



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

SANDRA MARA TEIXEIRA DE SOUZA CAMPOS

**ALTERAÇÕES NO FRÊNULO LINGUAL E SEUS IMPACTOS NO ALEITAMENTO
MATERNO**

FORTALEZA – CEARÁ
2023

SANDRA MARA TEIXEIRA DE SOUZA CAMPOS

Alterações no frênulo lingual e seus impactos no aleitamento materno

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Assistência ao Recém-nascido.

Orientador: Profa. Dra. Rivianny Arrais Nobre

FORTALEZA - CEARÁ
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C217a Campos, Sandra Maria Teixeira de Souza.
Alterações no frênulo lingual e seus impactos no aleitamento materno / Sandra Maria
Teixeira de Souza Campos. – 2023.
70 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina,
Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Rivianny Arrais Nobre.

1. Anquiloglossia. 2. Freio lingual. 3. Desmame. 4. Recém-nascido. 5. Aleitamento
materno. I. Título.

CDD 610

SANDRA MARA TEIXEIRA DE SOUZA CAMPOS

ALTERAÇÕES NO FRÊNULO LINGUAL E SEUS IMPACTOS NO ALEITAMENTO
MATERNO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Assistência ao Recém-nascido.

Orientador: Profa. Dra. Rivianny Arrais Nobre

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rivianny Arrais Nobre (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. João Joaquim Freitas do Amaral
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra Maria Cláudia Mendes Caminha Muniz
Professora UNICHRISTUS

“Sonhos são adoráveis. Mas são só sonhos. São fugazes, efêmeros, bonitos. Sonhos não se tornam realidade só porque você sonhou. É o esforço que faz as coisas acontecerem. É o esforço que cria mudança”. (Shonda Rimes)

AGRADECIMENTOS

À Deus e à minha Mãe Maria,

Que me mantem segura sob suas bençãos e sua presença constante em minha vida.

Aos meus pais, Maria e Souza,

Pelo exemplo de amor, esforço e determinação. Obrigada por serem meu refúgio e minha fortaleza;

Ao meu marido André,

Pelo amor, compreensão e apoio de sempre em cada etapa da minha vida,

As minhas filhas, Lívia e Laura,

que tanto souberam compreender meus momentos de preocupação e dedicação a esse estudo, por serem meu verdadeiro sentido da vida,

Aos meus irmãos,

Pelo estímulo e incentivo aos meus projetos de vida,

À Universidade Federal do Ceará pela oportunidade de mais uma qualificação,

À minha orientadora Dra. Rivianny Arrais pela dedicação, confiança, conhecimentos compartilhados e paciência,

A professora Manuela Coelho pelos direcionamentos e parceira na pesquisa,

A Irilândia pela disponibilidade e compromisso,

Ao Hospital e Maternidade Zilda Arns por viabilizar a pesquisa,

A colega Maria Raquelle de Oliveira Melo, fonoaudióloga do hospital, pela participação e colaboração junto a pesquisa,

Aos meus colegas de turma do mestrado pela união, incentivo, reflexões, críticas e sugestões,

A todas as mães que participaram da pesquisa e por confiarem seu bem mais

precioso seus filhos.

RESUMO

O aleitamento materno é a melhor forma de alimentar o bebê devendo ser exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. A sucção adequada constitui-se importante fator que influencia na prática do aleitamento materno. Para a extração do leite, a função de sucção do recém-nascido depende de um adequado funcionamento da língua, incluindo o frênulo lingual. A anquiloglossia é uma anomalia congênita, que ocorre quando os tecidos remanescentes embriológicos, que deveriam ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento embrionário, permanecem na face inferior da língua, restringindo seus movimentos. Desta forma, são necessários estudos que investiguem e discutam as relações ou mesmo interferências do frênulo lingual e dificuldades na amamentação. A presente pesquisa objetivou analisar alterações no frênulo lingual de bebês e suas repercussões no aleitamento materno. Estudo longitudinal com abordagem quantitativa realizado junto a uma população de alojamento conjunto com 466 binômios mães-bebês nascidos a termo onde 13 (treze) recém-nascidos apresentaram alteração do frênulo lingual de acordo com o de Teste de Triagem Neonatal preconizado pelo Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual em bebês, sendo selecionados para acompanhamento. Foram obtidos dados nos primeiros 30 dias de vida (momento 01) e entre o 31^o e 180^o dias (momento 02). Coletou-se informações obstétricas e variáveis relacionadas a aleitamento materno e realização da frenotomia. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e analítica usando o Teste Exato de Fisher e Teste T de Student. Com incidência de 27 bebês com alterações por 1000 nascidos a termo, evidenciamos que fazer ou não a frenotomia não apresentou estatisticamente significância para o ato de amamentar de forma exclusiva em relação as variáveis estudadas, não havendo impacto do freio lingual na prática do aleitamento materno. É importante ressaltar que se fazem necessário outros estudos sobre a repercussão da anquiloglossia na amamentação, diferenciando-o de dificuldades de manejo inicial, bem como padronização da avaliação e tratamento. Também, maior capacitação dos profissionais acerca do tema, para que possam auxiliar nas dificuldades que possam ocorrer e maior padronização das orientações aos familiares. A temática ligada aos freios orais tem despertado um interesse crescente na comunidade científica e evidenciam a preocupação em desvendar o impacto real da anquiloglossia na amamentação do bebê, assim como a necessidade de buscar um consenso no diagnóstico em relação à indicação cirúrgica.

Palavras-chave: anquiloglossia; freio lingual; desmame; recém-nascido; aleitamento materno; língua.

ABSTRACT

Breastfeeding is the best way to feed the baby and should be exclusive for the first 6 months of life. The tongue plays a key role in sucking, swallowing and transporting food. Adequate sucking is an important factor that influences the practice of breastfeeding. For the extraction of milk, the sucking function of the newborn depends on an adequate functioning of the tongue, including the lingual frenulum. Ankyloglossia is a congenital anomaly that occurs when the remaining embryological tissues, which should have undergone apoptosis during embryonic development, remain on the underside of the tongue, restricting its movements. Thus, studies are needed to investigate and discuss the relationships or even interference of the lingual frenulum and difficulties in breastfeeding. The present study aimed to analyze changes in the lingual frenulum of babies and their repercussions on breastfeeding. Longitudinal study with a quantitative approach carried out with 13 (thirteen) mother-infant binomials selected in rooming-in with a score equal to or greater than 7 (seven) considered altered lingual frenulum according to the score of the Neonatal Screening Test recommended by the Frenulum Assessment Protocol Lingual. Data were collected in the first 30 days of life (time 01) and between 310 and 1800 (time 02). Obstetric data from the mother and variables related to breastfeeding were collected, in addition to the indication and performance of frenotomy. Data were analyzed using descriptive and analytical statistics using Fisher's Exact Test and Student's T Test. Of the 466 children born at term during the study period, 13 had ankyloglossia, with an incidence of 27 babies with alterations per 1000 born at term. In the present study, it was shown that whether or not to perform frenotomy was not statistically significant for the act of breastfeeding exclusively in relation to the variables in question. Thus, through this study, observing the results, we can conclude that there was no impact of the lingual frenulum in the practice of breastfeeding. It is important to point out that further studies are needed on the impact of ankyloglossia on breastfeeding, differentiating it from initial management difficulties, as well as standardization of evaluation and treatment. Also, greater training of professionals on the subject, so that they can help with difficulties that may occur and greater standardization of guidelines for family members. The findings of this study demonstrate that the topic related to oral frenulum has aroused a growing interest in the scientific community and highlight the concern to unveil the real impact of ankyloglossia on breastfeeding the baby, as well as the need to seek a consensus on the diagnosis regarding the indication surgical.

Keywords: ankyloglossia; tongue frenulum; weaning; newborn; breastfeeding; tongue

LISTA DE FIGURA

Figura 01 -	Delineamento	da	Pesquisa	
			22

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Idade gestacional, tempo de internação, valos do teste e reteste da linguinha. Fortaleza-CE, 2023 (n=13)	27
Tabela 02 - Descrição das características da amamentação, histórico familiar de língua presa e indicação e realização da frenotomia. Fortaleza-CE, 2023 (n=13)	28
Tabela 03 - Teste de médias para verificar homogeneidade entre os grupos com e sem frenotomia em relação a idade gestacional, tempo de internação e valores do teste e reteste da linguinha. Fortaleza-CE, 2023 (n=13)	31
Tabela 04 - Teste para comparar homogeneidade dos grupos com e sem frenotomia em relação ao sexo dos bebês, se amamentou na maternidade, se a mãe sentiu dor, se fez a cirurgia no hospital e se tem histórico familiar de língua presa. Fortaleza-CE, 2023. (n=13). $p < 0,05$	31
Tabela 05 - Comparação entre grupos nos primeiros seis meses em relação as variáveis dependentes aleitamento materno exclusivo entre 30 e 180 dias. Fortaleza, CE, 2023. (n=13)	32
Tabela 06 - Relação entre a frenotomia e o ato de amamentar, amamentar exclusivo, apresentar fissura e ter dor. Fortaleza, CE, 2023 (n=13)	34
Tabela 07 - Associação entre o valor do teste e práticas de amamentação no momento 01. Fortaleza, CE, 2023	37

.....
Tabela 08 - Associação entre o valor do reteste e práticas de amamentação no momento 01. Fortaleza, CE, 2023
.....

38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCC	Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica
ABOPe	Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica
ABOPED	Associação Brasileira de Odontopediatria
ABRAMO	Associação Brasileira de Motricidade Orofacial
BTAT	Protocolo de Bristol
CEP	Comitê de ética e pesquisa
CFF	Conselho Federal de Fonoaudiologia
IG	Idade gestacional
PROPESQ	Programa de pesquisa
RN	Recém-nascido
SBFa	Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SMSF	Secretaria Municipal de Saúde do município de Fortaleza
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade de Federal do Ceará

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
1.2.	Justificativa	18
2.	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivos Geral	20
2.2	Objetivos Específicos	20
203.	METODOLOGIA	21
3.1	Tipo de pesquisa	21
3.2	Período e local de estudo	21
3.3	População e amostra	21
3.4	Critérios de inclusão	22
3.5	Critérios de exclusão	22
3.6	Instrumentos de Coleta de Dados	23
3.7	Análise de dados e apresentação dos resultados	24
3.8	Aspectos éticos	25

4.	RESULTADOS e DISCUSSÕES	26
5.	CONCLUSÃO	40
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO	48
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO I	49
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO II	51
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	53
	APÊNDICE - E – CARTILHA	55
	ANEXO A – TRIAGEM NEONATAL	69

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a melhor forma de alimentar o bebê devendo ser exclusiva nos primeiros 6 meses de vida. Para a extração do leite pelo recém-nascido, a sucção efetiva vai depender do adequado funcionamento da língua, incluindo frênulo lingual (FUJINAGA *et al.*, 2017).

Considera-se que a amamentação é muito importante para a saúde da criança e de sua mãe, a curto e longo prazo. Grande parte dos benefícios são evidenciados quando a amamentação ocorre de forma exclusiva (FUJINAGA *et al.*, 2017).

O Brasil tem evoluído na prática do aleitamento materno, entretanto a oferta precoce das fórmulas lácteas ou mesmo outros alimentos à criança é uma difícil realidade, impedindo que esta usufrua dos benefícios que o aleitamento proporciona, favorecendo o risco de morbidades (MARTINELLI; MARCHESAN; BERRETIN, 2013).

O desmame precoce ainda é uma situação real no Brasil, mesmo com as mães que tem a oportunidade de serem acompanhadas e orientadas por especialistas. Nos últimos anos, vem sendo discutido as condutas dos profissionais de saúde perante a amamentação, sendo unânimes os resultados que apontam que a capacitação do profissional de saúde seja elemento básico para obter êxito na amamentação (FUJINAGA *et al.*, 2017).

Como a amamentação natural nem sempre acontece de maneira adequada o profissional de saúde deve ter mais atenção e cuidado, identificando e intervindo nas dificuldades da mãe e/ou do bebê o quanto antes. Ressalta-se a importância de avaliar as estruturas anatômicas e a funcionalidade do complexo orofacial além do suporte profissional possibilitando o aleitamento materno, evitando assim traumas/frustrações, sejam de origem física ou psicológicas (MARTINELLI; MARCHESAN; BERRETIN; 2013).

A interrupção precoce da amamentação está relacionada a diversos fatores. As causas mais comuns incluem sucção ineficaz do bebê, fissuras mamilares recorrentes, causando desconforto ou dor no momento da mamada, disfunções orais, freio lingual alterado (MARTINELLI; MARCHESAN; BERRETIN, 2012;

MOSELE *et al.*, 2014; MEDEIROS *et al.*, 2018).

A amamentação bem-sucedida baseia-se em uma interação complexa entre a díade mãe-filho e na coordenação correta da sucção, deglutição e respiração do bebê. As estruturas anatômicas, em particular os movimentos dos músculos dos lábios, bochechas, língua, mandíbula e palato, devem ser sincronizados (FUJINAGA *et al.*, 2017).

Assim, a sucção adequada constitui-se importante fator que influencia na prática do aleitamento materno. Para que a sucção ocorra naturalmente, o recém-nascido necessita de coordenação dos reflexos orais, vedamento labial e adequada movimentação e protrusão da língua para extração do leite (FUJINAGA *et al.*, 2017).

Pode-se afirmar que a língua, juntamente com seus conjuntos musculares exerce um grande papel na execução das funções orofaciais: sucção, deglutição, mastigação e fala (MEDEIROS *et al.*, 2018).

Nos primeiros dias de vida, a anquiloglossia tem sido associada à dificuldade na amamentação de amamentar devido a mãe apresentar dor durante a mamada, fissura mamilar, icterícia e baixo suprimento de leite. Em relação ao bebê, dificuldades na pega e a mecânica de sucção abaixo do ideal podem resultar em ineficaz transferência de leite, mamadas excessivamente longas, ganho de peso inadequado, sendo um fator de risco para o sucesso da amamentação (CAMPANHA; MARTINELLI, PALHARES, 2019). Embora o procedimento cirúrgico pareça conferir melhoras nos resultados de alimentação e desconforto materno, a compreensão de como distinguir bebês com anquiloglossia significativa e aqueles com outros fatores que afetam o sucesso da amamentação é limitado. Desta forma, a indicação cirúrgica carece de mais embasamento científico, uma vez que existem poucos estudos de alta qualidade sobre o impacto da frenotomia lingual na amamentação (RUFFOLI *et al.*, 2005).

Estudos e pesquisas voltados a investigar o frênulo da língua, membrana mucosa que se conecta ao assoalho da boca, ganharam importância nas últimas décadas. Podemos dizer que a anquiloglossia conhecida popularmente como língua presa é uma condição na qual o frênulo da língua é anormalmente curto e espesso (ou delgado), sendo capaz de variar também em elasticidade e local de fixação (na língua e no assoalho da boca) de maneira que, nos casos mais graves, essa membrana interfere na livre movimentação da língua, implicando em alterações mais

frequentes na sucção e na fala (MEDEIROS *et al.*, 2018).

A anquiloglossia é uma anomalia congênita, que ocorre quando os tecidos remanescentes embriológicos, que deveriam ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento embrionário, permanecem na face inferior da língua, restringindo seus movimentos (KNOX, 2010).

A anomalia tem natureza hereditária, incidência maior no sexo masculino, ligado ao cromossomo X, herança autossômica dominante com mutação do gene TBX22 (MARCHESAN *et al.*, 2014).

Pode ocorrer de forma e graus variados podendo interferir nas funções orais em bebês com prevalência variando de 0,02 a 10,7%, sendo mais aceito que esteja entre 2 e 5% (SEGAL *et al.*, 2007; POWER; MURPHY, 2015). É importante salientar que o diagnóstico precoce da anquiloglossia pode reduzir as chances de desmame precoce, bem como minimizar os impedimentos para o desenvolvimento das funções orofaciais (MEDEIROS *et al.*, 2018).

A literatura apresenta que bebês avaliados e diagnosticados com frênulo lingual alterado são, em geral, submetidos ao procedimento cirúrgico. A frenotomia consiste na remoção parcial do frênulo língua. Tal procedimento pode ser realizado pela odontopediatra, otorrinolaringologista, cirurgião-dentista ou cirurgião buco-maxilo/facial (BURYK; BLOOM; SHOPE, 2011).

O diagnóstico correto da anquiloglossia com a indicação de tratamento cirúrgico é fundamental ponderar o binômio forma e função, sendo que a segunda, relacionada ao aleitamento materno, é preponderante na questão. O diagnóstico da anquiloglossia que necessita frenotomia não é puramente anatômico ou baseado na aparência, a limitação do movimento da língua é crucial para o fechamento do diagnóstico e na decisão da intervenção (SUTER; BORNSTEIN, 2009)

A frenotomia lingual não é uma descoberta atual e há informações de que no passado tal procedimento era realizado por parteiras, que utilizavam as próprias unhas para o corte (ABOPED, 2022).

Estudo avaliou o impacto da realização da cirurgia de frenotomia nos recém-nascidos e a presença de dor nos mamilos maternos durante a mamada, com melhora significativa da qualidade da pega em seio materno minimizando assim as queixas maternas favorecendo a amamentação mais confortável (MEDEIROS *et*

al., 2018). Estudo realizado por Webb, Hao e Hong (2013) constataram que a frenotomia lingual melhora os sinais e sintomas referidos pela mãe.

Em um estudo de revisão sistemática, Webb, Hao e Hong (2013), concluíram que o procedimento apresenta melhora em muitos aspectos da amamentação nos recém-nascidos, sendo considerado simples e seguro, com baixo índice de complicação. Muitos autores corroboram que o frênulo lingual alterado pode impactar nas funções orofaciais, desta forma, entendemos entende-se que a cirurgia pode evitar que as funções orais sejam prejudicadas por essa alteração (MESSNER *et al.*, 2000; HOGAN; WESTCOTT; GRIFFITHS, 2005; KNOX, 2010; MARTINELLI; MARCHESAN; BERRETIN-FELIX, 2013).

O protocolo de avaliação do frênulo lingual com escores para bebês proposto por Martinelli *et al.* (2015), conhecido pelo Teste da Linguinha, é uma técnica pioneira, desenvolvida no Brasil, para diagnosticar alterações do frênulo lingual em recém-nascidos. Seu objetivo é identificar e testar de forma precoce as limitações dos movimentos da língua causados pelo frênulo lingual curto que podem impactar nas funções exercidas pela mesma, evitando o desmame precoce.

Após aplicação do teste da linguinha classifica-se o frênulo como: normal (escore 0 a 4), alterado (acima de 7, sendo indicado a liberação do frênulo lingual) e duvidoso (5 e 6), necessitando de reteste até o 30º dia de vida do bebê (MARTINELLI, 2014).

O Teste da Linguinha, através da Lei Federal no. 13.002, no ano de 2014, tornou-se obrigatório em todos os hospitais e maternidades do Brasil, através do Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual com escores para bebês, devendo ser realizado nas 48 horas de vida do bebê (CFF, 2015), podendo ser aplicado por profissionais de saúde capacitados.

Além do acima descrito, há outros protocolos que avaliam o frênulo lingual e ainda não existe consenso. Pesquisadores sugerem padronização da avaliação para o diagnóstico da limitação dos movimentos da língua causados pelo frênulo lingual e a formação dos profissionais da saúde tem sido defendido, justificando sua importância em fornecer parâmetros avaliativos e intervencionistas mais assertivos evitando complicações na díade mãe-bebê (MARTINELLI; MARCHESAN; BERRETINX, 2012; MOSELE *et al.*, 2014).

Para Leal (2010), há controvérsias quanto a necessidade da indicação cirúrgica, sendo necessária uma avaliação multidisciplinar para o diagnóstico da anquiloglossia e a escolha do melhor método a ser indicado.

A indicação da cirurgia deve ser realizada nos casos que a amamentação se encontra prejudicada. A indicação advém de estudos não randomizados e de estudos clínicos com baixa qualidade metodológica e que não consideram desfechos clinicamente importantes (ganho adequado de peso nas primeiras semanas de vida ou manutenção da amamentação exclusiva por um período adequado), sendo assim, a efetividade da cirurgia de frenotomia é baseada em evidência fraca (ITO *et al.*, 2014; FRANCIS *et al.*, 2015; POWER; MURPHY; 2015; CADTH, 2016; ABOPED, 2018).

Atualmente, pareceres de órgãos e associações manifestaram-se através de notas técnicas sobre o procedimento de liberação do frênulo lingual: Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica (CIPE), Associação Brasileira de Odontopediatria (ABOPED), Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica (ABOPe), Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e Associação Brasileira de Motricidade Orofacial (ABRAMO). A Sociedade de Odontopediatria, de acordo com Mello Neto (2021), ressaltou que o pronto diagnóstico da anquiloglossia e seu devido tratamento pode promover a adequação das funções do sistema estomatognático por meio do procedimento cirúrgico de frenotomia e a consequente movimentação orgânica da língua no período pós cirúrgico. Demonstrou que a Odontopediatria evoluiu no método de diagnóstico e respectivo tratamento dessa anomalia, especialmente em neonatos, onde o acompanhamento realizado por uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiras, pediatras, fonoaudiólogos e odontopediatras é fundamental para um diagnóstico mais assertivo e a definição do tratamento adequado (ABOPED, 2022).

A Associação Brasileira de Odontopediatria admite o aumento do número de intervenções nos bebês nesses últimos anos. Considera que em parte, alguns procedimentos possam ter sido desnecessários afirmando que o diagnóstico e o tratamento devem ser feitos de maneira criteriosa, multidisciplinar e com o devido embasamento científico. Ressalta a necessidade do profissional, ao realizar a cirurgia do frênulo lingual, tenha pleno conhecimento das estruturas anatômicas e funcionamento, assim como, habilidades e conhecimento sobre a técnica cirúrgica

escolhida, para oferecer um tratamento seguro e eficiente ao paciente (ABOPED, 2022).

A Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica (ABOPe) também recentemente se manifestou em apoio à Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e à Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica (CIPE) em suas recentes notas técnicas sobre o aumento das intervenções cirúrgicas para o tratamento da anquiloglossia no Brasil.

Concorda que a avaliação e o tratamento da anquiloglossia nos recém-nascidos pretende promover a manutenção da amamentação. A ABOPe acredita que qualquer conduta que proteja e promova o aleitamento materno deva ser estimulada, mas considera que o “Teste da Linguinha” apresenta algumas controvérsias. Reforça que o procedimento de frenotomia não está livre de riscos, e que o não treinamento dos profissionais para lidar com complicações da anestesia e até mesmo do procedimento (sangramento, infecção) pode se tornar inseguro para os bebês.

Recentemente, em abril de 2023, a Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica (CIPE) se manifestou para prestar esclarecimentos à população, se pronunciando a respeito da hipertrofia ou restrição de freio lingual e indicações de tratamento cirúrgico (secção do freio lingual): 1. Todas as pessoas/bebês têm um freio lingual. A presença do freio lingual não é uma doença, embora esta estrutura anatômica tenha variações de pessoa para pessoa que não são indicação para tratamento cirúrgico. Apenas uma minoria de crianças apresenta sintomas decorrentes de anquiloglossia. 2. O exame do freio lingual (“teste da linguinha”) é uma rotina pediátrica, que faz parte do exame clínico. 3. A limitação grave do freio lingual pode causar dificuldades na amamentação, mas isto é incomum: na maioria das vezes, dificuldades da amamentação, inclusive dor e lesões secundárias da mama, são devidas a defeitos na técnica de amamentação, corrigíveis com simples orientação e correção do acoplamento do bebê à mama. A frenotomia lingual é um ato cirúrgico, com algumas complicações em potencial, mais comumente sangramento e frenotomia insuficiente. A secção do freio lingual deve ser feita de forma segura. Não é “um piquezinho” ou “uma bobagem”. 5. Os sintomas de uma anquiloglossia são distúrbios da amamentação e fonação. Não há trabalhos científicos sérios relacionando defeitos do freio lingual ao equilíbrio motor, distúrbios de movimento cervical ou torcicolo congênito (CIPE, 2023).

Por fim, no ano de 2022 a Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e da Associação Brasileira de Motricidade Orofacial (ABRAMO) se posicionou com relação ao "teste da linguinha" afirmou que quando se fala de anquiloglossia envolve profissionais de diferentes áreas, tanto na avaliação como no tratamento, mostrando que a língua presa é uma questão multidisciplinar complexa. Explica que o fonoaudiólogo faz parte da equipe multidisciplinar e interdisciplinar do aleitamento materno, sendo sua atribuição e responsabilidade, dentre outras, realizar a inspeção oral do frênulo lingual, avaliar o desempenho das funções orofaciais, sugerir a intervenção cirúrgica, quando necessário, e realizar o seguimento pós-cirúrgico, se necessário além de exercer com competência na avaliação dos impactos dessa limitação nas funções orofaciais. Finalizam que o diagnóstico e tratamento precoce, o teste e o procedimento cirúrgico, sejam realizados por profissionais especializados e treinados para tal. O diagnóstico assertivo, o conhecimento e habilidade para a realização do procedimento cirúrgico, e o trabalho em equipe garantem que não ocorra o subdiagnóstico ou sobre diagnóstico, bem como, iatrogenias.

1.2. Justificativa

A detecção precoce do frênulo lingual pode facilitar a tomada de decisão para correção e acompanhamento de maneira que tal condição não traga tantas repercussões para amamentação, deglutição, introdução alimentar, mastigação, fala, qualidade do sono e desenvolvimento global do bebê.

O tema estudado tem sido muito discutido atualmente e vem dividindo opiniões de profissionais que atuam na área materno-infantil, necessitando de maior aprofundamento científico.

Na literatura científica, observa-se divergências da relação entre frênulo lingual e aleitamento materno. Os resultados mostram que o diagnóstico, classificação e tratamento da alteração do frênulo lingual não são uniformes. Muitos estudos descrevem as dificuldades na amamentação em recém-nascidos, porém, os autores ressaltam que não têm sido realizados estudos suficientes, que indiquem uma opção de tratamento adequado.

Diante do exposto, questiona-se: qual a associação entre alterações no frênulo lingual alterado e a dificuldades no processo de amamentação?

A necessidade de aprofundar alguns questionamentos e verificar os impactos do frênulo lingual alterado na amamentação poderá implicar no atendimento diferenciado dos profissionais da saúde materno-infantil (BRASIL, 2018).

Em vista disso, a relevância de estudos sobre a interferência desta condição no aleitamento materno poderá ser de grande importância para ampliar o olhar dos profissionais que trabalham na área materno infantil de forma a reduzir as intervenções desnecessárias evitando iatrogenias, com o intuito de priorizar a promoção da saúde e qualidade de vida da mãe e do bebê (BRASIL, 2015; CFF, 2022).

Destaca-se que, embora a avaliação do frênulo lingual em recém-nascidos tenha se tornado obrigatória, na literatura não existe consenso sobre quais instrumentos ou protocolos que deverão ser adotados para o diagnóstico, ou ainda quais profissionais devem realizar o procedimento cirúrgico. Assim, importante discutir como seriam realizados os diagnósticos na rotina dos serviços e quais seriam os desfechos das condutas terapêuticas, para que os procedimentos diagnósticos e os tratamentos sejam realizados de forma integrada e minimamente padronizada pelas equipes multiprofissionais, com ênfase no desenvolvimento integral das crianças brasileiras.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Geral

Analisar alterações no frênulo lingual de bebês e suas repercussões no aleitamento materno.

2.2. Objetivos Específicos

- Calcular incidência de anquiloglossia em uma população de recém-nascidos;
- Avaliar as práticas de aleitamento materno exclusivo ao final dos 30 dias até seis meses de vida dos bebês selecionados;
- Associar a realização de frenotomia com a prática do aleitamento materno exclusivo;
- Comparar as práticas de aleitamento materno com o grau de alteração no teste de triagem.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Estudo longitudinal, onde foram analisados dados em dois momentos, com abordagem quantitativa.

Nos estudos longitudinais, uma amostra fixa da população é medida repetidamente, ou seja, os mesmos indivíduos são avaliados ao longo do tempo. Destinam-se a estudar um processo ao longo do tempo para investigar mudanças, ou seja, refletem uma sequência de fatos (HADDAD, 2014).

Os estudos longitudinais são tipicamente estudos observacionais, pois geralmente se limitam a observar os elementos amostrais sem manipular fatores que possam alterar as variáveis de interesse.

3.2 Período e local de estudo

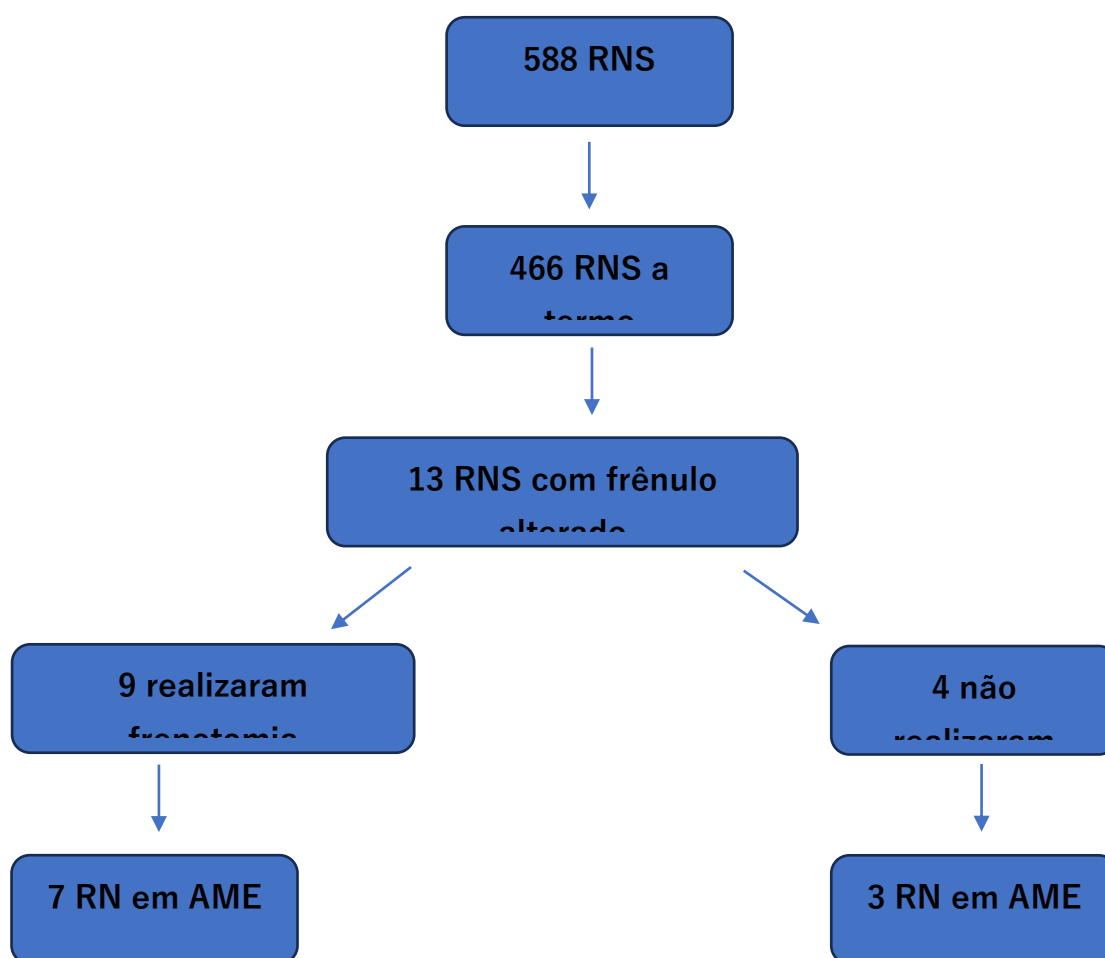
A pesquisa foi realizada no Hospital e maternidade Dra Zilda Arns NeumanHM na cidade de Fortaleza. O hospital é de nível secundário ligado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Fortaleza e considerado hospital de referência no atendimento às mulheres do Estado do Ceará e dentre as diversas especialidades se destaca a Obstetrícia. A pesquisa ocorreu no período de julho a dezembro de 2022 nas unidades de Alojamento Conjunto.

3.3 População e amostra

Dentre os 466 bebês a termo que nasceram no hospital no período do estudo, foram acompanhados 13 binômios mãe-bebê que apresentaram alterações no frênulo lingual e que realizaram ou não a frenotomia. Foram elegíveis para o estudo o binômio mãe-bebê por meio de uma amostra não probabilística, uma vez que par-

ticiparam do estudo os bebês nascidos no período de realização do estudo, respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

Figura 01 - Delineamento da Pesquisa



3.4 Critérios de inclusão

Recém-nascidos com idade gestacional de 37 semanas a 41 semanas e 6 dias, saudáveis com PGAR maior ou igual a 7(sete) no 5º (quinto) minuto, peso maior ou igual a 2000g, independente da via de parto, e suas mães.

3.5 Critérios de exclusão

Recém-nascidos com mal formações craniofaciais e síndromes genéticas receberam fórmula infantil (nascidos de mães portadoras de vírus transmitidos pelo leite materno ou usando medicamentos que impossibilitavam a amamentação) e mães que não desejam amamentar.

3.6 Instrumentos de Coleta de Dados

Após a identificação do nascimento de uma criança que se encaixasse nos critérios de inclusão do estudo e a mãe aceitasse participar do estudo procedia-se com o preenchimento de um instrumento com dados obstétricos (quantidade de partos, idade gestacional, tipo de parto, se houve intercorrências), dados sobre o RN (data do nascimento, sexo, peso ao nascer, apgar, presença de icterícia, escore do teste de triagem da linguinha, escore do reteste), informações sobre prática do aleitamento materno, uso de fórmula, se realizou procedimento de frenotomia, se foi realizado no hospital e tempo de internação. Tais dados foram coletados do prontuário. (APÊNDICE A).

As mães participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) antes de iniciarmos a coleta de dados.

O primeiro contato com a mãe aconteceu dentro do primeiro mês de vida do bebê, onde foi enviado via WhatsApp um questionário padronizado no Google formulário ou por ligação telefônica para as mulheres que não acessem redes sociais para realização da entrevista (APÊNDICE B – Questionário I). As variáveis investigadas foram: se houve uso de fórmula na maternidade, se realizou a frenotomia fora do hospital (às que não realizaram por ocasião da hospitalização), se está em aleitamento exclusivo, se a mãe sente dor ao amamentar, se teve fissura mamária se possui histórico familiar de língua presa. O segundo contato foi no intervalo de 31^o e o 180 dias pós-parto onde foi enviado, da mesma forma do anterior, o questionário 2 que se referia as questões referentes a amamentação e procedimento (amamentação exclusiva, dor, fissura, realizou procedimento, reavaliado no centro de referência (Apêndice C – Questionário II).

Para avaliação do frênulo lingual foi aplicado o Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual para Bebês, que permite verificar as características anatômicas do frênulo da língua e as funções de sucção e deglutição em bebês. Esse protocolo é dividido em História Clínica, Avaliação Anatomofuncional e Avaliação da Sucção

Não Nutritiva e Nutritiva. Tem pontuações independentes e pode ser aplicado por partes até o sexto mês de vida. Como o presente estudo foi feito em recém-nascidos durante sua internação no Alojamento Conjunto, optou-se pela aplicação do protocolo na modalidade de triagem neonatal (cartilha), que consistiu na aplicação apenas da Parte I do Protocolo (Avaliação Anatomofuncional). Na Avaliação Anatomofuncional foi observado: postura de lábios em repouso; tendência do posicionamento da língua durante o choro; forma da ponta da língua quando elevada durante o choro; e frênulo da língua (espessura, fixação na face sublingual, fixação no assoalho da boca). Para análise dos dados, considerou-se como interferência do frênulo lingual nos movimentos da língua a pontuação maior ou igual a 7 (MARTINELLI *et al.*, 2012; MOSELE *et al.*, 2014).

Os bebês nascidos foram submetidos ao teste de Triagem Neonatal de acordo com o Protocolo de Avaliação do Frênulo da Lingual com escores para bebês (MARTINELLI, 2015) pelos profissionais do serviço, mais especificamente, o médico (ANEXO A).

O "Teste da Linguinha", foi realizado nas primeiras 48 horas após o nascimento. Somente a avaliação Anatomofuncional foi aplicada.

3.7 Análise de dados e apresentação dos resultados

Os dados da pesquisa foram tabulados em planilhas do Word e submetidos à análise estatística *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21.0.

Como variáveis dependentes definiu-se a prática de aleitamento materno exclusivo e dificuldades da mãe em amamentar. As variáveis preditoras foram: realização de frenotomia, histórico familiar de língua presa, fissura mamária, presença de dor ao amamentar, realização da frenotomia no hospital, se o procedimento foi realizado no hospital ou após alta.

Para as variáveis numéricas, a normalidade dos dados foi avaliada por meio do teste Shapiro-Wilk. Devido ao tamanho da amostra, foi utilizado Teste exato de Fisher para verificar homogeneidade dos dados dicotômicos dos grupos teste *t* de Student (considerando que na análise do SPSS ele possui embutido o teste de Levene que pode ser aplicado quando o pressuposto de homogeneidade de variâncias não é acatado).

Foi realizado teste *t* de Student para amostras independentes com o objetivo de investigar em que medida a idade gestacional, os dias de internação e valores do teste e reteste da linguinha se diferenciava entre os grupos estudados. Para verificar a diferença entre os grupos que fizeram ou não a cirurgia em relação as variáveis dicotômicas gênero dos bebês, se amamentou na maternidade, se a mãe sentiu dor, se fez a cirurgia no hospital e se tem histórico familiar de língua presa foi utilizado o Teste exato de Fisher. Os dados também apresentados de forma descritiva de acordo com a normalidade dos dados (média, desvio-padrão, mínimo e máximo). Adotou-se um nível de significância de 5%. Os dados foram apresentados por meio de tabelas e analisados a luz da literatura.

3.8 Aspectos éticos

Uma carta de apresentação e pedido de autorização (Termo de anuência) contendo os devidos esclarecimentos da pesquisa foi enviada ao hospital solicitando a autorização para realização da pesquisa.

O Termo de Consentimento livre esclarecido (TCLE) foi baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadas para a Pesquisa em saúde, do Conselho Nacional em Saúde (Resolução 466/12) e foi assinado duas vias, de igual teor, onde uma via ficou em poder do participante da pesquisa e outra com os pesquisadores responsáveis.

Foram garantidos o sigilo de suas identidades e o uso das informações exclusivamente para fins de pesquisa, bem como os benefícios. A pesquisa acontece sem o surgimento de nenhuma complicação considerando que haveria riscos mínimo para a saúde mental, emocional e física, caracterizando por possível constrangimento gerado ao participante por ter que responder questões de cunho pessoal. Para minimizar tais riscos nenhuma das perguntas foi de caráter obrigatório, deixando a mulher a vontade para responder apenas o que lhe deixar confortável.

A pesquisa iniciou após aprovação do projeto pela Plataforma Brasil e autorização do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará – CEP/UFC/PROPESQ de acordo com preceitos éticos de pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Das 466 crianças nascidas a termo no período do estudo, 13 apresentaram anquiloglossia, com incidência de 27 bebês com alterações por 1000 nascidos a termo. Da amostra (n-13), todos tiveram indicação de realizar frenotomia sendo que três (3) bebês a realizaram no hospital antes da alta, seis (6) realizaram após alta hospitalar nos centros de referência, e quatro (4) não realizaram no período da pesquisa.

É importante ressaltar que a pesquisa foi realizada no período da pandemia e por esse motivo encontramos diversas dificuldades devido o hospital ter diminuído o número de leitos do alojamento pra demandas das rede de assistência da SMS o que impactou no número total de pacientes e no tamanho da amostra.

Estudo realizado no Brasil apontou que a presença de anquiloglossia foi de 4,8%, quando diagnosticada por meio do protocolo de Bristol (BTAT) e de 17,0%, quando utilizado o “Teste da Linguinha” (FRAGA *et al*, 2020)

Já na Espanha, Baldani *et al.* (2001), apontam a incidência de anquiloglossia de 1,49% a 1,59% em crianças de até 1 ano, sendo mais frequente nas meninas. Para Vieira (2017) a ocorrência dessa anomalia é de cerca de 1 indivíduo a cada 300 nascimentos. De acordo com Francis *et al.* (2015), essa variação nos dados provavelmente decorre da inconsistência dos métodos diagnósticos e da ausência de critérios universalmente aceitos para a identificação da condição. Em pesquisa semelhante realizada junto aos recém-nascidos no México demonstrou que a anquiloglossia na população estudada ficou em torno de 11% (FREUDENBERG, 2008).

Outros autores relatam a incidência da anquiloglossia em recém-nascidos varia entre os 0,02% a 5% (KUPIETZKY; BOTZER, 2005; BURYK *et al.*, 2011; EDMUNDS *et al.*, 2011) e apresenta uma relação entre homem-mulher de 3 para 1 (LALAKEA; MESSNER, 2003; KUPIETZKY; BOTZER, 2005; WEBB *et al.*, 2013).

Outros estudos revelam que as taxas de prevalência da anquiloglossia variam de 0,52% a 21% e podendo ter sido subestimadas em alguns estudos, nos quais não foram utilizado instrumento de avaliação padronizado. Assim, a anquiloglossia com sintomatologia limitada, por vezes, não foi diagnosticada. Entende-se que a adoção de um protocolo padronizado e unificado é indispensável para o diagnóstico precoce e o tratamento da alteração (FRANCIS *et al.*, 2015).

Das 13 crianças acompanhadas, 61,5% (n=08) eram do sexo masculino, apenas 7,7% (n=01) teve indicação e uso de fórmula na maternidade e somente dois (15,4%) apresentaram icterícia. Os dados apontam que a alteração de frênulo lingual está relacionada com o sexo masculino corroborando com estudos mais robustos. Freudenberg (2008) e Belmed *et al.* (2018) apontaram que a anormalidade acometeu mais os sujeitos do sexo masculino do que os do feminino.

Para testar a normalidade dos dados entre as variáveis: idade gestacional (IG), Apgar, tempo de internação e escores do teste e reteste foi utilizado o Teste Shapiro-Wilk, apresentados na Tabela 01. A idade gestacional (IG), apgar, tempo de internação e escores do teste e reteste estão apresentados na Tabela 01. A Idade gestacional (IG) foi a única variável que apresentou dados normais enquanto as demais variáveis não acataram o pressuposto da distribuição de normalidade e o Apgar comportou-se de forma constante pois todos os valores foram nove (09).

Tabela 01 - Idade gestacional, tempo de internação, valor do teste e reteste da linguinha. Fortaleza-CE, 2023 (n=13).

Variáveis	Média Mediana	Desvio Padrão	Mínimo-Máximo	p*
Idade Gestacional	38,9 ^α	1,18	37 - 41	0,329
Tempo de Internação	3,0 ^β	1,45	2 - 7	0,015
Teste	6,0	0,63	5 - 7	0,004
Reteste	7,0	0,59	7 - 9	0,000

^α Média ^β Mediana * Teste Shapiro-Wilk

O protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês - Teste da Linguinha aplicado na pesquisa é realizado pelo neonatologista do hospital. É importante ressaltar que quando o teste pontua 5-6, o frênulo lingual é classificado duvidoso (n=10) e conseqüentemente o médico solicita um parecer, ou seja, um reteste para a fonoaudióloga do serviço confirmar a alteração, indicando ou não a liberação da língua. Foi observado que o valor da pontuação no reteste realizado pela

fonoaudióloga apresentou aumento, passando do escore 5- 6 para escore 7, em 10 bebês (tabela 01). Todos os bebês com teste duvidoso ou alterado foram retestados e examinados pela mesma fonoaudióloga, evitando o viés de avaliação.

Analisando ainda os resultados da tabela 01, foi observado que a variável dos dias de internação dos 13 bebês não obteve aumento comparando os bebês que fizeram o procedimento com os que não fizeram, ficando em média 3 dias de internação no hospital.

Autores discutem a importância da triagem neonatal, considerando a prevalência de anquiloglossia, em graus variados, bem como, se a alteração da posição da língua configura-se um fator relevante e determinante para limitar ou impedir o aleitamento materno, de modo que a cirurgia de correção da posição do frênulo alterado, a frenotomia, seja realizada ainda nos primeiros dias de vida (O'SHEA *et al.*, 2017; MULDOON *et al.*, 2017; BILLINGTON; ARAÚJO *et al.*, 2018; BRZECKA *et al.*, 2019; CAMPANHA; MARTINELLI; PALHARES; 2019).

A tabela 02 apresenta descritivo em relação a características da amamentação, histórico familiar de língua presa e indicação e realização da frenotomia.

Tabela 02 - Descrição das características da amamentação, histórico familiar de língua presa e indicação e realização da frenotomia até 30 dias de vida (momento 01). Fortaleza-CE, 2023. (n=13)

Variáveis	Sim N (%)	Não N (%)
Amamentou na maternidade	12 (92,3)	01 (7,7)
Mãe sente dor ao amamentar	02 (15,4)	11 (84,6)
Fissura na mama	-	13 (100)
Histórico familiar de língua presa	06 (46,2)	07 (53,8)
Realizou Frenotomia	09 (69,2)	04 (30,8)
Frenotomia no hospital	03 (23,1)	10 (76,9)
Frenotomia pós alta*	06 (60,0)	04 (40,0)
Reavaliação em Centro de Referência	08 (61,5)	05 (38,5)

* Os percentuais foram calculados em cima apenas dos bebês que não fizeram frenotomia no hospital (n=10).

Estudos genéticos sugerem que uma das causas para anquiloglossia seja hereditária de origem autossômica dominante, relacionado ao cromossomo X, por mutação do gene T-box (MARCHESAN *et al* 2014). Nesta pesquisa, observamos que seis (6) bebês apresentaram histórico familiar de língua presa.

A realização ou não de cirurgias e qual o momento correto para a intervenção é motivo de dúvidas. Divergências de opiniões persistem até na questão de qual seria o profissional mais capacitado para realização de tais procedimentos (MARCHESAN, 2010). Tratando-se de recém-nascidos, a conduta cirúrgica tem sido indicada para evitar o desmame precoce, quando é notório que há a dificuldade de pega no mamilo durante a amamentação e a mãe relata dor mamilar (MARCHESAN *et al.*, 2014).

Porém, de acordo ao Ministério da Saúde apenas aqueles que são diagnosticados como anquiloglossia severa são submetidos à cirurgia antes dos seus três meses (CIPE, 2023). Os outros devem permanecer em observação, averiguando se não ocorrerá o desmame precoce (FRAGA, 2020). A literatura defende que o freio lingual pode se modificar com o tempo e que assim a intervenção não é necessária, aguardando até que a correção seja feita de uma forma natural (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Nos casos considerados graves indica-se a frenotomia ainda na maternidade, para que a anquiloglossia não interfira no sucesso do aleitamento. Porém nos casos avaliados como moderados preconiza-se que seja avaliada a dinâmica da amamentação com maior atenção, se houver suspeita ou confirmação de alteração na função da língua a frenotomia deve ser realizada (BRASIL, 2016).

De acordo com a nota técnica Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica – CIPE, de abril de 2022, a frenotomia lingual é um ato cirúrgico, com algumas complicações em potencial, mais comumente sangramento e frenotomia insuficiente. Todo ato médico é passível de risco e não pode dispensar procedimentos de segurança. A secção do freio lingual deve ser feita de forma segura.

Em vista dos resultados obtidos na tabela 02, se faz necessário levantarmos alguns questionamentos dos motivos aos quais 38% dos bebês, mesmo com o diagnóstico de anquiloglossia no hospital e previamente encaminhados para reavaliação nos centros de referência não fizeram a frenotomia uma vez que havia indicação tanto do pediatra como da fonoaudióloga, embora a alta hospitalar fosse liberada para o bebês que apresentavam boa amamentação, conforme respaldado por norma técnica da Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica- CIPE, em abril do corrente ano. É válido identificar as possíveis “falhas” no sistema de saúde, sendo importante questionar se as mães foram bem orientadas pelos profissionais de saúde antes da

alta hospitalar, se compreenderam a importância da reavaliação do bebê e do acompanhamento no processo da amamentação. Será que a não procura pelo centro de referência foi devido questões financeiras ou dificuldades no agendamento devido à grande demanda ou falta de profissionais?

Cabe a equipe de saúde a orientação sobre a importância da avaliação do frênulo lingual, considerando que a descoberta de alterações possibilita desenvolver estratégias que facilitem o processo de amamentação ou, se necessário, a realização do tratamento precoce (PENHA *et al.*, 2019). As orientações sobre amamentação, desde o pré-natal, devem prezar pela compreensão e escuta do conhecimento da mulher, fornecendo informações que permitam sua reflexão e decisão (BATISTA, *et al.*, 2017).

O tratamento da anquiloglossia é cirúrgico sendo indicado quando o frênulo lingual restringe ou dificulta a movimentação da língua. A indicação para frenotomia deve ser realizada o mais precocemente possível, destacando a atuação de profissionais de saúde como médicos pediatras, enfermeiros, fonoaudiólogos e odontopediatras, desde a identificação e visualização de fatores indicativos, até a realização de intervenção adequada e efetiva. Entretanto, ainda há divergências entre profissionais a respeito do risco do procedimento e de benefícios como melhor manejo das dificuldades durante a amamentação (JUNQUEIRA *et al.*, 2014; PROCÓPIO *et al.*, 2017).

Apesar de pesquisas mencionarem aspectos diferentes em relação aos fatores que levariam a dificuldade na amamentação em recém-nascidos com anquiloglossia, qualquer desequilíbrio que possa comprometer o processo de sucção e conseqüentemente de amamentação, seja por dor e fissura mamilar, pega incorreta, movimentação inadequada na musculatura perioral, soluços e engasgos frequentes após a mamada, cansaço excessivo ao mamar, irritabilidade ao mamar e baixo ganho de peso, devem ser considerados como possíveis causadores do desmame e por isso, devem ser diagnosticados e tratados de forma precoce (FRAGA, 2020).

Nesse sentido, foi observado em alguns estudos que a frenotomia quando indicada e realizada nos primeiros dias de vida do recém-nascido, contribuiu para melhora na amamentação sugerindo uma forte relação entre a dificuldade de amamentação e a anquiloglossia (MULDOON *et al.*, 2017).

Considerando a frenotomia como exposição avaliada, mensurou-se a semelhança dos grupos em relação a idade gestacional, tempo de internação, valores do teste e reteste da linguinha (Tabela 03), gênero dos bebês, se amamentou na maternidade, se a mãe sentiu dor, se fez a cirurgia no hospital e se tem histórico familiar de língua presa nos 30 primeiros dias (Tabela 04).

Tabela 03 - Teste de médias para verificar homogeneidade entre os grupos com e sem frenotomia em relação a idade gestacional, tempo de internação e valores do teste e reteste da linguinha. Fortaleza-CE, 2023 (n=13).

Variáveis	Escore		Estatística do teste <i>t</i>						
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>Gl</i>	Valor- <i>p</i>	Diferença de Média	IC da Diferença de Média (95%) Limite inferior Limite superior		
Idade gestacional	Com Frenotomia	38,56	1,13						
	Sem Frenotomia	39,75	0,95	1,83	11	0,094	1,19	-2,63	0,24
Tempo de Internação	Com Frenotomia	3,89	1,53						
	Sem Frenotomia	2,50	0,57	1,71	11	0,114	1,38	-0,390	3,167
Teste Linguinha	Com Frenotomia	6,33	0,70						
	Sem Frenotomia	6,25	0,00	0,211	11	0,837	0,083	-0,786	0,952
Reteste da Linguinha	Com Frenotomia	7,33	1,13						
	Sem Frenotomia	7,00	0,95	1,414	11	0,377	0,333	-0,464	1,131

A tabela 03 apresenta as médias para verificar a homogeneidade entre os grupos com ou sem frenotomia sendo observado que todas as variáveis analisadas não apresentaram influência estatisticamente significativa.

Quando analisamos a variável tempo de internação hospitalar não evidenciamos diferença estatisticamente significativa entre o grupo que realizou frenotomia no hospital e o grupo que não realizou ($p=0,114$), ou seja, não observamos aumento do tempo de internação devido a realização do procedimento, ficando em média 3 dias no hospital. Apesar de não termos observado relevância estatisticamente quanto aos dias de internação, o aumento de um (01) dia poderá impactar em riscos assistenciais ao binômio mãe-bebê consequentemente com sua família, além de aumentar os custos para o sistema de saúde.

Tabela 04 - Teste para comparar homogeneidade dos grupos com e sem frenotomia em relação ao gênero dos bebês, se amamentou na maternidade, se a mãe sentiu dor, se fez a cirurgia no hospital e se tem histórico familiar de língua presa. Fortaleza-CE, 2023. (n=13).

Variáveis	Frenotomia		p*
	Sim	Não	
gênero			0,490
Feminino	04	01	
Masculino	09	03	
Amamenta			0,692
Sim	08	04	
Não	01	00	
Dor ao amamentar			0,077
Sim	00	02	
Não	09	02	
Procedimento no hospital			0,294
Sim	03	00	
Não	06	04	
Histórico familiar			0,217
Sim	03	03	
Não	06	01	

* Teste Exato de Fisher

A tabela 04 revela a homogeneidade entre os grupos com ou sem frenotomia em relação as variáveis (gênero, amamentação na maternidade, presença de dor, fissuras mamarias, histórico familiar) sendo observado que todas as variáveis analisadas não influenciaram estatisticamente no aleitamento materno.

O primeiro contato foi via WhatsApp através do questionário padronizado no Google formulário (primeira coleta) foi realizada com os grupos no momento 01, até os trinta dias de nascido apresentando média de 15 dias (DP 6,6), e a segunda coleta de dados (momento 02) entre trinta dias e seis meses de nascido, com média de 97,6 dias (DP 45,95).

Tabela 05 - Comparação entre grupos nos primeiros seis meses em relação as variáveis dependentes aleitamento materno exclusivo entre 30 e 180 dias (momento 02) Fortaleza, CE, 2023. (n=13)

Variáveis	Amamentação Exclusiva		p*
	Sim	Não	
Frenotomia			0,706
Sim	07	02	
Não	03	01	
Histórico Familiar			0,563
Sim	05	01	
Não	05	02	
Fissura			0,706
Sim	03	01	
Não	07	02	
Dor ao amamentar			0,580
Sim	02	01	
Não	08	02	
Procedimento no hospital			0,420

Sim	03	00	
Não	07	03	
Procedimento pós alta			0,748
Sim	04	01	
Não	03	02	

* Teste Exato de Fisher

Diante dos dados obtidos nenhuma das variáveis analisadas (frenotomia, histórico familiar, fissuras, dor, procedimento no hospital ou pós alta) observamos influência na prática do aleitamento materno exclusivo ($p > 0,05$).

Em um estudo observacional longitudinal realizado no ano de 2021 no Brasil observou-se que crianças com anquiloglossia tiveram tempo de amamentação exclusiva (mediana= 6 meses) igual ao das crianças com língua normal (mediana= 6 meses) (VILARINHO *et al.*, 2022).

Ainda foi observado que não há um consenso na literatura sobre a anquiloglossia ser um fator predisponente ao desmame precoce e à inviabilidade do aleitamento materno exclusivo, sendo necessário que na triagem neonatal sejam analisadas as dificuldades enfrentadas durante a amamentação para determinar se a causa corresponde ou não à presença de anquiloglossia (FUJINAGA *et al.*, 2017; FRAGA *et al.*, 2020).

Estudos evidenciam que, na presença da alteração associada às dificuldades na amamentação, duas categorias de sinais e sintomas podem surgir: os relacionados com o trauma mamilar e os relacionados com a amamentação ineficaz e conseqüente baixa ingestão nutricional da criança (MULDOON *et al.*, 2017).

Embora discuta-se que a anquiloglossia pode influenciar na prática do aleitamento materno, porém ainda há necessidade de maiores estudos, com maior representatividade na amostra. Deste modo, deve-se levar em consideração que podem existir outras variáveis que repercutem no aleitamento materno (CIPE, 2023). A amamentação leva em consideração fatores naturais e culturais, sendo um processo não somente biológico, mas socialmente construído, impregnado de ideologias. Diante disto, a amamentação deve ser vista de forma ampla, levando em consideração os diversos aspectos que podem estar envolvidos neste processo (FUJINAGA *et al.*, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2018).

Um estudo de acompanhamento longitudinal, realizado com 100

mães/bebês, os autores concluíram que a anquiloglossia em recém-nascidos pode ser considerada como uma causa significativa de dificuldades em manter a amamentação. Todavia, este resultado deve ser analisado com cautela uma vez que o diagnóstico da anquiloglossia foi realizado apenas mediante exame clínico sem a utilização de instrumentos padronizados (FRAGA *et al.*, 2021).

Tabela 06 - Relação entre a frenotomia e o ato de amamentar, amamentar exclusivo, apresentar fissura e ter dor. Fortaleza, CE, 2023 (n=13).

Variáveis	Frenotomia		p*
	Sim	Não	
Ainda Amamenta			0,692
Sim	08	04	
Não	01	00	
Amamentação Exclusiva			0,706
Sim	07	03	
Não	02	01	
Fissura			0,176
Sim	04	00	
Não	05	04	
Dor ao amamentar			0,294
Sim	03	00	
Não	06	04	

* Teste Exato de Fisher

No presente estudo foi evidenciado que fazer ou não a frenotomia não apresentou estatisticamente significância para o ato de amamentar de forma exclusiva em relação as variáveis em questão ($p > 00,5$).

Entretanto, em um estudo de ensaio clínico randomizado realizado por Berry *et al.* (2012), avaliou bebês nascidos em uma maternidade do Reino Unido com idade entre 5 a 115 dias (média 32 dias; mediana, 23 dias) apontou que cerca de 78% das mães dos bebês alocados no grupo que recebeu a cirurgia relataram melhora da amamentação imediatamente após a frenotomia; contra 47% das mães do grupo controle. No dia seguinte a cirurgia, 90% das mães dos bebês do grupo de estudo relataram melhora da amamentação, porcentagem que perdurou até o término do estudo, 3 meses após procedimento. Entretanto, após os 3 meses, apenas 51% das mães dos bebês do grupo controle afirmaram melhora da amamentação.

Outro estudo também realizado no Reino Unido avaliou a eficácia da frenotomia em bebês com idade inferior a 2 semanas com grau leve a moderado de anquiloglossia, cujas mães relataram dificuldades de amamentação. Os resultados demonstraram que a frenotomia precoce não resultou em melhoras objetivas dos parâmetros da amamentação e relataram dificuldades de mensuração do grau de anquiloglossia e mensuração do impacto da frenotomia (EMOND *et al.*, 2014)

Uma revisão sistemática realizada sobre o efeito do tratamento da anquiloglossia na amamentação revelou que é pequena a evidência de que a frenotomia possa estar associada com o relato de melhora na amamentação pelas mães, uma vez que os estudos apresentam metodologia inconsistente e com pequeno tempo de acompanhamento (FRANCIS *et al.*, 2015).

Tratando-se de recém-nascidos, a conduta cirúrgica tem sido indicada para evitar o desmame precoce, quando é notório que há a dificuldade de pega no mamilo durante a amamentação e a mãe relata dor mamilar (MARCHESAN *et al.*, 2014).

Porém, de acordo ao Ministério da Saúde, apenas aqueles que são diagnosticados como anquiloglossia severa são submetidos à cirurgia antes dos seus três meses. Os outros devem permanecer em observação, averiguando se não ocorrerá o desmame precoce (FRAGA, 2020). A literatura defende que o freio lingual pode se modificar com o tempo e que assim a intervenção não é necessária, aguardando até que a correção seja feita de uma forma natural (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Segundo estudos os benefícios do procedimento para o bebê são melhora na postura e mobilidade da língua, e na postura do lábio o que contribui para garantir os benefícios da amamentação, como o ganho de peso, através do correto vedamento do lábio no mamilo. Além disso, o ato de amamentar se torna mais prazeroso para a mãe, diante da ausência da dor (YOUSEFI *et al.*, 2015).

Durante o período de amamentação, muitas dificuldades podem surgir, principalmente, em relação à dor durante a amamentação, produção láctea, fatores psicossociais, situação nutricional e de satisfação do bebê, dificuldades de posicionamento e pega do bebê na mama, fazendo com que possam se constituir em importantes fatores de risco para o desmame precoce. Somado a isso, a falta

de apoio de profissionais de saúde para a manutenção do aleitamento, como indicação de bicos artificiais e uso de fórmula logo após o nascimento, contribuem para uma diminuição na adesão ao aleitamento materno (BROWN, 2017; CARREIRO *et al.*, 2018).

Evidências científicas demonstram que bebês que apresentam anquiloglossia podem possuir dificuldades em realizar uma adequada extração de leite, causando dores durante a mamada, baixo ganho de peso e tempo de mamada prolongado. Além disso, essa anomalia congênita pode ocasionar uma baixa produção láctea pela puérpera já que a pega inadequada pode acarretar menor estimulação da mama (MARTINELLI *et al.*, 2016; POMINI *et al.*, 2018).

É importante citar que a causa mais comum de dor para amamentar se deve a traumas mamilares por posicionamento e pega inadequados. Outras causas incluem mamilos curtos/planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua curto, sucção não-nutritiva prolongada, dentre outras, ou seja, nem sempre são causadas pela anquiloglossia. O diagnóstico diferencial é fundamental nesse processo inicial, evitando iatrogenias (MORAIS, 2020).

Levando em consideração esta visão, a pesquisa de Carreiro *et al.* (2017), evidenciou que mulheres com experiência prévia, maior escolaridade materna, percepção materna da quantidade de leite e percepção materna das mamas antes e após as mamadas apresentaram maiores chances de manter o aleitamento materno. Somando a isso, orientações sobre o aleitamento materno durante o pré-natal, parto e puerpério contribuem para a superação de dificuldades, bem como melhor manejo mesmo em bebês que possuem anquiloglossia (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015; FUJINAGA, *et al.*, 2017; CARREIRO *et al.*, 2018).

Uma revisão sistemática realizada recentemente sobre o efeito do tratamento da anquiloglossia sobre a amamentação revelou que é pequena a evidência de que a frenotomia possa estar associada com o relato de melhora na amamentação pelas mães, uma vez que os estudos apresentam metodologia inconsistente e com pequeno tempo de acompanhamento (FRANCIS *et al.*, 2015).

A despeito das orientações e dos procedimentos que foram crescentes nesses dois momentos, não existem evidências científicas suficientes para sustentar a afirmação de que a anquiloglossia interfere, incondicionalmente, no aleitamento

materno exclusivo, ou de que a cirurgia de freio seria essencial para a amamentação (FRAGA, 2020).

Reporta-se que, apesar de encontrar publicações que expõem prejuízos futuros na fala e na alimentação, entende-se que a anquiloglossia deve ser bem diagnosticada e ponderada por uma equipe multiprofissional, considerando o contexto familiar do bebê.

Sob esse aspecto, revisões sistemáticas publicada por Francis *et al.* (2015), Fraga e Visconti (2019) reforçam a carência de evidências que apontem uma relação estreita entre a anquiloglossia e a dificuldade para o aleitamento materno exclusivo. Os autores identificaram que os estudos publicados até aquele momento sobre o assunto não apontaram resultados confiáveis. Não contemplada pelas pesquisas levantadas foi a não comparação da frenotomia com outras técnicas não cirúrgicas ou ainda não realizando um acompanhamento longo, por exemplo, para averiguar se a anquiloglossia interfere no aleitamento ou se a frenotomia realmente melhora a sucção do bebê.

Em outra pesquisa publicada, Power e Murphy (2015) procuraram identificar uma possível relação entre a anquiloglossia e a dificuldade no aleitamento materno por meio de uma revisão estruturada e integrativa da literatura. Os autores concluíram que um diagnóstico preciso é essencial para que a indicação de cirurgia seja feita de forma correta, uma vez que, segundo os autores, 50% dos bebês com anquiloglossia não desenvolvem problemas futuros na amamentação. O estudo sugere ainda que, para um encaminhamento acertado, é necessário que seja feito um acompanhamento de duas a três semanas antes de intervir.

Realizou-se também associação entre práticas de aleitamento materno (se exclusivo ou não), presença de dor e fissuras com os graus dos testes de triagem no momento 01 e momento 02 e não houve associação estatística entre os graus dos testes e reteste no tocante a prática do aleitamento exclusivo, dor ao amamentar e fissuras nos seios, nem no primeiro mês de amamentação, nem no período entre 30 e 180 dias (Tabelas 07 e 08).

Tabela 07 - Associação entre o valor do teste e práticas de amamentação no momento 01. Fortaleza, CE, 2023.

Variáveis	Escores	Estatística do teste <i>t</i>
-----------	---------	-------------------------------

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GI</i>	Valor- <i>p</i>	Diferença de Média	IC da Diferença de Média (95%)	
								Limite inferior	Limite superior
Aleitamento exclusivo	Sim	6,25	0,62	1,15	11	0,271	0,750	-2,17	0,674
	Não	7,00	-						
Dor ao amamentar	Sim	6,00	0,00	1,78	11	0,104	0,364	-0,817	0,089
	Não	6,36	0,67						
Fissura na mama	Sim	-	-	0,211	-	-	-	-	-
	Não	6,31	6,30						

* A estatística T não pode ser calculada porque pelo menos um dos grupos está vazio

Nessa tabela, realizou-se comparativo considerando o valor do teste da linguinha e as respostas do questionário para as mães no momento 1 (questionário realizado até 30 dias de vida dos bebês).

A tabela 8 levou em consideração o valor do reteste também no momento 1 (questionário realizado com as mães até 30 dias de vida do bebê). Importante ressaltar que a pontuação do Teste da Linguinha associado ao momento 1 da coleta de dados, não teve influência estatisticamente na prática do aleitamento materno exclusivo nem na presença de dor durante a mamada e fissura mamária.

Tabela 08 - Associação entre o valor do reteste e práticas de amamentação no momento 01. Fortaleza, CE, 2023.

		Escore		Estatística do teste <i>t</i>					
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GI</i>	Valor- <i>p</i>	Diferença de Média	IC da Diferença de Média (95%)	
								Limite inferior	Limite superior
Variáveis									
Aleitamento exclusivo	Sim	7,25	0,62	0,386	11	0,707	0,250	-1,174	1,674
	Não	7,00	-						
Dor ao amamentar	Sim	7,00	0,00	0,575	11	0,577	0,273	-1,316	00,770
	Não	7,27	0,67						
Fissura na mama	Sim	-	-	1,159	-	-	-	-	-
	Não	7,23	0,599						

* A estatística T não pode ser calculada porque pelo menos um dos grupos está vazio

Reafirmado através dos dados estatísticos que também o valor do reteste a pontuação associada no momento 1 da coleta de dados, não teve influência na prática do aleitamento exclusivo comparando com as variáveis estudadas.

A pontuação do Teste da linguinha, no momento 2 (questionário enviado depois dos 30 dias até 180 dias), não influenciou a curto prazo (puerpério) e nem a longo prazo no impacto na prática do aleitamento materno exclusivo, presença de dor durante a mamada e fissura mamária.

A pontuação do reteste feito pela fonoaudióloga, no momento 2 (questionário enviado depois dos 30 dias até 180 dias de vida do bebê), não influenciou a curto prazo (puerpério) e nem a longo prazo na prática do aleitamento materno exclusivo, presença de dor durante a mamada e fissura mamária.

Entretanto, apesar da orientação do Ministério da Saúde para o fluxo de tratamento e acompanhamento dos casos de anquiloglossia severa, não há estudos longitudinais que avaliem a efetividade da frenotomia para a continuidade da amamentação por pelo menos 6 meses, não há evidências dos benefícios à saúde da criança a longo prazo, bem como, não há estudos que avaliem, a dificuldade de amamentação adquirida após a alta hospitalar associada ao desmame precoce nos casos de anquiloglossia severa não tratada cirurgicamente através da frenotomia. Estas se configuram importantes lacunas a serem respondidas em relação à condução do tratamento de bebês com anquiloglossia (KHOO *et al.*, 2009; STEEHLER; HARLEY, 2012; FRANCIS; KRISHNASWAMI; MCPHEETERS, 2015).

5 CONCLUSÃO

A anquiloglossia é uma alteração que pode ser identificada de forma precoce, mas que ainda ocasiona controvérsias entre os profissionais quanto aos critérios de diagnóstico e tratamento, ainda não bem definidos. É possível encontrar divergências na literatura a respeito da relação entre o frênulo lingual alterado e o aleitamento materno, suas implicações na vida do recém-nascido e se a indicação do procedimento cirúrgico precoce é realmente necessário para garantir a amamentação exclusiva.

A amamentação deve-se levar em consideração fatores naturais e culturais, sendo um processo não só biológico, mas socialmente construído, devendo ser vista de forma ampla.

O presente estudo evidenciou que fazer ou não a frenotomia não apresentou estatisticamente significância para o ato de amamentar de forma exclusiva.

Várias lacunas ainda existem em relação a anquiloglossia em recém-nascidos e devem despertar o interesse dos pesquisadores na busca de respostas em estudos futuros. Ainda não existe consenso na literatura a respeito da eficácia da frenotomia para o tratamento da mesma.

Discutem-se se a falta de um padrão para classificar o freio lingual alterado prejudica o diagnóstico, implicando em divergências de opiniões entre os profissionais.

Sugerido algumas recomendações como: melhores critérios para a avaliação e diagnóstico (treinamento dos profissionais); assistência de excelência da equipe de saúde para a díade mãe e bebê com orientações sobre a amamentação desde o pré-natal, na maternidade e acompanhamento nas consultas de puericultura; orientar as mães sobre a importância de reavaliação após alta hospitalar nos centros de saúde; o teste da linguinha alterado não impede que a equipe de saúde intervenha ao estímulo da amamentação; capacitar profissionais de saúde - reduzir intervenções desnecessárias e priorizar a promoção da saúde e qualidade de vida da díade.

A equipe interdisciplinar é de extrema importância tanto no diagnóstico de o possível alterações no frênulo lingual quanto no processo do aleitamento materno e tomada de decisões. Os temas como amamentação exclusiva, dor durante a mamada, fissuras mamárias e frenotomia foram as palavras mais evidenciadas na pesquisa e devem permanecer no radar dos pesquisadores como assunto principal a ser estudado e ocupando lugar de destaque nas futuras publicações.

REFERÊNCIAS

ABOPe. Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica. **Nota técnica Frenotomia lingual em recém-nascidos**. Acessado em 06 de junho de 2022. Disponível em: <https://abope.org.br/nota-tecnica-frenotomia-lingual-em-recem-nascidos>.

ABOPED. Associação Brasileira de Odontopediatria. **Nota de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês**. Acessado em: 06 de junho de 2022. Disponível em: <https://aproped.org.br/nota-de-esclarecimentoprotocolo-de-avaliacao-do-frenulo-da-linguaem-bebes-teste-da-linguinha>.

AGOSTINI, O.S. **Cartilha do Teste da Linguinha: para mamar, falar e viver melhor**. São Paulo: Pulso Editorial, 2014. 20 p.

ALMEIDA, K. R. *et al.* Lingual frenotomy in a newborn, from diagnosis to surgery: a case report. **Rev. CEFAC.**, v. 20, n. 2, p. 258-62, 2018.

ARAÚJO, M. C. M. *et al.* Avaliação do frênulo lingual em recém-nascidos por meio de dois protocolos e sua associação com a amamentação Avaliação do frênulo lingual em recém-nascidos com dois protocolos e sua relação com o aleitamento materno. **J. Pediatria**. v. 96, n. 3, p. 379-385, 2020.

ARAÚJO, M. C. M. *et al.* Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. **J. Pediatr**, v. 96, p. 379-85, 2020.

ARAÚJO, M. C.M. *et al.* Avaliação do frênulo lingual em recém-nascidos com dois protocolos e sua relação com o aleitamento materno. **J. Pediatr.**, v. 96, n.3, p. 379-385, 2018.

BALDANI, M. H.; LOPES, C. M.L.; SCHEIDT, W. A. Prevalence of oral alterations in infants seen at the public pediatric dental clinics from Ponta Grossa - PR, Brazil. **Pesqui. Odontol. Bras.**, v. 15, n. 4, p. 302-7, 2001.

BALLARD, J. L.; AUER, C. E.; KHOURY, J. C. Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. **Pediatrics.**, v. 110, n. 5, p. 1-6, 2019.

BATISTA, M. R. *et al.* Orientações de profissionais da saúde sobre aleitamento materno: o olhar das puérperas. **J Nursing Health.**, v. 7, n. 1, p. 25-37, 2017.

BILLINGTON, J.; YARDLEY, I.; UPADHYAYA, M. Long-term efficacy of a tongue tie service in improving breastfeeding rates: a prospective study. **J Pediatr Surg.**, v. 53, n. 2, p. 286-8, 2018.

BRAGA, L. A. *et al.* Prevalência de alterações de frênulo lingual e suas implicações

na fala de escolares. **Rev. CEFAC.**, v. 11, n. 3, p. 378-90, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. **Nota técnica nº 09/2016, de 10 de março de 2016.** Orientar profissionais e estabelecimentos de saúde sobre a identificação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos, como também estabelecer o fluxo de acompanhamento dos lactentes diagnosticados com anquiloglossia na rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. **Nota técnica nº 11/2021.** Nota Técnica visa orientar os profissionais e estabelecimentos de saúde sobre a identificação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos, bem como estabelecer o fluxo de atendimento dessa população na rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo em vista seu potencial interferência sobre a amamentação- SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.002**, de 20 junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. DOU. 20 Jun. 2014.

BRZECKA, D. *et al.* Diagnosis, classification and management of ankyloglossia including its influence on breastfeeding. **Dev Period Med.**, v. 23, n. 1, p. 79-87, 2019.

BURYK, M.; BLOOM, D.; SHOPE T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. **Pediatrics.** v. 128, n. 2, p. 208-8, 2011.

CADTH. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. **Frenectomy for the Correction of Ankyloglossia: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines** [Internet]: CADTH; 2016.

CAMPANHA, S. M. A.; MARTINELLI, R. L. C.; PALHARES, D. B. Association between ankyloglossia and breastfeeding. **CoDAS**, v.31, n.1, p. e20170264, 2019.

CFF. Conselho Federal de Fonoaudiologia. O Conselho Regional de Fonoaudiologia 2ª Região/SP, autarquia federal criada pela Lei nº 6.965/81, órgão fiscalizador da profissão de fonoaudiólogo no Estado de São Paulo, teve ciência da Nota Técnica supramencionada, datada de 12/05/2022, a respeito do **“teste da linguinha” e do enorme aumento do diagnóstico e intervenções cirúrgicas terapêuticas para o tratamento da anquiloglossia no Brasil.**

CFF. Conselho Federal de Fonoaudiologia. **Parecer CFFa n. 37, de 10 de setembro de 2015.** Dispõe sobre a realização da avaliação do frênulo da língua.” aprovado durante a 1ª reunião da 143ª SPO, 10/09/2015.

CIPE. Associação Brasileira De Cirurgia Pediátrica. **Nota Técnica: Freio Lingual – Frenotomia Lingual.** São Paulo, 12 maio 2022.

CIPE. Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica. **Nota Técnica: Freio Lingual.** São Paulo, 24 abril 2023.

CORYLLOS, E.; WATSON GENNA, C.; SALLOUM, A. C. Congenital tongue-tie and its impact in breastfeeding. **Am Acad Pediatrics**. p.;1-6, 2004.

DE BRITO, S. F. *et al.* Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudióloga, odontológica e otorrinolaringológica. **Revista CEFAC**, v. 10, n. 3, 2008

FINIGAN, V.; LONG, T. The effectiveness of frenulotomy on infant-feeding outcomes: a systematic literature review. **Evid Based Midwifery**., v. 11, n. 2, p. 40-5, 2013.

FRAGA, M. R. B. A. **Anquiloglossia em recém-nascidos: diagnóstico, tratamento e associação com aleitamento materno**. 2020, 101f. Dissertação (Doutorado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, Camaragibe, 2020.

FRAGA, M. R. B. A. *et al.* Anquiloglossia versus amamentação: qual evidência de associação? **Rev. CEFAC**., v. 3, n. 3, p. e12219, 2020.

FRANCIS, D. O.; KRISHNASWAMI, S.; MCPHEETERS, M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. **Pediatrics**., v. 135, n. 6, p. 1458-66, 2015.

FRANCIS, D.O.; KRISHNASWAMI, S.; MCPHEETERS, M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. **Pediatrics**., v. 135, n. 6, p. e1458-66, 2015.

FRANCIS, K. S.; MCPHEETERS, M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. **Pediatrics**., v. 135, n. 6, p. 1459-1466, 2015.

FUJINAGA, C. I. *et al.* Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo. **Audiol Commun**. v. 22, p. e1762, 2017.

GARBIM, C. P. *et al.* Evidence of improved milk intake after frenotomy: a case report. **Pediatrics**., v. 132, n. 5, p. e1413-7, 2013.

GENNA, C.W. **Supporting Sucking Skills In Breastfeeding Infants**. Third Edition. 444p. 2016.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. 1st ed. Sao Paulo: Roca; 2004.

HAN, S. H. *et al.* A study on the genetic inheritance of ankyloglossia based on pedigree analysis. **ArchPlastSurg**, v. 39, p. 329-332, 2012.

HAZELBAKER, A. K: **The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): Use in a lactation consultant private practice**. 2017, Pasadena, California, Pacific Oaks College.

HENRY, L.; HAYMAM, R. Anquiloglossia e seu impacto na amamentação. **Nursing for Women's Health**, v.18, n.2, p.122-129, 2014.

HOGAN, M.; WESTCOTT, C.; GRIFFITHS, M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. **J Pediatr Child Health**. v. 41, n. 5-6, p. 246-50, 2005.

ITO, Y. Does frenotomy improve breast-feeding difficulties in infants with ankyloglossia? **Pediatr Int.** v. 56, p. 497-505, 2014.

JUNQUEIRA, M. A. *et al.* Surgical techniques for the treatment of ankyloglossia in children: a case series. **J. Applied Oral Science**, v. 22, n. 3, p. 241-8, 2014.

KNOX I. Tongue Tie and Frenotomy in the Breastfeeding Newborn. **Neo Reviews.** v. 11, n. 9, p. 513, 2010.

KOTLOW, L. A. Diagnosis and treatment of ankyloglossia and tied maxillary fraenum in infants using Er:Yag and 1064 diode lasers. **Eur Arch Pediatr Dent.** v. 12, n. 2, p. 106-12, 2011.

KUPIETZKY, A.; BOTZER, E. Ankyloglossia in the Infant and Young Child: Clinical Suggestions for Diagnosis and Management. **Pediatr. Dent.** v. 27, n. 1, p. 40-6, 2005.

LEAL, R. A. S. **Frenotomia lingual e labial em Odontopediatria.** Dissertação. Faculdade de Medicina Dentária – Universidade do Porto. Portugal, 2010.

MARCANO, A. C. *et al.* TBX22 mutations are a frequent cause of cleft palate. **J Med Genet**, v. 41, p. 68-74, 2004.

MARCHESAN, I. Q. Lingual frenulum protocol. **Inter J Orofacial Myology.** v. 38, p. 89-103, 2012.

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

MARTINELLI, R. L. C. *et al.* Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. **Rev CEFAC.** v. 14, p. 138-45, 2012.

MARTINELLI, R. L. C. *et al.* Características histológicas do frênulo lingual em humanos. In: XX Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia. **Rev. Soc. Bras. Fono.**, v. 43, n.3, p. 5-7, 2012.

MARTINELLI, R. L. C. **Relação entre as características anatômicas do frênulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês.** Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo. 2013.

MARTINELLI, R. L. C. **Validação do Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês.** [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru; 2015.

MARTINELLI, R. L. C.; MARCHESAN, I. Q.; BERRETIN, F. G. Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual para Bebês: Relação entre aspectos anatômicos e funcionais. **Rev. CEFAC**, v. 15, n. 3, p. 599-610, 2013.

MARTINELLI, R. L. C.; MARCHESAN, I. Q.; BERRETIN, F. G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 138-145, 2012.

MARTINELLI, R. L. *et al.* **Cartilha do Teste da Linguinha: Para Mamar, Falar e Viver Melhor.** São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, p.1-20, 2014.

MEDEIROS, H. *et al.* Melhora na amamentação após a liberação de frênulo da língua e do lábio: um estudo prospectivo de coorte. **Disturb Comum.** v. 30, n. 1, p. 219-220, 2018.

MERDAD, H; MASCARENHAS, A. K. Ankyloglossia may cause breastfeeding, tongue mobility, and speech difficulties, with inconclusive results on Treatment choices. **J Evid Based Dent Pract.**, v. 10, n. 3, p. 152-3, 2010.

MESQUITA, B.C. *et al.* Importância do teste da linguinha na avaliação do frênulo lingual. **Arch. Health Inves**, v. 6, n. 3, p. 21, 2017.

MESSNER, A. H. *et al.* Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. **ArchOtoralngol Head NeckSurg**, v. 126, n. 1, p. 36-9, 2000.

MOSELE, P. G. *et al.* Instrumento de avaliação da sucção do recém-nascido com vistas a alimentação ao seio materno. **Rev. CEFAC.** v. 16, n. 5, p. 1548-1557, 2014.

MULDOON K, *et al.* Effect of frenotomy on breastfeeding variables in infants with ankyloglossia (tongue-tie): a prospective before and after cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth.**, v. 17, n. 1, p. 373, 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno.** Organização Mundial da Saúde; tradução de Maria Cristina Comes do Monte. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

O'SHEA, J. E. *et al.* Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. **Cochrane Database Syst Rev.** 2017 Mar 11;3:CD011065.

PATEL, J.; ANTHONAPPA, R. P.; KING, N. M. All Tied Up! Influences of Oral Frenulae on Breastfeeding and their Recommended Management Strategies. **J Clin Pediatr Dent.** v. 42, n. 6, p. 407-413, 2018.

PAUWS, E; MOORE, G.E; STANIER, P. A functionalhaplotypevariant in the TBX22 promoter isassociatedwithcleftpalateandankyloglossia. **J MedGenet.**, v. 46, p. 555-61, 2009.

PENHA, S. *et al.* Teste da linguinha: as gestantes sabem do que se trata?. **Rev. Elet. Ace. Saúde**, v. 11, n. 13, p. e957, 2019.

PERILO, T.V.C.; RAMOS, C.A.V. Frênulo lingual e Amamentação. In: **Tratado do Especialista em Cuidado Materno Infantil com Enfoque na Amamentação.** Belo Horizonte, 2019.

POWER, R. F.; MURPHY, J. F. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. **Arch Dis Child.** v. 100, n. 5, p. 489-94, 2015.

PROCOPIO, I. M. S, *et al.* Frenotomia lingual em lactentes. **Rev. Fac Odon**, v. 22, n. 1, p. 114-119, 2017.

REAMY, B.; DERBY, RR.; BUNT, C. Common tongue conditions in primary care Am **Fam Physician**. v. 1, n. 81, p. 627-31, 2010.

ROCHA, G. P. *et al.* Condicionantes da amamentação exclusiva na perspectiva materna. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n. 6, p. e00045217, 2018.

ROWAN-LEGG, A. Ankyloglossia and breastfeeding. **Pediatr Child Health**. v. 20, p. 209-18, 2015.

RUFFOLI, R. *et al.* Ankyloglossia: a morphofunctional investigation in children. **Oral Dis.**, v. 11, n. 3, p. 170-4, 2005.

SANCHES, M.T.C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **J Pediatr**. v. 80, n. 5, p. s155-s162, 2004.

SBFa. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. **Nota técnica nº 01/2022** da sociedade brasileira de fonoaudiologia e associação brasileira de motricidade orofacial/maio 2022: Teste da linguinha.

SCHLATTER, S. M. *et al.* The role of tongue-tie in breastfeeding problems-A prospective observational study. **Acta Paediatr** v. 108, n. 12, p. 2214-2221, 2019.

SEGAL, L. M. *et al.* Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. **Can Fam Physician**. v. 53, p. 1027-33, 2007.

SHARMA, S. D.; JAYARAJ, S. Tongue-tie division to treat breastfeeding difficulties: our experience. **J Laryngol Otol.**, v. 129, n. 10, p. 986-9, 2015.

SRINIVAN, A. *et al.* Frenotomy in Infants with Tongue-Tie and Breastfeeding Problems. **J Hum Lact**. v. 35, n. 4, p. 706-712, 2019.

STEEHLER, M. W.; STEEHLER, M. K.; HARLEY, E. H. A retrospective review of frenotomy in neonates and infants with feeding difficulties. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol.**, v. 76, n. 9, p. 1236-40, 2012.

SUTER, V. G, BORNSTEIN, M. M. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. **J Periodontol**. v. 80, n. 8, p. 1204-19, 2009.

VENANCIO, S. I. *et al.* **Anquiloglossia e aleitamento materno: evidências sobre a magnitude do problema, protocolos de avaliação, segurança e eficácia de frenotomia: parecer técnico científico.** São Paulo: Instituto de Saúde; 2015.

VIEIRA, K. A.; MACHADO, F. G. Moldagem de Laminados Cerâmicos com Técnica Modificada em três Passos: Relato de Caso. **RvAcBO**. v. 7, n. 2, p. 145-152, 2017.

VILARINHO, S. *et al.* Prevalência de Anquiloglossia e Fatores que Impactam na Amamentação Exclusiva em Neonatos. **Rev. CEFAC.**, v. 24, n. 1, p. 5121, 2022.

WEBB, A. N.; HAO, W.; HONG, P. The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: a systematic review. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**. v. 77, p. 634-46, 2013.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO

1. N. PRONTUÁRIO:
2. NOME DA MÃE:
3. CONTATO DA MÃE:
4. G P A :
5. PRÉ- NATAL:
6. INTERCORRÊNCIAS:
7. NOME DO RN:
8. GÊNERO:
9. DN:
10. TIPO DE PARTO:
11. PESO AO NASCER:
12. APGAR:
13. ICTERÍCIA:
14. ESCORE DO TESTE DE TRIAGEM TESTE DA LINGUINHA:
15. RETESTE:
16. FOI INDICADO PROCEDIMENTO: S() N()
17. DATA DO PROCEDIMENTO:
18. REALIZADO NO HOSPITAL S() N()
19. TEMPO DE INTERNAÇÃO:
20. REAVALIAR CENTRO DE REFERÊNCIA: S() N()
21. DATA ALTA HOSPITALAR:

APENDICE – B – QUESTIONÁRIO I**QUESTIONÁRIO 1**

(até 30 dias de vida do RN)

Data:

DD MM AAAA

__ / __ / ____

Nome da mãe:

Sua resposta _____

Nome do bebê:

Sua resposta _____

Data de nascimento do bebê:

DD MM AAAA

__ / __ / ____

Está amamentando?

Sim

Não

Sente dor no momento da amamentação?

- Sim
- Não

Usou fórmula infantil (leite em pó) durante esse período?

- Sim
- Não

Alguém da família tem língua presa?

- Sim
- Não

Fez o procedimento de liberação da linguinha do bebê no hospital?

- Sim
- Não

Se o bebê não fez o procedimento de liberação da linguinha no hospital, responda:
Fez o procedimento após a alta hospitalar?

- Sim
- Não

Enviar

[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

APENDICE – C – QUESTIONÁRIO II

QUESTIONÁRIO 2

(31 a 180 dias de vida do bebê)

Data:

DD MM AAAA

__ / __ / ____

Nome da mãe:

Sua resposta _____

Nome do bebê:

Sua resposta _____

Está amamentando?

Sim

Não

Amamentando de forma exclusiva (só mama)?

Sim

Não

Sente dor durante a mamada?

- Sim
- Não

Apresentou fissura ao seio?

- Sim
- Não

Para quem não fez a cirurgia de liberação da linguinha no hospital:
Já foi reavaliado nos centros de referência?

- Sim
- Não

Qual profissional reavaliou?

Sua resposta _____

Realizou o procedimento de liberação da linguinha?

- Sim
- Não

Enviar

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Sandra Mara Teixeira de Souza Campos, como participante da pesquisa intitulada “Frênulo Lingual e seus impactos no Aleitamento Materno”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O estudo a ser realizado tem como objetivo principal analisar o freio lingual e suas repercussões no processo natural do aleitamento materno. Será aplicado um protocolo de Triagem Neonatal – avaliação do freio da língua, na maternidade pelo profissional médico. Se o resultado do teste for duvidoso ou alterado o mesmo entrará para a pesquisa. O primeiro contato da pesquisadora com a mãe acontecerá até o 7º. dia de vida do bebê, onde será enviado via WhatsApp um questionário padronizado no google formulário ou por ligação telefônica caso não seja possível a primeira opção (Questionário 01). O segundo contato será ao final do 1º. mês de vida onde será enviado da mesma forma do anterior, perguntas relativas à amamentação. Acompanharei a dupla mãe e bebê por 3 meses buscando informações que digam respeito a dinâmica da amamentação. Como profissional de saúde prezo pelo bem-estar da dupla mãe e bebê sempre incentivando e buscando a melhor forma de alimentação evitando o desmame precoce.

Haverá um risco mínimo para a saúde mental, emocional e física, caracterizando por possível constrangimento gerado ao participante pelo contato físico e visual do pesquisador durante a avaliação, que só ocorrerá se o mesmo permitir, caso não permita não haverá prejuízo a mesma. Destaco que a qualquer momento o participante poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garanto que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Os participantes não terão nenhuma despesa ao participar da pesquisa e

poderão retirar sua concordância na continuidade da pesquisa a qualquer momento.

Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados.

Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com SANDRA MARA TEIXEIRA DE SOUZA CAMPOS, pesquisador (a) responsável pela pesquisa, por meio do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Maternidade Dra Zilda Arns Neuman, localizado na Rua Lineu Machado ,155, Jóquei Clube, Fortaleza-Ce, telefone: (85) 3233.3019, e-mail: ceaphmdzan@gmail.com, atendimento de segunda a sexta-feira das 08h00min – 13h00min - 14h00min – 17h00min.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em ser participante do Projeto de pesquisa acima descrito.

Fortaleza, _____ de _____ de 20____.

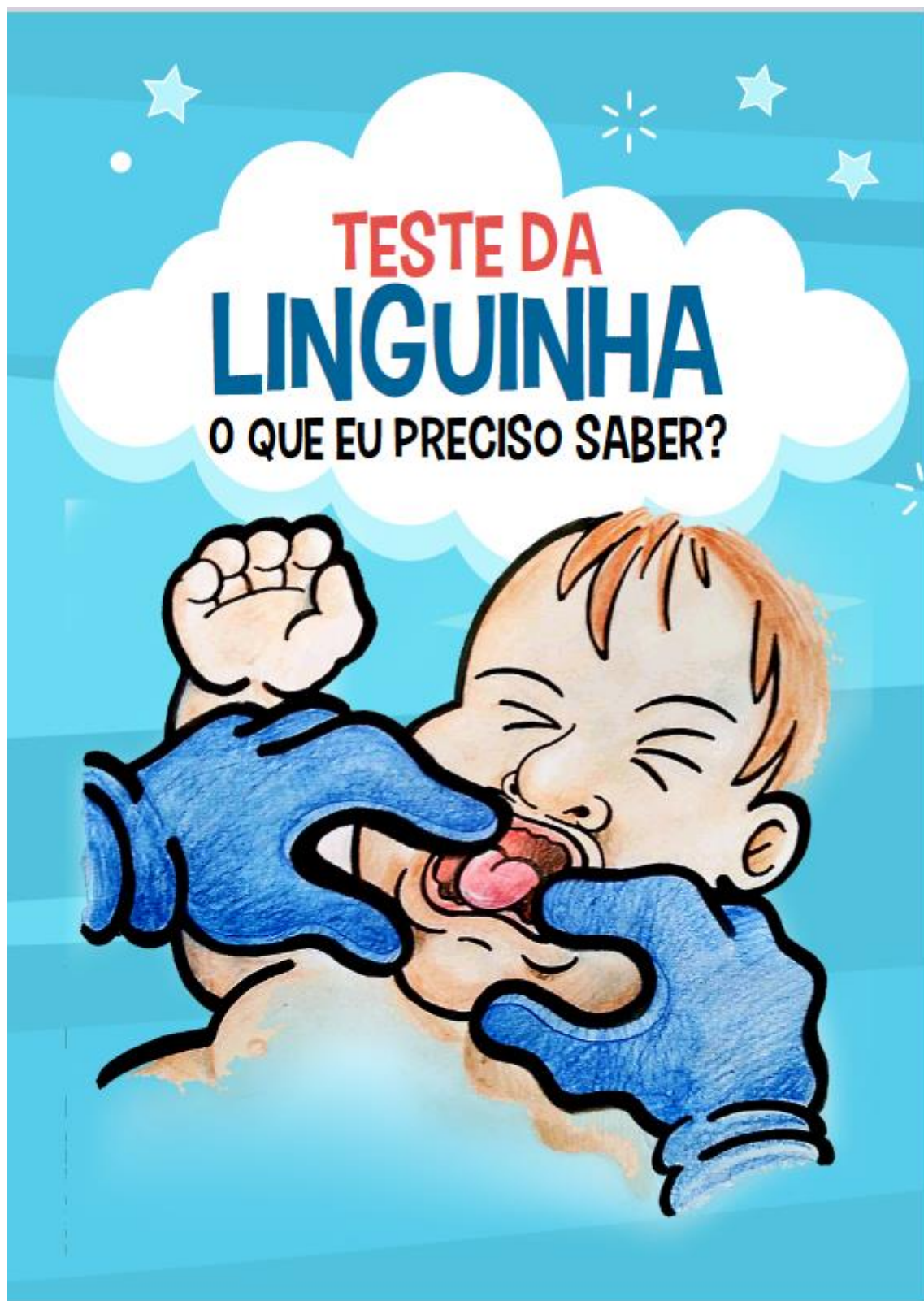
X _____

Assinatura do participante

SANDRA MARA TEIXEIRA DE SOUZA CAMPOS

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

APENDICE - E - CARTILHA





TESTE DA LINGUINHA
O QUE EU PRECISO SABER?

**TESTE DA LINGUINHA
O QUE EU PRECISO SABER?**

© 2021 Copyright by autores
Todos os direitos reservados

Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Medicina
Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança
Email: mpsmc@gmail.com
Site: www.mpsmc.ufc.br

Autores

Sandra Mara Teixeira de Souza Campos
Rivianny Arrais Nobre

Revisão de texto

Marcelo Braga

Editoração

João Joaquim Freitas do Amaral

Capa e diagramação

Marcelo Hermando Leite (Maherle)

Ilustração

Carlos Henrique Santos da Costa (Guabiras)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências de Saúde

Ficha elaborada pela Bibliotecária Maria Naires Alves de Souza – CRB-3/773

C217t Campos, Sandra Mara Teixeira de Souza.
Teste da linguinha - o que eu preciso saber? / Sandra Mara
Teixeira de Souza Campos; Rivianny Arrais Nobre. - Fortaleza: UFC,
Faculdade de Medicina, Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança,
2021.

14 p.: il. color.
ISBN: 978-65-00-16964-7

1. Língua - testes. 2. Língua Presa. 3. Anquiloglossia. I. Nobre,
Rivianny Arrais. II. Título.

CDD 616.73

SUMÁRIO

Você já ouviu falar no teste da linguinha?	06
O que é língua presa?	07
Como é realizado o teste?	08
Por que se realiza o teste?	09
Meu filho nasceu com a língua presa, e agora?	10
Quem são os autores.....	12

VOCÊ JÁ OUVIU FALAR NO TESTE DA LINGUINHA?

O teste da linguinha é um exame realizado em bebês até seis meses de idade por um profissional da saúde.

Em 2014, a realização do teste passou a ser obrigatório nas maternidades do Brasil.

O objetivo é detectar precocemente a língua presa.



O QUE É LÍNGUA PRESA?

É uma alteração comum, presente desde o nascimento e ocorre quando uma pequena porção do freio da língua permanece além do esperado, dificultando os movimentos.



COMO É REALIZADO O TESTE?

Ele é realizado em duas etapas:

A primeira é realizada a manobra de elevação da língua do bebê através do choro.

Na segunda etapa é observado o desempenho da língua durante a amamentação.



POR QUE SE REALIZA O TESTE?

O objetivo principal do teste é evitar o desmame precoce.

A língua presa pode causar problemas na amamentação, causando dor, fissuras mamárias e dificuldade no ganho de peso do bebê.

As restrições nos movimentos de língua podem comprometer futuramente também no momento de engolir, mastigar e falar.





MEU FILHO NASCEU COM A LÍNGUA PRESA, E AGORA?

Após avaliação e diagnóstico de língua presa, o bebê será encaminhado para realizar a liberação através do procedimento frenotomia.

O procedimento é simples e realizado por médicos, cirurgiões dentistas e odontopediatras com experiência no assunto.

É realizado um pequeno corte no freio para liberar a língua.

**VOCÊ AINDA TEM
ALGUMA DÚVIDA?
FALE COM A EQUIPE
DE SAÚDE!**



QUEM SÃO OS AUTORES?



Sandra Mara Teixeira de Souza Campos é Fonoaudióloga. Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Estácio de Sá, em Disfagia Orofaringea pela Unyleya. Docente do Curso de Pós-graduação em Disfagia Orofaringea pela UNIFOR. Fonoaudióloga da Câmara Municipal de Fortaleza. Mestranda em Saúde da Mulher e da Criança pela Universidade Federal do Ceará (UFC).



Rivianny Arrais Nobre é médica pediatra. Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da UFC e da Universidade de Fortaleza (Unifor). Neonatologista da Secretaria Municipal de Saúde. Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher e da Criança da UFC.



ANEXO A – TRIAGEM NEONATAL

TRIAGEM NEONATAL do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês Martinelli, 2015

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / _____ Data do Exame: ____ / ____ / _____

1. Postura de lábios em repouso



lábios fechados (0)



lábios entreabertos (1)



lábios abertos (1)

2. Tendência do posicionamento da língua durante o choro



língua na linha média (0)



língua elevada (0)



língua na linha média com elevação das laterais (2)



ponta da língua baixa com elevação das laterais (2)

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



arredondada (0)



ligeira fenda no ápice (2)



formato de "coração" (3)

4. Frênulo da língua



é possível visualizar



não é possível visualizar



visualizado com manobra*

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

4.1. Espessura do frênulo



delgado (0)



espesso (2)

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



no terço médio (0)



entre o terço médio e o ápice (2)



no ápice (3)

4.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca



visível a partir das carúnculas sublinguais (0)



visível a partir da crista alveolar inferior (1)

Score 0 a 4: normal ()

Score 5 a 6: duvidoso () reteste em ____ / ____ / _____

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