



UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI - UNIVATES

CURSO DE ODONTOLOGIA

**ENCAMINHAMENTO, ABORDAGEM CIRÚRGICA E PÓS-
OPERATÓRIO DA FRENECTOMIA LINGUAL EM CRIANÇAS: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

Bárbara Gottardi Furtado

Lajeado/RS, julho de 2025

Bárbara Gottardi Furtado

**ENCAMINHAMENTO, ABORDAGEM CIRÚRGICA E PÓS-
OPERATÓRIO DA FRENECTOMIA LINGUAL EM CRIANÇAS: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

Monografia apresentada no eixo Organização do processo de Trabalho IX como Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Odontologia da Universidade do Vale do Taquari - Univates, como acompanhamento do aprendizado e composição da nota do semestre 2025A.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Fernando
Nunes Teixeira

Lajeado/RS, julho de 2025

Bárbara Gottardi Furtado

**ENCAMINHAMENTO, ABORDAGEM CIRÚRGICA E PÓS-
OPERATÓRIO DA FRENECTOMIA LINGUAL EM CRIANÇAS: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

A Banca examinadora abaixo aprova a Monografia apresentada no componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Odontologia, da Universidade do Vale do Taquari - Univates, como parte da exigência para a obtenção do título de Bacharela em Odontologia:

Prof. Dr. Maurício Fernando Nunes Teixeira - Orientador
Universidade do Vale do Taquari – Univates

Profa. Thaís Cristina Hübner
Universidade do Vale do Taquari – Univates

Ma. Jéssica Berté Valer

Lajeado/RS, julho de 2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, com todo meu amor e saudade à minha mãe.

Sua força, seu carinho e seu exemplo continuam sendo minha maior inspiração.

Mesmo não estando fisicamente presente, sinto sua presença em cada conquista e em cada passo que dou.

Este trabalho é fruto de tudo o que você me ensinou e do apoio incondicional que sempre me deu.

Para você, mãe, com eterna gratidão e amor.

AGRADECIMENTO

Aos meus pais, que sempre foi e sempre serão a base sólida sobre a qual construí meus sonhos. Agradeço pela confiança, pelo amor incondicional e pelo exemplo de dedicação, coragem e perseverança. Não há palavras suficientes para expressar minha gratidão por todo o sacrifício, apoio e carinho que me deram ao longo da minha vida. Sem vocês, eu não teria chegado até aqui.

À minha nona, que com sua sabedoria, carinho e presença constante me ensinou o verdadeiro significado de força e resiliência. Sua presença foi, e sempre será, uma inspiração fundamental em minha caminhada. Agradeço por cada palavra de incentivo, por cada gesto de amor e por cada momento que compartilhamos.

A Deus, por me dar a força, a fé e a determinação para superar os obstáculos dessa jornada. Agradeço a oportunidade de seguir em frente, mesmo nos momentos de dificuldade, e por me guiar com sabedoria em cada passo dessa caminhada. A Ele, toda a honra e gratidão.

Ao meu namorado, José, que foi meu alicerce durante toda essa jornada. Sua compreensão, paciência e apoio incondicional foram fundamentais para que eu superasse cada desafio. Agradeço por estar ao meu lado, por me incentivar, por me apoiar quando eu duvidava de mim mesma e por acreditar no meu potencial. Sua presença ao meu lado foi uma fonte constante de força, amor e coragem.

Às minhas queridas amigas, Gabriela, Júlia e Rafaela, que se tornaram minhas irmãs ao longo dessa jornada acadêmica. Agradeço por cada momento compartilhado, por cada risada que aliviava a tensão e por cada dificuldade que enfrentamos juntas. A cumplicidade de vocês foi fundamental para que eu seguisse em frente, com a certeza de que não estava sozinha.

Ao meu orientador, Maurício, expresso minha mais profunda gratidão pela orientação incansável, pela paciência e pelo vasto conhecimento compartilhado. Sua contribuição foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho, e sou eternamente grata por sua dedicação e comprometimento.

Aos membros da minha banca, agradeço sinceramente pela disponibilidade, pelo tempo dedicado e pelas valiosas contribuições que enriqueceram ainda mais este trabalho. Suas críticas construtivas e sugestões foram fundamentais para o

aprimoramento da pesquisa e me ajudaram a enxergar diferentes perspectivas, tornando o trabalho mais completo.

A todos os meus amigos e familiares, que de alguma forma contribuíram para essa conquista. O apoio de cada um de vocês, seja com palavras de incentivo ou gestos de carinho, foi imprescindível para que eu chegasse até aqui.

RESUMO

A frenectomia lingual, procedimento cirúrgico destinado a corrigir a anquiloglossia (freio lingual curto), é fundamental para garantir o desenvolvimento adequado de funções essenciais como amamentação, fala e deglutição, especialmente em crianças. Uma intervenção precoce é crucial, pois a limitação da mobilidade lingual compromete o aleitamento materno, o conforto da mãe e a nutrição do bebê. No SUS a frenectomia é acessível e realizada de forma gratuita, beneficiando muitas famílias. O acompanhamento pós-operatório é essencial para a recuperação e prevenção de complicações. O sucesso do procedimento depende de um monitoramento contínuo, que garanta a cicatrização adequada e evite novas aderências, promovendo a plena funcionalidade da língua, impactando diretamente a fala e a mastigação das crianças. Esta revisão bibliográfica tem como objetivo discutir a periodicidade, os protocolos de encaminhamento, os procedimentos cirúrgicos e os cuidados pós-operatórios da frenectomia, além de analisar a importância do acompanhamento para prevenir complicações e melhorar os resultados funcionais. A pesquisa também busca contribuir para o aprimoramento dos cuidados e o desenvolvimento de novas abordagens na assistência às crianças submetidas ao procedimento.

Palavras-chave: frenectomia lingual; anquiloglossia; frenectomia em crianças

ABSTRACT

Lingual frenectomy, a surgical procedure aimed at correcting ankyloglossia (short lingual frenulum), is essential to ensure the proper development of critical functions such as breastfeeding, speech, and swallowing, especially in children. Early intervention is crucial, as limited tongue mobility compromises breastfeeding, maternal comfort, and infant nutrition. Within Brazil's Unified Health System (SUS), frenectomy is accessible and provided free of charge, benefiting many families. Postoperative follow-up is vital for recovery and the prevention of complications. The success of the procedure depends on continuous monitoring to ensure proper healing and prevent re-adhesion, thereby promoting full tongue functionality and directly impacting children's speech and chewing abilities. This literature review aims to discuss the frequency, referral protocols, surgical procedures, and postoperative care related to frenectomy, as well as to highlight the importance of follow-up in preventing complications and improving functional outcomes. The research also seeks to contribute to the enhancement of care and the development of new approaches for assisting children undergoing the procedure.

Keywords: lingual frenectomy; ankyloglossia; frenectomy in children.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Critérios de avaliação do Protocolo Bristol | 15 |
| Figura 2 - Frênulo lingual e movimentos da língua em dois sujeitos após 30 dias .. | 19 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1- Tipos de frenectomia | 21 |
| Quadro 2 - Etapas do procedimento cirúrgico | 22 |
| Quadro 3 - Bancos de dados com palavras-chave..... | 31 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 1.1 Objetivos | 10 |
| 1.1.1 Objetivo geral | 10 |
| 1.1.2 Objetivos específicos | 11 |
| 2 LEVANTAMENTO TEÓRICO | 12 |
| 2.1 Encaminhamento..... | 12 |
| 2.2 Indicação | 17 |
| 2.3 Frenectomia..... | 19 |
| 2.3.1 Anestesia..... | 22 |
| 2.3.2 Preparação da zona operatória..... | 23 |
| 2.3.3 Incisão e dissecação | 23 |
| 2.3.4 Sutura..... | 24 |
| 2.3.5 Procedimento de frenotomia | 24 |
| 2.4 Pós-operatório..... | 25 |
| 2.5 Aspectos complementares sobre a frenectomia | 28 |
| 2.5.1 Aumento significativo de diagnósticos e procedimentos | 28 |
| 2.5.2 Controvérsias sobre a necessidade do procedimento..... | 29 |
| 2.5.3 Efeitos na amamentação e qualidade de vida..... | 29 |
| 2.5.4 Impacto na fala e funções orais | 29 |
| 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 30 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| REFERÊNCIAS | 34 |

1 INTRODUÇÃO

A frenectomia, um procedimento cirúrgico destinado a corrigir a anquiloglossia (freio lingual curto), tem se mostrado cada vez mais relevante devido ao seu impacto em funções essenciais como a amamentação, fala e deglutição, principalmente em crianças (Amaral *et al.*, 2014). Esta condição, ao restringir a mobilidade da língua, interfere no desenvolvimento infantil dificultando o aleitamento materno, a nutrição e o conforto da mãe, o que torna a intervenção precoce uma medida fundamental para garantir o bem-estar da criança e facilitar o vínculo familiar (Vasconcelos Filho; Silva; Mattos, 2022).

É de extrema importância aprimorar os cuidados oferecidos a esses pacientes, proporcionando conhecimentos atualizados e embasados cientificamente aos profissionais de saúde envolvidos nesse processo. A revisão busca atingir os profissionais, atingindo indiretamente as crianças. Pode contribuir para atualização do conhecimento de profissionais refletindo no atendimento proposto, podendo impactar a qualidade de vida das crianças.

A presente revisão bibliográfica tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão narrativa da literatura, as indicações, critérios diagnósticos, protocolos avaliativos e o acompanhamento de crianças submetidas à frenectomia lingual, destacando os principais desafios e implicações clínicas dessa prática.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar os critérios diagnósticos, indicações, protocolos avaliativos e o

acompanhamento de crianças submetidas à frenectomia lingual, destacando seus principais desafios e implicações clínicas.

1.1.2 Objetivos específicos

- Discutir os protocolos de encaminhamento e indicações de frenectomia;
- Descrever os procedimentos cirúrgicos realizados no trans operatório da frenectomia;
- Classificar os tipos de complicações observadas no pós-operatório imediato de crianças submetidas à frenectomia.

2 LEVANTAMENTO TEÓRICO

2.1 Encaminhamento

O frênulo lingual é uma prega mediana de mucosa localizada na parte inferior da língua, estendendo-se de uma região mais fixa até uma área com maior mobilidade. O denominado "frênulo lingual" é composto por tecido conjuntivo fibroso denso e, em alguns casos, pode conter fibras das porções superiores do músculo genioglosso (POZZA *et al.*, 2003).

O freio lingual pode ser diagnosticado como normal ou alterado dependendo dos critérios utilizados pelo profissional. Os cirurgiões dentistas costumam avaliar o freio lingual a partir da observação visual do aspecto do freio ou ainda, observando a mobilidade da língua (Martinelli *et al.*, 2016). A popular "língua presa" ocorre quando uma parte de tecido que deveria ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento embrionário permanece na face sublingual da língua, limitando os seus movimentos (Knox, 2010).

Um estudo publicado na revista "*Cirurgia Pediátrica*" analisou 72 crianças submetidas à frenectomia sublingual em 1997 revelou que as indicações para o procedimento cirúrgico eram, em sua maioria, baseadas em critérios clínicos subjetivos. A avaliação de 50 questionários válidos, respondidos pelas mães dos pacientes, mostrou que a principal justificativa para a intervenção foi a presença de anquiloglossia, registrada em 60% dos casos. Além disso, 38% dos encaminhamentos ocorreram devido a dificuldades na fala, enquanto apenas 2% estavam relacionados a anomalias no desenvolvimento dentofacial (Sánchez-Ruiz *et al.*, 1999).

Neste estudo 70% dos encaminhamentos foram realizados por pediatras e

apenas 14% foi realizado por pediatras. Esses dados indicam que a decisão pela frenectomia nem sempre se baseia em avaliações funcionais objetivas e multidisciplinares. Esse cenário é ainda mais relevante ao se considerar que quase metade das crianças com menos de dois anos de idade não teve uma avaliação confiável da fala antes da indicação cirúrgica (Sánchez-Ruiz *et al.*, 1999).

Na busca por informações que auxiliassem na pesquisa, foram descobertos diversos métodos de avaliação que ajudariam os profissionais a identificar anomalias. Hazelbaker em 1993 propôs um método pioneiro para avaliação de anomalias de língua presa (Costa, 2020). O estudo foi dividido em duas etapas de avaliação, sendo a primeira uma inspeção visual. Desta forma, a elasticidade, o tamanho e a retenção do frênulo lingual podem ser avaliados. Na segunda parte, a avaliação inclui a verificação do movimento da língua, que inclui elevação e lateralidade da língua além da extensão.

Os resultados por pontuações, para que a disfunção ou ausência possa ser identificada. No entanto, outros estudiosos coordenaram vários estudos destinados a melhorar as técnicas de avaliação e criticaram o método devido ao seu grande número de itens que precisam ser rotulados.

Nas décadas seguintes, muitos autores conduziram estudos para refinar e simplificar a avaliação da função da língua presa. Knox (2010) sugeriu que a inspeção visual da língua presa em neonatos deve ser combinada com a observação de sinais e sintomas que ocorrem na mãe e no bebê e será um passo determinante se a frenectomia é necessária. Knox (2010) também afirmou que a ferramenta de avaliação de Hazelbaker (1993) não é amplamente utilizada atualmente devido à sua alta complexidade e ao grande número de itens que necessitam de correção.













O Protocolo de Bristol, também conhecido como *Bristol Tongue Assessment Tool* (BTAT), foi desenvolvido por Ingram *et al.* (2015) como uma alternativa prática e eficiente para avaliar a anquiloglossia em recém-nascidos e lactentes. Sua criação surgiu da necessidade de simplificar métodos anteriores, como o de Hazelbaker, tornando a avaliação menos complexa e mais aplicável clinicamente. O BTAT baseia-se em quatro parâmetros funcionais objetivos: elevação e protrusão da língua, formato da língua ao choro e fixação do frênulo na gengiva. Cada aspecto recebe uma pontuação de 0 a 2, totalizando até 8 pontos. Resultados de 0 a 3 sugerem limitação funcional e indicam anquiloglossia clinicamente relevante (Ingram *et al.*, 2015).

Ainda pelos autores Ingram *et al.* (2015), o grande diferencial do BTAT está na sua rapidez, simplicidade e reprodutibilidade, permitindo sua aplicação por profissionais de diversas áreas, incluindo cirurgiões-dentistas e fonoaudiólogos na Atenção Primária à Saúde. Com base na pontuação obtida, o protocolo possibilita uma avaliação objetiva da necessidade de frenectomia, tornando a tomada de decisão mais fundamentada e menos subjetiva.

No Brasil, o BTAT ganhou destaque após sua menção em documentos oficiais do Ministério da Saúde, como a Nota Técnica Conjunta nº 52/2023, que recomenda seu uso na triagem da anquiloglossia por profissionais habilitados. O protocolo tem sido reconhecido como uma ferramenta complementar ao Teste da Linguinha, contribuindo para uma avaliação mais funcional e reduzindo o risco de indicações cirúrgicas desnecessárias (Brasil, 2023).

A Figura 1 mostra os parâmetros a serem avaliados para o diagnóstico da anquiloglossia, as pontuações obtidas para cada um dos quatro itens são somadas e podem variar de 0 a 8. Dessa forma, escores de 0 a 3 indicam redução grave da função da língua.

Figura 1 - Critérios de avaliação do Protocolo Bristol

| Aspectos avaliados | 0 | 1 | 2 | Score |
|--|---|---|---|-------|
| QUAL A APARÊNCIA DA PONTA DA LÍNGUA? |  Formato de coração |  Ligeira fendida/alinhada |  Arredondada | |
| ONDE O FRÊNULO DA LÍNGUA ESTÁ FIXADO NA GENGIVA/ ASSOALHO? |  Fixado na parte superior da margem gengival (topo) |  Fixado na face interna da gengiva (atrás) |  Fixado no assoalho da boca (meio) | |
| O QUANTO A LÍNGUA CONSEGUE SE ELEVAR (COM A BOCA ABERTA (DURANTE O CHORO)? |  Elevação mínima da língua |  Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro |  Elevação completa da língua em direção ao palato duro | |
| PROJEÇÃO DA LÍNGUA |  Ponta da língua fica atrás da gengiva |  Ponta da língua fica sobre a gengiva |  Ponta da língua pode se estender sobre o lábio inferior | |

* Tradução do inglês para o português autorizada pela equipe de Bristol, Drs. Jenny Ingram e Alan Edmond.

Fonte: Ingram *et al.* (2015)¹.

O Protocolo de Bristol representa um avanço na padronização da avaliação do frênulo lingual, especialmente dentro do SUS, onde a utilização de recursos exige critérios rigorosos e racionais. Sua aplicação contribui para um manejo clínico mais eficiente da anquiloglossia, garantindo que os casos que realmente necessitam de frenectomia sejam encaminhados para níveis de complexidade adequados, ao mesmo tempo que previne atrasos na intervenção de casos graves.

O protocolo de avaliação da língua presa desenvolvido por Martinelli *et al.* (2012) é uma atualização de um protocolo anterior desenvolvido em 1993 por Hazelbaker. Eles enfocam aspectos anatômicos e funcionais da língua, como seu

¹ O Protocolo de Bristol (BTAT) foi desenvolvido por pesquisadores do Reino Unido e publicado pela primeira vez em 2015. Ele foi criado por Jenny Ingram, David Johnson e colaboradores, com o objetivo de oferecer uma ferramenta simples e confiável para avaliar a anquiloglossia (língua presa) em recém-nascidos, especialmente no contexto da amamentação.

posicionamento durante o choro, seu formato ao ser levantado e a retenção do frênulo.

Além disso, o protocolo incluiu avaliação de aspectos relacionados à amamentação, como tempo entre as mamadas, níveis de fadiga durante a amamentação, movimentos da língua durante a sucção e tempos de pausa entre as séries de sucção. Cada aspecto é pontuado e, caso a pontuação parcial atinja determinado valor, podem ser observadas distorções importantes do frênulo.

Segundo Costa (2020), o teste da linguinha passou a ser obrigatório nas maternidades do país em 2014 e foi aprovada a lei que o torna obrigatório em todas as maternidades do país, o que acarretou um aumento substancial no número de procedimentos cirúrgicos em dois momentos, em 2014 e em 2017, possivelmente em decorrência da publicação da Lei nº 13.002/2014 e da Nota Técnica (NT) nº 09/2016. As leis infelizmente não são realidade, devem ser seguidas, mas a implementação exige recursos, não é realidade atual na maioria das maternidades. A NT nº 35/2018 deslocou o diagnóstico e o tratamento para a média complexidade, possivelmente resultando em filas, principalmente se tratando de cirurgias que poderiam ser realizadas na atenção primária (Brasil, 2018).

Ainda sobre o teste da linguinha, foi utilizado o protocolo de avaliação da língua presa com pontuação infantil proposto pelas autoras Martinelli, Marchesan e Berreti-Felix em 2013. O protocolo inclui avaliação completa da história clínica, além de avaliação anátomo-funcional e sucção nutricional e não nutritiva.

Para Costa (2020), a avaliação da língua presa pode ser um desafio para os profissionais de saúde porque não há um consenso claro sobre o que é considerado um frênulo normal e o que é considerado um frênulo alterado. Outro fator que contribui para a dificuldade de classificação da língua presa é a variação da idade em que a avaliação é realizada. É comum em recém-nascidos e lactentes que a língua presa seja fixada mais próxima da ponta da língua, o que pode ser interpretado pelos profissionais de saúde como um frênulo curto ou tenso. Por fim, é importante ressaltar que a classificação da língua presa não é uma ciência exata, e muitos profissionais preferem fazer uma abordagem mais conservadora, avaliando a função da língua e as dificuldades apresentadas pelo paciente, em vez de focar apenas na aparência do frênulo.

Em resumo, a avaliação e a classificação do frênulo lingual são tarefas complexas que exigem habilidade e experiência dos profissionais de saúde (Silva; Magalhães, 2024).

2.2 Indicação

Não há um método objetivo e específico para diagnosticar a anquiloglossia, mas existem maneiras de identificá-la. Deve-se levar em consideração: a anatomia oral; comprometimento funcional, onde a protrusão é um fator importante, assim como a posição do freio no ventre de língua. Uma língua protuberante apresenta formato em V ou de coração e o ápice da língua está a 1-2 cm da articulação mental, também pode ser um diagnóstico quando a língua é incapaz de encostar em palato duro com a boca aberta (Martinelli *et al.*, 2020; Nascimento Leite *et al.*, 2024).

A indicação da frenectomia deve ser pautada na presença de prejuízo funcional significativo. Entre os principais fatores que justificam o procedimento estão dificuldades severas na amamentação, como problemas persistentes de pega e sucção que não apresentam melhora com abordagens conservadoras. De acordo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotada pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Pediatria, o aleitamento materno exclusivo é essencial nos seis primeiros meses de vida do bebê (Oliveira, 2015). Para uma amamentação eficiente, é fundamental que o bebê consiga realizar a protrusão adequada da língua, o selamento correto da aréola mamária e tenha amplitude suficiente dos movimentos orais. No entanto, em casos de anquiloglossia, essas funções podem estar comprometidas, prejudicando a sucção por deglutição e interferindo no encaixe correto da boca na mama, o que pode causar dores, fissuras mamilares e sensação de 'picadas' (Lima; Dutra, 2021).

Além dos impactos na amamentação, a anquiloglossia pode provocar dificuldades na fala devido à limitação da mobilidade lingual, afetando também a alimentação e, em casos mais amplos, o desenvolvimento orofacial. Segundo Lima e Dutra (2021), a decisão de realizar a frenectomia deve estar embasada em uma avaliação clínica minuciosa, conduzida preferencialmente por uma equipe multidisciplinar composta por otorrinolaringologistas, pediatras, dentistas e fonoaudiólogos.

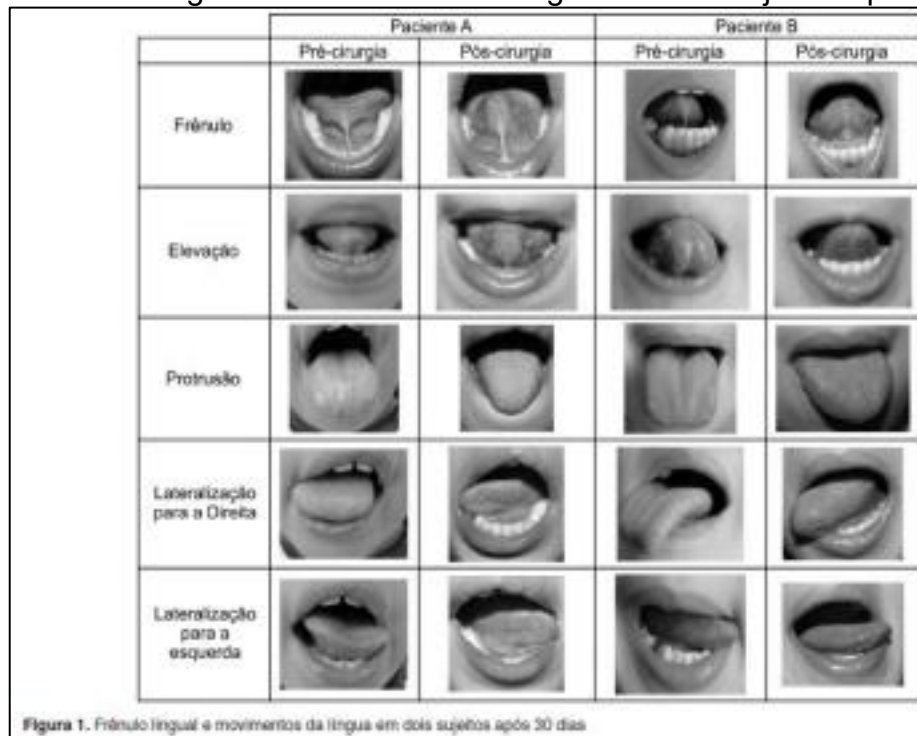
O uso de protocolos padronizados de avaliação é encorajado, pois promove maior uniformidade na tomada de decisão clínica. Diversas ferramentas são citadas na literatura como úteis para a análise da gravidade da anquiloglossia e da necessidade de intervenção. Entre os protocolos frequentemente utilizados estão o Protocolo de Bristol, já descrito anteriormente; O Protocolo de Marchesan, amplamente adotado por fonoaudiólogos, que classifica a severidade da restrição com base em critérios clínicos e o teste de Kotlow, que mede o comprimento do frênulo e classifica a amplitude do movimento lingual. Esses instrumentos, embora ainda careçam de validação universal, contribuem significativamente para uma abordagem clínica mais objetiva.

Para Martinelli *et al.* (2020), a intervenção cirúrgica justifica-se, pois é um procedimento capaz de corrigir a conduta do freio lingual e beneficiar a qualidade de vida da criança. É fundamental ressaltar que, por se tratar de uma intervenção cirúrgica, a frenectomia deve ser realizada exclusivamente por um profissional qualificado, capaz de avaliar cada caso individualmente e identificar sua real necessidade. Existem profissionais no SUS capazes de realizar frenectomia, tanto a frenotomia (corte do freio) quanto a frenectomia (remoção cirúrgica do freio), embora a disponibilidade possa variar por região e unidade de saúde. É fundamental que o procedimento seja realizado por um profissional qualificado, como um odontopediatra ou cirurgião bucomaxilofacial, após avaliação individual do caso

A indicação não deve ser feita de forma indiscriminada, sendo recomendada apenas quando houver comprovação de comprometimento funcional significativo. Sempre que possível, deve-se priorizar abordagens conservadoras, como a terapia miofuncional. A decisão pela realização do procedimento deve ser pautada em uma avaliação criteriosa e no uso racional de protocolos clínicos, a fim de assegurar a eficácia do tratamento e evitar intervenções desnecessárias (Messner *et al.*, 2020).

A Figura 2 apresenta as mudanças anatômicas e funcionais no frênulo lingual e na mobilidade da língua em dois pacientes pediátricos, analisando o desempenho antes e após a frenectomia, realizada com uma diferença de 30 dias. Nota-se uma melhora significativa na elevação, protrusão e lateralização da língua, ressaltando a relevância da avaliação funcional como critério para a indicação do procedimento.

Figura 2 Frênulo lingual e movimentos da língua em dois sujeitos após 30 dias



Fonte: Marchesan, Martinelli e Gusmão (2012).

2.3 Frenectomia

De acordo com Amaral *et al.* (2014), a frenectomia — procedimento cirúrgico indicado para o tratamento da anquiloglossia — tem ganhado destaque pela sua importância na promoção de funções orais adequadas desde os primeiros meses de vida. A presença de um frênulo lingual curto pode limitar significativamente a mobilidade da língua, afetando o desempenho motor oral em atividades essenciais como sucção, alimentação, deglutição e desenvolvimento da fala. Essa restrição funcional impacta não apenas a saúde e o desenvolvimento infantil, mas também o bem-estar materno, comprometendo, por exemplo, o sucesso do aleitamento. Por isso, intervenções precoces, respaldadas por uma avaliação criteriosa, têm sido valorizadas como estratégia para melhorar a qualidade de vida da criança e fortalecer a relação mãe-bebê (Vasconcelos Filho; Silva; Mattos, 2022).

A distinção entre frenectomia e frenotomia é fundamental para compreender melhor o procedimento em questão. Enquanto a frenectomia envolve a remoção total do freio, incluindo sua inserção no osso subjacente, a frenotomia refere-se apenas à retirada parcial do freio (frenectomia parcial) (Lopes *et al.*, 2014).

Ainda segundo Vasconcelos Filho, Silva e Mattos (2022), no contexto do SUS, a frenetomia é amplamente acessível no SUS, proporcionando à população um meio de promover a saúde e o desenvolvimento integral das crianças. Esse acesso é especialmente importante em famílias de menor poder aquisitivo, para as quais o procedimento cirúrgico gratuito e o acompanhamento subsequente são essenciais.

Estudos demonstram que o sucesso da frenectomia depende diretamente do monitoramento pós-operatório, fundamental para assegurar a cicatrização adequada, evitar aderências e permitir a plena funcionalidade da língua, o que impacta diretamente a fala, a mastigação e outros aspectos do desenvolvimento (Vasconcelos Filho; Silva; Mattos, 2022).

Nesse contexto a autora Costa (2019), o fonoaudiólogo, como profissional especializado na avaliação e reabilitação das funções orais, tem o papel fundamental de identificar possíveis alterações no frênulo lingual. Cabe a ele analisar se essa condição está associada a prejuízos articulatórios ou a outros aspectos da fala, contribuindo para um diagnóstico preciso e a definição da conduta terapêutica mais adequada. É senso comum que a chamada “língua presa” pode interferir na fala. O fonoaudiólogo é o profissional responsável pela avaliação e o tratamento da fala de uma forma geral, então é sua obrigação saber avaliar se o frênulo da língua está ou não alterado e se é a causa, ou interfere, nas alterações de fala.

Após 15 dias da cirurgia, uma série de exercícios fonoaudiológicos devem ser executados, objetivando melhora da tonicidade da língua e melhora no controle da mandíbula e para fortalecer os músculos da língua (Costa, 2019).

De acordo com a literatura, a anquiloglossia afeta entre 4% e 10% dos recém-nascidos, sendo mais comum em meninos do que em meninas (Messner; Lalakea, 2000; Segal *et al.*, 2007). A variação nesses dados pode estar relacionada aos diferentes critérios diagnósticos adotados pelos profissionais de saúde, pois casos leves frequentemente passam despercebidos ou são considerados dentro da normalidade, dependendo da experiência do examinador. Além disso, a comunidade científica tem demonstrado um interesse crescente nos casos de anquiloglossia posterior, que, por não apresentarem sinais visuais claros, costumam ser subdiagnosticados, principalmente quando a avaliação funcional não complementa o exame clínico (Martinelli *et al.*, 2013).

Embora a prevalência da condição seja relativamente baixa, o número de procedimentos cirúrgicos aumentou significativamente nas últimas décadas, tanto em instituições públicas quanto privadas, levantando preocupações sobre o risco de super diagnóstico e intervenções desnecessárias. Uma revisão sistemática realizada por Chinnadurai *et al.* (2015) indica que até 50% das frenotomias ou frenectomias podem não ter uma indicação clínica bem definida, sendo frequentemente baseadas apenas em observações visuais isoladas. Esse cenário pode levar à negligência de critérios funcionais fundamentais, como a eficiência da amamentação, a mobilidade da língua e a presença de sintomas maternos ou neonatais.

Nesse contexto, a adoção de protocolos padronizados e validados, como o *Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT)* e o Teste da Linguinha, é fundamental para assegurar que a indicação da frenectomia seja embasada em evidências clínicas e funcionais sólidas. Isso contribui para reduzir o risco de procedimentos desnecessários e garantir maior segurança e eficácia no atendimento prestado.

O Quadro 1 apresenta uma classificação dos principais tipos de frenectomia empregados na prática odontológica, destacando suas características técnicas, vantagens e indicações clínicas. A escolha do método cirúrgico deve considerar fatores como a gravidade da restrição funcional, o padrão anatômico do frênulo, as demandas estéticas e as condições gerais do paciente. Essa sistematização auxilia na tomada de decisão clínica, visando resultados terapêuticos mais previsíveis e adequados às necessidades individuais (Devishree; Gujjari; Shubhashini, 2012).

Quadro 1- Tipos de frenectomia

| Tipo de Frenectomia | Descrição | Vantagens | Indicações comuns |
|--|--|---|---|
| Clássica (Convencional) | Remoção completa do frênulo com bisturi e sutura local. | Técnica amplamente utilizada e de fácil execução. | Anquiloglossia moderada a severa; frênulo espesso. |
| Com Reposicionamento do Frênulo | Reposiciona o frênulo mais apicalmente, preservando parte do tecido. | Menor risco de retração e comprometimento estético. | Casos que requerem manutenção funcional do frênulo. |

| | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|
| Com Retalho (Z-plastia, etc.) | Uso de retalhos para melhorar estética e função (ex.: Z-plastia). | Boa cicatrização e redução de tensão no local cirúrgico. | Frênulos labiais com diastemas; correções estéticas. |
| Com Laser | Utiliza laser (diodo, CO ₂) para cortar e cauterizar simultaneamente. | Menor sangramento, tempo cirúrgico reduzido, sem suturas. | Pacientes infantis ou com baixa tolerância ao bisturi. |

Fonte: Silva; Silva; Almeida (2018).

O procedimento cirúrgico para a frenectomia lingual, conforme descrito no quadro abaixo, foi relatado por diversos autores, incluindo Escoda e Aytés (2004), Suter e Bornstein (2009) e Chaubal e Dixit (2011). A seguir, são detalhadas cada uma das etapas do procedimento, juntamente com as possíveis variações técnicas descritas na literatura.

Quadro 2 - Etapas do procedimento cirúrgico

| |
|----------------------------------|
| 1) Anestesia |
| 2) Preparação da zona operatória |
| 3) Incisão e dissecação |
| 4) Sutura |

Fonte: Escoda; Aytés, (2004); Suter; Bornstein (2009); Chaubal;Dixit (2011).

2.3.1 Anestesia

A anestesia é a primeira etapa do procedimento e tem como objetivo proporcionar conforto ao paciente e garantir condições ideais para a atuação do cirurgião. Em crianças maiores e cooperativas, a anestesia local é suficiente, sendo utilizada a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, aplicada na região do assoalho bucal e lateralmente ao freio lingual. Essa abordagem assegura uma anestesia eficaz e promove vasoconstrição local, o que auxilia no controle do sangramento (Suter; Bornstein, 2009). Para bebês e crianças pequenas, pode-se iniciar com anestesia tópica em gel (benzocaína 20%), aplicada com cotonete esterilizado por 1 a 2 minutos antes da infiltração, garantindo maior conforto durante o procedimento.

Mas segundo Dr. Setúbal (2018), em virtude da comprovada ineficácia desses

produtos no alívio da dor relacionada à dentição e dos graves riscos à segurança associados ao seu uso, a FDA adotou medidas para descontinuar a utilização de medicamentos bucais contendo benzocaína em crianças pequenas. Além disso, tem promovido ações de conscientização sobre os perigos relacionados a outras formas de uso desses produtos, buscando proteger a saúde infantil e orientar o uso seguro de medicamentos de venda livre.

A anestesia geral, por outro lado, deve ser utilizada apenas em casos extremos, como em crianças menores de três anos, com distúrbios neurológicos severos ou que não colaboram com o procedimento. Devido aos riscos inerentes à anestesia em pacientes pediátricos, essa opção deve ser cuidadosamente avaliada, priorizando sempre a segurança do paciente e a necessidade real da intervenção (Escoda; Aytés, 2004).

2.3.2 Preparação da zona operatória

Segundo Knox (2010), após a anestesia, procede-se à antissepsia do campo operatório com gaze embebida em clorexidina 0,12% ou solução iodada, seguindo rigorosamente os protocolos de biossegurança. Para melhorar a tração do frênulo e delimitar sua estrutura, pode-se realizar um ponto de sutura provisório na porção distal do freio com fio 3-0 absorvível, permitindo ao profissional manipular o tecido com precisão durante a incisão.

Como alternativa, podem ser utilizados instrumentos como a pinça de Allis, uma pinça de dissecação com serrilha delicada ou uma sonda acanalada para elevar o freio lingual. Esse levantamento é fundamental para evitar danos a estruturas nobres da região, como o ducto da glândula submandibular e os vasos linguais superficiais (Escoda; Aytés, 2004; Knox, 2010).

2.3.3 Incisão e dissecação

A incisão do freio lingual é realizada transversalmente em seu centro, utilizando instrumentos que possibilitam cortes precisos em áreas reduzidas, como um bisturi de lâmina nº 15 ou nº 11, ou uma tesoura de dissecação fina (Chaubal; Dixit, 2011). A profundidade da incisão deve ser suficiente para liberar o tecido fibroso subjacente,

que muitas vezes é espesso e denso, restringindo a mobilidade da língua. A dissecação é conduzida com cuidado, desinserindo o frênulo da mucosa e, se necessário, da inserção periosteal. Nos casos de frenectomia completa, recomenda-se a remoção total da faixa fibrosa, incluindo sua base de inserção na mandíbula, para evitar recidivas e garantir a funcionalidade plena da língua (Messner; Lalakea, 2002; Suter; Bornstein, 2009).

É essencial diferenciar frenectomia e frenotomia para esclarecer o procedimento cirúrgico abordado neste estudo. A frenectomia envolve a retirada completa do frênulo lingual, abrangendo sua inserção na mucosa e, quando presente, sua fixação ao osso subjacente, sendo uma abordagem mais invasiva. Em contraste, a frenotomia consiste na secção parcial do tecido fibroso do freio, sem a necessidade de remover a inserção periosteal, caracterizando-se como uma técnica menos extensa e de menor complexidade cirúrgica normalmente realizada em bebês (Lopes *et al.*, 2014).

2.3.4 Sutura

Após confirmar a liberação da língua, procede-se à sutura da ferida operatória. Antes desse passo, recomenda-se que a criança, se possível, eleve a língua ao palato ou a projete para fora, a fim de verificar a melhora do arco de movimento e garantir a ausência de tensão residual. A técnica de sutura mais utilizada é a de pontos simples separados, com fio absorvível, como poliglactina 910 (Vicryl®) nos calibres 3-0 ou 4-0, proporcionando maior conforto ao paciente e eliminando a necessidade de remoção futura (Martinelli *et al.*, 2013).

As suturas devem ser realizadas com cuidado para aproximar os bordos da incisão sem tracionar os tecidos, favorecendo a cicatrização por primeira intenção. A hemostasia, na maioria dos casos, é simples e eficaz, porém, se houver sangramento persistente, pode ser controlada com compressão local ou pontos adicionais, garantindo a estabilidade da região operada.

2.3.5 Procedimento de frenotomia

Para a frenotomia, o procedimento deve ser realizado sob boa iluminação. O

responsável deve posicionar o bebê de barriga para cima, com a cabeça elevada a 45°, enquanto o assistente auxilia na estabilização e proteção da cabeça. A anestesia deve ser administrada conforme a necessidade de cada caso. Para uma melhor visualização da área a ser incisada, recomenda-se segurar a ponta da língua com uma gaze e elevá-la ou utilizar a tentacanula, um instrumento que facilita o processo e estabilizar melhor a língua. expondo adequadamente o freio lingual (UFRGS, 2020).

Ainda segundo o artigo do Telessaúde RS (UFRGS, 2020), a incisão é feita com uma tesoura reta, afiada e de ponta romba, posicionada contra o frênulo, longe da língua e das carúnculas sublinguais. Deve-se realizar um corte de aproximadamente 2 mm na região mais firme do frênulo. Após a incisão, a área operada deve ser pressionada com uma gaze por alguns minutos para controle de sangramento, sem necessidade de sutura. O bebê pode ser amamentado imediatamente após o procedimento, promovendo conforto e facilitando a recuperação.

2.4 Pós-operatório

Com base no artigo “Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children”, publicado na revista *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* (Messner *et al.*, 2020), bem como nas contribuições de Mello Neto, Silva e Soares (2021), o manejo pós-operatório de crianças submetidas à frenectomia exige atenção rigorosa, abordagem multidisciplinar e acompanhamento contínuo para garantir o sucesso do procedimento e o bem-estar da criança.

Embora a frenectomia seja, em geral, um procedimento de baixa complexidade, seu pós-operatório pode ser marcado por uma série de complicações que requerem intervenções específicas. De acordo com Mello Neto, Silva e Soares (2021), essas complicações podem ser classificadas como hemorrágicas, infecciosas, cicatriciais, funcionais, sensoriais e estéticas. Cada uma delas demanda condutas clínicas diferenciadas, que vão desde a aplicação de pressão direta no local da incisão para controle de hemorragias, uso de hemostáticos tópicos ou sistêmicos, até intervenções cirúrgicas de revisão, em casos mais graves.

Segundo o artigo dos autores Messner *et al.* (2020), para prevenir infecções, é fundamental adotar medidas rigorosas de assepsia local, além da prescrição

adequada de antibióticos. Em casos mais graves, a drenagem de abscessos pode ser necessária para conter a progressão do quadro e evitar complicações adicionais. O controle eficaz dessas condições contribui significativamente para a recuperação do paciente e reduz os riscos de agravamento clínico.

As complicações cicatriciais podem incluir fibroses ou cicatrizes hipertróficas, demandando cuidados específicos, como o uso de curativos apropriados, terapias tópicas e, em certas situações, enxertos de pele. Além disso, alterações funcionais, como dificuldades na fala, deglutição ou respiração, exigem uma avaliação detalhada, podendo necessitar de terapia fonoaudiológica ou acompanhamento por uma equipe interdisciplinar para garantir a melhor reabilitação possível (Messner *et al.*, 2020).

Complicações sensoriais, como variações na sensibilidade local, sejam temporárias ou permanentes, devem passar por avaliação clínica para determinar o melhor tratamento. O uso de medicamentos analgésicos pode aliviar os sintomas, enquanto, em casos específicos, uma intervenção cirúrgica pode ser necessária para restaurar a função sensorial (Messner *et al.*, 2020).

Além disso, questões estéticas também podem ser impactadas, principalmente quando há retração cicatricial, exigindo uma análise detalhada. Em determinadas situações, uma correção cirúrgica posterior pode ser recomendada para melhorar a aparência e minimizar possíveis desconfortos ao paciente (Messner *et al.*, 2020).

De acordo com o artigo de Messner *et al.* (2020), o sucesso da frenectomia não depende apenas do ato cirúrgico, mas também de um pós-operatório bem conduzido. A prática de exercícios de mobilidade lingual, geralmente iniciada entre 48 e 72 horas após a cirurgia, é essencial para prevenir recidivas funcionais. Esses exercícios devem ser conduzidos sob orientação de profissionais especializados, como fonoaudiólogos, garantindo uma reabilitação completa das funções orais. Além disso, a manutenção de uma higiene oral adequada, uma alimentação adequada ao pós-operatório nos primeiros dias, o controle eficaz da dor e o acompanhamento periódico com o profissional responsável são aspectos indispensáveis para o sucesso do plano terapêutico (Messner *et al.*, 2020).

De forma complementar, Mello Neto, Silva e Soares (2021) destacam a importância do acompanhamento contínuo no consultório odontológico, com avaliações regulares para a detecção precoce de qualquer intercorrência. Os

cuidadores da criança devem ser devidamente orientados quanto aos cuidados domiciliares, incluindo higiene da ferida, dieta, uso correto de medicamentos prescritos e sinais de alerta que indiquem a necessidade de atendimento emergencial.

Para Messner *et al.* (2020), a avaliação minuciosa das alterações clínicas no pós-operatório é essencial para o manejo adequado de cada caso. Complicações como sangramento excessivo, infecções locais, cicatrizes anômalas, dificuldades alimentares, alterações de sensibilidade e até impactos estéticos devem ser monitoradas e tratadas de forma personalizada. Além disso, é fundamental considerar possíveis complicações tardias, como recidivas cicatriciais, que podem surgir semanas ou meses após o procedimento, exigindo acompanhamento contínuo para assegurar a estabilidade dos resultados.

Após a realização do procedimento, é possível restabelecer as funções do sistema estomatognático. De acordo com Marchesan *et al.* (2012), foram observadas melhorias na postura labial, nos movimentos e na posição da língua, assim como na produção da fala. Contudo, conforme relatado por Cota *et al.* (2019), embora a frenectomia tenha promovido a recuperação de algumas funções linguais, a articulação dos fonemas “s” e “r” não foi completamente restabelecida.

Apenas a realização da frenectomia pode não ser suficiente para alcançar resultados plenamente eficazes. Conforme apontado por Cavalheiro *et al.* (2018), a associação com um protocolo de fonoterapia é indicada para promover a recuperação das funções relacionadas à fala, articulação, movimentos linguais e produção de fonemas. Segundo Tunes *et al.* (2017) e Santos, Conceição e Prestes (2018), o procedimento cirúrgico é fundamental, pois cria as condições necessárias para que o fonoaudiólogo possa aplicar exercícios fonoterapêuticos, otimizando os benefícios e contribuindo para a qualidade de vida do paciente. Dessa forma, Gomes, Araújo e Rodrigues (2015), Suzart e Carvalho (2016) e Oliveira *et al.* (2019) defendem a importância da atuação integrada entre cirurgiões-dentistas e fonoaudiólogos no planejamento e condução do tratamento da anquiloglossia, visando proporcionar ganhos anatômicos e funcionais mais abrangentes ao paciente.

Portanto, o pós-operatório da frenectomia infantil exige uma abordagem metódica, personalizada e bem planejada, com respostas ágeis diante de possíveis complicações. É imprescindível contar com uma equipe clínica qualificada e atualizada, pronta para intervir sempre que necessário. O entendimento das possíveis

consequências e a implementação de medidas preventivas e terapêuticas eficazes são essenciais para garantir o sucesso do tratamento, possibilitar a plena recuperação funcional e preservar a saúde da criança a longo prazo (Messner *et al.*, 2020)

2.5 Aspectos complementares sobre a frenectomia

Segundo Terceiro *et al.* (2022), a frenectomia lingual, procedimento cirúrgico para corrigir a anquiloglossia (popularmente conhecida como 'língua presa'), tem sido objeto de crescente interesse e debate na literatura científica. A seguir, são apresentadas algumas curiosidades e informações relevantes sobre o tema.

2.5.1 Aumento significativo de diagnósticos e procedimentos

Pesquisas apontam um crescimento significativo no diagnóstico de anquiloglossia e na realização de frenectomias. Nos Estados Unidos, um estudo conduzido entre 1997 e 2012 revelou um aumento de 800% nesses procedimentos. No Brasil, a implementação obrigatória do teste da linguinha nas maternidades também influenciou diretamente esse crescimento, resultando em um maior número de frenectomias, especialmente em crianças de até 4 anos de idade (Macau-Lopes *et al.*, 2022).

2.5.2 Controvérsias sobre a necessidade do procedimento

Embora a frenectomia seja recomendada para casos de anquiloglossia que comprometem funções como amamentação, fala e deglutição, sua necessidade em todas as situações ainda gera debates. Alguns especialistas apontam preocupações com o diagnóstico e a realização excessiva do procedimento, ressaltando a importância de um tratamento individualizado, fundamentado em evidências científicas (SPOODF, 2025).

2.5.3 Efeitos na amamentação e qualidade de vida

A frenectomia, ao corrigir a anquiloglossia, pode trazer benefícios significativos para a amamentação, proporcionando alívio das dores nos mamilos maternos, aprimorando a pega do bebê e diminuindo episódios de refluxo infantil. Além disso, há relatos de impacto positivo na qualidade de vida dos pais, promovendo maior autoconfiança no processo de amamentação e reduzindo o estresse envolvido (Macau-Lopes *et al.*, 2022).

2.5.4 Impacto na fala e funções orais

Após a frenectomia, a maioria dos pacientes demonstra avanços na mobilidade da língua, na postura labial e na articulação da fala. Contudo, certas alterações fonéticas podem permanecer, tornando essencial o acompanhamento fonoaudiológico no pós-operatório para maximizar os benefícios do procedimento e aprimorar os resultados da reabilitação (Feliciano, 2023).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, metodologia amplamente utilizada em pesquisas acadêmicas quando se busca reunir, organizar e discutir de forma crítica as produções científicas existentes sobre determinado tema. A escolha por essa abordagem se justifica pela necessidade de compreender, com profundidade e amplitude, o cenário atual das indicações, encaminhamentos, técnicas e acompanhamentos pós-operatórios relacionados à frenectomia lingual em crianças.

A revisão narrativa permite a articulação de diferentes perspectivas teóricas, estudos clínicos, documentos oficiais e diretrizes de saúde pública, oferecendo um panorama mais completo sobre a realidade do procedimento no Brasil. Além disso, possibilita a análise crítica das implicações práticas, éticas e organizacionais que envolvem o crescimento do número de diagnósticos de anquiloglossia, bem como das estratégias para promover condutas mais assertivas e baseadas em evidências.

A busca por estudos relevantes foi realizada entre os meses de março e maio de 2025, utilizando as seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed, SciELO, LILACS e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Os descritores empregados na pesquisa, combinados entre si por operadores booleanos ("AND" e "OR"), foram: *frenectomia*, *anquiloglossia*, *frênulo lingual*, *frenectomia em crianças*, *procedimentos cirúrgicos* e *cuidados pós-operatórios*. Foram selecionados artigos, dissertações, diretrizes e capítulos de livros publicados entre 2014 e 2024, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão abrangeram publicações com conteúdo científico validado que abordassem, de forma direta ou indireta, a frenectomia lingual infantil

em contextos clínicos, anatômicos, cirúrgicos, fonoaudiológicos ou de política pública. Foram excluídos materiais com conteúdo repetitivo, desatualizado, sem respaldo metodológico ou que abordassem exclusivamente frenectomia em adultos.

A seleção dos materiais foi realizada em duas etapas. Primeiramente, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos documentos encontrados. Posteriormente, os textos que atendiam aos critérios previamente estabelecidos foram analisados na íntegra. Ao término desse processo, foram selecionados 30 documentos considerados relevantes. Por se tratar de uma revisão narrativa, outros artigos adicionais também foram incluídos, com o objetivo de enriquecer a fundamentação teórica e subsidiar as discussões críticas desenvolvidas ao longo deste trabalho.

Quadro 3 - Bancos de dados com palavras-chave

| Banco de Dados | Português | Inglês | Espanhol | Total |
|---------------------------------|------------------|---------------|-----------------|--------------|
| Scielo | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pub Med | 0 | 28 | 0 | 28 |
| BVS Biblioteca Virtual em Saúde | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Lilac | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | Total | 30 |

Fonte: Da autora (2025).

Por meio desta revisão, buscou-se sistematizar o conhecimento disponível sobre a frenectomia, destacando suas indicações, limitações, benefícios e desafios, bem como fomentar reflexões para a qualificação da assistência prestada às crianças com anquiloglossia.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A anquiloglossia é uma condição congênita que pode comprometer funções essenciais, como a amamentação, a deglutição, a articulação da fala e o desenvolvimento orofacial, especialmente em crianças. Diante desse cenário, a frenectomia lingual se destaca como uma intervenção cirúrgica eficaz, desde que sua indicação seja fundamentada em critérios técnicos rigorosos e respaldada por uma avaliação funcional detalhada. Quando realizada de maneira adequada, essa cirurgia pode proporcionar melhorias significativas na função oral e na qualidade de vida dos pacientes (Martinelli *et al.*, 2020; Messner *et al.*, 2020).

No entanto, a decisão de realizar a frenectomia deve ser pautada em uma análise cuidadosa e individualizada, levando em consideração tanto os benefícios esperados quanto os possíveis riscos. A abordagem responsável e criteriosa na indicação do procedimento é essencial para evitar intervenções desnecessárias e garantir que cada paciente receba o tratamento mais adequado à sua condição específica.

Esta revisão evidenciou que, apesar da prevalência da anquiloglossia variar entre 4% e 10% dos recém-nascidos, conforme Messner *et al.* (2000) e Segal *et al.* (2007), o número de frenectomias realizadas aumentou significativamente, muitas vezes sem fundamentação clínica adequada. Estudos como os de Chinnadurai *et al.* (2015) apontam que até metade dessas intervenções pode ter sido realizada com base em critérios subjetivos, destacando a necessidade de ferramentas diagnósticas padronizadas para garantir decisões mais precisas e embasadas.

Dessa forma, protocolos como o Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) (Ingram *et al.*, 2015) e o Teste da Linguinha (Martinelli *et al.*, 2013) se destacam por

serem instrumentos validados, auxiliando os profissionais na tomada de decisões mais seguras e fundamentadas em evidências clínicas e funcionais. A aplicação desses métodos contribui para reduzir o risco sobre o diagnóstico e evitar intervenções cirúrgicas desnecessárias, garantindo um manejo mais criterioso da anquiloglossia.

Além disso, a adoção dessas ferramentas favorece uma abordagem mais ética e racional, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a otimização dos recursos é essencial para garantir eficiência e responsabilidade no atendimento. O uso de protocolos bem estabelecidos fortalece a prática clínica baseada em evidências, promovendo melhor resultado para os pacientes.

O acompanhamento pós-operatório é um aspecto fundamental e deve ser realizado de forma contínua e multidisciplinar. Conforme ressaltam Messner *et al.* (2020) e Mello Neto *et al.* (2021), o êxito da frenectomia não se limita ao ato cirúrgico, mas depende também de orientações adequadas no período pós-operatório, da prática de exercícios para mobilidade lingual e da intervenção fonoaudiológica sempre que necessário.

Esses cuidados são essenciais para prevenir complicações cicatriciais, aderências e recidivas funcionais, favorecendo a recuperação completa da função da língua. Um acompanhamento bem estruturado contribui significativamente para os benefícios duradouros da cirurgia e para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Conclui-se, portanto, que a realização da frenectomia infantil deve seguir critérios técnicos bem estabelecidos, aliados a uma avaliação clínica objetiva e a um acompanhamento especializado. A implementação de protocolos clínicos padronizados, a atuação interdisciplinar e a capacitação dos profissionais da Atenção Primária são medidas essenciais para garantir qualidade e segurança na assistência às crianças com anquiloglossia.

Além de assegurar um cuidado resolutivo, ético e humanizado, essas estratégias contribuem para o uso racional dos recursos públicos, garantindo que cada criança tenha acesso a um desenvolvimento saudável e integral.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, J. C. P.; DANELON, M; OLIVEIRA, D.C.; SOUZA, J.A.S.; FAVRETTO, C.O.; CUNHA, R.F. Frenectomia em bebê: diagnóstico, tratamento e relato de caso clínico. **Revista odontol. UNESP**, Araraquara, SP, v. 43, nEspecial, 2014. Disponível em: <https://revodontolunesp.com.br/article/5880198e7f8c9d0a098b51f2> Acesso em: 10 mai. 2025.
- BRASIL. Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. Altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, para tornar obrigatória a aplicação do exame denominado Teste da Linguinha em crianças. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, ano 151, n. 118, p. 1, 23 jun. 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13002.htm Acesso em: 28 mai. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 52/2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-conjunta-no-52-2023-cacriad-cgaci-dgci-saps-ms-e-cgsb-desco-saps_ms Acesso em: 03 jun. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Nota Técnica n.º 35/2018** – Anquiloglossia em recém-nascidos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/nota-tecnica-n-o-35-2018-anquilo-glossia-em-recem-nascidos/> Acesso em: 16 jun. 2025.
- CAVALHEIRO, Maria G.; CORRÊA, Camila de C.; BERRETIN-FELIX, Giédre.; MAXIMINO, Luiana P. Interferência do frênulo lingual para a evolução do quadro fonológico: caso clínico. **Distúrbios da Comunicação**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 785–790, 2018. DOI: 10.23925/2176-2724.2018v30i4p785-790 Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ic/article/view/36479> Acesso em: 16 jun. 2025.
- CHAUBAL, Tanay V.; DIXIT, Mala B. Ankyloglossia and its manage'ment. **Journal of Indian Society of Periodontology**, Mumbai, Índia, v. 15, n. 3, p.270-272, 2011. Doi: 10.4103/0972-124X.85673 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22028516/> Acesso em: 15 nov. 2024.

CHINNADURAI, Sivakumar; FRANCIS, David O.; EPSTEIN, Richard A.; MORAD, Anna; KOHANIM, Sahar, MCPHEETERS, Melissa. Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding: a systematic review. **Pediatrics**, Itasca, EUA, v. 135, n. 6, e1467-e1474, 2015. Doi:10.1542/peds.2015-0660 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25941312/> Acesso em: 03 jun. 2025.

COSTA, Esdras. F. S. **Frenectomia lingual em neonatos**: quando realizar? 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, 2020. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/5431> Acesso em: 18 out. 2024.

COSTA, Laís da Silva. Frenectomia e a fonoaudiologia no pré e pós-operatório. **Revista Científica Multidisciplinar UNIFLU**, Campos de Goytacazes, RJ, v. 4, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.uniflu.edu.br/seer/ojs-3.0.2/index.php/multidisciplinar/article/view/218> Acesso em: 2 jul. 2025.

COTA, Ana L. S.; DE LIMA, Ávila, V.; PEREIRA, Stephanie. K. dos S.; NEMEZIO, Mariana A. Frenectomia para restituição fono-motricial da língua. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Ouro Fino, MG, n. 35, p. e1457, 23 out. 2019. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e1457.2019> Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1457> Acesso em: 16 jun. 2025.

DEVISHREE; GUJJARI, Sheela K.; SHUBHASHINI, P. V. Frenectomy: a review with the reports of surgical techniques. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, Deli, Índia, v. 6, n. 10, p. 1587–1592, 2012. Doi: <https://doi.org/10.7860/jcdr/2012/4089.2572> disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23285469/> Acesso em: 16 jun. 2025.

ESCODA, Cosme G.; AYTÉS, Leonardo B. **Tratado de cirurgia bucal**. Madri: Editorial Ocaño, 2004.

FELICIANO, Gabriela Maria Caldeira. **Alterações do freio lingual: revisão de literatura sobre efeitos na fala antes e após frenectomia/frenulectomia**. 2023 49f. TCC (Graduação em Fonoaudiologia) – Faculdade de Fonoaudiologia, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, 2023. Disponível em: https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/bitstream/handle/123456789/17203/ecv_fonoaudiologia_tcc_feliciano_gmc.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 15 abr. 2025.

GOMES, Erissandra; ARAÚJO, Fernando B.; RODRIGUES, Jonas A. Freio lingual: abordagem clínica interdisciplinar da Fonoaudiologia e Odontopediatria. **Rev. Assoc. Paul Cir Dent.**, Porto Alegre, v. 69, n. 1, p. 20-4, fev. 2015. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v69n1/a03v69n1.pdf> Acesso em: 16 jun. 2025.

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

INGRAM, Jenny; JOHNSON, Debbie; COPELAND, Marion; CHURCHILL, Cathay; TAYLOR, Hazel; EMOND, Alan. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. **Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition**, Londres, Inglaterra, v. 100, n. 4, p. F344–F348, 2015. DOI: <https://10.1136/archdischild-2014-307503> Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25877288/> Acesso em: 03 jun. 2025.

KNOX, Isabella. Tonguetie and frenotomy in the breast feeding new born. **Neo reviews**, Elk Grove, Estados Unidos, v. 11, n. 9, p. 513-519, 2010. Disponível em: <https://publications.aap.org/neoreviews/article-abstract/11/9/e513/88360/Tongue-Tie-and-Frenotomy-in-the-Breastfeeding?redirectedFrom=fulltext> Acesso em: 27 mai. 2025.

LIMA, Anna L. X. de; DUTRA, Monique R. P. Influência da frenotomia na amamentação em recém-nascidos com anquiloglossia. **Communication Disorders, Audiology and Swallowing - CoDAS**, São Carlos, SP, v. 33, n. 1, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019026> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/cSpvxYCbGdJ99fB6FgJ69PH/?lang=pt> Acesso em: 28 mai. 2025.

LOPES, J. M. A.; MOREIRA, A. N.; DE ALMEIDA, R. S.; TORRES, S. A. S.; ARANEGA, A. M.; PONZONI, D. Frenectomias e frenotomias: abordagem clínica. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 43, n. Especial, 2014. Disponível em: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/588019aa7f8c9d0a098b528c> Acesso em: 27 mai. 2025.

MACAU-LOPES, Mônica G.; SILVEIRA, Ana D. S.; LOPES, Clélia M. N.; LEME, Pedro A. T.; FAUSTINO-SILVA, Daniel D. Análise quantitativa de frenectomias realizadas no contexto do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 46, n. especial 5, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E511> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cHbhfBmCXWyrCD3cw8ZdWkz/> Acesso em: 15 nov. 2024.

MARCHESAN, Irene Q.; MARTINELLI, Roberta L. de C.; GUSMÃO, Reinaldo J. Frênulo lingual: modificação após frenectomia. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 409-412, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S2179-64912012000400020> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jsbf/a/dpSkDxpNjZb8cDs97Gn6cZJ/> Acesso em: 03 jun. 2025.

MARTINELLI, Roberta L. C.; MARCHESAN, Irene Q.; BERRETIN-FELIX, G. Posição Da língua para avaliação do frênulo lingual. **Revista CEFAC**, São Paulo, SP, v. 22, n. 1, e0120, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20202210120> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/MWLsTT5frZLBBPJrQjJwkcM/?lang=pt> Acesso em: 10 set. 2024.

MARTINELLI, Roberta L. C.; MARCHESAN, Irene Q.; LAURIS, José R.; HONÓRIO, Heitor M.; GUSMÃO, Reinaldo J.; BERRETIN-FELIZ, Giédre. Validade e confiabilidade da triagem: “teste da linguinha”. **Revista CEFAC**, São Paulo, SP, v. 18, n. 6, p. 1323-1331, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-021620161868716> Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/NHtcwcYJfJ8DYjhRHwYvwTL#ModalTutors> Acesso em: 14 set. 2024.

MARTINELLI, Roberta L. D. C.; MARCHESAN, Irene Q, RODRIGUES, Antonio C.; BERRETIN-FELIX, Giedre. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. **Rev. Centro de Espec. Fonoaudiologia Clínica**, São Paulo, SP, v. 14, n. 1, p. 138-145, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462012000100016> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/YCzQRVF3k3YbsK7vV6d9rpz/#> Acesso em: 10 out. 2024.

MELLO NETO, Rubem; SILVA, Anne C. M. da; SOARES, Steffany. Frênulo lingual - Alterações pós frenectomia lingual. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.3, p. 27927-27936 mar. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/26618> Acesso em: 15 out. 2024.

MESSNER, Anna H.; WALSH, Jonathan; ROSENFELD, Richard M.; SCHWARTZ, Seth R.; ISHMAN, Stacey L.; BALDASSARI, Cristina; BRIETZKE, Scott E.; DARROW, David H.; GOLDSTEIN, Nira; LEVI, Jessica; MEYER, Anna K.; PARIKH, Sanjay; SIMONS, Jeffrey P.; WOHL, Daniel. L.; LAMBIE, Erin; SATTERFIELD, Lisa Clinical consensus statement: ankyloglossia in children. **Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery**, Alexandria, EUA, v. 162, n. 5, p. 597–611, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1177/0194599820915457> Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283998/> Acesso em: 16 jun. 2025.

MESSNER, Anna H.; LALAKEA, M. Lauren; ABY, Janelle; MACMAHON, James; BAIR Ellen. Ankyloglossia incidence and associated feeding difficulties. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg.**, Chicago, Estados Unidos, v. 126, p.36-39, 2000. Doi: <https://doi.org/10.1001/archotol.126.1.36> Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10628708/> Acesso em: 03 jun. 2025.

MESSNER, Anna H.; WALSH, Jonathan; ROSENFELD, Richard M.; SCHWARTZ, Seth R.; ISHMAN, Stacy L.; BALDASSARI, Cristina; BRIETZKE, Scott E; DARROW, David H.; GOLDSTEIN, Nira; LEVI, Jessica; MEYER, Anna K.; PARIKH, Sanjay; SIMONS, Jeffrey P.; WOHL, Daniel L.; LAMBIE, Erin; SATTERFIELD, Lisa. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. **Otolaryngol Head Neck Surg.** Alexandria, EUA, v. 162, n. 5, p. 597-611, mai. 2020. Doi: <http://10.1177/0194599820915457> Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283998/> Acesso em: 27 mai. 2025.

NASCIMENTO LEITE, Carla L. A. N.; ALBUQUERQUE, Gabriela M. T. de; LIMA, Emylly E. O. de S.; SILVA, Luiz A. E. da; CONCEIÇÃO, Mayara P. da; GIRÃO, Ana L. P.; ASSUNÇÃO, Tallita S. de BARBOSA, Eduardo de F. Indicações da cirurgia

defrenectomia lingual: Uma revisão de literatura . **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá, PA, v. 6, n.1, p. 695-712, 2024. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1235/1407> Acesso em: 15 nov. 2024

NETO, Rubem Mello; SILVA, Anne Caroline Martins da; SOARES, Steffany Furtado; VAREJÃO, Livia Coutinho. Intervenções educativas sobre a hanseníase com agentes comunitários de saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 27927–27936, mar. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/26618/21105> Acesso em: 16 jun. 2025.

OLIVEIRA, Bruno F.; CRUZ, José H. A.; SILVA, Raquel L. B.; HENRIQUE, Douglas B. B. Tratamento de anquiloglossia parcial através de frenectomia: relato de caso. **Arch Health Invest.**, Paraiba, v. 8, n. 9, p. 510-514. 2019. Doi: <https://doi.org/10.21270/archi.v8i9.3351> Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/3351> Acesso em: 16 jun. 2025.

OLIVEIRA, Isabella B. B. **Intervenções educativas para promoção da Amamentação direcionadas à mulher e sua rede social**. 2015 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/16928/1/Dissertac%CC%A7a%CC%83o%20-%20Isabella%20Beatriz%20Barbosa%20Oliveira.pdf> Acesso em: 28 mai. 2025.

POZZA, Daniel H.; DEYL, Janaina T.; CARDOSO, Eduardo S.; CANÇADO, Renata P.; OLIVEIRA, Marília G. Frenulectomia lingual: revisão de literatura e relato de caso clínico. **Revista Odonto UFES**, Vitória, v. 5, n. 2, p. 19–25, 2003. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/10821> Acesso em: 02 jul. 2025.

SÁNCHEZ-RUIZ, I.; GONZÁLEZ LANDA, G.; PÉREZ GONZÁLEZ, V.; SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, L.; PRADO FERNÁNDEZ, C.; AZCONA ZORRILLA, I.; LÓPEZ CEDRÚN, J. L.; DE CELIS VARA, R. Sección del frenillo sublingual. Son las indicaciones correctas? [Section of the sublingual frenulum. Are the indications correct?]. **Cirugia pediátrica : organo oficial de la Sociedad Espanola de Cirugia Pediátrica**, Madri, Espanha, v. 12, n. 4, p. 161–164, 1999. Disponível em: <https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/1999;12.161-4.pdf> Acesso em: 28 mai. 2025.

SANTOS, Priscila O. M. dos; CONCEICAO, Helinaldo C.; PRESTES, Gimol B. de R. Frenulotomia lingual em paciente pediátrico: relato de caso. **Archives Of Health Investigation**, [S. l.], v. 7, n. 4, 2018. DOI: <https://10.21270/archi.v7i4.2949> . Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/2949> Acesso em: 16 jun. 2025.

SEGAL, Laurel M.; STEPHENSON, Randolph; DAVES, Martin; FELDEMAN, Perle. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: Methodologic review. **Canadian Family Physician**, Ontário, Canadá, v. 53, n. 6, p. 1027–1033, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872781/> Acesso em: 03 jun. 2025.

SETÚBAL, José Luiz. Os perigos de usar anestésicos locais usados na denteição de bebês. PENSI, Instituto de Pesquisa e Ensino, 19 jun. 2018. Disponível em: <https://institutopensi.org.br/blog-saude-infantil/os-perigos-de-usar-anesteticos-locais-usados-na-denticao-de-bebes/> Acesso em: 02 jul. 2025.

SILVA, Hewerton Luis; SILVA, Jairson José da; ALMEIDA, Luís Fernando de. Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas. **Salusvita**, Bauru, SP, v. 37, n. 1, p. 139–150, 2018. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n1_2018_art_09.pdf Acesso em: 27 mai. 2025.

SILVA, Priscila V.; MAGALHÃES, Adelayne J. S. Decisão de intervenção de frenectomia lingual em crianças: revisão de literatura. **Revista Faipe**, Cuiabá, MT, v. 14, n. 1, p. 11-20, jan./jun. 2024. Disponível em: <https://portal.periodicos.faipe.edu.br/ojs/index.php/rfaipe/article/view/113> Acesso em: 10 out. 2024.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ORTODONTIA E ORTOPEDIA DENTO-FACIAL (SPOODF). Frenectomia lingual – o negócio escondido e os seus perigos. **SPOODF**, Porto, Portugal, fev. 2025. Disponível em: https://spodf.pt/frenectomia-lingual-o-negocio-escondido-e-os-seus-perigos/?utm_source=urce Acesso em: 25 mai. 2025.

SUTER, Valérie G.; BORNSTEIN, Michael M. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. **Journal Periodontol**, Nova Iorque, EU, v.80, n.8, p.1204-1219, 2009. Doi: <http://10.1902/jop.2009.090086> Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19656020/> Acesso em: 10 nov. 2024.

SUZART, Dhyanna D.; CARVALHO, Adriana R. R.; Alterações de fala relacionadas às alterações do frênulo lingual em escolares. **Revista CEFAC.**, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 1332-1339. nov-dez. 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618621715> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/pcWSH9HVrYjdrWLSf3PTTrTJ/> Acesso em: 16 jun. 2025.

TERCEIRO, Larissa. H.; TERCEIRO, Laís. H.; PEIXOTO, Marília. S.; RAMALHO, Anastásia. L. J. Impacto da frenectomia lingual na qualidade de vida de bebês e seus pais. **Revista da Faculdade Paulo Picanço**, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 8, 2022. Doi: <http://10.59483/rfpp.v2n1.18> disponível em: <https://revistadeodontologia.facpp.edu.br/index.php/rfpp/article/view/18> Acesso em: 27 mai. 2025.

TUNES, Franciele A.; GIFFONI, Tereza C. R.; GOYA, Suzana; FRANZIN, Lucimara C. da S. Frenotomia lingual em paciente com paralisia cerebral: relato de caso.

Revista Uningá, Maringá, PR, v. 51, n. 2, 2017. DOI: 10.46311/2318-0579.51.eUJ1351. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/1351>
Acesso em: 16 jun. 2025.

VASCONCELOS FILHO, José M. de; SILVA, Ana V. S. e; MATTOS, Samuel M. Frenotomia em crianças com anquiloglossia: um protocolo de revisão de escopo **Research, Society and Development**, Itabira, MG, v. 11, n. 11, e596111134176, 2022. Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.34176> Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34176> Acesso em: 03 jun. 2025.

VENÂNCIO, Sonia I.; BUCCINI, Gabriela; SANCHES, Maria T. C.; COLETA, Helena; OLIN, Priscila; COIMBRA, Tatiana. Adaptação Transcultural do Protocolo de Avaliação da Língua de Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool -BTAT) e do Protocolo de Avaliação de anquiloglossia em bebês amamentados (Tongue-e and Breased Babies Assessment Tool - TABBY). **Relatório de Pesquisa, Instituto de Saúde**, São Paulo, SP, 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1382359/relatorio_final1-1.pdf Acesso em: 03 jun. 2025.



UNIVATES

R. Avelino Tallini, 171 | Bairro Universitário | Lajeado | RS | Brasil
CEP 95900.000 | Cx. Postal 155 | Fone: (51) 3714.7000
www.univates.br | 0800 7 07 08 09