

ANQUILOGLOSSIA: COMO PROCEDER – AGOSTO DOURADO –

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE ALEITAMENTO MATERNO (GESTÃO 2022-2024)

PRESIDENTE: Rossiclei de Souza Pinheiro

SECRETÁRIA: Lelia Cardamone Gouvea

CONSELHO CIENTÍFICO: Dolores Fernandez Fernandez, Eneida Fardin Perim Bastos,
Izailza Matos Dantas Lopes, Leandro Meirelles Nunes,
Lúcia Mendes de Oliveira Rolim, Racire Sampaio Silva,
Simone Silva Ramos, Vanessa Macedo Silveira Fuck

INTRODUÇÃO

A anquiloglossia, etimologicamente com origem nas palavras gregas *agkilos* (curvas) e *glossa* (língua), é uma anomalia anatômica oral congênita caracterizada pelo freio lingual curto ou altamente aderido ao músculo genioglosso, resultado da permanência da porção do tecido remanescente na face ventral da língua que durante o período embrionário deveria ter sofrido apoptose.¹

O movimento restrito da língua devido à anquiloglossia pode se associar a problemas na amamentação,^{2,3} no desenvolvimento craniofacial e na maturação estrutural e funcional do sistema estomatognático, gerando, dessa forma, alterações da fala, deglutição, má oclusão, mordida aberta e separação dos incisivos inferiores,^{4,5} entretanto, apenas em casos graves e em uma frequência baixa.

Os últimos consensos internacionais sugerem que a limitação funcional da língua em

função da alteração no frênulo lingual pode acarretar prejuízos na amamentação. Os lactentes com frênulo lingual alterado podem apresentar dificuldades no padrão de sucção pela ineficiência na movimentação e protrusão lingual sobre o bordo gengival inferior, ocasionando formação inadequada do vácuo necessário para extração do leite materno dos ductos lactíferos. Tais dificuldades no aleitamento materno (AM) podem ocasionar dor e/ou lesões mamilares e ingurgitamento mamário com a consequente diminuição na oferta do seio materno ao lactente.⁶ Contudo, até o presente momento, não há na literatura evidências científicas robustas com amostras representativas e delineamentos adequados, da interferência da anquiloglossia no AM e o benefício da indicação cirúrgica, fator atribuído à falta de estudos com desenhos metodológicos adequados.

Paradoxalmente, nos últimos anos, houve um grande aumento nos encaminhamentos e tratamentos cirúrgicos de recém-nascidos, lactentes e crianças com anquiloglossia. Um aumento de 420% nas taxas de frenotomia foram relatadas na Austrália na última década⁷. O tratamento cirúrgico também aumentou no Canadá⁸ (aumento de 89% entre 2004 e 2013) e na América do Norte⁹ (866% entre 1997 e 2012).

Este documento se propõe a trazer dados atuais sobre a prevalência da anquiloglossia, discorrer sobre o diagnóstico e os instrumentos de avaliação mais utilizados em nosso país e, por fim, elencar os pontos fundamentais em relação ao manejo e tratamento, especialmente para os lactentes.

PREVALÊNCIA

A prevalência de anquiloglossia em neonatos varia de 0,1% a 12% entre os diferentes estudos observacionais, chegando a quase 20%

em alguns estudos específicos; isso se deve, muito provavelmente, pela não uniformidade nos instrumentos de avaliação utilizados.⁶ Duas revisões sistemáticas recentes estimaram a prevalência variando de 4,2% a 10,7%, no entanto, há limitações nessas evidências, pois ambas as revisões sistemáticas consideraram apenas estudos com lactentes, e poucos estudos foram incluídos (5 na primeira revisão sistemática e 15 na segunda).^{10,11} Outro fator limitante, e digno de nota, ocasionando uma provável prevalência subestimada, é que a maioria dos estudos de prevalência considera apenas a forma clássica da anquiloglossia, isto é, quando é a inserção anterior do freio lingual que se encontra alterada.

Outrossim, os estudos tendem a encontrar prevalências maiores quando o freio lingual é avaliado mediante a utilização de instrumentos validados ao invés de meramente o exame visual e quando a amostra é constituída por crianças do sexo masculino,¹¹ muito provavelmente, por uma predisposição genética para anquiloglossia, ligada a “um gene mutante do fator de transcrição T-box”.¹²

CLASSIFICAÇÃO

A alteração do frênulo da língua é dividida em:

- frênulo anterior – apresentação clássica com inserção do frênulo lingual predominantemente na região do ápice da língua com alteração ou não do comprimento (Figura 1), e
- frênulo posterior ou submucoso – com inserção na região média ou posterior com apresentação do frênulo da língua mais espesso, curto ou mesmo submucoso em alguns casos (Figura 2). O frênulo posterior é controverso e a maioria dos estudos sobre prevalência e tratamento não os incluem, pois a repercussão funcional ainda tem sido motivo de debate entre os pesquisadores.

Figura 1. Frênulo anterior

Fonte: Arquivo pessoal gentilmente cedido por Gomes E, Deus VF, Mariath AAS, Rodrigues JA. Anquiloglossia. In: Cuidado integral do recém-nascido: prevenção e condutas terapêuticas. 2ª edição, Editora Rubio, 2023, pg:327-332.²⁶

Figura 2. Frênulo posterior

Fonte: Arquivo pessoal gentilmente cedido por Gomes E, Deus VF, Mariath AAS, Rodrigues JA. Anquiloglossia. In: Cuidado integral do recém-nascido: prevenção e condutas terapêuticas. 2ª edição, Editora Rubio, 2023, pg:327-332.²⁶

DIAGNÓSTICO

As primeiras publicações que classificaram o frênulo de língua utilizaram como critérios diagnósticos apenas os aspectos anatômicos, ou seja, fixação, comprimento do frênulo e protrusão da língua.

Em 1993, Hazelbaker propôs uma classificação para a avaliação do freio lingual em recém-nascidos chamada *The Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (HATLFF)*.¹³ Esta classificação consiste na avaliação de dois parâmetros: a aparência (aparência da língua elevada, elasticidade do frênulo e comprimento do frênulo lingual quando a língua é elevada, fixação do frênulo na língua e no rebordo alveolar inferior) e a função do freio lingual (lateralização, elevação da língua, projeção anterior da língua, canolamento, peristaltismo e movimento brusco da língua), sendo cada um destes composto por cinco e sete itens, respectivamente. O seu somatório, em tese, permitiria estabelecer a necessidade de realizar frenotomia em recém-nascidos. Todavia, Madlon-Kay e colaboradores, em seu estudo de série de 148 casos, defendem que o HATLFF tem uma taxa de erro de cerca de 55% no diagnóstico e na avaliação da necessidade de tratamento no neonato,¹⁴ sendo o seu principal inconveniente a baixa concordância entre os observadores, sobretudo nos critérios funcionais.

Foi então que Kotlow, em 1999, propôs uma nova classificação para crianças com anquiloglossia que se baseia no comprimento em milímetros da língua, desde a inserção do freio lingual na sua base até a sua extremidade¹⁵ e que é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Classificação de anquiloglossia proposta por Kotlow¹⁵

Língua com mobilidade normal	≥16 mm
Classe I: anquiloglossia leve	12 a 16 mm
Classe II: anquiloglossia moderada	8 a 11mm
Classe III: anquiloglossia grave	4 a 7mm
Classe IV: anquiloglossia completa	≤3 mm

Coryllos e colaboradores,¹⁶ posteriormente, propuseram uma classificação onde é também medida a distância entre a inserção lingual do

freio e a extremidade da língua, sendo dividida em 4 categorias apresentadas na Tabela 2. Os autores afirmam que os tipos I e II de anqui-

loglossia são os mais comuns, com cerca de 75% de incidência. Já os tipos III e IV são os mais raros e os mais difíceis de diagnosticar.

Tabela 2. Classificação da anquiloglossia segundo Coryllos¹⁶

Tipo I	Freio lingual fino e elástico e encontra-se desde a região anterior da língua ao sulco alveolar, tendo a forma de um coração;
Tipo II	Freio lingual fino e elástico e encontra-se de 2 a 4 mm da região anterior da língua até junto do sulco alveolar;
Tipo III	Freio lingual grosso, fibroso e não-elástico; a língua apresenta-se anquilosada desde a sua metade até o pavimento da boca;
Tipo IV	O freio lingual não é visível, é palpável, com inserção fibrosa ou submucosa grossa, desde a base da região anterior da língua até o pavimento da boca.

Todas essas propostas de diagnóstico e classificação avaliam somente o aspecto anatômico e medem o comprimento livre da língua do ápice até a inserção do frênulo ou a distância gerada pela protrusão da língua, entretanto ambas propostas são de difícil aplicação nos lactentes. Com o passar do tempo, percebeu-se que a aparência anatômica por si só é insuficiente para o diagnóstico de anquiloglossia, independentemente do método utilizado.

Dessa forma, surgem nos últimos anos alguns instrumentos anatomofuncionais, tais como o *Bristol Tongue Assessment Tool* (BTAT)¹⁷ e a sua forma ilustrativa *Tongue-tie and Breastfed Babies Assessment Tool* (TABBY)¹⁸, e o Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês^{19,20} e sua forma reduzida denominada de Triagem Neonatal - Teste da Linguinha.

O BTAT, também conhecido como Protocolo Bristol, foi desenvolvido com base em alguns itens do protocolo HATLFF, mas com o propósito de ser mais prático e acessível avaliando quatro itens com três possibilidades de respostas – aparência da ponta da língua, fixação da extremidade inferior do frênulo, elevação da língua com a boca aberta (durante o choro) e protusão da língua. Posteriormente, o mesmo grupo de pesquisadores desenvolveu a versão ilustrativa do Protocolo Bristol, denominada de TABBY.

A adaptação transcultural para o português (cultura brasileira) de ambos foi recentemente realizada, pois foram desenvolvidos na língua inglesa.

O Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês é de origem nacional e considera a história clínica e o exame clínico. O exame clínico é constituído de duas partes: parte I – avaliação anatomofuncional (postura de lábios em repouso, tendência do posicionamento da língua no choro, forma da ponta da língua elevada durante o choro ou manobra de elevação, frênulo da língua – espessura do frênulo, fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua e fixação do frênulo no assoalho da boca); e parte II – avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva. A Triagem Neonatal - Teste da Linguinha é oriunda do protocolo citado e utiliza somente o item da avaliação anatomofuncional, considerada a parte I.

No Brasil foi promulgada a lei nº13.002 em 20 de junho de 2014, que determina a aplicação da Triagem Neonatal - Teste da Linguinha antes da alta hospitalar. Já, o Ministério da Saúde nas notas técnicas indica a aplicação do BTAT e da versão ilustrativa TABBY e, na condição de teste positivo para anquiloglossia, orienta que o Protocolo de Observação e Avaliação da Mamada, proposto pelo UNICEF, deva ser aplicado para verificar a interferência ou não na amamentação.

Quando a pontuação na testagem ficar com escores duvidosos, indica-se o acompanhamento na Rede de Atenção à Saúde, com o fluxograma de atenção aos lactentes com anquiloglossia.²¹

Cabe ressaltar que tanto os protocolos preconizados para uso nacional quanto os demais protocolos existentes em âmbito internacional possuem suas especificidades e limitações na prática clínica, não existindo um consenso na literatura quanto ao melhor teste diagnóstico a ser aplicado para a identificação da anquiloglossia.²²

Uma revisão sistemática avaliou artigos publicados entre 1947 e 2021. Os estudos incluíram crianças com anquiloglossia com sintomas avaliados por Coryllos, Kotlow ou HATLFF. Um total de 205 resumos foram identificados e apenas 14 estudos preencheram os critérios para extração e análise de dados. Seis estudos usaram o HATLFF, 2 estudos o Kotlow, 5 estudos o Coryllos e 1 estudo a combinação dos métodos Kotlow e Coryllos. Heterogeneidade significativa foi evidente em todos os estudos e nenhuma correlação estatística pode ser determinada entre a avaliação pelo instrumento validado e a necessidade de procedimento cirúrgico. O estudo aponta que não há um critério e/ou teste diagnóstico “padrão-ouro” para a anquiloglossia.²³

Outrossim, é de consenso que o diagnóstico de anquiloglossia não deve ser baseado apenas na aparência anatômica, mas sim no histórico de caso completo, na avaliação funcional objetiva da função da língua a partir de um critério diagnóstico, bem como na avaliação completa dos aspectos funcionais (ex. amamentação para a faixa etária de lactentes) afetados pela suspeita de anquiloglossia realizados por um profissional qualificado (odontólogo e/ou fonoaudiólogo).

dendo de fatores como o enfoque do instrumento de escolha utilizado e a experiência clínica do profissional avaliador. Tais fatores influenciam diretamente na condução terapêutica e na adequada indicação de intervenção cirúrgica nos casos em que se observa tal necessidade.

Há evidências de que as estratégias da abordagem não cirúrgica podem ser uma terapia de primeira linha eficaz para o tratamento de limitações funcionais relacionadas à anquiloglossia. Estratégias não cirúrgicas para o tratamento da anquiloglossia devem incluir tratamento com profissionais devidamente qualificados como pediatras, enfermeiros, fonoaudiólogos e consultores em amamentação.²⁴

Desta forma, a atuação inter/multidisciplinar em casos de anquiloglossia pelo frênulo lingual com inserção anterior caracteriza-se pelo adequado diagnóstico pela avaliação anatomofuncional e seu grau de implicação nas funções orofaciais, sendo a realização do procedimento de correção cirúrgica (a saber, frenotomia) indicada apenas em casos de interferência da restrição da mobilidade lingual. Fatores apresentados pelo lactente como baixo ganho ponderal, ocorrência de engasgos (seja com a saliva ou com o leite materno e/ou fórmula infantil), entre outros, são importantes sinais de alerta sobre o impacto do frênulo lingual no desenvolvimento do lactente.²⁵

A frenotomia, também chamada de frenulotomia, é a abordagem cirúrgica realizada pelo profissional cirurgião dentista ou médico, caracterizada por uma incisão linear anteroposterior do frênulo lingual sem a remoção de sua porção residual (Figura 3). Não há consenso em relação à técnica cirúrgica a ser empregada, o que possibilita ao profissional a escolha de sua preferência - o uso de tesoura, lâmina de bisturi, eletrocautério ou laser de alta potência. O uso de anestésico (tópico ou infiltrativo) é indicado e independente do instrumento a ser utilizado, pois mesmo se tratando de um procedimento relativamente simples, a frenotomia implica em algum desconforto ao lactente, sendo a anestesia indicada.

ABORDAGEM E TRATAMENTO

A avaliação e o diagnóstico clínicos dos quadros de anquiloglossia ainda são considerados tópicos controversos na prática clínica, depen-

A escolha da técnica anestésica é dependente das características anatômicas do frênulo: quando delgado, pode-se optar pela aplicação de anestésico tópico na região; e caso seja mais volumoso ou espesso, é recomendada a infiltração anestésica. Para tal, o cálculo da dose é fundamental, pois as baixas dimensões do neonato ou lactente implica em limites tênues de doses tóxicas. Considerando o anestésico mais comumente utilizado, como exemplo a lidocaína, o limite de toxicidade para um bebê de 2.500 kg é de aproximadamente um terço do tubete anestésico. Salienta-se, ainda, que na grande maioria das cirurgias de frenotomia é dispensável a realização de sutura. A mesma somente será indicada quando a compressão com gaze não for suficiente à hemostasia.²⁶

Figura 3. Pré e pós- frenotomia.



Fonte: Arquivo pessoal gentilmente cedido por Gomes E, Deus VF, Mariath AAS, Rodrigues JA. Anquiloglossia. In: Cuidado integral do recém-nascido: prevenção e condutas terapêuticas. 2ª edição, Editora Rubio, 2023, pg:327-332.²⁶

Apesar de apresentar baixo risco de complicações durante e após a intervenção, considerando a natureza da mesma, o cirurgião dentista ou o médico devem atentar para a ocorrência de possíveis complicações agudas e crônicas. Há relatos de sangramento, infecção, lesão da musculatura da língua, danos aos ductos sub-

mandibulares, ocorrência de casos de fibrose e/ou ausência de ganhos funcionais na etapa pós-operatória, principalmente em frênulos de característica espessa. Diante do insucesso com a intervenção, ainda pouco se sabe sobre a necessidade de reintervenção cirúrgica.²⁷

No período pós-cirúrgico imediato dos casos de frênulo lingual anterior, preconiza-se a estimulação do AM como a melhor forma de otimização funcional de postura e mobilidade da estrutura, pelos movimentos coordenados de língua e demais órgãos fonoarticulatórios. De forma geral, a nutriz relata percepção de melhora da dor ao amamentar e no padrão de sucção ao seio materno nos primeiros dias, com o aumento da força de extração láctea, sinais de efetivo esvaziamento mamário após as mamadas e maior efetividade no desempenho do lactente no seio materno (diminuição da frequência exacerbada de mamadas, aumento da duração das mamadas, maiores sinais de saciedade após as mamadas por parte do lactente, entre outros). Mediante ausência de demais alterações funcionais que justifiquem intervenção fonoaudiológica especializada (em caso de disfunções orais e sinais clínicos sugestivos de disfagia orofaríngea, por exemplo), de forma geral, o lactente é capaz de reorganizar funcionalmente o padrão de sucção ao seio materno somente com a estimulação do aleitamento materno em livre demanda associado à ausência de hábitos orais deletérios associados.²⁶

Entretanto, nos casos em que o diagnóstico de anquiloglossia é oriundo de frênulo lingual posterior, devidamente realizado por um profissional capacitado na avaliação clínica e funcional da anquiloglossia e do padrão de sucção, a indicação cirúrgica segue controversa. Na literatura não há consenso sobre o impacto funcional do frênulo lingual posterior, ressaltando que a visualização isolada do frênulo lingual não constitui método adequado para o diagnóstico da anquiloglossia posterior, sendo necessária avaliação criteriosa sobre os impactos funcionais do frênulo posterior nas funções de sucção e deglutição, principalmente.

Diante da falta de evidências científicas que justifiquem a realização da frenotomia nos casos de frênulo lingual posterior, sugere-se como prioridade a avaliação criteriosa da abordagem geral do aleitamento materno, visando adequação de aspectos fundamentais para o sucesso da amamentação, entre eles: avaliação do seio materno (formato e integridade mamilar, maleabilidade do complexo aréolo-mamilar, avaliação da produção láctea), avaliação do padrão de sucção não-nutritiva e nutritiva do lactente (força, ritmo e mobilidade lingual), assim como o posicionamento e pega do lactente ao seio materno e manejo materno em relação às mamadas (frequência das mamadas, duração média de permanência ao seio materno, entre outras).²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação rotineira do freio lingual nas primeiras horas de vida faz parte do exame físico que deve ser realizado em todo recém-nascido pelo pediatra, visando a observação da inserção do freio lingual e sua capacidade de sucção.²⁷

Crianças com anquiloglossia e estando assintomáticas não são candidatas a procedimento cirúrgico.^{24,26-28}

Apenas a limitação grave do freio lingual pode causar dificuldades na amamentação, mas esse achado é incomum. Dessa forma, na maioria das vezes, dificuldades da amamentação, inclusive dor e lesões secundárias da mama, são devidas a defeitos na técnica de amamentação, corrigíveis com simples orientação e correção do posicionamento e da pega durante a mamada.²⁴

A frenotomia lingual é um ato cirúrgico que deve ser realizado por médico cirurgião ou odontopediatra, e não apenas um corte, e como tal não pode ser banalizado, pois pode ocasionar complicações em curto prazo documentadas na literatura, mais comumente sangramento, cortes em locais não planejados, frenotomia insuficiente, lesão neural do terço distal da língua e queimaduras pelo uso do laser. Por isso sua indicação deve ser criteriosa, realizada após meticulosa avaliação, preferencialmente por equipe multidisciplinar (odontologia e fonoaudiologia).^{27,28}

O aumento no número de intervenções cirúrgicas na anquiloglossia percebido nos últimos anos em diversos países preocupa, tanto por serem usados critérios inadequados para sua indicação, como pela possibilidade de efeitos a longo prazo da intervenção cirúrgica em recém-nascidos, como memórias de dor que podem ser registradas biologicamente, e consequentemente alterarem o desenvolvimento do cérebro e comportamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Mills N, Pransky SM, Geddes DT, Mirjalili SA. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. Clin Anat. 2019;32(6):749-761.
02. Francis DO, Krishnaswami S, Mc Pheeters M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. Pediatrics. 2015;135(6):e1458-e1466.
03. Souza-Oliveira AC, Cruz PV, Bendo CB, Batista WC, Bouzada MCF, Martins CC. Does ankyloglossia interfere with breastfeeding in newborns? A crosssectional study. J Clin Transl Res. 2021;7(2):263-269
04. Calvo-Henríquez C, Neves SM, Branco AM. Relationship between short lingual frenulum and malocclusion: a multicentre study. Acta Otorrinolaringol Esp. 2021;S0001-6519(21):00031-00035.

05. Chandrasekaran PV, Palaniappan J, Rajendran A, Venugopal B, Gnanamoorthy P. Prevalence of ankyloglossia among children reporting with speech pathology to district early intervention centre (DEIC)-an observational study. *J Evol Med Dent Sci*. 2020;9(11):860-863.
06. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(1):1-7.
07. Kapoor V, Douglas PS, Hill PS, Walsh LJ, Tennant M. Frenotomy for tongue-tie in Australian children, 2006-2016: an increasing problem. *Med J Aust*. 2018;5;208(2):88-89.
08. Walsh J, Links A, Boss E, Tunkel D. Ankyloglossia and Lingual Frenotomy: National Trends in Inpatient Diagnosis and Management in the United States, 1997-2012. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;156(4):735-740.
09. Joseph KS, Kinniburgh B, Metcalfe A, Razaz N, Sabr Y, Lisonkova S. Temporal trends in ankyloglossia and frenotomy in British Columbia, Canada, 2004-2013: a population-based study. *CMAJ Open*. 2016;26(1):E33-40.
10. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Can Fam Physician*. 2007;53(6): 1027-1033.
11. Hill RR, Lee CS, Pados BF. The prevalence of ankyloglossia in children aged <1 year: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Res*. 2021;90:259-266.
12. Lenormand A, Khonsari R, Corre P, Perrin JP, Boscher C, Nizon M, et al. Familial autosomal dominant severe ankyloglossia with tooth abnormalities. *Am J Med Genet A*. 2018;176(7):1614-1617.
13. Halzembaker, AK. The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): Use in a lactation consultant private practice. Pasadena, CA: Pacific Oaks College; 1993. Thesis.
14. Madlon-Kay, D., Ricke, L., Baker, N., DeFor, T. Case series of 148 tongue-tied newborn babies evaluated with the assessment tool for lingual frenulum function. *Midwifery*. 2008;24:353-357.
15. Kotlow, L. Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int*. 1999;30(4):259-62.
16. Coryllos E, Watson Genna C, Salloum AC. Congenital tongue-tie and its impact in breastfeeding. *Breastfeeding: Best for mother and baby*. Newsletter. 2004;1-6.
17. Ingram J, Johnson D, Copeland M, et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child*. 2015(4):F344-F349.
18. Ingram J, Copeland M, Johnson D, Emond A. The development and evaluation of a picture tongue assessment tool for tongue-tie in breastfed babies (TABBY). *Int Breastfeed J*. 2019;14:31.
19. Martinelli RLC. Relação entre as características anatômicas do frênulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês [dissertação]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2013.
20. Martinelli RLC, Marchesan IQ., Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. *Rev Cefac*. 2013;15(3): 599-610.
21. Venancio SI, Buccini G, Sanches MTC, Coleta H, Olin P, Coimbra T. "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-tie and Breastfed Babies Assessment Tool -TABBY)". Relatório de Pesquisa; 2022.
22. Brzęcka D, Garbacz M, Micał M, Zych B, Lewandowski B. Diagnosis, classification and management of ankyloglossia including its influence on breastfeeding. *Dev Period Med*. 2019;23(1):79-87.
23. Hatami A, Dreyer CW, Meade MJ, Kaur S. Effectiveness of tongue-tie assessment tools in diagnosing and fulfilling lingual frenectomy criteria: a systematic review. *Aust Dent J*. 2022; 67(3):212-219.
24. Australian Dental Association. Ankyloglossia and Oral Frenula Consensus Statement. Australia: Australian Dental Association, 2020. Disponível em: <https://www.teeth.org.au/tongue-tie>. Acesso em 11 de julho de 2023.
25. Walsh J, Tunkel D. Diagnosis and Treatment of Ankyloglossia in Newborns and Infants: A Review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;143(10):1032-39.
26. Gomes E, Deus VF, Mariath AAS, Rodrigues JA. Anquiloglossia. In: Cuidado integral do recém-nascido: prevenção e condutas terapêuticas. 2ª edição, Editoria Rubio, 2023, pg:327-332.
27. 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;179(8):1191-1195.
28. Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica. Nota técnica -24 de abril de 2023. Disponível em: <https://cipe.org.br/novo/nota-tecnica-freio-lingual/>. Acesso em 12 de julho de 2023.



Diretoria Plena

Triênio 2022/2024

PRÉSIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

1º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

2º VICE-PRESIDENTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

SECRETÁRIO GERAL:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:
Rodrigo Aboudif Ferreira (ES)

3º SECRETÁRIO:
Claudio Hoineff (RJ)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Sidnei Ferreira (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Angelica Barcellos Svaiteir (RJ)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Donizetti Dimer Giambardino (PR)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE:
Maryneia Silva do Vale (MA)

SUDESTE:
Marisa Lages Ribeiro (MG)

SUL:
Cristina Targa Ferreira (RS)

CENTRO-OESTE:
Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Jose Hugo Lins Pessoa (SP)
Marisa Lages Ribeiro (MG)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

SUPLENTE:
Analiria Moraes Pimentel (PE)
Dolores Fernandez Fernandez (BA)
Rosana Alves (ES)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Sulim Abramovici (SP)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Edson Ferreira Liberal (RJ)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)
Maria Angelica Barcellos Svaiteir (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Sidnei Ferreira (RJ)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:
Hélio Villaga Simões (RJ)

COORDENAÇÃO ADJUNTA:
Ricardo do Rego Barros (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP) - Licenciado
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvia Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SÉRIADA

COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Luciana Cordeiro Souza (PE)

MEMBROS:
João Carlos Batista Santana (RS)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)
Ricardo Mendes Pereira (RJ)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Sergio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Ricardo do Rego Barros (RJ)

INTERCÂMBIO COM OS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA
Marcela Damasio Ribeiro de Castro (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

DIRETOR:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

DIRETORIA ADJUNTA:
Sidnei Ferreira (RJ)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)
Anerisia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)
Jocileide Sales Campos (CE)
Carlando de Souza Machado e Silva Filho (RJ)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA CIENTÍFICA

DIRETOR:
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA
Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS:
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

GRUPOS DE TRABALHO
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

MÍDIAS EDUCACIONAIS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Rosana Alves (ES)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (ES)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP
Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)
Tulio Konstantyner (SP)
Claudia Bezerra Almeida (SP)

NEONATOLOGIA - PRORIN
Renato Soibelmann Procianny (RS)
Clea Rodrigues Leone (SP)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPEP
Werther Brownow de Carvalho (SP)

TERAPÉUTICA PEDIÁTRICA - PROPEP
Claudio Leone (SP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPEP
Hany Simon Júnior (SP)
Gilberto Pascolat (PR)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PUBLICAÇÕES

TRATADO DE PEDIATRIA
Fábio Ancona Lopes (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)

Clóvis Artur Almeida da Silva (SP)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

OUTROS LIVROS
Fábio Ancona Lopes (SP)
Dirceu Solé (SP)
Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

DIRETORA:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa Rodrigues Leone (SP)
Paulo Tadeu de Mattos Prereira Poggiali (MG)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia Resende Silva Woffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

COORDENAÇÃO GERAL:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO OPERACIONAL:
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

MEMBROS:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Marcia de Freitas (SP)
Nelson Grisard (SC)
Normeide Pedreira dos Santos Franca (BA)

PORTAL SBP
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Rodrigo Aboudif Ferreira Pinto (ES)
Claudio Hoineff (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Maria Angelica Barcellos Svaiteir (RJ)
Donizetti Dimer Giambardino (PR)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA

À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Soibelmann Procianny (RS)

MEMBROS:
Crísio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Gisela Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA
Residência Pediátrica

EDITORES CIENTÍFICOS:
Clémex Couto Sant'Anna (RJ)
Marlene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)

EDITORES ASSOCIADOS:
Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Angelica Maria Bicudo (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Ana Lucia Ferreira (RJ)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Delfa Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermon (PA)
Sílvia Regina Marques (SP)
Claudio Barsanti (SP)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Liana de Paula Medeiros de A. Cavalcante (PE)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

COORDENADOR:
Lelia Cardamone Gouveia (SP)

MUSEU DA PEDIATRIA (MEMORIAL DA PEDIATRIA BRASILEIRA)

COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)
Sidnei Ferreira (RJ)
Jefferson Pedro Piva (RS)

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:
Claudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)

AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA
Ana Isabel Coelho Montero

AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA
Marcos Reis Gonçalves

AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA
Adriana Távora de Albuquerque Taveira

AP - SOCIEDADE AMAPEENSE DE PEDIATRIA
Camila dos Santos Salomão

BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA
Ana Luiza Velloso da Paz Matos

CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA
Anamaria Cavalcante e Silva

DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL
Renata Belém Pessoa de Melo Seixas

ES - SOCIEDADE ESPIRITOSANTENSE DE PEDIATRIA
Carolina Strauss Estevez Gadelha

GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA
Valéria Granieri de Oliveira Araújo

MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO
Maryneia Silva do Vale

MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA
Márcia Gomes Penido Machado

MS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO MATO GROSSO DO SUL
Carmen Lúcia de Almeida Santos

MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA
Paula Helena de Almeida Gattass Bumli

PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

PB - SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA
Márcia do Socorro Ferreira Martins

PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO
Alexsandra Ferreira da Costa Coelho

PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ
Ramon Nunes Santos

PR - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA
Victor Horácio de Souza Costa Junior

RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Claudio Hoineff

RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
Manoel Reginaldo Rocha de Holanda

RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA
Wilmerson Vieira da Silva

RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA
Mareny Damasceno Pereira

RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL
Sérgio Luis Amantéa

SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA
Nilza Maria Medeiros Perin

SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA
Ana Jovina Barreto Bispo

SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO
Renata Dejtiar Waksman

TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA
Ana Mackartney de Souza Marinho

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Dermatologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética Clínica
- Hematologia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infectologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Medicina do Adolescente
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolvimento e Comportamento
- Pneumologia
- Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas na Infância e Adolescência
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Sono
- Suporte Nutricional
- Toxicologia e Saúde Ambiental

GRUPOS DE TRABALHO

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doença inflamatória intestinal
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Educação é Saúde
- Imunobiológicos em pediatria
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Ortopedia pediátrica
- Pediatria e humanidades
- Políticas públicas para neonatologia
- Saúde mental
- Saúde digital