

**ARTIGO**

**IMPACTOS DA ANQUILOGLOSSIA EM BEBÊS: A IMPORTÂNCIA DA  
AVALIAÇÃO E DO DIAGNÓSTICO PRECOCE**

**IMPACTOS DE LA ANQUIGLOSIA EN LOS BEBÉS: LA IMPORTANCIA DE LA  
EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO**

**IMPACTS OF ANCHYGLOSSIA ON BABIES: THE IMPORTANCE OF EVALUATION  
AND EARLY DIAGNOSIS**

Gleizze de Oliveira Machado<sup>1</sup>  
Ilma Alessandra Lima Cabral Rodrigues<sup>2</sup>

---

**RESUMO:**

A língua possui participação fundamental nas funções de sucção, deglutição, mastigação e fala. Anatomicamente, em sua face inferior, existe uma pequena prega de membrana mucosa que a conecta ao assoalho da boca, denominada frênulo lingual. A anquiloglossia é o encurtamento do frênulo lingual, que interfere na movimentação da língua, e em casos mais graves na fonação, deglutição, fala e alimentação. A Lei Federal nº 13.002 de 20 de junho de 2014 obriga a realização do Protocolo de Avaliação de Frênulo de Língua em Bebês ainda na Maternidade. Entretanto, não existe um protocolo padrão ouro para a realização desta avaliação. O objetivo deste trabalho foi discutir os impactos da anquiloglossia na vida do neonato e demonstrar os protocolos existentes que permitem a avaliação e destacar a importância do diagnóstico precoce. O presente estudo tratou-se de uma pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa, através de uma seleção crítica de livros e artigos relacionados ao tema. O trabalho justificou-se e tornou-se relevante por destacar a participação do fonoaudiólogo no diagnóstico da anquiloglossia e nas intervenções que prevenirão alterações de sucção, deglutição, fala e articulação.

---

<sup>1</sup> Fonoaudióloga graduada pelo Centro Universitário Fluminense (UNIFLU).

<sup>2</sup> Especialista em Audiologia Clínica (CEFAC) e Coordenadora/Professora do Curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário Fluminense (UNIFLU).

**PALAVRAS-CHAVES:** Frênulo lingual, anquiloglossia, Teste da Linguinha.

**RESUMEN:**

La lengua tiene una participación fundamental en las funciones de succión, deglución, masticación y habla. Anatómicamente, en su cara inferior, hay un pequeño pliegue de membrana mucosa que lo conecta con el piso de la boca, llamado frenillo lingual. La anquiloglossia es el acortamiento del frenillo lingual, que interfiere con el movimiento de la lengua, y en casos más graves en la fonación, la deglución, el habla y la alimentación. La Ley Federal N° 13.002 del 20 de junio de 2014 exige la realización del Protocolo para la Evaluación del Lenguaje Frênulo en Bebés aún en la Maternidad. Sin embargo, no existe un protocolo estándar de oro para realizar esta evaluación. El objetivo de este trabajo fue discutir los impactos de la anquiglosia en la vida del recién nacido y demostrar los protocolos existentes que permiten la evaluación y resaltar la importancia del diagnóstico precoz. El presente estudio fue una investigación bibliográfica de carácter cualitativo, a través de una selección crítica de libros y artículos relacionados con el tema. El estudio se justificó y cogieron relevancia porque destacó la participación del logopeda en el diagnóstico de anquiloglossia y en intervenciones que evitarán cambios en la succión, la deglución, el habla y la articulación.

**PALABRAS CLAVE:** Palabra clave en español 1. Palabra clave en español 2. Palabra clave en español 3.

**ABSTRACT:**

The tongue has fundamental participation in the functions of sucking, swallowing, chewing and speech. Anatomically, on its lower face, there is a small mucous membrane fold that connects it to the floor of the mouth, called lingual frenulum. Anquiloglossia is the shortening of the lingual frenulum, which interferes with the movement of the tongue, and in more severe cases in phonation, swallowing, speech and feeding. Federal Law No. 13,002 of June 20, 2014 requires the realization of the Protocol for The Evaluation of Language Frênulo in Babies still in the Maternity. However, there is no gold standard protocol for performing this evaluation. The objective of this work was to discuss the impacts of anchyglossia on the newborn's life and to demonstrate the existing protocols that allow evaluation and highlight the importance of early diagnosis. The present study was a bibliographical research of qualitative nature, through a critical selection of books and articles related to the theme. The study was justified and became relevant because it highlighted the participation of the speech therapist in the diagnosis of anchyloglossia and in interventions that will prevent changes in sucking, swallowing, speech and articulation.

**KEYWORDS:** Lingual frenulum, ankiloglossia, Linguinha Test.

## 1. INTRODUÇÃO

---

Segundo Katchburian e Arana (2012), o frênulo lingual é considerado uma prega conjuntiva fibrodensa, formada por fibras superiores do músculo genioglosso, inseridas entre o assoalho da boca e o ventre lingual. Essa inserção pode estar entre as carúnculas linguais ou deslocada anteriormente até a crista alveolar inferior. Pompéia et. al (2017), destacam que a língua se origina dos primeiro, segundo e terceiro arcos faríngeos, durante a quarta semana de gestação. Neste período originam-se também os sulcos laterais à estrutura que garantem a movimentação da língua, com exceção da região aderida pelo frênulo lingual.

Quando uma pequena porção de tecido embrionário, que deveria ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento, permanece na face ventral da língua ocorre uma anomalia oral congênita denominada anquiloglossia (MARTINELLI et al, 2012; BRASIL, 2016). A anquiloglossia pode gerar problemas na fala, na sucção, na deglutição, na mastigação, na formação craniofacial e até mesmo problemas relacionados à higiene oral, devido a limitação de movimentos da língua (MELO et al. 2011). Segundo Pompéia et. al (2017), essa condição ocorre em 4–16% de neonatos, com predileção por pacientes masculinos na proporção de 5:1. A anquiloglossia parcial é a mais frequente e é visível desde o nascimento.

A amamentação está diretamente relacionada com as funções de sucção e deglutição, coordenadas com a respiração. Desta forma, um dos problemas centrais de um frênulo lingual fortemente inserido é a necessidade de adaptação à amamentação e a ocorrência do desmame precoce e baixo ganho de peso, com introdução desnecessária da mamadeira (VAN DER LAAN, 1995; POMPEIA, 2017; MARTINELLI, et. al., 2012).

É importante destacar que o frênulo lingual não sofre ruptura espontânea e nem se alonga com o passar do tempo e por isso é imprescindível a avaliação e o diagnóstico do frênulo lingual. Diferentes pesquisas descrevem a interferência do frênulo lingual na amamentação e apresentam a frenotomia como procedimento simples, seguro, rápido e eficaz, que colabora para uma amamentação descomplicada e sem causar dor nos mamilos frequentemente relatada pelas mães. (MARTINELLI; MARCHESAN E BERRETIN-FÉLIX, 2014; MARTINELLI, 2015)

Uma das formas de realizar a avaliação do frênulo é através do protocolo de avaliação do frênulo lingual em neonatos, conhecido como o Teste da Linguinha, trata-se de um exame que possibilita a identificação e o diagnóstico precoce das limitações dos movimentos da língua ocasionados pela anquiloglossia, o que facilita a ocorrência precoce do tratamento desta patologia, possibilitando assim evitar o comprometimento da sucção, mastigação e fala deste neonato (MARTINELLI et. al., 2012). Araújo et. al. (2020) destacam que em 20 de junho de 2014, foi aprovada a lei nº 13.002 (Anexo 1), que obriga a avaliação do frênulo lingual em neonatos nascidos em todos os hospitais e maternidades do Brasil, o que garante a identificação e diagnóstico precoce de alterações e limitações do frênulo da língua fundamentais para as funções de sucção, mastigação e deglutição.

Para Martinelli (2015), a utilização de protocolos para avaliação do frênulo lingual é de grande importância e é fundamental a presença de uma equipe multidisciplinar na qual o fonoaudiólogo ocupa papel primordial pois é o profissional capaz de identificar além das características anatômicas, o padrão funcional adequado e a maneira correta da pega e posicionamento no mamilo que deve ser estabelecido durante a amamentação para não causar traumas físicos ou emocionais que desestimulem a mãe a prosseguir com a rotina de amamentação.

Este estudo traz uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa do tema proposto, seguindo os preceitos de um estudo exploratório sobre a anquiloglossia e seus impactos na vida do bebê assim como apresenta os protocolos de avaliação que são utilizados mundialmente, destacando os pontos positivos e negativos de cada um deles. Este trabalho também enumera as intervenções cirúrgicas que atualmente existem para corrigir esse problema. Desta forma, este trabalho tem o propósito de analisar os impactos da anquiloglossia na vida do bebê e a importância da avaliação, do diagnóstico e da intervenção precoce como estratégias de melhorar a qualidade de vida do bebê.

A justificativa desta pesquisa bibliográfica reside em destacar a importância do fonoaudiólogo no que diz respeito à avaliação do frênulo lingual possibilitando a identificação precoce de alterações, fornecendo a possibilidade de um tratamento inicial, contribuindo assim para nutrir dietética, metabólica e emocionalmente o bebê e enriquecer o primeiro e mais fundamental relacionamento da vida — o vínculo mãe e bebê, além de prevenir futuras alterações de fala e de linguagem.

## **2. ANQUILOGLOSSIA E OS IMPACTOS NA VIDA DO BEBÊ**

Costa (2020) descreve o frênulo da língua como uma grande prega mediana de túnica mucosa que passa da gengiva, recobrando a face lingual da crista alveolar anterior, para a face pósterio-inferior da língua, sendo constituído de tecido conjuntivo fibroso e, ocasionalmente, de fibras superiores do músculo genioglosso. Durante a observação e avaliação do frênulo lingual, a estrutura pode ser classificada em seu diagnóstico como normal ou alterado. Nos casos diagnosticados como alterado, encontra-se uma extensa variedade de nomenclaturas, como língua presa, freio curto ou longo, fibrótico, hipertrófico, espesso, muscular e anquiloglossia (MARTINELLI,

2015). A fixação do frênulo está

intimamente relacionada ao desempenho dos movimentos da língua e as funções exercidas por esse órgão (CANEVASSI, 2019).

Segundo Usberti (1991), a cavidade oral do recém-nascido possui uma pequena membrana que se estende da língua à face interna da mandíbula. Essa membrana mantém a língua em posição correta durante a amamentação. Após alguns dias de desenvolvimento da criança, a membrana sofre apoptose e transforma-se no freio lingual e modifica a sua inserção. Desse modo, a criança será capaz de esticar a língua para frente. Em alguns casos, a membrana torna-se mais espessa e curta, permanece na fase sublingual e a ponta da língua fica presa, determinando a anquiloglossia (KNOX, 2010).

Desta forma, anquiloglossia é descrita como uma anomalia oral congênita, com incidência total ou parcial, com base genética, que provoca a limitação dos movimentos da língua. Visualmente pode ser descrita como a dobra da ponta da língua para baixo ao projetar-se para fora da boca, formando um coração em seu ápice (WITWYTZYK, et. al., 2017), na figura abaixo (Figura 1) é possível visualizar um freio lingual de inserção curta, característico da anquiloglossia. Trata-se de uma condição limitante, acometendo desde a primeira infância até a vida adulta e afeta principalmente o correto funcionamento muscular durante a deglutição, assim como a emissão fonética pelos pacientes (ARAUJO, 2020).

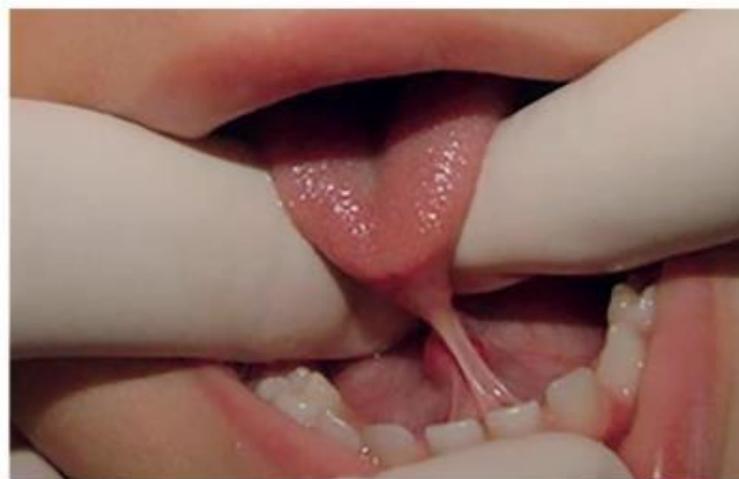


Figura 1: Freio lingual de inserção curta (PROCOPIO, COSTA e LIA, 2017)

Em virtude da alteração do frênulo lingual, a língua poderá ficar impedida de realizar sua articulação normal com as demais estruturas estomatognáticas, podendo,

por isso mesmo, resultar em um distúrbio de fala, denominado distúrbio

fonético. Este é o distúrbio orofacial mais frequentemente encontrado na presença de um frênulo alterado (MARCHESAN et al, 2010). Suzart e Carvalho (2016) destacam o impacto na vida social e na vida escolar quando a criança apresenta a “língua presa”; essas experiências negativas muitas vezes, amplificadas por episódios de bullying, geram não só problemas relacionais, mas também complicações com a autoimagem.

Camargo (2004) ressalta que a produção da fala depende da mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios, como língua, lábios e bochechas, além do posicionamento dos dentes e da mandíbula. Para que seja produzida adequadamente, é fundamental o equilíbrio anatomofuncional do sistema estomatognático, permitindo que os órgãos fonoarticulatórios realizem os movimentos necessários para a sua produção (MARTINELLI, 2013).

Um dos problemas centrais de um frênulo lingual fortemente inserido é a necessidade de adaptação à amamentação. O leite materno deve ser fonte exclusiva de nutrição durante os seis primeiros meses e teoricamente, todo recém-nascido, sem comprometimento orgânico, apresenta condições para amamentação. Os reflexos orais do recém-nascido (busca, sucção e deglutição) garantirão sua alimentação na fase inicial do desenvolvimento (ARAUJO, et. al., 2020); (DOUGLAS, 1994). Sendo assim, qualquer restrição à livre movimentação da língua pode resultar no comprometimento das suas funções e dificultar a amamentação (GEDDES, 2010).

Segundo Pompeia (2017) durante o aleitamento natural, alguns músculos mastigatórios iniciam sua maturação e posicionamento, como o temporal (ativado na retrusão da mandíbula), o pterigoideo lateral (solicitado na propulsão), o milo-hióideo (principal responsável pela deglutição) e os masseteres (ativados na mecânica de sucção), enquanto os orbiculares dos lábios superior e inferior orientam o crescimento e o desenvolvimento da região anterior do sistema estomatognático, que deverá funcionar em pleno equilíbrio neuromotor para que as mecânicas da mastigação e deglutição sejam eficientes. A criança realiza a preensão do mamilo com os lábios e a língua, fazendo um vedamento formado, por cima, pelo lábio superior e, por baixo, pela ponta da língua e pelo lábio inferior (ANDRADE E GULLO, 1993). Já o bebê com anquiloglossia, não realiza protrusão da língua para além do sulco alveolar inferior, nem sela corretamente, utilizando a mandíbula para manter a mama na boca. Portanto, quando se verifica limitação da mobilidade da

língua, surgem complicações na extração de leite, o que pode vir a acarretar dor mamilar. Foi também demonstrado que a dor experimentada pela mãe durante a amamentação reduz a transferência de leite para o bebê, porque o reflexo que contribui para a ejeção de leite fica interrompido (BARREIRA, 2019). Desta forma, as disfunções orais, quando presentes, levam a pouco ganho de peso ou desmame precoce (SEGAL, STEPHENSON e FELDMAN, 2007).

No Brasil, 20-39% dos lactentes permanecem em amamentação materna exclusiva até o sexto mês de vida, o que corresponde a uma quantidade muito abaixo do que a OMS preconiza. Desta forma, verifica-se que o desmame precoce é um sério problema de saúde pública e que anquiloglossia é um fator de risco para a ocorrência do desmame, o teste da linguinha torna-se uma ferramenta de diagnóstico precoce absurdamente necessária para a redução do desmame precoce (SOUZA E MENDES, 2018).

O esforço muscular que ocorre durante o aleitamento natural é um preparo físico para a futura função mastigatória. As diversas repetições de movimentos protrusivos e retrusivos ao longo do dia são capazes de estimular positivamente as articulações temporomandibulares para o crescimento anteroposterior da mandíbula, prevenindo assim, a ocorrência de distoclusões e no bebê com anquiloglossia esse esforço muscular é comprometido o que pode ocasionar problemas no crescimento e desenvolvimento mandibular (POMPEIA et. al., 2017).

Segundo Menakshi e Jagannathan (2014) a anquiloglossia pode estar associada a problemas oclusais e do desenvolvimento craniofacial, uma vez que a postura baixa da língua foi relacionada à instalação da má oclusão de classe III. Pompeia (2016) complementa que sob um ponto de vista mais complexo, a correção da posição de repouso da língua melhora o posicionamento do osso hioide, diminuindo as forças musculares sobre a mandíbula, no sentido de rodá-la para trás para baixo e, em contrapartida, o posicionamento da língua no assoalho bucal abaixa o osso hioide, distendendo a musculatura inserida à mandíbula, o que favorece sua rotação no sentido horário, resultando, por exemplo, em mordida aberta anterior.

Sendo assim, o frênulo lingual quando alterado, pode causar diversas implicações que permeiam desde a amamentação, passando às disfunções orofaciais que impactam a mastigação e a deglutição, alcançando a fala

principalmente na pronúncia de certas consoantes e ditongos labiodentais (MARCHESAN et al, 2010).

Segundo Martinelli, Marchesan e Berretin-Felix (2019), o equilíbrio das estruturas fonoarticulatórias do sistema estomatognático é fundamental para que a fala seja produzida corretamente. A fala inicial das crianças contem, em geral, sons oclusivos e nasais, e posteriormente, sons fricativos e líquidos. Os últimos sons a serem adquiridos são os líquidos laterais e vibrantes devido à sua complexidade. Os sons líquidos do Português Brasileiro são /l/, /r/ e /ʎ/ e nos casos de alteração da fala, esses são os sons mais alterados.

As autoras ainda destacam que os movimentos rápidos, sincrônicos e precisos da língua são fundamentais para a articulação adequada, principalmente do som consonantal flape alveolar, do fonema /r/, sendo que a precisão do ponto articulatorio para esse som sofre influência direta da mobilidade da ponta da língua, por ser um som vibrante simples alveolar. Movimentos não usuais de lábios, língua e mandíbula, realizados por indivíduos com anquiloglossia durante a produção da fala, estão direta ou indiretamente relacionados à restrição dos movimentos verticais da língua, embora não interferiram na inteligibilidade da fala (MARTINELLI et. al., 2015) (MARTINELLI, MARCHESAN, BERRETIN-FELIX, 2019).

Em casos mais graves de anquiloglossia pode ocorrer a deficiência do crescimento da mandíbula e má oclusão. Além desses aspectos, a anquiloglossia pode dificultar a higienização da cavidade oral, interferindo no processo de escovação e, por conseguinte, favorecer o risco de acúmulo de placa, instalação de inflamação tecidual e recessão gengival. (YARED, ZENOBIO E PACHECO, 2006); (MARCIONE et al., 2016) (INGRAM et al., 2015); (PROCOPIO, 2017); Portanto, devido aos prejuízos causados por um frênulo alterado, é de extrema importância o diagnóstico precoce, a fim de promover o desenvolvimento da alimentação e comunicação de forma segura e eficaz.

### **3. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO LINGUAL**

Um dos primeiros estudiosos a discutir sobre os métodos avaliativos na inspeção clínica das anomalias do frênulo lingual foi Hazelbaker (1993), que fundamentava os seus trabalhos em um instrumento de avaliação para função do

frênulo lingual em bebês de zero a seis meses, requisitando dois estágios, chamado

de *Assessment Tool for Lingual Frenulum Function* (ATLFF). Neste protocolo, a etapa inicial corresponde na inspeção visual, considerando o aspecto da língua quando é elevada. E deste modo, considera-se a elasticidade, o tamanho e a fixação do frênulo lingual. A segunda parte do ATLFF avalia os movimentos de elevação e lateralidade da língua, sua extensão, abaixamento do dorso, deslocamentos abruptos e o peristaltismo do órgão. O resultado é estabelecido através de escores, expondo se há ou não comprometimento funcional, e assim sugerindo a frenotomia (HAZELBAKER, 1993).

Entretanto, nos anos seguintes, o protocolo ATLFF foi questionado devido a sua alta complexidade e o grande número de itens a serem assinalados, o que tornava a avaliação cansativa e ineficaz, considerando que a prática avaliativa envolve bebês e crianças pequenas (COSTA, 2020).

Em 2004, Coryllos et. al., propuseram uma classificação do frênulo através da visualização direta, os freios foram caracterizados como: tipo 1 - freios finos e elásticos, quando a língua está conjugada desde o seu ápice ao rebordo alveolar, formando a típica forma de coração ou V; tipo 2 - freio fino e elástico, em que a língua está fixada de 2 a 4 mm do seu ápice próximo da crista alveolar; tipo 3 - freio mais espesso, fibroso e menos elástico, fixado desde metade do ventre da língua até ao pavimento da boca; e o tipo 4 - freio espesso, fibroso e desprovido de elasticidade, observado quando o freio fixa o ventre da língua ao pavimento da boca (REGO, 2017).

Na tentativa de simplificar e aprimorar essa propedêutica, Srinivasan et. al. (2006) propuseram um instrumento denominado *Frenotomy Decision Rule for Breastfeeding Infants* (FDRBI). Este instrumento, diferente do ATLFF, considerava os sinais e sintomas apresentados pelo bebê e também os sinais e sintomas relatados pela mãe como dor ou trauma nos mamilos. Na avaliação proposta por Knox (2010), o autor reiterou que a avaliação do frênulo deveria acontecer considerando os sinais e sintomas apresentados pelo bebê e pela mãe. O autor deixou claro em seu trabalho que nos relatos das mães, eram constantes as queixas de dor ao amamentar, além da presença de traumas nos mamilos, da diminuição da produção de leite e a ocorrência de mastites que tornavam-se fatores preponderantes para o desmame precoce e deveriam ser levados em consideração na indicação da frenotomia.

No ano de 2013, Martinelli et. al., organizaram um protocolo de avaliação do frênulo lingual, a partir de um estudo com cem bebês, onde foi encontrada uma ocorrência de 22, 54% de alterações de frênulo lingual. Esse quantitativo revela que a cada 10 mil crianças nascidas, 2254 possuía alguma alteração no frênulo lingual, sendo muito comum durante o período neonatal, superando inclusive patologias diagnosticadas pelo Teste do Pezinho e pelo Teste da Orelhinha. Esse fato ressalta a importância de realizar a avaliação do frênulo, preferencialmente durante o primeiro mês de vida (MARTINELLI, MARCHESAN E BERRETIN-FELIX, 2013; MARTINELLI, 2015).

Essa triagem proposta pelas autoras classifica as variações anatômicas e os formatos da língua do bebê nas primeiras 48 h de vida, mensurando a função da postura do lábio em repouso, posição da língua durante o choro, o formato da ponta da língua, frênulo da língua, fixação do frênulo na face sublingual da língua, fixação do frênulo no assoalho da boca, sucção e deglutição durante a amamentação (MARTINELLI, MARCHESAN E BERRETIN-FELIX, 2013).

O Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual (Anexo 2) contém escores, onde o zero é indicativo de um padrão típico e a partir do número um em ordem crescente indicam características de alteração. Os escores considerados para a resposta de cada um destes são “perfeito”, “aceitável” ou “função prejudicada”. O principal objetivo deste score é estabelecer um parâmetro para o estudo de caso e a definição de tratamento. O frênulo da língua, quando avaliado, pode ser diagnosticado como normal ou alterado, dependendo dos critérios utilizados pelo avaliador. O teste é simples, elevando a língua do bebê e verificando visualmente o frênulo lingual além de também observar o bebê sugando, sendo possível identificar os casos mais severos ainda na maternidade. Em 20 junho de 2014, a Lei nº 13.002 foi sancionada (Anexo 1), obrigando todas maternidades do país a aplicar este protocolo (MARTINELLI, 2015; SAVIAN et al., 2018; MARCHESAN, 2010).

Em caso de dúvida para o diagnóstico ou quando não há possibilidade de visualização do frênulo, deve ser realizado o reteste após 30 dias de vida do neonato. No momento do reteste, também são refeitos a anamnese e a avaliação de sucção nutritiva e não nutritiva além do exame anatomofuncional e da avaliação das funções orofaciais. (NASCIMENTO et. al., 2015).

Ingram et. al. (2015), utilizaram o protocolo ATLFF como referência para

desenvolver uma nova ferramenta de avaliação clínica, o “*Bristol Tongue*”

*Assessment Tool* (BTAT) que permite que enfermeiras obstétricas realizem a avaliação ainda na maternidade. Os autores preconizavam a observação de quatro elementos normativos para a triagem e indicação cirúrgica: a aparência do ápice de língua, a fixação da crista inferior da gengiva, elevação e protusão lingual durante o choro e saliência da língua. Os autores consideravam que o detalhamento do protocolo de Bristol era uma excelente forma de caracterizar o frênulo. Os itens citados são pontuados e somados, com escores que variam de 0-8 pontos e escores menores que 3 indicam uma redução severa na função lingual (INGRAM et. al., 2015). O “Bristol Tongue Assessment Tool” (BTAT) é o protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde na nota técnica 09/2016 (QUEIROZ, 2019).

Segundo Marcione (2016) o diagnóstico para a intervenção do frênulo requer o profissional conhecimento técnico aprofundado sobre a anatomia da língua e seus diferentes aspectos anatômicos e sendo o fonoaudiólogo o profissional responsável por avaliar, intervir, habilitar e reabilitar as funções do sistema estomatognático, torna-se imprescindível na realização desta triagem. Conceição (2017) complementa que diagnóstico deve ser multiprofissional (pediatra, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista e odontopediatra), e quanto mais precoce a realização da cirurgia, favorecerá ao paciente o desempenho de plena mobilidade da língua e de suas funções, desde quando bebê até a fase adulta. A atenção precoce antes do nascimento dos dentes é fundamental para o diagnóstico de alterações bucais (QUAGLIO & RACHED, 2019).

Em 2016, Ministério da Saúde do Brasil (Parecer nº 09/2016-MS), adverte que embora não exista um padrão-ouro para o teste de diagnóstico da anquiloglossia, o Protocolo de Bristol é o preconizado. Nesta publicação, o protocolo ainda não contava com as imagens de referência, porém 2018, no parecer técnico nº 35/2018, o Protocolo de Bristol novamente é apontado como o ideal para a avaliação do frênulo lingual e desta vez o protocolo é disponibilizado com imagens de referência (Anexo 3). Felício (2002) afirma e destaca que o uso de protocolos para realizar a avaliação é fundamental para estabelecer parâmetros que permitam o estudo de caso e a definição do tratamento, além disso, possibilita a padronização dos exames realizados por diferentes profissionais e contribui para a formação acadêmica na área de Motricidade Orofacial.

#### 4. TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO CIRURGICA

A cirurgia para liberação do frênulo lingual pode ser realizada por Odontólogos e Médicos. Os procedimentos utilizados podem ser a frenectomia, a frenuloplastia e a frenotomia (MARTINELLI, 2013). A frenuloplastia seria a excisão parcial do frênulo lingual, geralmente realizada em crianças mais velhas e ou em adultos (COSTA, 2020).

A diferença entre a frenectomia e a frenotomia está na idade ideal para a realização do procedimento. A frenectomia consiste na remoção do tecido mucoso que compõem o freio lingual, é considerada uma técnica cirúrgica mais invasiva e, pois isso mais indicada na vida adulta, pois necessita de sutura (PROCOPIO et. al., 2017). No entanto, a literatura atual ainda não permite concluir qual a melhor idade para realizar a frenectomia, quando há diagnóstico do freio oral alterado ou quando existe alguma das referidas complicações (REGO, 2017).

A frenotomia é indicada para lactentes quando há dificuldades durante a amamentação ou o choro e lalação. Já em crianças maiores, a indicação se dá frente a problemas periodontais e/ou dificuldades de dicção (PROCOPIO, COSTA E LIA, 2017). Este procedimento cirúrgico que corrige a membrana que fica abaixo da língua quando o movimento está encurtado, consiste na incisão linear anteroposterior do freio lingual, sem remoção de tecido e só pode ser realizada após os resultados do teste da linguinha (JUNIOR et al., 2019; PINTO, et al., 2019). Esse procedimento cirúrgico revela melhora significativa na amamentação através do correto vedamento do lábio no mamilo, contribuindo para o ganho de peso do bebê. Além disso, o ato de amamentar se torna mais prazeroso para a mãe, diante da ausência da dor. Vale destacar que também é possível observar melhora nos movimentos de postura da língua e na produção da fala, comprovando os benefícios do diagnóstico e da intervenção precoce (SILVA, et. al., 2020).

Segundo Procopio, Costa e Lia (2017) tanto a frenectomia quanto a frenotomia são procedimentos simples com baixa possibilidade de complicações pós-operatórias. A técnica empregada na frenotomia utiliza de anestesia tópica da mucosa do freio lingual, seguida de incisão de 3 a 4 milímetros de profundidade na região mais delgada do mesmo, por ser pouco vascularizada (GEDDES et. al., 2008).

Almeida et. al. (2018) publicaram um estudo descrevendo o caso de um recém-nascido saudável, do gênero feminino, nascido de parto normal que segundo relato da mãe não conseguia mamar no seio materno, necessitando de complemento alimentar. Entretanto, quando o alimento era ofertado na mamadeira, a criança engasgava muito, chorava demasiadamente e sentia a ansiedade mamar a todo o momento. Após a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual em Bebês (Anexo 2), foi verificada a interferência do frênulo lingual na movimentação da língua e indicada a cirurgia (frenotomia) para liberação do frênulo. A figura 2 permite a visualização dos aspectos clínicos do frênulo antes da realização da cirurgia. E a figura 3 revela o momento em que o frênulo estava sendo seccionado. É importante destacar que o bebê deste estudo estava com cinco dias de vida quando a cirurgia foi realizada.



FIGURA 2: Aspecto clínico do frênulo lingual por meio de manobra de evidenciação e anestesia FIGURA 3: Secção do frênulo lingual com bisturi lâmina 15 utilizando tentacanula (ALMEIDA et. al. 2018).

Os autores revelaram que o bebê chorou somente enquanto estava contido e após o procedimento cirúrgico foi colocado em seio materno (Figura 4), onde após cinco minutos de mamada, foi retirado do seio materno para visualização e constatou-se ausência total de sangramento (Figura 5). Os pais receberam orientações sob o pós-operatório e durante quinze dias o bebê foi acompanhado para a visualização da cicatrização. Após a cirurgia ficou evidenciado que ocorreu uma melhora na pega e em morder o mamilo durante a amamentação, minimizando a queixa de dor por parte da mãe, demonstrando que o movimento anormal da língua durante a sucção tem relação direta com as queixas maternas de dor persistente no mamilo, ferimentos

e dificuldade em sustentar a pega durante amamentação. (ALMEIDA et. al., 2018).



FIGURA 4: Recém-nascido colocado em seio materno imediatamente após procedimento cirúrgico. FIGURA 5: Aspecto clínico pós-operatório após cinco minutos de aleitamento materno (ALMEIDA et. al. 2018).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inquestionável, o quanto a anquiloglossia compromete a qualidade de vida do bebê, além contribuir para o desmame precoce. O desmame precoce é um problema de saúde pública, tendo em mente a importância do aleitamento materno tanto no que concerne ao fornecimento e garantia das necessidades nutricionais quanto na ampliação do vínculo mãe/bebê, fundamental no desenvolvimento infantil, tornando de importância extrema a avaliação e o diagnóstico precoce das alterações do frênulo lingual.

Após a leitura deste trabalho que perpassa historicamente sobre os diversos protocolos de avaliação de frênulo lingual disponíveis na literatura, constatamos que não há critérios padronizados para o diagnóstico e classificação das alterações de frênulo lingual. Ao realizar uma comparação direta entre os dois protocolos mais utilizados no Brasil, o Teste da Linguinha e o Protocolo Bristol, verificamos que existem pontos positivos e negativos em ambos.

O Teste da Linguinha apresenta como vantagem a existência de um questionário específico para amamentação e como desvantagem o tamanho e quantidade de perguntas, além de possuir questões muito subjetivas que não ficam suficientemente claras para as mães e acabam dando margem para uma interpretação duvidosa. Além disso, o processo de validação do Teste da Linguinha é questionável,

pois não compara os seus resultados com outro protocolo, mas sim

com os próprios resultados o que não caracteriza uma validação.

Já o Protocolo Bristol, revelou como benefício o fato de ser compacto e mais objetivo na aplicação, otimizando o tempo em maternidades com um número muito grande de nascimentos e com poucos profissionais. Já a desvantagem é que esse instrumento contempla somente os itens referentes à observação do frênulo e funções da língua, não avaliando a amamentação. Entretanto, para suprir a carência do Protocolo de Bristol, o protocolo de Observação de Mamada, preconizado pela Organização Mundial da Saúde, pode ser utilizado. Na prática clínica, o que de fato acaba acontecendo, é uma adaptação dos Protocolos e a organização de um Procedimento Operacional Padrão institucional para a realização da avaliação de frênulo lingual em neonatos.

Cabe ressaltar a importância do fonoaudiólogo na realização desta avaliação bem como valorizar a presença na equipe multidisciplinar. A avaliação, o diagnóstico e a condução do tratamento possuem como principal meta a manutenção do bem-estar e saúde geral da criança e buscando o melhor para o seu desenvolvimento, garantindo que as funções básicas como sucção, respiração, mastigação e fala, sejam desenvolvidas de maneira adequada e ao seu tempo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Kleber Rosa; LEAL, Taís Pereira; KUBO, Hatsuo; CASTRO, Tânia Eci Santi; ORTOLANI, Cristina Lúcia Feijó. **Frenotomia lingual em recém-nascido, do diagnóstico à cirurgia: relato de caso**. Revista CEFAC. 2018.

ANDRADE, CF; GULLO, A.C. **As alterações do sistema motor oral dos bebês como causas das fissuras/rachaduras mamilares**. Ped. São Paulo; 15:28-33. 1993.

ARAUJO, Maria da C.; FREITAS, Rebeca; LIMA, Maria Goretti de Souza; KOZMHINSKY, Verônica; GUERRA, Cândida; LIMA, Geisy; COSTA E SILVA, Amitis; ALBUQUERQUE, Emídio; ROSENBLATT, Aronita. **Avaliação do frênulo lingual em recém-nascido com 2 protocolos e sua relação com o aleitamento materno**. Jornal de Pediatria (Rio Janeiro);96:379-85. 2020.

BARREIRA, Ana Catarina Alves. **Frenotomia na anquiloglossia e efeitos na amamentação**. Trabalho final do Mestrado Integrado em Medicina. Universidade de Lisboa, 2019. Acessado em: 22 de junho de 2021. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/42696/1/AnaABarreira.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília (BR): Nota Técnica 09/ 2016, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília (BR): Nota Técnica 35/ 2018, 2018.

CAMARGO, Z.; OLIVEIRA, L. R.; CANTON, P. C.; REIS, N.; RUSILO, L. C.; MARCHESAN, I. **Alterações do Frênulo Lingual e Índices Acústicos de Qualidade Vocal.** Revista Intercâmbio, Especial Expressividade., São Paulo, v. 36,p. 52-65, 2017.

CONCEIÇÃO, L. S.; OLIVEIRA, L. A.; SANTOS, B. M.; RIBEIRO, A. L. R.; ALVES, L. A. C. **Terapêutica cirúrgica da anquiloglossia em lactente utilizando anestesia tópica oftálmica.** J Orofac Invest., v. 4, n. 2, p 41- 46, 2017.

CORYLLOS, E; GENNA, C.W; SALLOUM, A.C. **Congenital tongue-tie and its impact in breastfeeding. Breastfeeding: best for mother and baby.** Newsletter, 2004.

COSTA, Esdras Fabrício dos Santos. **Frenectomia lingual em neonatos: quando realizar? Uma revisão de literatura.** Escola de Medicina e Saúde Pública Bahiana. Salvador, 2020.

DOUGLAS, C.R. **Conceitos gerais sobre fisiologia bucal.** In: Douglas CR. Tratado de Fisiologia aplicada às Ciências da Saúde. São Paulo: Robe Editorial; p. 827-910. 1994.

GEDDES, D.T; KENT, J.C.; MCCLELLAN, H.L.; GARBIN, C.P.; CHADWICK, L.M.; HARTMAN, P.E. **Sucking characteristics if successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: a case series.** Acta Paediatrica; 99; 301-303; 2010.

GEDDES, D.T, LANGTON, D.B, GOLLOW, I, JACOBS, L.A, HARTMANN, P.E, SIMMER, K. **Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound.** Pediatrics;122:e188-94, 2008.

HAZELBAKER, AK. **The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF): use in a lactation consultant private practice.** Pasadena, Calif: Pacific Oaks College; 1993.

INGRAM, J.; JOHNSON, D.; COPELAND, M.; CHURCHILL, C.; TAYLOR, H.; EMOND, A.; **The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification.** Archives of disease in childhood — Fetal and Neonatal Edition; 100; F344-F349, 2015.

KNOX, I. **Tongue tie and frenotomy in the breastfeeding newborn.** Neo Rev. 11; 513-9, 2010.

LEI Nº 13.002, de 20 junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês.

LIMA, C. B.; MARANHÃO, V. F.; BOTELHO, K. V. G.; SANTOS JUNIOR, V. E. **Avaliação da anquiloglossia em neonatos por meio do teste da linguinha: um estudo de prevalência.** Revista da Faculdade de Odontologia-UPF., Passo Fundo, v. 22, n. 3, p. 294-297, set./dez. 2017.

MARCIONE, E.E.S.; COELHO, F.G.; SOUZA, C.B.; FRANÇA, E.C.L. **Classificação anatômica do frênulo lingual de bebês.** Revista CEFAC; 18 (5):1042-1049, 2016.

MARCHESAN, Irene Queiroz; REDHER, MIBC; Martinelli, Roberta Lopes de Castro; COSTA, MLVCM; OLIVEIRA, LR. **Alterações de fala nos diferentes tipos de alterações de frênulo de língua.** Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, 2010, 22 a 25 de set. Curitiba-PR. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia — Suplemento Especial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2010.

MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro. **Relação entre as características anatômicas do frênulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês.** Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2013.

MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro; MARCHESAN, Irene Queiroz; BERRETIN-FELIX, Giédre. **Estratégias de compensação na produção do flape alveolar em casos de anquiloglossia.** Revista CEFAC. 2019. Acessado em: 22 de junho de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921310419>

MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro; MARCHESAN, Irene Queiroz; BERRETIN-FELIX, Giédre. **Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais.** Revista CEFAC, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 599-610, 2013.

MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro. **Validação do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em bebês** [tese de Doutorado]. Bauru (SP). Universidade de São Paulo, 2015.

MEENAKSNI, S.; JAGANNATHAN, N. **Assessment of lingual frenulum lengths in skeletal malocclusion.** J Clin Diagn Res.;8:202-4, 2014.

MELENDEZ-VELASQUES, G. **Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática.** Jornal de Pediatria, v. 80, n. 3, p. 33-37, 2004.

NASCIMENTO, L. S.; SOARES, V. S. S.; COSTA, T. L. S. **Teste da linguinha:**

**Diagnostico situacional sobre a aplicabilidade do protocolo em neonatos do Distrito Federal.** Tongue-tie Test: situational diagnosis about the applicability of the protocol in newborns in Distrito Federa. Rev. CEFAC., Brasilia, v. 17, n. 6, p 1889 - 1899, nov./dez. 2015.

OLIVEIRA, Franciani Bairros Nobre. **Protocolos de avaliação da amamentação e Fonoaudiologia: uma revisão integrativa da literatura.** Rev. CEFAC, São Paulo , v. 21, n. 5, e14018, 2019 .

POMPEIA, Livia Eisler; ILINSKY, Roberta Simoni; ORTOLANI, Cristina Lúcia Feijó; JÚNIOR, Kurt Faltin. **A influência da anquiloglossia no crescimento e no desenvolvimento do sistema estomatognático.** Revista Paulista de Pediatria; 35 (2):216-221. 2017.

PROCOPIO, I. M. S.; COSTA, V. P.; LIA, E. N. **Frenotomia lingual em lactentes. Lingual frenotomy in infants.** RFO., Passo Fundo, v. 22, n. 1, p. 114-119, jan./abr. 2017.

QUAGLIO, C.; RACHED, C. D. A. **Validação de um procedimento operacional padrão: Protocolo de avaliação do freio lingual com escore para bebês.** Validation of a standard operational procedure: Protocol for the evaluation of lingual brake with scorecles for babies. International Journal of Health Management — Edição nº 1 — Ano: 2019.

QUEIROZ, Ingrid Quaresma Diniz. **Comparação entre dois protocolos para diagnóstico da anquiloglossia em bebês nascidos no Hospital Universitário de Brasília.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 2019.

REGO, A.S.T. **Frenectomia: momento ideal de intervenção cirúrgica.** Journal of Chemical Information and Modeling. 2017;

SANCHES, Maria Teresa C. **Manejo clínico das disfunções orais na amamentação.** J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 80, n. 5, supl. p. s155-s162, Nov. 2004 .

SAVIAN, C. M.; BOLSSON, G. B.; PREVEDELLO, B. P.; KRUEL, C. S.; ZAMBERLAN, C.; SANTOS, B. Z. **Teste da linguinha.** Tongue test. Disciplinarum

Scientia., Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 623 - 638, set./nov. 2018.

SEGAL, L.M.; STEPHENSON, R.; DAWES, M.; FELDMAN, P. **Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review.** Can Fam Physician; 53 (6): 1027-33; 2007.

SILVA, P. I.; VILELA, J. E. R.; RANK, R. C. I. C.; RANK, M. S. **Frenectomia lingual em bebê: relato de caso.** Frenectomy in babies: case report. Revista Bahiana de Odontologia., v. 7, n. 3, p 220-227, set. 2016.

SILVA, Jéssica Bezerra; SOBRINHO, Jhuly Hachile dos Santos; MOREIRA, Patrícia da Silva; CARLOS, Aline Maquiné Pascareli; CORREA, Ann Karoline Moraes. **A importância do teste da linguinha para a cirurgia de frenotomia em lactentes: revisão de literatura.** Braz. J. of Develop. Curitiba, v.6, n.12, p. 95024-95035,2020.

SOUZA, C. B; FRANÇA, E. C.; ALVES, I. L. F.; MACHADO, J. P. **Implantação do Teste da Linguinha no Centro de Referência em Saúde Auditiva/Cresa/PUC Goiás.** Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas., Goiânia, v. 24, especial, p. 51-56, dez. 2014.

SOUZA, Juliana Cristina; MENDES, Fernanda Savoi. **Teste da Linguinha: uma nova estratégia nos serviços de saúde para a redução do desmame precoce.** Revista Eletrônica Evidência e Enfermagem. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2018.

SRINIVASAN, A.; DOBRICH, C.; MITNICK, H.; FELDMAN, P. **Ankiloglossia in breastfeeding infants: the effects of frenotomy on maternal nipple pain and latch.** Breastfeed Meed. 2006.

SUZART, D. D.; CARVALHO, A. R. R. **Alterações de fala relacionadas às alterações do frênulo lingual em escolares.** Speech disorders related to alterations of the lingual frenulum in schoolchildren. Revista CEFAC., São Paulo, v. 18, n. 6, p. 1332-1339, nov./dez. 2016.

USBERTI, A.C. **Odontopediatria Clínica.** São Paulo: Santos, 1991.

VAN DER LAAN, T. **A importância da amamentação no desenvolvimento facial infantil.** Pró-Fono Revista de Atualização Científica 1995; 7:3-5.

WITWYTZYK, L. P.; TAVARES, R. S. C. R. **Fonoaudiologia e saúde pública: análise bibliométrica.** Speech, Language and Hearing Sciences and public health: bibliometric analysis. Distúrbio da Comunicação., São Paulo, v. 29, n. 2, p. 227-236, junho, 2017.

YARET, K.F.G; ZENOBIO, E.G.; PACHECO, W. **A etiologia multifatorial da recessão periodontal.** Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial. Nov-Dec; 11(6):45-51, 2006.

ANEXO 1:

**Íntegra da Lei**

**LEI Nº 13.002, de 20 junho de 2014.**

Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º:** É obrigatória a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências.

**Art. 2º:** Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 20 de junho de 2014; 193º da Independência e 126º da República.

DILMA ROUSSEFF

Arthur Chioro

ANEXO 2:

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM  
ESCORES PARA BEBÊS**

MARTINELLI, 2013

**HISTÓRIA CLÍNICA**

---

Nome: _____
Data do exame: ___ / ___ / ___ DN: ___ / ___ / ___ Idade: ___ Gênero: M ( ) F ( )
Nome da Mãe: _____
Nome do Pai: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade/Estado: _____ CEP: _____

Fones: Residencial: \_\_\_\_\_ Trabalho: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Endereço Eletrônico: \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares:  
(Investigar se existem casos na família com alteração de frênulo de língua)  
( ) não (0) ( ) sim (1) Quem e qual problema: \_\_\_\_\_  
Problemas de saúde:  
( ) não ( ) sim Quais: \_\_\_\_\_

Amamentação:  
Tempo entre as mamadas: ( ) 2 horas ou mais (0) ( ) 1 hora 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 ainterferência do frênulo nos movimentos de língua.

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FRÊNULO DE LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS**  
MARTINELLI, 2013



**EXAME CLÍNICO (sugere-se filmagem para posterior análise)**

**PARTE I- AVALIAÇÃO ANATOMOFUNCIONAL**

**1. Postura de lábios em repouso:**

lábios fechados (0)

lábios entreabertos (1)

lábios abertos (1)

## 2. Tendência de posicionamento da língua durante o choro



( ) língua na linha média (0)



( ) língua elevada (0)



( ) língua na linha média com elevação das laterais (2)



( ) língua baixa (2)

## 3. Forma da ponta da língua quando elevada durante o choro



( ) arredondada (0)



( ) ligeira fenda no ápice (2)



( ) formato de “coração” (3)

Total da avaliação anatomofuncional (itens 1, 2 e 3): Melhor resultado=0 Pior resultado= 6

Quando a soma dos itens 1, 2 e 3 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

## **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES**

#### 4. Frênulo da língua



( ) é possível visualizar



( ) não é possível visualizar



( ) visualizando com  
manobra

NO CASO DE NÃO OBSERVÁVEL VÁ PARA A PARTE II (Avaliação da Sucção não Nutritiva e Nutritiva)

<b>4.1. Espessura do frênulo</b>		
		
( ) delgado (0)	( ) espesso (2)	
<b>4.2. Fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua</b>		
		
( ) no terço médio (0)	( ) entre o terço médio e o ápice (2)	( ) no ápice (3)
<b>4.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca</b>		
		
( ) visível a partir das carúnculas sublinguais (0)	( ) visível a partir da crista alveolar inferior(1)	
<p>* Manobra de elevação ou posteriorização da língua. Se não observável, fazer o acompanhamento.</p> <p>Total da avaliação anatomofuncional (item 4): Melhor resultado=0 Pior resultado=12 . Quando as somas dos item 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 3, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.</p> <p>Total da avaliação anatomofuncional (itens 1, 2, 3 e 4): Melhor resultado=0 Pior resultado= 12. Quando a soma dos itens 1, 2, 3 e 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.</p>		

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES  
PARA BEBÊS**

MARTINELLI, 2013

**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 o 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.

ANEXO 3:

**PROTOCOLO BRISTOL DE AVALIAÇÃO DA LÍNGUA (BTAT)**

Ministério da Saúde do Brasil, nota técnica nº 35/2018

<b>Aspectos avaliados</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>Escore</b>
Qual a aparência da ponta de língua?	 <p><u>Formato de coração</u></p>	 <p>Ligeira fenda/entalhada</p>	 <p>Arredondada</p>	
Onde o frênulo da língua está fixado? Na gengiva ou no assoalho?	 <p>Fixado na parte superior da margem gengival (topo)</p>	 <p>Fixado na face interna da gengiva (atrás)</p>	 <p>Fixado no assoalho da boca (meio)</p>	
O quanto a língua consegue se elevar (com a boca aberta durante o choro?)	 <p>Elevação mínima da língua</p>	 <p>Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro</p>	 <p>Elevação completa da língua em direção ao palato duro</p>	
Projeção de língua	 <p>Ponta da língua fica atrás da gengiva</p>	 <p>Ponta da língua fica sobre a gengiva</p>	 <p>Ponta da língua pode se estender sobre o lábio inferior</p>	

