

ISOLDA ALÍPIA DE LIRA LIMA
MARIA EDUARDA PEIXOTO DACAL CAVALCANTI BORGES

**CIRURGIA DE FREIO LINGUAL EM LACTENTE COMO OPÇÃO DE
TRATAMENTO PARA MANUTENÇÃO DE AMAMENTAÇÃO: RELATO DE
CASO**

MACEIÓ-AL
2025

**ISOLDA ALIPIA DE LIRA LIMA
MARIA EDUARDA PEIXOTO DACAL CAVALCANTI BORGES**

**CIRURGIA DE FREIO LINGUAL EM LACTENTE COMO OPÇÃO DE
TRATAMENTO PARA MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Centro
Universitário de Maceió como
parte dos requisitos obrigatórios
para a obtenção do título de
Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rafaela
Cavalcanti Amaral

MACEIÓ-AL

2025

**CIRURGIA DE FREIO LINGUAL EM LACTENTE COMO OPÇÃO DE
TRATAMENTO PARA MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Centro
Universitário de Maceió como
parte dos requisitos obrigatórios
para a obtenção do título de
Cirurgião-Dentista

Aprovada em: __/__/__

Banca Examinadora:

Profª Drª Rafaela Cavalcanti Amaral

Profª Drª Leylane Ramos Houly

Profª Drª Leilane Larissa Albuquerque do Nascimento

MACEIÓ-AL

2025

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me permitido chegar até aqui. Por me amparar nos dias difíceis e, me mostrar nos dias fáceis, que tudo é possível. Sem o teu amor, nada disso seria real.

Aos meus pais Ivete e Eriberto, que sob muito sol me fizeram caminhar à sombra. Vocês são meu alicerce, minha maior fonte de amor e inspiração. Nada faria sentido sem vocês, que sorte a minha ter quem me apoie em absolutamente tudo e só desejam minha felicidade. Essa conquista é, antes de tudo, de vocês!

À minha dupla, Duda, somos tão diferentes, mas nesses cinco anos mostramos que as diferenças também somam. Passamos por desafios e momentos de estresse, mas seguimos juntas. Obrigada por toda parceria e apoio! Seu sucesso é certo, e estarei sempre aqui torcendo por você.

Aos amigos que a faculdade me deu, obrigada por tornarem essa caminhada mais leve e divertida. Em especial as meninas Carol e Lyvia, que estiveram comigo desde o início, passando por todas as fases sem nunca soltarmos as mãos, sou imensamente grata por vocês.

E as que chegaram no meio do caminho, mas se tornaram igualmente importantes, Nalanda, Awany, Maria, Lara e Laura Lis, obrigada por cada risada, conversa e por fazerem meus dias tão mais felizes. Meu muito obrigada sempre!

Aos meus amigos da vida, que acompanharam tudo de perto, obrigada por todo apoio, pelas palavras de incentivo e por acreditarem em mim quando eu duvidei. Vocês também fazem parte dessa conquista!

Por fim, minha gratidão a cada professor que cruzou meu caminho nesses anos, por todo o aprendizado e dedicação que levarei comigo. E a cada paciente que me ensinou tanto, não apenas pelo atendimento em si, mas pelas histórias de vida, pelos gestos e pelos simples agradecimentos. Vocês fizeram parte da minha formação de um jeito muito especial.

Isolda Alipia de Lira Lima

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, e por me sustentar nos momentos de cansaço e incerteza, me concedendo forças para chegar até aqui. Cada conquista alcançada é fruto da Tua graça e do Teu amor.

A minha avó Amélia, que moldou quem sou hoje, e ,mesmo enfrentando os desafios da sua doença, continua sendo fonte inesgotável de amor e ternura.Sua presença, mesmo quando a memória insiste em falhar, me ensina todos os dias o verdadeiro significado de paciência, fé e cuidado que não se apagam com o tempo. Esse trabalho é uma homenagem a você!

Aos meus pais, que são meu alicerce .Obrigada por acreditarem em mim quando eu mesma não acreditei, por cada palavra de incentivo, cada gesto de amor e cada sacrifício feito durante esses anos. Sem o apoio incondicional de vocês, nada disso seria possível, essa conquista é nossa.

A minha dupla, que muitas vezes foi meu porto seguro e esteve ao meu lado em cada passo dessa jornada. Obrigada por ser meu equilíbrio, segurar minha mão e enfrentar batalhas que não eram suas. Juntas,enfrentamos dias de cansaço e insegurança,crecemos e aprendemos a tornar tudo mais leve, bonito e tranquilo. Sua parceria, amizade e amor foram fundamentais para que isso se tornasse realidade.

Aos meus amigos,que estiveram comigo nos dias bons e, principalmente ,nos ruins.Obrigada por cada etapa dividida, cada risada, conversa e apoio, vocês tornaram esses anos mais doces e especiais. Levo no coração a amizade de cada um.

A cada paciente que passou por mim durante essa trajetória acadêmica, cada um com sua história, confiança e paciência, contribuiu de maneira única para minha formação. Foi através de cada atendimento, cada olhar e cada agradecimento que aprendi o verdadeiro sentido do cuidado, empatia e responsabilidade que a profissão exige - vocês estarão sempre presentes na construção da profissional que me torno a cada dia.

Maria Eduarda Peixoto Dacal Cavalcanti Borges

RESUMO

A anquiloglossia é uma alteração que limita os movimentos da língua em razão de um freio lingual com inserção ou espessura anormal, em que pode comprometer funções essenciais, como sucção, fala e deglutição, interferindo diretamente no processo de amamentação. Em muitos casos, o bebê apresenta dificuldade para manter a pega adequada, causando dor nos mamilos da mãe, baixo ganho de peso e interrupção precoce do aleitamento. Este relato descreve o caso de uma lactente do sexo feminino, com 2 meses de idade, que apresentava dificuldade de amamentação e perda de peso. Após avaliação clínica e aplicação dos protocolos de diagnóstico, constatou-se frênulo lingual tipo I (anterior), com comprometimento funcional. Diante disso, optou-se pela realização da frenotomia lingual convencional, sob anestesia infiltrativa. Conclui-se que a frenotomia lingual é um procedimento minimamente invasivo, seguro, de execução rápida e com excelentes resultados na melhora da amamentação em lactentes com anquiloglossia, reforçando a importância do diagnóstico precoce e da atuação interdisciplinar para promover a saúde e o bem-estar materno-infantil.

Palavras-chave: Freio Lingual. Aleitamento Materno. Lactente.

ABSTRACT

Ankyloglossia is a condition that limits tongue movement due to an abnormally thick or short lingual frenulum, which can compromise essential functions such as sucking, speaking, and swallowing, directly interfering with the breastfeeding process. In many cases, the baby has difficulty maintaining an adequate latch, causing pain in the mother's nipples, poor weight gain, and early cessation of breastfeeding. This report describes the case of a 2-month-old female infant who had difficulty breastfeeding and weight loss. After clinical evaluation and application of diagnostic protocols, a type I (anterior) lingual frenulum with functional impairment was found. Given this, it was decided to perform a conventional lingual frenotomy under infiltrative anesthesia. It is concluded that lingual frenotomy is a minimally invasive and safe procedure, quick to perform and with excellent results in improving breastfeeding in infants with ankyloglossia, reinforcing the importance of early diagnosis and interdisciplinary action to promote maternal and child health and well-being.

Keywords: Lingual Frenum. Breast Feeding. Infant.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. RELATO DE CASO.....	9
3. DISCUSSÃO.....	14
4. CONCLUSÃO.....	17
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
Anexo 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	21
Anexo 2- Protocolo de Bristol.....	23
Anexo 3- Protocolo de Martinelli.....	24

1. INTRODUÇÃO

Na cavidade bucal existe uma variedade de estruturas compostas por tecido mole, sendo o freio lingual uma das estruturas mais conhecidas, constituído por tecido conjuntivo rico em fibras colágenas elásticas, fibras musculares, vasos sanguíneos e células adiposas. O mesmo apresenta-se em forma de prega e está localizado embaixo da língua, possuindo função de unir o ventre da língua e o assoalho da boca (Borsatto et al., 2005). A deficiência no desenvolvimento dessa estrutura, pode gerar dificuldades na amamentação, visto que o freio lingual também está associado a pega mamária e deglutição durante a amamentação (Anabuki et al., 2022).

A anquiloglossia, também conhecida popularmente como “língua presa”, é considerada uma anomalia congênita definida como a mobilidade limitada da língua devido ao freio lingual restritivo, tem origem durante o período embrionário, quando não ocorre apoptose celular entre o assoalho bucal e a língua (Messner et al., 2020). De acordo com O’Shea e colaboradores (2017), a prevalência da anquiloglossia em recém-nascidos varia de 4% a 11% e em lactentes com menos de um ano de idade de 7% a 10%. Essa condição é prejudicial para o lactente e limita funções vitais como a sucção, deglutição e fala, e para a mãe, a não evolução na amamentação, por isso é importante o tratamento precoce e a interdisciplinaridade entre os profissionais para uma abordagem mais assertiva possível (Sanches et al., 2021).

Um frênulo lingual curto pode impedir a trava e vedação adequada do mamilo durante a amamentação, podendo alterar a mecânica de sucção, levando a baixa transferência de leite e seu baixo suprimento, baixo ganho de peso, cansaço e irritação da criança durante a amamentação, bem como dor nos mamilos e traumas causados pela pressão inadequada da gengiva do recém-nascido. Tais problemas podem provocar desânimo da mãe, levando assim ao desmame prematuro, indo contra a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Kupietzy et al., 2005).

O aleitamento materno possui um papel fundamental no desenvolvimento da musculatura perioral dos bebês como também para as funções adequadas como:

respiração, deglutição e o estabelecimento correto da oclusão dentária, entretanto, em alguns lactentes a anquiloglossia pode prejudicar o processo de amamentação e afetar o desenvolvimento do sistema estomatognático (Pompeia, 2017). Isso se dá, pois os movimentos da língua são essenciais e qualquer restrição no movimento diminuirá o conforto e a nutrição, como também impactará na qualidade de vida da mãe e do bebê (Martinelli et al., 2016).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é relatar a cirurgia do freio lingual em lactente de 2 meses, que apresentava dificuldade na amamentação e histórico de perda de peso.

2. RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 2 meses de idade, lactente, compareceu à clínica escola de Odontologia de uma instituição de ensino superior em Maceió acompanhada por seus responsáveis. A mãe relatou dificuldades durante a amamentação.

Após exame físico intrabucal, o tipo de frênulo observado foi o tipo I (anterior) segundo Classificação de Coryllos (Coryllos & Salloum 2004). De acordo com o Protocolo de Anquiloglossia em Bebês Amamentados (Bristol | TABBY), o quadro é de que existe comprometimento da função da língua podendo a amamentação estar comprometida (Escore 0). Finalmente, ao realizarmos avaliação através do protocolo do Teste da Linguinha (Martinelli, 2013), na sessão de História Clínica, pontuou-se 8, onde a prima pela parte paterna possui histórico de alteração de frênulo lingual, na amamentação, o intervalo entre as mamadas é de 1h ou menos, bebê com histórico de cansar ao mamar, além de mamar um pouco e dormir, solta e morde o mamilo durante a amamentação. Na Avaliação Anatomofuncional, pontuou 9, podendo-se considerar interferência do frênulo nos movimentos da língua (itens 2,3, 4.2 e 4.3 da Parte I- Avaliação Anatomofuncional). Na Avaliação da Sucção Não-nutritiva e Nutritiva (Parte II do Exame Clínico), a pontuação ficou em 3, onde a sucção não

nutritiva estava inadequada, pois a língua apresentava movimentos incoordenados, a coordenação entre sucção/deglutição/respiração estava inadequada, pois o bebê apresentava episódios de tosse, engasgos e ruídos durante a amamentação, além de “morder” o mamilo da mãe. Assim, o escore final foi de 20/25, havendo interferência do frênulo nos movimentos da língua e necessidade de liberação do mesmo (Imagem 1).

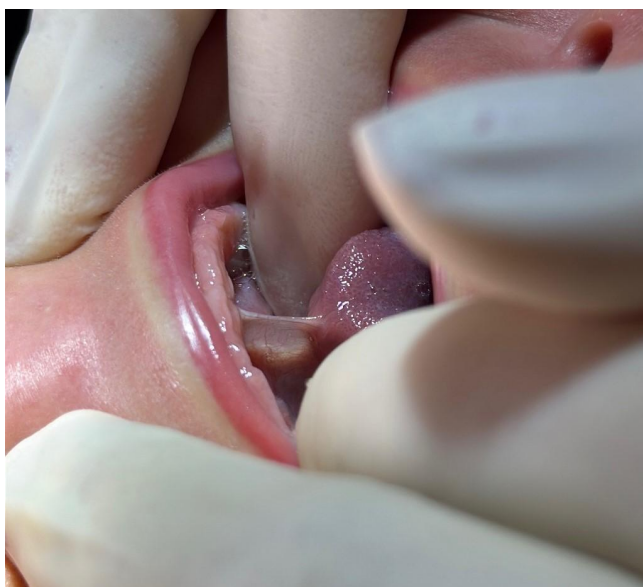


Imagem 1- Exame físico intrabucal com manobra de elevação da língua

Os pais, previamente à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), receberam todas as informações e explicações do caso, além das orientações e esclarecimentos quanto ao procedimento cirúrgico que seria necessário ser realizado, a frenotomia lingual.

A técnica escolhida foi a convencional, utilizando como instrumentais a seringa carpule, tesoura íris reta e tentacânula (Imagem 2).



Imagem 2- Instrumentais cirúrgicos utilizados

Para o procedimento cirúrgico ser realizado, houve a necessidade de anestesia infiltrativa nos tecidos moles ao redor do freio lingual, utilizando lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 com seringa carpule e agulha extra curta, afim de evitar estímulos dolorosos (Imagem 3), esperando o tempo de ação do anestésico por 5 minutos. Quanto à dose, foi calculada de acordo com o peso da bebê.



Imagem 3- Anestesia Infiltrativa

Foi utilizada a tentacânula para imobilização da língua e tesoura íris reta para realização do corte (Imagem 4) e para conter o sangramento, foi realizada hemostasia com gaze estéril. Não houve necessidade de sutura (Imagem 5) sendo a paciente liberada para amamentação, logo após o procedimento.



Imagem 4- Exérese com tesoura íris



Imagem 5- Pós-cirúrgico imediato

Após 14 dias, foi realizada a reavaliação da paciente, onde observou-se uma cicatrização dentro do esperado e relato , por parte da mãe, de melhora considerável na amamentação (Imagem 6).

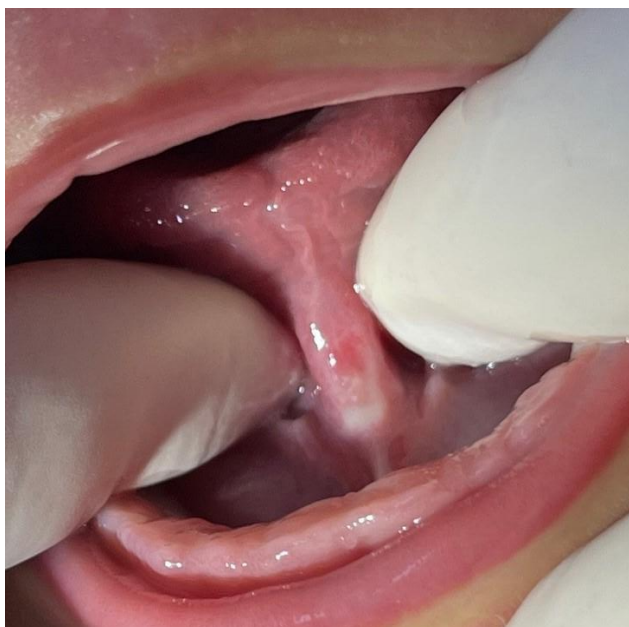


Imagem 6- Pós-cirúrgico após 14 dias

Na reavaliação após 3 meses do procedimento cirúrgico, observou-se uma cicatrização dentro do esperado, onde foi notório o ganho de peso da paciente, sendo relatado pelos pais a melhora significativa na amamentação, a qual era a principal queixa inicial (Imagem 7).



Imagem 7- Pós-cirúrgico após 3 meses

3. DISCUSSÃO

A língua é fundamental para funções vitais como: sucção durante amamentação, deglutição e mastigação, em que qualquer anormalidade que a acomete, como alterações no freio lingual, pode comprometer as funções primordiais, afetando a qualidade de vida da criança e, consequentemente, da mãe (Recchioni, 2019). Essa anormalidade, conhecida como anquiloglossia, faz com que a língua não movimente corretamente, por apresentar um freio lingual curto, espesso ou inserido de forma anterior. Dessa forma, devido à limitação dos movimentos, a amamentação se torna ineficaz, o que pode acarretar desmame precoce, cansaço ao ato do aleitamento, dificuldade no ganho de peso, bem como dores no mamilo da mãe (Fraga et al., 2020). No caso descrito, mesmo a bebê estando com 2 meses de

vida, a amamentação ainda continuava exclusiva, apesar da bebê apresentar cansaço ao mamar e a mãe com dores no mamilo.

A anquiloglossia tem origem embrionária, em decorrência de falha na apoptose entre a língua e o assoalho bucal durante o desenvolvimento do feto, podendo variar em intensidade, desde uma leve restrição até uma limitação completa da elevação lingual, sendo o diagnóstico precoce fundamental para evitar prejuízos funcionais (Azambuja, Tostes e Portela, 2022). Segundo Brito et al. (2008), a avaliação dessa estrutura deve envolver aspectos anatômicos e funcionais, considerando a importância da língua em funções primordiais, inclusive na articulação da fala.

No Brasil, a avaliação da cavidade oral do recém-nascido é prevista pela Lei Federal Nº13.002/2014, que obriga a triagem neonatal da anquiloglossia, como recomenda a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (Venancio et al., 2015). Assim, a avaliação da posição e função da língua é determinante para definir a gravidade do caso. Nesse sentido, Martinelli et al. (2013) desenvolveram o Teste da Linguinha, composto por três escores, como a história clínica, avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva, que permite uma análise objetiva e padronizada, auxiliando na detecção de casos que necessitam de intervenção cirúrgica de forma precisa e precoce.

Em contrapartida, o Ministério da Saúde (2023), por meio de nota técnica Nº 52/2023, recomenda o Protocolo de Bristol- BTAT (Bristol Tongue Assessment Tool), desenvolvido com base em uma prática clínica e com referência à Ferramenta de Avaliação da Função do Frênulo Lingual (ATLFF) de Hazelbaker, para avaliar e fornecer uma medida de execução simples e objetiva da gravidade da anquiloglossia. Esse protocolo tem como principal objetivo padronizar a triagem e o diagnóstico dessa condição, permitindo uma análise funcional da mobilidade lingual e de seu impacto na amamentação. Diante do exposto, no caso descrito, a avaliação lingual foi realizada com dois testes, o Teste da Linguinha e o Protocolo de Bristol, a fim de proporcionar maior clareza no diagnóstico.

Além do uso do Teste da Linguinha e do Protocolo de Bristol, faz-se necessário o acompanhamento clínico, que permite identificar lactentes com

comprometimento funcional da língua, possibilitando o tratamento antes que o desmame precoce ocorra (Teles,2019). Ambos os protocolos podem ser realizados por determinados profissionais da área da saúde treinados, como fonoaudiólogo, pediatra e cirurgião-dentista, a fim de realizar o diagnóstico precoce do paciente com tempo hábil para o tratamento, facilitando a melhora na qualidade de vida, tanto da mãe, quanto do bebê. Diante disso, o diagnóstico precoce da anquiloglossia permite que haja dois tipos de tratamento: o cirúrgico e o conservador (Bistaffa et al., 2017).

A frenectomia, remoção completa do freio lingual, ou frenotomia lingual, corte parcial do freio, são alternativas terapêuticas minimamente invasivas, amplamente utilizadas na odontopediatria, devido à simplicidade da execução e a previsibilidade dos resultados (Danelon et al., 2020). O procedimento, quando corretamente indicado, traz benefícios funcionais e melhora significativa na qualidade de vida da mãe e do bebê, contribuindo, inclusive, para o desenvolvimento orofacial adequado e para a prevenção de distúrbios de fala e mastigação (Capelario et al., 2023; Leite et al., 2024). De forma semelhante, Procopio, Costa e Lia (2017) observaram melhora imediata na amamentação após o procedimento com intervenção cirúrgica, reforçando sua eficácia e segurança. O mesmo foi observado no caso descrito, no qual houve melhora imediata após a cirurgia, proporcionando um conforto à mãe durante a amamentação e favorecendo sua continuidade.

O sucesso do tratamento para anquiloglossia está diretamente relacionado à avaliação interdisciplinar envolvendo cirurgiões-dentistas, fonoaudiólogos e pediatras, uma vez que garante o restabelecimento completo das funções orofaciais (Nogueira, Gonçalves e Roda,2021). Além disso, o diagnóstico precoce e a intervenção imediata podem prevenir o desmame precoce e favorecem o vínculo afetivo entre mãe e filho, ambos elementos essenciais para o adequado desenvolvimento infantil (Sanches, Fráguas e Chencinski, 2021). A bebê descrita no caso permanece em acompanhamento pediátrico, onde é notório os benefícios do procedimento cirúrgico, visto que a amamentação segue até os cinco meses de vida.

Silva, Vilela e Rank (2016) observaram, em seu estudo, que a frenectomia lingual em bebês promove melhora imediata da sucção e maior conforto durante o aleitamento, resultados semelhantes aos encontrados no presente caso, destacando

que a indicação cirúrgica deve ser individualizada e baseada em critérios clínicos e funcionais, a fim de evitar procedimentos desnecessários. No caso apresentado, a frenotomia convencional mostrou-se eficiente, com cicatrização adequada e restabelecimento completo da amamentação, corroborando com os achados de Assunção (2024), que também observaram evolução positiva em pacientes pediátricos submetidos ao mesmo procedimento.

Diante do exposto, pode-se observar que a intervenção precoce na anquiloglossia é fundamental para prevenir complicações associadas, como baixo ganho de peso e o desmame precoce, fatores que podem comprometer o desenvolvimento nutricional e emocional do bebê. Dessa forma, o diagnóstico preciso, aliado a uma conduta cirúrgica adequada torna-se essencial para garantir resultados funcionais e estéticos satisfatórios.

4. CONCLUSÃO

A realização da frenotomia lingual demonstrou-se uma alternativa terapêutica eficaz e segura no manejo da anquiloglossia em lactentes, promovendo melhora significativa na função de sucção e, conseqüentemente, na amamentação. Assim, a conscientização dos profissionais e das famílias sobre essa condição é essencial para garantir o bem-estar materno-infantil, assegurando que o aleitamento ocorra de forma confortável, eficaz e duradoura.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSUNÇÃO, Aryadne Rabelo; SOUZA, Evelle Chagas De; MELO, Diana Fernandes De. FRENECTOMIA LINGUAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO. *Revista Clínica de Odontologia*, p. 14, 17 dez. 2024.
2. ANABUKI AA, et al. Os benefícios da frenectomia frente ao Tratamento de anquiloglossia: relato de caso clínico. *Revista Odontológica Integrativa do Centro-Oeste (ROICO)*, 2022
3. AZAMBUJA, Isabella Zelzer; TOSTES, Monica Almeida; PORTELA, Maristela Barbosa. ANQUILOGLOSSIA EM BEBÊS: DA EMBRIOLOGIA AO TRATAMENTO - UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Revista Científica do CRO-RJ (Rio de Janeiro Dental Journal)*, v. 7, n. 3, p. 13–24, 2022.
4. BISTAFFA AGI, Giffoni TCR, Franzin, LCS. Frenotomia lingual em bebê. *Revista UNINGÁ Review [Internet]*. Jan./Mar. 2017
5. BORSATTO MC, Torres CP, Assed S. Cirurgia em Odontopediatria. In: Sada S. *Odontopediatria: bases científicas para a prática clínica / SadaAssed*. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2005.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 52/2023 – CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS e CGSB/DESCO/SAPS/MS. Brasília, 2023
7. BRITO, Suellen Ferro De et al. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. *Revista CEFAC*, v. 10, n. 3, p. 343–351, 2008.
8. BRZECKA, Dagna et al. Diagnosis, classification and management of ankyloglossia including its influence on breastfeeding. *Developmental Period Medicine. Medycyna Wieku Rozwojowego*, v. 23, n. 1, 2019.
9. CAPELARIO, Elenice De Fatima Souza et al. Benefícios da cirurgia de frenectomia lingual e labial na qualidade de vida do paciente odontológico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 3, p. e12167, 31 mar. 2023.

10. COSTA, Izabela Soares Oliveira et al. Frenectomy lingual para correção de anquiloglossia em paciente adulto: relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 8, n. 1, p. e77750, 20 fev. 2025.
11. CORYLLOS, E.; GENNA, C.; SALLOUM. Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. *American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding Newsletter*, p.1-6, 2004.]
12. DANELON, Marcelle et al. Frenectomy em Odontopediatria: relato de caso. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, v. 9, n. 6, p. 522–526, 7 out. 2020.
13. FRAGA M do RB de A, Barreto KA, Lira TCB, Celerino PRRP, Tavares IT da S, Menezes VA de, et al. Ankyloglossia and breastfeeding: what is the evidence of association between them? *Revista CEFAC*. 2020;
14. IDELFONSO, Alisson Gabriel; ROSCHEL, Tereza Cristina; SILVA, Cheles Da. FRENOTOMIA LINGUAL EM BEBÊ. 2017.
15. KUPIETZY A, Botzer E. Ankyloglossia in the infant and young child: clinical suggestions for diagnosis and management. *Pediatr Dent* 2005;27:40-46
16. LEITE, Carla Letícia Araújo Nascimento et al. INDICAÇÕES DA CIRURGIA DE FRENECTOMIA LINGUAL – UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 1, p. 695–712, 10 jan. 2024.
17. MARTINELLI, Roberta Lopes De Castro; MARCHESAN, Irene Queiroz; BERRETIN-FELIX, Giédre. Tongue position for lingual frenulum assessment. *Revista CEFAC*, v. 22, n. 1, p. e0120, 2020.
18. MARTINELLI RLCM, Marchesan IQ; Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre as pectos anatômicos e funcionais. *Rev CEFAC* 2013;
19. MARTINELLI R, Marchesan I, Berretin FG. Estudo longitudinal das características anatômicas do frênulo lingual comparado com afirmações da literatura. *Rev CEFAC*. 2014;16:
20. MESSNER AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, et al. Clinical consensus statement: ankyloglossia in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020

21. NOGUEIRA, Jamille Silva; GONÇALVES, Cláudia Adriana Brito; RODA, Silvana Ribeiro. Frenotomy: from assessment to surgical intervention. *Revista CEFAC*, v. 23, n. 3, p. e10420, 2021.
22. OLIVEIRA, Thais Neves. Frenectomia Lingual na pediatria: Lingual Phrenectomy in Pediatrics. 2023
23. O'SHEA JE et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017
24. PENHA, Elizandra Silva et al. O teste da linguinha na visão de cirurgiões-dentistas e enfermeiros da Atenção Básica de Saúde. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, v. 7, n. 6, 17 jul. 2018.
25. PROCOPIO, Iryana Marques Sena; COSTA, Vanessa Polina Pereira; LIA, Erica Negrini. Frenotomia lingual em lactentes. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, v. 22, n. 1, 28 ago. 2017.
26. POMPEIA LE, Ilinsky RS, Ortolani CLF, Faltin Júnior K. A influência da anquiloglossia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático. *Rev Paul Pediatr* 2017;
27. RECCHIONI, C. et. al. (2019). *Práticas em cirurgia Bucomaxilofacial: Cirurgias pré-protéticas*. Vol. III. Editora Nativa.
28. SANCHES Mtc, Fraguás Mvc, Chencinski Ym. Anquiloglossia em recém-nascidos e lactentes. In: Chencinski YM, coord. *Aleitamento materno na Era Moderna: vencendo desafios*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. p.101-10.
29. SILVA, Palloma Inácio; VILELA, Joana Estela Rezende; RANK, Sampaio. Frenectomia Lingual em bebê: Relato de caso lingual Frenectomy in babies: Case report. *Revista Bahiana de Odontologia*, 2016.
30. TELES, Millena Portela De Oliveira et al. Frenotomia lingual em bebês diagnosticados com anquiloglossia pelo Teste da Linguinha: série de casos clínicos. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, v. 24, n. 1, p. 73–81, 7 maio 2019.
31. VARGAS, Bruno Coutinho; MONNERAT, Luiz Henrique Pimentel; FAVILLA, Eduardo Esberard. Anquiloglossia: quando indicar a frenectomia lingual? *Ankyloglossia: when to indicate the lingual frenectomy?* 2008.

32. VENANCIO, Sonia Isoyama; TOMA, Tereza Setsuko. PARECER
TÉCNICO-CIENTÍFICO. 2015

UNIMA | Afya
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MACEIÓ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM PARA FINS ACADÊMICOS

Eu, [REDACTED], portador da Cédula de Identidade nº [REDACTED], inscrito no CPF sob nº [REDACTED], residente na Rua [REDACTED], no [REDACTED], CEP [REDACTED], cidade de [REDACTED], **AUTORIZO O USO DE IMAGEM** do menor sob minha responsabilidade, nascido em 01/04/2025, na cidade de [REDACTED], inscrito no CPF nº [REDACTED], residente na Rua [REDACTED], no [REDACTED], CEP [REDACTED], cidade de [REDACTED], para a UNIMA - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MACEIÓ, empresa de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 32.728.800.0001-10, com sede Avenida Comendador Gustavo Paiva, 5017, Cruz das Almas, Maceió/AL, CEP: 57037-532.

A autorização é a título não oneroso, sendo exclusivamente para fins acadêmicos. Sem restrições através de fotografia, filmes, vídeos, impressão off-set, tipográfica, reprográfica, áudios, slides, ou outro qualquer processo análogo, para divulgação com o fim específico de Trabalho de Conclusão de Curso. Podendo ser abrangido para publicação em revistas acadêmicas, entre outras plataformas acadêmicas, sem fins lucrativos, com o intuito de informação e pesquisa, sem necessidade de notificação ou interpelação do responsável.

Por esta ser a expressão da nossa vontade, declaro que **AUTORIZO** os usos acima descritos da imagem do menor, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos ou a qualquer outro.

Maceió AL, 03 de junho de 2025.

[REDACTED]
FAMILIAR OU RESPONSÁVEL

Anexo 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Ferramenta de Avaliação de anquiloglossia e bebês amamentados (TABBY)

	0	1	2	ESCORE
Qual é a aparência da ponta da língua?				
Onde está fixada a extremidade inferior do frênulo?				
Quanto a língua se eleva (durante o choro)?				
Quanto a língua se estende para a frente?				

© University of Bristol Design and Illustration: Hanna Oakes | oalshedi.co.uk

Anexo 2- Protocolo de Bristol

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS
HISTÓRIA CLÍNICA

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

Antecedentes Familiares

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

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

Problemas de Saúde

() não () sim Quais: _____

Amamentação:

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

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

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

Anexo 3- Protocolo de Martinelli

TRIAGEM NEONATAL
do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês

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)

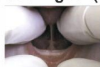


() espesso (2)

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)

Escore 0 a 4: normal ()

Escore 5 a 6: duvidoso () reteste em ____/____/____

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

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

PARTE II – AVALIAÇÃO DA SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA E NUTRITIVA

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

1.1. Movimento da língua

- () adequado: protrusão de língua, movimentos coordenados e sucção eficiente (0)
- () inadequado: protrusão de língua limitada, movimentos incoordenados e atraso para início da sucção (1)

2. Sucção Nutritiva na Amamentação

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

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

- () várias sucções seguidas com pausas curtas (0)
- () poucas sucções com pausas longas (1)

2.2. Coordenação entre sucção/deglutição/respiração

- () adequada (0) (equilíbrio entre a eficiência alimentar e as funções de sucção, deglutição e respiração, sem sinais de estresse)
- () inadequada (1) (tosse, engasgos, dispneia, regurgitação, soluço, ruídos na deglutição)

2.3. “Morde” o mamilo

- () não (0)
- () sim (1)

2.4. Estalos de língua durante a sucção

- () não (0)
- () sim (1)

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

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

Quando a soma do exame clínico for igual ou maior que 9, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

TOTAL GERAL DA HISTÓRIA E DO EXAME CLÍNICO: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 25

Quando a soma da história e do exame clínico for igual ou maior que 13, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.