

Emanuela Carla dos Santos
(Organizadora)

Comunicação Científica e Técnica em Odontologia



Atena
Editora

Ano 2019

Emanuela Carla dos Santos

(Organizadora)

Comunicação Científica e Técnica em Odontologia

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Karine de Lima

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C741 Comunicação científica e técnica em odontologia [recurso eletrônico] / Organizadora Emanuela Carla dos Santos. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Comunicação Científica e Técnica em Odontologia; v. 1)

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.
Modo de acesso: World Wide Web.
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-7247-229-6
DOI 10.22533/at.ed.296190104

1. Dentistas. 2. Odontologia – Pesquisa – Brasil. I. Santos, Emanuela Carla dos. II. Série.

CDD 617.6069

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A Odontologia vem ampliando cada vez mais sua área de atuação dentro do campo da saúde. Hoje aliamos o conhecimento teórico de base às novas tecnologias e técnicas desenvolvidas através de pesquisas para elevar a qualidade e atingir excelência na profissão.

Diante da necessidade de atualização frequente e acesso à informação de qualidade, este E-book, composto por dois volumes, traz conteúdo consistente favorecendo a Comunicação Científica e Técnica em Odontologia.

O compilado de artigos aqui apresentados são de alta relevância para a comunidade científica. Foram desenvolvidos por pesquisadores de várias instituições de peso de nosso país e contemplam as mais variadas áreas, como cirurgia, periodontia, estomatologia, odontologia hospitalar, bem como saúde do trabalhador da Odontologia e também da área da tecnologia e plataformas digitais.

Espero que possam extrair destas páginas conhecimento para reforçar a construção de suas carreiras.

Ótima leitura!

Prof^a. MSc. Emanuela Carla dos Santos

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
OS CONTEÚDOS DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAIS NA FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA GENERALISTA	
Karine Angar	
Adair Luiz Stefanelli Busato	
Alan Carlos Corradine Binotto	
Aurelício Novaes Silva Júnior	
Pedro Antônio Gonzáles Hernandez	
DOI 10.22533/at.ed.2961901041	
CAPÍTULO 2	16
ANSIEDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS A EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES: RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE ODONTOLÓGICA E CORTISOL SALIVAR	
Marcus Antonio Brêda Júnior	
Valdemar Mallet da Rocha Barros	
Darklison Pereira Santos	
Fabiola Singaretti de Oliveira	
Ricardo José de Holanda Vasconcellos	
Ricardo Viana Bessa Nogueira	
DOI 10.22533/at.ed.2961901042	
CAPÍTULO 3	30
INFLUÊNCIA DOS DENTIFRÍCIOS NAS PROPRIEDADES FÍSICA E MECÂNICA DE COMPÓSITOS RESINOSOS	
Mayara Zaghi Dal Picolo	
Suelem Chasse Barreto	
Josué Junior Araujo Pierote	
Carlos Tadeu dos Santos Dias	
Luis Alexandre Maffei Sartini Paulillo	
DOI 10.22533/at.ed.2961901043	
CAPÍTULO 4	43
MONITORING OF ABFRACTION LESIONS BY CONFOCAL LASER MICROSCOPY METHOD	
Cristiane Aparecida Nogueira Bataglioni	
Flávia Cassia Cabral Rodrigues	
Shelyn Akari Yamakami	
César Bataglioni	
Juliana Jendiroba Faraoni	
Regina Guenka Palma Dibb	
DOI 10.22533/at.ed.2961901044	
CAPÍTULO 5	52
ANÁLISE DA RUGOSIDADE SUPERFICIAL DO ESMALTE DENTAL BOVINO SUBMETIDO A AGENTES CLAREADORES	
Ana Paula Martins Gomes	
Ana Maria Martins Gomes	
Antônio Augusto Gomes	
Elaine Cristina Vargas Dadalto	
Lilian Citty Sarmiento	
Luciana Faria Sanglard	
Renata De Oliveira Guaré	
DOI 10.22533/at.ed.2961901045	

CAPÍTULO 6 68

ANÁLISE DAS PLACAS OCLUSAIS E DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES TRATADOS COM DIAGNÓSTICO DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Lea Maria Franceschi Dallanora
Camila Karen Fillipiaki
Analu Buzanello
Fábio José Dallanora
Mariana Machado T. de M. Costa
Leonardo Flores Luthi
Grasieli de Oliveira Ramos
Acir José Dirschnabel
Bruna Eliza de Dea

DOI 10.22533/at.ed.2961901046

CAPÍTULO 7 79

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM POLICIAIS MILITARES

Raísa Rebeqa Silva de Araújo
Lorena Mendes Temotéo Brandt
Alessandro Leite Cavalcanti

DOI 10.22533/at.ed.2961901047

CAPÍTULO 8 86

RAPID PROTOCOL OF LLLT IN PATIENTS WITH MIOFASCIAL PAIN AND MOUTH OPENING LIMITATION: PRELIMINARY RESULTS

Vitória de Oliveira Chami
Anna Carolina Teixeira Centeno
Gisele Jung Franciscatto
Débora do Canto Assaf
Tatiana Bernardon Silva
Vilmar Antônio Ferrazzo
Mariana Marquezan

DOI 10.22533/at.ed.2961901048

CAPÍTULO 9 92

AVALIAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DO CALIBRE APICAL DE CONES DE GUTA-PERCHA E O EFEITO DA PERDA DE PESO DESTES CONES APÓS A DESINFECÇÃO POR DIFERENTES LÍQUIDOS

Cássia Bocchino Seleme
Ana Flávia Pereira Heck
Elisa Karina Donda
Maria Isabel Anastacio Faria de França
Alexandre Roberto Heck
Egas Moniz de Aragão
Alessandra Timponi Goes Cruz
Guilherme Jun Cucatti Murakami

DOI 10.22533/at.ed.2961901049

CAPÍTULO 10 108

AVALIAÇÃO IN VITRO DA PRODUÇÃO E EXTRUSÃO DE DEBRIS COM INSTRUMENTOS RECIPROCANTES

Karina Domingues Holzmann
Tainara Caroline Cogo de Oliveira
Júlio Cezar Chidoski-Filho
Fábio André dos Santos
Aline Cristine Gomes Matta
Fabrício Rutz da Silva

CAPÍTULO 11 122

DETECÇÃO DO 4º CANAL EM PRIMEIROS MOLARES SUPERIORES UTILIZANDO QUATRO MÉTODOS CLÍNICOS DIFERENTES

Layse Ribeiro Schuster
Simone Helena Ferreira Gonçalves
Ana Paula Martins Gomes
Gabriela Marcelle Almeida Santos
Carlos Xavier Muniz
Juliana Boa Sorte de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.29619010411

CAPÍTULO 12 131

IMPACTO DE DIFERENTES INSTRUMENTOS ROTATÓRIOS NA DISTRIBUIÇÃO DE ESTRESSE DURANTE O TRATAMENTO DE CANAIS RADICULARES

Júlia Adornes Gallas
Shelyn Akari Yamakami
Igor Bassi Ferreira Petean
Ana Paula Macedo
Aline Evangelista Souza-Gabriel
Manoel Damião de Sousa Neto
Regina Guenka Palma-Dibb

DOI 10.22533/at.ed.29619010412

CAPÍTULO 13 144

MEDIDA DA ACIDEZ E ALCALINIDADE DE PASTAS ENDODÔNTICAS ASSOCIADAS À ALOE VERA

Jorge Pereira Júnior
Nayane Chagas Carvalho Alves
Juliana Cordeiro Cardoso
Diana Santana de Albuquerque
Maria Amália Gonzaga Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.29619010413

CAPÍTULO 14 155

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES BUCAIS, PARÂMETROS SALIVARES, DIETA E HIGIENE ORAL QUANTO AO RISCO DE CÁRIE E EROÇÃO DENTAL EM PACIENTES OBESOS INDICADOS PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

Laís Renata Almeida Cezário Santos
Laís Brandão Nobre
Ana Clara de Almeida Silva
Barbara Maria Cavalcante Lôbo
Geisa Gabriella Rodrigues de Oliveira
Evanisa Helena Maio de Brum
Kristiana Cerqueira Mousinho
Sylvia Amélia Vasconcelos de Albuquerque
Natanael Barbosa dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.29619010414

CAPÍTULO 15 172

ODONTOGERIATRIA: SAÚDE BUCAL DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS DE LONGA PERMANÊNCIA

Larissa Raimundi

Ligia Dalastra
Alice Ribeiro Danielli
Emanuela Carla dos Santos
Daniela Faglioni Boleta Ceranto
Eliana C Fosquiera

DOI 10.22533/at.ed.29619010415

CAPÍTULO 16 184

CÁRIE DE RADIAÇÃO – EFEITOS DA RADIOTERAPIA DE CABEÇA-E-PESCOÇO NA DENTINA RADICULAR: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS

Marília Mattar de Amoêdo Campos Velo
Marina Ciccone Giacomini
Letícia Ferreira de Freitas Brianezzi
Giovanna Speranza Zabeu
Rafael Simões Gonçalves
Cassia Maria Fischer Rubira
Paulo Sérgio da Silva Santos
Linda Wang

DOI 10.22533/at.ed.29619010416

CAPÍTULO 17 199

EFEITOS DO ALENDRONATO DE SÓDIO NO REPARO ÓSSEO

Fernanda Tiboni
Suyany Gabrielly Weiss
Jennifer Tsi Gerber
Allan Fernando Giovanini
Rafaela Scariot

DOI 10.22533/at.ed.29619010417

CAPÍTULO 18 209

INFLUÊNCIA DA HIPOSSALIVAÇÃO NO PH BUCAL E NA PRESENÇA DE NITRITO NA SALIVA

Amanda Rafaela da Silva Amorim
Mayara Ricardo Moraes
Mariana de Lyra Vasconcelos
Herculano Ramirez Floro Alonso
Kelly de Moura Ferreira
Lilianny Querino Rocha de Oliveira
José de Amorim Lisboa Neto
Camila Maria Beder Ribeiro Girish Panjwani

DOI 10.22533/at.ed.29619010418

CAPÍTULO 19 217

RELAÇÃO ENTRE PH SALIVAR E PRESENÇA DE NITRITO NA CAVIDADE BUCAL ATRAVÉS DA ANÁLISE BIOQUÍMICA DA SALIVA

Amanda Rafaela da Silva Amorim
Mayara Ricardo Moraes
Mariana de Lyra Vasconcelos
Herculano Ramirez Floro Alonso
Kelly de Moura Ferreira
José de Amorim Lisboa Neto
Camila Maria Beder Ribeiro Girish Panjwani

DOI 10.22533/at.ed.29619010419

CAPÍTULO 20 227

ANÁLISE BIOQUÍMICA DA SALIVA PARA DETECÇÃO DA PRESENÇA DE NITRITOS

Amanda Rafaela da Silva Amorim
Mayara Ricardo Moraes
Mariana de Lyra Vasconcelos
Herculano Ramirez Floro Alonso
Kelly de Moura Ferreira
José de Amorim Lisboa Neto
Camila Maria Beder Ribeiro Girish Panjwani

DOI 10.22533/at.ed.29619010420

CAPÍTULO 21 235

ESTUDO COMPARATIVO DA ESTRUTURA DO FÍGADO ENTRE RATAS JOVENS, ADULTAS E IDOSAS

Andréia Affonso Barretto Montandon
Eleny Zanella Balducci
José Paulo de Pizzol Júnior
Cleverton Roberto Andrade

DOI 10.22533/at.ed.29619010421

CAPÍTULO 22 250

APLICAÇÃO LOCAL DO LÁTEX DA **HANCORNIA SPECIOSA** GOMES A 2.5% NÃO FAVORECE A NEOFORMAÇÃO E NEM A MINERALIZAÇÃO ÓSSEA EM RATOS

Francielly Andressa Felipetti
Juliana dos Santos Neves
Ingrid Grazielle Sousa
Pedro Duarte Novaes

DOI 10.22533/at.ed.29619010422

CAPÍTULO 23 260

“AVALIAÇÃO DE CIRURGIA GUIADA DE IMPLANTE INTEGRANDO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E ESCANEAMENTO ÓTICO PARA FABRICAÇÃO DE GUIA CIRÚRGICO”

Eduardo Mendes de Paula
Vinícius Fabris
Fernando Esgaib kayatt
Flávio Domingues das Neves
Milena Bortolotto Felipe Silva
Ricardo Raitz

DOI 10.22533/at.ed.29619010423

CAPÍTULO 24 269

CORROSION RESISTANCE AND ANTI-BIOFILM EFFECT OF ROCK ROSE REMEDY: A POTENTIAL PREVENTIVE MEASURE IN IMPLANT THERAPY

Ana Beatriz Sliachticas Monteiro

DOI 10.22533/at.ed.29619010424

CAPÍTULO 25 283

IMPLANTES DENTÁRIOS IMEDIATOS INSTALADOS EM ALVÉOLOS INFECTADOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE REVISÕES SISTEMÁTICAS

Olavo Barbosa de Oliveira Neto
Fabiano Timbó Barbosa
Célio Fernando de Sousa Rodrigues
Fernando José Camello de Lima

DOI 10.22533/at.ed.29619010425

CAPÍTULO 26 296

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

Danielly Cunha Araújo Ferreira
Marília Neves Santos
Laíza Fernandes Martins
Marcela Magna Gomes Araújo Godoy
Camila Raíssa Oliveira Gontijo
Alessandra Maia de Castro

DOI 10.22533/at.ed.29619010426

CAPÍTULO 27 311

DEFEITOS DE DESENVOLVIMENTO DO ESMALTE NA DENTIÇÃO DECÍDUA: AMELOGÊNESE,
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FATORES ETIOLÓGICOS E PERINATAIS

Elisa Miranda Costa
Ana Carolina Mendes Pinheiro
Judith Rafaelle Oliveira Pinho
Cecília Cláudia Costa Ribeiro
Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

DOI 10.22533/at.ed.29619010427

CAPÍTULO 28 325

EFFECT OF ND:YAG LASER AND FLUORIDE TREATMENT ON THE PERMEABILITY OF
PRIMARY TOOTH ENAMEL

Juliana Jendiroba Faraoni
Shelyn Akari Yamakami
Danielle Torres Azevedo
Juliana dos Reis Derceli
Walter Raucci Neto
Regina Guenka Palma-Dibb

DOI 10.22533/at.ed.29619010428

SOBRE A ORGANIZADORA..... 337

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

Danielly Cunha Araújo Ferreira

Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal de Uberlândia

Área de Odontologia Pediátrica
Uberlândia- Minas Gerais

Marília Neves Santos

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de
Uberlândia

Coordenadora Técnica do Banco de Leite
Humano do Hospital de Clínicas da Universidade
Federal de Uberlândia
Uberlândia – Minas Gerais

Laíza Fernandes Martins

Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal de Uberlândia

Área de Odontologia Pediátrica
Uberlândia- Minas Gerais

Marcela Magna Gomes Araújo Godoy

Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal de Uberlândia

Área de Odontologia Pediátrica
Uberlândia- Minas Gerais

Camila Raíssa Oliveira Gontijo

Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal de Uberlândia

Área de Odontologia Pediátrica
Uberlândia- Minas Gerais

Alessandra Maia de Castro

Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal de Uberlândia

Área de Odontologia Pediátrica

Uberlândia – Minas Gerais

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. A taxa de prevalência da anquiloglossia em recém-nascidos varia entre 3% a 16%, esta discrepância é atribuída devido a falta de padronização ou critérios clínicos aceitos para a realização do diagnóstico precoce desta condição. Atualmente, existem três instrumentos disponíveis de avaliação do freio lingual: Instrumento de Hazelbaker, de Bristol e o Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual em Bebês. No entanto, ainda há discordâncias quanto à seleção do instrumento, à aplicação e necessidade de frenotomia. Portanto, o objetivo deste capítulo é apresentar o projeto de extensão elaborado para avaliar o freio lingual de bebês de forma multiprofissional, implementado pela Área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia e em parceria com o Banco de Leite Humano do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Neste projeto, os bebês são avaliados quanto à anquiloglossia e as mães em relação ao aleitamento materno por uma equipe multiprofissional. Primeiramente é

realizada a anamnese e em seguida, analisados aspectos clínicos do seio materno e da mamada e a cavidade bucal do bebê, com ênfase no freio lingual. Os três instrumentos disponíveis para diagnóstico de anquiloglossia, são utilizados para avaliação clínica e funcional do frênulo lingual. Todos os bebês que necessitarem do procedimento são submetidos à frenotomia lingual e acompanhados quanto ao ganho de peso e a continuidade do aleitamento materno.

PALAVRAS-CHAVE: Lactente; Anquiloglossia; Freio Lingual; Frenotomia

ABSTRACT: Ankyloglossia is a congenital condition characterized by the presence of a short lingual frenulum, which early evaluation is important, since the infant may have significant difficulties in relation to breastfeeding. Prevalence rate of ankyloglossia in newborns can range from 3% to 16%, this discrepancy is justified by the lack of standardization or accepted clinical criteria for the early diagnosis of this condition. There are currently three assessment tools: Hazelbaker Assessment Tool, Bristol Language Assessment Tool, and Lingual frenulum Testing Protocol for Babies. However, the current form of diagnosis still presents limitations, making it difficult to indicate the frenotomy, and further research on this topic is required. Therefore, the objective of this chapter is to present the project performed by a multiprofessional team for evaluation of the lingual frenulum of infants up to six months of age. This project was implemented by Pediatric Dentistry of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Uberlândia in partnership with Human Milk Bank. Babies are evaluated for ankylosis by a multiprofessional team, where the evaluation of the clinical aspects of the breast is carried out first, and then the evaluation of breastfeeding is carried out. The three instruments available for diagnosis of ankyloglossia (Hazelbaker Assessment, Bristol Instrument for Language Assessment and Protocol for Assessment of Lingual frenulum in Babies), are applied for clinical and functional assessment of the lingual frenulum. All infants who need to perform the procedure, are submitted to lingual frenotomy and are followed-up for weight gain and breastfeeding continuity.

KEYWORDS: Infant; Ankyloglossia; Lingual Frenulum; Frenotomy

1 | INTRODUÇÃO

A anquiloglossia é uma anomalia bucal congênita que se caracteriza por um freio lingual curto, o qual pode se apresentar clinicamente com aspecto delgado ou espesso, e estar inserido anteriormente, restringindo a mobilidade da língua em graus variáveis de severidade (FRANCIS et al., 2015; FERRÉS-AMAT et al., 2016; O'SHEA et al., 2017). A Classificação Internacional das Doenças (CID-10), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde – OMS, reconhece a anquiloglossia como doença, estabelecendo o código Q38.1 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). O freio lingual possibilita ou interfere na livre movimentação da língua, e quando não ocorre a sua apoptose completa, durante o desenvolvimento embrionário, o tecido residual que permanece pode limitar os movimentos da língua, podendo levar a anquiloglossia

(MARTINELLI et al., 2012). A exata etiologia da anquiloglossia é ainda desconhecida, embora seja provável que decorra de um desenvolvimento anormal da mucosa que recobre os dois terços anteriores da língua. Na maioria dos casos, a anquiloglossia é um achado isolado em crianças (Junqueira et al., 2014). Existem algumas evidências que a anquiloglossia pode ser uma alteração geneticamente transmissível, porém os componentes genéticos que regulam o fenótipo e a penetrância nos pacientes afetados são desconhecidos (SILVA et al., 2016). No entanto, tal achado físico pode estar associado a algumas síndromes (JANGID et al., 2015). Bebês diagnosticados com anquiloglossia podem vivenciar dificuldades na amamentação, pois apresentam destacamentos constantes do mamilo, incapacidade de vedamento no seio materno, engasgos, risco de desidratação neonatal, perda de peso e desmame precoce (PRANSKY et al., 2015). Para as lactantes, podem ser observados quadros de mastite, mamilos doloridos, dor ao amamentar ou hematomas no mamilo sendo também relacionados à anquiloglossia (ROWAN-LEGG et al., 2015). A literatura mostra considerável discrepância nas taxas de prevalência da anquiloglossia em recém-nascidos, variando entre 3% a 16%, todavia, os estudos coincidem quanto à predileção pelo sexo masculino, numa proporção homem/mulher de 3:1 (BURYK; BLOOM; SHOPE, 2011). A principal razão para esta ampla variação parece ser a falta de uma padronização ou critérios clínicos aceitos para a realização do diagnóstico (VENÂNCIO et al., 2015). Não existe um padrão universalmente aceito para diagnosticar a anquiloglossia, os critérios diagnósticos utilizados atualmente apresentam uma considerável variação. Algumas tentativas foram feitas nesse sentido, entretanto, ainda não se estabeleceu uma clara definição diagnóstica para a anquiloglossia, bem como para a classificação da sua severidade (SUTER; BORNSTEIN, 2009; YOUSEFI et al., 2015). Profissionais costumam avaliar o freio lingual a partir da observação visual do aspecto do frênulo ou, ainda, observando a mobilidade da língua. Em casos de bebês, a amamentação também é observada (MARCHESAN, 2010). O diagnóstico precoce possibilita o tratamento imediato e a prevenção dos problemas decorrentes da anquiloglossia. Além disso, o exame é simples, rápido, indolor e acessível aos profissionais da área da saúde (MARTINELLI et al., 2015). O instrumento de Hazelbaker para avaliação da função do frênulo lingual - *Assessment Tool for Lingual Frenulum Function* - (ATLFF) (1993) foi o primeiro instrumento desenvolvido para avaliar de forma quantitativa a anquiloglossia e, por conseguinte, a recomendação da frenotomia lingual. São avaliados cinco itens relacionados à aparência do freio lingual e sete itens relacionados à sua função (AMIR et al., 2006; FERRÉS-AMAT et al., 2016). Um outro instrumento proposto para uma avaliação objetiva da aparência e função da língua em crianças com anquiloglossia, foi desenvolvido por Ingram et al. (2015) e é denominado *Bristol Tongue Assessment Tool* (BTAT), Os elementos da BTAT são: (1) aparência da ponta da língua – foi selecionada porque, para muitos, é uma das principais formas de identificar a língua presa; (2) ligação à crista gengival inferior – permite ao profissional identificar a presença de anquiloglossia nos casos em que a

aparência pode não ser óbvia; (3) a elevação da língua - também é facilmente visualizada, desde que o bebê esteja acordado e é idealmente avaliada quando o bebê está chorando; (4) protrusão da língua – se a criança estiver dormindo e o avaliador for incapaz de perceber a protrusão da língua do bebê, os pais costumam estar cientes do quão longe o seu bebê pode projetar sua língua. Este é também um dos itens em que os pais prioritariamente observam melhoria após a frenotomia. As pontuações obtidas para os quatro itens são somadas e podem variar de 0 a 8, sendo que, escores de 0 a 3 indicam redução mais grave da função da língua (Ingram et al., 2015). Em 20 de junho de 2014, foi sancionada no Brasil a lei nº 13.002, segundo a qual torna-se obrigatória a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, proposto por Martinelli e colaboradores (2013), nas crianças nascidas nas dependências de todos os hospitais e maternidades do país. Este novo protocolo é dividido em três partes: história clínica (aspectos hereditários e perguntas à mãe sobre a amamentação); avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção não-nutritiva e nutritiva. O protocolo de avaliação do frênulo lingual, recomenda a triagem neonatal (realizada nas primeiras 48 horas após o nascimento), na qual é realizada somente a avaliação anatomofuncional do bebê, considerando que o bebê demora de 15 a 20 dias para se adaptar às novas condições de vida. Esta avaliação inicial permite diagnosticar os casos mais severos e indicar a frenotomia lingual já na maternidade. Nos casos onde houver dúvida, ou não for possível visualizar o freio lingual, o bebê é encaminhado para reteste com 30 dias de vida e o protocolo completo é aplicado. Deve-se ressaltar que os pais devem ser orientados sobre possíveis dificuldades na amamentação, para que não ocorra o desmame precoce nesse período (MARTINELLI, 2013). É bem estabelecido o fato de que a anquiloglossia não se resolve por conta própria. A frenotomia, que é comumente realizada, pode corrigir a restrição ao movimento da língua e permitir uma amamentação mais efetiva com menos dor mamar materno (O'SHEA et al., 2017). De acordo com a Academia Americana de Odontologia Pediátrica (2015/16), a frenotomia é o procedimento de escolha para tratamento da anquiloglossia em lactentes, que consiste na divisão (corte) do freio lingual. Outros procedimentos incluem a frenuloplastia (correção da posição anatômica) e frenectomia ou frenulectomia (excisão do frênulo lingual). O procedimento de frenotomia gera mínimo desconforto para os bebês, uma vez que o freio lingual tem sua membrana desprovida de inervação sensorial, é fino e pouco vascularizado, resultando em escasso sangramento após o corte. A criança pode ser amamentada imediatamente após a frenotomia (JUNQUEIRA et al., 2014; PRABORINI et al., 2015). No entanto, um estudo de revisão de literatura foi realizado com o objetivo de determinar se a frenotomia é um procedimento seguro e eficaz na melhora da capacidade de alimentação bucal entre crianças com menos de três meses de idade e verificou-se que após a frenotomia, as mães relataram redução da dor nos mamilos e nas mamas em curto prazo, porém nenhum estudo foi capaz de relatar se a frenotomia leva à uma amamentação bem sucedida a longo prazo, não sendo encontrado efeito positivo

consistente sobre a amamentação infantil (O'SHEA et al., 2017). Até o momento não existe um teste considerado padrão-ouro para diagnóstico de anquiloglossia em neonatos, que identifique casos graves e moderados ou que seja recomendado para triagem neonatal (VENÂNCIO et al., 2015). Diante dessas informações justifica-se a implementação de um programa que busque a avaliação conjunta e multiprofissional do frênulo lingual, para oferecer um diagnóstico precoce, seguro e preciso e assim evitar a realização de frenotomias desnecessárias.

2 | AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DO FREIO LINGUAL

Inicialmente, o projeto foi submetido à análise do Sistema de Informação de Extensão e Cultura (SIEEX) da Universidade Federal de Uberlândia recebendo o número de registro 15708.

Na consulta inicial, é realizada uma anamnese com os pais, para preenchimento da ficha clínica na qual constam dados de identificação da mãe (aspectos gestacionais, do parto e sobre as condições do aleitamento materno), da criança e da sua condição clínica desde o nascimento (Fig.1). A ficha clínica é preenchida por meio de uma entrevista pessoal para garantir que todas as perguntas sejam respondidas. Durante esse momento, a equipe multidisciplinar acompanha todos os dados fornecidos pelos pais do bebê

Peso corporal do bebê

Os bebês são encaminhados para registro do peso e aqueles diagnosticados com anquiloglossia que necessitem da realização da frenotomia lingual tem seus pesos registrados de forma longitudinal, após 7, 30, 120 e 180 dias, para verificar se houve ganho de peso corporal após o procedimento e se o bebê está dentro dos padrões de normalidade para esse aspecto. A escolha dos períodos de avaliação foi determinada, de acordo com a OMS (2001), pois o aleitamento materno exclusivo deve ser realizado até os seis meses de idade, e só a partir desse período inicia-se a introdução de outros alimentos, o que poderia influenciar na avaliação do ganho de peso do bebê.

Protocolo de Avaliação Clínica do Seio Materno

A ficha para avaliação clínica do seio materno (Fig.2) foi especificamente elaborada e, tem o objetivo de verificar a presença ou ausência de aspectos que possam dificultar ou impedir a amamentação e consequentemente atuar como um fator impedor ao aleitamento materno. Os aspectos a avaliados são: ingurgitamento mamário, traumatismo mamilar (fissura, escoriação, erosão, vesículas, dilaceração), candidíase ou monilíase mamária, fenômeno de Raynaud, obstrução de ductos lactíferos, mastite, hipogalactia (baixa produção de leite) (Fig.3). Essa avaliação é realizada sob o

FICHA DE AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DO LACTENTE / LACTANTE

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: ___/___/___

Figura 1 – Ficha de avaliação inicial do Lactente/ Lactante contendo dados da anamnese e dos períodos pré, trans e pós-natais.

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 compridos
() Mamilos invertidos

Ingurgitamento mamário:

Apojadura () 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, () Sim () Não
 traumatismo, ingurgitamento) tratados:
 Quadro de fadiga e/ou estresse pós () Sim () Não
 parto:
 Higienização das mãos ao manipular o () Sim () Não
 seio:
 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 F e b r e () Presente () Ausente
 (acima de
 38°):
 Hiperemia: () Presente () Ausente Calafrios: () Presente () Ausente
 Calor: () Presente () Ausente Cefaleia: () Presente () Ausente
 Endurecimento: () Presente () Ausente Náuseas/ () Presente () Ausente
 Vômitos:
 Edema: () Presente () Ausente Mal estar: () Presente () Ausente
 Uso de medicamentos: () Sim () Não Qual(is)? _____

Mastite () 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 () entre 7-10% () > que 10% () Estável () Mãe não soube
 até 2ª semanas de vida: 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 () Sim ()
 carboidratos): Não
 Repouso materno: () Sim () Não
Baixa Produção de leite () Ausente () Presente

Figura 2 – Ficha clínica de avaliação do seio materno, de acordo com as principais patologias encontradas na literatura.



Figura 3 – A- Seio apresentando Candidíase. B- Seio com dilaceração mamilar. C- Seio com bico invertido.

Avaliação da Mamada

A avaliação clínica da mamada é realizada por meio de um roteiro desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (2004) (Fig. 4), onde são apresentados comportamentos favoráveis à amamentação e possíveis dificuldades, tanto da mãe como do lactente, além de outros indícios de problemas através de quatro seções. A mamada é avaliada e já são observados e corrigidos possíveis aspectos que possam interferir no aleitamento (posicionamento, pega e sucção) (Fig. 5).

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Sinais favoráveis à amamentação	Sinais de possível dificuldade
Observação geral da Mãe	
Mãe parece saudável () Sim () Não	Mãe parece doente ou deprimida () Sim () Não
Mãe relaxada e confortável () Sim () Não	Mãe parece tensa e desconfortável () Sim () Não
Mamas parecem saudáveis () Sim () Não	Mamas avermelhadas, inchadas / doloridas () Sim () Não
Mama bem apoiada, c/ dedos fora do mamilo () Sim () Não	Mama segurada com dedos na aréola () Sim () Não
Observação geral do Bebê	
Bebê parece saudável () Sim () Não	Bebê parece sonolento ou doente () Sim () Não
Bebê calmo e relaxado () Sim () Não	Bebê inquieto ou chorando () Sim () Não
Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê () Sim () Não	Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil () Sim () Não
Bebê busca/alcança a mama se está com fome () Sim () Não	O bebê não busca, nem alcança () Sim () Não
Posição do bebê	
A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados () Sim () Não	Pescoço/cabeça do bebê girados ao mamar () Sim () Não
Bebê seguro próximo ao corpo da mãe () Sim () Não	Bebê não é seguro próximo () Sim () Não
Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo () Sim () Não	Queixo e lábio inferior opostos ao mamilo () Sim () Não
Bebê apoiado () Sim () Não	Bebê não apoiado () Sim () Não
Pega	
Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê () Sim () Não	Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior () Sim () Não
A boca do bebê está bem aberta () Sim () Não	A boca do bebê não está bem aberta () Sim () Não
O lábio inferior está virado para fora () Sim () Não	Lábios voltados p/ frente/ virados para dentro () Sim () Não
O queixo do bebê toca a mama () Sim () Não	O queixo do bebê não toca a mama () Sim () Não

Sucção		Sucção	
Sucções lentas e profundas com pausas	() Sim () Não	Sucções rápidas e superficiais	() Sim () Não
Bebê solta a mama quando termina	() Sim () Não	Mãe tira o bebê da mama	() Sim () Não
Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina	() Sim () Não	Sinais do reflexo da ocitocina não percebidos	() Sim () Não
Mamas parecem mais leves após a mamada	() Sim () Não	Mamas parecem duras e brilhantes	() Sim () Não

Figura 4 – Formulário de observação da mamada desenvolvido pela OMS 2004.

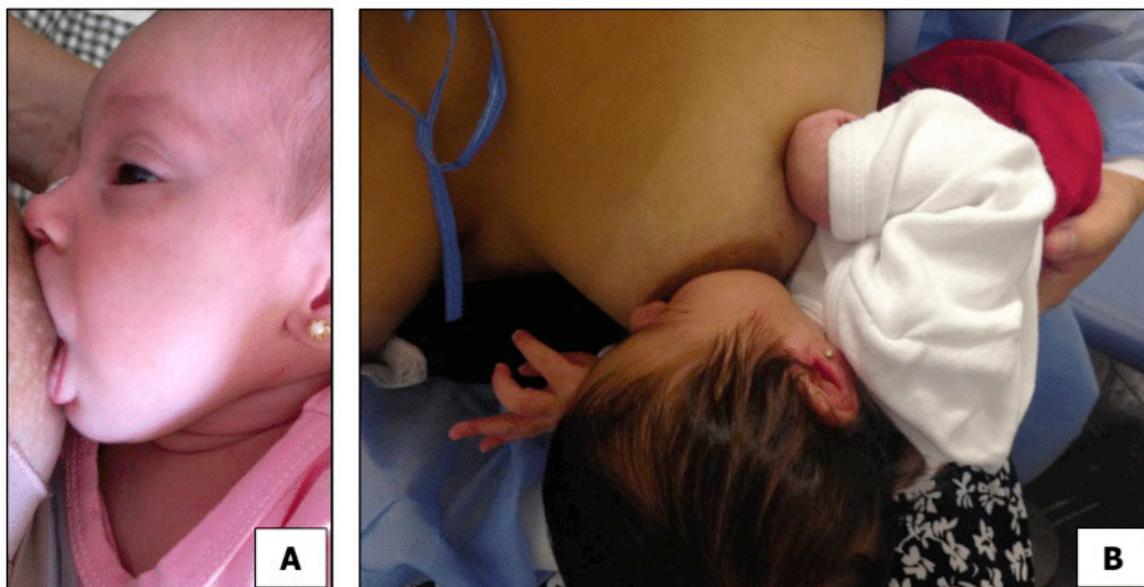


Figura 5 – A- Bebê sendo avaliado durante a amamentação, numa vista lateral podendo-se verificar os lábios evertidos e a desobstrução das vias aéreas superiores. B- Avaliação da mamada na qual foi orientada a utilização da posição invertida para melhora da qualidade do aleitamento materno.

Avaliação do freio lingual e comparação dos protocolos disponíveis para o diagnóstico

A avaliação do freio da língua é realizada por meio da aplicação dos três protocolos disponíveis na literatura:

- *Instrumento de Avaliação de Hazelbaker (ATLFF)*

Itens relacionados à aparência do frênulo lingual: aparência da língua quando elevada; elasticidade do frênulo; comprimento do frênulo lingual quando a língua é elevada; inserção do frênulo da língua à língua; inserção do frênulo da língua à crista alveolar inferior. Itens relacionados à função do frênulo lingual: lateralização; elevação e 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.

- *Instrumento de Avaliação da Língua de Bristol (BTAT):*

Itens avaliados: aparência da ponta da língua; fixação do frênulo à crista alveolar

inferior; elevação da língua durante o choro com a boca; protrusão da língua.

- Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual com Escores para Bebês:

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, frênulo lingual, espessura do frênulo lingual, fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua, fixação do frênulo 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).

Este exame é realizado com o bebê no colo da mãe e/ou responsável e o frênulo lingual avaliado quanto a sua presença e a possível interferência na amamentação.

Procedimento de Frenotomia Lingual

Após avaliação multiprofissional, adequação da mamada se necessário, preenchimento das fichas e dos protocolos, estabelece-se um consenso entre as avaliações e diante da confirmação da interferência do freio lingual na amamentação, o bebê é submetido à frenotomia. O procedimento é executado por dois docentes da Área de Odontologia Pediátrica e o preparo dos profissionais, ocorre obedecendo as normas de biossegurança para realização de cirurgias. O bebê é posicionado na cadeira odontológica na presença da mãe/pai e é aplicado o anestésico tópico em mínima quantidade (Lidocaína 5% pomada) ou Emla (Lidocaína 2,5% e Prilocaína 2,5%) na ponta de dois cotonetes, previamente esterilizados, durante um minuto na região do freio lingual, realizando-se uma compressão com os cotonetes no freio. Em casos de freios espessos, deve-se realizar anestesia terminal infiltrativa, levando-se em consideração a dosagem máxima permitida, em função do peso da bebê. Posteriormente à área anestesiada, posiciona-se a tentacânula (instrumento utilizado para elevação lingual) e a incisão do freio lingual com tesoura reta pequena de ponta fina. Em seguida, o bebê deverá ser colocado para mamar. Após sete dias da realização do procedimento os bebês são avaliados quanto à cicatrização no local da intervenção (Fig. 6).

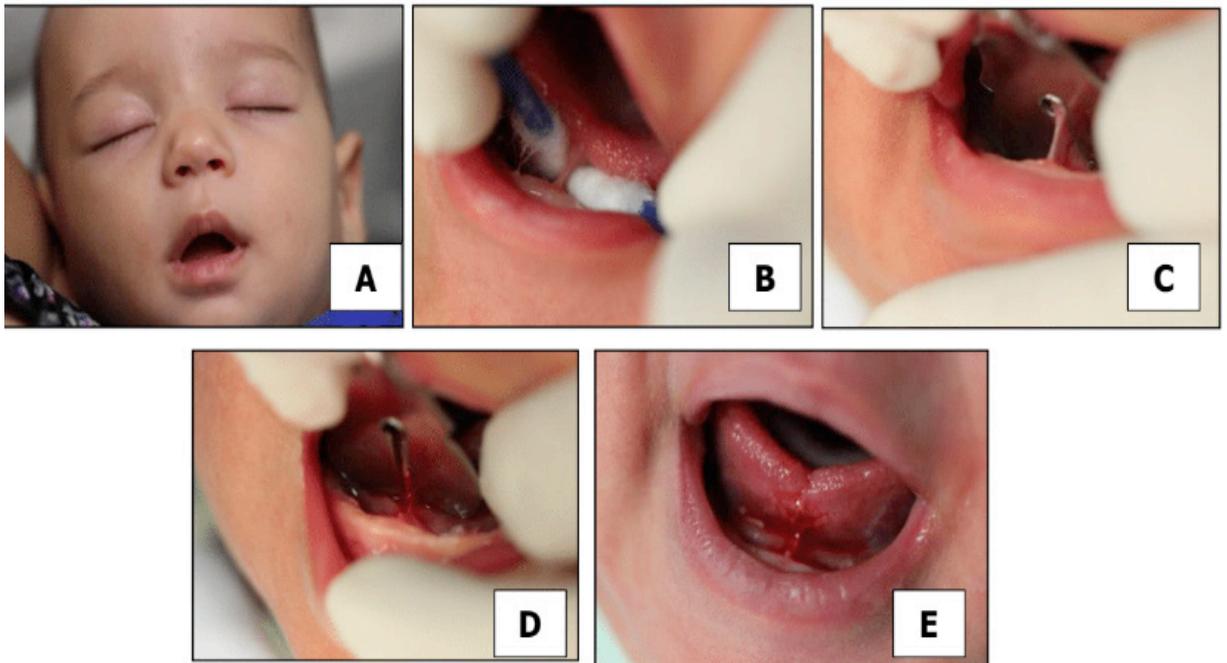


Figura 6 – A- Paciente em repouso, B- Aplicação do anestésico Lidocaína 2% gel com auxílio de cotonetes, C- Observação do freio lingual utilizando a Tentacânula, D- Corte do freio lingual com tesoura reta de ponta fina, E- Fotografia logo após a frenotomia.

Manejo da dor em lactentes

Atualmente, tem ocorrido uma frequente preocupação com o manejo da dor em lactentes, assim estratégias farmacológicas e não farmacológicas devem ser utilizadas na prática clínica (OMS, 2011). Por essa razão, anestésico tópico ou injetável é sempre utilizado, sendo a lidocaína, a primeira opção, na forma de pomada. O uso de anestésicos oftálmicos, contendo anestésicos tipo éster devem ser evitados, assim como anestésicos em spray e aqueles à base de benzocaína.

Entre as estratégias não farmacológicas para manejo da dor, o fato de colocar o bebê para mamar após a frenotomia envolve aspectos importantes, pois o leite materno e a amamentação apresentam mecanismos importantes que podem fornecer um efeito analgésico, como o contato pele a pele com a mãe, a doçura do leite materno e a presença de triptofano no leite, um precursor da melatonina, que é responsável pela aumento de endorfina (SHAH et al., 2012).

Complicações e acidentes

No projeto, não foi relatado nenhuma complicação ou acidente após as frenotomias. E embora a descrição da técnica possa parecer simples, o conhecimento de anatomia, aleitamento materno, farmacologia, psicologia e funções promotoras devem ser de domínio da equipe multiprofissional para abordagem criteriosa e cuidadosa da frenotomia.

Na literatura são relatados a presença de úlcera, pequeno sangramento e a necessidade de repetição do procedimento (BERRY et al., 2012; GRIFFITHS et al.,

2004; EMOND et al., 2014). No entanto, Opara et al. (2012) apresenta o relato de dois casos de lactentes com hemorragia severa após frenotomia lingual, executadas por pessoal não capacitado.

Acompanhamento pós-frenotomia

Os bebês que necessitem ou não da frenotomia lingual são encaminhados para a Clínica de Bebês que se destina ao atendimento de bebês de zero a três anos de idade, para que possam receber atenção odontológica precoce.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN ASSOCIATION OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Guideline on Management Considerations for Pediatric Oral Surgery and Oral Pathology**. Chicago, v. 37, n. 6, p. 279-288, 2015/2016.
- AMIR, L. H.; JAMES, J. P.; DONATH, S. M. Reliability of the Hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function. **International Breastfeeding Journal**, Londres, v. 9, n. 1, p. 3, 2006.
- BERRY J.; GRIFFITHS M.; WESTCOTT C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. **Breastfeeding Medicine**, v.7, n.3, p.189-193, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão. Versão 2008. Volume I.
- BURYK M.; BLOOM D.; SHOPE T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. **Pediatrics**, Chicago, v.128, n.2, p.280-288, 2011.
- EMOND A.; INGRAM J.; JOHNSON D.; BLAIR P.; WHITELAW A.; COPELAND M.; SUTCLIFFE A. Randomized controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild-moderate tongue-tie. **Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition**, v. 99, n. 3, p.189-195, 2014.
- FERRÉS-AMAT E.; PASTOR-VERA T.; FERRÉS-AMAT E.; MAREQUE-BUENO J.; PRATS-ARMENGOL J.; FERRÉS-PADRÓ E. Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood. Treatment of 101 cases. A protocol. **Medicina oral, Patologia oral y cirugía bucal**, v. 21, n. 1, p.39-47, 2016.
- FRANCIS D.O.; CHINNADURAI S.; MORAD A.; EPSTEIN R.A.; KOHANIM S.; KRISHNASWAMI S.; SATHE N.A.; MCPHEETERS M.L.; Treatments for ankyloglossia and ankyloglossia with concomitant Lip-Tie. **Agency for Healthcare Research and Quality (US)**, Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK299120/>.2015.
- GRIFFITHS D.M. Do tongue ties affect breastfeeding?, **Journal of Human Lactation**, v. 20, n. 4, p. 409-414, 2004.
- INGRAM J.; JOHNSON D.; COPELAND M.; CHURCHILL C.; TAYLOR H.; EMOND A. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. **Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition**. v. 100, n. 4, p. F344-F349, 2015.
- JANGID K.; ALEXANDER A.J.; JAYAKUMAR N.D.; VARGHESE S.; RAMANI P. Ankyloglossia with cleft lip: A rare case report. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 19, n. 6, p. 690, 2015.

JUNQUEIRA M.A.; CUNHA N.N.O.; COSTA E SILVA L.L.; ARAÚJO L.B.; MORETTI A.B.; COUTO FILHO C.E.; SAKAI V.T. Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children: a case series. **Journal of Applied Oral Science**, v. 22, n. 3, p. 241-248, 2014.

Martinelli R.L. **Relação entre as características anatômicas do frênulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês**. Bauru, 2013. 98 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, 2013.

MARTINELLI R.L.; MARCHESAN I.Q.; BERRETIN-FELIX G. Lingual frenulum protocol with scores for infants. **International Journal Orofacial Myology**, v. 38, p. 104-112, 2012.

MARTINELLI R.L.; MARCHESAN I.Q.; GUSMÃO R.J.; HONÓRIO H.M.; BERRETIN-FELIX G. The effects of frenotomy on breastfeeding. **Journal of Applied Oral Science**, v. 23, n. 2, p. 153-157, 2015.

MARCHESAN I.Q. Protocolo de avaliação do frênulo da língua. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 6, p. 977-989, 2010.

Organização Mundial de Saúde. **Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates**. Disponível em: <https://extranet.who.int/rhl/topics/newborn-health/care-newborn-infant/breastfeeding-or-breast-milk-procedural-pain-neonates>.

OPARA P. I.; GABRIEL-JOB, N.; OPARA K.O. Neonates presenting with severe complications of frenotomy: a case series. **Journal of medical case reports** v. 6, n. 1, p. 77, 2012.

O'SHEA J.E.; FOSTER J.P.; O'DONNELL C.P.; BREATHNACH D.; JACOBS S.E.; TODD D.A.; DAVIS P.G.; Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2017.

PRABORINI A.; PURNAMASARI H.; MUNANDAR A.; WULANDARI R.A. Early Frenotomy Improves Breastfeeding Outcomes for Tongue-Tied Infants. **Clinical Lactation**, v. 6, n. 1, p. 9-15, 2015.

PRANSKY S.M.; LAGO D.; HONG P. Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies: The influence of posterior ankyloglossia and upper-lip ties. **International journal of pediatric Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 10, p. 1714-1717, 2015.

ROWAN-LEGG A. Ankyloglossia and breastfeeding. **Journal of Paediatric and Child Health**, Melbourne, v.20, n.4, p.209-218, 2015.

SHAH P.S.; HERBOZO C.; ALIWALAS L.L.; SHAH V.S.; Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2006.

SILVA, P.I. et al. Frenectomia lingual em bebê: relato de caso. **Revista Bahiana de Odontologia**, Salvador, v.7, n.3, p.220-227, 2016.

SUTER V.G.; BORNSTEIN M.M. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. **Journal of Periodontology**, v. 80, n. 8, p. 1204-1219, 2009.

VENÂNCIO, S. I. et al. **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. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/PTC_Anquiloglossia_com_capa_09set2015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/PTC_Anquiloglossia_com_capa_09set2015%20(1).pdf). Acesso em Jun/2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Positioning a baby at the breast. In: Integrated Infant Feeding Counselling: a trade course**. Geneva: WHO; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The optimal duration of exclusive breastfeeding: a**

systematic review. Geneva: WHO; 2001.

YOUSEFI J.; NAMINI F.T.; RAISOLSADAT S.M.A.; GILLIES R.; ASHKEZARI A.; MEARA J.G. Tongue-tie Repair: Z-Plasty Vs Simple Release. **Iranian journal of otorhinolaryngology**, v. 27, n. 79, p.127, 2015.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-229-6

