

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Pós-graduação em Odontopediatria

Isabela Silvéria Vieira Pafume

**A INTRÍNSECA RELAÇÃO ENTRE AMAMENTAÇÃO E A FRENOTOMIA
LINGUAL EM BEBÊS**

Uberlândia
2022

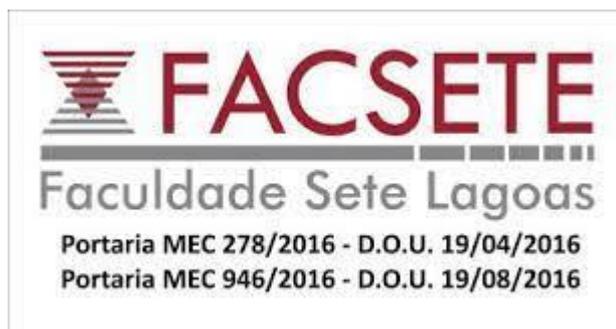
Isabela Silvéria Vieira Pafume

**A INTRÍNSECA RELAÇÃO ENTRE AMAMENTAÇÃO E A FRENOTOMIA
LINGUAL EM BEBÊS**

Monografia apresentada ao curso superior de Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Odontopediatria.

Orientadora: Profa. Dra. Danielly Cunha Araújo
Ferreira de Oliveira

Área de concentração: Odontologia



Isabela Silvéria Vieira Pafume

A INTRÍNSECA RELAÇÃO ENTRE AMAMENTAÇÃO E A FRENOTOMIA LINGUAL EM BEBÊS

Monografia apresentada ao curso superior de Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Odontopediatria.

Área de concentração: Odontologia

Aprovada em __/__/__ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof.

Prof.

Prof.

Uberlândia
2022

Ao meu filho, fonte da minha inspiração.

RESUMO

O aleitamento está diretamente relacionado ao movimento de sucção e deglutição que o bebê realiza durante a amamentação, sendo a língua movimentada nesse processo, logo sua restrição nos movimentos pode gerar pega de forma incorreta do mamilo da mãe, dificultar a nutrição do bebê, interferindo no ganho de peso e levando ao desmame precoce. Alguns fatores podem ser determinantes no processo de amamentação para o sucesso ser alcançado, e não somente fatores pessoais, como o “querer amamentar”, mas fatores individuais, que alteram de mulher para mulher, como a rede de apoio, a sociedade inserida, o envolvimento da mídia na influência do aleitamento materno, entre outros. A anquiloglossia segue também dificuldade no aleitamento materno, e seu diagnóstico precoce, poderá oferecer sucesso nessa amamentação.

Palavras -chaves: Aleitamento materno. Anquiloglossia. Frenotomia lingual

ABSTRACT

Breastfeeding is directly related to the sucking and swallowing movement that the baby performs during breastfeeding, the tongue being moved in this process, so its restriction in movements can generate incorrect grip of the mother's nipple, hinder the baby's nutrition, interfering with the weight gain and leading to early weaning. Some factors can be decisive in the breastfeeding process for success to be achieved, and not only personal factors, such as "wanting to breastfeed", but individual factors, which change from woman to woman, such as the support network, the inserted society, the media involvement in the influence of breastfeeding, among others. Ankyloglossia also holds difficulties in breastfeeding, and its early diagnosis can offer success in this breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Ankyloglossia. lingual frenotomy

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. REVISÃO DE LITERATURA	10
3. DISCUSSÃO	16
4. CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	19

1. INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno (AM) é considerada como promotora de saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta (OLIVEIRA *et al.*, 2019). O ato de amamentar é a primeira forma de contato direto mãe-filho após o parto, algo que transcende o conhecimento científico, trata-se de desejo e instinto, algo completo, simples e muito importante. Um acontecimento que passa demonstração de ternura, amor, aconchego, segurança, realização e aprofundamento dos laços afetivos (JUNGES, *et.al* 2010).

Atualmente, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) é recomendado que o aleitamento materno se mantenha exclusivo nos primeiros seis meses de vida do recém-nascido (RN) e complementado até os dois anos ou mais (GIUGLIANI, 2012). De acordo com diversas pesquisas e estudos foram evidenciados vários benefícios para o RN quanto à amamentação exclusiva. A prática do aleitamento assegura à criança qualidade de vida, não apenas no período de lactação, mas em toda sua existência (ALVES, 2010; CARVALHO, 2021, GIUGLIANI, 2012).

Entre as inúmeras vantagens do AM autores demonstram que crianças que recebem o Leite Materno (LM) por tempo prolongado apresentam menores índices de morbidade infantil por diarreia, infecções respiratórias e otite média, bem como menores taxas de mortalidade devido à enterocolite necrotizante e a síndrome da morte súbita na infância, maior quociente de inteligência e menos má oclusão dentária; além de evidências já demonstrarem que essa prática pode proteger contra sobrepeso e diabetes no decorrer da vida. Para a mãe, esse ato pode prevenir o câncer de mama, aumentar o intervalo interpartal, reduzir o risco de diabetes tipo 2 e câncer de ovário (VICTORA *et al.*, 2016).

As dificuldades relacionadas à amamentação podem estar ligadas às lactantes tais como, renda familiar, nível de escolaridade, necessidade de retorno ao trabalho, fatores psicológicos (estresse, autoestima, automotivação e competência pessoal), fatores biológicos (técnica da amamentação e pega inadequada e alterações morfológicas e patológicas nas mamas e mamilos), e ainda aspectos culturais como mitos e crenças e, por fim, aspectos relacionados aos lactentes

(presença de anquiloglossia, prematuridade) (CARREIRO *et al.*, 2018; PERES *et al.*, 2021).

O lactente diagnosticado com anquiloglossia pode trazer consequências para a lactante, tais como dor nos mamilos, traumatismos mamilares, ingurgitamento mamário e sinais de baixo suprimento de leite. A consequência para o próprio lactente é a incapacidade de realizar um vedamento labial adequado, provocando constantes destacamentos do mamilo, e extrair o leite materno de forma satisfatória. (FERRÉS-AMAT *et al.*, 2017). Além disso, a sucção ineficaz pode dificultar o ganho de peso do lactente e períodos muito longos de amamentação (CORYLLOS *et al.*, 2004; FERRÉS-AMAT *et al.*, 2016b).

Essa revisão de literatura teve por objetivo abordar sobre a importância do aleitamento materno e o impacto negativo que a anquiloglossia pode trazer nesse processo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O leite materno é a forma de aquisição alimentar mais rica e ideal para o crescimento e desenvolvimento das crianças (KRAMER, KAKUMA, 2012). A proteção da saúde infantil fica assegurada de diversas formas, principalmente contra infecções, diarreias, doenças respiratórias, alergias, dentre outras. Ele oferece propriedades nutricionais e imunológicas primordiais para o desenvolvimento sadio dos lactentes (BARBOSA *et.al.*, 2009). Dessa forma, o leite da mãe se difere, em quantidade e dosagem dos seus componentes, conforme o bebê se desenvolve. Ele passa pelas fases do primeiro leite, chamado de colostro, o leite de transição e, posteriormente, o leite maduro. Todos eles têm suas importâncias e se mantêm na medida e essência meticolosos para a sustentação do RN (LANA *et.al.*, 2004).

Além disso, para Lumbiganos, (2016, s.p), o leite materno é reconhecido como a melhor fonte de alimento para lactentes, vez que é fonte nutricional porque nele contém água, carboidratos, lipídeos e proteínas, além de ser considerado suficiente para nutrir e proteger o bebê.

Existem evidências científicas sobre os benefícios do aleitamento materno em relação ao uso da mamadeira, pois os movimentos musculares necessários para a extração de leite durante a amamentação são cruciais para o crescimento ideal da mandíbula, os quais movimentos não se assemelham aos praticados com a mamadeira (SANCHEZ-MOLINS *et al.*, 2010; MARTINELLI *et al.*, 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), uma parcela de mães, apesar do desejo de continuarem a amamentando, encontram obstáculos que interferem nesse processo, sendo os mais recorrentes traumatismos mamilares ou uso de bicos artificiais. Existem fatores socioculturais e econômicos que dificultam o entendimento da necessidade e importância do aleitamento, tais como baixa escolaridade, opiniões externas, crenças de que o leite é fraco ou insuficiente, idade gestacional e falta de experiência prévia (CARVALHO, 2020.)

Em estudo realizado para averiguar as principais intercorrências mamárias relacionadas à lactação, foram avaliadas 145 puérperas por meio de um questionário

e foi verificado que as que incidiram com maior frequência foram ingurgitamento mamário (28,3%), fissura mamilar (7,6%), e mastite (2,8%) (CASTRO *et al.*, 2009).

Outro estudo verificou as práticas assistenciais associadas às dificuldades no aleitamento materno, com 50 pares de mãe/bebê. A observação de aspectos da anatomia das mamas revelou que 30% das mães (somando-se 14 mães com escore regular e 1 mãe com escore ruim) apresentavam algum tipo de lesão no mamilo (escoriações, fissuras mamilares) e/ou ingurgitamento mamário no momento da observação (CARVALHES, CORRÊA, 2003).

A amamentação é considerada a melhor forma de alimentar uma criança pequena e constitui medida fundamental para promoção e proteção da saúde infantil. De acordo com o Ministério da Saúde (2009), essa prática deve ser exclusiva por seis meses e complementada até os dois anos de idade ou mais.

Del Ciampo La e Del Ciampo Irl, 2018,s.p., endossam que “a oferta do seio materno ao bebê é um direito inquestionável das mães e de seus filhos, devendo-se envidar todos os esforços para promover, acompanhar e manter o aleitamento exclusivo até os seis meses e complementa-lo até a criança completar 2 anos de idade.”

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a realização do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nos primeiros 6 meses de vida e o Aleitamento Materno Complementado (AMC) até os 2 anos de idade ou mais (WHO, 2001). Esse intervalo de tempo de aleitamento é considerável, pois é nessa fase que fatores genéticos, hormonais e nutricionais podem influenciar no crescimento do bebê (PIETROBELLIL & AGOSTI, 2017). A literatura demonstra que o ganho de peso ideal para um bebê em AME é de 30 gramas por dia no primeiro trimestre de vida (ZEFERINO *et al.*, 2003). Além disso, o peso de nascimento de um recém-nascido pode ser influenciado por alguns fatores, tais como o período de gestação, o crescimento fetal intrauterino, índice de massa corporal da mãe, idade materna, fatores socioeconômicos e étnicos (BERNABE, *et al.*, 2004; KRAMER, 1987; JOSEPH *et al.*, 2005).

Muitos lactentes apresentam dificuldade de ganho de peso corporal satisfatório, e isso está relacionado, dentre outros fatores, à anquiloglossia (JOSEPH *et al.*, 2005), sendo esta uma anomalia bucal congênita que se caracteriza por um

freio lingual curto, o qual pode apresentar clinicamente com aspecto delgado ou espesso e estar inserido anteriormente, restringindo a mobilidade da língua em graus variáveis de severidade (FRANCIS *et al.*, 2015; ROWAN-LEGG, 2015; FERRÉS-AMAT *et al.*, 2016; O'SHEA *et al.*, 2017).

O freio lingual possibilita ou interfere na livre movimentação da língua (ROWAN-LEGG, 2015) e quando não ocorre a sua apoptose completa, durante o desenvolvimento embrionário, o tecido residual que permanece pode limitar os movimentos da língua, podendo levar à anquiloglossia (MARTINELLI *et al.*, 2012) dificultando de forma expressiva o aleitamento materno (LIMA *et al.*, 2020).

A exata etiologia da anquiloglossia é ainda desconhecida, embora seja provável que decorra do desenvolvimento anormal da mucosa que recobre os dois terços anteriores da língua e, na maioria dos casos, é um achado isolado em crianças (JUNQUEIRA *et al.*, 2014).

A taxa de prevalência, segundo alguns autores, demonstra notória variação da anquiloglossia em bebês que acabaram de nascer, podendo ser de 4% a 10%. Além de evidenciar que existe uma predileção pelo sexo masculino, na proporção de 3 meninos para 1 menina portadores da condição (ROWAN-LEGG, 2015; ATA *et al.*, 2019)

Existem algumas evidências que a anquiloglossia pode ser uma alteração geneticamente transmissível, porém os componentes genéticos que regulam o fenótipo e a penetrância nos pacientes afetados são desconhecidos (SILVA *et al.*, 2016). No entanto, tal achado físico pode estar associado a algumas síndromes (JANGID *et al.*, 2015).

Outros parâmetros também podem ser utilizados para caracterização da anquiloglossia, além do tamanho do freio lingual. É importante também a localização de sua inserção que pode ser na ponta da língua, anterior à mesma, e sobre, ou posteriormente ao rebordo alveolar dos incisivos centrais inferiores (KOTLOW, 1999; MARCHESAN, 2004), além da avaliação de elasticidade do mesmo (BALLARD; CHANTRY; HOWARD, 2005).

O diagnóstico precoce deve ser realizado por meio de instrumentos disponíveis na literatura (AMIR *et al.*, 2014; INGRAM *et al.*, 2006; MARTINELLI *et*

al., 2012) e o tratamento realizado por meio da frenotomia lingual, instituído quando necessário, a fim de viabilizar o aleitamento materno (LISONEK *et al.*, 2017).

Com a finalidade de contribuir para a avaliação e diagnóstico da anquiloglossia existem alguns instrumentos disponíveis com o propósito de estabelecer parâmetros a serem utilizados durante a avaliação. O primeiro a ser idealizado foi o instrumento Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (HATLFF), recomendado pela Academy of Breastfeeding Medicine, pois é abrangente, avalia cinco itens relacionados à aparência e sete itens relacionados à função do freio lingual (AMIR *et al.*, 2006).

Também itens relacionados à aparência do freio lingual: aparência da língua quando elevada; elasticidade e comprimento do freio lingual quando a língua foi elevada; inserção do freio lingual à língua; inserção do freio lingual à crista alveolar inferior, itens relacionados à sua função: lateralização da língua; elevação da língua; extensão da língua; projeção da língua para anterior; envolvimento do dedo pela língua durante a sucção digital; peristaltismo; estalido durante a mamada ou sucção digital. Neste protocolo quanto menor o valor do escore obtido maior a chance da indicação de frenotomia lingual. Um valor de escore até 12 indica a interferência do freio lingual e a necessidade da frenotomia, sendo o valor máximo de escore para esse protocolo é 24 (AMIR *et al.*, 2006).

O instrumento Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) é uma ferramenta que utiliza quatro critérios para avaliar o freio lingual que incluindo a aparência da ponta da língua, a localização da inserção alveolar e a elevação e protrusão lingual, protocolo este atualmente recomendado pelo Ministério da Saúde (INGRAM *et al.*, 2015).

Avalia itens: aparência da ponta da língua; fixação do freio lingual à crista alveolar inferior; elevação da língua durante o choro com a boca aberta; protrusão da língua. Neste protocolo quanto menor o valor do escore obtido maior a chance da indicação de frenotomia lingual. Um valor de escore até 4 requer a interferência do freio lingual e a necessidade da frenotomia. Advertindo que o valor máximo de escore para esse protocolo é 8. (INGRAM *et al.*, 2015).

Por fim, o Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua com Escores para Bebês (AFLEB), abrange história clínica (aspectos hereditários e perguntas à mãe sobre a amamentação); avaliação anatomofuncional do freio lingual e avaliação da

sucção não nutritiva e nutritiva do lactente (MARTINELLI *et al.*, 2012). Ele é dividido em três partes: história clínica (aspectos hereditários e perguntas à mãe sobre a amamentação); avaliação anatomofuncional (postura de lábios em repouso, tendência de posicionamento da língua durante o choro, forma da ponta da língua quando elevada durante o choro, freio lingual, espessura do freio lingual, fixação do freio na face sublingual (ventral) da língua, fixação do freio lingual no assoalho da boca) e avaliação da sucção não nutritiva (sucção do dedo mínimo enluvado para verificar o movimento da língua) e sucção nutritiva na amamentação (ritmo de sucção, coordenação entre sucção/deglutição/respiração, “morde” o mamilo, estalos de língua durante a sucção). Neste protocolo quanto menor o valor do escore menor a chance da indicação de frenotomia lingual. Um valor de escore a partir de 13 exige tanto a interferência do freio lingual quanto a frenotomia. O valor máximo do escore para esse protocolo é 25. Em 2014, foi aprovada a Lei Federal n 13.002, que determina a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua com Escores para Bebês nascidos em todas as maternidades e hospitais, da rede pública ou privada, pois identifica precocemente a anquiloglossia ou língua presa e, quando houver qualquer deformação, a cirurgia é indicada.

Na concepção de Campanha, Martinelli e Palhares (2021, s.p) “os recém-nascidos sem alteração de frênulo lingual tendem a permanecer com os lábios fechados e a língua elevada durante o repouso e os recém-nascidos com anquiloglossia tendem a manter os lábios entreabertos e a língua baixa durante o repouso”.

Os sintomas maternos de pega dolorosa e difícil, mamilos vincados/rachados, sangramento ou mamilos esfolados, mastigação do mamilo e sentimentos de depressão foram significativamente menos comuns após a revisão da anquiloglossia. A má pega no peito foi associada a dificuldades de alimentação em ambos os momentos. A frenotomia resultou em diminuição dos sintomas em mães que amamentam. (HILL, LYONS, KELLY-WEEDER, PADOS, 2022).

A frenotomia é comumente realizada pode corrigir a restrição ao movimento da língua e permitir uma amamentação mais efetiva com menos dor mamilar materna (O’SHEA *et al.*, 2017). É um procedimento seguro, sem complicações pós-operatórias (SLAGTER, RAGHOEBAR, HAMMING, MEIJER, VISSINK, 2021).

De acordo com a Academia Americana de Odontologia Pediátrica (2015/16) a frenotomia é o procedimento de escolha para tratamento da anquiloglossia em lactentes, que consiste na divisão (corte) do freio lingual. Outros procedimentos incluem a frenuloplastia (correção da posição anatômica) e frenectomia ou frenulectomia (excisão do frênulo lingual). O procedimento de frenotomia gera mínimo desconforto para os bebês, uma vez que o freio lingual tem sua membrana desprovida de inervação sensorial, é fino e pouco vascularizado, resultando em escasso sangramento após o corte por isso a criança pode ser amamentada imediatamente após a frenotomia (JUNQUEIRA *et al.*, 2014; PRABORINI *et al.*, 2015).

3.DISSCUSSÃO

É fato que a amamentação estabelece um contato físico entre a mãe e o filho, essencial para o desenvolvimento cognitivo, social e afetivo do bebê, beneficiando para a formação de sua personalidade (BRITO, OLIVEIRA, PERILLO, 2008). No entanto, apesar de todos os esforços da mãe em desenvolver a amamentação, muitas vezes a mesma se depara com circunstâncias que a levam a deixar de praticar o aleitamento materno. Dentre estas circunstâncias são destacadas algumas alterações tais como ingurgitamento mamário, traumatismos mamilares e matite (CARVALHES E CORRÊA, 2003; GIUGLIANI, 2004; CASTRO *et al.*, 2009; KATARIA, SRIVASTAVA E DHAR, 2013).

A rede de apoio que a mãe recebe, principalmente no primeiro mês de vida do bebê, é de suma importância para a tomada da decisão de amamentar, a qual deverá partir da mãe, para que esse sucesso seja atingido na totalidade. É uma decisão individual, resultado da socialização de cada mulher e não se pode culpabilizar uma mãe que não quer amamentar e/ou não pode amamentar, mas sim aconselhar adequadamente a prática de uma alimentação com leite artificial, quando esta for a decisão da mãe. Todavia, há casos em que a mãe e filho são privados desse direito em virtude de fatores, estando um deles relacionado à presença da língua presa do bebê, sendo necessário avaliar se o frênulo lingual do bebê tem alteração ou não.

A partir de uma boa anamnese, bem como a presença de uma equipe multiprofissional composta por odontólogos, nutricionistas, pediatras, fonoaudiólogos, dentre outros, é ofertada condição para maior precisão nas informações coletadas e agrega conhecimento a toda equipe, oferecendo maior segurança também à mãe da criança com relação à necessidade, ou não, da realização do procedimento de frenotomia e seus impactos na qualidade de vida de ambos. O procedimento de frenotomia somente será indicado quando realizada uma avaliação multiprofissional, observando a restrição no movimento da língua, dificuldade do bebê em conseguir realizar amamentação adequada, o não ganho de peso do bebê e evitar que a mãe sinta desconforto no momento da sucção e, dessa

forma, estabelecer a real necessidade de realizar o procedimento de frenotomia lingual.

A frenotomia é um procedimento realizado para correção da restrição do movimento da língua, e o resultado é a melhora na amamentação com menos dor mamilar. Todavia, refere à melhora ou não na amamentação, a literatura ainda apresenta controvérsia e um estudo demonstrou melhora significativa da autoeficácia da amamentação, dor mamilar e problemas de refluxo gastroesofágico após a frenotomia lingual do bebê (SLAGTER, RAGHOEBAR, HAMMING, MEIJER, VISSINK, 2021). Outro estudo de revisão de literatura realizado com o objetivo de determinar se a frenotomia é um procedimento seguro e eficaz na melhora da capacidade de alimentação bucal entre crianças com menos de três meses de idade verificou-se que a frenotomia reduziu a dor nos mamilos e nas mamas no curto prazo, porém nenhum estudo foi capaz de relatar se a frenotomia leva à amamentação bem sucedida de longo prazo, não sendo encontrados efeitos positivos consistentes sobre a amamentação infantil (O'SHEA *et al.*, 2017).

Idealmente os profissionais devem buscar a implementação de uma avaliação conjunta e multiprofissional do freio lingual para então oferecerem um diagnóstico precoce, preciso e assim evitar a realização de frenotomias desnecessárias.

4.CONCLUSÃO

A pesquisa evidencia que o aleitamento materno é um processo que deve ser construído entre a díade mãe-bebê e necessita do apoio de profissionais de saúde que orientem desde o primeiro ato de amamentar. O incentivo ao aleitamento materno por parte dos profissionais e com o apoio da rede familiar, proporciona segurança e tranquilidade para que a mãe possa desenvolver suas habilidades nesse processo. Dentre os fatores que podem atrapalhar o aleitamento materno, destaca-se a anquiloglossia, alteração que é possível ser diagnosticada e tratada precocemente, quando necessária. Conseqüentemente, a criança terá mais qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. A. **Fatores determinantes do desmame precoce: um estudo de revisão bibliográfica**. 2010. 49 f. Monografia (Especialização) - Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk**. Pediatrics, v. 129, n. 3, p. e827-41, Mar 2012.

AMIR LH, JAMES JP, DONATH SM. **Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function**. Int Breastfeed J., v. 1, n. 1, p. 1-3, Mar 2006.

AMIR, LISA H.; TRUPIN, SUZANNE; KVIST, LINDA J. **Diagnosis and treatment of mastitis in breastfeeding women**. *Journal of Human Lactation*, 2014, 30.1: 10-13

ARAUJO MDCM, FREITAS RL, LIMA MGS, KOZMHINSKY VMDR, GUERRA CA, LIMA GMS, SILVA AVCE, JÚNIOR PCM, ARNAUD M, ALBUQUERQUE EC, Rosenblatt A. **Avaliação de frênulo lingual em recém-nascidos utilizando dois protocolos e sua associação com amamentação**. J Pediatr (Rio J). 2020 maio-junho;96(3):379-385. doi: 10.1016/j.jpmed.2018.12.013. Epub 2019 25 de abril. PMID: 31029684.

ATA; N. ALATAS N; YILMAZ, E; ADAM A.B; GEZGIN B. **The Relationship of ankyloglossia with gender in children and the ideal timing of Surgery in Ankyloglossia**. Ear Nose Throat J. 2019 Sep 26.

BALLARD, J; CHANTRY, C; HOWARD, R. Protocol # 11: **Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad**. The Academy of Breastfeeding Medicine, United Kingdom, v.1, n.11, p.1-5, ago. 2005.

BARBOSA, M. B. et al. **Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches**. Rev. Paul. Pediatr., v. 27, n. 3, p. 272-281, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Cadernos de atenção básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF: MS;2009

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Cadernos de atenção básica. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília, DF: MS;2015

BRITO, OLIVEIRA A. S, PERILLO V. C .A. **ASPECTOS CORPORAIS, AFETIVOS, ANATÔMICOS E FUNCIONAIS NO ALEITAMENTO MATERNO SABER CIENTÍFICO**, Porto Velho, 1 (1): 194 - 208, jan./jun.,2008

BUNDOGJI N, ZAMORA S, BRIGGER M, JIANG W. **Modest benefit of frenotomy for infants with ankyloglossia and breastfeeding difficulties**. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2020 Jun;133:109985. doi: 10.1016/j.ijporl.2020.109985. Epub 2020 Mar 9. PMID: 32193010.

CAMPANHA SMA, MARTINELLI RLC, PALHARES DB. **Position of lips and tongue in rest in newborns with and without ankyloglossia**. Cotas. 2021 Jun 28;33(6):e20200069. doi: 10.1590/2317-1782/20202020069. PMID: 34190809.

CALOWAY C, HERSH CJ, BAARS R, SALLY S, DIERCKS G, HARTNICK CJ. **Associação de Avaliação da alimentação com taxas de frenotomia em bebês com aleitamento materno Dificuldades**. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 1º de setembro de 2019;145(9):817-822. doi: 10.1001/jamaoto.2019.1696. PMID: 31294774; PMCID: PMC6624821.4

CARVALHO, Mirella Alexandre Freire de. **AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA: este é um desafio**. 2020. 45 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário de Lavras, Lavras, 2020.

CARVALHO, Layse Mayra Nunes; PASSOS, Sandra Godoi de. **OS BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A SAÚDE DA CRIANÇA: REVISÃO INTEGRATIVA**. Revista Coleta Científica, n. 9, p. 70-87, jun. 2021

CARVALHAES, M; CORRÊA, C. **Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo**. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, p. 13-20, 2003.

CASTRO, K. F.; SOUTO, C. M. R. M.; RIGÃO, T. V. C.; GARCIA, T. R.; BUSTORFF, L. A. C. V; BRAGA, V. A. B. **Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa**, PB, 2009.

CORYLLOS, E; GENNA, C. W; SALLOUM, A. C. **Congenital Tongue-Tie and its Impacto on Breastfeeding**. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding: Best for Baby and Mother. January 2004.

DE BERNABÉ JV, SORIANO T, ALBALADEJO R, JUARRANZ M, et al. **Risk factors for low birth weight: a review.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol., v. 116, n. 1, p. 3-15, 2004

DEL CIAMPO LA, DEL CIAMPO IRL. **Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2018 Jun;40(6):354-359. English. doi: 10.1055/s-0038-1657766. Epub 2018 Jul 6. PMID: 29980160.

Frenectomy for the Correction of Ankyloglossia: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2016 Jun 15. PMID: 27403491.

FERRÉS-AMAT, E; PASTOR-VERA, T; FERRÉS-AMAT, E; MAREQUE-BUENO, J; PRATS-ARMENGOL, J; PADRÓ-FERRÉS, E. **Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood. Treatment of 101 cases.** A protocol. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 1;21(1): e 39-47. Jan. 2016.

GIUGLIANI, E. **Problemas comuns na lactação e seu manejo.** Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. 2004;80(5 Supl):S147-S154.

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. **Desmame: Fatos e Mitos.** Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2012/12/Desmame-Fatos-e-Mitos.pdf. Acesso em: 27 de agosto de 2022.

GHAHERI BA, COLE M, FAUSEL SC, CHUOP M, MACE JC. **Melhoria da amamentação após a liberação da língua e do lábio: um estudo de coorte prospectivo.** Laringoscópio. 2017 maio;127(5):1217-1223. doi: 10.1002/lary.26306. Epub 2016 setembro 19. PMID: 27641715; PMCID: PMC5516187

HILL RR, LYONS KS, KELLY-WEEDER S, PADOS BF. **Effect of Frenotomy on Maternal Breastfeeding Symptoms and the Relationship Between Maternal Symptoms and Problematic Infant Feeding.** Glob Pediatr Health. 2022 Jan 16;9:2333794X211072835. doi: 10.1177/2333794X211072835. PMID: 35071696; PMCID: PMC8771742.

INGRAM J, JONHSON D, COPELAND M, CHURCHILL C., et al. **The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification.** Arch Dis Child Fetal Neonatal, v. 100, n. 4, p. f344-f348, Jul 2015.

JANGID,K; ALEXANDER, A; JAYAKUMAR, N; VARGHESE, S; RAMANI, P. **Ankyloglossia with cleft lip: A rare case report.** *Journal Indian Society Periodontology* 2015 Nov-Dec;19(6):690-3.

JUNGES, Carolina Frescura; et al. **Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 343-350, jun. 2010. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472010000200020>.

JOSEPH KS, ALLEN AC, DODDS L, TURNER LA, et al. **The perinatal effects of delayed childbearing.** *Obstet Gynecol.*, v. 105, n. 6, p. 1410-1418, Jun 2005.

KRAMER MS. **Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis.** *Bull World Health Organ.*, v. 65, n. 5, p. 663-737, 1987

KRAMER, Michael s; KAKUMA, Ritsuko. **Optimal duration of exclusive breastfeeding.** *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, [S.L.], v. 2012, n.8, 15 ago. 2012. Wiley.

KATARIA, Kamal; SRIVASTAVA, Anurag; DHAR, Anita. **Management of lactational mastitis and breast abscesses: review of current knowledge and practice.** *Indian Journal of Surgery*, 2013, 75.6: 430-435.

KOTLOW, L.A. **Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary.** *Quintessence International*, v.30, n.4, p.259-62, 1999.

LANA, Adolfo P. B. et al. **Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde.** *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, p. 235-240. 2004.

LIMA MGS, ARAUJO MDCM, FREITAS RL, KOZMHINSKY VMDR, ET AL. **Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding.** *J Pediatr (Rio J)*., v. 96, n. 3, p. 379-385, May-Jun 2020.

LIMA ALX, DUTRA MRP. **Influência da frenotomia na amamentação em recém-nascidos com anquiloglossia.** *Codas*. 3 de maio de 2021;33(1):e20190026. inglês, português. doi: 10.1590/2317-1782/20202019026. PMID: 33950144.

LISONEK M, LIU S, DZAKPASU S, MOORE AM, ET AL. **Changes in the incidence and surgical treatment of ankyloglossia in Canada.** Paediatr Child Health., v. 22, n. 7, p. 382-386, Oct 2017

LISONEK, M; LIU, S; DZAKPASU, S; MOORE, A. M; JOSEPH, K. S. **Canadian Perinatal Surveillance System (Public Health Agency of Canada). Changes in the incidence and surgical treatment of ankyloglossia in Canada.** Paediatr Child Health. 2017 Oct;22(7):382-386. DOI: 10.1093/pch/pxx112. Epub Sep 25. 2017

LUMBIGANON P, MARTIS R, LAOPAIBOON M, FESTIN MR, HO JJ, HAKIMI M. **Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration.** Cochrane Database Syst Rev. 2016 Dec 6;12(12):CD006425. doi: 10.1002/14651858.CD006425.pub4. PMID: 27922724; PMCID: PMC6463791.

MARCHESAN, I. **Frênulo lingual: proposta de avaliação quantitativa.** Revista Cefac, São Paulo, v.6, n.3, p.288-93, 2004.

MARCHESAN, Irene Queiroz. **Protocolo de avaliação do frênulo da língua.** Revista Cefac, v. 12, n. 6, 2010.

MARCHESAN I. Q. **Lingual frenulum: classification and speech interference.** Int J Orofacial Myology. 2004 Nov; 30:31-8

MARTINELLI RL, MARCHESAN IQ, GUSMÃO RJ, HONÓRIO HM, BERRETIN-FELIX G. **O Efeitos da frenotomia na amamentação.** J Appl Oral Sci. 2015 março-Abr;23(2):153-7. doi: 10.1590/1678-775720140339. PMID: 26018306; PMCID:PMC4428459.

MARTINELLI, et al. **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA EM BEBÊS.** Revista Cefac, São Paulo, v. 14, n. 1, p.138-145, jan./fev. 2012

MARTINELLI, R. L. C; MARCHESAN, I. Q; BERRETIN-FELIX, G. **Protocol For Infants: Relationship Between Anatomic and Functional Aspects.** Rev. CEFAC.; 15(3):599-609. Mai-Jun. 2013.

MARTINELLI, R. L; MARCHESAN, I. Q; BERRETIN-FELIX, G. **Lingual frenulum protocol with scores for infants.** Int J Orofacial Myology. Nov; 38:104-12. 2012. DOI: [10.1891/2158-0782.8.3.135](https://doi.org/10.1891/2158-0782.8.3.135).

MCGUIRE W, SOLL R. Comentário sobre "**Frenotomia para língua presa em recém-nascidos Infants**". Neonatology. 2020;117(1):1-3. doi: 10.1159/000495317. Epub 2019 May 21. PMID: 31112986.

MILLS N, KEOUGH N, GEDDES DT, PRANSKY SM, MIRJALILI SA. **Definindo a anatomia do frênulo lingual neonatal**. Clin Anat. 2019 set;32(6):824-835. doi:10.1002/ca.23410. Epub 2019 3 de junho. PMID: 31116462.

O'SHEA JE, FOSTER JP, O'DONNELL CP, BREATHNACH D, JACOBS SE, TODD DA, DAVIS PG. **Frenotomia para língua presa em recém-nascidos**. Sistema de banco de dados Cochrane Rev. 11 de março de 2017;3(3):CD011065. doi: 10.1002/14651858.CD011065.pub2. PMID: 28284020;PMCID: PMC6464654.

PIETROBELLII A, AGOSTI M, MENU Group. **Nutrition in the first 1000 days: Ten practices to minimize obesity emerging from published science**. Int J Environ Res Public Health., v. 14, n. 12, p. 1491, Dec 2017

ROWAN-LEGG, A. **Ankyloglossia and breastfeeding**. Pediatric Child Health. 2015 May; 20(4): 209–213. May. 2015.

ROWAN-LEGG A. **Ankyloglossia and breastfeeding**. Paediatr Child Health., v. 20, n. 4, p.209-218, May 2015.

SÁNCHEZ-MOLINS, M; GRAU, C. J; LISCHIED, G. C; USTRELL, T. J. M. **Comparative Study of the Craniofacial Growth Depending on the Type of Lactation Received**. European Journal of Paediatric Dentistry: Official Journal of European Academy of Paediatric Dentistry, [11(2):87-92]. 01 Jun. 2010

SLAGTER KW, RAGHOEBAR GM, HAMMING I, MEIJER J, VISSINK A. **Efeito da frenotomia sobre aleitamento materno e refluxo: resultados do BREVE prospectivo longitudinal estudo de corte**. Clin Oral Investig. 2021 Jun;25(6):3431-3439. doi:10.1007/s00784-020-03665-y. Epub 2020 14 de dezembro. PMID: 33315177; PMCID: PMC8137608.

VAN BIERVLIET S, VAN WINCKEL M, Vande VELDE S, DE BRUYNE R, D'HONDT M. **Primum non nocere: lingual frenotomy for breastfeeding problems, not as innocent as generally accepted**. Eur J Pediatr. 2020 Aug;179(8):1191-1195. doi: 10.1007/s00431-020-03705-5. Epub 2020 Jun 6. PMID: 32506218.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review**. Geneva: WHO; 2001.

ZEFERINO AMB, BARROS FILHO AA, BETTIOL H, BARBIERI MA. **Acompanhamento do crescimento**. J Pediatr (Rio J), v. 79, n. 1, 2003.

