

Documento Científico



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

ANQUILOGLOSSIA NO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE JOVEM VISÃO TRANSDISCIPLINAR

Texto divulgado em 08/03/24

Coordenação e edição:

Cristina Giovannetti Del Conte

Presidente do Núcleo de Estudo de Saúde Oral da SPSP.

Relatores*

Núcleo de Estudo de Saúde Oral da SPSP: Adriana Catia Mazzoni, Ana Maria Guimarães de Araujo, Cristina Giovannetti Del Conte, Doris Ruiz Rocha, Mary Odete Silva, Patricia Camacho Roulet e Silvia Chedid

Departamento de Aleitamento Materno da SPSP: Natalia Turano, Rosangela Gomes dos Santos e Yechiel Moises Chencinski

Departamento de Cirurgia Pediátrica da SPSP: José Roberto de Souza Baratella

Departamento de Neonatologia da SPSP: Maria Cristina Passos Fleury, Renata Sayuri Ansai Pereira de Castro e Romy Schmidt Brock Zacharias

Departamento de Otorrinolaringologia da SPSP: Renata Cantisani Di Francesco e Vitor Guo Chen

Documento Científico



Definição de anquiloglossia

A anquiloglossia é a condição clínica definida como a presença de mobilidade limitada da língua decorrente de freio lingual restritivo.¹ É considerada anomalia congênita e tem origem durante o período embrionário, quando não ocorre apoptose celular entre o assoalho bucal e a língua inicialmente, em razão de interferências no controle celular, fazendo com que a sua migração seja incompleta ou até mesmo não ocorra, permanecendo na face ventral da língua, levando a alterações de inserção e/ou comprimento do freio.¹⁻³

Prevalência da anquiloglossia e frenotomia em lactentes jovens

Estudos recentes, incluindo meta-análises e revisões sistemáticas, indicam que a prevalência da anquiloglossia varia de 4% a 11% em recém-nascidos e de 7% a 10% em lactentes com menos de um ano de idade.^{4,5} Cruz et al. encontraram prevalência semelhante a estes estudos e alertaram que as variações nos resultados podem ser atribuídas às diferenças nas metodologias de diagnóstico utilizadas.⁶

Nos últimos 20 anos, o notável aumento dos procedimentos cirúrgicos relacionados à anquiloglossia em diversos países tem suscitado amplo debate.⁷⁻¹²

Esses trabalhos revelam a importância da reflexão transdisciplinar acerca do crescimento acentuado tanto no diagnóstico de anquiloglossia quanto em suas intervenções cirúrgicas. Esse fenômeno pode ser atribuído a diversos fatores: maior conscientização e enfoque na condição que não existiam anteriormente, bem como a adoção de protocolos que avaliam apenas a morfologia do freio lingual, a falta de padronização nos protocolos de diagnóstico e nas abordagens terapêuticas, ou talvez uma tendência ao sobrediagnóstico e ao excesso de tratamentos – ou uma combinação de todos esses aspectos.

Anquiloglossia e aleitamento materno

Até o momento, não há evidências conclusivas sobre a associação entre anquiloglossia e dificuldade na amamentação. No entanto, essa condição é frequentemente identificada como um dos fatores que podem interferir negativamente neste processo, podendo levar a complicações como lesões nos mamilos e dor ao amamentar, dificultando a pega e a realização de sucção adequada, conseqüentemente diminuindo o estímulo à produção de leite materno e o esvaziamento da mama.

3,10,12-19

A revisão sistemática e meta-análise de Cordray et al. demonstrou haver benefícios da frenotomia em relação à dor mamilar e melhora na pega; contudo, o acompanhamento da maioria dos casos foi curto, somente 1 mês.¹²

Um estudo multicêntrico de coorte realizado recentemente no Brasil, não encontrou associação de aleitamento materno exclusivo ou duração de aleitamento em crianças com anquiloglossia ou casos suspeitos de anquiloglossia no primeiro, quarto ou sexto mês de vida.²⁰

Em todo caso, é essencial a assistência de profissional qualificado, dedicado ao cuidado conjunto da mãe e do bebê, que seja capaz de acompanhar uma mamada desde o início até o fim. Esse especialista deve ser hábil na avaliação da eficácia da sucção ao seio, na identificação de quaisquer irregularidades e na orientação à estimulação da produção láctea, evitando uso excessivo de complementação artificial nos casos de dificuldade na amamentação, minimizando assim o risco de um desmame precoce.¹⁷

Vistos os inúmeros fatores que podem interferir e/ou dificultar a avaliação da amamentação, a Organização Mundial da Saúde elaborou um formulário contendo vários aspectos a serem avaliados antes, durante e após a mamada, como por exemplo, a resposta do bebê quanto aos reflexos orais,

Documento Científico



anatomia da mama e mamilo, posicionamento de mãe/bebê, vínculo, comportamento da mãe, ejeção do leite, pega, sucção e duração.²¹

Para a avaliação da eficácia, salienta-se também a avaliação da coordenação entre sucção, deglutição e respiração.¹⁷ Alguns sinais e sintomas observados durante a amamentação podem ser relacionados erroneamente ao freio lingual. Em algumas situações, a correção da técnica da mamada já é suficiente para o restabelecimento do aleitamento materno, sem necessidade de intervenção cirúrgica.^{10,16,17}

Outro fator protetor importante do aleitamento materno é a consulta pediátrica de pré-natal a partir da 32ª semana de gestação, conforme recomenda a Sociedade Brasileira de Pediatria, para que sejam iniciadas as orientações ao núcleo familiar sobre a amamentação.²² Além disso, a Associação Brasileira de Odontopediatria também sugere que os cuidados com a saúde bucal da criança devam começar ainda no período gestacional, sendo um dos enfoques o aleitamento materno.¹⁹

Protocolo de avaliação do freio lingual em lactentes

Os protocolos de avaliação do freio lingual surgiram pela necessidade de se padronizar o diagnóstico anatômico e funcional e para auxiliar na orientação e conduta dos profissionais de saúde envolvidos e, assim, devem ser considerados como instrumentos auxiliares na avaliação clínica transdisciplinar e não como medida para definição de conduta.³

Existem diversos protocolos para a avaliação do freio lingual. Todavia, não há consenso na literatura científica sobre qual o protocolo mais acurado para o diagnóstico.^{10,15,16,19,23,24}

Em 2014, o Ministério da Saúde normatizou a avaliação do freio lingual como parte do exame físico do recém-nascido nas maternidades brasileiras (Lei nº 13.002), utilizando o Protocolo de Martinelli.²⁵

Documento Científico



Em 2018, o Ministério da Saúde publicou uma nota técnica (NOTA TÉCNICA Nº 35/2018) recomendando a utilização do protocolo de Bristol, por ser mais acessível e sua aplicação identificar os casos mais graves de anquiloglossia que apresentassem impacto significativo na amamentação.^{3,26,27}

O protocolo Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) passou por adaptação transcultural, para facilitar a sua aplicabilidade como instrumento de diagnóstico e foi sugerido pelo Ministério da Saúde para ser implementado nas maternidades brasileiras, devido à sua praticidade na validação envolvendo profissionais não especialistas em disfunções orofaciais e capacidade de predição de problemas na amamentação.^{3,26,27}

O BTAT está baseado na avaliação de quatro elementos: aparência da ponta da língua, fixação da extremidade inferior do frênuo, elevação da língua com a boca aberta (durante o choro) e protrusão da língua. Quanto mais baixo o escore, maior a probabilidade de anquiloglossia ou interferência na mobilidade da língua.²⁸

Na literatura, não há consenso sobre o protocolo mais acurado para o diagnóstico da anquiloglossia. Contudo, o Ministério da Saúde do Brasil indica o uso do Protocolo Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) para ser utilizado na maternidade.

Diagnóstico e abordagem transdisciplinar da anquiloglossia

Visto que existem diversas lacunas de evidências científicas, particularmente correlacionando a variabilidade entre a morfologia e a função do freio lingual, o diagnóstico de anquiloglossia permanece subjetivo e tem sido um grande dilema para a prática clínica e pesquisa, criando algumas discordâncias entre os profissionais da saúde.^{4,15,19,29}

Documento Científico



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Para conduta clínica assertiva, tanto para o diagnóstico da anquiloglossia quanto para impedir procedimento cirúrgico desnecessário ou precoce, é essencial a utilização de protocolos clínicos transdisciplinares, com a avaliação meticulosa da forma e da função do freio lingual, além da observação de uma mamada completa, desde o seu início até o término, por profissional capacitado para avaliar se é efetiva e se o posicionamento e movimentação da língua estão adequados.^{3,10,14,16,17,23,30-33}

Ressaltamos a importância de avaliação física cautelosa para a verificação de possíveis alterações anatômicas e condições sistêmicas que possam interferir negativamente na amamentação, além da relação do binômio mãe/bebê, para definir o diagnóstico e o plano de tratamento mais assertivos

O diagnóstico da anquiloglossia pode ser transdisciplinar, com a avaliação meticulosa da morfologia do freio lingual e função da língua, além da observação de uma mamada completa.

Quando indicar a abordagem conservadora com seguimento pediátrico e transdisciplinar após a alta da maternidade?

Nos casos duvidosos sobre o impacto da anquiloglossia no aleitamento materno, está indicada a abordagem conservadora e o acompanhamento minucioso do recém-nascido, bem como da dinâmica da amamentação. Dependendo do quadro apresentado, o pediatra responsável pelo lactente, após alta hospitalar, poderá solicitar acompanhamento por outros profissionais com expertise em aleitamento materno para avaliação e/ou conduta, tais como enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, cirurgião pediatria, cirurgião-dentista/odontopediatra ou otorrinolaringologista.

Alguns casos podem ser resolvidos apenas com o correto manejo do aleitamento materno, enquanto outros podem necessitar de trabalho de organização muscular orofacial através de tratamento fonoaudiólogo ou abordagem mais global, como a fisioterapia.^{10,17}

Documento Científico



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

A Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, os Hospitais Amigos da Criança e os Centros Especializados em Reabilitação apresentam equipes especializadas e treinadas para o seguimento da amamentação, sendo uma opção de encaminhamento após a alta hospitalar, além da própria maternidade onde a criança nasceu.^{3,10,34}

Nos casos duvidosos sobre o impacto da anquiloglossia no aleitamento materno, está indicada a abordagem conservadora e o acompanhamento minucioso do recém-nascido.

A Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil apresenta no seu site a descrição dos locais de atendimento em todo o território nacional para os casos de dificuldade com a amamentação.³⁴

Considerações sobre a indicação de procedimento cirúrgico

A cirurgia de liberação do freio lingual pode estar indicada nos casos de anquiloglossia grave, diagnosticados na maternidade e nos demais casos, quando for identificado algum risco para o recém-nascido, como a impossibilidade da amamentação.^{3,10,26}

Para os casos duvidosos, deve-se realizar nova avaliação minuciosa da dinâmica da amamentação, na consulta da primeira semana de vida do recém-nascido. Mediante a confirmação de que a alteração da função da língua está interferindo na amamentação, o lactente deverá ser encaminhado de acordo com o fluxograma sugerido pelo Ministério da Saúde do Brasil.³

A cirurgia de liberação do freio lingual está indicada na maternidade, após avaliação meticulosa, preferencialmente por equipe transdisciplinar, nos casos de **anquiloglossia grave**, quando for identificada a impossibilidade da amamentação e ou lesão no seio materno.

Documento Científico



Ressaltamos que embora a avaliação clínica transdisciplinar embase o diagnóstico e a indicação de procedimento cirúrgico, a definição da oportunidade cirúrgica é realizada pelo neonatologista/pediatra.

Considerações da oportunidade cirúrgica

Os primeiros dias após o nascimento são cruciais para a adaptação do recém-nascido (RN) ao ambiente extrauterino e para o estabelecimento da amamentação entre mãe e bebê. Portanto, é vital que a avaliação da anquiloglossia e seus potenciais efeitos seja feita com rigor.

Nas primeiras 48 horas de vida, recomenda-se realizar apenas uma avaliação anatomofuncional; nos casos em que houver dúvidas, o RN pode ser submetido a um novo teste depois da primeira semana de vida.^{27,35,36}

Assim, sempre que for possível, evitar o procedimento cirúrgico nos primeiros dias de vida, limitando-o a situações de diagnóstico grave. Após a alta da maternidade, é recomendável o acompanhamento contínuo por uma equipe transdisciplinar. Esta equipe deve oferecer orientação à família sobre a técnica de amamentação, apoiar em quaisquer dificuldades surgidas, e se a anquiloglossia com impacto significativo na amamentação for confirmada, o pediatra decidirá pelo melhor encaminhamento.

Documento Científico



Importância da avaliação da saúde geral do neonato/lactente jovem antes da intervenção cirúrgica

A avaliação de saúde geral do neonato/lactente jovem antes da intervenção cirúrgica é importante para descartar outras situações clínicas que possam interferir no aleitamento materno e definir a oportunidade cirúrgica ideal.^{1,16,17}

Algumas condições além da anquiloglossia podem interferir no aleitamento materno, entre as quais malformações, alterações neurológicas, prematuridade, questões do binômio mãe-bebê, dinâmica familiar e outros.

Contraindicações da cirurgia de liberação do freio lingual (frenotomia)

Retrognatia, micrognatia, hipotonia, distúrbio neuromuscular e coagulopatia são algumas contra-indicações relativas da cirurgia de freio lingual.¹

Em algumas condições clínicas, como retrognatia, micrognatia, hipotonia, distúrbio neuromuscular e coagulopatia, a cirurgia do freio lingual apresenta contra-indicação relativa.

Considerações sobre o procedimento cirúrgico de liberação do freio lingual

O procedimento cirúrgico poderá ser realizado por médico ou cirurgião-dentista capacitado/habilitado mediante consentimento informado dos pais e avaliação do médico pediatra.¹⁰ Após o procedimento cirúrgico, faz-se necessário o acompanhamento do binômio mãe-bebê para apoio à amamentação, cuidados pós-operatórios e do seguimento a longo prazo para a avaliação das funções da língua.

Documento Científico



Para o procedimento de liberação do freio lingual, é necessário que o cirurgião tenha total conhecimento da anatomia e função desta região. É importante que o profissional conheça e tenha bastante habilidade na utilização do instrumental cirúrgico escolhido, e principalmente que domine a técnica cirúrgica indicada, oferecendo segurança durante o procedimento e também no pós-operatório com o máximo conforto, possibilitando a volta à mamada logo após a intervenção. É imprescindível que o profissional esteja preparado para socorrer quaisquer intercorrências que eventualmente possam ocorrer.³⁷

O procedimento cirúrgico deve ser realizado por profissional que tenha conhecimento da anatomia e função da área a ser manipulada, além de apresentar habilidade com o instrumental cirúrgico escolhido, e principalmente dominar a técnica indicada, oferecendo segurança durante o procedimento e pós-operatório, possibilitando a amamentação logo após a intervenção.

O procedimento cirúrgico deve ser executado em ambiente devidamente equipado, respeitando todas as normas de biossegurança, e preferencialmente em ambiente hospitalar, a fim de que se possa prestar imediato socorro em caso de complicações graves que signifiquem risco à vida dos pacientes, como é o caso das lesões hemorrágicas.

Documento Científico



Importância do acompanhamento pós-cirúrgico imediato e tardio

O acompanhamento pós-cirúrgico deve ser feito pelo profissional que fez o procedimento cirúrgico para verificar o processo de cicatrização, e caso haja necessidade, por equipe transdisciplinar para reorganizar a musculatura e função orofacial e promover o aleitamento materno.

Após procedimento cirúrgico, é fundamental que haja acompanhamento do binômio mãe-bebê para o incentivo e apoio à amamentação.

Complicações do procedimento cirúrgico

A melhor forma de prevenir uma complicação cirúrgica é ficar atento a todas as etapas realizadas, como a criteriosa anamnese e exame clínico realizado nas consultas iniciais do pré-cirúrgico, como os exames laboratoriais do lactente, e na sequência seguir rigorosamente todos os protocolos de procedimento cirúrgico e cuidados pós-cirúrgicos.

Uma das complicações mais comuns do procedimento cirúrgico é a necessidade de reintervenção cirúrgica, descrita na literatura entre 25% e 32% dos casos.^{38,39} A aversão oral do recém-nascido ou lactente, após o procedimento cirúrgico, especialmente se for muito invasivo, é uma dificuldade severa que deve ser considerada. O sangramento excessivo durante o procedimento, apesar de ter baixa porcentagem de ocorrências descritas na literatura, caracteriza questão muito importante, devendo o cirurgião estar capacitado para realizar a hemostasia do(s) vaso(s) sangrante(s).

O desmame precoce é outra complicação muito preocupante que pode acontecer por uma grande manipulação no bebê, por falta de manejo adequado da mamada ou indicação inadequada no seguimento pós-operatório. A literatura também descreve que a realização da sutura favorece o

Documento Científico



desmame. Não está descrito na literatura nenhum caso de infecção local em pacientes que estão sendo amamentados.^{1,4,38,39}

Salienta-se que também podem ocorrer lesões e danos às glândulas salivares e obstrução das vias aéreas.^{1,37} Complicação pouca citada, embora não infrequente, é a lesão sublingual decorrente do uso inadequado do laser cirúrgico, que pode levar a necrose extensa.

Complicações que foram associadas à cirurgia de freio lingual no lactente: necessidade de reintervenção, sangramento excessivo, dificuldade no aleitamento, desmame precoce, lesões às glândulas salivares.

Anquiloglossia na infância

Nos casos de diagnóstico duvidoso de anquiloglossia ou em que o procedimento cirúrgico não tenha sido realizado na fase de lactância, recomenda-se o acompanhamento transdisciplinar precoce e adequado para avaliar e acompanhar se a condição anatômica da língua está exercendo prejuízo ao crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático e o estabelecimento da oclusão dentária, de dificuldades com a fala e alimentação, além da movimentação lingual necessária para o desempenho de outras funções orais adequadas.^{2,35,40-42}

Nos casos de diagnóstico duvidoso de anquiloglossia, mas em que o aleitamento materno foi realizado, recomenda-se acompanhamento de longo prazo visando evitar possíveis prejuízos ao crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático, ao estabelecimento da oclusão dentária, à fala e outras funções orais.

Documento Científico



Considerações finais

É fato que o freio lingual em conjunto com as demais estruturas do sistema estomatognático participa na correta realização das funções orais, favorecendo o aleitamento materno, que é considerado o alimento padrão-ouro ao neonato, e um estímulo natural ao correto crescimento e desenvolvimento crânio-orofacial infantil. Todavia, é essencial reconhecer que a etiologia da dificuldade ou impedimento ao aleitamento materno pode ser decorrente de outras malformações congênitas ou afecções crânio-orofaciais e de situações físicas, emocionais e mentais do binômio materno-infantil, que necessitam de diagnóstico, condutas e abordagem de diferentes áreas da saúde.

Considera-se essencial a utilização de critérios de diagnóstico validados, capacitação técnica e conhecimento científico anatômico e funcional do freio lingual, do aleitamento materno e de todas as funções orais para o diagnóstico e plano de tratamento para anquiloglossia.

Nos casos de freios com diagnóstico duvidoso, sugere-se o acompanhamento transdisciplinar. A intervenção cirúrgica de liberação do freio lingual é indicada quando há critério clínico bem definido e sempre após a autorização do núcleo familiar.

A Sociedade de Pediatria de São Paulo destaca que diagnósticos e terapêuticas publicados neste documento científico são exclusivamente para ensino e utilização por médicos.

Documento Científico



Referências

1. 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;162(5):597-611.
2. Pompéia LE, Ilinsky RS, Ortolani CLF, Faltin K. A influência da anquiloglossia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático. *Rev Paul Pediatr [Internet].* 2017;35(2):216–21.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral. Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. Nota Técnica nº 24/2023-CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS. 2023.
4. O'Shea JE et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017;91(3):147-9.
5. Hill RR, Lee CS, Pados BF. The prevalence of ankyloglossia in children aged <1 year: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Res.* 2021;90(2):259-266.
6. Cruz PV, Souza-Oliveira AC, Notaro SQ, Occhi-Alexandre IGP, Maia RM, De Luca Canto G, et al. Prevalence of ankyloglossia according to different assessment tools: A meta-analysis. *J Am Dent Assoc.* 2022;153(11):1026-1040.
7. Power R, Murphy J. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child.* 2015;100:489-494.
8. Walsh J, Links A, Boss E, Tunkel D. Ankyloglossia and lingual frenotomy: national trends in inpatient diagnosis and management in the United States, 1997-2012. *Otolaryngology Head and Neck Surgery.* 2017;156(4):735-740.
9. Wei EX, Tunkel D, Boss E, Walsh J. Ankyloglossia: update on trends in diagnosis and management in the United States, 2012-2016. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;163(5):1029-1031.

Documento Científico



10. Sanches MTC, Fráguas 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.
11. Macau-Lopes MG, Silveira ADS, Lopes CMN, Leme PAT, Faustino-Silva DD. Análise quantitativa de frenectomias realizadas no contexto do SUS após obrigatoriedade do teste da linguinha. Saúde em Debate. 2022;46:125-35.
12. Cordray H, Raol N, Mahendran GN, Tey CS, Nemeth J, Sutcliffe A, et al. Quantitative impact of frenotomy on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Res*. 2024;95(1):34-42.
13. Diercks GR, Hersh CJ, Baars R, Sally S, Caloway C, Hartnick CJ. Factors associated with frenotomy after a multidisciplinary assessment of infants with breastfeeding difficulties. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020;138:110212.
14. Guinot F, Carranza N, Ferrés-Amat E, Carranza M, Veloso A. Tongue-tie: incidence and outcomes in breastfeeding after lingual frenotomy in 2333 newborns. *J Clin Pediatr Dent*. 2022;46(6):33-39.
15. Hatami A, Dreyer CW, Meade MJ, Kaur S. Effectiveness of tongue-tie assessment tools in diagnosing and fulfilling lingual frenectomy criteria: a systematic review. *Aust Dent J*. 2022;67(3):212-219.
16. Wilson-Clay B, Hoover KL. Atlas de amamentação. 7 ed. São Paulo: Somos Mães Desenvolvimento de Pessoas; 2022.
17. Campbell S, Spencer B, Chamberlain K. Lactation Education Accreditation and Approval Review Committee. Core curriculum for interdisciplinary lactation care. 2 ed. Burlington: Jones, Bartlett Learning. 2023.
18. Sociedade Brasileira de Pediatria. Anquiloglossia: como proceder? Agosto Dourado. Guia Prático de Atualização, Departamento Científico de Aleitamento Materno. 2023;85.

Documento Científico



19. Associação Brasileira de Odontopediatria. Freios orais. In: Associação Brasileira de Odontopediatria. Diretrizes para procedimentos clínicos em Odontopediatria. São Paulo: Santos Publicações; 2024. p. 329-340.
20. Feldens CA, Heck ABDS, Rodrigues PH, Coelho EMRB, Vítolo MR, Kramer PF. Ankyloglossia and breastfeeding duration: a multicenter birth cohort study. Breastfeed Med. 2024;19(1):17-25.
21. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade/Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 276 p.
22. Sociedade Brasileira de Pediatria. A consulta pediátrica pré-natal - atualização 2023. Documento Científico do Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial. 2023;100.
23. Mills N, Keough N, Geddes DT, Pransky SM, Mirjalili SA. Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. Clin Anat. 2019;32(6):824-35.
24. Feitosa ALF, Dutra BMM, Azevedo LH. Instrumentos de avaliação utilizados para o diagnóstico da anquiloglossia. In: Chiaradia R, Azevedo LH. In: Freios orais e amamentação. 1 ed. São Paulo: Santos Publicações; 2024. p. 80-94.
25. Brasil - Lei nº 13.002, 20 de junho de 2014.
26. Venancio SI, Toma TS, Buccini GS, Sanches MTC, Araújo CL, Figueiró MF. Parecer técnico científico do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo sobre o tema: anquiloglossia e aleitamento materno: evidências sobre a magnitude do problema, protocolos de avaliação, segurança e eficácia da frenotomia. 2015.
27. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Nota Técnica nº 35/2018. Anquiloglossia em recém-nascidos. MS; 2018.

Documento Científico



28. Ingram J, Johnson D, Copeland, M et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. Arch Dis Child Fetal Neonatal. 2015;100(4):F344-8.
29. Mills N, Geddes DT, Amirapu S, Mirjalili SA. Understanding the lingual frenulum: histological structure, tissue composition, and implications for tongue tie surgery. International Journal of Otolaryngology. 2020;1-12.
30. Suter VG, Bornstein MM. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. J Periodontol. 2009;80(8):1204-19.
31. Walsh J, Tunkel D. Diagnosis and treatment of ankyloglossia in newborns and infants: a review. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;143(10):1032-1039.
32. Van Biervliet S, Van Winckel M, Vande Velde S, De Bruyne R, D'Hondt M. Primum non nocere: lingual frenotomy for breastfeeding problems, not as innocent as generally accepted. Eur J Pediatr. 2020;179(8):1191-1195.
33. Venancio SI, Buccini G, Sanches MTC. Adaptação transcultural do protocolo de avaliação da língua de Bristol (Brazilian Cross-Cultural Adaptation of the Bristol Tongue Assessment Tool - BTAT) e do Protocolo de Avaliação de anquiloglossia em bebês amamentados (Tongue-tie and Breastfed Babies Assessment Tool - TABBY). Instituto de Saúde; 2022. 16 p.
34. FioCruz. Rede Global de Bancos de Leite Humano. <https://rblh.fiocruz.br/localizacao-dos-blhs>
35. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Felix GB. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. Rev CEFAC. 2013;15(3):599-610.
36. Savian CM, Bolsson GB, Prevedello BP, Krueel CS, Zamberlan C, Santos BZ. Teste da linguinha. Tongue test. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde. 2018;19(3):623-38.
37. Mazzoni A, Navarro RS, Fernandes KPS, Mesquita-Ferrari RA, Horliana ACRT, Silva T, et al. Comparison of the effects of high-power diode laser and electrocautery for lingual frenectomy in infants: a blinded randomized controlled clinical trial. J Clin Med. 2022;11(13):3783.

Documento Científico



38. Hale M, Mills N, Edmonds L, Dawes P, Dickson N, Barker D, et al. Complications following frenotomy for ankyloglossia: A 24-month prospective New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. *J Paediatr Child Health*. 2020;56(4):557-562.
39. O'Connor ME, Gilliland AM, LeFort Y. Complications and misdiagnoses associated with infant frenotomy: results of a healthcare professional survey. *Int Breastfeed J*. 2022;17(1):39.
40. Cordray H, Mahendran GN, Tey CS, Nemeth J, Raol N. The impact of ankyloglossia beyond breastfeeding: a scoping review of potential symptoms. *Am J Speech Lang Pathol*. 2023;32(6):3048-3063.
41. Chedid SJ. O impacto da anquiloglossia no desenvolvimento das arcadas e maloclusão. In: Chiaradia R, Azevedo LH. *Freios orais e amamentação*. São Paulo: Santos Publicações; 2024. p. 49-65.
42. Mazzoni A. Anquiloglossia e aleitamento materno. In: Chedid SJ. *Prevenção de maloclusão no bebê - Monitoramento do crescimento craniofacial desde a gestação*. Nova Odessa: Napoleão; 2022. p. 428-33.

Documento Científico



*Relatores:

Adriana Catia Mazzoni

Dentista. Especialista em Odontopediatria e Doutoranda em Biofotônica.

Ana Maria Guimarães de Araujo

Dentista. Mestre em Odontopediatria pela Universidade Paulista - UNIP/SP.

Cristina Giovannetti Del Conte

Dentista. Especialista, Mestre e Doutora em Odontopediatria pela FOU SP.

Doris Ruiz Rocha

Dentista. Coordenadora do Grupo de Trabalho de Saúde Oral da Sociedade Brasileira de Pediatria.

José Roberto de Souza Baratella

Médico. Ex-presidente da Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica.

Maria Cristina Passos Fleury

Médica Pediatra e Neonatologista do Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto.

Mary Odete Silva

Fonoaudióloga. Especialista em Distúrbios da Comunicação Humana - UNIFESP.

Natalia Turano

Enfermeira. Especialista de Amamentação do HIAE.

Patricia Camacho Roulet

Dentista. Mestre em Odontopediatria - FOU SP.

Renata Cantisani Di Francesco

Médica. Professora Livre-Docente de Otorrinolaringologia - FMUSP.

Renata Sayuri Ansai Pereira de Castro

Médica. Professora do Departamento de Medicina da UFSCar.

Documento Científico



Romy Schmidt Brock Zacharias

Coordenadora Médica da Neonatologia no HIAE.

Rosangela Gomes dos Santos

Médica Responsável pelo Ambulatório de pós-alta do Hospital Maternidade Interlagos.

Silvia Chedid

Dentista. Coordenadora e Co-Coordenadora de Cursos Nacionais e Internacionais de Especialização em Odontopediatria e de Prevenção de Malocclusão em Bebês.

Vitor Guo Chen

Médico Chefe de Clínica da Disciplina de Otorrinolaringologia Pediátrica - EPM/UNIFESP.

Yechiel Moises Chencinski

Médico Multiplicador de Curso Oficial do Ministério da Saúde para Equipes de Saúde da “Avaliação do Frênulo Lingual em Recém-Nascido.