de frenotomia, demonstrou ser a conduta mais realizada, após a realização dos exames clínicos e aplicação dos protocolos de avaliação do freio lingual. Isso se dá, pois muitas vezes as crianças encaminhadas não necessitavam de uma intervenção cirúrgica naquele momento, devido à não confirmação do diagnóstico de anquiloglossia, pela divergência nos protocolos, ou ainda pela divergência de opiniões entre o que foi observado pela equipe multiprofissional e o que foi obtido através dessas ferramentas de padronização de diagnóstico, sendo mais prudente

o acompanhamento do lactente, do que a indicação de um procedimento cirúrgico desnecessário.

### 3.4. Frenotomia com relação ao sexo

Com relação ao sexo e o diagnóstico da anquiloglossia e realização do procedimento de frenotomia (Figura 8). Do total de pacientes 18 lactentes tiveram indicação ao tratamento de frenotomia lingual, desses, 61% eram bebês do sexo masculino (11 lactentes) e 39% dos bebês do sexo feminino (7 lactentes).

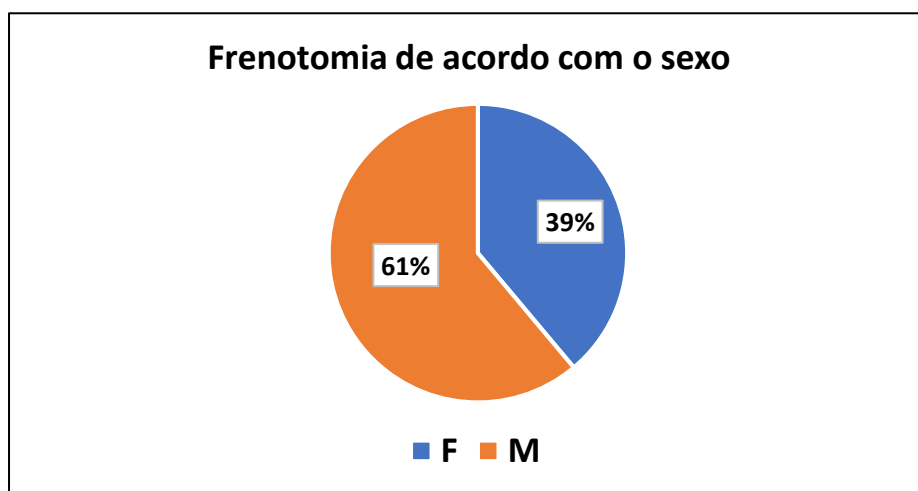


**Figura 8:** Porcentagem do número de pacientes em que foi realizado o procedimento de frenotomia dividido por sexo.

### 3.5. Protocolos utilizados no projeto

Com relação aos protocolos de avaliação do freio lingual os resultados obtidos demonstraram que, a maioria dos pacientes atendidos no projeto correspondente a 92% (47 pacientes), foram submetidos aos protocolos de avaliação do freio lingual e somente 8% (4 pacientes) não foram avaliados segundo os protocolos ou não tiveram seus resultados registrados (Figura 9).

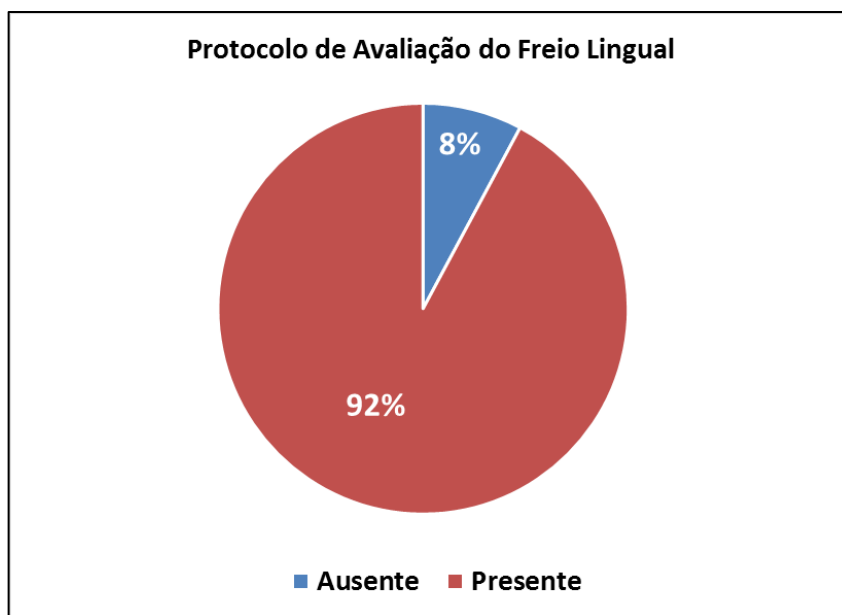


**Figura 9:** Os dados apresentam a ausência ou presença dos protocolos para avaliação do freio lingual no prontuário do lactente.

A avaliação do freio lingual por meio da aplicação dos protocolos instituídos no decorrer do tempo e estudos realizados ao em torno do tema “anquiloglossia” demonstraram a eficácia dos mesmos para auxílio no diagnóstico de tal condição. Existe uma importância relevante na realização de um diagnóstico precoce, para que possa ser realizada a intervenção necessária para cada caso. As implicações em que essa condição está implicada referem na interferência durante a realização da amamentação, além de interferir nas outras funções realizadas pelo sistema estomatognático, tais como a fala, deglutição, mastigação e os aspectos psicossociais (MARTINELLI et al., 2012).

A indicação de frenotomia está diretamente ligada ao diagnóstico preciso. Foi observado o aumento exponencial da prevalência de frenotomias em bebê, isso pode ser justificado pela dificuldade no diagnóstico da anquiloglossia, sugerindo que estudos clínicos controlados randomizados comparando a intervenção cirúrgica com o padrão da amamentação, resolveriam inúmeros problemas metodológicos. A falta de um protocolo bem estabelecido pode favorecer um diagnóstico impreciso e com isso o desencadeamento de frenotomias desnecessárias (DOUGLAS, 2017). A frenotomia é considerada um procedimento seguro e eficaz sendo observada melhora no aleitamento materno, bem como nas dores das lactantes, sem qualquer complicação relativa ao procedimento (SEGAL et al., 2007). A frenotomia não é recomendada para tratamento de todos os casos de anquiloglossia, apenas nos casos que pode estar dificultando a amamentação (ROWAN-LEGG, 2015), isso pode ser justificado pela necessidade de avaliação multiprofissional dos bebês, que por vezes podem apresentar modesto

encurtamento no freio lingual, mas que apresentar outras dificuldades relacionadas à amamentação, tais como dificuldade na pega e posicionamento, e também dificuldades motoras do próprio bebê.

### 3.6. Tipos de aleitamento observados

Por fim, os resultados relacionados ao tipo de aleitamento realizado pelas lactantes podem ser verificados na figura 10.

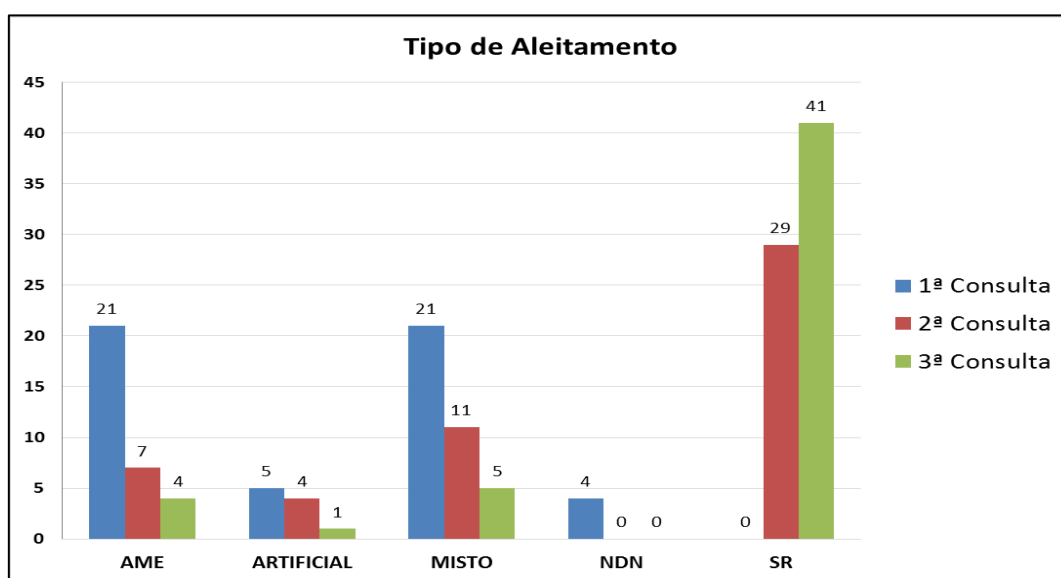


**Figura 10:** Os dados apresentam o tipo de aleitamento realizado pela lactante, nas três consultas nas quais ela foi convidada a estar no projeto.

De forma mais detalhada as informações sobre o tipo de aleitamento foi discriminada nas figuras 11, 12 e 13, correspondentes à primeira, segunda e terceira consulta, respectivamente.

Os resultados obtidos a respeito do tipo de aleitamento na primeira consulta mostraram que 41% das mães realizavam aleitamento materno exclusivo (AME), ou seja, que somente amamentavam seus bebês com leite materno. Outras 41% relataram realizar o aleitamento misto, ou seja, o bebê era amamentado com leite materno e uso de complemento artificial. Do total 10% utilizavam aleitamento artificial (AA), ou seja, utilizava apenas a fórmula infantil e 8% não relataram o tipo de aleitamento ou não tiveram tal informação registrada no prontuário do lactente.

Na segunda consulta apenas 43% das lactentes retornaram, dessas 21% ainda permaneciam realizando o aleitamento misto e 14% seguiam realizando o AME. Dessas 8% realizavam somente o AA.

Por fim, na 3ª consulta, apenas 20% do total de mães retornaram, sendo que dessas 10% continuou relatando a realização do aleitamento misto, 8% delas permaneciam realizando AME e o restante realizava o AA (2%).

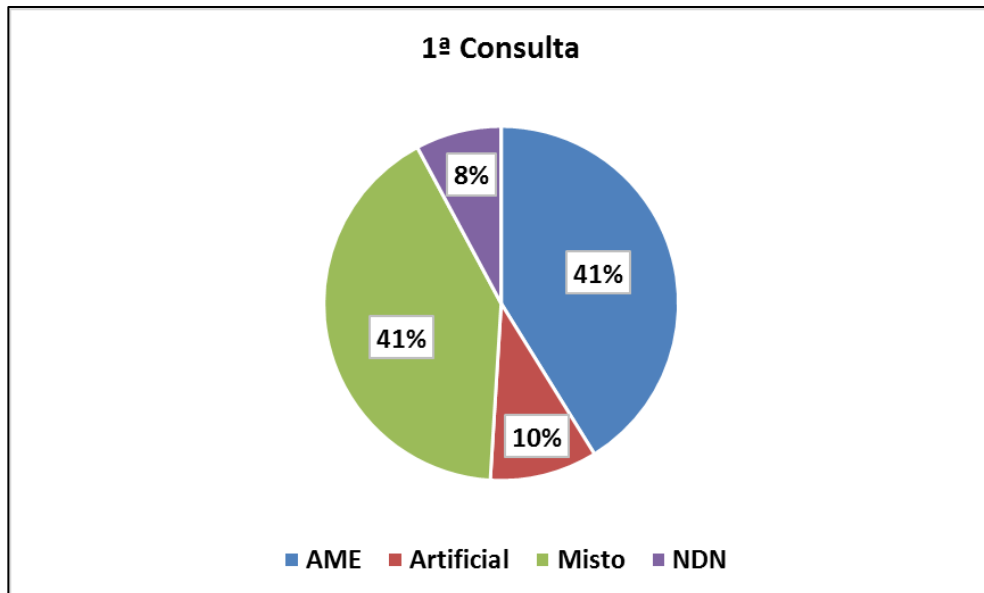


**Figura 11:** Representa o tipo de aleitamento relatado pelas mães atendidas no projeto de extensão, em sua 1ª consulta.

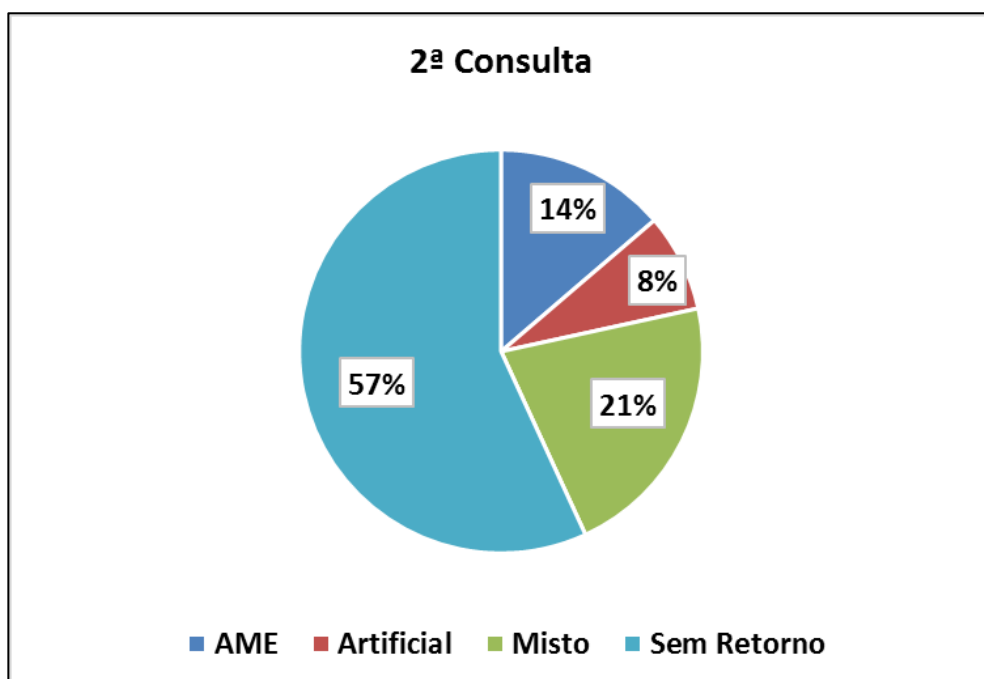


**Figura 12:** Representa o tipo de aleitamento relatado pelas mães atendidas no projeto de extensão, na 2ª consulta. Além disso, apresentar o índice de lactantes que não retornaram no projeto.

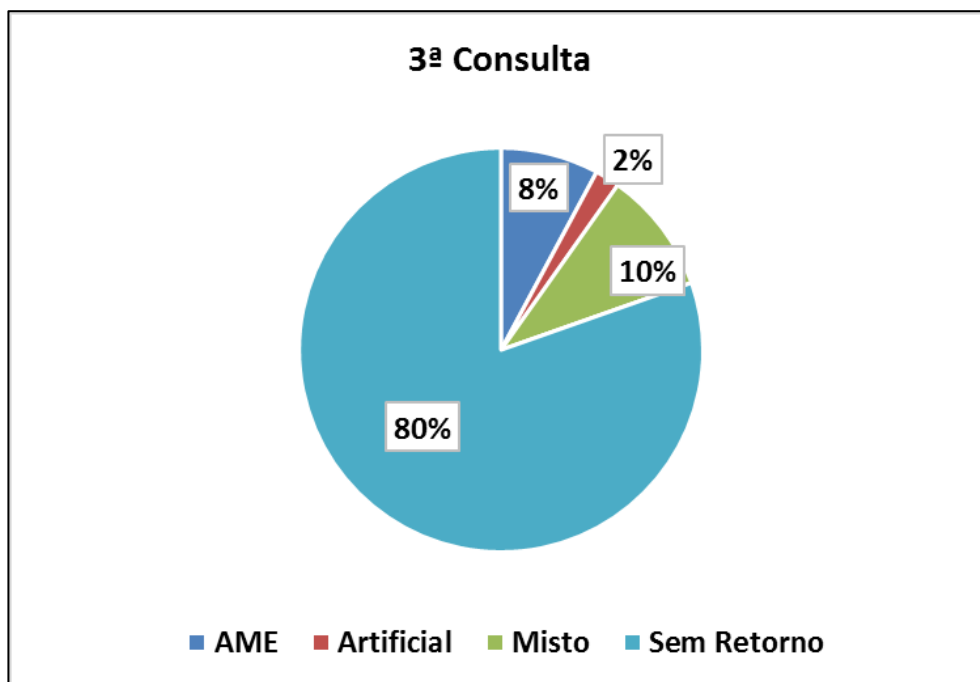


**Figura 13:** Representa o tipo de aleitamento relatado pelas mães atendidas no projeto de extensão, na 3ª consulta, que foi tomada como última consulta. Além disso, apresentar o índice de lactantes que não retornaram no projeto.

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1. Dificuldades na amamentação e desmame precoce

O desconforto durante a amamentação é tido como comum, principalmente no período inicial das primeiras semanas pós-parto. Isso ocorre devido às dificuldades de se conseguir a pega correta e bom posicionamento do lactente durante a mamada. Mas a dor, edema, e a presença de traumatismos mamilares de forma persistente não podem ser consideradas normais, e deve ser buscada a fonte dos problemas ou dos hábitos equivocados adquiridos o quanto antes, de modo a evitar problemas à saúde da mãe, do bebê e até o desmame precoce (WOOLRIDGE, 1986). Foi observado no projeto que as escoriações, fissuras e traumatismos mamilares estiveram entre os principais problemas relatados pelas mães e observados na avaliação.

Com relação à baixa produção de leite, é importante conhecer as fases que influenciam em tal processo. De forma bem objetiva a primeira etapa consiste na produção do leite da mãe, desde a embriogênese; a segunda etapa depende dos fatores hormonais da mulher, principalmente das produções dos hormônios prolactina e ocitocina, e começa após a chegada do bebê; enquanto a terceira etapa, denominada de galactopoiese depende dos esvaziamentos das mamas durante o período de amamentação. Portanto quando o bebê apresenta alguma alteração, como por exemplo a anquiloglossia, ou a presença de fatores externos e psicológicos, tais como, opiniões de terceiros, na mudança de conduta da lactante em relação à amamentação, crença de que o leite não está sendo suficiente para satisfazer o lactente, a perda de peso do lactente sem identificação do motivo, a lactante busca reforço na alimentação do bebê por meio de fórmulas infantis, e isso diminui o interesse do bebê pela amamentação natural, por ser mais fácil o mecanismo de amamentação, período de saciedade maior, trazendo conforto para a família. Dessa forma, a produção do leite começará a diminuir de forma significativa, pois a demanda tende a cair, assim como aumenta-se o tempo entre as mamadas, resultando na falta de sucção e de estímulo necessária para que mais leite comece a ser produzido (GIUGLIANI, 2004). No projeto, 11 situações nas quais a baixa produção de leite ocorreu devido a essa sequência descrita anteriormente, e não devido a alguma alteração hormonal apresentada pela mãe.

A mastite consiste numa condição de inflamação que pode estar acompanhada de algum agente infeccioso, ou não, ocorrendo geralmente entre a segunda e a terceira semana após o nascimento do bebê, sendo a principal causa a estagnação do leite na

mama, ou seja, o não esvaziamento da mesma, que pode favorecer uma cultura de microrganismos, principalmente *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus albus*, causando assim a sua forma infecciosa. O não esvaziamento das mamas pode ocorrer por diversos fatores, alguns deles são: uma pega inadequada, fazendo com que o bebê não consiga se manter conectado à mãe durante a amamentação; traumas mamilares, que fazem com que a mãe sinta muita dor ou desconforto durante a mamada; entre outros fatores, que fazem com que a conduta adequada para se evitar tal quadro, além da correção dos fatores citados, é que a lactante faça o esvaziamento total das mamas após a amamentação, quando a mesma não conseguir esvaziar totalmente as mesmas, ou após longos períodos sem amamentar, ou ainda na percepção dos sintomas de endurecimento, edema, vermelhidão, aumento de temperatura, dor, entre outros (WHO, 2000). No projeto, até o presente momento, observou-se que apenas duas mães apresentaram mastite.

No caso do bloqueio dos ductos lactíferos, em uma das partes dos seios ocorre um bloqueio na passagem do leite, seja por esvaziamento inadequado ou um bloqueio físico, causando caroços ou eritemas visíveis na área afetada, e é resolvido da mesma forma que a mastite não-infecciosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A candidíase é causada pelo fungo *Candida albicans*, que trata-se de um microrganismo oportunista, que se aproveita de situações como colonização em mamilos fissurados; durante infecções orais adquiridas pelo bebê, que possui ainda o sistema imunológico em formação; durante o parto se houver manifestação no trato vaginal da mãe; fatores dietéticos; resistência à antibióticos; entre outros. As principais manifestações são dor e ardência nos mamilos, principalmente após a amamentação; e o tratamento consiste, além da remoção dos fatores predisponentes, no uso de antifúngicos tópicos ou sistêmicos pela lactante (TANGAY, MCBEAN, JAIN, 1994).

Por fim, no ingurgitamento mamário ocorre um acúmulo de leite, com a obstrução do sistema de drenagem linfático, gerando um aumento da vascularização, edema e dor, que pode ainda predispor traumas mamilares, visto que a lactante tenta eliminar o leite obstruído por muitas vezes de forma seguida, através da amamentação, aumentando a demanda, ou através de uso de bombas e manobras para retirar todo o leite possível e se livrar do desconforto. O tratamento não somente deve consistir no esvaziamento das mamas, mas deve ser de suporte, aliviando os sintomas e incômodo sentido pela mãe, uma vez que o leite pode não ser eliminado em sua totalidade por tais meios, e assim, deve-se esperar que o que resta nas mamas e alvéolos seja reabsorvido pelo próprio

corpo da lactante, além de ser oferecido suporte psicológico para as mesmas, que muitas vezes estão passando pela fase do puerpério, e encorajá-las a continuar com a amamentação, se for percebido que tal ato trará mais benefícios e qualidade de vida para a díade em todos os aspectos, após melhora do quadro clínico (NEWTON; NEWTON; 1951).

Em estudo realizado para averiguar quais as principais intercorrências mamárias relacionadas à lactação, sendo avaliadas 145 puérperas, por meio de um questionário. Foi verificado que dentre as intercorrências mamárias as que incidiram com maior frequência na amostra de puérperas foram ingurgitamento mamário (28,3%), fissura mamilar (7,6%), e mastite (2,8%) (CASTRO et al., 2009). Outro estudo verificou as práticas assistenciais associadas com dificuldades no aleitamento materno, foram avaliados 50 pares de mãe/bebê. A observação de aspectos da anatomia das mamas revelou que 30% das mães (somando-se 14 mães com escore regular e 1 mãe com escore ruim) apresentavam algum tipo de lesão no mamilo (escoriações, fissuras mamilares) e/ou ingurgitamento mamário no momento da observação (CARVALHES; CORRÊA, 2003).

#### **4.2. Diagnóstico da anquiloglossia e frenotomia**

Pode-se relacionar a maioria das condutas realizadas no projeto de serem acompanhamentos sem a indicação do procedimento de frenotomias, a vários fatores, sejam eles fisiológicos, ou externos. Fisiologicamente isso acontece, pois, de forma ocasional os bebês que acabaram de nascer podem apresentar movimentos orais não típicos que são capazes de alterar de alguma maneira na amamentação, sendo que os mesmos podem ser apenas transitórios e irão ser resolvidos com o passar do tempo e surgimento dos dentes e com o desenvolvimento craniofacial (MELO et al., 2010) . Além disso, com relação aos fatores externos, através de outras condutas como a correção da pega, orientações sobre o uso de bicos artificiais, sobre o uso de conchas, absorventes e protetores de mamilo, que também foram adotadas em vários casos, podem alterar a forma como a amamentação vem sido feita e assim, diminuir ou eliminar os movimentos atípicos quando os mesmos não se resolverem sozinhos com o decorrer do tempo.

Dessa forma, pode-se evitar a realização do procedimento de frenotomia, ainda que o mesmo seja um procedimento minimamente invasivo, diminuindo o desconforto da mãe e do bebê diante de tal situação quando essa não for necessária. Outra conduta amplamente adotada foi de encaminhamento para outros especialistas, visto que se trata de um projeto de atuação multiprofissional para o diagnóstico da anquiloglossia e busca

reunir todas as informações possíveis para a determinação de uma conduta adequada para melhoria da qualidade de vida das mães e bebês participantes do projeto. A conduta de intervenção cirúrgica pela frenotomia também foi realizada em grande parte dos pacientes depois de um consenso multiprofissional entre o que foi observado e o que os exames apontaram, definindo o diagnóstico da anquiloglossia. Os pacientes submetidos à frenotomia lingual sempre retornavam para acompanhamento pós-operatório e nova avaliação para determinar se houveram mudanças no quadro clínico, e se necessário, adoção de novas condutas até que todas as dificuldades sejam resolvidas permitindo que a amamentação ocorresse de forma plena.

A literatura afirma que existe uma predileção por lactentes do sexo masculino quanto à anquiloglossia (HONG, 2013). Alguns estudos ao longo do tempo demonstram uma prevalência na proporção de 3 lactentes do sexo masculino para 1 lactente do sexo feminino quanto ao diagnóstico de anquiloglossia (LALAKEA; MESSNER, 2003). No presente projeto foi verificado que houve 55% (n=28) 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 (LIMA et al., 2019). Mesmo que o número da amostra corresponda a 51 pacientes até o momento atual do projeto, espera-se que a prevalência continue se aproximando cada vez mais de tal proporção em estudos futuros e com o aumento do número amostral.

#### **4.3. Tipos de aleitamento**

Muito vem sido discutido sobre o tipo de aleitamento realizado pelas lactantes e a repercussão de tal escolha na vida dos lactentes. Os benefícios aleitamento materno exclusivo são muito conhecidos, tais como, desenvolvimento das funções de deglutição, sucção, fala, respiração, também no desenvolvimento facial da criança, pela ação das forças de absorção e tração, responsáveis pela modelagem e crescimento ósseos (GOMES et al., 2006). Além disso, um estudo demonstrou que há também uma correlação entre mães que fazem uso do complemento artificial, seja da forma mista ou artificial somente, na dificuldade de designar as funções de mãe, e ainda alterações no desenvolvimento da criança, afetando especialmente as áreas de linguagem e alimentação, sendo possível perceber a importância do aleitamento materno exclusivo, quando possível de ser realizado, respeitando todas as limitações e necessidades da mãe e do bebê, para uma boa fundação na relação mãe-bebê e desenvolvimento psicossocial da criança durante toda a sua vida (CRESTANI et al., 2012).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebe-se de forma clara a influência positiva do Projeto de Extensão do Ambulatório de Avaliação Multiprofissional do Freio Lingual e da Mamada na vivência acadêmica dos estudantes participantes do projeto. Isso se dá devido à possibilidade de vivenciar durante o dia-a-dia as situações que vemos em sala de aula na teoria, fazendo com que o diagnóstico da condição da anquiloglossia se torne algo habitual, além de que se passa a reconhecer e buscar novas estratégias para enfrentar as dificuldades relatadas pelas mães e crianças.

Trabalhos como este, baseados na importância da educação e promoção de saúde, que não oferecem somente a parte de terapêutica das condições encontradas, mas também no que se refere ao acolhimento dessas mães em situações delicadas e passando informações que muitas vezes não são fornecidas por outros profissionais ou serviços de saúde e são fundamentais para mães.

Por fim, o projeto tem conseguido alcançar um objetivo muito importante que é a disseminação da informação e a atuação com agente multiplicador na capacitação de profissionais da saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ata; N. Alatas N; Yilmaz, E; Adam A.B; Gezgin B. The Relationship of ankyloglossia with gender in children and the ideal timing of Surgery in Ankyloglossia. *Ear Nose Throat J.* 2019 Sep 26.
2. BALLARD, J. L; AUER, C. E.; KHOURY, J. C. Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. **Pediatrics**, [s.l.], v. 110, n. 5, p.63-63, 1 Nov. 2002. American Academy of Pediatrics (AAP).
3. BALLARD, J; CHANTRY, C; HOWARD, R. Protocol # 11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. **The Academy of Breastfeeding Medicine**, United Kingdom, v.1, n.11, p.1-5, ago. 2005.
4. BURYK, M; BLOOM, D; SHOPE, T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics* 2011;128(2):280-8.
5. CARVALHAES, M; CORRÊA, C. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, p. 13-20, 2003.
6. CASTRO, et al. Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB, 2009.
7. CRESTANI, et al. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **Jornal da Sociedade Brasileira Fonoaudiologia**. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 205-210, 2012.
8. DOUGLAS, P. Making Sense of Studies That Claim Benefits of Frenotomy in the Absence of Classic Tongue-Tie. **Journal Hum Lactent**. 33(3):519-523. Aug. 2017.
9. Giugliani, E. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro. 2004;80(5 Supl):S147-S154.

10. GOMES, Cristiane F. et al. Avaliação eletromiográfica com eletrodos de captação de superfície dos músculos masseter, temporal e bucinador de lactentes em situação de aleitamento natural e artificial. *Jornal de pediatria*. Rio de Janeiro. Porto Alegre, v. 82, n. 2, p. 103-109, Apr. 2006.
  
11. HONG, P. Ankyloglossia (tongue-tie). *Canadian Medical Association Journal*. 2013 Feb 5; 185(2): E128.
  
12. JANGID, K; ALEXANDER, A; JAYAKUMAR, N; VARGHESE, S; RAMANI, P. Ankyloglossia with cleft lip: A rare case report. *Journal Indian Society Periodontology* 2015 Nov-Dec;19(6):690-3.
  
13. KOTLOW, L.A. Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. **Quintessence International**, v.30, n.4, p.259-62, 1999.
  
14. LALAKEA, M; MESSNER, A. Ankyloglossia: does it matter? **Pediatric Clinics of North America**, [s.l.], v. 50, n. 2, p.381-397, abr. 2003.
  
15. LIMA, et al. Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. 2019 Apr 25.
  
16. MARCHESAN, I. Frênulo lingual: proposta de avaliação quantitativa. **Revista Cefac**, São Paulo, v.6, n.3, p.288-93, 2004.
  
17. MARTINELLI, et al. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA EM BEBÊS. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 14, n. 1, p.138-145, jan./fev. 2012
  
18. MARTINELLI, R. **Validação do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês**. 2015. 116 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, 2015.

19. MATUHARA, A; NAGANUMA, M. **Manual instrucional para aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo**. 2006. 10 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.
20. MEDEIROS, A; BERNARDI, A. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 73-79, 2011.
21. MELO, et al. Anquiloglossia: relato de caso. **Revista Sul-brasileira de Odontologia**, Joinville, v. 8, n. 1, p.102-107, jun. 2010.
22. Newton, M; Newton, N. Postpartum engorgement of the breast. *Am J Obstet. Gynecol.* 1951; 61:664-7.
23. ROWAN-LEGG, A. Ankyloglossia and breastfeeding. *Pediatric Child Health.* 2015 May; 20(4): 209–213. May. 2015.
24. SEGAL, L; STEPHENSON, R; DAWES, M; FELDMAN, P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia. **The Official Journal of the College of Family Physicians of Canada**, 53 (6) 1027-1033. June 2007.
25. SUTER, V; BORNSTEIN, M. (2009). Ankyloglossia: Facts and Myths in Diagnosis and Treatment. **Journal of Periodontology**, Bern-Switzerland, 80(8), 1204–1219.
26. TANGUAY, K; MCBEAIN, M; JAIN, E. Nipple candidiasis among breastfeeding mothers: case control study of predisposing factors. *Can Fam Physician.* 1994; 40:1407-13.
27. VARGAS, et al. Anquiloglossia: quando indicar a frenectomia lingual? **REVISTA UNINGÁ**, Maringá, [S.l.], v. 18, n. 1, dez. 2008.
28. WOOLRIDGE, M. The aetiology of sore nipples. *Midwifery.* 1986;172-6.

29. World Health Organization. Mastitis: Causes and management. Geneva: World Health Organization; 2000. SITE.

## ANEXOS

### ANEXO A- Termo de Consentimento.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Universidade Federal de Uberlândia</b><br><b>Faculdade de Odontologia</b><br><b>Área de Odontologia Pediátrica</b><br><b>Projeto de Extensão:</b><br><b>Ambulatório de Avaliação Multiprofissional do Freio Lingual</b> |  |
| <p><b><u>TERMO DE CONSENTIMENTO</u></b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |
| <p>Declaro que as informações deste prontuário por mim prestadas são verdadeiras, e após ter sido devidamente informado e esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, autorizo a Área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, por meio dos seus professores, assistentes e alunos, a realizar todos os respectivos procedimentos odontológicos no paciente _____.</p> |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |
| <p>Estou ciente das normas da Área de Odontologia Pediátrica de que as faltas sem justificativa às consultas e tratamento são de minha responsabilidade e o não comparecimento sistemático caracteriza abandono do mesmo, bem como, comprometo-me a cumprir as orientações profissionais dadas.</p>                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |
| <p>Estou ciente, também, que toda a documentação Odonto Legal produzida no diagnóstico pertence ao prontuário desta Faculdade, autorizando sua utilização para fins didáticos e de pesquisa científica, inclusive para divulgação científica em jornais e/ou revistas do país e do estrangeiro, com a devida preservação do segredo profissional.</p>                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |
| <p>Uberlândia, ____ de _____ de _____.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |
| <p>_____<br/>Assinatura do Responsável</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |

**ANEXO B- Termo de divulgação científica.****AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA**

Por este instrumento de autorização por mim assinado, eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade RG: \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_ autorizo a divulgação por meio de revista científica, das informações relacionadas ao caso clínico e das imagens obtidas do paciente de minha responsabilidade \_\_\_\_\_, bem como as minhas próprias imagens, para melhor conhecimento do tema.

Tenho assegurado dos responsáveis pelo tratamento, o sigilo absoluto com relação às demais informações sobre o paciente e as minhas próprias informações, não diretamente relacionadas ao caso clínico, bem como a preservação de ambas as identidades.

Estou consciente que a divulgação científica é muito importante, podendo melhorar a saúde de mais pessoas.

Por ser verdade, firmo o presente.

Uberlândia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pelo Paciente

**ANEXO C- Dados socioeconômicos, histórico familiar, médico e odontológico.****ANAMNESE****1. IDENTIFICAÇÃO:**

Data da Consulta Inicial:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( )

Masculino

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ a \_\_\_\_ m Naturalidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Trabalho: \_\_\_\_\_ Recado com Sr (ª) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Pediatra Responsável: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**2. HISTÓRIA FAMILIAR:**

Nome do pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade:

( ) Analfabeto ( ) 1º Grau Incompleto ( ) 1º Grau Completo ( ) 2º Grau Incompleto

( ) 2º Grau Completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( ) Pós-graduação

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade:

( ) Analfabeto ( ) 1º Grau Incompleto ( ) 1º Grau Completo ( ) 2º Grau Incompleto

( ) 2º Grau Completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( ) Pós-graduação

Cor: \_\_\_\_\_ Paridade: Gravidez \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Posição da criança na família: \_\_\_\_\_

Cuidador da Criança: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Criança foi adotada? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual a idade da criança na época da adoção? \_\_\_\_\_

Acompanhou a gestação? ( ) Sim ( ) Não Criança foi amamentada? ( ) Sim ( ) Não

Renda familiar (salários mínimos): ( ) menor que 01 ( ) 01 a 02 ( ) 02 a 03 ( ) 03 a 05 ( ) Acima de 05

**3. HISTÓRIA MÉDICA****Pré - natal:**

Idade da mãe na gestação? \_\_\_\_\_ A mãe fez pré- natal? ( ) Sim ( ) Não Local do pré-natal? ( ) Rede pública ( ) Rede privada

Peso da mãe? \_\_\_\_\_ Início da gestação: \_\_\_\_\_ Final da gestação: \_\_\_\_\_ Atual: \_\_\_\_\_ Altura da mãe? \_\_\_\_\_

A mãe necessitou de cuidados médicos especiais na gestação? ( ) Não ( ) Sim Qual (ais)? \_\_\_\_\_

Tomou medicamentos na gestação? ( ) Não ( ) Não lembra / não sabe ( ) Sim

Qual (is)? \_\_\_\_\_

Sofreu algum acidente na gestação? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

Fumou durante a gestação? ( ) Não ( ) Sim

Fez uso de álcool ou drogas durante a gestação? ( ) Não ( ) Sim Quais? \_\_\_\_\_

Recebeu orientação sobre amamentação no pré-natal? ( ) Sim ( ) Não Qual profissional ofereceu? \_\_\_\_\_

**Trans-natal:**

Peso do bebê: \_\_\_\_\_ Estatura do bebê: \_\_\_\_\_ Índice de Apgar do bebê: 1º min: \_\_\_\_\_ 5º min: \_\_\_\_\_

Tipo de Parto: ( ) Normal ( ) Cesariana ( ) Fórceps ( ) Nascido a termo ( ) Prematuro: \_\_\_\_\_ meses

Local do Parto? ( ) Rede Pública ( ) Rede privada Criança amamentou na primeira hora de vida? ( ) Sim ( ) Não

O bebê apresentou: ( ) Anóxia ( ) Cianose ( ) Hemorragia ( ) Dificuldade de Sucção ( ) Problemas Respiratórios ( ) Outros \_\_\_\_\_

Alteração congênita: ( ) Não ( ) Sim Qual (ais): \_\_\_\_\_

**Pós-natal (bebê):**

Apresenta algum problema de saúde atualmente? ( ) Sim ( ) Não Qual (ais)? \_\_\_\_\_

Foi hospitalizado? ( ) Não ( ) Sim Motivo: \_\_\_\_\_

Fez alguma cirurgia? ( ) Não ( ) Sim Qual (ais)? \_\_\_\_\_

Tipo de cicatrização? \_\_\_\_\_ Necessitou de transfusão de sangue? ( ) Sim ( ) Não  
 Já tomou antibiótico? ( ) Não ( ) Sim Qual(ais)? \_\_\_\_\_  
 Está sob tratamento médico? ( ) Não ( ) Sim Motivo: \_\_\_\_\_  
 Está tomando algum medicamento? ( ) Não ( ) Sim Qual (ais)? \_\_\_\_\_  
 Apresenta alergia a algum produto ou medicação? ( ) Não ( ) Não sabe ( ) Sim Qual (is)? \_\_\_\_\_  
 O cartão de vacinas está em dia? ( ) Sim ( ) Não Obs: \_\_\_\_\_

**Pedido de parecer médico:** Não ( ) Sim ( ) Motivo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 4.HISTÓRIA DONTOLÓGICA: DIETA ATUAL

Amamentação: ( ) Sim ( ) Não  
 Aleitamento materno exclusivo: ( ) Sim ( ) Não Frequência: \_\_\_\_\_  
 Aleitamento materno predominante: ( ) Sim ( ) Não Frequência: \_\_\_\_\_ Conteúdo: \_\_\_\_\_  
 Aleitamento materno complementado: ( ) Sim ( ) Não Frequência: Natural: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_

---

## ANEXO D- Avaliação Clínica do Seio Materno

### AValiação Clínica do Seio Materno

#### Aspecto Clínico dos Seios:

( ) Tecido com aparência saudável ( ) Aspecto arredondado ( ) Mamas macias e cheias antes da mamada  
( ) Hiperemia ( ) Brilhante/Fina

#### Morfologia mamilar:

( ) Mamilos protrusos/ hipertróficos/ compridos ( ) Mamilos semiprotrusos ( ) Mamilos pseudoinvertidos/Planos  
( ) Mamilos invertidos

#### Ingurgitamento mamário:

Apoiadura ( ) Sim ( ) Não  
Intervalo longo entre as mamadas: ( ) Sim ( ) Não Tempo de intervalo: \_\_\_\_\_ Tempo de mamada: \_\_\_\_\_  
Congestão vascular e linfática: ( ) Presente ( ) Ausente  
Edema decorrente da congestão: ( ) Presente ( ) Ausente  
Dor: ( ) Sim ( ) Não Hiperemia: ( ) Sim ( ) Não  
Febre: ( ) Sim ( ) Não Medida da Febre: \_\_\_\_\_  
Retenção de leite no alvéolo: ( ) Presente ( ) Ausente  
Uso de medicamento: ( ) Sim ( ) Não  
Ingurgitamento mamário ( ) Ausente ( ) Presente Se presente, ( ) Fisiológico ( ) Patológico

#### Traumatismos mamilares:

Fissura: ( ) Presente ( ) Ausente Vesículas: ( ) Presente ( ) Ausente  
Escoriação: ( ) Presente ( ) Ausente Dilaceração: ( ) Presente ( ) Ausente  
Erosão: ( ) Presente ( ) Ausente  
Uso de bicos artificiais: ( ) Sim ( ) Não ( ) Chupeta ( ) Mamadeira  
Traumatismos mamilares ( ) Ausente ( ) Presente

#### Candidíase mamária:

Prurido: ( ) Presente ( ) Ausente Ardência: ( ) Presente ( ) Ausente  
Dor em fisgadas: ( ) Presente ( ) Ausente Duração da dor: \_\_\_\_\_  
Coloração rósea: ( ) Presente ( ) Ausente Uso de conchas/absorventes: ( ) Sim ( ) Não  
Coloração avermelhada: ( ) Presente ( ) Ausente Descamação: ( ) Presente ( ) Ausente  
Sinais clínicos no bebê: Crosta esbranquiçada na cavidade bucal: ( ) Sim ( ) Não  
Candidíase mamária ( ) Ausente ( ) Presente

#### Fenômeno de Raynaud:

Falta de irrigação sanguínea nos mamilos: ( ) Presente ( ) Ausente  
Dor em fisgadas: ( ) Presente ( ) Ausente Duração da dor: \_\_\_\_\_  
Fenômeno de Raynaud ( ) Ausente ( ) Presente

#### Obstrução dos ductos lactíferos:

Nódulo na mama sentido à palpação: ( ) Presente ( ) Ausente Dor local: ( ) Presente ( ) Ausente  
Ponto obstrutivo/esbranquiçado: ( ) Presente ( ) Ausente  
Produção exacerbada de leite: ( ) Sim ( ) Não  
Compressão da mama por sutiã: ( ) Sim ( ) Não  
Uso de concha para proteger mamilo: ( ) Sim ( ) Não  
Apoio na posição de "tesoura": ( ) Sim ( ) Não  
Uso de cremes nos mamilos: ( ) Sim ( ) Não  
Mudança na rotina de amamentação: ( ) Sim ( ) Não  
Obstrução dos ductos lactíferos ( ) Ausente ( ) Presente

**Mastite:**

|                                                                         |              |              |                                                |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------|
| Problemas anteriores (obstrução, traumatismo, ingurgitamento) tratados: | ( ) Sim      | ( ) Não      |                                                |
| Quadro de fadiga e/ou estresse pós parto:                               | ( ) Sim      | ( ) Não      |                                                |
| Higienização das mãos ao manipular o seio:                              | ( ) Sim      | ( ) Não      |                                                |
| Higienização de equipamentos auxiliares, caso faça uso:                 | ( ) Sim      | ( ) Não      |                                                |
| Imposição de horário para as mamadas:                                   | ( ) Sim      | ( ) Não      |                                                |
| Uso de chupeta e/ou mamadeira:                                          | ( ) Sim      | ( ) Não      |                                                |
| Leite residual na mama após mamadas:                                    | ( ) Presente | ( ) Ausente  |                                                |
| Dor:                                                                    | ( ) Presente | ( ) Ausente  | Febre (acima de 38°): ( ) Presente ( ) Ausente |
| Hiperemia:                                                              | ( ) Presente | ( ) Ausente  | Calafrios: ( ) Presente ( ) Ausente            |
| Calor:                                                                  | ( ) Presente | ( ) Ausente  | Cefaleia: ( ) Presente ( ) Ausente             |
| Endurecimento:                                                          | ( ) Presente | ( ) Ausente  | Náuseas/ Vômitos: ( ) Presente ( ) Ausente     |
| Edema:                                                                  | ( ) Presente | ( ) Ausente  | Mal estar: ( ) Presente ( ) Ausente            |
| Uso de medicamentos:                                                    | ( ) Sim      | ( ) Não      | Qual(is)? _____                                |
| <u>Mastite</u>                                                          | ( ) Ausente  | ( ) Presente | ( ) Unilateral ( ) Bilateral                   |

**Baixa Produção de leite:**

|                                                                                                |                                        |                |                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------|
| Bebê é saciado após as mamadas:                                                                | ( ) Sim                                | ( ) Não        |                                                  |
| Sucção não nutritiva:                                                                          | ( ) Sim                                | ( ) Não        |                                                  |
| Uso de complementos infantis:                                                                  | ( ) Sim                                | ( ) Não        |                                                  |
| Ausência de urina em 24 horas:                                                                 | ( ) Sim                                | ( ) Não        | Quantidade de micções do bebê por dia: _____     |
| Fezes:                                                                                         | ( ) Amareladas                         | ( ) Amolecidas | ( ) Endurecidas ( ) Secas ( ) Pequena quantidade |
|                                                                                                | Frequência da evacuação do bebê: _____ |                |                                                  |
| Perda de peso do nascimento em até 2ª semanas de vida:                                         | ( ) entre 7-10%                        | ( ) > que 10%  | ( ) Estável ( ) Mãe não soube informar o peso    |
| Recuperação do peso:                                                                           | ( ) Sim                                | ( ) Não        | ( ) Não se aplica                                |
| Ingestão de líquido pela mãe (média de 2 litros por dia) pela mãe:                             | ( ) Sim                                | ( ) Não        |                                                  |
| Ingestão de todos os grupos alimentares pela mãe (frutas, verduras, proteínas e carboidratos): | ( ) Sim                                | ( ) Não        |                                                  |
| Repouso materno:                                                                               | ( ) Sim                                | ( ) Não        |                                                  |
| <u>Baixa Produção de leite</u>                                                                 | ( ) Ausente                            | ( ) Presente   |                                                  |

## ANEXO E- Avaliação da Mamada

### FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA (marque apenas um lado da coluna por questão)

| Sinais favoráveis à amamentação                                                                                                                                                                                                                    | Sinais de possível dificuldade                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observação geral da Mãe</b><br>Mãe parece saudável ( ) Sim ( ) Não<br>Mãe relaxada e confortável ( ) Sim ( ) Não<br>Mamas parecem saudáveis ( ) Sim ( ) Não<br>Mama bem apoiada, c/ dedos fora do mamilo ( ) Sim ( ) Não                        | <b>Observação geral da Mãe</b><br>Mãe parece doente ou deprimida ( ) Sim ( ) Não<br>Mãe parece tensa e desconfortável ( ) Sim ( ) Não<br>Mamas avermelhadas, inchadas /doloridas ( ) Sim ( ) Não<br>Mama segurada com dedos na aréola ( ) Sim ( ) Não   |
| <b>Observação geral do Bebê</b><br>Bebê parece saudável ( ) Sim ( ) Não<br>Bebê calmo e relaxado ( ) Sim ( ) Não<br>Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê ( ) Sim ( ) Não<br>Bebê busca/alcança a mama se está com fome ( ) Sim ( ) Não           | <b>Observação geral do Bebê</b><br>Bebê parece sonolento ou doente ( ) Sim ( ) Não<br>Bebê inquieto ou chorando ( ) Sim ( ) Não<br>Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil ( ) Sim ( ) Não<br>O bebê não busca, nem alcança ( ) Sim ( ) Não           |
| <b>Posição do bebê</b><br>A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados ( ) Sim ( ) Não<br>Bebê seguro próximo ao corpo da mãe ( ) Sim ( ) Não<br>Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo ( ) Sim ( ) Não<br>Bebê apoiado ( ) Sim ( ) Não     | <b>Posição do bebê</b><br>Pescoço/cabeça do bebê girados ao mamar ( ) Sim ( ) Não<br>Bebê não é seguro próximo ( ) Sim ( ) Não<br>Queixo e lábio inferior opostos ao mamilo ( ) Sim ( ) Não<br>Bebê não apoiado ( ) Sim ( ) Não                         |
| <b>Pega</b><br>Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê ( ) Sim ( ) Não<br>A boca do bebê está bem aberta ( ) Sim ( ) Não<br>O lábio inferior está virado para fora ( ) Sim ( ) Não<br>O queixo do bebê toca a mama ( ) Sim ( ) Não     | <b>Pega</b><br>Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior ( ) Sim ( ) Não<br>A boca do bebê não está bem aberta ( ) Sim ( ) Não<br>Lábios voltados p/ frente/ virados para dentro ( ) Sim ( ) Não<br>O queixo do bebê não toca a mama ( ) Sim ( ) Não |
| <b>Sucção</b><br>Sucções lentas e profundas com pausas ( ) Sim ( ) Não<br>Bebê solta a mama quando termina ( ) Sim ( ) Não<br>Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina ( ) Sim ( ) Não<br>Mamas parecem mais leves após a mamada ( ) Sim ( ) Não | <b>Sucção</b><br>Sucções rápidas e superficiais ( ) Sim ( ) Não<br>Mãe tira o bebê da mama ( ) Sim ( ) Não<br>Sinais do reflexo da ocitocina não percebidos ( ) Sim ( ) Não<br>Mamas parecem duras e brilhantes ( ) Sim ( ) Não                         |

## ANEXO F- Protocolo Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT)

| Aspectos Avaliados                                   | 0                                           | 1                                                              | 2                                                       | Pontuação (Escore) |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------|
| Aparência da ponta da língua                         | Forma de coração                            | Ligeira fenda/entalhada                                        | Redonda                                                 |                    |
| Fixação do frênulo no alvéolo inferior               | Anexada na parte superior (topo) da gengiva | Anexado na face interna da gengiva/atrás                       | Anexado ao meio do assoalho da boca                     |                    |
| Elevação da língua durante o choro com a boca aberta | Elevação mínima                             | Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro | Elevação completa da língua em direção ao palato duro   |                    |
| Protrusão da língua sobre a gengiva                  | Ponta da língua atrás da gengiva            | Ponta da língua sobre a gengiva                                | Ponta da língua pode se estender sobre o lábio inferior |                    |
| <b>TOTAL</b>                                         | -                                           | -                                                              | -                                                       |                    |

## ANEXO G- Ferramenta de avaliação de hazelbaker para função do frênulo lingual

| Aparência da Língua                                        | 0                                                                                       | 1                                          | 2                                                  | Escores |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------|
| Aparência da língua quando elevada                         | Forma de coração ou em forma de V                                                       | Leve fenda na ponta                        | Redonda ou quadrado                                |         |
| Elasticidade do frênulo                                    | Pouca ou nenhuma                                                                        | Moderadamente elástico                     | Muito elástico                                     |         |
| Comprimento do frênulo da língua quando a língua é elevada | < 1 cm                                                                                  | 1 cm                                       | > 1 cm                                             |         |
| Inserção do frênulo da língua à língua                     | Ponta entalhada                                                                         | Na ponta                                   | Posterior à ponta                                  |         |
| Inserção do frênulo da língua à crista alveolar inferior   | Inserido na crista                                                                      | Inserido logo abaixo da crista             | Inserido no assoalho bucal ou bem abaixo da crista |         |
| <b>TOTAL</b>                                               | -                                                                                       | -                                          | -                                                  |         |
| Função da Língua                                           | 0                                                                                       | 1                                          | 2                                                  | Escores |
| Lateralização                                              | Nenhuma                                                                                 | Corpo da língua mas não da ponta da língua | Completa                                           |         |
| Elevação da língua                                         | Ponta permanece na crista alveolar inferior ou eleva apenas com fechamento de mandíbula | Apenas bordas para meio da boca            | Ponta para a boca                                  |         |
| Extensão da língua                                         | Nenhuma                                                                                 | Ponta sobre rebordo inferior apenas        | Ponta sobre o lábio inferior                       |         |
| Protrusão da Língua                                        | Pouco ou nenhuma                                                                        | Moderada ou parcial                        | Completa                                           |         |
| Canulamento                                                | Pouco ou ausente                                                                        | Bordas laterais apenas, copo moderado      | Borda inteira, copo firme                          |         |
| Peristaltismo                                              | Nenhum ou movimento reverso                                                             | Parcial, originado posterior à ponta       | Completa, anterior para posterior                  |         |
| Estalido                                                   | Frequente ou a cada sucção                                                              | Periódico                                  | Nenhum                                             |         |
| <b>TOTAL</b>                                               | -                                                                                       | -                                          | -                                                  |         |

## ANEXO H- Protocolo de avaliação do frênulo da língua com escores para bebês

Total do Protocolo de Avaliação: \_\_\_\_\_

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

#### HISTÓRIA CLÍNICA

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

#### Antecedentes Familiares

(investigar se existem casos na família com alteração de frênulo da língua)

( ) não (0) ( ) sim (1) Quem e qual o problema: \_\_\_\_\_

#### Problemas de Saúde

( ) não ( ) sim Quais: \_\_\_\_\_

#### Amamentação:

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

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

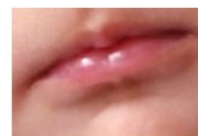
Quando a soma dos itens da história clínica for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

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

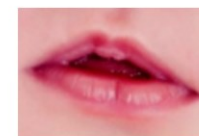
#### EXAME CLÍNICO (sugere-se filmagem para posterior análise)

#### PARTE I – AVALIAÇÃO ANATOMOFUNCIONAL

##### 1. Postura de lábios em repouso



( ) lábios fechados (0)



( ) lábios entreabertos (1)



( ) lábios abertos (1)

##### 2. Tendência do posicionamento da língua durante o choro



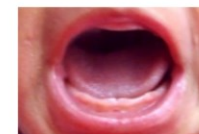
( ) língua na linha média (0)



( ) língua elevada (0)



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



( ) língua baixa (2)

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



( ) arredondada (0)



( ) ligeira fenda no ápice (2)



( ) formato de "coração" (3)

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

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

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

## **4. Frênulo da língua**



( ) é possível visualizar



( ) não é possível visualizar



( ) visualizado com manobra\*

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

## **4.1. Espessura do frênulo**



( ) delgado (0)



( ) espesso (2)

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



( ) no terço médio (0)



( ) entre o terço médio e o ápice (2)



( ) no ápice (3)

## **4.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca**



( ) visível a partir das carúnculas sublinguais (0)



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

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

Total da avaliação anatomofuncional (item 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6  
Quando a soma do item 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 3, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Total da Avaliação anatomofuncional (itens 1, 2, 3 e 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 12  
Quando a soma dos itens 1, 2, 3 e 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

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

## **PARTE II – AVALIAÇÃO DA SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA E NUTRITIVA**

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

### **1.1. Movimento da língua**

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

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

## **2. Sucção Nutritiva na Amamentação**

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

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

( ) várias sucções seguidas com pausas curtas (0)

( ) poucas sucções com pausas longas (1)

### **2.2. Coordenação entre sucção/deglutição/respiração**

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

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

### **2.3. “Morde” o mamilo**

( ) não (0)

( ) sim (1)

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

( ) não (0)

( ) sim (1)

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

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

