

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Anna Gabriela da Silva Pierre

**OS IMPACTOS DO FREIO LINGUAL CURTO NA AMAMENTAÇÃO: UMA
REVISÃO DA LITERATURA**

RECIFE

2019

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Anna Gabriela da Silva Pierre

**OS IMPACTOS DO FREIO LINGUAL CURTO NA AMAMENTAÇÃO: UMA
REVISÃO DA LITERATURA**

Artigo científico apresentado ao Curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade Sete Lagoas- FACSETE/CPGO, como requisito parcial para conclusão de Especialização em Odontopediatria.

Área de Concentração: Odontopediatria

Orientadora: Profa. Ms. Valéria Fernandes Maranhão

RECIFE

2019

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Artigo intitulado “OS IMPACTOS DO FREIO LINGUAL CURTO NA AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA” de autoria da aluna Anna Gabriela da Silva Pierre, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Kátia Virgínia Guerra Botelho.

Profa. Dra. Katia Virgínia Guerra Botelho – CPGO Recife

Paula Valença

Profa. Dra. Paula Andrea Valença – CPGO Recife

Valéria Fernandes Maranhão

Profa. Ms. Valéria Fernandes Maranhão – CPGO Recife

Recife, 18 de janeiro de 2019

OS IMPACTOS DO FREIO LINGUAL CURTO NA AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Anna Gabriela da Silva Pierre
Valéria Fernandes Maranhão

RESUMO

O presente trabalho consistiu em uma revisão da literatura sobre os impactos do freio lingual curto na amamentação. Os dados foram coletados através das bases de dados Pubmed e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), além da busca no Google Acadêmico. Embora não haja consenso na literatura, a anquiloglossia pode, frequentemente, atuar no aleitamento materno, interferindo na dinâmica da amamentação, causando dificuldades na pega, perda de peso, dores mamilares e, faticamente, no desmame precoce. Recentemente, o protocolo Bristol foi eleito para a triagem do freio lingual nas maternidades brasileiras. No entanto, o profissional deve passar por treinamento para estar apto a sua aplicação para, dessa forma, evitar sobrediagnóstico e sobretratamento. A indicação de frenotomia é restrita às interferências na amamentação e não deve, em hipótese alguma, ser feita no neonato como medida preventiva.

Palavras-chaves: Aleitamento materno. Anquiloglossia. Língua presa. Frenotomia. Neonatos. Odontopediatria.

1 INTRODUÇÃO

A anquiloglossia ou língua presa é uma anomalia congênita (ROWAN-LEE, 2015), que confere à inserção do freio lingual, um aspecto curto, espesso ou submucoso, que resulta na restrição dos movimentos linguais de protrusão, lateralidade, dificultando a extração do leite (NGERNCHAM et al., 2013). A definição que dá ênfase à funcionalidade da língua se denomina, anquiloglossia sintomática ou língua presa sintomática, que, atualmente, é a mais aceitável (WALSH; TUNKEL, 2017).

Aspectos anatomofuncionais da língua e a sua interferência no movimento da sucção devem ser levados em consideração para o diagnóstico de língua presa (MARTINELLI et al., 2013). O conhecimento da anatomia da língua e do assoalho bucal é importante para a diferenciação dos vários tipos anatômicos de frênulo e para distinguir quando pode haver interferências nas funções orais (LAWRENCE, 2013).

O mecanismo de extração do leite durante a amamentação de neonatos saudáveis é realizado por meio do vácuo combinado com a pressão positiva durante a ejeção do leite (SAKALIDS; GEDDES, 2016).

Os problemas relacionados às dificuldades na pega interferem no estabelecimento da amamentação. A dor materna é um dos fatores que levam ao desmame precoce. A cada dia de dor no seio materno há um aumento da possibilidade de cessação da amamentação, a anquiloglossia é uma anomalia congênita comum que pode causar dificuldades na amamentação e, conseqüentemente, o abandono do aleitamento no seio materno (SETHI et al., 2013).

A amamentação é recomendada exclusivamente até os seis meses de idade, dispensando a oferta de água ao bebê, podendo prolongar-se até dois anos de idade ou mais. Trata-se de um processo fisiológico, portanto, teoricamente, todo recém-nascido sem comprometimento sistêmico, apresenta condições para mamar (FUJINADA et al., 2017).

O leite materno é o alimento padrão-ouro para a alimentação de bebês, adaptado a todas as necessidades do lactente, capaz de suprir sozinho todas as demandas nutricionais até 6 meses de idade (BRUSCO; DELGADO, 2014). A amamentação tem influência global no organismo humano em curto, médio e longo prazo. Vale salientar que crianças não amamentadas têm risco maior de adoecer, o que aumenta a chance de precisarem de internações hospitalares (NUNES, 2015).

A associação entre dificuldades na amamentação e anquiloglossia é um tema controverso, pois há poucos estudos de alta evidência científica sobre o assunto, o que faz com que o debate seja crescente. O intuito desse trabalho de revisão da literatura foi o de verificar a relação entre anquiloglossia e as dificuldades no aleitamento materno.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho consistiu em uma revisão da literatura sobre a relação entre a anquiloglossia e as dificuldades no aleitamento materno. A pesquisa foi realizada através das bases de dados Pubmed e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), além da busca no Google Acadêmico. Os filtros utilizados foram: idiomas português, inglês e espanhol, artigos publicados nos últimos seis anos (2013-2018). Para a estratégia de busca foram utilizados os seguintes descritores e operadores booleanos: anquiloglossia OR língua presa AND frenotomia AND aleitamento materno AND neonatos. Ao final da busca, foram encontrados 90 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos restaram 20 para a leitura na íntegra, os quais permaneceram no trabalho. Foram excluídos estudos de casos e artigos que fugiam da metodologia pré-estabelecida para a revisão.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Walsh e Tunkel (2017) enfatizam a importância de reconhecer problemas que interferem na amamentação bem-sucedida e o conhecimento dos pais sobre a natureza multifatorial complexa, que envolve as dificuldades da amamentação. A avaliação dos bebês que apresentam dificuldades deve ser global e observar o bebê em todos os aspectos. O diagnóstico e o manejo pode ser fonte de confusão e frustração para médicos e famílias.

Walsh e Tunkel (2017) definem conceito de anquiloglossia anatômica, considerando a inserção do freio rente à ponta da língua, não contempla a anquiloglossia posterior, sendo o conceito de anquiloglossia sintomática mais aceitável. Não há na literatura nenhuma causa embriológica exatamente relacionada à anquiloglossia. A possível causa está conectada à apoptose incompleta da membrana lingual. Geneticamente, há a predominância no sexo masculino. A apresentação clínica da anquiloglossia sintomática inclui dificuldades na amamentação, dificuldades na pega, irritabilidade, baixo ganho de peso e alimentação prolongada. No exame clínico se pode verificar restrição na mobilidade da língua (protrusão, ondulações), ponta lingual em forma de coração e, no caso de freio submucoso, a observação é feita através de palpação.

Walsh e Tunkel (2017) Orientam que o tratamento inclui terapia não cirúrgica e terapia cirúrgica com baixo risco que, provavelmente, beneficia pacientes cuidadosamente selecionados. As dificuldades na amamentação podem levar à frustração na dupla mãe-bebê, ansiedade materna, sentimentos como fracasso ou inadequação e abandono precoce da amamentação.

No intuito de compreender as experiências de aleitamento materno de mulheres cujos filhos têm língua presa, Emond et al. (2013) desenvolveram um projeto qualitativo, no qual entrevistaram dez mulheres que estavam com problemas relacionados à amamentação e que seus bebês tiveram diagnóstico de anquiloglossia. As mães foram ouvidas (com perguntas focadas), em duas ocasiões. A análise revelou que o fato das mães terem ciência do diagnóstico de anquiloglossia em seus filhos, trouxe angústia e tensão entre as expectativas maternas e os desafios da amamentação. Os profissionais de saúde que acompanharam as mães possuíam conhecimento limitado sobre a língua presa, seus potenciais efeitos sobre a amamentação e foram incapazes de aconselhar, adequadamente, sobre as

dificuldades na amamentação de bebês com língua presa. Porém, após o tratamento com frenotomia, as mães relataram melhora significativa no aleitamento de seus filhos. A incidência de língua presa é significativa e a identificação precoce e a resolução rápida e eficaz contribuem para a melhoria da amamentação.

Brookes e Bowley (2014) analisaram as evidências científicas disponíveis na literatura sobre frenotomia e estabeleceram o seu papel na prática clínica. Os autores verificaram que, embora não haja um grau de heterogeneidade na literatura, a frenotomia feita em lactantes com grandes dificuldades na amamentação produz melhorias objetivas na pega, produção de leite, ganho de peso e redução da dor no mamilo. Além disso, há indicações de que a frenotomia promove a manutenção da amamentação.

Brookes e Bowley (2014) ainda observaram que em diversos ensaios, uma proporção de mães tem demonstrado o efeito placebo com resultados subjetivos após a frenotomia. No entanto, evidenciam-se melhorias claras na percepção materna dos índices de amamentação e de dor. Embora haja algumas indicações positivas possíveis, nesse momento, não há nenhuma evidência substancial para apoiar a frenotomia profilática com base na promoção do desenvolvimento da fala. A cirurgia de frenotomia possui um nível baixo de complicações e não há na literatura relato de casos que envolveram complicações graves. Dada a baixa morbidade, o procedimento de frenotomia deve, portanto, ser considerado, em casos em que a língua presa interfere diretamente no aleitamento materno.

Chuop (2017) recrutaram todas as duplas mãe-bebê que foram encaminhadas para a avaliação em uma instituição privada, pertencendo aos seguintes critérios de inclusão: 1) encontravam em amamentação atualmente; 2) criança com menos de 12 semanas de vida e idade gestacional de 37 semanas; 3) a criança seria submetida a cirurgia de frenotomia em um centro de otorrinolaringologia da cidade. O estudo não apresentou grupo de controle. Todos os resultados medidos uma semana e um mês pós-cirúrgico foram significativos, havendo melhora na autoconfiança materna, dor no mamilo, sintomas de refluxo e aumento na extração do leite.

Chuop (2017) analisa que a tomada de decisão em relação à frenotomia consideram importante uma avaliação detalhada das funções orais, bem como das estruturas orofaciais, pois fatores como retrognatia e anormalidades no palato devem ser consideradas antes da tomada de decisão pelo procedimento cirúrgico. O diagnóstico precoce da anquiloglossia é importantíssimo para que não ocorra o

desmame do neonato. São considerados sintomas de anquiloglossia a dor mamilar e o baixo ganho de peso, sendo, a primeira, considerada o principal fator do desmame precoce.

Walker et al. (2017) investigaram através de estudo de coorte prospectivo, a anatomia do frênulo lingual em recém-nascidos e avaliaram a distância ponta-freio usando uma ferramenta de diagnóstico objetiva que auxilia na identificação de risco para laço anterior ou posterior e as dificuldades na amamentação.

Walker et al. (2017) recrutaram 100 recém-nascidos saudáveis que foram avaliados para a padronização, o freio visível ou palpável foi anotado, bem como foi realizado o levantamento dos lactentes, incluindo a escala de dor materna e ferramenta de avaliação da amamentação que foram administradas no segundo e décimo quarto dia de vida para determinar se os achados interferiram na amamentação. O comprimento médio do freio, avaliado ponta-freio, foi 9,07 milímetros. A membrana visível foi identificada em 21 crianças e a membrana palpável em 59 crianças.

Walker et al. (2017) observaram que os frênulos curtos e membranas visíveis conferiram pontuação de dor materna mais elevada. A correlação positiva foi analisada entre comprimento de frênulo e pontuação do índice de amamentação, sendo observado nas multíparas com um filho (25%), dois ou mais (12%). Uma grande porcentagem de recém-nascidos sem dificuldades na amamentação, possuíam freio proeminente e palpação. Os autores sugerem que outros estudos devem ser dirigidos para definir anquiloglossia posterior e se o tratamento traz melhorias para a amamentação.

Muldoon et al. (2017) realizaram um estudo prospectivo antes e após a realização de frenotomia em bebês com anquiloglossia. Foram aplicados dois questionários autoaplicável em 89 mulheres cujos bebês foram submetidos ao procedimento cirúrgico em sete clínicas situadas na Irlanda. A maioria dos pacientes foi encaminhada por consultores em amamentação.

Muldoon et al. (2017) notaram que motivos para a procura pela frenotomia foram: 38% com dificuldades na pega, 20% com dor na sucção, 10% por outros motivos incluindo agitação pós-mamada, 5% com dificuldade em manter a pega, 3% com mastite, 1% com dor nas mamas, 6% com preocupação sobre a fala mais tarde, 3% com filho anterior que teve amamentação melhorada após frenotomia e 2% com preocupação com o fornecimento de leite. A taxa de amamentação exclusiva

permaneceu semelhante pré e pós-frenotomia, apesar de haver dobrado a introdução de fórmula para a alimentação infantil. 91% (81/89) das mulheres, cujos bebês foram submetidos à frenotomia, relataram melhorias. Dessas, 45% observaram imediatamente após o procedimento, 29% após 2 semanas e 5% não observou nenhuma diferença em relação à amamentação. O estudo suporta a hipótese de que a frenotomia afeta positivamente a amamentação.

Puapornpong et al. (2014) compararam, através de um estudo transversal, a pega em recém-nascidos com língua presa e recém-nascidos normais para verificar se os bebês com anquiloglossia tinham dificuldades na amamentação. A amostra foi composta por 833 mulheres, sem complicações pós-parto em um centro médico em uma província da Tailândia. Os neonatos passaram por triagem de língua presa, no segundo dia pós-parto e foram submetidos à avaliação da sucção. A incidência de língua presa foi de 13,4%, maior índice encontrado até então. Os autores atribuem a esse fato, a variabilidade dos critérios diagnósticos disponíveis.

Puapornpong et al. (2014) não observaram diferenças significativas em relação à idade materna, idade gestacional, tipo de trabalho, massa corpórea, comprimento de mamilo e peso dos recém-nascidos e não havia nenhum efeito discernível sobre a amamentação. Os bebês com anquiloglossia tiveram 25% de dificuldade na pega em comparação a 3% do grupo controle. O estudo avaliou somente a pega e não houve coleta de dados referentes à dor no seio, que é um dos fatores que interferem na escala da sucção e está diretamente relacionada ao desmame precoce.

Ito (2014) ressaltam que a anquiloglossia é um tema controverso entre pediatras e consultores de amamentação em relação aos impactos na amamentação. O autor realizou uma revisão sistemática sobre a eficácia da frenotomia em crianças com anquiloglossia. O objetivo foi elucidar se as crianças tinham dificuldades na amamentação e se após a intervenção cirúrgica havia melhora. O autor ainda considerou dois fatores importantes: sucção/fechamento e dor mamilar. Ele ainda analisou como cinco aspectos menos relevantes: produção de leite, manutenção da produção de leite, ganho de peso, eventos adversos e angústia. A busca inclui somente neonatos e lactentes menores de seis meses, que tinham dificuldades na amamentação e língua presa, obtendo-se quatro ensaios clínicos randomizados e 12 observações de estudo. Ao analisar a literatura, viu-se que a frenotomia possui eficácia moderada de evidência para o tratamento das dificuldades na amamentação relacionadas à anquiloglossia.

Sharma e Jayaraj (2015) aplicaram um questionário por telefone com 54 pacientes diagnosticados com língua presa em um período de 12 meses. O objetivo foi o de avaliar os benefícios da frenotomia e determinar a influência da idade das crianças que foram submetidas ao procedimento. As crianças foram divididas em grupos não-cirúrgico e cirúrgico (questionados pré e pós- intervenção). No grupo não-cirúrgico observaram 17% de evolução e no grupo cirúrgico 81% das mães relataram melhora na amamentação. Nas crianças abaixo de 30 dias houve uma melhoria em 94%.

Sharma e Jayaraj (2015) definem que frenotomia é um procedimento rápido, seguro, que beneficia as crianças com dificuldades na amamentação e possui melhor resultado em crianças com idade precoce. Embora a pesquisa tenha sido realizada por telefone, os resultados estão em consonância com a literatura anterior. Os autores sugerem adicionalmente, a necessidade de estudo prospectivo, cego, em larga escala para elucidar os benefícios da frenotomia para a amamentação devido à limitação no número de pacientes incluídos na pesquisa, o que induz ao viés de seleção.

Sethi et al. (2013) avaliaram as indicações e os resultados obtidos após a frenotomia em crianças atendidas em um ambulatório hospitalar. 85 pacientes foram identificados prospectivamente. Desses, 52 foram acompanhados com sucesso através de questionário realizado por telefone e não relataram problemas sobre a alimentação. Todas as mães tiveram problemas com a amamentação, porém, somente 77% (40) relataram melhora pós-cirurgia.

Sethi et al. (2013) viram que no estudo a duração total de aleitamento exclusivo foi de menos de um mês a 18 meses. Destas 19 crianças foram amamentados menos de três meses e desses somente nove de forma exclusiva antes da frenotomia, com média de idade no procedimento cirúrgico 14 dias, sugerindo dificuldade em reestabelecer a amamentação exclusiva, apesar da intervenção, do total de crianças 33 foram amamentados por mais de três meses, com idade média no procedimento de 22 dias, o que sugere que a anquiloglossia possa não ser um fator isolado/único para as dificuldades da amamentação e que outras causas devem ser exploradas e tratadas por consultores de amamentação.

Os autores supracitados indicam que mais estudos prospectivos randomizados seriam úteis para identificar uma ferramenta de avaliação de anquiloglossia que seja de fácil aplicação para auxiliar o profissional na melhor conduta para o paciente e, assim, se diagnosticar e se tratar com rapidez.

Riskin et al. (2014) realizaram um estudo observacional sobre os impactos da anquiloglossia na amamentação pelo ponto de vista materno e avaliaram a assistência fornecida a elas. Todos os 314 neonatos nascidos em um centro médico no período de 2005-2010 foram identificados. As mães foram entrevistadas por telefone e responderam a um questionário que continham indagações sobre a experiência da amamentação. Foram divididas em dois grupos (1) Língua presa – 183 e (2) controle - 314. Embora as taxas globais de problemas de amamentação no primeiro mês foram semelhantes (59% vs 52%, respectivamente), as mães do grupo 1 relataram significativamente mais problemas com a pega, amamentação prolongada e a exaustão do lactente durante a alimentação, mas não se referiram à dor ou à ferida nos mamilos, utilizaram com mais frequência extrator de leite materno para complementar a amamentação, procuraram consultores em amamentação após a consulta de alta e a maioria delas sentiu que a consultoria em lactação ajudou. As taxas de aleitamento materno aos seis meses foram semelhantes.

No estudo de Riskin et al. (2014), 87% das mães tinham conhecimento sobre a anquiloglossia de seus filhos, mas apenas 50% era associada com problemas de amamentação. Das crianças com anquiloglossia aos 2 anos de idade ou mais, 11,9% relataram ter problemas de fala. A possibilidade de frenotomia foi mencionada para 69% das mães, e se realizou em 35% dos casos. A satisfação relacionada ao procedimento foi pobre, exceto quando feito para resolver os problemas de amamentação. Crianças com língua presa tinham significativamente mais problemas de aleitamento materno no primeiro mês, mas as taxas e durações de amamentação eram semelhantes ao grupo controle. O diagnóstico precoce e a consultoria em aleitamento podem ajudar as díades mãe-bebê, substancialmente. Mães, cujos bebês foram submetidos à frenotomia para a amamentação, relataram que o procedimento aliviou os problemas de amamentação.

Billington, Yardley e Upadhayaya (2017) realizaram um estudo prospectivo no Reino Unido, com o objetivo de determinar o índice de bebês amamentados três meses depois de participarem da clínica de língua presa e também determinar as razões, se for o caso, da cessação da amamentação. As crianças-alvo tinham diagnóstico de anquiloglossia e dificuldades relacionadas à amamentação. Foram submetidos à frenotomia, avaliados com 3 dias e, posteriormente, por telefone após três meses. Das 100 crianças que participaram do estudo, 87% estavam na faixa

etária de dois a 88 dias, 57% tinham anquiloglossia posterior, 32% anquiloglossia anterior e 11% anquiloglossia combinada anteroposterior. Após três meses, 80% das mães relataram melhora completa na amamentação, 15% relataram resolução moderada e 5% das mães relataram mínima resolução. Não houve casos de hemorragia pós-operatória, 49% das mães estavam amamentando exclusivamente, 41% complementaram a alimentação com fórmula, sendo que a maioria das mulheres escolheu por conveniência oferecer fórmula como complemento e 10% eram alimentados exclusivamente com fórmula.

Billington, Yardley e Upadhyaya (2017) observaram que as mães demoraram cerca de 11 dias para procurar ajuda na amamentação, o que potencializa a possibilidade do desmame, principalmente, se houver dor mamilar e falta de orientação adequadas. Uma proporção expressiva de mães parou de amamentar mesmo relatando melhora significativa após a cirurgia. Possivelmente, fatores culturais e sociais interferem na amamentação prolongada.

Pransky, Lago e Hong (2015) fizeram uma revisão retrospectiva dos pacientes atendidos em uma clínica de amamentação num período de 12 meses (jan a dez/14) no qual encontraram 618 pacientes com dificuldades na amamentação e que foram avaliados para descartar anomalias na cavidade oral. 290 apresentaram anquiloglossia anterior, 120 anquiloglossia posterior e 81 apresentaram lábio superior preso, alguns tiveram dois tipos de anomalias anquiloglossia e freio labial superior com inserção baixa e outros foram identificados com anquiloglossia ou freio labial superior com inserção baixa. Todos foram submetidos a procedimento cirúrgico.

Nesse estudo de Pransky, Lago e Hong (2015), 127 crianças avaliadas não tinham anomalias na cavidade oral, o que reforça que existem outras razões pelas quais um neonato pode ter dificuldades na amamentação e ressalta a controversa acerca da associação restrita entre anquiloglossia x lábio superior preso x dificuldades na amamentação. O resultado da melhoria na amamentação obtida no pós-cirúrgico foi: 78% anquiloglossia anterior, 91% anquiloglossia posterior e 100% após liberação de lábio superior. Avaliando os resultados obtidos, conclui-se que apesar da casualidade não ser implícita, essas anomalias da cavidade oral podem contribuir, em alguns casos, como fator dificultador a amamentação.

Martinelli et al. (2013), com o interesse de verificar quais características anatômicas do freio lingual influenciam na sucção e deglutição em neonatos nascidos a termo, realizaram um estudo transversal no qual participaram 100 crianças. A

avaliação dos bebês foi feita 30 dias pós-parto, tempo mínimo para adaptação das díades à amamentação. O protocolo proposto por Martinelli (em 2012) para a avaliação do frênulo lingual foi realizada. A aplicação completa do teste feita em 71 bebês, dos quais 16 possuíam restrição no movimento lingual na sucção não nutritiva e nutritiva, 55 foram considerados normais. 22,56% foram diagnosticados com alteração no frênulo lingual, sendo esse resultado maior que em estudos anteriores.

Martinelli et al. (2013), atribuem o fato de que a observação realizada no estudo não foi apenas anatomofuncional, mas levou em consideração as sucções não nutritiva e nutritiva. Houve prevalência no sexo masculino. Os achados sugerem que a alteração no frênulo limita a movimentação da língua durante o choro e a amamentação. O formato da língua no choro foi associado ao ritmo de sucção e as pausas na mamada. O tempo de pausa foi maior em bebês com formato da ponta de língua com fenda, fato possivelmente relacionado à fadiga da musculatura devido ao esforço ocasionado pelo impedimento mecânico da língua.

Martinelli et al. (2013), enfatizam que o uso de protocolos específicos permite atuar de forma planejada, documentando os procedimentos que sustentam as práticas clínicas para os casos necessários.

Brandão et al. (2018) levaram em consideração que, no Brasil, a aplicação do teste de avaliação do frênulo lingual nos neonatos é obrigatória em todas as maternidades. Os autores realizaram um estudo de coorte em uma maternidade para avaliar a confiabilidade e a validade do NTST (Teste de Avaliação do frênulo lingual) proposta por Martinelli em 2012. A amostra base foi composta por 268 díades, das quais 169 mães foram contatadas por telefone em até 48h e a 1 - 3 meses após o parto.

Os achados de Brandão et al. (2018) mostraram que, quando aplicados nas primeiras 48h pós-parto, o teste NTST não é confiável e nem válido para a detecção de anquiloglossia, podendo, ainda, trazer prejuízos para a amamentação, pois a escala de consistência interna não é homogênea. Isso foi observado porque a postura lábio em repouso e a espessura do frênulo estão inversamente correlacionadas com as relações formadas por todos os outros itens constantes no protocolo. Ao remover os dois tópicos, o teste fica semelhante à Ferramenta de Avaliação lingual Bristol. Ainda assim, não mostra um alfa de Cronbach aceitável (isso é, $\geq 0,70$).

Brandão et al. (2018) mostram que o Departamento de Neonatologia e Otorrinolaringologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Associação

Brasileira de Odontopediatria (ABOPED) se opuseram a essa lei por observarem uma baixa prevalência da doença e pela incerteza em relação ao benefício fornecido ao seu diagnóstico e tratamento precoce.

Brandão et al. (2018) corroboram com a revogação da lei no Brasil, levando-se em consideração que o teste pode gerar resultados inconclusivos, falso-positivos, gerando despesas com tratamentos excessivos e desnecessários. Os benefícios da frenotomia sobre a anquiloglossia ainda estão em debate e expõem que esse tipo de intervenção não está isento de intercorrências como o choque hipovolêmico que pode levar ao óbito.

Ingram et al. (2015) desenvolveram a ferramenta de avaliação BTAT, que consiste em uma ferramenta de avaliação de língua simplificada para ajudar na identificação de anquiloglossia. Foi desenvolvida com base na prática clínica e com referência à Ferramenta de Avaliação Hazelbaker para análise do frênulo lingual (ATLFF). Esse artigo documenta 224 avaliações de língua usando o BTAT. Foram realizadas 126 avaliações de língua usando as ferramentas BTAT e ATLFF para facilitar comparações entre eles. Avaliações BTAT semelhantes foram obtidas de oito parteiras que estavam usando a nova ferramenta de avaliação, o que demonstra facilidade na aplicação do teste e que o mesmo possui fiabilidade interna aceitável.

Ingram et al. (2015) observaram que o BTAT mostrou correlação com o ATLFF em uma escala de 0,89, indicando que o BTAT pode ser utilizado no lugar da ferramenta de avaliação mais detalhada para o diagnóstico da língua presa. Parteiras acharam o teste BTAT rápido e fácil de usar e simples de ensinar aos outros. O BTAT é objetivo, possui medidas claras e simples da gravidade da língua presa e promove a seleção de crianças para frenotomia, além de monitorar o efeito do procedimento. As crianças com anquiloglossia que apresentam dificuldades na amamentação devem ser encaminhadas para uma avaliação e um apoio à lactação. Mais pesquisas são necessárias para explorar o momento ideal do procedimento e o nível de benefícios que a frenotomia traz às díades.

Power e Murphy (2014) em seu estudo buscaram avaliar a eficácia da intervenção cirúrgica de língua presa em crianças amamentadas. Os autores verificaram na literatura disponível que há uma grande variação na prevalência de 0,02 a 10,7%, mais comum em bebês do sexo masculino. O problema geralmente se apresenta na primeira semana após o nascimento, porém, o efeito na amamentação é difícil de avaliar. Os principais sintomas relatados são dor materna durante a

amamentação e baixo ganho de peso, na avaliação clínica. Deve-se observar a inserção do freio com a língua levantada. O freio submucoso é uma condição rara e o comprimento da língua livre normal deve ser >16mm, <11mm anquiloglossia moderada, <7mm anquiloglossia grave. Existem ferramentas para avaliar a língua anátomo-funcionalmente e a amamentação. Se a avaliação indicar que língua presa é o fator causal de dificuldades na amamentação, o dilema é o tempo de espera. Às vezes, se aguarda que o problema se resolva espontaneamente.

Por outro lado, Power e Murphy (2014) dizem que se espera muito tempo e a dor e o baixo ganho de peso podem fazer com que a mãe desista da amamentação. O ideal é intervir cirurgicamente entre duas e três semanas de idade. Após a realização da frenotomia têm-se melhorias expressivas nos aspectos da amamentação. No entanto, existe a possibilidade de viés no resultado. As complicações cirúrgicas são raras e o mais importante é que o procedimento seja feito por um profissional treinado.

Ferrés-Amat et al. (2017) fizeram um estudo transversal descritivo para avaliar a prevalência de anquiloglossia em neonatos com dificuldades na amamentação. Todos os bebês com problemas de sucção e anquiloglossia foram incluídos nesse estudo, seguindo o protocolo de tratamento multidisciplinar constituído pelos serviços de amamentação, a terapia da fala e a Reabilitação Orofacial e a cirurgia oral e maxilo-facial. 1.102 recém-nascidos foram atendidos no serviço de pediatria do Hospital de Nens, Barcelona (Espanha), durante dois anos. 302 tiveram dificuldades na amamentação e, desses, 171 foram diagnosticados com anquiloglossia (60 meninas e 111 meninos). O protocolo para a avaliação de frênulo lingual escolhido foi Coryllos, sendo o Grau 3 de anquiloglossia o tipo mais prevalente (59,6%). 85 bebês (49,7%) foram exclusivamente amamentados e 26 (50,35%) tiveram alimentação mista (fórmula e amamentação). Apenas 43 pacientes tinham uma história familiar de língua presa (25,1%).

Ferrés-Amat et al. (2017) orientam que a anquiloglossia ligada às dificuldades na amamentação deve ser tratada por uma equipe multidisciplinar. Os pesquisadores anteriormente mencionados encontraram alta prevalência da doença em recém-nascidos com problemas de sucção. As alterações no frênulo lingual podem ser corrigidas com terapia miofuncional, melhorando sua aderência, evitando intervenções mais traumáticas e alcançando melhores resultados na alimentação e conforto para a mãe durante a amamentação. Sendo assim, a cirurgia não é

necessária em todos os casos e, se for necessária, os autores recomendam a estimulação da sucção através da terapia miofuncional, antes e depois da cirurgia, para evitar a retração da cicatriz.

Wong et al. (2017) realizaram um estudo descritivo qualitativo para avaliar discussões em 221 sites ou tópicos de fóruns online sobre anquiloglossia. Os autores analisaram o conteúdo etnográfico de 76 tópicos em 501 páginas. Os domínios usados foram: (1) expectativas iniciais, (2) complicações lactentes, (3) perguntas, (4) diagnóstico, (5) tratamento e (6) resultados. Os tópicos sobre língua presa eram frequentes e houve menção por parte das mães sobre a importância do diagnóstico (18,4%, 14/76) de anquiloglossia e a necessidade do conhecimento técnico pelos profissionais de saúde, especialmente, os médicos. Houve 63,2%, 48/76, de tópicos sobre tratamento e se as mães tinham dúvidas se havia interferência na amamentação ou se a forma de amamentar poderia ser o fator impedor. 14,5%, 11/76, relataram uma melhora física após o procedimento cirúrgico de liberação do frênulo. Os autores concluíram que mães com dificuldades na amamentação devido à anquiloglossia enfrentam dificuldades físicas e emocionais. A empatia por parte dos profissionais que realizam o manejo, ajuda as mães a diminuir o isolamento e a alienação que as levam a procurar, em primeiro lugar, ajuda na internet.

Bin-Num, Kasirer e Minouni (2017), realizaram uma revisão da literatura sobre anquiloglossia no período de 1949 a 2016, com o intuito de verificarem o número de artigos publicados por ano e o consenso entre eles. Os descritores utilizados foram língua presa, frenotomia ou frenulotomia. Havia 514 artigos que foram classificados em relatos de casos clínicos, coorte, ensaios clínicos randomizados e não randomizados e revisões sistemáticas. Todos os ensaios clínicos foram resumidos sistematicamente. Houve um aumento significativo de publicações sobre o tema entre 2013 e 2017, chegando a 44 artigos por ano. Foi observado que a maioria dos artigos encontrados possuíam baixa evidência e que não contribuem para elucidar o debate sobre o tema devido à dificuldade em avaliar a língua, o desconforto e as dificuldades na amamentação.

O Ministério da Saúde, no intuito de atender à Lei nº13.002 de 20 de junho de 2014, criou a Norma Técnica 35/2018 que preconiza o uso do Protocolo Bristol para analisar a função do frênulo lingual de neonatos. O protocolo Bristol deve ser aplicado antes da alta hospitalar (entre 24h-48h) por profissional capacitado da equipe de saúde que atenda à díade mãe-bebê na maternidade. O resultado deverá ser anotado

na caderneta de saúde da criança no campo observações. Em caso de teste positivo, deve-se proceder à avaliação da mamada, utilizando o Protocolo de Avaliação da Mamada proposto pela UNICEF. Caso haja interferência na amamentação, deve-se considerar a realização da frenotomia na maternidade ou em outro serviço da rede de assistência à saúde. O lactente deverá ser encaminhado para serviços de apoio à amamentação para a realização de acompanhamento pós-cirúrgico e/ou da amamentação pela equipe. (BRASIL, 2018).

4 DISCUSSÃO

De acordo com Sethi et al. (2013), a anquiloglossia é uma anomalia congênita que pode causar dificuldades na amamentação. Completando esse conceito Walsh e Tunkel (2017) ressaltam que sua possível causa está relacionada à apoptose incompleta da membrana lingual. Quanto ao sexo, a língua presa é mais prevalente no sexo masculino, fato corroborado por Martinelli et al. (2013), Ferrés-Amat et al. (2017), Walsh e Tunkel (2017) e Rowan-Legg (2015).

Como não há consenso na literatura sobre as interferências entre anquiloglossia e amamentação, Walsh e Tunkel (2017) afirmam que o conceito de anquiloglossia sintomática ou assintomática seria mais aceitável. A anquiloglossia assintomática não interfere na amamentação. Esse baixo nível de evidência científica é corroborado por Bin-Num, Kasirer e Minouni (2017) e Rowan-Legg (2015), que afirmam não haver critérios práticos para identificar com precisão quais bebês são susceptíveis às dificuldades em amamentação devido à variabilidade de testes existentes e a falta de controle na validação.

Apesar da discussão na literatura sobre a relação entre a amamentação e a anquiloglossia, Rowan-Legg (2015) destaca que a língua tem papel primordial na dinâmica da amamentação, pois realiza a extração do leite e a deglutição, evidenciando, assim, que a restrição no movimento da língua interfere consideravelmente na amamentação. De forma semelhante, Martinelli et al. (2013) sugerem que a alteração no frênulo limita a movimentação da língua durante o choro e a amamentação. Tal fato, possivelmente, é relacionado à fadiga da musculatura devido ao esforço ocasionado pelo impedimento mecânico da língua.

De acordo com os critérios utilizados para o diagnóstico, a anquiloglossia pode ter grande variabilidade de prevalência como descrito por Rowan-Legg (2015) que observou na literatura a prevalência de 4 a 10,7% em neonatos. Já Power e Murphy (2014) observaram uma variação de 0,02 a 10,7. Puapornpong et al. (2014) encontraram a incidência de 13,4%. Martinelli et al. (2013) verificaram a prevalência de 22,56%. Para Ferrés-Amat et al. (2017) e Emonds et al. (2013) a anomalia possui alta prevalência em recém-nascidos com problemas de sucção. Entretanto, vale salientar que a variabilidade nas prevalências dos estudos aqui citados pode estar relacionada com a falta de critérios diagnósticos que deveriam ser protocolos para a definição da presença ou não da anquiloglossia no neonato.

De acordo com Rowan-Legg (2015), o diagnóstico de anquiloglossia consiste no exame minucioso da cavidade oral, incluindo a inspeção da língua e suas funções. Analogamente, Walsh e Tunkel (2017) inteiraram que a avaliação deve ser global em todos os aspectos incluindo a prematuridade, anomalias craniofaciais, lábios, língua, retrognatismo e atraso de desenvolvimento. Em conformidade, Power e Murphy (2014) defendem que existem ferramentas para a avaliação a língua anátomo-funcionalmente e sua interferência na amamentação, tanto quanto, Chuop et al. (2017) reiteram a importância do diagnóstico correto na tomada de decisão pelo procedimento cirúrgico, já que, conforme Pransky et al. (2015), existem outras razões pelas quais um neonato pode ter dificuldades na amamentação.

Consequentemente, Walsh e Tunkel (2017) relatam que o diagnóstico incorreto pode acarretar em problemas no manejo e pode ser fonte de confusão e frustração para médicos e famílias, pelo fato de as mães terem ciência do diagnóstico de anquiloglossia em seus filhos.

Emonds et al. (2013) mostram que há um aumento na angústia e tensão entre as expectativas maternas e os desafios da amamentação. Por esse motivo, Riskin et al. (2014) orientam que o diagnóstico precoce e a consultoria em aleitamento podem ajudar às díades mãe-bebê, porém não garante a manutenção da amamentação. Apesar de Emonds et al. (2013) concordarem que a identificação precoce da língua presa e a resolução rápida e eficaz contribuiriam para a melhoria da amamentação, Billington et al. (2017) demonstram que as mães demoraram cerca de 11 dias para procurarem ajuda. Assim, no Brasil, o protocolo criado pelo Ministério da Saúde (2018) orienta o protocolo Bristol na maternidade e, de acordo com o score, a frenotomia e/ou o acompanhamento da díade por equipe especializada.

Martinelli et al. (2013) em seu protocolo de avaliação do freio lingual (NTAT) observam aspectos anatômicos e funcionais com ênfase nas sucções nutritiva e não nutritiva. No entanto, Brandão et al. (2018) explanam que não há confiabilidade e validade na detecção de anquiloglossia em neonatos quando aplicado nas primeiras 48h pós-parto. Sendo assim, o Ministério da Saúde (2018) preconiza o protocolo Bristol para a avaliação do frênulo lingual em bebês, já que a alta incidência de anquiloglossia no mundo está relacionada a variedade de testes disponíveis.

Os sintomas mais comuns de anquiloglossia são dor no mamilo durante a amamentação, baixo ganho de peso, baixa produção de leite, dificuldade na manutenção da produção de leite, dificuldades na pega e refluxo (BROOKES;

BOWLEY, 2014; CHUOP et al., 2017; ITO, 2014; MULDOON et al., 2017; PUAPORNPONG et al., 2014; POWER; MURPHY, 2014). Entretanto, Riskin et al. (2014), não observaram dor ou fissuras mamilares. Além dessas características, Walsh e Tunkel (2017) acrescentam que no exame clínico se pode verificar restrição na mobilidade da língua (protrusão, ondulações) e ponta lingual em forma de coração.

Brookes e Bowley (2014) mostram que a frenotomia quando feita em neonatos com dificuldades na amamentação traz melhorias objetivas na pega, produção de leite, ganho de peso, redução da dor no mamilo, assim como Ito (2014), que relata eficácia moderada. Entretanto, Chuop et al. (2017) concluíram que os efeitos pós-frenotomia melhoram a autoconfiança materna. Já para Rowan-Legg (2015) e o Ministério da Saúde (2018), a frenotomia é eficaz, desde que, a indicação cirúrgica seja feita somente nos casos em que interfere diretamente na alimentação do lactente.

Por mais que Sharma e Jayaraj (2015) e Power e Murphy (2014) corroborem que quando o procedimento for realizado em bebês abaixo de 30 dias, com duas a três semanas de idade, a chance de sucesso é maior. Brookes e Bowley (2014) e Pransky, Lago e Hong (2015) concordam que a frenotomia promove sim melhorias na amamentação. No entanto, Muldoon et al. (2017) afirmam que a cirurgia sozinha não resolve os desafios da amamentação em todas as duplas. Sendo assim, Sethi et al. (2013) sugerem que, mesmo após a frenotomia, os sintomas podem continuar e enfatizam que a língua presa não é o único fator impedidor do aleitamento materno. Sendo assim, as duplas devem ser acompanhadas por equipes multidisciplinares com conhecimento aprofundado em amamentação. (BRASIL, 2018)

Ao analisar as percepções maternas, Emonds et al. (2013), Wong et al (2017) e Riskin et al. (2014) concordam que as mães relataram melhorias pós-cirúrgicas no que se refere à amamentação. Dessa maneira, Power e Murphy (2014), Walsh e Tunkel (2017) alertam que a dor e o baixo ganho de peso no neonato pode fazer com que a frustração na mãe leve à desistência da amamentação. Porém, Billington, Yardley, Upadhayaya (2017) mostram que uma proporção expressiva de mães parou de amamentar mesmo relatando melhora significativa após a cirurgia. Possivelmente, fatores culturais e sociais interferem na amamentação prolongada.

A cirurgia de frenotomia tem sido instituída como o tratamento para anquiloglossia sintomática, considerado um procedimento rápido, seguro e benéfico, em consonância com Sharma e Jayaraj (2015), Brookes e Bowley (2014), Walsh e Tunkel (2017), Billington, Yardley, Upadhayaya (2017), Power e Murphy (2014).

Inegavelmente, Almeida et al. (2018) afirmam que a intervenção não está isenta de intercorrências como o choque hipovolêmico que pode levar ao óbito. Em outras palavras, Power e Murphy (2014) afirmam que as complicações cirúrgicas são raras, mas é importante que o procedimento seja feito por um profissional treinado.

Por outro lado, Rowan-Legg (2015) verificou que a conduta é geralmente conservadora (no que tange à orientação aos pais e apoio à lactação). Já Ferrés-Amat et al. (2017) indicam a terapia miofuncional e afirmam que a cirurgia não é aconselhada para todos os casos. Outrossim, Muldoon et al. (2017) averiguaram que as taxas de amamentação exclusiva permaneceram semelhantes mesmo com a realização de frenotomia, posto que Billington, Yardley, Upadhayaya (2017) relatam melhoras significativas em três meses após a frenotomia. Enfim, Brookes e Bowley (2014) consideram que a frenotomia deve ser indicada para casos em que a língua presa interfira diretamente no aleitamento materno.

Os autores Sethi et al. (2013), Sharma e Jayaraj (2015), Walker et al. (2018), Almeida et al. (2018) concordam que há a necessidade da realização de estudos em larga escala para elucidar os benefícios da frenotomia para a amamentação.

Sharma e Jayaraj (2015), Sethi et al. (2013), Walker et al. (2018), Ingram et al. (2015) alertam que há a necessidade da realização de mais estudos confiáveis em larga escala para, enfim, se chegar a um diagnóstico correto, uma avaliação de benefícios e momento ideal para a realização da frenotomia. Esse fato confirmado por Bin-Num, Kasirer e Minouni (2017) que enfatizam o aumento de publicações sobre anquiloglossia. No entanto, a maioria dos artigos possui baixa evidência e não contribuem para elucidar o debate sobre o tema, pois os mesmos tiveram dificuldades em avaliar os movimentos da língua, bem como as dificuldades na amamentação e o acompanhamento pós-cirúrgico.

5 CONCLUSÃO

A anquiloglossia pode potencialmente atuar de forma negativa na amamentação, pois as restrições nos movimentos da língua, prejudicam a sucção e a pega que interferem na dinâmica da amamentação, acarretando na perda de peso do neonato, além das dores e fissuras mamilares na mãe, mas vale salientar que não houve consenso na literatura.

A triagem do freio lingual deve ser feita na maternidade por um profissional treinado e, assim, evitar o sobrediagnóstico e o sobretratamento, de acordo com o score do resultado, avaliando a necessidade de realizar o procedimento de frenotomia antes da alta hospitalar ou em nível ambulatorial. Quando necessária, não se pode postergar a realização cirurgia e a espera não deve ultrapassar 10 dias para diminuir as chances do desmame e, após o procedimento a díade deve passar por acompanhamento da amamentação.

Embora, a frenotomia seja um procedimento simples e de baixo risco, há a possibilidade eminente de complicações. A indicação é restrita à condição de interferência na amamentação e é contraindicada a realização do procedimento para prevenir supostos problemas futuros. A cirurgia sozinha não resolve os problemas da amamentação e as duplas devem ser acompanhadas por equipe capacitada em aleitamento materno no pós-cirúrgico.

THE IMPACT OF TONGUE-TIE ON BREASTFEEDING: A REVIEW OF THE LITERATURE.

Anna Gabriela da Silva Pierre
Valéria Fernandes Maranhão

ABSTRACT

The paper reviews the literature around the impact of tongue-tie (ankyloglossia) on breastfeeding. The data was collected from the Pubmed and BVS (Virtual Health Library) databases as well as from searches on Google Scholar. Although there is no consensus in the literature, ankyloglossia can often interfere with the dynamic of breastfeeding causing difficulties latching, loss of weight, breast pain and fatigue and early weaning. Recently, the Bristol protocol was chosen as the preferred method for screening for tongue-tie in Brazilian maternity hospitals however, the professional must undergo training to be able to undertake the test efficiently, avoiding overdiagnosis and overtraining. Recommendations for frenectomy is restricted to interferences in breastfeeding and should not, under any circumstances, be made in the neonate as a preventive measure

Key-words: Breastfeeding. Ankyloglossia. Tongue-tie. Frenectomy. Neonates. Pediatric Dentistry.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELLINGTON, Jennifer; YARDLEY, Ianin; UPADHAYAYA, Manasvi. Long-term efficacy of a tongue tie service in improving breastfeeding rates: a prospective study. **Journal of pediatric surgery**, Uk, v. 53, p. 286 - 288, nov. 2017.

BIN-NUN, Alona; KASIRER, Yair M.; MIMOUNI, Francis B. A dramatic increase in tongue tie- related articles: a 67 years sytematic review. **Breastfeeding medicine**, Israel, v. 12, n. 7, p. 1 - 5, jan. 2017.

BRANDÃO, Clarissa de Almeida et al. Is the Neonatal Tongue Screening Test a valid and reliable tool for detecting ankyloglossia in newborns? **International Journal Of Paediatric Dentistry**, [s.l.], v. 28, n. 4, p.380-389, Maio 2018.

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.º 35/2018 – Anquiloglossia em recém-nascidos.

BROOKES, Alastair; BOWLEY, Douglas M.. Tongue tie: The evidence for frenotomy. **Early Human Development**, [s.l.], v. 90, n. 11, p.765 - 768, nov. 2014.

BRUSCO, Thais; DELGADO, Susana. Caracterização do desenvolvimento da alimentação de crianças nascidas pré-termo entre três e 12 meses. **Rev. CEFAC**, Canoas, v. 16, n.3, p. 917 - 928, Maio 2014.

CHUOP, Mace M. Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-lie release:: a prospective cohort study. **Laryngoscope**, v. 127, n. 5, p.1227-1230, mai. 2017.

EMOND, A. et al. Randomised controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild-moderate tongue-tie. **Arch dis child neonatal**, Uk, n. 99, p. 189 - 195, nov. 2013.

FÉRRES-AMAT, E. et al. The prevalence od ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in barcelona: a descriptive study. **European journal of pediatric dentistry**, Spain, v. 18, n. 4, p. 319 - 325, 2017.

FUJINAGA, Cristina Ide et al. Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo. **Audiology - Communication Research**, v. 22, p. 1 - 7, 2017.

INGRAM, J. et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tong. **Bmj journals**, Uk, n.11, p. 111 - 222, Mar. 2015.

ITO, Yasuo. Effectiveness of frenotomy in breastfeeding difficulties in infants with ankyloglossia: systematic review (in japanese). **Pediatric society**, Japão, v. 118, n. 11, p. 462-474, jun. 2014.

LAWRENCE, RA. Tongue-tie the Diasease du Ju. **Breastfeed Med.**, v. 6, n. 8, p. 467 - 468, 2013.

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**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 599 - 610, jun. 2013.

- MULDOON, K. et al. Effect of frenotomy on breastfeeding variables in infants with ankyloglossia (tongue-tie): a prospective before and after cohort study. **Bmc pregnancy and childbirth**, Ireland, n.11, p. 1-9, fev./nov. 2017.
- NGERNCHAM S. et al. Lingual frenulum and effect on breastfeeding in Thai newborn infants. **Paediatr Int Child Health**. v.33, n.2, p.86-90, 2013.
- NUNES, L M. Importância do aleitamento materno na atualidade. **Boletim Científico de Pediatria**, Rio Grande do Sul, v. 4, n. 3, p.55-58, 2015.
- POWER, R F; MURPHY, J F. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. **Archives Of Disease In Childhood**, [s.l.], v. 100, n. 5, p.489-494, 7 nov. 2014
- PRANSKY, Seth M.; LAGO, Denise; HONG, Paul. Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies: the influence of posterior ankyloglossia and upper-lip ties. **International journal of pediatric otorhinolaryngology**, Canadá, n. 33, p. 1-4, jul. 2015.
- PUAPORNONG, Pawin et al. Comparisons of the Latching on between Newborns with Tongue-tie and Normal Newborns. **J Med Assoc**, Thailand, v. 97, n. 3, p. 255 - 259, 2014.
- RISKIN, Arieh et al. Tongue-Tie and Breastfeeding in Newborns—Mothers' Perspective. **Breastfeeding Medicine**, [s.l.], v. 9, n. 9, p. 430 - 437, nov. 2014.
- ROWAN-LEGG, Anne. Ankyloglossia and breastfeeding. **Canadian Pediatric Society**, Canadá, v. 20, n. 4, p. 209-213, mai., 2015.
- SAKALIDIS, VS; GEDDES, DT. Suck-Swallow-Breathe Dynamics in Breastfed Infants. **Journal of Human Lactation**, v. 2, n. 32, p. 201 - 211, 2016.
- SETHI, N. et al. Benefits of frenulotomy in infants with ankyloglossia. **International journal of pediatric otorhinolaryngology**, v. 5, n. 77, p. 762-765, mai. 2013.
- SHARMA, S D; JAYARAJ, S. Tongue-tie division to treat breastfeeding difficulties:our experience. **The Journal Of Laryngology & Otology**, Uk, n. 129, p. 986 - 989, 2015.
- WALKER, R. D. et al. Defining tip-frenulum length for ankyloglossia and its impact on breastfeeding: a prospective cohort study. **Breastfeeding medicine**, v.13, n. 3, p.111-222, 2017.
- WALSH, Jonathan; TUNKEL, David. Diagnosis and treatment of ankyloglossia in newborns and infants. **Jama otolaryngology- head & neck surgery**, Caroline st, n.11, p. 1-8, jul. 2017.
- WONG, K. et al. Breastfeeding infants with ankyloglossia: insight into mothers. **Breastfeeding medicine**, Boston, v. 20, n. 20, p. 1-4, 2017.

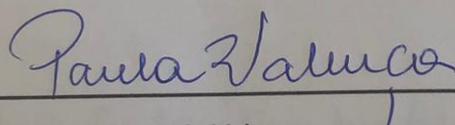
ANEXO 1: Termo de correção de Normas técnicas e Metodológicas

DECLARAÇÃO DE NORMAS TÉCNICAS E METODOLÓGICAS

Eu, Paula Andréa Melo Valença, declaro para os devidos fins e para fazer prova junto à Faculdade SETE LAGOAS- FACSETE, que realizei a revisão de normas técnicas e metodológicas do TCC/ Monografia, intitulado "**Os impactos do freio lingual curto na amamentação: Uma revisão da literatura**", de autoria de Anna Gabriela da Silva Pierre, do curso de Especialização Lato Sensu em Odontopediatria, pela **Faculdade de Sete Lagoas- FACSETE**, consistindo em correção de citações, referências bibliográficas e normas metodológicas.

Por ser verdade, firmo o presente

Recife, 13 de dezembro de 2018



Paula Andréa de Melo Valença

CPF 020.321.594-06

ANEXO 2: Termo de correção da Língua Portuguesa

DECLARAÇÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA

Eu, Vânia Carolina Gonçalves Paluma, declaro para os devidos fins e para fazer prova junto à Faculdade SETE LAGOAS- FACSETE, que realizei a revisão e correção da Língua Portuguesa do TCC/ Monografia, intitulado "**Os impactos do freio lingual curto na amamentação: Uma revisão da literatura**", de autoria de Anna Gabriela da Silva Pierre, do curso de Especialização Lato Sensu em Odontopediatria, pela **Faculdade de Sete Lagoas- FACSETE**, consistindo em correção de citações, referências bibliográficas e normas metodológicas.

Por ser verdade, firmo o presente

Uberlândia, 07 de dezembro de 2018

Vânia Carolina Gonçalves Paluma

Vânia Carolina Gonçalves Paluma

CPF 097.600.956-02

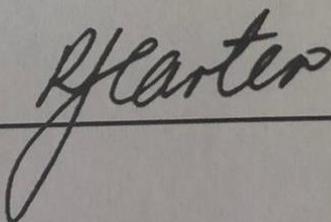
ANEXO 3: Termo de correção da Língua Inglesa

DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO DA LÍNGUA INGLESA

Eu, Rachael Jane Carter, declaro para os devidos fins e para fazer prova junto à Faculdade SETE LAGOAS- FACSETE, que realizei a revisão e correção de língua inglesa do TCC/ Monografia, intitulado "**Os impactos do freio lingual curto na amamentação: Uma revisão da literatura**", de autoria de Anna Gabriela da Silva Pierre, do curso de Especialização Lato Sensu em Odontopediatria, pela **Faculdade de Sete Lagoas- FACSETE**, consistindo em correção de citações, referências bibliográficas e normas metodológicas.

Por ser verdade, firmo o presente

Olinda, 10 de dezembro de 2018



Rachael Jane Carter

CPF 712.953.674-83