

**CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO – UNIBRA
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

**JÚLIA TORRES CAMPOS
RITA DE CÁSSIA BELTRÃO DE LIMA**

FREIOS BUCAIS E O ALEITAMENTO MATERNO: REVISÃO DA LITERATURA.

RECIFE

2022

JÚLIA TORRES CAMPOS
RITA DE CÁSSIA BELTRÃO DE LIMA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Odontologia do Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiãs-dentistas.

Professora Orientadora: Dra. Ana Carolina de Souza Leitão.

RECIFE

2022

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 1745.

S237a Santos, Ester Angelina dos

A atenção farmacêutica da fitoterapia como prática integrativa e complementar na Covid-19 / Ester Angelina dos Santos, Maria Elaine Azevedo da Silva, Thays Jeniffer Bezerra de Menezes. Recife: O Autor, 2022.

28 p.

Orientador(a): Andrezza Amanda Silva Lins.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Farmácia, 2022.

Inclui Referências.

1. Covid-19. 2. Fitoterápicos. 3. Tratamento. I. Silva, Maria Elaine Azevedo da. II. Menezes, Thays Jeniffer Bezerra de. III. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. IV. Título.

CDU: 615

Dedicatória

Mesmo que tivesse em minhas mãos todo o perfume das rosas, toda a beleza do céu, toda a pureza dos anjos, toda a grandeza do mar, toda a força das ondas...
Mesmo que eu tivesse todas as coisas belas da vida e todos os belos lugares do mundo, nada teria sentido se eu não tivesse o presente mais valioso, mais nobre e mais sagrado que Deus poderia nos dar...

...NOSSA FAMÍLIA!

Agradecimento

Agradecemos primeiramente a Deus, por tantos favores concedidos, pelo amor inesgotável e por sua misericórdia infinita, pela nossa vida e saúde, por ter-nos dado a sabedoria de ultrapassarmos obstáculos durante o curso, com persistência e dedicação, sem perder nossa essência. A Nossa Senhora, por sempre nos velar, por nos amar, e ao nosso anjo da guarda por iluminar nossos caminhos. E por tornar esta parceria em uma linda amizade.

Aos nossos familiares que sempre nos incentivaram e acreditaram na nossa formação. Que quando achávamos que estava difícil, não nos faltou fé e oração.

Eu, Júlia, sou grata aos meus pais, Dona Marta e Seu Eduardo. Obrigada por serem a minha base, por acreditarem em mim, nos meus estudos e torcerem a cada dia pela minha formação. Ao meu Marido, José Vieira e às minhas filhas: Maria Eduarda e Gabriela. Obrigada por caminharem juntos a mim ao longo desses 5 anos, sempre acreditando no meu potencial. E ao meu Sogro e Sogra Seu José Vieira e Dona Lêda (in memoriam), que me deram apoio para nunca desistir de ir em busca dos meus sonhos. Vocês fizeram e fazem toda a diferença na minha vida pessoal e profissional.

Eu, Rita, sou grata pela oportunidade de ter sido gerada, nutrida, educada pela minha maior riqueza: meus genitores, Renata e Roberto. Se hoje tenho a oportunidade de percorrer o trajeto acadêmico é graças a viagens, correria, extensas horas de trabalho do meu pai e uma mãe que incansavelmente rezou, zelou e cuidou de mim. Obrigada pelo cuidado demais, vocês são a personificação do amor de Deus em minha vida! Agradecida também às minhas irmãs Clara e Luíza, por deixar meu mundo mais leve, vocês são os maiores presentes que Deus pôde me entregar nesta Terra.

A nossa professora e orientadora Dra Ana Carolina Leitão pela paciência conosco, pelas correções e ensinamentos que nos agregou valores para nossa formação acadêmica e crescimento pessoal. Agradecer tamanha dedicação, sonos perdidos para nos proporcionar o melhor. Ao incentivo e positividade, quando pensamos que estava difícil de caminhar. Muito obrigada.

“ A todos que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração.”

Madre Teresa de Calcutá

FREIOS BUCAIS E O ALEITAMENTO MATERNO: REVISÃO DA LITERATURA.

JÚLIA TORRES CAMPOS

RITA DE CÁSSIA BELTRÃO DE LIMA

**Professor (a) orientador (a): Dra Ana Carolina de Souza Leitão.
Email: carolinalfalcao@hotmail.com**

Resumo:

Os freios bucais (lingual e labial) são estruturas anatômicas essenciais durante a sucção, mastigação, deglutição, fala e respiração e assim, alterações anatomofuncionais podem limitar os movimentos dos lábios e da língua, interferindo nas distintas atividades. Este estudo, através de uma Revisão Narrativa da Literatura, visou buscar evidências científicas que fundamentam a relação entre o aleitamento natural e os freios bucais do bebê. Foram realizadas buscas de artigos em: inglês, português e espanhol, publicados no intervalo de tempo, entre outubro de 2012 a outubro de 2022, nas Bases de Dados: PUBMED, SCIELO, Periódicos CAPES, aplicando os seguintes descritores: “freio lingual”, “freio bucal” e “aleitamento materno”. Critérios de inclusão: artigos disponibilizados na íntegra, cujos conteúdos contemplassem os objetivos do estudo. Critérios de exclusão: estudos “in vitro”. Conclusão: Os freios bucais podem impactar na amamentação e no desenvolvimento do sistema estomatognático, quando alterações anatômicas ou funcionais podem impedir os movimentos musculoesqueléticos adequados, que ocorrem durante o ato de sucção.

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

ORAL FRENULUMS AND BREASTFEEDING: LITERATURE REVIEW

JÚLIA TORRES CAMPOS

RITA DE CÁSSIA BELTRÃO DE LIMA

Teacher (a) advisor (a): Dra Ana Carolina de Souza Leitão. E-mail: carolinalfalcao@hotmail.com

Abstract:

Oral frenulums (lingual and labial) are essential anatomical structures during sucking, chewing, swallowing, speech and breathing and thus, anatomical and functional alterations can limit the movements of the lips and tongue, interfering in the different activities. This study, through a Narrative Literature Review, aimed to seek scientific evidence that underlies the relationship between natural breastfeeding and the baby's oral frenulums. Articles were searched in: English, Portuguese and Spanish, published in the time interval, between October 2012 and October 2022, carried out in the PUBMED, SCIELO, CAPES Journals databases, applying the following descriptors: "Labial Frenum", "Lingual Frenum" e "Breastfeeding". Inclusion criteria: articles available word for word, whose contents contemplate the objectives of the study. Exclusion criteria: "in vitro" studies. Conclusion: oral frenulums can impact breastfeeding and the development of the stomatognathic system, when anatomical or functional changes can prevent proper musculoskeletal movements that occur during the act of sucking.

Keywords: Labial Frenum. Lingual Frenum. Breast Feeding.

LISTA DE ABREVIATURAS

AM - Aleitamento Materno

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

RN - Recém- nascido

OMS - Organização mundial da Saúde

MS - Ministério da Saúde

BTAT – Bristol Tongue Assessment Tool

HATLFF – Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function

TABBY – Tongue-tie and Breastfed Babies

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Protocolo dos freios labiais

TABELA 2 – Protocolo do freio lingual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	14
3 METODOLOGIA.....	15
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
4.1 Aleitamento natural.....	16
4.2 Freio Labial.....	19
4.3 Freio Lingual.....	21
4.4 Protocolos de avaliação dos freios bucais e Aleitamento natural.....	23
5 DISCUSSÃO.....	28
6 CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

A associação entre o freio lingual curto e a dificuldade de amamentar foi descrita pela primeira vez no século XVIII no livro “The Nurses’ Guide, or the Right Method of Bringing Up Young Children” (CULLUM, 1959).

O interesse pelo estudo da associação entre anquiloglossia e amamentação surgiu na década de 70 do século passado, quando houve um grande movimento de conscientização das vantagens do aleitamento natural e assim, a busca pela solução de possíveis limitações para o ato. (WEBB et al., 2013; DUSARA et al., 2014).

Os freios bucais (lingual e labial) são estruturas anatômicas essenciais, durante os movimentos que acontecem na sucção, mastigação, deglutição, fala e respiração. Alterações físicas ou funcionais nestes, podem limitar os movimentos bucais (PEIXOTO, A.P.M., et al., 2019).

O freio lingual tem como função ordenar os movimentos linguais. Assim, desde os primeiros momentos de vida do indivíduo, sua atividade poderá ser observada, durante o aleitamento materno, no ato de sucção realizado pelo bebê (PEIXOTO, A.P.M., et al., 2019).

Não menos importante, o freio labial, também chamado de frênulo labial, possui função bem definida no recém-nascido, pois auxilia a pega adequada no seio materno, favorecendo a ordenha (DE PAULA, et al., 2013).

Adequados movimentos mandibulares anteroposteriores, durante a amamentação, permitirão à criança o correto desenvolvimento ósseo e muscular do sistema estomatognático, o que pode prevenir futuras disfunções respiratórias, oclusais e correlatas (SCHMITT, B.H.E., et al., 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro promovem ações que incluem, desde o treinamento de profissionais à criação de centros de aleitamento materno e bancos de leite. As orientações sobre amamentação devem ser iniciadas desde a gestação, no pré-natal, a fim de oferecer educação em saúde e prevenir o desmame precoce, estimulando sobre a importância para a saúde materna e do bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A abordagem dos pacientes é multidisciplinar, envolvendo desde pediatras, dentistas, fonoaudiólogos, psicólogos e até assistentes sociais. A perspectiva integral permite um acolhimento humanizado e atento a possíveis disfunções na mamãe ou no lactente, que possam impedir o ato natural e assim, possíveis repercussões para a saúde sistêmica, bem como saúde bucal (SANCHE, M.T.C., 2017).

Diante do exposto, esta pesquisa buscou identificar evidências científicas sobre a relação anatomofuncional dos freios bucais e o aleitamento natural. Assim, buscar-se-á identificar os sinais clínicos e possíveis diagnósticos e tratamentos, diante de casos limitantes para o bebê. (SCHMITT, B. H. E., et al, 2012).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Através de uma Revisão Narrativa da Literatura, o estudo visou buscar evidências científicas que fundamentam a relação entre o aleitamento natural e os freios bucais do bebê.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conceituar aleitamento materno natural;
- Identificar as funções dos freios bucais (lingual e labial);
- Identificar os protocolos para avaliação anatomofuncional dos freios bucais;
- Pesquisar se há relação entre desmame precoce e os freios bucais.

3 METODOLOGIA

Este estudo é uma Revisão Narrativa da Literatura. Foram pesquisados artigos em inglês, português e espanhol, publicados no intervalo de tempo, entre outubro de 2012 a outubro de 2022. Foram utilizadas as seguintes Bases de Dados: PUBMED, SCIELO, Periódicos CAPES, aplicando os seguintes descritores: “freio lingual”, “freio bucal” e “aleitamento materno”.

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

CrITÉrios de inclusão: artigos disponibilizados na íntegra, cujos conteúdos contemplassem os objetivos do estudo.

CrITÉrios de exclusão: estudos “in vitro”.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Aleitamento natural

Ao longo da história da humanidade, o ato da mulher amamentar foi influenciado por diferentes padrões culturais. Perspectivas médicas, diferenças sociais, medos, preconceitos e lendas, afetaram de diferentes modos, na maneira de perceber o momento de nutrição natural entre mãe e bebê (GONÇALVES, 2013).

No século XVIII, mulheres influentes na sociedade abnegavam seus filhos, logo após o nascimento, pois tinham o ato de lactar como algo prejudicial à saúde da genitora. Já no século seguinte, no entanto, a partir de orientações dadas pelos profissionais de saúde, a maioria das mulheres enxergaram a necessidade de amamentar. E apenas quando não era possível, recorriam às amas-de-leite. (GONÇALVES, 2013).

As mudanças ao longo da História, no entanto, foram trazendo novas repercussões. O próprio processo de industrialização, o mundo pós- guerra, mulheres no mercado de trabalho, trouxeram consigo a necessidade e possibilidade de criação de substitutos do leite (leites artificiais), quando a mulher não mais poderia, necessariamente, dedicar tanto tempo aos filhos, precisando agora, dividir o tempo com atividades laborais (GONÇALVES, 2013).

Assim, o leite materno, por vezes, era complementado ou substituído por fórmulas, mudanças que inicialmente eram percebidas sem maiores consequências ou danos para as crianças (LELIS, 2012).

Como consequência, durante décadas, houve uma expressiva redução da amamentação natural. Apenas na década de 70, diante de graves repercussões na saúde das crianças, surgia a necessidade urgente de movimentos internacionais ressaltarem sobre a conscientização e importância do aleitamento natural, com o movimento “cultura da amamentação” (GONÇALVES, 2013).

Após baixos índices de lactação, inúmeros casos de desnutrição infantil estavam sendo registrados pelos Órgãos de Saúde e até o aumento do número de mortes anuais de crianças, com idade inferior a 5 anos de idade (GONÇALVES, 2013).

O aleitamento natural contribui de forma significativa na saúde e no desenvolvimento da criança. Sendo uma fonte rica em componentes nutritivos para o bebê, possuindo em sua estrutura aproximadamente 160 substâncias compostas por:

proteínas, sais minerais e carboidratos, sendo pela sua composição um alimento completo para os recém-nascidos (RN), que além de auxiliar no progresso do lactente, funciona como uma vacina natural, capaz de proteger contra doenças alérgicas, desnutrição, doenças digestivas, entre outras (COSTA, et al., 2013).

Após o nascimento, a prática do aleitamento materno exclusivo (AME), além de estimular a relação afetiva entre mãe e filho, há também o favorecimento do desenvolvimento do sistema estomatognático. Através da sucção, a língua e os lábios do bebê movimentam-se de forma harmônica, permitindo que o processo de deglutição, respiração, ocorram de forma ordenada e evite desta forma, futuros problemas de maloclusões. (BRAGA; GONÇALVES; AUGUSTO, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da saúde (MS), recomendam a AME, até os primeiros seis meses de vida do bebê, onde após essa fase a introdução alimentar já pode ser contemplada pelo lactente, continuando assim, a ingestão do leite materno até os dois anos de vida (BRAGA; GONÇALVES; AUGUSTO, 2020).

Embora a prática alimentar pareça simples e instintiva, ela abrange não só fatores biológicos e fisiológicos, mas sobretudo reações emocionais. Devido a tais alterações, é muito comum no pós-parto devido a sobrecarga psíquica, mulheres terem que lidar com alterações emocionais, depressão, ansiedade, insegurança, decorrente de novos papéis adquiridos como mãe e nutriz, o que pode ter repercussões durante a nutrição do bebê (LELIS, 2012).

As primeiras tentativas de amamentar após o nascimento do bebê, pode não ser condizente com as expectativas criadas pela mãe, pois trata-se de uma vivência que antes era desconhecida tanto para a mãe, quanto para o bebê, pois ora representa a dor, ou o cansaço, ansiedade, estresses, o que pode levar ao abandono do ato da amamentação e à busca por alternativas nutritivas artificiais. A participação de profissionais habilitados a orientar o adequado modo de amamentar, os centros de aleitamento, podem desmistificar e permitir o enfrentamento das dificuldades iniciais (LELIS, 2012).

O leite materno possui 3 fases: Coloostro, transição e maduro. O colostro é rico em componentes imunológicos, lactoferrina (glicoproteína multifuncional, importante para o fortalecimento da imunidade), caroteno (promove o pigmento amarelado, alaranjado do colostro), e proporciona baixas concentrações de lactose, porém

apresenta em maior quantidade conteúdos protéicos e lipídicos. (SANTIAGO, et al., 2018).

O colostro é formado ainda no período gestacional entre o terceiro trimestre de gestação e a primeira semana pós-parto. É do quarto ao sexto dia pós-parto, que ocorre o aumento da produção de leite em volume, podendo variar de mulher para mulher, sendo esta fase a transformação do colostro para o leite de transição, e logo após, a partir do 14º dia, ocorre o leite maduro, que irá possuir diferentes características em uma mesma mamada, durante o dia e todo o período da lactação, onde o teor de proteínas e minerais em relação ao colostro vai sendo reduzido de forma gradativa, e o de gordura e carboidratos vão aumentando até chegar ao leite maduro (ANDRADE, L.F.O., 2018).

Apesar do ato de sucção ser reflexo do RN, ele precisa aprender como retirar o leite da mama de forma eficiente. Uma pega satisfatória é quando o bebê abre amplamente a boca de forma que alcance a região do mamilo e parte da aréola, formando assim um lacre perfeito, onde para a formação deste, na parte anterior os lábios estão virados para fora, (o lábio superior e a língua são os responsáveis pelo vedamento e os músculos envolvidos são: o orbicular da boca e os bucinadores), e a língua se apoia na gengiva inferior, curvando-se para cima em contato com a mama. A finalidade deste lacre consiste na formação do vácuo intra-oral, que é formado por movimentos da mandíbula associados a movimentos dos lábios, bochechas e coxins de gordura, que são bolsões de gordura, localizados entre a pele e a musculatura das bochechas, que tem a finalidade de auxiliar na sustentação das estruturas orais para o acoplamento perfeito ao peito (XAVIER, 2014).

A pega incorreta do peito faz com o que o leite anterior (colostro) que é mais rico em água, seja obtido pelo bebê dificultando a retirada do posterior (leite maduro), que é o que na sua composição é o leite mais rico em gordura (BRASIL,2016).

Vários fatores podem intervir durante o processo de sucção do bebê durante a amamentação, tais como baixo peso do bebê decorrente de parto prematuro, distúrbios metabólicos, variações neurológicas, síndromes e anomalias congênitas como é o caso de fissuras labiopalatais, fissuras submucosas, anquiloglossia, alteração nos freios labiais e laringomalácia (FRANKLIN; RAMOS, 2021).

Algumas práticas clínicas derivadas de tratamentos de bebês prematuros como o uso de sondas oral ou nasogástricas, intubações prolongadas, podem intervir no

processo de desenvolvimento normal de sucção, respiração, deglutição, levando a adversidades respiratórias devido o refluxo gastroesofágico e a aspiração e também impossibilitando a amamentação (FRANKLIN; RAMOS, 2021).

Bebês portadores de disfunções orais, necessitam de uma maior habilidade para realizar uma ordenha de forma adequada, sendo necessário não só uma anamnese específica, mais uma avaliação anatômica e funcional minuciosa e caso necessário, uma equipe de saúde multidisciplinar, para auxiliar o reequilíbrio do sistema estomatognático da criança, evitando assim o desmame precoce (FRANKLIN; RAMOS, 2021).

4.2 Freio Labial

Na cavidade oral dos recém-nascidos, pode ser observada a presença de freios e bridas inseridos nos rebordos gengivais, que irão auxiliar na sucção do leite materno durante a amamentação. O freio labial superior é o que mais se destaca pelo seu volume e pela sua inserção (DELLI K., et al., 2013).

É na décima semana de gestação que ocorre a formação do frênulo superior. Encontra-se de forma firme aderido ao rebordo, que se estende até a papila palatina, recebendo o nome de freio teto labial. Uma vez ocorrendo a erupção dos incisivos e o desenvolvimento do osso alveolar, o tecido desloca-se de forma apical, e de maneira progressiva, para a superfície vestibular do rebordo alveolar, se colocando em uma posição mais alta. Caso se mantenha na sua posição original, será denominado freio labial persistente, que é uma condição patológica (DELLI K., et al., 2013).

O frênulo labial possui funções bem definidas, tanto no recém-nascido, pois auxilia a pega adequada no seio materno e favorece a ordenha, quanto no adulto, pois estabiliza a linha média do lábio, e restringe os movimentos do mesmo, evitando o ressecamento excessivo da mucosa gengival (DE PAULA, et al., 2013).

É uma estrutura anatômica que pode variar na sua forma, tamanho e posição durante o crescimento, também promove a estabilização da linha média e impede a excessiva exposição da gengiva (SFASCIOTTI, et al., 2020).

A anormalidade do frênulo quando não tratada, a mãe que ordenha pode continuar a sentir dor na mama e pode resultar na interrupção prematura do AME.

Sendo também um local de retenção de leite, quando os incisivos centrais decíduos começam a erupcionar (6 meses), o que pode aumentar o risco da doença cárie (SFASCIOTTI, et al., 2020).

É na linha mediana do lábio inferior, que se encontra o frênulo labial inferior, que liga a porção interna do lábio ao tecido gengival, e lateralmente as bridas, e ambos são menos desenvolvidos que o superior. Em alguns casos, não podem causar grandes problemas, mas, em certas circunstâncias, a presença de uma inserção anormal pode interferir na funcionalidade. Histologicamente, são constituídos por tecido conjuntivo, com alto percentual de colágeno e baixo percentual de tecido adiposo, vascular e nervoso (SFASCIOTTI, et al., 2020).

A inserção alta do freio labial inferior está com frequência associada com áreas de faixa de gengiva inserida mais estreita. Esta condição irá interferir no processo de escovação, favorecendo o acúmulo de placa e também a instalação da inflamação, levando à recessão periodontal (SFASCIOTTI, et al., 2020).

O posicionamento alterado destes freios podem gerar situações que indiquem a necessidade de correção como: dificuldade de higienização dos dentes, impactação alimentar, retração gengival, formação de bolsas periodontais, problemas protéticos, restrição de movimentos labiais, dificuldades de aleitamento materno, interferência na fonação e estética do paciente, diastema interincisivo e comprometimento do tratamento ortodôntico (SOUZA, 2015).

Após anamnese e análise do frênulo por um profissional habilitado, se for constatado alteração significativa, o paciente será indicado para tratamento cirúrgico. As opções de intervenção são a frenectomia e frenotomia, ambos têm como finalidade o objetivo de corrigir ou eliminar a patologia. A frenectomia, que tem o objetivo a eliminação total da fibra inserida, e a frenotomia, que objetiva a eliminação parcial do tecido, possuindo como desvantagem alto índice de recidiva na fase adulta (ROSA, et al., 2018).

A avaliação de fatores como inserção baixa no rebordo alveolar, presença ou não de isquemia da papila palatina quando o freio é tracionado, presença de diastema interincisivos, dificuldade de higienização e/ou alimentação e retração gengival auxiliam na decisão de tratamento (MORAIS, et al., 2014).

O diagnóstico desta condição é realizado através de exame clínico e radiográfico. O exame clínico para identificação de um freio alterado, através de protocolos que irão identificar o nível de severidade da patologia, e o radiográfico na intenção de descartar condições patológicas na linha média ou ausência congênita de dentes (BRUDER, et al., 2015).

A indicação da intervenção cirúrgica, deve ocorrer como regra, quando os dentes anteriores superiores permanentes erupcionam, porém esta intervenção pode ser indicada de forma precoce quando há interferência no aleitamento materno natural, quando o freio labial do bebê interferir na pega do peito da mãe, pois o frênulo alterado limita o movimento necessário dos lábios para o abocanhamento ao seio. Sendo assim, Interfere no processo de sucção, baixo peso do bebê, dor no seio da mãe (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2015; GHAHERI, et al., 2017).

4.3 Freio Lingual

O Freio lingual ou frênulo lingual, é uma prega mediana de túnica mucosa, de tecido conjuntivo, rico em fibras colágenas, elásticas e musculares, localizada na cavidade oral, que estende-se da face inferior da língua até o assoalho da boca, unindo-se e permitindo o movimento livre da língua. Estrutura que está sujeita à variação na forma, tamanho e posição durante os estágios de crescimento do indivíduo. Em RN seu posicionamento é no ápice da língua até a base do processo mandibular alveolar, e na medida que ocorre o crescimento e desenvolvimento ósseo, junto ao prolongamento da lingual e erupção dos dentes, ocorre a migração do freio lingual centralmente, até ocupar definitivamente a sua fixação com a erupção dos segundos molares decíduos (MARCHESAN, et al., 2012).

Quando o freio lingual se encontra curto no recém-nascido, a inserção do freio acontece na ponta da língua até o rebordo alveolar lingual, ocorrendo a limitação dos movimentos da mesma, que pode causar dificuldades na sucção, na deglutição e, posteriormente, na fala e na mastigação. A esta anomalia do desenvolvimento é conhecida como anquiloglossia, comumente chamada de língua presa. Em bebês, quando os casos de freio teto labial persistente ou anquiloglossia dificultam ou

impedem o bom selamento labial durante a amamentação, é recomendada a frenectomia (ARAÚJO; PINCHEMEL, 2020).

Lactentes com anquiloglossia restritiva, possuem dificuldade de protruir a língua para o rebordo alveolar inferior. Uma nutrição eficiente será dada de forma que a protrusão lingual sobre o rebordo alveolar mandibular e lábios cobrirão toda a aréola mamária durante as mamadas. A selagem da aréola permitirá a formação de uma pressão negativa no interior bucal do bebê, onde a língua ao estender-se comprime o mamilo contra o palato duro e o bebê consegue extrair o leite através de movimentos peristálticos (XAVIER, 2014).

A avaliação clínica em bebês com anquiloglossia, deve ter como consideração análises de movimentos de protrusão, lateralidade e elevação lingual - aspecto de maior relevância no processo de ordenha. Outro fator de relevante investigação é a quantidade de leite consumido pelo bebê, averiguar se a ganha de peso tem sido significativa, o grau de irritabilidade que pode ser expresso pelo tremor da língua e da mandíbula e a recusa a mama ou a necessidade de recorrência aos peitos com mamadas poucos espaçadas (XAVIER,2014).

As alterações podem ser observadas desde o nascimento da criança e as modificações da inserção acontecem da ponta da língua até o rebordo alveolar lingual. Condição clínica essa, que dá origem quando não ocorre a apoptose completa do tecido embrionário durante o seu desenvolvimento no período intra-uterino, em razão a interferências no controle celular, fazendo com que a migração seja de forma incompleta ou até mesmo não ocorra, permanecendo na face ventral da língua, levando a alterações de inserção e/ou comprimento do freio (GOMES, et al, 2015; POMPÉIA, et al, 2017).

Existem várias formas de tratamento de alterações associadas ao freio lingual, pode-se realizar a terapia da fala, técnicas cirúrgicas, onde também há a combinação de ambos. Em relação à técnica cirúrgica destaca-se a frenectomia, que é a remoção total do freio, e a frenotomia, em que a remoção é parcial (SANTOS, CONCEIÇÃO, PRESTES, 2018).

A frenotomia conhecida como “pique da língua”,é um método indicado para neonatos e bebês de até um ano de idade. Sua recomendação se dá devido sua rápida execução, facilidade de realização, ausência significativa de sangramento e falta de necessidade de sutura. O corte sem a remoção total do freio, além de tornar

a recuperação mais rápida, permite que o lactente mame logo após a intervenção cirúrgica (ARAÚJO; PINCHEMEL, 2020).

A frenectomia possui uma intervenção mais invasiva, tendo sua indicação para crianças mais velhas, onde o freio apresenta-se grande e volumoso. A excisão será total do freio incluindo sua inserção no osso subjacente. Essa técnica muitas vezes trazem melhorias para o movimento da língua, para articulação da fala, mas é necessário avaliar se há necessidade do acompanhamento com fonoaudiólogo após a efetivação da técnica, a fim de restabelecer as funções da língua e reduzir impactos causados pela anquiloglossia (ARAÚJO; PINCHEMEL, 2020).

4.4 Protocolos de avaliação dos freios bucais e Aleitamento natural

No ano de 1999, Kotlow propôs uma classificação que se baseia no comprimento em milímetro da língua. O objetivo dos estudos de Kotlow foi fornecer uma lista de critérios que pode ser utilizado para identificar alterações nos frênulos linguais. O autor considerou a dificuldade das crianças em estabilizar a língua para avaliação, assim a análise é feita desde a base em que o freio lingual está inserido até a sua extremidade, através do auxílio de um medidor de Boley (QUEIROZ, 2019).

O freio é considerado regular quando o valor da medição é maior ou igual a 16mm. Outros critérios também são utilizados durante esse teste para avaliação de motricidade, são eles: A capacidade de protrusão lingual e a habilidade de umedecer os lábios sem esforços, normalidade no processo de deglutição, ausência de isquemia na extremidade lingual quando é retruída, força excessiva nos dentes anteriores mandibulares, diastema entre os incisivos centrais inferiores, abrasão no ventre lingual, problemas com a fala e limitação de mobilidade do órgão. Em bebês, a parte inferior da língua não deve apresentar abrasão e a pega do mamilo também são fatores que deveriam ser avaliados (XAVIER, 2014).

A análise visual através do método de classificação de Coryllos é um dos protocolos mais difundidos. Este protocolo tem a capacidade de alertar profissionais de saúde sobre os problemas relacionados à anquiloglossia e dificuldade de amamentação, com o intuito de agilizar a intervenção em caso de identificado alguma anormalidade (QUEIROZ, 2019). Ele possui 4 subdivisões e será considerado de acordo com o grau de severidade da doença. O freio terá classificação tipo I quando

for fino e elástico; ancorado na ponta da língua , lembrando a figura de um coração. O tipo II, é quando o freio é fino e elástico, tendo seu ponto de fixação de 2 a 4mm da ponta da língua. O tipo III, tem característica espesso, fibroso e não elástico, tendo sua fixação no meio da língua. O tipo IV, é a forma mais severa da doença. Trata-se de um freio submucoso, palpável e não visível, podendo ser fibroso e/ou espesso, brilhante e aderido à base da língua (SALGADO, 2021).

Para a avaliação clínica dos aspectos anatômicos e funcionais de anormalidade lingual, os mais utilizados por profissionais são o *Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function* (HATLFF) e o *Bristol Tongue Assessment Tool* (BTAT) (FERNANDES, 2020).

As normas do HATLFF, é o sistema de análise clínica mais íntegro dentre todos os protocolos existentes e também o mais aceito para o diagnóstico de alteração da anquiloglossia. Cinco critérios avaliados no teste terão relação com o aspecto do freio lingual e sete terão associação com o funcionamento da língua, assim como a sua flexibilidade. Este método não possui poder só para identificação da anomalia, mas possui validação para decretar intervenção cirúrgica caso seja identificado a necessidade no bebê (FERNANDES, 2020).

Com a complexa aplicação prática da classificação do HATLFF, foi visto a necessidade de criar uma ferramenta simples e que possuísse critérios de validação aceitáveis; daí surgiu o BTAT, trata-se de um sistema de pontuação entre 0 e 8, onde através da verificação de quatro itens morfológicos e funcionais, permite classificar a gravidade da anquiloglossia (FERNANDES, 2020), auxiliando na seletiva dos lactentes que precisam da intervenção cirúrgica (frenotomia ou frenectomia) e na monitorização do efeito desse procedimento (MARTINELLI, R.L.C; et al., 2015).

Com o intuito de simplificar o diagnóstico de classificação do BTAT, surgiu a ferramenta TABBY. Com a ajuda do sistema e a avaliação clínica, o profissional irá realizar pontuações de 0 à 8 a partir do que foi observado. A mensuração será dada através da disposição de 12 imagens que representam a anatomia lingual. As imagens interpretam diversas anatomias linguais que se alteram quanto à margem anterior e a distância da inserção do freio à margem gengival anterior, assim como o limite de protrusão, de elevação e mobilidade. Na totalidade, a pontuação registrada de 6-7, indica *borderline*, um registro de 5 ou menos na pontuação total é um indício de limitação funcional (SALGADO, 2021).

Em 20 de junho de 2014, a Lei nº 13.002, com a finalidade de obrigar o exame da língua do neonato e identificar de forma precoce, a anquiloglossia em recém-nascidos, a fim de alertar sobre a importância evitar o desmame precoce por questões físicas ou funcionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A anquiloglossia tem sido apontada como um dos principais fatores que interfere de forma negativa na amamentação, diminuindo a habilidade do recém-nascido para fazer uma pega e sucção adequada, dificultando tanto na produção de leite e quanto no esvaziamento das mamas, podendo causar dor nas mães durante a ordenha (VENANCIO, S.I; et al., 2015).

O Teste da Linguinha deve ser realizado por profissionais da área da saúde qualificados, como o fonoaudiólogo e o odontopediatra. O mesmo deve elevar a língua do bebê para verificar se está presa, e observar o bebê durante o choro e a sucção. Não existem contraindicações para este exame. Recomenda-se que a avaliação do frênulo da língua seja realizada na maternidade (nas primeiras 48 horas). A avaliação precoce é ideal para que os bebês sejam diagnosticados e tratados com sucesso (MARTINELLI, R.L.C; et al., 2015).

Existem classificações de graus variados de língua presa, por isso a importância dos aspectos anatômicos e funcionais para fazer um diagnóstico preciso e indicar a necessidade da realização cirúrgica (frenectomia ou frenotomia), popularmente conhecido como um “pique na língua” (ROSA, et al., 2018).

Para a avaliação da associação da anquiloglossia e dificuldades na amamentação alguns testes têm sido propostos para facilitar a identificação de alterações no frênulo lingual que potencialmente podem interferir na mobilidade da língua (VENANCIO, S. I., et al., 2015).

O teste é realizado por meio da aplicação do Protocolo de avaliação do frênulo lingual com escores para bebês. Este protocolo é dividido em história clínica, avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva. O protocolo tem pontuações independentes e pode ser aplicado por partes, até o 6º mês de vida (MARTINELLI, R.L.C, 2013).

Para fins do cumprimento da Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014, recomenda-se a utilização do Protocolo Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool) por profissional capacitado da equipe de saúde que atenda, mãe e recém-nascido, ainda na maternidade (BRANDÃO, C.A., et al., 2018).

Em relação aos frênuos labiais alterados, a literatura evidencia o protocolo de Bowers, Kotlow e Monti. Bower é uma técnica utilizada para identificação de anormalidades relacionadas ao frênulo labial. A metodologia consiste em tracionar o lábio até a sua máxima extensão, em sentido vestibular e apical. Quando estendido se a papila isquemiar ou for notório algum deslocamento do freio, é necessário o mesmo passar por intervenção cirúrgica (ROSA, et al., 2018).

Kotlow além de classificar anormalidades linguais, contribuiu na categorização dos freios labiais, com finalidade de identificar anormalidades. O protocolo divide-se em quatro categorias: O grau um é representado por uma mucosa alveolar mínima e inserção mínima; O grau dois é a fixação do freio no ponto de junção das margens gengivais livres e fixas; O tipo três é quando o freio está inserido na frente da papila anterior; E por fim, o tipo quatro é quando o freio se fixa na papila anterior e se estende até o palato duro (SANTA, M. C., et al., 2017).

A especificação de Monti sobre os tipos de freios linguais tem o intuito de detalhar características dos tecidos anômalos. O autor define 3 tipos de características teciduais observadas nos freios labiais, são elas: O tipo alongado é quando o freio é extenso com duas margens paralelas, O formato triangular é quando a base do frênulo coincide com o sulco vestibular e o freio triangular de base inferior é quando a base encontra-se em posição inferior (PIE-SANCHEZ, J., et al., 2012).

Tabela 1 - Protocolo dos freios labiais

Autor	Protocolo
Bowers	Consiste em tracionar o lábio até a sua máxima extensão, em sentido vestibular e apical. Se a papila isquemiar ou deslocamento do freio, é necessário intervir.
Kotlow	Além de classificar anormalidades, contribui na categorização dos freios labiais através de 4 graus. Aumentando o grau de acordo com a severidade.
Monti	Possui 3 tipos de categorização, onde especifica o tecido anômalo de cada caso.

Tabela 2 - Protocolo do freio lingual

Autor	Protocolo
Kotlow	Classificação que se baseia no comprimento em milímetro da língua, através do auxílio do medidor de Boley.
Coryllos	Possui 4 subdivisões e será considerado de acordo com o grau de severidade da doença.
Halzebacker (HATLFF)	Possui não só poder para identificação da anomalia, mas validação para decretar intervenção cirúrgica caso seja identificado a necessidade no bebê.
Bristol	Com ajuda do sistema TABBY, pontua entre 0 e 8, onde através da verificação de quatro itens morfológicos e funcionais, permite classificar a gravidade da anquiloglossia.
Teste da Linguinha	Realizar a elevação da língua do bebê para verificar se está presa, e observar o bebê durante o choro e a sucção, nas primeiras 48h de vida.

5 DISCUSSÃO

A região bucal é caracterizada por ser a primeira fonte de prazer e de comunicação do ser humano. O ato de sugar o seio da mãe é uma forma encontrada pelo recém-nascido para se acalmar e se satisfazer diante do desconhecido (BRASIL, 2013).

Nesta Revisão da Literatura, através das evidências científicas citadas pelos autores pesquisados, é consenso, que o aleitamento materno proporciona benefícios nutricionais, imunológicos e emocionais, além de participar do desenvolvimento do sistema estomatognático e da promoção de saúde da criança (BRASIL, 2013).

Estudos mostram que o leite materno reduz os números de mortalidade infantil evitando uma série de doenças, proporcionando benefícios para a saúde da mãe e principalmente contribuindo no vínculo afetivo entre mãe e filho (WELEN, et al., 2018; COSTA, et al., 2013).

Para alguns profissionais, tais alterações devem ser identificadas de forma precoce, ou seja, logo após o nascimento do bebê, pensando na qualidade de amamentação do neonato, evitando relatos de queixas pela mãe como dor durante a amamentação (PENHA, et al., 2018). Entretanto, estudos identificam que o seu diagnóstico deve ser realizado apenas após os 5 anos de idade da criança (MARTINELLI, et al., 2014; ARAÚJO; PINCHEMEL, 2020).

Após a avaliação dos distintos estudos, observamos que não há uma padronização internacional para diagnóstico e plano de tratamento nos casos de alteração de freios bucais. A maioria das classificações é baseada em critérios subjetivos, ou seja, depende do critério de avaliação de cada profissional de saúde, dificultando decisões clínicas regulares (XAVIER, 2014).

Diante da falta de padronização universal para o diagnóstico da anquiloglossia, foi desenvolvido o protocolo nas maternidades do Brasil, O TESTE DA LINGUINHA (BRASIL, 2018).

Apesar da vigência do Teste da Linguinha em maternidades do Brasil, a Associação Brasileira de Odontopediatria, é contrária à necessidade de obrigatoriedade da lei. Como motivo, evidenciam a baixa qualidade de efetivar os protocolos e baixa prevalência de diagnóstico, além da baixa comprovação

científica que relaciona os freios linguais alterados com anquiloglossia (ARRUDA, et al., 2019).

De acordo com os odontopediatras a avaliação clínicas dos freios já era tido como algo rotineiro nas consultas, não havendo a necessidade de uma lei para tal, causando só aumento de custos (CONSOLARO, 2014).

Profissionais da otorrinolaringologia e neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, defendem que problemas na inserção dos freios, não devem ser vistos como caso de urgência e emergência visto que a mortalidade e morbidade é tido próximo a zero (RIPPLINGER, 2017).

Nos casos duvidosos da avaliação do frênulo lingual, é importante que na primeira consulta do recém-nascido na Atenção Básica, ele seja reavaliado de forma minuciosa com finalidade de identificar se há alguma alteração nos atos de sucção e deglutição nas mamadas. Caso, o lactente tenha sido identificado com alteração na estrutura anatômica lingual, o neonato deverá ser encaminhado para uma unidade de saúde multidisciplinar mais próxima da sua região (BRASIL, 2018).

A literatura cita alternativas de técnicas uma vez evidenciada anquiloglossia, quando o tratamento pode ser conservador, não conservador ou os dois em conjunto. O tratamento conservador consiste em sessões de fonoterapia (com o fonoaudiólogo) com o objetivo de alongar a estrutura tecidual do freio e o tratamento não conservador se dá por meio de intervenção cirúrgica (ARAÚJO, PINCHEMEL, 2020).

Alguns autores opõem não só a escolha do método, mas defendem a realização do tratamento só após o aparecimento de problemas futuros. Segundo o Ministério da Saúde, apenas casos severos de anquiloglossia devem ser submetidos ao tratamento não conservador - cirúrgico - antes dos três meses de idade. Os demais casos devem permanecer em observação com o intuito de não contribuir para o desmame precoce (ARAÚJO; PINCHEMEL, 2020; MARCHESAN, et al., 2012).

Segundo Marchesan et al. (2012), alguns profissionais de saúde indicam antes do procedimento cirúrgico, sessões de fonoterapia em casos que há alteração do frênulo lingual de baixa complexidade, contudo, a alteração do freio

é de forma mecânica e nem sempre o tratamento se torna eficaz. Sendo o tratamento cirúrgico (frenotomia ou frenectomia) de primeira escolha na maioria dos casos.

A frenotomia por ser um procedimento cirúrgico sutil e não agressivo, pode ser realizado sem anestesia prévia ou anestésico tópico, entretanto, a utilização ou não de anestesia local é algo que apresenta divergência na literatura, assim como a prescrição medicamentosa para o pós- cirúrgico (ARAÚJO; PINCHEMEL, 2020).

Os autores evidenciam após o “pique” a melhora da amamentação, mas deixam evidente que pode haver a necessidade de um complemento com outra técnica cirúrgica para remoção total do tecido alterado (SILVA, et al., 2016; ARAÚJO; PINCHEMEL, 2020).

A frenectomia por sua vez, é uma manobra de fácil execução, a utilização de anestesia local é capaz de promover sucesso para prática, contudo, crianças até os sete anos de idade podem exigir o uso de anestesia geral. Posteriormente ao manejo cirúrgico, o acompanhamento com fonoaudiólogo, deve ser avaliado com a intenção de reduzir consequências causadas pela anquiloglossia (ARAÚJO; PINCHEMEL, 2020).

Um estudo epidemiológico realizado no Hospital Universitário localizado em Brasília, investigou a prevalência de anquiloglossia em cerca de 972 bebês nascidos entre agosto de 2017 e junho de 2018, empregando como instrumento avaliativo o “Teste da Linguinha” e a classificação de Bristol para avaliar a o seu impacto na amamentação. A prevalência de bebês diagnosticados com anquiloglossia foi de 5,5% e 5,1% na ordem descrita. Durante as análises efetuadas foi constatado a prevalência de frênulo lingual alterado no sexo masculino, assim como foi verificado que não houve relação significativa entre dificuldades de amamentação e aspecto do mamilo referente a machucado e dores. Outro fator ponderado durante a pesquisa foi a relevância observada entre frenotomia e anquiloglossia nos 42 procedimentos cirúrgicos realizados; sendo evidente a melhora da pega após a intervenção. Apesar de baixa prevalência das anormalidades dos freios linguais, foram relevantes as repercussões negativas

observadas sobre a amamentação e a qualidade de vida do lactente (QUEIROZ, 2019).

Dessa forma, seria de grande valia triagens neonatais como regulamento rotineiro nas maternidades, cumprindo a lei com protocolos padronizados (FRAGA, M. et al., 2020).

Em relação aos freios labiais as evidências científicas sobre sua relação e o aleitamento materno são baixas, assim como a inexistência de casos clínicos detectados entre os estudos pesquisados, quando comparadas à influência do freio lingual sobre o ato (DELLI, et al., 2013; SOUZA, et al., 2015).

Na literatura, autores relatam que a associação do aleitamento materno ao freio labial é uma situação pouco frequente, mas que deve ser considerada por interferir nos mecanismos de sucção, baixo ganho de peso, dor e trauma nos mamilos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2015; GHADERI, et al., 2017).

As intervenções cirúrgicas, na literatura, causam muitas controvérsias de quando intervir nos freios labiais. Porém autores relatam, que o tratamento só é necessário quando a aderência do freio exerce uma força traumática na gengiva e causa um diastema que permanece após a erupção dos caninos superiores permanentes, onde a escolha deste momento é feita pelo fato de que o diastema interincisivos pode regredir após a erupção dentária dos seis dentes anteriores superiores. Assim, como regra, aguardaria a criança crescer para reavaliar e se for indicado, intervir cirurgicamente. As cirurgias nos bebês seriam apenas indicadas como exceção, quando observadas alterações severas na estrutura labial, com repercussão direta na limitação da amamentação (DE PAULA, et al., 2013; SUTER, et al., 2014).

Diferente, no entanto, do que foi citado por Rosa, et al., 2018, quando afirmam que o tratamento de um freio labial superior anômalo é sempre cirúrgico e tem como objetivos eliminar o excesso de tecido interdentário, diminuir a tensão dos tecidos gengivais, evitar recidiva de diastemas e melhorar a estética.

6 CONCLUSÃO

Os freios bucais podem influenciar no desmame precoce, quando alterações anatomofuncionais podem impedir o correto posicionamento de lábios e língua do bebê. Novas pesquisas são necessárias, no entanto, a fim de aumentar as evidências científicas dessa relação, o que certamente melhor norteará decisões clínicas quanto ao diagnóstico e possíveis planos de tratamento nas crianças.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (2020). **Management considerations for pediatric oral surgery and oral pathology**. The Reference Manual of Pediatric Dentistry, 433-42. Disponível em: <<https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/management-considerations-for-pediatric-oral-surgery-and-oral-pathology/>>.
- ANDRADE, L.F.O. **Aleitamento materno exclusivo e fatores de interrupção precoce**. 2018. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018.
- ARAÚJO, L.M., PINCHEMEL, E.N.V., Edite Novais Borges. **Indicações terapêuticas para freio lingual em recém-nascidos – Protocolo/Teste da Linguinha: Revisão de Literatura**. Id on Line Rev.Mult.Psic., Outubro/2020, vol.14, n.52, p.564-578. ISSN: 1981-1179.
- BRAGA, M.S.; GONÇALVES, M.S.; AUGUSTO, C.R. **Os benefícios do aleitamento materno para o desenvolvimento infantil**. Brazilian journal of development, MG, 2020.
- BRANDRÃO C.A., et al. **Is the Neonatal Tongue Screening Test a valid and reliable tool for detecting ankyloglossia in newborns?** Int J Paediatr Dent. 2018 Jul;28(4):380-389.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Fundação ABRINQ pelos direitos da criança e do adolescente**. Cartilha da gestante. 1ª edição. São Paulo,2016.
- BRUDER, C., et al. (2015). **Frenectomia labial pela técnica de reposicionamento cirúrgico proposta por Chelotti**. Odonto, 23(45-46), 11-8. <https://doi.org/10.15603/2176-1000/odonto.v23n45-46p11-18>.
- COSTA, L.K., et al. **Importância do aleitamento materno exclusivo: uma revisão sistemática da literatura**. Rev. ciênc. saúde, 2013.
- CULLUM, M. **Nova et vetera-an old wives' tale**. Br Med J (1959); 2:497-98
- DE PAULA, M., et al. (2013). **laboratório de frenectomia labial superior em paciente portador de aparelho ortodôntico: relato de caso clínico**. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, 17(3). Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v17n3/a15v17n3.pdf>>.
- DELLI, K., et al. (2013). **Facts and myths regarding the maxillary midline frenum and its treatment: a systematic review of the literature**. Quintessence Int, 44(2), 177-87. doi:10.3290/j.qi.a28925.

DUSARA, K., Mohammed, A., Nasser, N. Z-frenuloplasty: **A better way to ‘Untangle’ Lip and Tongue Ties.** J Dent Oral Disord Ther, (2014); 2(1):4

FRAGA, M. et al. **Anquiloglossia versus amamentação: Qual a evidência da associação?** Pernambuco (Recife): Rev. CEFAC:2020.

FRANKLIN, V. K; RAMOS P. F. **Os desafios da intervenção fonoaudióloga no aleitamento materno: revisão integrativa.** v. 10, n. 1, 2021.

FERNANDES, C. F. **O mecanismo de sucção do recém-nascido e o caso particular das suas alterações na anquiloglossia.** Lisboa: 2020.

GHAHERI, B. A., et al. (2017). **Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: A prospective cohort study.** Laryngoscope, 127(5), 1217-23. 10.1002/lary.26306.

GOMES, E.; ARAÚJO, F. B; RODRIGUES, J. A. **Freio lingual: abordagem clínica interdisciplinar da fonoaudiologia e odontopediatria.** Rev. Assoc Paul Dent. Porto Alegre, v.69, n.1, p.20-24. Fev,2015.

GONÇALVES, S. M. **Sucesso da amamentação: Influência da pega da mama.** Portugal (Viseu):2013.

LELIS, L. S. **Aleitamento materno exclusivo à criança até os seis meses de idade: avanços e desafios.** Minas Gerais, 2012.

MARCHESAN, I. Q.; MARTINELLI, R. L. C.; GUSMÃO, R. J. **Frênulo lingual: modificações após frenectomia.** J Soc Bras Fonoaudiol. São Paulo, v.24, n.4, p.409-412. Nov, 2012.

MARTINELLI RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. **Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais.** Rev CEFAC. 2013;15(3):599-610.

MARTINELLI, R. L. C., et al. **The effects of frenotomy on breastfeeding.** Journal of Applied Oral Science. Bauru, v.23, n.2, p.153-157. Mar/Abr, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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.

MORAIS, J.F.,et al.(2014). **Postretention stability after orthodontic closure of maxillary interincisor diastemas.** J Appl Oral Sci, 22(5), 409-15. doi:10.1590/1678-775720130472.

PEIXOTO, A.P.M., et al. **Frenectomia lingual e labial superior em odontopediatria.** Trabalho de Conclusão de Curso(Odontologia). Univale, Governador Valadares, 2019; 11p.

PENHA, E. S. et al. **O teste da linguinha na visão de cirurgiões-dentistas e enfermeiros da atenção básica de saúde.** Arch Health Invest. Paraíba, v.7, n.6, p.220-223, 2018.

PIE-SANCHEZ, J. et al. **Comparative study of upper lip frenectomy with the CO2 laser versus the Er, Cr:YSGG laser.** Med Oral Patol Oral Cirurgia Bucal. 2012;e228-32.

POMPÉIA, L. E. et al. **A influência da anquiloglossia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático.** Rev.Paul Pediatr. São Paulo, v.35, n.2, p.217-221. Jun,2017.

ROSA, P. et al., **Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio labial com inserção marginal: Relato de caso.** Revperio, Presidente Prudente, n. 28,2018.

SALGADO, V. R. **A anquiloglossia na amamentação uma revisão literária.** Portugal (Gandra):2021.

SANCHE, M.T.C. **A prática fonoaudiológica no início da amamentação.** in: Carvalho MR, Tavares LAM. Amamentação: bases científicas. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. 108-131p.

SANTA, M. C.,et al. **The Superior Labial Frenulum in Newborns: What Is Normal?** Glob Pediatr Health. 1 janv 2017;4:2333794X1771889.

SANTIAGO, L. T. C, et al. **Conteúdo de gordura e energia no colostro: efeito da idade gestacional e do crescimento fetal.** Rev Paul Pediatr. 2018;36(3):286-291.

SANTOS, P. O. M.; CONCEIÇÃO, H.C.; PRESTES, G. B. R. **Frenulotomia em paciente pediátrico: relato de caso.** Arch Health Invest. Manaus, v.7, n.4, p.139-142, 2018.

SCHIMITT, B.H.E.,et al. **Características da cavidade oral de bebês recém-nascidos,** Blumenau/SC. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2012; 12(1):89-92.

SFASCIOTTI, G.L.,et al. **Diode versus CO2 Laser Therapy in the Treatment of High Labial Frenulum Attachment: A Pilot Randomized, Double-Blinded Clinical Trial.** Int J Environ Res Public Health. 22 oct 2020;17(21):7708.

SOUZA, A.V.; et al. (2015). **Frenectomia labial maxilar: revisão bibliográfica e relato de caso.** Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo, 27(1), 82-90. Disponível em: https://doi.org/10.26843/ro_unicid.v27il.248>.

SUTER, V.G., et al.(2014). **Does the maxillary midline diastema close after frenectomy?** Quintessence Int, 45(1), 57-66. doi:10.3290/j.qi.a30772.

VENANCIO S.I.; et al. **Anquiloglossia e aleitamento materno: evidências sobre a magnitude do problema, protocolos de avaliação, segurança e eficácia da frenotomia.** Parecer Técnico-Científico. Instituto de Saúde. São Paulo, 2015.

WELLEN, B. O. A. **Importância da Enfermeira na Orientação da Gestante e Puérpera sobre Aleitamento Materno.** Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v.21, n.3, p. 134-141, 2018.

XAVIER, M. M. **Anquiloglossia em pacientes pediátricos.** Lisboa: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Nota Técnica N° 35°/2018.** 26 de novembro de 2018.

Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anquiloglossia_ministerio_saude_26_11_2018_nota_tecnica_35.pdf >

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

ARRUDA, E. M. G.; et al. **Repercussão da anquiloglossia em neonatos: diagnóstico, classificação, consequências clínicas e tratamento.** SALUSVITA. Bauru, v. 38, n. 4, p. 1107- 1126, 2019.

CONSOLARO, A. **Teste da Linguinha e a anquiloglossia: as controvérsias do assunto.** Rev. Clin Ortod Dental Press, v.13, n.1, p. 96-104. Fev/Mar, 2014.

RIPPLINGER, T. **Protocolo de avaliação de freio lingual na primeira infância.** 2017. 127f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

QUEIROZ, I. Q. D. **Comparação entre dois protocolos para diagnóstico de anquiloglossia em bebês nascidos no hospital universitário de Brasília.** 2019. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Ciências de Saúde, Programa de Pós-Graduação em odontologia, Brasília.

WEBB, A., Hao, W., Hong, P. **The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: A systematic review.** Int J Pediatr Otorhinolaryngol (2013); 77(5):635-46.