

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

TAÍLA FERNANDES SUASSUNA

FRENECTOMIA LINGUAL: RELATO DE CASO

PATOS-PB

2019

TAÍLA FERNANDES SUASSUNA

FRENECTOMIA LINGUAL: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Renata Andréa Salvitti de Sá Rocha

PATOS-PB

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

S939f Suassuna, Taila Fernandes
Frenectomia lingual: relato de caso / Taila Fernandes Suassuna. – Patos,
2019.
43f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal
de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2019.

"Orientação: Profa. Dra. Renata Andréa Salvitti de Sá Rocha".

Referências.

1. Freio lingual. 2. Anquiloglossia. 3. Frenectomia. I. Título.

CDU 616.314.18

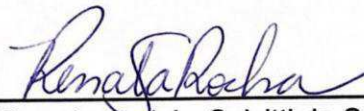
TAÍLA FERNANDES SUASSUNA

FRENECTOMIA LINGUAL: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 07/11/19

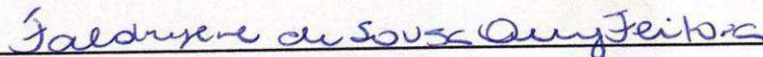
BANCA EXAMINADORA



Profª Dra. Renata Andréa Salvitti de Sá Rocha – Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Profª Dra.– Catarina Ribeiro Barros de Alencar
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Profª Dra.– Faldryene de Sousa Queiroz
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico a Deus, aos meus amados pais,
Mequinho e Leni, e ao meu irmão Túlio.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo minha gratidão a Deus, o que guia os meus passos para o bem, o responsável pela minha existência e por tudo que conquistei até aqui. Muito obrigada paizinho, por todas as bênçãos, por todas as lições e por todos que eu amo.

Meu muito obrigada aos meu pais Mequinho e Leni, os responsáveis por tudo. Foi por vocês que eu nunca desisti, foi com vocês que eu aprendi sobre honestidade, determinação e principalmente sobre amor, pois foi algo que sempre transbordou. Com você papai, eu aprendi a ser correta, perseverante e pontual com meus compromissos, muito obrigada papai por nunca ter desistido de mim a cada reprovação que eu tive no vestibular, pois no fundo você sabia que meu problema já não era mais ter que estudar. Com minha mãezinha eu aprendi e aprendo a cada dia sobre a fé, sobre o quanto devemos acreditar naquilo que sonhamos. É ela que reza da hora que eu saio de casa até a minha chegada, é ela que entrega a Deus meus problemas e minhas incertezas, quando eu já não tenho forças para crer. É a ela que eu devo minha vida. Meu amor e minha gratidão a vocês é infinita. Eu amo vocês com todas as minhas forças.

Meu obrigada ao meu irmão Túlio que teve junto comigo durante a árdua trajetória do cursinho. Foram dias cansativos e angustiantes, mas em você eu via o meu pilar, pois ao chegar em casa era você que estava lá me esperando, que apesar de pouco se expressar com palavras eu sentia e sinto seu amor apenas com um simples gesto e um olhar. Você é parte de mim. Te amo muito.

Minha gratidão aos meus familiares em especial as minhas duas tias Virginia e Lindalva, que são pessoas que se preocupam comigo e querem meu bem como uma mãe. Aos meus primos que eu amo, em especial a minha prima Gabi que é com uma irmã e que sempre se fez muito presente em toda minha vida desde que erámos bem pequenas.

Minha eterna gratidão a todos os professores do cursinho que foram essenciais nessa minha conquista e que sempre foram atenciosos comigo. Sou grata as amizades que nessa fase eu conquistei, cultivei amizades que até hoje perduram, Carol e Monique vocês são exemplos. Obrigada por terem sido tão leais e companheiras. Meu muito obrigada a Ianna, que foi como uma irmã para mim durante essa jornada de cursinho.

Minha gratidão as minhas amigas de longas datas Even, Juliara, Rayanne, Daniele e Anja (Ana Emília). Obrigada pelo carinho e pela consideração. Vocês são os meus exemplos de amizade verdadeira, quero sempre tê-las por perto. Um obrigada em especial a Ray e a Anja que aqui por Patos também passaram e me fez sentir em casa, por eu saber que poderia contar com vocês a qualquer momento. Eu amo muito vocês.

Minha gratidão aos meus velhos amigos Gleydson, Gabriel e Yerón que sempre foram cuidadosos comigo como um irmão. Meu carinho por vocês é imenso.

Minha gratidão eterna aos que fizeram desses 5 anos de curso mais leves, minha amiga Raquel que se tornou uma irmã, você que foi meu braço direito aqui em Patos. Com você eu aprendi a ser uma pessoa melhor. Obrigada por ter me consolado todas as vezes que desabei em prantos, por todas às vezes que me acalmou durante minhas crises de ansiedade, por ter sido minha família. Te quero sempre por perto nos melhores e piores momentos da minha vida, saiba que estou aqui para tudo. Amo muito você.

Minha imensa gratidão a Damares que foi uma verdadeira companheira para mim. Obrigada por todo apoio, carinho e lealdade. Com você eu partilhei da sua maior dor, partilhamos de momentos tristes e angustiantes, mas também vivemos coisas simples que para gente foi um mar de alegria. Com você por perto os meus dias foram mais leves. Eu te amo e sempre estarei aqui para enfrentar outro tanto de obstáculos que estiverem por vir.

Grata a minha amiga lanny, uma pessoa de coração gigante que sempre me ajudou nas pequenas coisas diárias. Muito obrigada por todo cuidado que teve comigo.

Minha gratidão aos meus presentinhos que a UFCG me deu Ayra, Yuri, Ana Beatriz, Olga, Edivan, Layara, Andreysson, Vinicius, José Henrique, Sarah, Rauhan e Sandson. Vocês são especiais demais para mim.

Grata a minha dupla Maria Vitória que foi paciente comigo, que estudou comigo as piores provas do curso e se fez presente nos momentos que mais precisei. Apesar dos nossos desentendimentos, saiba que sou grata por tudo.

Eternamente grata a minha orientadora e professora Renata que estendeu a mão para mim quando eu mudei de tema nos 45min do segundo tempo. Obrigada por toda atenção, compreensão e carinho. Obrigada pelas palavras de apoio e por mensagens que emanavam calma.

Minha gratidão aos professores em geral e em especial aqueles que mais tive contato Julierme, Elizandra, Rachel, Rosinha, Fátima e Carol. Com vocês eu aprendi sobre humanismo, vocês foram essências para minha formação. Cada um tem um lugarzinho guardado no meu coração.

Agradeço a todos que contribuíram de maneira direta ou indireta para a minha formação. Meu muito obrigada!

“Os sonhos de Deus são maiores que os teus”

SUASSUNA, T. F. **FRENECTOMIA LINGUAL: RELATO DE CASO** Patos, Paraíba. Universidade Federal de Campina Grande, 2019, 43p.

RESUMO

Introdução: A anquiloglossia é uma anomalia de desenvolvimento da língua caracterizada por freio lingual curto, que compromete os movimentos da mesma. O freio é uma prega mucosa mediana que conecta o ventre da língua ao assoalho da boca. Diante dos casos encontrados na literatura o freio pode ser classificado como curto, com inserção anteriorizada e curto com inserção anteriorizada. A fim de solucionar as implicações da anquiloglossia são sugeridos tratamentos conservadores como a fonoterapia e não conservadores como a frenectomia/frenotomia. **Objetivo e relato de caso:** Descrever um caso de anquiloglossia em um paciente pediátrico de 9 anos, encaminhado a Clínica Escola de Odontologia da UFCG, apresentando freio lingual curto e anteriorizado, o qual foi tratado com frenectomia. **Conclusão:** A cirurgia de frenectomia conseguiu devolver parte das funções normais da língua ao paciente.

DESCRITORES: Freio lingual, Anquiloglossia e Frenectomia

SUASSUNA, T. F. **LINGUAL FRENECTOMY: CASE REPORT** Patos, Paraíba. Federal University of Campina Grande, 2019. 43p.

ABSTRACT

Introduction: ankyloglossia a developmental anomaly of the tongue characterized by short lingual frenun, which compromises the movements of the tongue. Frenun is a median mucous fold connecting the ventral side of the tongue to the floor of the mouth. Considering cases found in the literature, the bridle can be classified as short, with anteriorized and short insertion with anteriorized insertion. In order to solve the implications of ankyloglossia, conservative treatments such as speech therapy and non-conservative such as frenectomy/frenotomy are suggested. Objective and case report: to describe a case of ankyloglossia in a pediatric 9 years old patient, referred to the Clinic School of Dentistry of UFCG, presenting a short and anteriorized lingual frenun, which was treated with frenectomy. Conclusion: Frenectomy surgery was able to provide part of the normal functions of the tongue to the patient.

KEYWORDS: Lingual frenun, Ankyloglossia, Frenectomy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 ESTRUTURA ANATÔMICA	13
2.2.1 ANQUILOGLOSSIA	13
2.2.2 ALTERAÇÕES FUNCIONAIS	14
2.2.3 DIAGNÓSTICO	15
2.2.4 TRATAMENTO	16
REFERÊNCIAS	18
3. ARTIGO	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
ANEXO A - NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO (RFO – UPF)	35
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	43

1. INTRODUÇÃO

Os freios linguais são considerados estruturas dinâmicas que estão sujeitas a modificações no tamanho, na forma e posição durante as etapas de desenvolvimento humano. Anatomicamente, o freio é classificado em labial e lingual. O labial que tem a função de delimitar os movimentos dos lábios, promovendo a estabilização da linha média e impedindo a exposição acentuada da gengiva, e o freio lingual que por sua vez tem finalidade de estabelecer o movimento da língua, possibilitando assim a fala, a deglutição e fonação (IZOLANI NETO; MOLERO; GOULART, 2014).

Inferiormente à língua encontra-se uma pequena prega de membrana mucosa que a conecta ao assoalho da boca, que se chama freio da língua ou frênulo (ÁVILLA, 2005). Existe uma anomalia congênita que atinge o freio da língua, chamada anquiloglossia, conhecida popularmente como língua presa. Essa anomalia do frênulo pode apresentar alterações no seu tamanho, impossibilitando algumas funcionalidades da língua. Tal alteração é perceptível ao nascimento até a idade adulta, onde ocorre uma mudança no local de inserção do frênulo, que acontece da ponta da língua até o rebordo alveolar lingual (VIEIRA; MACHADO, 2018).

Dependendo do critério de diagnóstico empregado e da população estudada, a prevalência da anquiloglossia encontrada nas bases literárias varia de 1,72% até 4,8% (VARGAS et al., 2008). De acordo com Walls et al (2014) as taxas de incidência variam de 2% a 10% dos neonatos com predominância masculina de cerca de 3:1. A variação que se encontra ao diagnosticar a anquiloglossia, pode ser devido à ausência de metodologias específicas para avaliação do freio lingual (VIEIRA; MACHADO, 2018).

Nesse tipo de condição, o freio encontra-se incomumente espesso e curto, podendo haver variação em elasticidade, espessura e local de fixação no assoalho da boca e na língua (ISAC, 2018). Essa variedade de características pode comprometer os movimentos da língua, em diferentes níveis, além de poder comprometer a fonação e mastigação Ribeiro et al. (2016), relata que as modificações nos movimentos da língua levam à modificações na articulação correta de alguns fonemas. Nos dias atuais é relatado que esta anomalia poder causar risco

à saúde e à qualidade de vida da criança, devido às alterações na fala, interferindo no seu convívio com a sociedade e influenciando na sua auto-imagem. Portanto, é imprescindível que os agentes causadores de tais modificações sejam diagnosticados previamente (SUZART; CARVALHO, 2016).

De acordo com a literatura, existe uma classificação para a anquiloglossia: leve ou parcial, considerada o tipo mais comum, e grave ou completa, uma condição rara, em que a língua está fundida com o assoalho da cavidade bucal (NGERNCHAM et al., 2013). Já a forma parcial (língua de gravata) ocorre devido a uma inserção muito alta do freio da língua, próximo ao ápice ou ao um freio muito curto (ZEGARELLI; KUTSCHER; HYMAN, 1982). No segundo caso fica clara a necessidade da cirurgia, já no primeiro caso, a indicação se dá quando existe uma complicação na fala (ISAC, 2018). Dentre as técnicas de correção da anquiloglossia, tem-se: a frenectomia que é a remoção total do freio labial ou lingual e a frenotomia onde se realiza a remoção parcial do freio lingual ou a sua reinserção. (SANTOS; CONCEICAO; PRESTES, 2018).

Nos casos em que se observa mobilidade lingual irregular e funções orofaciais atípicas, torna indispensável a análise do frênulo, pois qualquer alteração do freio lingual impedirá a língua de realizar suas devidas funções junto às estruturas estomatognáticas. Qualquer mudança que vier a envolver o frênulo, pode acarretar em uma modificação da fonética (VARGAS et al., 2008; MARCHESAN et al., 2004). Segundo Santos et al (2007) a frenectomia deve ser realizada de modo mais precoce possível ou assim que se tenha resultado da análise.

Portanto, o presente estudo abordará sobre a importância da correta realização do diagnóstico para que se obtenha previsibilidade do resultado e consequente sucesso no tratamento. Profissionais como o clínico geral e o odontopediatra são habilitados para detectar anormalidades na boca de recém-nascidos, lactantes e crianças. Com a implantação da Odontologia para bebês, a atenção precoce, a qual antecede o irrompimento dos dentes e o surgimento do teste da linguinha, tornou-se possível o diagnóstico prévio das alterações bucais como a anquiloglossia. Tal exame é realizado por meio da aplicação do Protocolo de avaliação do frênulo lingual com escores para bebês. Quando diagnosticada esta anomalia, dois tipos de tratamento podem ser sugeridos: o conservador e não-conservador (AGUIAR et al., 2017)

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Estrutura anatômica

Conceituada como uma prega mediana de túnica mucosa, o frênulo conecta a língua ao assoalho da boca, o que possibilita a parte anterior desse órgão mover-se livremente (BRAGA et al., 2009). À medida que há desenvolvimento e crescimento ósseo com prolongamento lingual e erupção dentária, o freio lingual migra para a posição central até ocupar a sua posição definitiva com o nascimento dos dentes (MELO et al., 2010). Segundo Brito et al. (2008) o freio lingual é considerado normal quando a sua inserção vai da metade da face inferior da língua até o assoalho da boca.

Histologicamente, o freio lingual é composto por um tecido conjuntivo rico em fibras colágenas e elásticas, com algumas fibras musculares, vasos sanguíneos e células gordurosas, e recoberto por um epitélio pavimentoso estratificado (MELO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2017)

O encurtamento do freio lingual pode alterar a fisiologia mecânica da língua, contribuindo para o desenvolvimento inadequado das funções mastigatória, fonológica, bem como da deglutição (RIBEIRO et al., 2016).

2.2.1 Anquiloglossia

Considerada uma anomalia de desenvolvimento, a anquiloglossia, é entendida como uma variação no freio lingual que tem como consequência limitações dos movimentos dessa estrutura, o que resulta em variações na fala e na deglutição. Visível desde o nascimento até a idade adulta, a alteração no local de inserção do frênulo acontece da ponta da língua até o rebordo alveolar (VIEIRA; MACHADO, 2018).

Ao término do segundo mês de vida intrauterina, a língua está totalmente formada, no decorrer do seu desenvolvimento, células do freio lingual sofrem morte celular programada e o freio recua para longe do seu ápice, formando uma prega fibromucosa, designada de frênulo. Durante esta fase de apoptose pode haver uma desordem e ocorrer o que chamamos de anquiloglossia. Esta deformidade é caracterizada por um freio lingual anormalmente curto e espesso (ou ainda delgado), podendo haver variação em elasticidade, espessura e local de fixação na língua e no assoalho da boca (FUJINAGA et al., 2017). o quadro pode estar correlacionada a

mutações genéticas, acompanhadas ou não por outras alterações congênitas, como exemplo a hipodontia ou fenda palatina. Os dados da literatura em sua maioria são procedentes de uma série de estudos ou casos observacionais e os meios de diagnóstico não são uniformes (VIEIRA; MACHADO, 2018).

A anquiloglossia afeta basicamente o correto funcionamento muscular durante a deglutição, assim como a emissão fonética pelos pacientes, trazendo uma série de prejuízos ao desenvolvimento biopsicossocial. Por isso é considerada uma condição limitante da qualidade de vida populacional, acometendo desde a primeira infância até a vida adulta (AGUIAR et al., 2017).

2.2.2 Alterações funcionais

É notório que os movimentos da língua são muito apurados no ser humano e de extrema importância para a execução precisa das funções orofaciais. Por esse motivo, toda e qualquer anomalia na movimentação deste órgão vai se manifestar na incompetência ou dificuldades das devidas funções (ISAC, 2018).

Dentre as implicações da anquiloglossia temos: os distúrbios articulatorios (fonemas linguodentais), respiração, deglutição, mastigação, crescimento maxilomandibular, procedimentos de higiene bucal e má oclusão. (SOARES; FERRARI; FARIAS, 2012). Nos dias atuais, é relatado também o prejuízo social que esta condição pode causar, pois muitas crianças acabam sofrendo bullying, levando a um sério comprometimento na vida social e a autoestima do paciente. (RIBEIRO et al., 2016).

O correto desenvolvimento do sistema estomatognático se dá por meio do aleitamento materno, visto que por meio deste advém a maturação da musculatura perioral, que é resultante de uma correta deglutição, respiração e posteriormente oclusão (OLIVEIRA et al., 2019). Os sintomas que estão interligados a fase de amamentação, e que se encontra relacionado à anquiloglossia são: dor no mamilo da mãe e dificuldade na ordenha e sucção, que tem como consequência um desmame precoce e perda de peso (BRAGA et al., 2009).

Notadamente, pode-se observar inabilidade dos processos de mastigação e deglutição, devido à dificuldade de acoplamento da língua no palato duro, por causa da baixa postura da língua, que por sua vez gera acúmulo de alimentos na cavidade bucal. Encontra-se também menção à interposição anterior ou bilateral de língua, alterações dentárias como diastema e alterações do tecido periodontal. Além disso,

podem existir problemas que implicam em dificuldade em lambe os lábios, sorvete e beijar, que podem gerar constrangimentos sociais (BRAGA et al., 2009).

2.2.3 Diagnóstico

De acordo com os protocolos existentes na literatura, o diagnóstico da anquiloglossia não apresenta parâmetro claro e objetivo que indique normalidade ou anormalidade do freio lingual, e em quais situações a frenotomia/frenectomia estaria indicada sendo, portanto, a cirurgia baseada em critérios subjetivos (PROCOPIO; COSTA; LIA, 2017).

Profissionais como o pediatra, o odontopediatra e o clínico geral são aptos para detectar anormalidades na boca de recém-nascidos, lactantes e crianças. Ao pediatra/clínico geral compete o diagnóstico das manifestações presentes na boca dos bebês no início da vida. Já o odontopediatra, examina as crianças a partir do período de irrompimento dos dentes decíduos, por volta dos seis meses de idade. Com a implantação da Odontologia para bebês, a atenção precoce antes do irrompimento dos dentes tornou possível o diagnóstico de alterações bucais como a anquiloglossia (MELO et al., 2010).

Dependendo dos critérios utilizados pelo profissional, o freio lingual pode ser diagnosticado como normal ou alterado. Costuma-se avaliar o frênulo por meio da mobilidade da língua e analisando o seu aspecto. Ao passo que os movimentos da língua e as funções orofaciais da deglutição, mastigação e fala são alteradas, é necessário uma avaliação dessa estrutura. Via de regra, é analisada a anatomia da cavidade bucal, observando os freios assim como as funções exercidas pela língua e a construção da fala (ISAC, 2018).

O frênulo lingual está modificado, quando sua fixação encontra-se alterada. Podendo ser classificado em curto, na qual tem uma correta fixação, porém seu tamanho é menor que o normal, com fixação anteriorizada, cujo tamanho é normal, contudo fixa-se a um ponto localizado à frente da metade da face sublingual, podendo, inclusive, estar fixado próximo ao ápice e por fim curto com fixação anteriorizada, na qual corresponde a um misto dos dois anteriores (MELLO et al., 2011; SUZART; CARVALHO, 2016).

Segundo Martinelli, Marchesan e Berretin-Felix (2013), baseado em revisão de literatura, foi proposto um protocolo que consiste em uma avaliação dividida em história clínica, avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção não nutritiva e

nutritiva. Podendo ser realizado por profissionais qualificados da área da saúde como fonoaudiólogo, pediatra a cirurgião-dentista, o Teste da Linguinha, foi um grande avanço para o diagnóstico de alteração do freio lingual. Esse teste teve aprovação no Brasil por meio da Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014, que obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, objetivando um diagnóstico precoce de anquiloglossia (OLIVEIRA et al., 2019).

Sabe-se que, constantemente, nos recém-nascidos, o frênulo lingual é muito curto e está inserido perto da ponta da língua. Apesar disso, na maior parte dos casos, esta situação é corrigida espontaneamente na primeira infância. Somente após a conclusão dessa fase, se ocorrer problemas mastigatórios, mecânicos, na dicção e/ou sociais, que tenham uma relação direta com o freio lingual anormal, é que deve-se optar pela correção do mesmo por meios cirúrgicos. Sendo assim, em qualquer fase da vida, a cirurgia deve ser considerada (ISAC, 2018).

2.2.4 Tratamento

Dois tipos de tratamentos são sugeridos depois de diagnosticada a anquiloglossia: o conservador e o não conservador. Na abordagem conservadora, fonoaudiólogos praticam a fonoterapia, buscando alcançar ao fim do tratamento o alongamento da estrutura do freio lingual. Já no não conservador ou cirúrgico é realizado a frenectomia lingual, a qual consiste na remoção do tecido mucoso que compõe o freio lingual. Porém em recém-nascidos e lactantes pode ser realizado a frenetomia, que se baseia na incisão linear anteroposterior do freio lingual, sem remoção de tecido. A forma não conservadora pode ser realizada da forma tradicional (tesoura, bisturi ou bisturi elétrico) ou com laser, que apesar de ser facilitadora e promissora, ainda sofre certo grau de rejeição por parte dos profissionais, devido ao seu alto custo. Porém, por outro lado, o laser de alta potência, apresenta benefícios como a dispensa da utilização de rafia para a contenção da língua, uso de bisturi e suturas finais, pois o laser provoca vaporização dos tecidos, causando hemostasia dos vasos superficiais, evitando assim o sangramento (VIEIRA; MACHADO, 2018; PROCOPIO; COSTA; LIA, 2017)

Diante do exposto, fica clara, a importância do diagnóstico e da realização da frenectomia/frenotomia, levando em consideração as vantagens que a cirurgia devolve ao paciente, como a possibilidade de deglutição e sucção corretas,

movimentos correlacionados com a amamentação e fonação, na qual a participação da língua é essencial (VIEIRA; MACHADO, 2018).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. T. B.; BARBOSA, I. S.; ARAÚJO, T. R., OLIVEIRA, L. L. de; GURGEL, J.de M.; ABRANTE, J. K. B.; JARDIM, J. de F. Relação sobre características anatômicas e a anquiloglossia. **Jornada Odontologica dos Acadêmicos da Católica**, v. 3, n. 1, p. 1-4, 2017.

ÁVILLA, M. I. **As alterações do frênulo da língua na visão de médicos, cirurgiões dentistas e fonoaudiólogos do município Itajaí/SC**. 2005. [dissertação] - Universidade de Tuiuti do Paraná, Paraná, 2005.

BRAGA, L. A. dos S.; BRAGA, L. A. dos S.; SILVA, J. da; PANTUZZO, C. L.; MOTTA, A. R. Prevalência de alteração no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. **Revista Cefac**, v. 11, n. 3, p. 378-390, 2009.

BRITO, S. F.; MARCHESAN, I. Q.; BOSCO, C. M. de; CARRILHO, A. C. A.; REHDER, M. I. de. Frênulo Lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudióloga, odontológica e otorrinolaringológica. **Revista CEFAC**, v.10, n.3, p. 343-351, 2008.

FUJINAGA, C. I.; CHAVES, J. C.; KARKOW, I. K.; KLOSSOWSKI, D. G.; SILVA, F. R.; RODRIGUES, A. H. Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo. **Audiology - Communication Research**, v. 22, e1762, 2017.

ISAACSON, G. C. Ankyloglossia (tongue -tie) in infants an children. 2014.

ISAC, C. **Frenectomia**: momento ideal da intervenção cirúrgica. 2018. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Instituto Universitário Egas Moniz, Almada, 2018.

IZOLANI NETO, O.; MOLERO, V. C.; GOULART, R. M. Frenectomia: revisão da literatura. **Revista Uningá**, v. 18, n. 3, p. 21-25, 2014.

MARCHESAN, I. Q. Lingual frenulum: classification and speech interference. **The International journal of orofacial myology**, v. 30, n. 1, p. 31-8, 2004.

MARTINELLI R. L. C.; MARCHESAN I. Q., BERRETIN-FELIX G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 3, p. 599-610, 2013.

MELO, N. S. F. O.; LIMA, A. A. S. de; FERNANDES, A.; SILVA, R. P. G. V. C. da. Anquiloglossia: relato de caso. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 8, n. 1, p. 102-7, 2011.

NGERNCHAM, S.; LAOHAPENSANG, M.; WONGVISUTDHI, T.; RITJAROEN, Y.; PAINPICHAN, N.; HAKULARB, P.; GUNNALEKA, P.; CHATURAPITPHOTHONG, P. Lingual frenulum and effect on breastfeeding in Thai newborn infants. **Paediatrics And International Child Health**, v. 33, n. 2, p. 86-90, 2013.

OLIVEIRA, D. de; ALBUQUERQUE, G. de; MARTINS, V.; ARANTES, P. Anquiloglossia, tratamento cirúrgico: relato de caso clínico. **Revista de Ciências da Saúde da Amazônia**, v. 1, n. 1, p. 76-82, 2017.

OLIVEIRA, M. T. P. de; MONTENEGRO, N. C.; SILVA, R. A. D. A. da; CARVALHO, F. M. de; REBOUÇAS, P. D.; LOBO, P. L. D. Frenotomia lingual em bebês diagnosticados com anquiloglossia pelo Teste da Linguinha: série de casos clínicos. **Revista da Faculdade de Odontologia - Upf**, v. 24, n. 1, p. 73-81, 2019.

PROCOPIO, I. M. S.; COSTA, V. P. P.; LIA, E. N. Frenotomia lingual em lactentes. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 22, n. 1, p. 114-9, 2017.

RIBEIRO, F. P.; SIMONETTI, Z. P. R. do C.; SANTOS, A. S. dos; BELÉM, L. C.; RESENDE, G. B. de. Frenectomia lingual em paciente pediátrico: relato de caso. **Revista da Academia Brasileira de Odontologia**, v. 5, n. 1, p. 1–11, 2016.

SANTOS, E. S. R. dos; IMPARATO, J. C. P.; ADDE, C. A.; MOREIRA, L. A.; PEDRON, I. G. Frenectomia a laser (Nd: YAP) em odontopediatria. **Revista Odonto**, v. 15, n. 29, p. 107-113, 2007.

SANTOS, P. O. M. dos; CONCEICAO, H. C.; PRESTES, G. B. de R.. Frenulotomia lingual em paciente pediátrico: relato de caso. **Archives Of Health Investigation**, v. 7, n. 4, p.139-142, 2018.

SOARES, D. R.; FERRARI, L. M.; FARIA, M. D.; Anguiloglossia em bebês: relato de casos clínicos. **Revista FUNEC Científica – Multidisciplinar**, v. 1, n. 2, p. 1–13, 2012.

SUZART, D. D.; CARVALHO, A. R. R. de. Alterações de fala relacionadas às alterações do frênulo lingual em escolares. **Revista Cefac**, v. 18, n. 6, p. 1332-9, 2016.

VARGAS, B. C.; MONNERAT, L. H. P.; PINTO, L. A. P. F.; GANDELMAN, I. H. A.; CAVALCANTE, M. A. de A. Anquiloglossia: quando indicar a frenectomia lingual? **Revista Uningá**, v. 18, n. 1, p. 161-170, 2008.

VIEIRA, K. A.; MACHADO, F. G. Modelagem de laminados cerâmicos com técnica modificada em três passos: relato de caso. **Revista da Academia Brasileira de Odontologia**, v. 7, n. 2, p. 145-152, 2018.

WALLS, A.; PIERCE, M.; WANG, H.; STEEHLER, A.; STEEHLER, M.; HARLEY JUNIOR, E. H. Parental perception of speech and tongue mobility in three-year olds after neonatal frenotomy. **International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 78, n. 1, p. 128-131, 2014.

ZEGARELLI, E. V.; KUTSCHER, A. H.; HYMAN, G. A. **Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares**. Rio de Janeiro. Guanabara-Koogan, 1978. 2 ed. p: 224.3.

3 ARTIGO**FRENECTOMIA LINGUAL: RELATO DE CASO**Taíla Fernandes **SUASSUNA**¹Maria Vitória Calado Ramalho dos **SANTOS**²Damares Pereira **CAVALCANTE**³Renata Andréa Salvitti de Sá **ROCHA**⁴Catarina Ribeiro Barros de **ALENCAR**⁵Faldryene de Sousa **QUEIROZ**⁶

¹Graduação em odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande, pertencente à Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, situado a Avenida Universitária, s/n – Jatobá, Patos – PB, 58708-110. Telefone: 83 99625-7066. Email para correspondência: tailasuassuna@hotmail.com

²Graduação em odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande, pertencente à Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, situado a Avenida Universitária, s/n – Jatobá, Patos – PB, 58708-110. Telefone: 82 988090812. Email para correspondência: mvitoriaramalho@outlook.com

³Graduação em odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande, pertencente à Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, situado a Avenida Universitária, s/n – Jatobá, Patos – PB, 58708-110. Telefone: 83 99851-4876. Email para correspondência: damares.cavalcante@hotmail.com

⁴Professora Doutora do curso de Odontologia ligada a Universidade Federal de Campina Grande, pertencente à Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, situado a Avenida Universitária, s/n – Jatobá, Patos – PB, 58708-110. Telefone: 83 99677-0652. Email para correspondência: renatasarocha@hotmail.com

⁵Professora Doutora do curso de Odontologia ligada a Universidade Federal de Campina Grande, pertencente à Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, situado a Avenida Universitária, s/n – Jatobá, Patos – PB, 58708-110. Telefone: 83 98221897 Email para correspondência: catarina.rba@gmail.com

⁶Professora Doutora do curso de Odontologia ligada a Universidade Federal de Campina Grande, pertencente à Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, situado a Avenida Universitária, s/n – Jatobá, Patos – PB, 58708-110. Telefone: 83 99993—8867. Email: falqueiroz@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A anquiloglossia é uma anomalia de desenvolvimento da língua caracterizada por freio lingual curto, que compromete os movimentos da mesma. O freio é uma prega mucosa mediana que conecta o ventre da língua ao assoalho da boca. Diante dos casos encontrados na literatura o freio pode ser classificado como curto, com inserção anteriorizada e curto com inserção anteriorizada. A fim de solucionar as implicações da anquiloglossia são sugeridos tratamentos conservadores como a fonoterapia e não conservadores como a frenectomia/frenotomia. **Objetivo e relato de caso:** Descrever um caso de anquiloglossia em um paciente pediátrico de 9 anos, encaminhado a Clínica Escola de Odontologia da UFCG, apresentando freio lingual curto e anteriorizado, o qual foi tratado com frenectomia. **Conclusão:** A cirurgia de frenectomia conseguiu devolver parte das funções normais da língua à paciente.

DESCRIPTORIOS: Freio Lingual, Anquiloglossia, Frenectomia

ABSTRACT

Introduction: ankyloglossia a developmental anomaly of the tongue characterized by short lingual frenun, which compromises the movements of the tongue. Frenun is a median mucous fold connecting the ventral side of the tongue to the floor of the mouth. Considering cases found in the literature, the bridle can be classified as short, with anteriorized and short insertion with anteriorized insertion. In order to solve the implications of ankyloglossia, conservative treatments such as speech therapy and non-conservative such as frenectomy/frenotomy are suggested. Objective and case report: to describe a case of ankyloglossia in a pediatric 9 years old patient, referred to the Clinic School of Dentistry of UFCG, presenting a short and anteriorized lingual frenun, which was treated with frenectomy. Conclusion: Frenectomy surgery was able to provide part of the normal functions of the tongue to the patient.

DESCRIPTORS: Lingual frenun, Ankyloglossia, Frenectomy

INTRODUÇÃO

Os freios linguais são considerados estruturas dinâmicas que estão sujeitas a modificações no tamanho, na forma e posição durante as etapas de desenvolvimento humano. Anatomicamente, o freio é classificado em labial e lingual. O labial que tem a função de delimitar os movimentos dos lábios, promovendo a estabilização da linha média e impedindo a exposição acentuada da gengiva, e o freio lingual que por sua vez tem finalidade de estabelecer o movimento da língua, possibilitando assim a fala, a deglutição e fonação ¹.

Inferiormente a língua encontra-se uma pequena prega de membrana mucosa que a conecta ao assoalho da boca, que se chama freio da língua ou frênulo ². Existe uma anomalia congênita que atinge o freio da língua, chamada anquiloglossia, conhecida como língua presa. Essa anomalia do frênulo pode apresentar alterações no seu tamanho, impossibilitando algumas funcionalidades da língua. Tal alteração é perceptível ao nascimento até a idade adulta, onde ocorre uma mudança no local de inserção do frênulo, que acontece da ponta da língua até o rebordo alveolar lingual ³.

Dependendo do critério de diagnóstico empregado e da população estudada, a prevalência da anquiloglossia encontrada nas bases literárias varia de 1,72% até 4,8% ⁴. De acordo com Walls et al ⁵ (2014) as taxas de incidência variam de 2% a 10% dos neonatos com predominância masculina de cerca de 3:1. A variação que se encontra ao diagnosticar a anquiloglossia, pode ser devido à ausência de metodologias específicas para avaliação do freio lingual ³.

Nesse tipo de condição, o freio encontra-se incomumente espesso e curto, podendo haver variação em elasticidade, espessura e local de fixação no assoalho da boca e na língua ⁶. Essa variedade de características pode comprometer os movimentos da língua, em diferentes níveis, além de poder comprometer a fonação e mastigação Ribeiro et al. ⁷ (2016), relata que as modificações nos movimentos da língua levam a modificações na articulação correta de alguns fonemas. Nos dias atuais é relatado que esta anomalia poder causar risco a saúde e a qualidade de vida da criança, devido a alterações na fala, interferindo no seu convívio com a sociedade e influenciando na sua autoimagem. Portanto, é imprescindível que os agentes causadores de tais modificações sejam diagnosticados previamente ⁸.

De acordo com a literatura, existe uma classificação para a anquiloglossia: leve ou parcial, considerada o tipo mais comum, e grave ou completa, uma condição rara, em que a língua esta fundida com o assoalho da cavidade bucal ⁹. Já a forma parcial (língua de gravata) ocorre devido a uma inserção muito alta do freio da língua, próximo ao ápice ou ao um freio muito curto ¹⁰. O segundo caso fica claro a necessidade da cirurgia, já no primeiro caso, a indicação se dá quando existe uma complicação na fala ⁶. Dentre as técnicas de

correção da anquiloglossia, tem-se: a frenectomia que é a remoção total do freio labial ou lingual e a frenotomia onde se realiza a remoção parcial do freio lingual ou a sua reinserção¹¹.

Nos casos em que se observa mobilidade lingual irregular e funções orofaciais atípicas, torna indispensável a análise do frênulo, pois qualquer alteração do freio lingual impedirá a língua de realizar suas devidas funções junto com as estruturas estomatognáticas. Qualquer mudança que vier a envolver o frênulo, pode acarretar em uma modificação da fonética⁴. Segundo Santos *et al*¹² (2007) a frenectomia deve ser realizada de modo mais precoce possível ou assim que se tenha resultado da análise.

Portanto, o presente estudo abordará sobre a importância da correta realização do diagnóstico para que se obtenha previsibilidade do resultado e consequente sucesso no tratamento. Profissionais como o clínico geral e o odontopediatra são habilitados para detectar anormalidades na boca de recém-nascidos, lactantes e crianças. Com a implantação da Odontologia para bebês, a atenção precoce, na qual antecede o irrompimento dos dentes e o surgimento do teste da linguinha, tornou-se possível o diagnóstico prévio das alterações bucais como a anquiloglossia. Tal exame é realizado por meio da aplicação do Protocolo de avaliação do frênulo lingual com escores para bebês. Quando diagnosticada esta anomalia, dois tipos de tratamento podem ser sugeridos: o conservador e não – conservador¹³.

RELATO DE CASO

Paciente com 9 anos de idade, masculino, boas condições de saúde, procurou a Clínica Escola de Odontologia da UFCG com queixa de dor do lado direito da face. Paciente foi encaminhado pra urgência da clínica de Infantil II na mesma instituição.

No exame clínico, foi observado edema com fístula e exsudato na região do elemento 84, além de presença de freio lingual curto anteriorizado. A radiografia periapical foi realizada revelando necessidade de exodontia do elemento 84 para prevenção de posterior infecção, e o responsável foi orientado quanto à necessidade de realização de frenectomia lingual e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após recuperação do tratamento anterior realizado, o paciente foi submetido a nova avaliação pela equipe de odontopediatria da UFCG para conhecimento do grau em que se encontrava o freio lingual.

Na avaliação, observou-se movimentos curtos de protusão e lateralidade, dificuldade na fala e aspecto de “coração” ao protruir (Figura 1 A e B), indicando, assim, a necessidade de realização de frenectomia lingual e posterior acompanhamento de profissional fonoaudiólogo.

O protocolo cirúrgico seguiu da seguinte maneira: bloqueio bilateral dos nervos alveolar inferior e lingual com anestésico mepivacaína 2%, estabilização da língua e apreensão do freio com tentacânula (Figura 1 C), incisão inicial com tesoura íris reta (Figura 1 D), divulsão dos tecidos (Figura 1 E), secção das fibras musculares com lâmina de bisturi e sutura com fio de seda (Figura 1 F).

Durante a secção das fibras musculares os movimentos de protrusão e lateralidade foram realizados, já que havia a proximidade das fibras posteriores com o assoalho bucal, devendo-se assim maior atenção para a não ruptura do assoalho bucal. Determinada e feita a secção das fibras musculares a sutura foi realizada e foi pedido que o paciente realizasse o movimento de protrusão para observação pós-cirúrgica imediata. Observou-se então maior amplitude do movimento comparado ao movimento pré-cirúrgico (Figura 1 G).

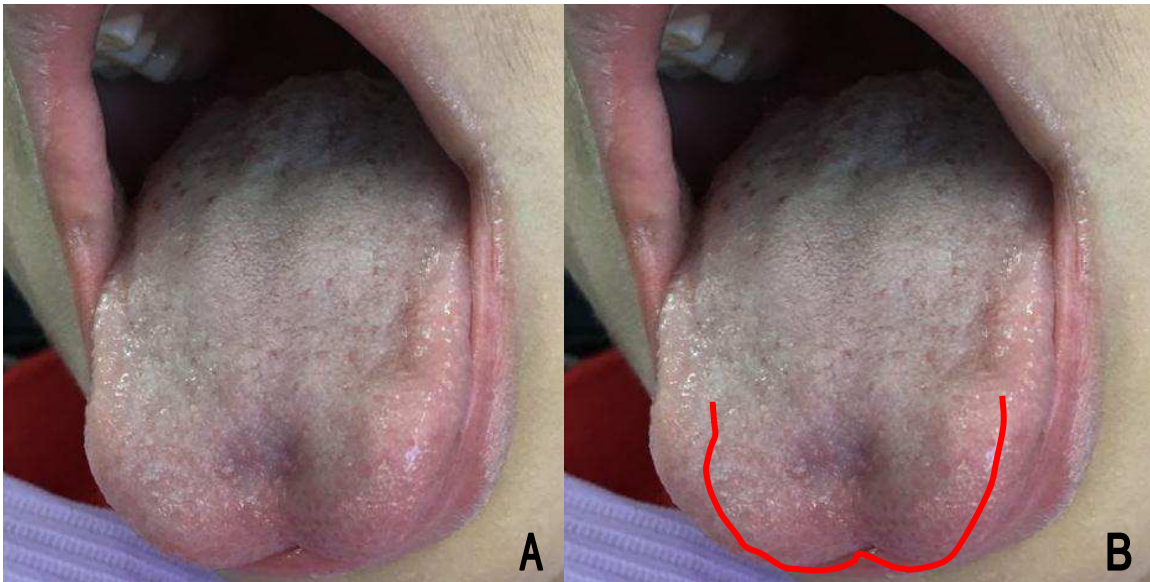
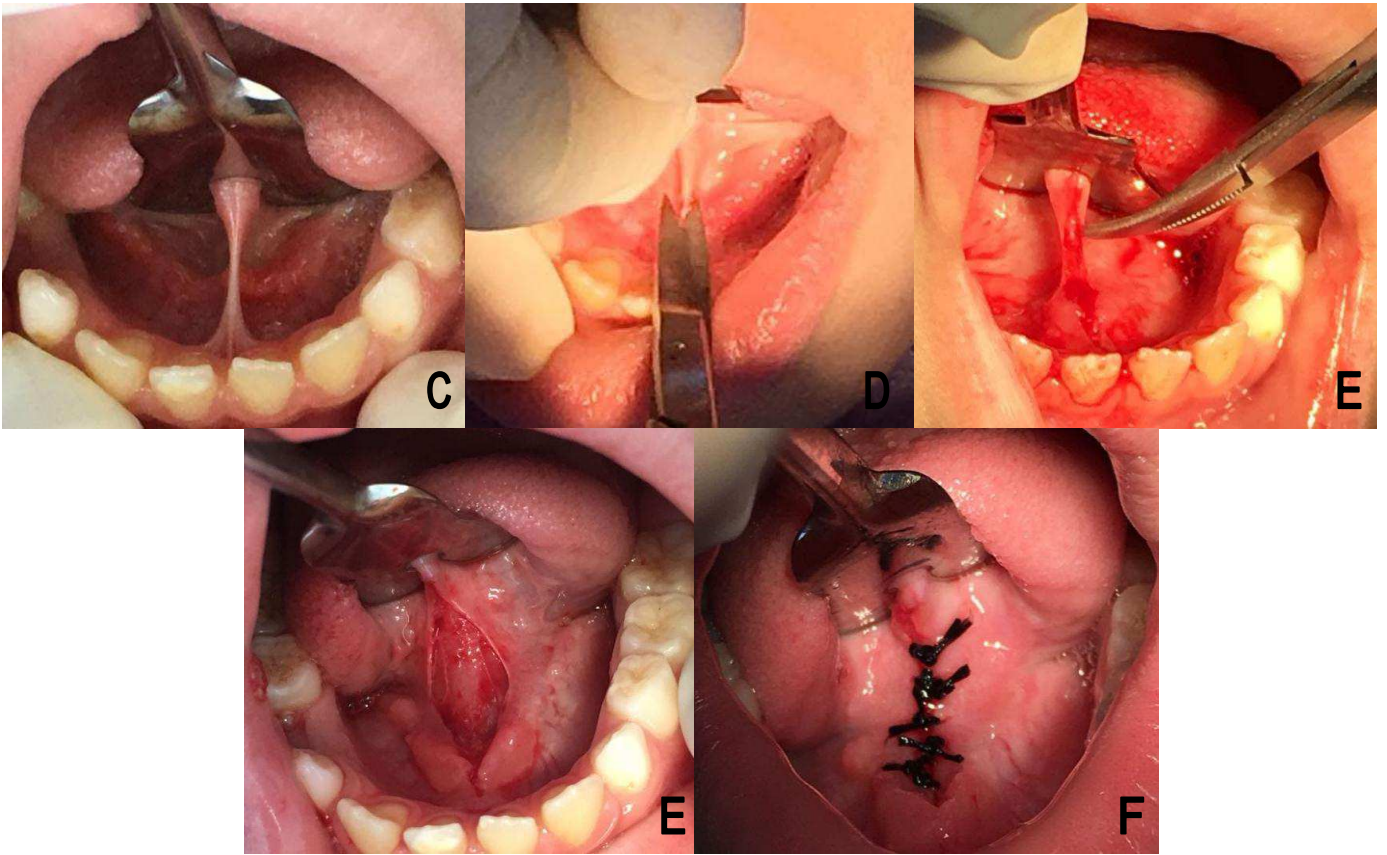


Figura 1 (A e B) – Aspecto inicial da língua. Vê-se ao movimento de protrusão o formato de “coração”, indicando necessidade de suporte cirúrgico.



Figuras 1 (C) - Apreensão e estabilização do freio lingual com tentacânula. (D) Incisão inicial com tesoura íris reta. (E) divulsão dos tecidos. (F) sutura com fio de seda.

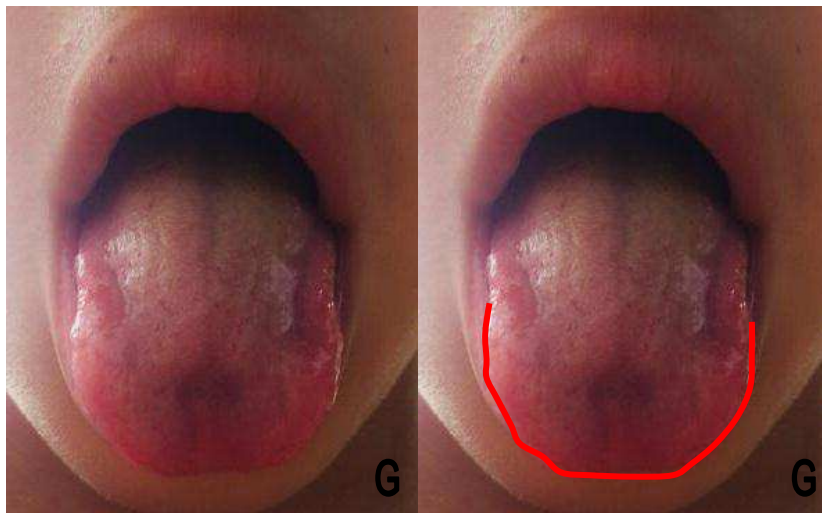


Figura 1 (G) - Aspecto pós-cirúrgico após uma semana da frenectomia língual. Visualiza-se maior amplitude no movimento de protrusão.

DISCUSSÃO

É verificado que existem várias alterações e anormalidades que podem ser vistas na cavidade bucal, que se não tratadas, podem ocasionar prejuízos a curto e longo prazo. Sabe-se que qualquer problema que afete a saúde da língua pode repercutir nas funções bucais. A anquiloglossia é uma anomalia bucal congênita caracterizada por freio lingual muito curto, capaz de resultar em graus variáveis de diminuição da mobilidade lingual ¹⁴.

A língua é um órgão extremamente ativo que desempenha função na deglutição, no transporte de alimentos e é de fundamental importância na pronúncia das palavras ^{15,16,17}. Esse órgão também tem atuação na posição dos dentes dos arcos dentários e na amamentação. Um freio lingual falho limita a amplitude dos movimentos da língua, impedindo-a de realizar suas devidas funções¹⁸. Dentre as alterações de um freio lingual alterado, a fala é a que mais sofre influência. Pois a fala só é produzida de maneira adequada quando existe um correto equilíbrio entre todas as estruturas anatomofuncionais do sistema estomatognático e bases motoras envolvidas na sua produção ¹⁹.

Segundo Marchesan ²⁰ 2004, opiniões contraditórias são encontradas entre profissionais de saúde, quanto à classificação do frênulo em normal ou alterado e quanto a indicação ou não de cirurgia. Tal classificação vai depender dos critérios de avaliação utilizados por quem avalia. E ainda sendo classificado como alterado, pode ser ou não indicado para cirurgia ²⁰. O diagnóstico é facilitado quando se tem uma anquiloglossia total, pois é bem evidente. Porém diferenciar as variações do freio requer estudo aprofundado em assoalho de boca e anatomia da língua ²¹.

De acordo com Sena et al. ²² 2014 dentre as características clínicas prevalentes temos: dificuldade de elevação da língua e de tocar o palato, dificuldade de protrusão lingual, acima de 1 a 2mm além dos incisivos centrais inferiores (durante a protrusão a língua assume “formato de coração”), freio lingual anormalmente curto, inserido próximo ou no ápice lingual, dificuldade de realização de movimentos de lateralidade lingual.

Para Corrêa et al. ²³ 2008, o frênulo se encontra alterado quando na avaliação se apresenta curto e grosso e que durante a protrusão adquire a forma de coração, entre o ápice da língua e o assoalho da boca, outra característica mencionada é a restrição de protruir a língua para além da margem gengival a fora a dificuldade de tocar a papila incisiva. Já para Srinivasan et al. ²⁴ 2006 julga ser uma alteração quando a inserção do frênulo se estende mais do que o habitual, em direção ao ápice da língua.

Conforme a literatura existe uma classificação do frênulo, aquele em que a inserção se inicia na metade da face inferior da língua até o assoalho da boca é considerado normal ou regular ²⁰. O frênulo anteriorizado, tem sua inserção na face sublingual entre o terço médio e a ponta da língua; já o frênulo curto tem a sua inserção normal, no meio da face

sublingual, porém seu tamanho é pequeno; e por fim tem-se o frênulo curto com inserção anteriorizada ²⁰.

A maior chance de variação da fala se deve ao frênulo anteriorizado, quanto mais anteriormente o frênulo estiver fixado, maior a proporção de tal ocorrência, pois ele tende a conter os movimentos da língua ²⁵. No geral, frênulos curtos não causam alterações na fala ou mesmo na mobilidade lingual. De acordo com Marchesan ²⁵ 2003 é observado, clinicamente, que línguas com frênulos curtos mantêm-se baixas, no assoalho da boca, o que aumenta a possibilidade de uma fala inexata. Desta maneira, as complicações mencionadas trazem consequências ainda maiores em um frênulo anteriorizado e curto, já que é uma combinação dos dois tipos ^{26,27}.

A constatação de alterações no frênulo lingual precocemente pode prevenir dificuldades no aleitamento materno e na fala. Por esse motivo foi vigorada a lei nº 13.002, em 20 de junho de 2014 que estabelece a obrigatoriedade de realização de Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. A vista disso, todas as maternidades e hospitais devem realizar a avaliação do frênulo lingual ²¹.

Depois de diagnosticada, são propostos dois tipos de tratamento para a anquiloglossia: o conservador e o não conservador. Na conduta conservadora, fonoaudiólogos praticam a fonoterapia, almejando alcançar ao fim do tratamento o alongamento da estrutura do freio lingual. Já na abordagem não conservadora ou cirúrgica é realizado a frenectomia lingual, que consiste na remoção do tecido mucoso que compõe o freio lingual. Em recém-nascidos e lactantes o procedimento realizado é a frenotomia, que baseia-se na incisão linear anteroposterior do freio lingual sem remoção de tecido. A forma não conservadora pode ser realizada da forma tradicional (tesoura, bisturi ou bisturi elétrico) ou com laser, que apesar de ser facilitadora e promissora, ainda sofre certo grau de rejeição por parte dos profissionais, devido ao seu alto custo de aquisição. Porém, por outro lado, o laser de alta potência, traz benefícios como a dispensa da utilização de rafia para a contenção da língua, uso de bisturi e suturas finais, pois o laser provoca vaporização dos tecidos, causando hemostasia dos vasos superficiais, evitando assim o sangramento ³.

Diante do exposto, fica clara a importância do estudo e a realização da frenectomia/frenotomia, levando em conta a somatória das vantagens que a cirurgia devolve ao paciente, como a possibilidade de deglutição e sucção, movimentos correlacionados com a amamentação e fonação, na qual a participação da língua é essencial.

CONCLUSÃO

No presente trabalho foi relatado que a inserção anormal do freio alterava de modo relevante as devidas funções exercidas pela língua. Concluiu-se que a frenectomia é extremamente necessária quando o seu tratamento é indicado, assim como a interação

multidisciplinar para tal conclusão, deve ser levada em consideração a satisfação dos pais, pois é um fator importante, a cicatrização é rápida e por fim quanto mais precoce o diagnóstico melhor para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Izolani O, Molero VC, Goulart RM. Frenectomia: revisão da literatura. Revista Uningá, v. 18, n. 3, 2014; p. 21-25.
2. Ávilla MI. As alterações do frênulo da língua na visão de médicos, cirurgiões dentistas e fonoaudiólogos do município Itajaí/SC. [dissertação] - Universidade de Tuiuti do Paraná, Paraná, 2005.
3. Vieira KA, Machado FG. Modelagem de laminados cerâmicos com técnica modificada em três passos: relato de caso. Revista da Academia Brasileira de Odontologia, v. 7, n. 2, 2018; p. 145-152.
4. Vargas BC, Monnerat LHP, Pinto LAPF et al. Anquiloglossia: quando indicar a frenectomia lingual? Revista Uningá, v. 18, n. 1, 2008; p. 161-170.
5. Walls A, Pierce M, Wang H, Steehler A, Steehler M, Harley-Jr EHH. Parental perception of speech and tongue mobility in three-year olds after neonatal frenotomy. International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology, v. 78, n. 1, 2014; p. 128-131.
6. Isac C. Frenectomia: momento ideal da intervenção cirúrgica. 2018. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Instituto Universitário Egas Moniz, Almada.
7. Ribeiro FP, Simonetti ZPRC, Santos AS, Belém LC, Resende GB. Frenectomia lingual em paciente pediátrico: relato de caso. Revista da Academia Brasileira de Odontologia, v. 5, n. 1, 2016; p. 1-11.

8. Suzart DD, Carvalho ARR. de. Alterações de fala relacionadas às alterações do frênulo lingual em escolares. *Revista Cefac*, v. 18, n. 6, 2016; p. 1332-9.
9. Ngercham, Sopapan, Laohapensang M, Wongvisutdhi T, Ritjaroen Y. Lingual frenulum and effect on breastfeeding in Thai newborn infants. *Paediatrics And International Child Health*, v. 33, n. 2, 2013; p. 86-90.
10. Zegarelli EV, Kutscher AH, Hyman GA. Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares. Rio de Janeiro. Guanabara-Koogan, 1978. 2 ed. p: 224.3.
11. Santos POM, Conceição HC, Preste GBR. Frenulotomia lingual em paciente pediátrico: relato de caso. *Archives Of Health Investigation*, v. 7, n. 4, 2018; p.139-142.
12. Santos ESR, Imperato JCP, Adde CA, Moreira LA, Pedron IG. Frenectomia a laser (Nd: YAP) em odontopediatria. *Revista Odonto*, v. 15, n. 29, 2007; p. 107-113.
13. Aguiar FTB, Barbosa IS, Araújo TR, Oliveira LL, Gurgel JM, Abrante JKB, Jardim JF. Relação sobre características anatômicas e a anquiloglossia. *Jornada Odontologica dos Acadêmicos da Católica*, v. 3, n. 1, 2017; p. 1-4.
14. Melo NSFO et al. Anquiloglossia: relato de caso. *Revista Sul Brasileira de Odontologia*, v.8, n.1, 2010; p 102-107.
15. Feres MA. Componentes do aparelho estomatognático. In: Petrelli E (ed.). *Ortodontia para fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise; 1994.
16. Saconato M, Guedes ZCF. Estudo da mastigação e da deglutição em crianças e adolescentes com seqüência de Möbius. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(2):165-71.

17. Beutnmuller G, Camera V. Reequilíbrio da musculatura orofacial. Rio de Janeiro: Enelivros; 1989.
18. Kotlow L. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. Quintessence Int. 1999; 30(4):259-62.
19. Martinelli RLC, Fornaro EF, Oliveira CJM, Ferreira LMDB, Rehder MIBC. Correlações entre alterações de fala, respiração oral e oclusão. Rev CEFAC. 2011; 13(1):17-26.
20. Marchesan IQ. Frênulo lingual: proposta de avaliação quantitativa. Rev CEFAC, 2004; v.6, n.3, p.288-93.
21. Martinelli, RL de C., Marchesan I.Q., Rodrigues, A de C., Berretin-Felix, G., & others (2012). Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. Revista CEFAC, 14 (1) 138-145.
22. Sena, P., Marques, I. Tratamento cirúrgico da anquiloglossia (TCC). UnB, Brasília, 2014.
23. Corrêa MSNP, Alvarez JA, Corrêa FNP, Bonini GAVC, Alves FBT. Anquiloglossia y amamantamiento: revisión y reporte de caso. Rev Estomatol Herediana. 2008;18(2):123-7.
24. Srinivasan A, Dobrich C, Mitnick H, Feldman P. Ankyloglossia in breastfeeding infants: the effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. Breastfeed Med. 2006;1(4):216-24.
25. Marchesan IQ. Frênulo de língua: classificação e interferência na fala. Rev. CEFAC. 2003; 5(4):341-5.

26. Marchesan IQ, Rehder MIBC, Oliveira LR, Martineli RCL, Costa MLVCMC, Araújo RLT. Interrelação do frênulo da língua e alterações de fala em crianças de 1A. a 3A. série [resumo]. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2008; Supl Espec.

27. Marchesan IQ, Rehder MIBC, Araújo RLT, Oliveira LR, Martineli RCL, Costa MLVCMC. Ocorrência de alterações de sonoridade na fala em um grupo de crianças com frênulo lingual alterado [resumo]. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2008; Supl Espec

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a frenectomia deve ser realizada sempre que a anquiloglosia causar algum prejuízo as funções estomatognáticas de uma criança. Quando bem indicada, poderá contribuir para o melhor desenvolvimento psíquico-emocional do paciente visto que proporcionará melhor movimento da língua, bem como a melhor pronuncia das palavras. O exame do freio em bebês possibilita um diagnóstico precoce para que medidas preventivas sejam tomadas o mais rápido possível.

ANEXO A - NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO (RFO – UPF).

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)
- O texto está em espaço duplo; usa uma fonte de 12-pontos; com figuras e tabelas inseridas no corpo do texto, e não em seu final.
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na seção Sobre a Revista.
- Comprovante do registro do protocolo de pesquisa em seres humanos no SISNEP (Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa) ou documento equivalente, quando cabível. Para casos clínicos, cópia do termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo paciente ou responsável legal.

Diretrizes para Autores

Normas RFO

A RFO UPF é uma publicação quadrimestral dirigida à classe odontológica que tem por objetivo disseminar e promover o intercâmbio de informações científicas, indexada nas bases de dados da BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal), Rev@odonto e Portal de Periódicos CAPES. A RFO UPF divulga artigos inéditos de investigação científica; resumos de teses, dissertações e monografias; relatos de casos clínicos e artigos de revisão sistemática que representam contribuição efetiva para a área do conhecimento odontológico.

Os manuscritos deverão ser encaminhados somente via submissão online utilizando o website <http://www.upf.br/seer/index.php/rfo>

1 – Normas gerais

a) Os conceitos e informações emitidos no texto são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo, necessariamente, a opinião do Conselho Editorial e Científico da revista.

b) Todos os manuscritos serão submetidos, inicialmente, à apreciação dos Editores de Área e, se adequados à revista, serão submetidos a um Conselho Científico; posteriormente os autores serão notificados pelo editor, tanto no caso de aceitação do artigo como da necessidade de alterações e revisões ou rejeição do trabalho. Eventuais modificações na forma, estilo ou interpretação dos artigos só ocorrerão após prévia consulta e aprovação por parte do(s) autor(es).

c) A correção das provas tipográficas estará a cargo dos autores.

d) Cada trabalho publicado dará direito a um exemplar impresso da revista. Por solicitação do(s) autor(es) poderão ser fornecidos exemplares adicionais, sendo-lhes levado a débito o respectivo acréscimo.

e) Serão aceitos para revisão manuscritos com, no máximo, seis autores.

2 – Apresentação dos originais Os artigos destinados à RFO UPF deverão ser redigidos em português ou em inglês, de acordo com o estilo dos Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Revistas Biomédicas, conhecido como Estilo de Vancouver, versão publicada em outubro de 2005, elaborada pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) e baseado no padrão ANSI, adaptado pela U.S. National Library of Medicine. O texto deverá ser digitado em fonte Times New Roman tamanho 12, papel tamanho A4, com espaço duplo e margens de 3 cm de cada lado, perfazendo um total de, no máximo, 20 páginas, incluindo tabelas, quadros, esquemas, ilustrações e respectivas legendas. As páginas deverão ser numeradas com algarismos arábicos no ângulo superior direito da folha. O título do artigo (em português e em inglês), assim como os subtítulos que o compõem deverão ser impressos em negrito. Deverão ser grafadas em itálico palavras e abreviaturas escritas em outra língua que não a portuguesa, como o latim (ex: *in vitro*) e o inglês (ex: *single bond*). As grandezas, unidades, símbolos e abreviaturas devem obedecer às normas internacionais ou, na ausência dessas, às normas nacionais correspondentes. Qualquer trabalho que envolva estudo com seres humanos, incluindo-se órgãos e/ou tecidos separadamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverá estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, e ser acompanhado da aprovação de uma Comissão de Ética em Pesquisa. Não devem ser utilizados no material ilustrativo nomes ou iniciais dos pacientes, tampouco registros hospitalares. Nos experimentos com animais, devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidados dos

animais de laboratório, e o estudo deve ser acompanhado da aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA). No caso de trabalhos aceitos para publicação totalmente em inglês, correrá por conta dos autores o custo de revisão gramatical, com tradutor indicado pela Coordenação de Editoração do periódico. O custo da revisão gramatical da língua inglesa será repassado aos autores. A submissão de um manuscrito em língua inglesa à RFO-UPF implica na aceitação prévia desta condição. O mesmo é válido para a revisão gramatical dos abstracts.

2.1 – Composição dos manuscritos Na elaboração dos manuscritos deverá ser obedecida a seguinte estrutura:

a) página de rosto • título do manuscrito no primeiro idioma (que deve ser conciso mas informativo); • título do manuscrito no segundo idioma (idem ao item anterior); • nome(s) do(s) autor(es) por extenso, com seu grau acadêmico mais alto e sua filiação institucional (se houver), departamento, cidade, estado e país; • nome do(s) departamento(s) ou instituição(ões) aos quais o trabalho deve ser atribuído; • o nome e o endereço do autor responsável pela correspondência sobre o original.

b) resumo e palavras-chave O resumo deve ser estruturado e apresentar concisamente, em um único parágrafo, os objetivos do estudo ou investigação, procedimentos básicos (seleção da amostra, métodos analíticos), principais achados (dados específicos e sua significância estatística, se possível) e as principais conclusões, enfatizando aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Não deve conter menos de 150 e mais de 250 palavras. Deve apresentar as seguintes subdivisões: objetivo, métodos, resultados e conclusão (para investigações científicas); objetivo, relato de caso e considerações finais (para relatos de caso); e objetivos, revisão de literatura e considerações finais (para revisão de literatura). Abaixo do resumo, fornecer, identificando como tal, 3 a 5 palavras-chave ou expressões que identifiquem o conteúdo do trabalho. Para a determinação destas palavras-chave, deve-se consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS”, elaborada pela Bireme, e a de “Descritores em Odontologia – DeOdonto”, elaborada pelo SDO/FOUSP.

c) abstract e keywords Idem ao item anterior. Sua redação deve ser paralela à do resumo.

d) texto No caso de investigações científicas, o texto propriamente dito deverá conter os seguintes capítulos: introdução, materiais e método, resultados, discussão, conclusão e agradecimentos (quando houver). No caso de artigos de revisão sistemática e relatos de casos clínicos, pode haver flexibilidade na denominação destes capítulos. • Introdução: estabelecer o objetivo do artigo e apresentar as razões para a realização do estudo. Citar somente as referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está

sendo relatado. A hipótese ou objetivo deve ser concisamente apresentada no final desta seção. Extensas revisões de literatura devem ser evitadas e substituídas por referências aos trabalhos bibliográficos mais recentes, nos quais certos aspectos e revisões já tenham sido apresentados.

- **Materiais e método:** identificar os materiais, equipamentos (entre parênteses dar o nome do fabricante, cidade, estado e país de fabricação) e procedimentos em detalhes suficientes para permitir que outros pesquisadores reproduzam os resultados. Dar referências de métodos estabelecidos, incluindo métodos estatísticos; descrever métodos novos ou substancialmente modificados, dar as razões para usá-los e avaliar as suas limitações. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nome(s) genérico(s), dose(s) e via(s) de administração.
- **Resultados:** devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal. Não duplicar dados em gráficos e tabelas. Não repetir no texto todas as informações das tabelas e ilustrações (ênfatar ou resumir informações importantes).
- **Discussão:** deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Ênfatar os aspectos novos e importantes do estudo. Não repetir em detalhes dados já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.
- **Conclusão:** deve ser associada aos objetivos propostos e justificada nos dados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida.
- **Agradecimentos:** citar auxílio técnico, financeiro e intelectual que por ventura possam ter contribuído para a execução do estudo.
- **Formas de citação no texto:** No texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados. Números seqüenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios devem ser separados por vírgula. Evitar citar os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nomes de autores (seguidos de número-índice e ano de publicação do trabalho) quando estritamente necessário, por motivos de ênfase. Exemplos de citação de referências bibliográficas no texto: - "...manifestase como uma dor constante, embora de intensidade variável³. - "Entre as possíveis causas da condição estão citados fatores psicogênicos, hormonais, irritantes locais, deficiência vitamínica, fármacos e xerostomia^{1-4,6,9,15}. - 1 autor: Field⁴ (1995)...; - 2 autores: Feinmann e Peatfield⁵ (1995)...; - mais do que 2 autores: Sonis ^{.8} (1995)...

e) referências As referências devem ser ordenadas no texto consecutivamente na ordem em que foram mencionadas, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors no "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (<http://www.icmje.org>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o "List of Journals Indexed in Index Medicus" (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito,

itálico ou grifo, devendo- se usar a mesma apresentação em todas as referências. Os sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores. Nas publicações com até seis autores, citam-se todos; nas publicações com sete ou mais autores, citam-se os seis primeiros e, em seguida, a expressão latina “et al.”. Incluir ano, volume, número (fascículo) e páginas do artigo logo após o título do periódico. Deve-se evitar a citação de comunicações pessoais, trabalhos em andamento e os não publicados; caso seja estritamente necessária sua citação, não devem ser incluídos na lista de referências, mas citados em notas de rodapé. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

Exemplos de referências:

Livro: Netter FH. Atlas de anatomia humana. 2. ed. Porto Alegre:Artes Médicas Sul; 2000.

Livro em suporte eletrônico: Wothersponn AC, Falzon MR, Isaacson PG. Fractures: adults and old people [monograph on CD-ROM]. 4. ed. New York: Lippincott-Raven; 1998. Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [cited Jan 27]. Available from: URL: <http://www.hist.com/dentistry>.

Capítulo de livro: Estrela C, Bammann LL. Medicação intracanal. In: Estrela C, Figueiredo JAP. Endodontia. Princípios biológicos e mecânicos. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 571-653.

Capítulo de livro em suporte eletrônico: Chandler RW. Principles of internal fixation. In: Wong DS, Fuller LM. Prosthesis [monograph on CD-ROM]. 5. ed. Philadelphia: Saunders; 1999. Tichemor WS. Persistent sinusitis after surgery. In: Tichenor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996.[cited 1999 May 27]. Available from: URL: <http://www.sinuses.com/postsurg.htm>.

Editor(es) ou compilador(es) como autor(es) de livros: Avery JK, editor. Oral development and histology. 2. ed. New York: Thieme Medical Publishers; 1994.

Organização ou sociedade como autor de livros: American Dental Association and American Academy of Periodontology. Introduce dentist to new time saving periodontal evaluation system. Washington: The Institute; 1992.

Artigo de periódico: Barroso LS, Habitante SM, Silva FSP. Estudo comparativo do aumento da permeabilidade dentinária radicular quando da utilização do hipoclorito de sódio. J Bras Endod

2002; 11(3):324-30. McWhinney S, Brown ER, Malcolm J, VillaNueva C, Groves BM, Quaife RA, et al. Identification of risk factors for increased cost, charges, and length of stay for cardiac patients. *Ann Thorac Surg* 2000;70(3):702-10.

Artigo de periódico em suporte eletrônico: Nerallah LJ. Correção de fístulas pela técnica de bipartição vesical. *Urologia On line* [periódico online] 1998 [citado 1998 Dez 8]; 5(4):[telas]. Disponível em URL: <http://www.epm.br/cirurgia/uronline/ed0798/fistulas.htm>. Chagas JCM, Szejnfeld VL, Jorgetti V, Carvalho AB, Puerta EB. A densitometria e a biópsia óssea em pacientes adolescentes. *Rev Bras Ortop* [periódico em CD-ROM] 1998; 33(2).

Artigo sem indicação de autor: Ethics of life and death. *World Med J* 2000; 46:65-74. Organização ou sociedade como autor de artigo: World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bull World Health Organ* 2001; 79:373-4.

Volume com suplemento: Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82. Fascículo sem indicação de volume: Graf R. Hip sonography: how reliable? Dynamic versus static examination. *Clin Orthop* 1992; (218):18-21.

Sem volume ou fascículo: Brown WV. The benefit of aggressive lipid lowering. *J Clin Practice* 2000:344-57. Clement J, de Bock R. Hematological complications [abstract]. *Quintessence Int* 1999; 46:1277. Errata: White P. Doctors and nurses. Let's celebrate the difference between doctors and nurses. [published erratum in *Br Med J* 2000;321(7264):835]. *Br Med J* 2000; 321(7262):698.

Artigo citado por outros autores – apud: O'Reilly M, Yanniello GJ. Mandibular growth changes and maturation of cervical vertebrae. A longitudinal cephalometric study (1988) apud Mito T, Sato K, Mitani H. Predicting mandibular growth potential with cervical vertebral bone age. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003; 124(2):173-7. Dissertações e Teses: Araújo TSS. Estudo comparativo entre dois métodos de estimativa da maturação óssea [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Unicamp; 2001. Dissertações e teses em suporte eletrônico: Ballester RY. Efeito de tratamentos térmicos sobre a morfologia das partículas de pó e curvas de resistência ao CREEP em função do conteúdo de mercúrio, em quatro ligas comerciais para amálgama [Tese em CD-ROM]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1993.

Trabalho apresentado em evento: Cericato GO, Cechinato F, Moro G, Woitchunas FE, Cechetti D, Damian MF. Validade do método das vértebras cervicais para a determinação do surto de Crescimento Puberal. In: 22ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica: 2005; Águas de Lindóia. Anais. Brazilian Oral Research; 2005. p.63

Trabalho de evento em suporte eletrônico: Gomes SLR. Novos modos de conhecer: os recursos da Internet para uso das Bibliotecas Universitárias [CD-ROM]. In: 10º Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias; 1998 Out 25-30; Fortaleza. Anais. Fortaleza: Tec Treina; 1998. Barata RB. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online]; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO;1998 [citado 1999 Jan 17]. Disponível em URL: <http://www.abrasco.com.br/epirio98/>.

Documentos legais: Brasil. Portaria n. 110, de 10 de março de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 18 mar 1997, seção 1, p. 5332.

f) tabelas, quadros, esquemas e gráficos Devem ser inseridos ao longo do texto, logo após sua citação no mesmo. Devem ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. As legendas das tabelas e dos quadros devem ser colocadas na parte superior dos mesmos e quando for necessário, incluir logo abaixo destes uma listagem dos símbolos, abreviaturas e outras informações que facilitem sua interpretação. As legendas de esquemas e gráficos devem ser colocadas na parte inferior dos mesmos. Todas as tabelas e todos os quadros, esquemas e gráficos, sem exceção, devem ser citados no corpo do texto. Obs.: Os gráficos deverão ser considerados como “figuras” e constar da seqüência numérica juntamente com as imagens.

g) imagens (fotografias, radiografias e microfotografias) Imagens digitais deverão ser submetidas em tamanho e resolução adequados (300 dpi). Não serão aceitas imagens digitais artificialmente “aumentadas” em programas computacionais de edição de imagens. A publicação de imagens coloridas é de opção dos autores que devem manifestar seu interesse caso o manuscrito seja aceito para publicação. O custo adicional da publicação das imagens coloridas é de responsabilidade do(s) autor(es). Todas as imagens, sem exceção, devem ser citadas no texto. As microfotografias deverão apresentar escala apropriada. Poderão ser submetidas um máximo de oito imagens, desde que sejam necessárias para a compreensão do assunto.

Importante:

- A RFO não possui cobrança de taxas para submissão e avaliação de artigos;

- Não há nenhum tipo de cobrança de taxas nem aos autores que publicam seus trabalhos na RFO nem para leitores da revista. Após aprovados, todos os custos relativos a edição e publicação dos artigos são garantidos pela própria revista.

Declaração de Direito Autoral

Este periódico bem como seus artigos estão licenciados com a licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](#).

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL – CSTR
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS – UACB
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento, para a realização dos exames necessários ao diagnóstico das lesões bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, Victor Hugo de Souza Pereira, abaixo assinado, autorizo a retenção e utilização de radiografias, fotografias, resultados de exames e outras informações desta ficha clínica como material didático ou de publicação científica. Declaro estar ciente que, em caso de acidente perfuro-cortante, me submeterei ao teste rápido para HIV e colaborarei com o que for necessário dentro das normas estabelecidas por esta instituição de ensino.

Patos, 30 de Outubro de 2019.

Silvaneide Fernandes de Souza, RG: _____
Assinatura do paciente ou responsável CPF: 853.095.594-34