

LITERACIA PARENTAL SOBRE ANQUILOGLOSSIA E IMPLICAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Beatriz Martins¹, Bárbara Cunha², Eduardo Costa³, Maria Teresa Xavier^{2,4}, Ana Luísa Costa^{2,4}, Ana Daniela Soares^{2,4}

1. Área de Medicina Dentária, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra
2. Instituto de Odontopediatria e Medicina Dentária Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra
3. Instituto de Patologia Experimental, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra
4. Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra



beatrizolpmartins@gmail.com

INTRODUÇÃO

A **anquiloglossia** trata-se de uma condição anatómica congénita caracterizada por **mobilidade limitada da língua**, normalmente causada por um **freio lingual anormalmente curto e/ou espesso**¹⁻⁴. A **prevalência** relatada na literatura varia **entre 0,1% e 16%**, uma discrepância que poderá justificar-se pela falta de consenso em relação aos critérios de diagnóstico, parecendo apresentar **predominância masculina**^{3, 5-10}. Esta condição pode causar **efeitos adversos e desequilíbrio funcional** no crescimento e desenvolvimento adequados do sistema estomatognático^{1,2,11}. As **opções de tratamento** podem ser **não cirúrgicas**, como o apoio à amamentação, ou **cirúrgicas**, sendo a frenectomia a principal intervenção atualmente realizada^{3,7,8,12}. Tendo em conta a escassez de investigação nesta área e de literatura sobre a literacia parental sobre o tema, este estudo objetiva **avaliar o conhecimento de pais/ representantes legais portugueses sobre a anquiloglossia e o seu impacto no desenvolvimento infantil**. Como objetivo secundário, pretende **avaliar as informações fornecidas pelos profissionais de saúde e a satisfação parental em relação às mesmas**.



Fig. 1

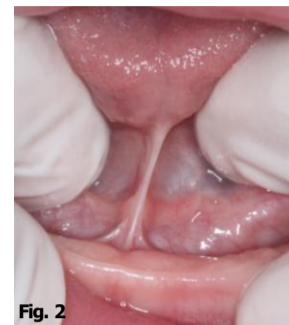


Fig. 2

Figs. 1 e 2: Imagens intraorais de bebés com diagnóstico de anquiloglossia. Observa-se freio lingual curto com inserção do rebordo gengival e com limitação da elevação da língua.

METODOLOGIA

✓ CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

. pais/representantes legais portugueses de crianças de 0-18 anos de idade, com ou sem diagnóstico prévio de anquiloglossia

x CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

. crianças institucionalizadas
. não residentes em Portugal até aos 2 anos
. Presença de comorbilidades

. Aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
. Aplicação de um questionário de resposta múltipla, dividido em 6 secções (conhecimento geral sobre anquiloglossia, antecedentes, diagnóstico, tratamento cirúrgico, informação recebida e apoio prestado pelos profissionais de saúde) (Akbari D, 2024).

MARÇO DE 2025

Distribuição presencial em aulas clínicas de Odontopediatria e consultórios privados; *online* via Google Forms®, partilhado através de redes pessoais, profissionais e redes sociais; Preenchimento e concordância com consentimento informado.

RESULTADOS

Foram obtidas **259 respostas elegíveis**, verificando-se que 76,1% dos participantes eram da região Centro (Fig. 3). Em relação ao nível de escolaridade dos pais, a maioria havia concluído uma **licenciatura (44,4%)**.

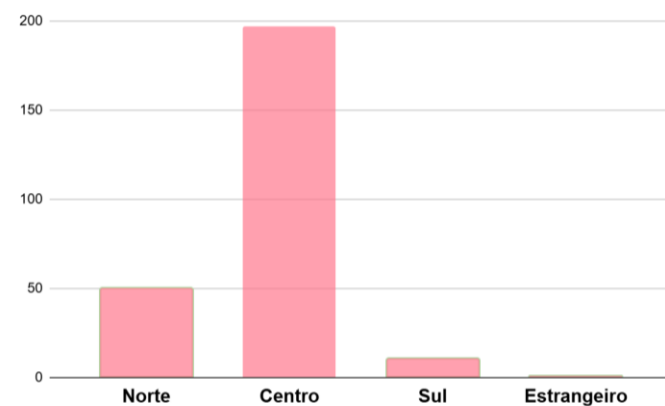


Fig. 3: Informação demográfica dos participantes

1. Conhecimento geral sobre a anquiloglossia:

- . **58,7% dos pais** estavam familiarizados com a anquiloglossia (associado ao nível de escolaridade ($p = 0,0136$))
- . **Profissionais de saúde** foram a principal fonte de informação indicada (77,9%), seguidos das **redes sociais** (28,8%)
- . Os problemas de **fala e articulação** (91,4%) foram os mais citados, seguidos de dificuldades na **mastigação** (70,8%), **amamentação** (66,1%), **respiração** e **alterações posturais**

2. Antecedentes

- . Apenas 52 crianças tinham sido diagnosticadas com anquiloglossia, novamente com uma maior concentração na região Centro (56%)

3. Diagnóstico

- . Apenas **23,1% das crianças** foram diagnosticadas na **1ª semana de vida**, no entanto até ao final do 1º ano, **84,6%** receberam o diagnóstico
- . O diagnóstico envolveu múltiplos sinais/ sintomas, com opinião de profissionais de saúde como principal fator que levou à procura de ajuda profissional (67,3%)
- . **Médicos** e **médicos dentistas** realizaram a maioria dos **diagnósticos** (36,5% e 34,6%, respetivamente), seguidos de consultores de amamentação e terapeutas da fala
- . Cerca de metade dos diagnósticos ocorreu em clínicas médico-dentárias (49%), seguindo-se hospitais públicos e privados

4. Tratamento

- . 46 crianças foram submetidas a tratamento cirúrgico (Fig. 4)
- . Médicos dentistas realizaram a maioria dos tratamentos (77,1%), seguidos de terapeutas da fala e pediatras
- . Mais de metade dos tratamentos ocorreu em clínicas médico-dentárias (55,3%), havendo uma associação significativa entre os locais de diagnóstico e de tratamento ($p = 0,0003$)
- . As medidas pós-operatórias mais recomendadas foram terapia da fala miofuncional (77,1%), exercícios orais (62,5%) e apoio à amamentação (60,4%). Verificou-se uma associação significativa entre estas medidas e o local de diagnóstico ($p = 0,0254$)
- . A maioria dos pais considerou o tratamento extremamente eficaz (77,1%) e consentiria novamente com o mesmo, em circunstâncias semelhantes (81,3%)

5. Educação

- . 90,4% dos pais receberam informação por parte dos profissionais de saúde sobre a anquiloglossia e as suas implicações. Informações verbais sobre diagnóstico (96%) e opções de tratamento (88%) foram os métodos mais prevalentes. Não se verificou uma associação significativa com o local de tratamento ($p = 0,1938$)

6. Apoio prestado

- . 75% dos inquiridos manifestou grande satisfação em relação ao apoio prestado pelos profissionais de saúde envolvidos no diagnóstico e tratamento de anquiloglossia do seu filho
- . Não foi encontrada uma associação significativa entre o apoio prestado e o local do diagnóstico ($p = 0,2185$)

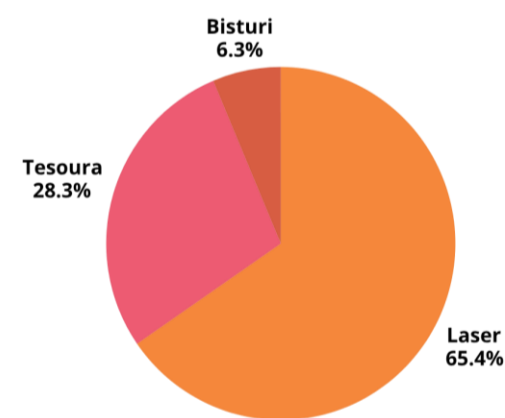


Fig. 4: Tipos de tratamento cirúrgico recebidos

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Dificuldades na amamentação são o problema mais frequentemente relatado na literatura, bem como **alterações de fala e mastigação**, ainda que estas duas mantenham uma relação inconclusiva e com reduzida evidência científica^{12,13,14-19}.

Ainda que evidenciando a necessidade de uma equipa multidisciplinar, no presente estudo, **médicos dentistas foram responsáveis por uma proporção elevada de diagnósticos** em comparação com estudos internacionais (34,6% vs. 15% na Austrália), enquanto a participação de consultores de amamentação foi inferior (21,2% vs. 49% na Austrália), o que pode ser explicado pelos locais de aplicação dos questionários bem como pela rede de contactos dos autores nas redes sociais¹².

As **opções de tratamento cirúrgicas**, como frenectomia, permanecem as mais prevalentes, com mais de metade dos pacientes submetidos a intervenções a laser. No entanto, procedimentos com tesoura/bisturi continuam a ser comumente realizados, possivelmente devido ao elevado custo do laser e à ausência de competência técnica para a sua utilização, refletindo tendências observadas em estudos anteriores^{12,14,15, 20}. A **terapia da fala miofuncional**, fundamental na consolidação dos benefícios da frenectomia, promovendo a reeducação muscular e prevenindo aderências pós cirúrgicas, foi a intervenção pós-operatória mais frequentemente recomendada, ao contrário de estudos anteriores que se centravam em medicação analgésica e apoio à amamentação^{12, 19}.

Apesar da elevada satisfação com a educação e apoio recebidos, persistem lacunas informativas e variações clínicas devido à ausência de *guidelines* universais. Estes resultados enfatizam a **necessidade do desenvolvimento de protocolos claros de diagnóstico e tratamento**, bem como de investimentos em literacia em saúde para capacitar famílias e melhorar os cuidados prestados às crianças afetadas.

Apesar das suas conclusões pertinentes, o estudo apresenta limitações, nomeadamente o número reduzido de participantes, representatividade regional limitada, ausência de observação direta das crianças, possível enviesamento das respostas e restrições na análise estatística devido à existência de questões com múltiplas respostas. São **necessários mais estudos com amostras mais alargadas a todo o território português** para uma avaliação mais detalhada da literacia parental nacional sobre o tema.



BIBLIOGRAFIA