

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Stéfani Aparecida Santana Silva

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A ANQUILOGLOSSIA E
COMPORTAMENTOS SUGESTIVOS DE
DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO:
*UM ESTUDO TRANSVERSAL***

Belo Horizonte
2023

Stéfani Aparecida Santana Silva

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A ANQUILOGLOSSIA E
COMPORTAMENTOS SUGESTIVOS DE
DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO:
*UM ESTUDO TRANSVERSAL***

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia – Área de concentração em Odontopediatria

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Júnia Maria Cheib Serra-Negra

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Andréa Rodrigues Motta

Belo Horizonte
2023

Ficha Catalográfica

S586a Silva, Stéfani Aparecida Santana.
2023 Associação entre a anquiloglossia e comportamentos
T sugestivos de dificuldades na amamentação: um estudo
transversal / Stéfani Aparecida Santana Silva. -- 2023.

86 f. : il.

Orientadora: Júnia Maria Cheib Serra-Negra.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Aleitamento materno. 2. Anquiloglossia. 3. Lactente.
4. Epidemiologia. 5. Mulheres. I. Serra-Negra, Júnia Maria Cheib. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. III. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A ANQUILOGLOSSIA E COMPORTAMENTOS SUGESTIVOS DE DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO:
UM ESTUDO TRANSVERSAL**

STÉFANI APARECIDA SANTANA SILVA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, área de concentração ODONTOPEDIATRIA.

Aprovada em 27 de setembro de 2023, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Júnia Maria Cheib Serra-Negra - Orientadora
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Andréa Rodrigues Motta
UFMG

Profa. Anna Alice Anabuki
UniGoyazes

Profa. Izabella Barbosa Fernandes
Faculdade de Odontologia da UFMG

Belo Horizonte, 27 de setembro de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Rodrigues Motta, Professora do Magistério Superior**, em 27/09/2023, às 13:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Anna Alice Anabuki, Usuário Externo, em 27/09/2023, às 15:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por Izabella Barbosa Fernandes, Professora do Magistério Superior, em 27/09/2023, às 17:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por Junia Maria Cheib Serra Negra, Professora do Magistério Superior, em 27/09/2023, às 18:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2643314** e o código CRC **D67524B3**.

Dedico este trabalho ao meu querido marido Yuri, ao meu amado filho João Miguel, agradeço por todo apoio e motivação. Aos meus pais João e Cláudia e ao meu irmão Dieison. Obrigada por impulsionarem meus voos sempre!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus por materializar os sonhos que então em minha mente. Que meus planos continuem indo ao encontro dos Dele, sempre.

Agradeço a minha família, que nunca mediu esforços para me ajudar e sempre me incentivarem aos estudos. Em especial ao meu marido Yuri, que não soltou as minhas mãos e me auxiliou incansavelmente nesses dois anos. Ao meu filho João Miguel, que tanto orou e vibrou para que a mamãe concluísse essa jornada depressa.

Agradeço à minha orientadora orientadora, Professora Júnia Maria Sheib Serra-Negra, que confiou no meu trabalho e possibilitou tantas oportunidades de crescimento profissional. A professora Júnia é o exemplo vívido da docente que almejo ser. Doce, presente e concisa. O seu renome de pesquisadora internacional, é reflexo da pessoa excepcional que você é! Gratidão pela sua vida e por seu trabalho.

Agradeço à minha coorientadora, Professora Andréa Rodrigues Motta, por ter aceito o convite em participar desse trabalho, com orientações e sugestões sempre tão pontuais e valiosas.

Agradeço aos colegas de mestrado e doutorado, pelas trocas de conhecimento e companheirismo. Durante minha trajetória pessoal, Deus sempre colocou no meu caminho pessoas para suavizar o processo vivenciado. Nesse período, eu tive a oportunidade de fazer amigos importantes que irei levar para a vida. Renata e Marlon, sou agraciada pela amizade e pelo companheirismo de vocês.

Agradeço à fonoaudióloga atuante no município, Fabrine Rodrigues, por toda ajuda, dedicação trocas de conhecimento e companheirismo nesse período. Você foi essencial!

Agradeço à todos os professores do programa de pós-graduação da UFMG, que me acolheram e me incentivaram nesta jornada do mestrado. Obrigada pelas oportunidades de crescimento acadêmico. Uma ressalva especial à professora Dra. Ivana Meyer Prado, pelo auxílio na redação da análise estatística. Agradeço a paciência e a didática nos ensinamentos. Agradeço aos funcionários da secretaria do Colegiado de Pós-Graduação, por todas as orientações, esclarecimentos e informações prestados com clareza, qualidade e dedicação.

Agradeço as mães dos bebês que possibilitaram a realização e consentiram à participação dessa pesquisa. Obrigada pelo tempo disponibilizado.

Agradeço a Secretária de Saúde de Serra do Salitre, Andréia Fernandes da Silva Borges pela possibilidade de replicar o conhecimento adquirido à população, com embasamento científico. Obrigada por confiar no meu trabalho. Ao coordenador da Saúde Bucal, Rodolfo Arantes por toda flexibilidade e compreensão. Gratidão aos membros da banca por terem aceitado o convite, por dedicarem tempo à análise do trabalho, por estarem disponíveis e, acima de tudo, por suas considerações extremamente valiosas.

Gratidão as todas as pessoas que contribuíram direta e indiretamente para a realização dessa pesquisa. Que Deus abençoe a todos!

“A felicidade só tem sentido se for compartilhada.”

Christopher McCandless

RESUMO

O aleitamento materno (AM) é um direito biológico essencial, de modo a suprir as necessidades emocionais, nutricionais e fisiológicas dos bebês com completude e economia, com importantes implicações nos padrões de saúde materna. Sua prática exclusiva até o sexto mês de vida é preconizada pela Organização Mundial de Saúde. Este estudo buscou avaliar a associação dos comportamentos sugestivos de dificuldades na amamentação e o diagnóstico de anquiloglossia entre lactentes de Serra do Salitre, sudeste do Brasil. Desenvolveu-se um estudo observacional transversal, com amostra não probabilística de 49 díades mães- bebês, onde incluiu-se lactentes de zero a seis meses de idade, de ambos os sexos, nascidos pré-termo e a termo. As mães responderam a questões sociodemográficas, antecedentes gestacionais, parto, hábitos da criança e AM. Para diagnóstico da anquiloglossia, utilizou-se a versão brasileira do *Bristol Tongue Assesment Tool*. Para a avaliação da dinâmica da amamentação das díades, utilizou-se o *Formulário de Observação da Mamada* do UNICEF adaptado. Os domínios da amamentação (Posição corporal da mãe/bebê; Resposta da dupla; Sucção; Anatomia da mama e Afetividade) foram as variáveis dependentes do estudo, e as questões sociodemográficas, antecedentes gestacionais, parto, hábitos da criança, questões sociodemográficas e a anquiloglossia, as independentes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Minas Gerais. Foram realizadas análises descritivas e bivariadas. A prevalência do AM exclusivo na amostra, foi de 71,4% e de casos confirmados de anquiloglossia de 14,6%. A maioria dos bebês eram meninos (57,1%), não-brancos (71,2%). O domínio de sucção, foi o que mais apresentou comportamentos sugestivos de dificuldades na amamentação (44,9%). Bebês com anquiloglossia apresentaram uma maior prevalência de comportamentos ruins da posição corporal de amamentação ($p=0,022$). O parto normal ($p = 0,049$) e menor idade ($p= 0,037$) foram associados à anatomia das mamas. Com relação à sucção do seio materno, bebês com comportamentos favoráveis eram mais velhos ($p = 0,001$), e com maior idade gestacional ($p = 0,033$) e mães que trabalhavam fora apresentaram uma maior prevalência de comportamentos regulares comparadas as que não trabalhavam fora ($p = 0,013$). Mães com menor escolaridade ($p = 0,010$) e menor renda ($p = 0,027$) apresentaram maior prevalência de comportamentos favoráveis a amamentação. Concluiu-se que a posição para amamentar foi o único domínio que se associou a presença de anquiloglossia nos bebês desta amostra.

Palavras-chave: aleitamento materno; anquiloglossia; lactente; epidemiologia; mulher.

ABSTRACT

Association between ankyloglossia and behaviors suggestive of breastfeeding difficulties: a cross-sectional study

Breastfeeding (BF) is an essential biological right, in order to meet the emotional, nutritional and physiological needs of babies completely and economically, with important implications for maternal health standards. Its exclusive practice until the sixth month of life is recommended by the World Health Organization. This study sought to evaluate the association of behaviors suggestive of breastfeeding difficulties and the diagnosis of ankyloglossia among infants in Serra do Salitre, southeastern Brazil. A cross-sectional observational study was developed, with a non-probabilistic sample of 49 mother-baby dyads, which included infants from zero to six months of age, of both sexes, born preterm and full-term. Mothers answered sociodemographic questions, gestational history, birth, child habits and breastfeeding. To diagnose ankyloglossia, the Brazilian version of the Bristol Tongue Assessment Tool was used. To evaluate the breastfeeding dynamics of the dyads, the adapted UNICEF Breastfeeding Observation Form was used. The breastfeeding domains (Body position of mother/baby; Response of the pair; Suction; Breast anatomy and Affection) were the dependent variables of the study, and sociodemographic issues, gestational history, childbirth, child habits, sociodemographic issues and ankyloglossia, the independent ones. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais. Descriptive and bivariate analyzes were performed. The prevalence of exclusive AM in the sample was 71.4% and of confirmed cases of ankyloglossia 14.6%. The majority of babies were boys (57.1%), non-white (71.2%). The sucking domain was the one that most presented behaviors suggestive of breastfeeding difficulties (44.9%). Babies with ankyloglossia had a higher prevalence of poor breastfeeding body position behaviors ($p=0.022$). Normal birth ($p = 0.049$) and younger age ($p = 0.037$) were associated with breast anatomy. Regarding sucking the mother's breast, babies with favorable behaviors were older ($p = 0.001$), and with greater gestational age ($p = 0.033$) and mothers who worked outside the home had a higher prevalence of regular behaviors compared to those who did not work outside the home ($p = 0.013$). Mothers with less education ($p = 0.010$) and lower income ($p = 0.027$) had a higher prevalence of behaviors favorable to breastfeeding. It was concluded that the breastfeeding position was the only domain that was associated with the presence of ankyloglossia in the babies in this sample.

Keywords: breastfeeding; ankyloglossia; infant; epidemiology; woman.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de Serra do Salitre	19
Figura 2 – Unidade básica de saúde Francisco Machado da Silveira.....	20
Quadro 1 – Critérios para avaliação dos escores empregados na avaliação da mamada segundo cada aspecto avaliado.....	24
Quadro 2 – Definição e categorização da variável dependente	25
Quadro 3 – Definição e categorização da variável independente.....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis estudadas.....	55
Tabela 2 – Análise da associação do domínio de posição corporal da mãe e do bebê (D2) durante a amamentação com as variáveis independentes da anquiloglossia e dos fatores sociodemográficos.....	57
Tabela 3 – Análise da associação do domínio de adequação da sucção (D3) durante a amamentação com as variáveis independentes da anquiloglossia e dos fatores sociodemográficos	58
Tabela 4 – Análise da associação do domínio da anatomia mamilar (D4) durante a amamentação com as variáveis independentes da anquiloglossia e dos fatores sociodemográficos.....	59
Tabela – Análise da associação do domínio da afetividade (D5) durante a amamentação com as variáveis independentes da anquiloglossia e dos fatores sociodemográficos.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BTAT	Bristol Tongue Assesment Tool
CEP	Comitê de Ética Em Pesquisa
D1	Domínio de Posição Corporal da Mãe e do Bebê
D2	Domínio de Resposta das Duplas
D3	Domínio de Adequação da Sucção
D4	Domínio de Anatomia das Mamas
D5	Domínio de Afetividade
FOM	Formulário de Avaliação da Mamada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LED	Light Emitting Diode
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SPS	Statistical Package for Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral.....	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 METODOLOGIA EXPANDIDA	19
3.1 Desenho e local do estudo.....	19
3.2 Universo de estudo	20
3.3 Considerações éticas	20
3.4 Critérios de elegibilidade	21
3.4.1 Critérios de inclusão.....	21
3.4.2 Critérios de exclusão.....	21
3.5 Calibração	21
3.6 Instrumentos de coleta de dados.....	22
3.6.1 Questionário de pesquisa	22
3.6.2 Bristol Tongue Assesment Tool.....	23
3.6.3 Formulário de Avaliação da Mamada.....	24
3.7 Elenco de variáveis	25
3.7.1 Variável dependente.....	25
3.7.2 Variável independente.....	25
3.8 Estudo Piloto.....	26
3.9 Análise estatística	27
4 RESULTADO, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A - Carta apresentação	67
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	71
APÊNDICE C - Questionário sócioeconômico	72
ANEXO A - Bristol Tongue Assesmet Tool	75
ANEXO B - Formulário de Avaliação da Mamada	76
ANEXO C - Parecer do departamento de odontopediatria	77
ANEXO D - Autorização da SMS de Serra do Salitre	79
ANEXO E - Aprovação do projeto na plataforma Brasil	80

ANEXO F - Normas submissão periódico Ciência e Saúde Coletiva..... 84

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O aleitamento materno (AM) é um direito biológico imprescindível, que afeta diretamente os padrões de saúde materno- infantil e reduz a morbimortalidade das populações (ENANI, 2019; RIBEIRO, 2020). Atua suprimindo as necessidades emocionais, nutricionais e fisiológicas dos bebês com completude, de forma econômica, além de estimular o desenvolvimento do sistema estomatognático (DEMITTO *et al.*, 2010). O AM pode proporcionar benefícios de curto e longo prazo para a díade mãe-bebê, e atinge populações de todo o mundo tornando a prática um imperativo da saúde pública (VICTORA *et al.*, 2016; MEEK, 2022).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a prática do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, e como alimento completar, até os dois anos ou mais (WHO, 2007). Estudos anteriormente descritos, evidenciam aumento gradativo nas taxas de AM exclusivo, que passou de 3,6%, em 1986, para 45,8% em 2021 (BRASIL, 2017; ENANI, 2019).

Contudo, a nível global, esta prevalência encontra-se muito aquém das metas estipuladas pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que esperam para o ano de 2030, que a prática do AM exclusivo envolva 70% da população global (VICTORA *et al.*, 2016).

Estudos demonstraram que existe uma sobrecarga das mães como únicas responsáveis pela prática do AM. Entretanto, esta responsabilidade é de cunho social coletivo e diretamente reativa, sob forte gerência do atual modelo de aleitamento adotado pelos programas da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno (BARBOSA *et al.*, 2020; CASTRO *et al.*, 2021; VICTORA *et al.*, 2016;).

No Brasil, o primeiro Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam) foi criado no ano de 1981 e reconhecido internacionalmente pelas ações de proteção, promoção e ao apoio ao AM. Destaca-se que a implantação do alojamento conjunto nas instituições hospitalares públicas, início da amamentação após o nascimento, criação de leis sobre creches no local de trabalho e aumento do tempo da licença-maternidade, foram ações propostas e concretizadas pelo Pniam e que beneficiam mães até os dias de hoje. Estas ações continuaram em prospectivo avanço e até o ano de 2017, as mais relevantes no âmbito nacional contabilizavam em 40 ações (BRASIL, 2017).

Em função da pandemia de COVID-19, nos últimos anos, as práticas de promoção da saúde, principalmente aquelas relacionadas à saúde da mulher, e conseqüentemente, aos programas de atenção reprodutiva, foram suspensos. Assim, o modelo assistencial das consultas de pré-natal, parto e puerperais, foram alterados, prejudicando as gestantes de um modo geral (BECKER *et al.*, 2021). Sem contar, a sobrecarga emocional ocasionada pelo período gestacional e que foi acentuada pelo recebimento de informações negativas acerca da crescente quantidade de casos confirmados e óbitos. Diante disso, a prática do aleitamento materno também foi afetada. A falta de rede de apoio familiar e profissional, decorrente do período de isolamento social, contribuiu para a interrupção da amamentação em todo o mundo (MILANI *et al.*, 2022). Pode-se afirmar que, os obstáculos interpostos pela pandemia refletiram negativamente na saúde materno-infantil, na promoção e na qualidade do aleitamento materno (PINHEIRO *et al.*, 2023).

Apesar de campanhas de estímulo ao AM, observa-se que alguns fatores desestimulam sua prática. As causas relatadas são múltiplas, como: fatores emocionais maternos, baixa produção ou percepção da lactação, dor ao amamentar, a anatomia das mamas e mamilos, trauma mamilar, obstrução de ductos e/ou das glândulas mamárias, ingurgitamento mamário, infecções e dermatites (BERGMANN *et al.*, KARAÇAM; SAĞLIK, 2018). Destaca-se, ainda, o uso de artefatos desestimuladores do aleitamento materno (chupetas e/ou mamadeiras), a condição socioeconômica, o nível de escolaridade, a paridade, a falta de motivação familiar o retorno laboral, a intenção pessoal de amamentar, a falta de orientação no pré-natal que leva ao desconhecimento materno sobre o tema (ENANI 2019; MOIMAZ *et al.*, 2020).

Além dos componentes psicossociais e dificuldades específicas ligadas à saúde física e emocional materna, os pesquisadores têm se debruçado no estudo da influência da anquiloglossia dos bebês como fator dificultador na prática do AM.

A anquiloglossia, que popularmente é conhecida como língua presa, é uma anomalia oral congênita, onde uma pequena porção de tecido, que deveria ter sofrido apoptose celular durante o período embrionário, permanece na superfície sublingual, causando interferência nas funções orais (HARRIS *et al.*, 2015; KNOX, 2010).

Desde o período embrionário, o feto habilita-se para praticar as atividades

de sugar, deglutir, respirar e chorar, que possibilitarão sua sobrevivência ao nascer, (SANCHES, 2004) sendo que a língua, possui participação primordial em todas essas funções.

A amamentação é um ato complexo, que requer a realização de um vácuo intraoral, formado por uma vedação harmônica entre a cavidade oral do bebê e o mamilo da mãe que é abocanhado aproximadamente 2 a 3 cm da aréola mamária (SANCHES, 2014). O ápice e as bordas linguais se elevam lateralmente, fazendo o canolamento, favorecendo a obtenção do leite, que percorre sobre a região posterior da língua e permite uma identificação e coordenação do mecanismo peristáltico interligado com as funções de sugar e deglutir, coordenados com a respiração (JONATHAN *et al.*, 2019). Dessa forma, qualquer interferência na função lingual pode reduzir a habilidade do recém-nascido (RN) em realizar um movimento de pega e sucção adequados, dificultando o correto estímulo à produção de leite e o esvaziamento da mama, causando dor e traumas mamilares nas mães durante a amamentação (MARTINELLI, 2014; NGERNCHAM, 2013).

Mesmo diante da falta de evidências científicas de qualidade e consistentes em relação aos efeitos da anquiloglossia sobre a amamentação, bem como a padronização de instrumentos de avaliação e realização da frenotomia, no Brasil foi sancionada a Lei nº 13.002 (2014) que tornou obrigatória a realização da avaliação do frênulo da língua em bebês em todos os Hospitais e Maternidades do país (BRASIL, 2021).

Neste estudo, optou-se por utilizar o instrumento *Bristol Tongue Assesmet Tool*, (BTAT) desenvolvido por Ingram e colaboradores (2015), que considerando a norma internacional, foi devidamente validado e adaptado para sua utilização no Brasil (VENANCIO, 2022). Seu uso é recomendado pelo Ministério da Saúde (Nota Técnica 11/2021) devido à objetividade e facilidade da sua aplicação em auxiliar o diagnóstico da gravidade da anquiloglossia e na determinação da necessidade de intervenção cirúrgica. Contudo, por não possuir um questionário específico para avaliar a amamentação, não deve ser usado de forma isolada, com a finalidade de indicar a frenotomia. Sugere-se o uso de uma ferramenta estruturada, considerando a díade como um todo, em uma observação minuciosa do ato de amamentar. Para tal, seguiu-se a recomendação do Ministério da Saúde, e utilizou-se o Formulário de Avaliação da Mamada proposto pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e adaptado por Carvalhães *et al.* (2003) por abordar os domínios

de forma de mais abrangente (CARVALHÃES *et al.*, 2003). O formulário foi utilizado nos lactentes com teste positivo para anquiloglossia em simultaneidade com o BTAT (BRASIL, 2021).

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Serra do Salitre, Minas Gerais, com díades de mães e bebês de faixa etária de 0 a 6 meses de idade. Diante da relevância do tema para a saúde materno-infantil, os achados desse estudo poderão trazer contribuições para a elaboração de programas de políticas públicas e beneficiar a sociedade em geral, visto que a prática da amamentação é de teor social e coletivo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Este estudo buscou avaliar a associação entre os comportamentos sugestivos de dificuldade no aleitamento materno e o diagnóstico de anquiloglossia entre lactentes.

2.2 Objetivos específicos

a) Identificar os comportamentos sugestivos de dificuldades na amamentação.

b) Avaliar a influência das questões sociodemográficas, antecedentes gestacionais, parto e hábitos da criança nos domínios que compõe a amamentação.

c) Verificar se a anquiloglossia está associada a comportamentos sugestivos de dificuldade na amamentação.

3 METODOLOGIA EXPANDIDA

3.1 Desenho e local do estudo

Foi desenvolvido um estudo observacional transversal, na cidade de Serra do Salitre, do estado de Minas Gerais (MG), localizada na Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. No último censo, a população da cidade contava com 11.668 habitantes Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,696, um valor considerado médio(0,600- 0,699) de acordo com a faixa de desenvolvimento humano (IBGE, 2010).

Figura 01: Mapa de Serra do Salitre - MG



Fonte: Wikipédia, 2023.

A cidade conta com cinco Unidades Básicas de Saúde (sendo duas delas distritais). Estas unidades são porta de entrada preferencial do SUS e destinam-se ao atendimento de até 80% dos problemas de saúde da população na Atenção Primária à Saúde da região. Além disso, há dois pontos de apoio em saúde situados na zona rural, e um Hospital Municipal, destinados à prestação de atendimentos nas especialidades básicas, além de serviço de Urgência/Emergência 24h (PMSS, 2021). Devido à falta de equipe obstétrica, as gestantes do município são encaminhadas para as cidades de Patos de Minas e São Gotardo – MG, seguindo a diretriz da regionalização do SUS e pactuação entre os gestores (PORTARIA nº399, 2006). Após a alta hospitalar, o primeiro contato da puérpera e do RN com Equipe de Saúde da Família, se dá através de uma consulta de assistência no puerpério imediato na qual

ocorre um exame físico geral da díade, agendada pela agente de saúde entre o 1º e 10º dia após o parto, seguida por consultas periódicas mensais de puericultura, que avaliam o desenvolvimento infantil (Corrêa *et al.*, 2004). Essas consultas são realizadas pela enfermeira responsável técnica de cada posto de saúde.

Para a realização desse estudo, a enfermeira responsável encaminhava as mães para a participação da pesquisa na Unidade Básica de Saúde Francisco Machado da Silveira durante a assistência no puerpério imediato, ou através das consultas periódicas mensais de puericultura, que avaliam o desenvolvimento infantil.

3.2 Universo

| Unidade Básica de Saúde Francisco Machado da Silveira

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Francisco Machado da Silveira foi inaugurada em 30/04/2020 e foi amplamente equipada e preparada para os atendimentos das famílias do bairro das Nações. É sede de uma Equipe de Saúde da Família, uma Equipe de Saúde Bucal com um cirurgião dentista da Estratégia de Saúde da Família. Realiza atendimentos especializados em Odontopediatria e Radiologia Odontológica, além de atendimentos por profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), totalizando 42 funcionários. Segundo a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, até março desse ano havia um total de 4375 pessoas são cadastradas/beneficiadas pela UBS (PMSS, 2021).

FIGURA 2 - Unidade Básica de Saúde Francisco Machado da Silveira.



Fonte: Prefeitura Municipal de Serra do Salitre, 2023.

3.3 Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da UFMG (CEP– Anexo E: CAAE: 59890022.4.0000.5149) no dia 27 de julho de 2022. O projeto também foi aprovado pela Secretaria de Saúde do Município de Serra do Salitre no dia 07 de julho de 2022 (Anexo D). Todas as mães foram convidadas a participar da pesquisa através de uma carta de apresentação (Apêndice A) e pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE –Apêndice B), contendo informações sobre os benefícios e riscos da pesquisa.

3.4 Critérios de elegibilidade

3.4.1 Critérios de inclusão

- Bebês de 0 a seis meses, normotípicos, de ambos os sexos, nascidos pré termo (até 37 semanas) e a termo (37 a 41 semanas de gestação) no município de Serra do Salitre – MG.
- Mães que sabiam ler e compreender a língua portuguesa do Brasil e que praticavam aleitamento materno do tipo exclusivo, predominante ou misto.

3.4.2 Critérios de exclusão

- Foram excluídos do estudo, mães e bebês sindrômicos, mães com alterações cognitivas e/ou neurológicas e aqueles participantes que não preencheram a todos os instrumentos de coleta.

3.5 Calibração

Foi realizado um treinamento da pesquisadora para aplicação do Formulário de Observação da Mamada e uma calibração para a avaliação e diagnóstico da anquiloglossia. Esse processo de calibração foi realizado junto com uma fonoaudióloga experiente, atuante no município da pesquisa e consistiu na avaliação de 30 fotografias de frênulos linguais em seus diferentes graus de comprometimento. Essa avaliação se deu em dois momentos, com intervalo de 30 dias entre eles. Os critérios adotados para a avaliação do frênulo lingual foram os da versão brasileira do Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT). O coeficiente de concordância Kappa, tanto interexaminadores quanto intraexaminador foi de 1.0

(100% de concordância). Ressalta-se, que todas as etapas da pesquisa foram realizadas por uma única pesquisadora.

3.6 Instrumentos de coleta de dados

3.6.1 Questionário socioeconômico

Foi aplicado um questionário socioeconômico às mães, (Apêndice C) elaborado para uma coleta estruturada de dados, a fim de possibilitar a construção do perfil dos participantes da pesquisa. As respostas aos itens do questionário eram objetivas e subjetivas contendo informações sociodemográficas da díade, sendo que sobre a mãe, questionou-se: a idade (em anos); a ocupação trabalhista, categorizado em “sim” ou “não”; o estado marital, categorizado em “com companheiro” e “sem companheiro”; a cor da pele, categorizada em branco e não branco; a renda familiar categorizada em salário mínimo, sendo “ ≤ 726 ” e “ ≥ 726 ” (um salário mínimo brasileiro corresponde a U\$242.00 no ano de 2022), o nível de escolaridade materna, categorizada em até 8 anos de estudo e acima de 8 anos de estudo (OLIVEIRA, *et al.*, 2023). Antecedentes gestacionais, tais como idade gestacional em semanas, sendo: “ ≤ 37 ” e “ ≥ 37 ” (OMS, 2007); paridade materna, categorizada em “primípara” e “multípara” e tipo de parto, sendo “normal” e “cesáreo” também foram coletados. Sobre o bebê, questionou-se a mãe: o sexo, a cor da pele autorreferida pela mãe, categorizada em branco e não branco; a idade (em meses); peso ao nascer sendo que recém-nascidos com menos que 2500 g foram referidos como “baixo peso” e recém-nascidos acima de 2500 g com “peso adequado; o comprimento ao nascer (em centímetros), o uso de bicos artificiais (chupeta e/ou mamadeira). Investigou-se também, tipo de aleitamento materno (OMS, 2007), sendo:

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebia somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos.
- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas.
- Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe materno e outros tipos de leite.

3.6.2 Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT)

Juntamente com o questionário sócio-demográfico, a pesquisadora previamente calibrada, submeteu os bebês à versão brasileira validada do “BTAT” (Anexo A) utilizado no diagnóstico da anquiloglossia. Para a realização dos exames, as mães sentaram-se na cadeira odontológica, e foram instruídas a posicionar o bebê na posição de decúbito dorsal apoiado sobre os seus seios, de forma que o bebê ficasse de frente para a examinadora. Para estabilizar a cabeça durante o exame e facilitar a visualização da cavidade oral, a auxiliar em saúde bucal (ASB) acomodou-se atrás do encosto da cadeira odontológica e dispôs as mãos levemente sobre a face do lactente no colo da mãe. Todos os exames foram realizados com auxílio da luz artificial do ambiente juntamente com a de LED (light emitting diode) do equipo odontológico e a avaliação era fotografada e/ou filmada (SIMÃO *et al.*, 2016).

Foram seguidos todos os preceitos de biossegurança. Para a visualização do frênulo lingual, introduziu-se os dedos indicadores enluvados embaixo da língua, e fez-se a sua elevação pelas margens laterais. Nos casos em que não foi possível observar o frênulo, realizou-se a manobra de elevação e posteriorização da língua recoberta por cortina mucosa popularmente conhecido como freio submucoso (MARTINELLI *et al.*, 2012; 2014).

Neste instrumento, quanto menor o escore, maior a necessidade de intervenção cirúrgica. Foram avaliados quatro elementos, sendo: aparência da ponta da língua; fixação do frênulo na margem gengival inferior; elevação da língua e projeção da língua. O escore obtido para os quatro itens foram somados, e poderiam variar de zero a oito. Para pontuações iguais ou superiores a sete pontos não indicasse a realização da frenotomia, de zero a três a cirurgia é indicada (BRASIL, 2021; INGRAM *et al.*, 2015). Em pontuações entre quatro ou cinco: trata-se de um diagnóstico duvidoso, e um reteste deve ser feito após trinta dias, com foco principal na avaliação da mamada, a fim de identificar possíveis comportamentos de dificuldade. As mães eram devidamente informadas sobre possíveis dificuldades na amamentação nesse período, para que não ocorresse o desmame precoce (MARTINELLI *et al.*, 2012).

A desvantagem desse instrumento é não possuir um questionário específico quanto a avaliação da amamentação, já que esta deve ser considerada rotineira por profissionais que atendem o binômio mãe/bebê. Para tal, como proposto

pelo Ministério da Saúde (2021), sugere-se a utilização do Formulário de Observação da Mamada (FOM – Anexo B) proposto pelo UNICEF e adaptado por Carvalhães *et al.* (2003) para os lactentes com teste positivo para anquiloglossia. Esse instrumento viabiliza uma abordagem com enfoque nos aspectos que precisam de intervenção, mostrando-se factível na prática do cuidado (BRASIL, 2021).

3.6.3 Formulário de Observação da Mamada (FOM)

Neste formulário, composto por 24 itens, há a possibilidade de avaliar as condutas almejavéis dos bebês e das mães frente a amamentação, assim como os comportamentos sugestivos de dificuldades. São avaliados cinco aspectos em relação aos comportamentos favoráveis e desfavoráveis para a amamentação sendo: Posição (cinco itens avaliados), Resposta da dupla(seis itens avaliados), Estabelecimento de laços afetivos (três itens avaliados), Anatomia (quatro itens avaliados) e Sucção (seis itens avaliados). Os itens favoráveis, quando marcados, possuem o peso de zero, enquanto que os itens indicativos de dificuldade possuem o peso um. Ao final do preenchimento realizou-se o somatório das respostas, onde quanto mais alto for o resultado, maiores os sinais indicativos de dificuldade no AM e a chance de interrupção da amamentação (VIEIRA, 2015). Os resultados foram interpretados como bom,regular e ruim sendo estes, independentes para cada um dos aspectos avaliados e estão descritos no quadro 1 (CARVALHÃES *et al.*, 2003).

Quadro 1 - Critérios para classificação dos escores empregados na avaliação da mamada segundo cada aspecto avaliado

Domínios da amamentação	Nº de comportamentos negativos investigados	Comportamentos negativos observados/ Classificação dos escores		
		Bom	Regular	Ruim
D1: Posição mãe/criança	05	0 – 1	2 – 3	4 – 5
D2: Respostas da dupla	06	0 – 1	2 – 3	4 – 6
D3: Adequação da sucção	06	0 – 1	2 – 3	4 – 6
D4: Anatomia das mamas	04	0	1	2 – 4
D5: Afetividade	03	0	1	2 – 3

Fonte: Carvalhães *et al.*,2003.

Ressalta-se que, após finalizar a observação da mamada, de modo geral, orientações de manejo na amamentação eram realizadas, independente do resultado do Protocolo Bristol, nas duplas onde havia dificuldades na amamentação, de forma

que a mãe e o recém-nascido recebiam o suporte necessário na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2021)

Os bebês sem escore indicativo de anquiloglossia (≥ 6) recebiam alta logo após o exame. Já os bebês com escore entre 4 e 5, recebiam um diagnóstico duvidoso e passaram por um reteste, conforme os critérios descritos anteriormente, sendo que após a reavaliação, ou recebiam alta por não ter restrição de mobilidade lingual, ou eram encaminhados para intervenção cirúrgica por ter diagnóstico positivo para anquiloglossia. Por fim, os bebês onde o escore apontava anquiloglossia (≤ 3) e que no Formulário de Observação da Mamada indicavam comportamentos sugestivos de dificuldade na amamentação, foi necessário realizar a frenotomia, sendo que o procedimento foi agendado para uma semana após a avaliação diagnóstica inicial.

O escore resultante da aplicação do Protocolo Bristol foi registrado na Caderneta de Saúde da Criança, na seção “Observações” pela própria examinadora/pesquisadora, ao final do exame (BRASIL, 2021).

3.7 Elenco de variáveis

3.7.1 Variáveis dependentes

As variáveis dependentes do estudo foram os comportamentos sugestivos de dificuldades a amamentação, mensurados pelo Formulário de Observação da Mamada (Quadro 2).

Quadro 2 - Definição e categorização da variável dependente.

Tipo de variável	Definição da variável	Categorização
Amamentação	Domínios da amamentação que podem influenciar o comportamento da amamentação em favorável ou desfavorável (sugestivo de dificuldades)	D1: Posição corporal da mãe e da criança D2: Respostas da dupla D3: Adequação da sucção D4: Anatomia das mamas D5: Afetividade

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

3.7.2 Variável independente

As variáveis sociodemográficas e a anquiloglossia foram consideradas

variáveis independentes, como descrito no Quadro 3.

Quadro 3 - Definição e categorização das variáveis independentes.

Variável	Definição da variável	Categorização
Cor da pele	Qual a cor da pele da mãe e do bebê autorreferida pela mãe	0: Branco 1: Não branco
Renda familiar	Situação econômica mensal da família	0: Até 3 salários-mínimos 1: Mais que 3 salários-mínimos
Escolaridade materna	Quantos anos de estudo?	0: ≤ 8 anos de estudo 1: > 8 anos de estudo
Tipo de parto	Tipo de parto	0: Parto normal 1: Parto cesáreo
Paridade	Número de gestações	0: Primípara 1: Múltipara
Estado marital	Pais do bebê vivem juntos	0: Não 1: Sim
Tempo gestacional	Com quantas semanas o bebê nasceu	0: ≤ 37 semanas 1: > 37 semanas
Idade da mãe	Idade da mãe	Anos
Trabalha fora do lar	Mãe trabalha fora do lar	0: Não 1: Sim
Tipo de aleitamento	Tipo de aleitamento que a mãe pratica	0: Exclusivo 1: Predominante 2: Misto
Sexo do bebê	Sexo do bebê	0: Masculino 1: Feminino
Peso ao nascer	Peso ao nascer	0: Baixo peso < 2500g 1: Peso adequado > 2500g
Comprimento ao nascer	Comprimento ao nascer	Centímetros
Idade do bebê	Idade do bebê no momento do exame	0: < 1 mês 1: 1 mês de idade 2: 2 meses de idade 3: 3 meses de idade 4: 4 meses de idade 5: 5 meses de idade 6: 6 meses de idade
Anquiloglossia	Bebê diagnosticado com anquiloglossia	0: Com anquiloglossia 1: Duvidoso 2: Sem anquiloglossia
Uso de chupeta	Bebê faz uso de chupeta	0: Não 1: Sim
Uso de mamadeira	Bebê faz uso de mamadeira	0: Não 1: Sim

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

3.8 Estudo piloto

Para testar a metodologia proposta, foi realizado um estudo piloto com cinco díades mãe-bebê, representando 10% da amostra total. A amostra do estudo piloto foi incluída no estudo principal, visto que, nenhuma alteração metodológica foi

necessária.

3.9 Análises estatísticas

Os dados coletados foram analisados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Science). Comparou-se a frequência e distribuição das variáveis independentes (sociodemográficas, antecedentes gestacionais, parto, hábitos da criança, anquiloglossia e tipo de aleitamento) segundo os comportamentos sugestivos de dificuldade na amamentação para cada aspecto da mamada investigados (Posição corporal da mãe e do bebê; Sucção; Anatomia das mamas; Afetividade entre mãe e bebê; Resposta da dupla), das variáveis dependentes. Cada um dos aspectos da mamada foi categorizado em “bom”, “regular” e “ruim”, com base nos escores obtidos na escala progressiva.

Foram realizadas análises descritivas e o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, para avaliar a distribuição das variáveis independentes quantitativas de acordo com a categorização dos aspectos da amamentação. Após avaliação da distribuição da amostra, foram realizados os testes Kruskal Wallis e teste Exato de Fisher. Para todas as análises foi considerado o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

4. RESULTADO, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os resultados serão apresentados em formato de artigo científico. O artigo foi formatado segundo as normas de publicação do periódico Ciência e Saúde Coletiva (Anexo F), cujo fator de Impacto 2022-2023 é 1.917 e classificação Qualis.A1.

ASSOCIAÇÃO ENTRE A ANQUILOGLOSSIA E COMPORTAMENTOS SUGESTIVOS DE DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO: UM ESTUDO TRANSVERSAL

ASSOCIATION BETWEEN ANKYLOGLOSSIA AND BEHAVIORS SUGGESTIVE OF BREASTFEEDING DIFFICULTIES: A CROSS-SECTIONAL STUDY

RESUMO

A anquiloglossia em bebês pode desestimular a prática do aleitamento materno (AM) mas, não é o fator único. Este estudo transversal com 49 díades de mães-bebês, avaliou a associação entre comportamentos sugestivos de dificuldade no AM e o diagnóstico de anquiloglossia em bebês de Serra do Salitre, sudeste do Brasil. Questões sociodemográficas, relativos à gestação, parto, hábitos da criança e AM foram coletadas. O diagnóstico da anquiloglossia foi realizado por pesquisador previamente calibrado, utilizando-se o *Bristol Tongue Assesment Tool*. O *Formulário de Observação da Mamada* UNICEF adaptado, mensurou interferências no AM. Foram realizadas análises descritivas e bivariadas. A prevalência do AM exclusivo foi de 71,4% e de anquiloglossia 14,6%. A maioria dos bebês eram meninos (57,1%) não-brancos (71,2%). O parto normal ($p = 0,049$) e menor idade ($p = 0,037$) foram associados à anatomia das mamas. A sucção foi associada com a idade dos bebês, que eram mais velhos ($p = 0,001$), e com maior idade gestacional ($p = 0,033$) e mães que trabalhavam fora apresentaram uma maior prevalência de comportamentos regulares comparadas as que não trabalhavam fora ($p = 0,013$). Mães com menor escolaridade ($p = 0,010$) e menor renda ($p = 0,027$) apresentaram maior prevalência de comportamentos favoráveis a amamentação. Concluiu-se que a posição para amamentar foi o único domínio que se associou a presença de anquiloglossia nos bebês desta amostra.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Anquiloglossia; Lactente; Epidemiologia; Mulher

ABSTRACT

Ankyloglossia in babies can discourage the practice of breastfeeding (BF), but it is not the only factor. This cross-sectional study with 98 participants evaluated the association of factors that hinder BF and the diagnosis of ankyloglossia in babies from Serra do Salitre, southeastern Brazil. Sociodemographic, pregnancy, childbirth and BF questions were collected. A previously calibrated researcher, using the Bristol Tongue Assessment Tool, performed the diagnosis of ankyloglossia. The adapted UNICEF Feeding Observation Form measured interferences in the BF. Descriptive and bivariate analyzes were performed. The prevalence of exclusive BF was 71.4% and ankyloglossia 14.6%. Most babies were boys (57.1%) non-white (71.2%). Babies with ankyloglossia had a higher rate of unfavorable behavior in the breastfeeding position ($p=0.022$). Normal delivery was associated with the breast anatomy domain ($p = 0.049$). A higher rate of favorable behavior was observed among mothers who worked outside the home ($p = 0.013$), with less education ($p = 0.010$) and lower income ($p = 0.027$). It was concluded that the breastfeeding position was the only domain that was associated with ankyloglossia in babies. Family income, age, work outside the home and mother's education influenced breast sucking. The type of delivery and the age of the baby were associated with the anatomy of the mother's breast.

Keywords: Breastfeeding; Ankyloglossia; Infant; Epidemiology; Women

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é um direito biológico imprescindível e afeta diretamente os padrões de saúde e de morbimortalidade da sociedade¹, com importantes implicações para a saúde materno-infantil^{2,3}. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, servindo de alimento complementar à introdução alimentar até os dois anos ou mais⁴. Entretanto, observa-se que essa prática se aproxima de 45%, evidenciando que a adesão a prática da amamentação tem ficado aquém ao tempo recomendado pela OMS⁶.

Apesar de campanhas de estímulo à prática do AM, observa-se que alguns fatores desestimulam a sua prática. As causas relatadas são múltiplas, como: fatores emocionais maternos, baixa produção ou percepção da lactação, dor ao amamentar, a anatomia das mamas e mamilos. Fatores etiológicos, tais como, trauma mamilar, obstrução de ductos e/ou das glândulas mamárias, ingurgitamento mamário, infecções e dermatites também são observados⁹. Destaca-se, ainda, o uso de artefatos desestimuladores do aleitamento materno (chupetas e/ou mamadeiras), a condição socioeconômica, o nível de escolaridade, a paridade, a falta de motivação familiar, intenção pessoal de amamentar, falta de orientação no pré-natal, levando ao desconhecimento materno sobre o tema^{1,10}.

Além dos componentes psicossociais e dificuldades específicas ligadas à saúde física e emocional materna, os pesquisadores têm se debruçado no estudo da influência da anquiloglossia dos bebês como fator dificultador na prática do AM. A anquiloglossia tem sido altamente associada aos fatores de interrupção do aleitamento materno¹⁰⁻¹³.

A anquiloglossia, popularmente conhecida como língua presa, é uma anomalia oral congênita, onde uma pequena parte da túnica mucosa que deveria ter sofrido morte celular durante o período embrionário, permanece na superfície sublingual impactando as funções orais¹⁴. Com isso, a aptidão e adequação do RN nos movimentos de pega e sucção são

reduzidos, impossibilitando o estímulo à produção e ejeção de leite, assim como o esvaziamento das mamas, proporcionando à mãe sensações dolorosas de “fisgadas” e fissuras mamilares¹⁵. Alterações no frênulo lingual podem restringir o sucesso do aleitamento materno¹⁶, mas nem todos os lactentes com anquiloglossia apresentam dificuldade para mamar no peito sendo que, muitos se adaptam¹⁷.

Evidências científicas robustas em relação aos efeitos da anquiloglossia sobre a amamentação ainda são escassas e ainda há uma falta de padronização quanto a qual instrumento utilizar para avaliar a possível indicação de frenotomia nos bebês¹⁸.

Diante da relevância do tema, desenvolveu-se este trabalho com o objetivo de avaliar a associação entre os comportamentos sugestivos de dificuldades na amamentação e o diagnóstico de anquiloglossia entre lactentes de Serra do Salitre, sudeste do Brasil. A hipótese alternativa é de que existem fatores que desestimulam a prática do AM entre as mães, e que não estão associadas exclusivamente ao diagnóstico de anquiloglossia dos bebês.

MATERIAIS E MÉTODOS

Aspectos éticos

Esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil (protocolo #59890022.4.0000.5149). Todos os participantes receberam esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cenário de estudo

A amostra foi selecionada dentre recém-nascidos que frequentavam uma Unidade Básica de Saúde, no município de Serra do Salitre, localizado na região Sudeste do Brasil. A população da cidade é de 11801 habitantes e o IDH é de 0,745²³. A cidade conta com cinco Unidades Básicas de Saúde. Estas unidades são porta de entrada preferencial do SUS e

destinam-se ao atendimento de até 80% dos problemas de saúde da população na Atenção Primária à Saúde da região. Além disso, há dois pontos de apoio em saúde situados na zona rural, e um Hospital Municipal, destinados à prestação de atendimentos nas especialidades básicas, além de serviço de Urgência/Emergência 24h²⁴. O que envolve o encaminhamento dos recém-nascidos da região para estas unidades.

Desenho de estudo e critérios de elegibilidade

Desenvolveu-se um estudo observacional transversal, com uma amostra não probabilística de 98 participantes. A população do estudo incluiu mães de bebês de zero a seis meses de idade, de ambos os sexos, nascidos pré-termo e a termo²⁵.

Como critério de elegibilidade, incluiu-se mães de bebês normotípicos, nascidos pré-termo e a termo, não sindrômicas, sem alterações cognitivas e/ou neurológicas, que sabiam ler e compreender a língua portuguesa do Brasil e que praticavam aleitamento materno do tipo exclusivo, predominante e misto de acordo com a classificação da OMS²⁶. Foram excluídos do estudo, mães e bebês que não responderam completamente a todos os instrumentos de coleta.

Calibração da pesquisadora

Foi realizado um treinamento da pesquisadora para aplicação do Formulário de Observação da Mamada e uma calibração para a avaliação e diagnóstico da anquiloglossia. Esse processo de calibração foi realizado junto com uma fonoaudióloga experiente, atuante no município da pesquisa e consistiu na avaliação de 30 fotografias de frênulos linguais em seus diferentes graus de comprometimento. Essa avaliação se deu em dois momentos, com intervalo de 30 dias entre eles. Os critérios adotados para a avaliação do frênulo lingual foram os da versão brasileira do Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT). O coeficiente de concordância Kappa, tanto interexaminadores quanto intraexaminador foi de 1.0 (100% de concordância). Ressalta-se, que todas as etapas da pesquisa foram realizadas por uma única pesquisadora.

Estudo piloto

Para testar a metodologia proposta, foi realizado um estudo piloto com cincodíades mãe- bebê, representando 10% da amostra total. A amostra do estudo piloto foi incluída no estudo principalvisto que nenhuma alteração metodológica foi necessária.

Variáveis

As variáveis dependentes do estudo foram os domínios relativos aos comportamentos sugestivos de dificuldade na amamentação. As variáveis independentes foram a anquiloglossia, assim como as características sociodemográficas: comprimento ao nascer, sexo e idade do bebê, idade gestacional, tipo de parto (normal ou cesáreo), idade e nível de escolaridade da mãe, (categorizada em até 8 anos de estudo e acima de 8 anos de estudo²⁷, renda familiar, categorizada em “até 3 salários mínimos” e “mais que 3 salários mínimos” (um salário mínimo brasileiro correspondia a U\$242.00 no ano de 2022), Cor da pele da mãe e do bebê autorrelatada pela mãe (categorizada em branco e não branco) seguindo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011). A anquiloglossia foi classificada com base nos escores da escala crescente de pontuação, onde zero significa normalidade e acima de zero, em ordem crescente, indicam alteração³² “sem anquiloglossia” (escore ≥ 6), “duvidoso” (escore 4 ou 5), “com anquiloglossia” (escore ≤ 3). As categorizações utilizadas a seguir, foram adotadas de acordo com a OMS e são reconhecidas no mundo inteiro, sendo: para a variável “peso ao nascimento”, dicotomizou-se como recém-nascidos com menos que 2500 g (baixo peso) e recém-nascidos acima de 2500 g com (peso adequado)²⁶. Quanto aos tipos de aleitamento materno, classificou-se:²⁶

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebia somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos.
- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas.

- Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe materno e outros tipos de leite.

Coleta de dados

Os dados foram coletados entre dezembro de 2022 a maio de 2023. Após a alta hospitalar, o primeiro contato da puérpera e do RN com Equipe de Saúde da Família, se deu através de uma consulta de assistência no puerpério imediato onde ocorre um exame físico geral da díade, agendada pela agente de saúde entre o 1º e 10º dia após o parto²⁷. Essa consulta era realizada pela enfermeira responsável técnica de cada posto de saúde, que encaminhava as mães para a participação da pesquisa na Unidade Básica de Saúde Francisco Machado da Silveira de dois modos: através da assistência no puerpério imediato ou através das consultas periódicas mensais de puericultura, que avaliam o desenvolvimento infantil.

Ao comparecer a unidade, as mães recebiam a carta de apresentação do estudo, e após anuírem ao termo de consentimento, respondiam a um questionário elaborado para uma coleta estruturada de dados, com itens cujas as respostas eram objetivas e subjetivas contendo: informações sócio-demográficas, assistenciais direcionadas às díades e antecedentes gestacionais, que possibilitaram a construção do perfil dos participantes da pesquisa, como citado anteriormente.

Em seguida, utilizou-se a sequência proposta pelo *Bristol Tongue Assessment Tool* (BTAT)¹²: avaliação do frênulo lingual e observação da mamada. As respostas aos itens dos questionários foram obtidas através da entrevista e observação direta da pesquisadora sobre os binômios.

Para a realização dos exames, as mães sentaram-se na cadeira odontológica, e foram instruídas a posicionar o bebê na posição de decúbito dorsal apoiado sobre os seus seios, de forma que o bebê ficasse de frente para a examinadora. Para estabilizar a cabeça durante o

exame e facilitar a visualização da cavidade oral, a auxiliar em saúde bucal (ASB) acomodou-se atrás do encosto da cadeira odontológica e dispôs as mãos levemente sobre a face do lactente no colo da mãe. Todos os exames foram realizados com auxílio da luz artificial do ambiente juntamente com a de LED (*light emitting diode*) do equipo odontológico e a avaliação era fotografada e/ou filmada²⁹.

Foram seguidos todos os preceitos de biossegurança. Realizou-se o exame intraoral da cavidade dos bebês, por uma única pesquisadora, previamente calibrada. Para a visualização do frênulo lingual, introduziu-se os dedos indicadores enluvados embaixo da língua, e fez-se a sua elevação pelas margens laterais.¹¹ Nos casos em que não foi possível observar o frênulo, realizou-se a manobra de elevação e posteriorização da língua recoberta por cortina mucosa,²⁰ popularmente conhecido como freio submucoso.

Os lactentes foram submetidos a versão brasileira validada e adaptada no ano de 2022 do BTAT²⁸ que contabiliza 12 itens. Quanto menor o escore, maior a necessidade de intervenção cirúrgica. São avaliados quatro elementos com três itens em cada, sendo: (1) aparência da ponta da língua; (2) fixação do frênulo na margem gengival inferior; (3) elevação da língua e (4) projeção da língua,¹⁵ que são pontuados em uma escala de zero a dois. Os quatro itens são somados, configurando o escore total que pode variar de zero a oito. No caso de escore igual ou inferior a três, o procedimento é recomendado se houver outro fator associado à dificuldade de amamentar, definida pelo do FOM. Pontuação igual ou superior a seis: não é recomendado realizar o procedimento cirúrgico. Pontuação quatro ou cinco: diagnóstico duvidoso, recomenda-se a reavaliação, após trinta dias,^{12,15} com enfoque avaliativo no *Formulário de Observação da Mamada* (FOM) UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), sendo que neste estudo, utilizou-se a versão adaptada por Carvalhães *et al*³⁰. As mães foram informadas sobre possíveis dificuldades na amamentação nesse período, para que não ocorresse o desmame precoce até o dia do reteste²⁰.

Por fim, aplicou-se o FOM adaptado³⁰, que verifica a dinâmica de amamentação do binômio mãe/bebê. A examinadora orientava as mães a proceder com a amamentação da forma em que faziam usualmente, por tempo suficiente para avaliar os 47 itens que compõe a escala desse instrumento, respeitando as particularidades de cada dupla. Avaliou-se cinco domínios da amamentação: D1: Posição corporal da mãe e do bebê; D2: Resposta da dupla; D3: Adequação da sucção; D4: Anatomia das mamas; e D5: Afetividade. A escala segmenta-se em dois blocos, o primeiro avaliando 23 itens relacionados aos comportamentos favoráveis, que quando assinalados, possuem o peso de zero, ou seja, não contabilizam pontos enquanto que, os 24 itens indicativos de dificuldade na amamentação foram contabilizados como o peso um. Ao final do preenchimento foi realizada a soma das respostas e quanto mais alto o somatório, maior é a taxa de dificuldade no aleitamento materno. Os resultados foram categorizados em três tipos: bom, regular e ruim³⁰. Cada um dos domínios da amamentação avaliados está descrito no quadro 1.

Quadro 1 - Critérios para classificação dos escores empregados na avaliação da mamada segundo cada Domínio do FOM avaliado. (Carvalhães *et al.*, 2003)

Domínios da amamentação	Número de comportamentos investigados	Comportamentos observados / Classificação dos escores		
		Bom	Regular	Ruim
D1: Posição mãe/criança	05	0 – 1	2 – 3	4 – 5
D2: Respostas da dupla	06	0 – 1	2 – 3	4 – 6
D3: Adequação da sucção	06	0 – 1	2 – 3	4 – 6
D4: Anatomia das mamas	04	0	1	2 – 4
D5: Afetividade	03	0	1	2 – 3

Ressalta-se que, após finalizar a observação da mamada, de modo geral, orientações de manejo na amamentação eram realizadas, independente do resultado do Protocolo Bristol, nas duplas onde havia dificuldades na amamentação, de forma que a mãe e o recém-nascido recebiam o suporte necessário na Rede de Atenção à Saúde¹⁵.

Os bebês sem escore indicativo da necessidade de anquiloglossia (≥ 6) recebiam alta logo após o exame. Já os bebês com escore entre 4 e 5, recebiam um diagnóstico duvidoso e passaram por um reteste, conforme os critérios descritos anteriormente, sendo

que após a reavaliação, ou recebiam alta por não ter restrição de mobilidade lingual, ou eram encaminhados para intervenção cirúrgica por ter diagnóstico positivo para anquiloglossia. O escore resultante da aplicação do BTAT foi registrado na Caderneta de Saúde da Criança, na seção “Observações”¹⁵ pela própria examinadora/pesquisadora, ao final do exame

Análise estatística

Os dados coletados foram analisados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Science, versão 21.0).

Comparou-se a frequência e distribuição das variáveis independentes (sociodemográficas do bebê e da família, anquiloglossia e tipo aleitamento materno) segundo o FOM, os comportamentos sugestivos para cada aspecto da mamada observados e anotados pela pesquisadora (Posição corporal da mãe e do bebê; Sucção; Anatomia das mamas; Afetividade entre mãe e bebê; Resposta da dupla), com as variáveis dependentes. Cada um dos domínios do FOM foi categorizado em “bom”, “regular” e “ruim”³⁰, com base nos escores obtidos na escala crescente.

Foram realizadas análises descritivas e o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, para avaliar a distribuição das variáveis independentes quantitativas de acordo com a categorização dos aspectos da amamentação. Após avaliação da distribuição da amostra, foram realizados os testes Kruskal Wallis e teste Exato de Fisher. Para todas as análises foi considerado o nível de significância de 5% ($P \leq 0,05$).

RESULTADOS

Para este estudo 60 mães foram contatadas, sendo que, um total de 52 aceitaram participar. Oito mães não compareceram para a avaliação. Apenas 49 foram incluídas no estudo por preencherem todos os critérios de elegibilidade. As três exclusões (5,6%) se

deram em função da prática do aleitamento ser artificial.

Na tabela 1 é possível observar os dados descritivos referentes às variáveis sociodemográficas, aspectos pré e perinatais, hábitos da criança. . Dos 49 bebês avaliados, 28 (57,1%) eram do sexo masculino e 21 (42,9%) do sexo feminino. A média de idade dos bebês foi de 1,7 meses ($\pm 1,1$) e a maioria recebia aleitamento materno exclusivo (71,4%). A prevalência de casos confirmados de anquiloglossia foi de 14,6%. O domínio de sucção, foi o que mais apresentou comportamentos sugestivos de dificuldades na amamentação (44,9%). (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta os dados referentes à avaliação do FOM no domínio de posição corporal da mãe e do bebê. Bebês com anquiloglossia apresentaram uma maior prevalência de comportamento ruim na posição de amamentação em relação à classificação boa quando comparados a bebês sem anquiloglossia ($p=0,022$).

Considerando a avaliação do FOM no domínio de sucção do seio materno, a Tabela 3 demonstra que bebês mais velhos ($p = 0,001$), e os nascidos com maior idade gestacional ($p = 0,033$) apresentaram maior prevalência de comportamentos bons em relação a regular. Além disso, mães que trabalhavam fora apresentaram maior prevalência de comportamentos regulares em relação aos bons comportamentos, quando comparadas a mães que não trabalhavam fora ($p = 0,013$). A renda familiar e a escolaridade materna também foram associadas a comportamentos desfavoráveis na sucção, de modo que; mães com menor escolaridade ($p = 0,010$) e menor renda ($p = 0,027$) apresentaram maior prevalência de comportamentos favoráveis em relação ao comportamento regular, quando comparadas a mães com maior escolaridade e maior renda (Tabela 3).

Na avaliação do FOM no domínio anatomia da mama, a idade dos bebês foi maior entre aqueles classificados com boa anatomia em relação aos que tinham menor idade

($p = 0,037$). Além disso, bebês nascidos de parto normal apresentaram maior prevalência de anatomia ruim em relação à regular, quando comparados a bebês nascidos de parto cesáreo ($p = 0,049$) (Tabela 4).

No presente estudo não foi realizada associação do FOM no domínio referente à resposta da dupla e a avaliação do frênulo ou as características do bebê e da mãe, uma vez que o comportamento referente à resposta da dupla durante a amamentação foi predominantemente bom na amostra ($N = 49$; 98,0%). Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes em relação a avaliação do FOM no domínio afetivo e a avaliação do frênulo ou as características do bebê e da mãe (Tabela 5).

DISCUSSÃO

A OMS destaca a importância da prática do aleitamento exclusivo e a maioria das mães participantes relatou que haviam adotado, o que vai ao encontro aos achados de outros estudos³³⁻³⁵.

Notou-se que, a maioria das díades apresentaram comportamentos adequados (bons escores), indicativos de um início satisfatório da amamentação, corroborando com os resultados obtidos em outro estudo³⁶, sendo que o domínio de sucção, foi o que mais apresentou comportamentos sugestivos de dificuldades na amamentação, neste estudo e no citado anteriormente. Alterações na sucção resultam em dificuldades na adequação da pega. Quando o bebê suga apenas o mamilo, há uma maior probabilidade de traumas mamilares e dor ao amamentar, gerando mamadas ineficazes e diminuição na produção do leite materno, causando interferências no desenvolvimento do bebê³⁶. Ressalta-se que, quanto maior a quantidade de comportamentos sugestivos de dificuldades (escores ruins), entre as díades, maior a chance de desmame precoce^{30,36}.

Estudos relatam que, dificuldades referentes à posição corporal da mãe e do

bebê durante o aleitamento materno, foram observados com frequência nos primeiros dias do pós-parto, período onde a díade está em um momento de adaptação a uma nova fase³⁶⁻³⁹. O posicionamento inadequado de um ou do binômio dificulta a preensão adequada interferindo no dinamismo de extração do leite materno e da sucção.

Neste estudo, foi encontrada uma associação entre a posição corporal da mãe e do bebê e anquiloglossia, o que coincide com os achados de uma revisão sistemática da literatura⁴⁰. Na revisão citada fez-se a análise de evidências sobre a metodologia de diagnóstico e tratamento para anquiloglossia em 64 artigos e evidenciou que as dificuldades de aleitamento materno em RNs foram associadas à anquiloglossia. Contudo, é possível encontrar divergências a respeito da relação entre o frênulo lingual e o aleitamento materno, já que no estudo de Fujinaga *et al.* (2017)⁴¹, não foi encontrada associação entre o frênulo lingual e dificuldades no aleitamento materno. A hipótese para esta diferença, pode ser justificada pela diferença na utilização do instrumento de diagnóstico da anquiloglossia.

O fato da anquiloglossia ter se associado apenas ao domínio de posição corporal do FOM, neste estudo, demonstra que a sua presença é um fator preponderante ao desestímulo da amamentação. Contudo, no estudo de Batista⁴⁴ (2022), a relação positiva entre anquiloglossia e desmame se mostrou presente logo a partir do segundo mês de nascimento do lactente, e diminuiu exponencialmente com passar dos meses, comparados aos bebês sem anquiloglossia. Os resultados encontrados nesse trabalho, evidenciam que a anquiloglossia não pode ser vista como a única razão da dificuldade de amamentar, confrontando trabalhos^{13,16,42,43} que difundem fortemente que a anquiloglossia interfere negativamente na amamentação, podendo levar ao desmame precoce. Nestes casos, a mãe culpa a anquiloglossia pela dificuldade de amamentação, o que pode interferir na busca de orientações para outros fatores, tal como a posição para amamentar e também as condições inerentes à mãe e ao bebê relatadas nesse trabalho, condições essas, que foram consoantes

com um outro estudo⁴¹ que questionou que outras variáveis possam interferir no processo de amamentação.

Outro achado deste estudo, foi a associação positiva nos bebês nascidos de parto normal com o aspecto da anatomia das mamas. Esta associação, contradiz ao descrito por alguns autores, onde o parto cesáreo foi mais associado à presença de traumas mamilares e um pior posicionamento corporal dos bebês à mama do que o parto normal^{30,35,48}. Uma hipótese para justificar a associação positiva deste achado, talvez se apoie no número de mães que relataram parto normal e que eram primíparas. A primiparidade não foi associada positivamente neste estudo, mas foi evidenciada na revisão integrativa da literatura⁴⁹ onde avaliou-se as dificuldades no aleitamento materno em alojamentos conjuntos. Os autores concluíram que, a maior parte dos artigos estudados referiam-se a problemas relacionados aos traumas mamilares, causados por características específicas do aleitamento, dentre elas, o fato das mães serem primigestas. Nesta mesma revisão, o trauma mamilar também foi relacionado ao tipo de agente anestésico administrado durante o parto, presumindo que a analgesia fornecida pela técnica regional do bloqueio peridural, comumente utilizado para alívio da dor causada pelas contrações uterinas durante o parto normal⁵⁰, pode impactar negativamente na amamentação, devido a capacidade deste fármaco atravessar a barreira transplacentária causando rebaixamento neurocomportamental no RN⁵¹. Neste estudo não foi coletada a informação do tipo de anestésico utilizado durante o parto das participantes, mas, estudos futuros devem ser estimulados a pesquisar esta variável. Pode-se inferir, que os aspectos de posição corporal para amamentar e a anatomia mamária, estão proporcionalmente relacionados à inadequação da sucção³³ sendo essa tríade, causadora de traumas mamilares, visto que, a literatura aponta que as dificuldades referentes a interferências na mama, são as mais frequentemente associadas ao desmame precoce^{52,53}.

Foi evidenciado nesse estudo, que mães com menor escolaridade e menor renda

apresentaram uma maior prevalência de comportamentos favoráveis (classificação boa) à amamentação, quando comparadas a mães com maior escolaridade e maior renda, que apresentaram uma maior predominância da classificação regular, evidenciando uma maior tendência a dificuldade no AM. Essa constatação, assemelha-se ao dos países em desenvolvimento, onde as mulheres de classes socialmente vulneráveis, de baixo e médio poder aquisitivo, amamentaram por um tempo maior que as de melhor nível socioeconômico⁶⁰. Estas diferenças de comportamento podem ser justificadas por diferenças culturais ao passo que os alimentos substitutos do leite materno são vistos como um meio prático e funcional para alimentar as crianças em diferentes locais.

No Brasil, a maioria das mulheres assistidas pela legislação trabalhista geral, tem direito à licença maternidade com remuneração até o quarto mês pós-parto, normativa incoerente com o período mínimo de aleitamento materno exclusivo preconizado pela OMS. A mãe tem suporte legal para amamentar o filho durante a jornada de trabalho. Entretanto, muitas mães enfrentam barreiras na continuidade do AM, devido a impossibilidade de deslocar a criança até o local de trabalho. Há o desejo de amamentar, porém, pode haver falta de apoio familiar e/ou dos empregadores no retorno laboral, sendo a amamentação interrompida em um tempo menor que o preconizado pela OMS. Estimular a inserção de salas de apoio à amamentação em condições ideais para a continuidade do AM dentro dos ambientes de trabalho deve ser encorajado ⁶¹.

Nem todas as mulheres têm a possibilidade ou a condição de não retornar ao seu emprego e permanecer de forma voluntária em casa para se dedicar exclusivamente aos filhos. Dessa forma, nesse estudo, assim como em outros ^{10,36}, ser dona de casa foi considerado fator protetor do AM, já que as díades dessa amostra, tinham situação favorável e melhores escores frente à prática do AM, tendo em vista que a maioria delas, à ocasião, encontravam-se sem ocupação trabalhista, dispendo de tempo de qualidade para deixar que

o bebê fosse amamentado livremente.

Um fator que pode ter impactado na menor prevalência de mães trabalhando fora do lar, paralelo à questão da maternidade, foi o impacto pós crise sanitária mundial de COVID 19. A pandemia obrigou sete milhões de mulheres, a sair do mercado de trabalho ainda em março de 2020, o que afetou diretamente a renda familiar⁶². No Brasil, a taxa de mulheres no mercado de trabalho nesse período, foi a menor dos últimos 30 anos, o que representou um retrocesso desde a inserção feminina nas atividades trabalhistas ^{62,63}.

A presente pesquisa ainda revela que a idade do bebê e o tempo gestacional estiveram relacionados à anatomia mamária e a dificuldades na sucção, assim como os achados de Mosele⁵⁹ (2014). Indivíduos nascidos pré-termo, possuíam uma variabilidade considerável ao se tratar da sucção, onde alguns estavam aptos a iniciar a alimentação oral a partir da 32ª semana, enquanto outros só estavam aptos a partir da 36ª semana⁶⁴.

Os usos de bicos artificiais, como chupetas e mamadeiras, são frequentemente associados como agentes dificultadores e confundidores da amamentação^{65,66}. Conseqüentemente, estes artefatos podem levar a recusa do peito, induzindo ao desmame precoce. Neste estudo, não houve relação significativa com esses artefatos, mas pode-se observar, que os lactentes que faziam o uso de chupeta e/ou mamadeira, apresentaram maiores percentuais na classificação ruim e regular, sugestivas de dificuldades quando somadas, comparado com a classificação boa. Estudos futuros com uma amostra maior e com desenho qualitativo devem ser encorajados.

Uma das limitações encontradas para realização dessa pesquisa, foi o tamanho reduzido da amostra, que pode ser justificado pela falta de equipe obstétrica no município, que impediu o acesso imediato ao alojamento conjunto na maternidade, como sugere o Ministério da Saúde. Apesar de se tratar de uma amostra de conveniência, cujos resultados não podem ser extrapolados para díades de mães/bebês de outros locais, o estudo apresenta

dados inéditos e de grande importância para políticas públicas de promoção de saúde. Dar um peso excessivo a anquiloglossia, como desestimulador da prática de aleitamento materno, não aparece como resultado principal deste estudo. Há destaque para outros fatores que interferem no sucesso do AM e que merecem atenção. São necessários estudos longitudinais e qualitativos com amostras maiores, que explorem o risco de desmame precoce e mudanças nos padrões de amamentação⁶⁷.

CONCLUSÕES

Concluiu-se que a posição para amamentar foi o único fator associado a presença de anquiloglossia nos bebês desta amostra. Renda familiar, idade gestacional, idade do bebê, trabalho fora de casa e escolaridade da mãe influenciaram nos critérios de sucção no seio. A idade do bebê e o tipo de parto influenciaram o padrão anatômico da região mamária da mãe.

Os profissionais de saúde devem se dotar de estratégias de promoção e apoio ao aleitamento materno de modo a fornecer orientações eficazes de forma simples e concisa às mães. Consultas de pré-natal podem ser o momento oportuno para aumentar a percepção das mães sobre possíveis dificuldades, assim como no pós-parto imediato, momento em que os obstáculos se tornam palpáveis. Empoderá-las a superar os sinais sugestivos de dificuldades que possam surgir no processo da amamentação e capacitá-las a procurar o auxílio necessário o mais cedo possível são medidas simples e eficazes, que podem proteger o aleitamento materno de interrupções precoces.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
(CNPq – processo 301973/2022-9).

Agradecimentos

Os autores agradecem a todas as mães pela participação na coleta de dados e a Secretaria Municipal de Saúde por abrir as portas da Unidade Básica Francisco Machado da Silveira para realização da pesquisa.

Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram que não há conflitos de interesse relacionados a este estudo

Referências

1. Universidade Federal Do Rio De Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil-ENANI-2019: resultados preliminares. Indicadores de aleitamento materno no Brasil. 2020. Disponível em: Relatorio-4_ENANI-2019_Aleitamento-Materno.pdf (ufrj.br) [Acessado em 2023 may 06]
2. Ribeiro, MB; Motta, AR; Friche, AAL. Impacto das alterações do frênulo lingual na qualidade e continuidade do aleitamento materno exclusivo. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal Minas Gerais; 2020.
3. Santiago, LB, organizadores. Manual de aleitamento materno. Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, v. Barueri-SP: Manole, 2013.
4. World Health Organization. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Geneva: World Health Organization; 2009 [citado 12 de Julho de 2023]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK153471/>
5. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Neff Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The lancet*. 2016;387(10017):475-490.
6. Del Mazo-Tomé PL, Suárez-Rodríguez M. Prevalence of exclusive breastfeeding in

- the healthy newborn. *Boletim Medico Del Hospital Infantil de Mexico*. 2018;75(1):49-56.
7. Castro IR, Melo MCP, Morais RJL, Santos ADB. Childbirth care for primiparas: reflexes in breastfeeding/Partejar de primiparas: reflexos na amamentacao/Cuidado al parto de primiparas: reflejos en la lactancia.
 8. MP. Fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida do bebê. *Revista Pró-Univer SUS [Internet]*.2020 [acesso em 12 jul 2023];11(1). Disponível em:
<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2208>.
 9. Bergmann RL, Bergmann KE, von Weizsäcker K, Berns M, Henrich W, Dudenhausen JW. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers – a review of the scientific evidence. *Journal of Perinatal Medicine*. 2014;42(1):26.Disponível em:
<https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2013-0095/html>
 10. Moimaz SAS, Rós D de T, Saliba TA, Saliba NA. Estudo quanti- qualitativo sobre amamentação exclusiva por gestantes de alto risco. *Cien Saude Colet. [Internet]*. 2020 [cited 12 jul 2023]; 25(9). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.30002018>
 11. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Estudo longitudinal das características anatômicas do frênulo lingual comparado com afirmações da literatura. *Revista CEFAC*. 2014;16:1202-1207.
 12. Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H, Emond A et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*. 2015;100(4):F344-F349.

13. Ngercham, Sopapan et al. Frênulo lingual e efeito na amamentação em recém-nascidos tailandeses. *Pediatria e saúde infantil internacional* , v. 33,n. 2, pág. 86-90, 2013.
14. Knox I. Tongue tie and frenotomy in the breastfeeding newborn. *NeoReviews*. 2010;11(9):e513-e519.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Saúde da Criança e Aleitamento. Nota técnica n.º 11/2021: anquiloglossia em recém-nascidos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 26 jun. 2023].Disponível em:
16. [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210601_N_NT11AVAL](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210601_N_NT11AVAL_CAOFRENULOLINGUALRN_772086272972157347.pdf) IA
CAOFRENULOLINGUALRN_772086272972157347.pdf.
17. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad.
18. W, Hong P. The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: a systematic review. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2013;77(5):635-646.
19. Silva, Sara Carvalho da. Estudo dos protocolos disponíveis para avaliação e diagnóstico da anquiloglossia. [monografia]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2020.
20. Hazelbaker AK. Hazelbaker Assessment for Lingual Frenulum Function [Internet]. Availablefrom: http://www.med.unc.edu/pediatrics/education/current-residents/rotation-information/newborn-nursery/hazelbaker_frenum.pdf. [Acesso 2023 jun 12].
21. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. *Revista CEFAC*. 2012;14:138-145.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014: protocolo de

avaliação do frênulo da língua em bebês. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113002.htm.

[Acessado em: 2023 jun. 12]

23. Wong K, Patel P, Cohen MB Michael B, Levi JR. Breastfeeding infants with ankyloglossia: insight into mothers' experiences. *Breastfeeding Medicine*. 2017;12(2):86-90.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico, 2010, 11.
25. Prefeitura Municipal De Serra Do Salitre. Unidades Básicas de Saúde. Disponível em: https://www.serradosalitre.mg.gov.br/?pag=T1RjPU9EZz1PVFU9T0_dVPU9_HS_T1PVVE9T0dFPU9HRT0=&idmenu=280&idmenu2=356 [Acessado em 2023 Mai 12]
26. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus. Washington DC: World Health Organization; 2008.
27. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November. Washington, DC: WHO; 2007.
28. Oliveira FM, Tavela AO, Wagner KJP. Associação entre fatores socioeconômicos e demográficos e vacinação antirrábica de cães e gatos domésticos. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2023;31:e31020063.
29. Venancio, SI.; Buccini, G.; Sanches, MTC. 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). 2022.
30. Simão, Clarissa de Almeida Brandão et al. Prevalência de anquiloglossia em recém-

nascidos e avaliação da confiabilidade e validade do Teste da Linguinha na triagem neonatal. 2016.

31. Carvalhaes MA, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *Jornal de Pediatria*. 2003; 79(1): 13-20.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 39/2018. Amamentação como medida não farmacológica para redução da dor durante a administração de vacinas injetáveis em crianças. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nt392021-cocam-cgpni-amamentacao-alivio-dor.pdf> [Acessado em: 2023 mai 20]
33. Hoffmann AM, Pissetti CB. Avaliação do frênulo lingual em neonatos da unidade de internação obstétrica do Hospital Geral de Caxias do Sul/RS. [monografia] Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul;2019
34. Carreiro JA, Francisco AA, Abrão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV, Coca KP. Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2018;31:430-438
35. Karthigesu K, Sandrasegarampillai B, Arasaratnam VV. Breastfeeding practices and nutritional status of children aged one to five years in Jaffna District, Sri Lanka. *The Indian Journal of Nutrition and Dietetics*. 2017;54(2):172-184.
36. Karthigesu K, Balakumar S, Arasaratnam V. Determinants of early cessation of exclusive breastfeeding practices among rural mothers from Jaffna District of Sri Lanka. *Int Breastfeed J*. 2023 Aug 15;18(1):42. doi: 10.1186/s13006-023-00575-z. PMID: 37580743.
37. Marques MC dos S, Melo A de M. Amamentação no alojamento conjunto. *Rev CEFAC [Internet]*. 2008;10(2):261–71. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462008000200017>

38. Giugliani ER. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80 Suppl 5:S147-54.
39. Vieira AC, Costa AR, Gomes PG. Boas práticas em aleitamento materno: Aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2015;15(1):13-20.
40. Barbosa GEF, Silva VB, Pereira JM, Soares MS, Medeiros Filho RA, Pereira LB, Pinho LC, Caldeira AP. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. *Revista Paulista de Pediatria*. 2017;35:265-272.
41. Suter VG, Bornstein MM. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *J Periodontol*. 2009; 80(8):1204-19.
42. Fujinaga CI, Chaves JC, Karkow IK, Klossowski DG, Silva FR, Rodrigues AH. Lingual frenum and breast feeding: descriptive study. *Audiol Commun Res*. [journal on the internet] 2017 [accessed 2023 Mai 31];22(e1762). Available at: <http://doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1762>
43. Venancio SI, Buccini G, Sanches MTC, Coleta H, Olin P, Coimra 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. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1382359/relatorio_final1-1.pdf [Acessado em 2023 Mai 31]
44. Brandão CA, Marsillac MWS, Barja-Fidalgo F, Oliveira BH. Is the Neonatal Tongue Screening Test a valid and reliable tool for detecting ankyloglossia in newborns? *Int J Paediatr Dent*. 2018 Jul;28(4):380- 389.

45. Batista CLC. Influência da anquiloglossia nas características do aleitamento materno em lactentes nos primeiros meses de vida. [tese] Maranhão: Universidade Federal do Maranhão; 2022.
46. Carnino JM, Walia AS, Lara FR, Mwaura AM, Levi JR. The effect of frenectomy for tongue-tie, lip-tie, or cheek-tie on breastfeeding outcomes: A systematic review of articles over time and suggestions for management. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2023;111638.
47. O'Connor ME, Gilliland AM, LeFort Y. Complications and misdiagnoses associated with infant frenotomy: results of a healthcare professional survey. *International Breastfeeding Journal*. 2022;17(1):1-9.
48. Fraga MDRBDA, Barreto KA, Lira TCB, Celerino PRRP, Tavares ITDS, Menezes VAD. Anquiloglossia versus amamentação: qual a evidência de associação?. *Revista CEFAC*. 2020;22..
49. Morais MBD, Toporovski MS, Tofoli MHC, Barros KVD, Ferreira CHT, Silva LR. Breastfeeding in infants seen in private pediatric practices and its relation with type of delivery and history of prematurity. *Jornal de Pediatria*. 2022;98:241-247.
50. Bicalho CV, Martins CD, Friche AADL, Motta AR. Dificuldade no aleitamento materno exclusivo no alojamento conjunto: revisão integrativa. *Audiology-Communication Research*. 2021;26:e2471.
51. Schmidt SRG, Schmidt AP, Schmidt AP. Anestesia e analgesia de parto. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2009;93:169-171.
52. Oliveira MR, Santos MG, Aude DA, Lima RM, Módolo NSP, Navarro LH. Anestesia materna deve atrasar a amamentação? Revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2019;69:184-196.
53. Cervellini MP, Gamba MA, Coca KP, de Vilhena Abrão AC. [Injuries resulted from

- breastfeeding: a new approach to a known problem]. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 ;48(2):346–56.
54. Shimoda GT, Aragaki IM, Souza e Silva R, Silva I. Association between persistent nipple lesions and breastfeeding conditions. *Rev Min Enferm*. 2013;18(1):75–81.
55. Almada JNA, Fernandes LAF. Saúde de crianças de até 2 anos que passaram por desmame precoce. *Revista Científica Sena Aires*. 2019;8(1):62-70. Acesso em: Agosto, 2023
56. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Álvarez JCF, María del Mar Calatayud Pujalte MMC, González RGL. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010;18:373-380.
57. Oliveira DS, Boccolini CS, Faerstein E, Verly-Jr E. Breastfeeding duration and associated factors between 1960 and 2000. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93:130-5.
58. Pinheiro JMF, Flor TBM, Araújo MGGD, Xavier AMSF, Mata AMBD, Pires VCDC, Andrade FBD. Feeding practices and early weaning in the neonatal period: a cohort study. *Revista de Saúde Pública*. 2021;55:63.
59. Bauer DFV, Ferrari RAP, Cardelli AAM, Higarashi IH. Orientação profissional e aleitamento materno exclusivo: um estudo de coorte. *Cogitare Enfermagem*. 2019;24.
60. Mosele PDG, Santos JFD, Godói VCD, Costa FM, Toni PMD, Fujinaga CI. Instrumento de avaliação da sucção do recém-nascido com vistas a alimentação ao seio materno. *Revista CEFAC*. 2014;16:1548-1557.
61. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsoka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, Tomikawa SO. Aleitamento materno e condições sócio- econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2002; 2(2):253-61.
62. Febrianingtyas Y, Februhartanty J, Hadihardjono DN. Workplace support and

- exclusive breastfeeding practice: a qualitative study in Jakarta, Indonesia. *Mal J Nutr* 2019; 25(1):129- 142
63. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). PNAD Contínua-Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Distribuição percentual de pessoas desocupadas por sexo, 1º trimestre 2023. [acessado 2023 jul 06]
64. Lemos AHDC, Barbosa ADO, Monzato PP. Mulheres em home office durante a pandemia da covid-19 e as configurações do conflito trabalho-família. *Revista de Administração de Empresas*. 2021;60:388-399.
65. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2003;11:232-236.
66. Batista CLC, Ribeiro VS, Nascimento MDSB. Influência do uso de chupetas e mamadeiras na prática do aleitamento materno. *Journal of Health & Biological Sciences*. 2017;5(2):184- 191.
67. Howard, Cynthia R. et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*, v. 111, n. 3, p. 511-518, 2003.
68. Martins FA, Ramalho AA, Andrade AMD, Opitz SP, Koifman RJ, Silva IFD. Padrões de amamentação e fatores associados ao desmame precoce na Amazônia ocidental. *Revista de Saúde Pública*. 2021.

Tabela 1: Análise descritiva das variáveis estudadas

Variáveis	Frequência (%)
Variáveis sociodemográficas da mãe	
Idade da mãe (em anos)	
Média [DP]	25,6 [± 05,9]
Mediana [Min-max]	26,0 [14 – 40]
Cor da pele da mãe	
Branco	13 (26,5)
Não branco	36 (73,5)
Paridade materna	
Primípara	27 (55,1)
Múltipara	22 (44,9)
Tempo gestacional (em semanas)	
≤ 37 semanas	01 (01,9)
> 37 semanas	48 (98,1)
Tipo de parto	
Normal	24 (49,0)
Cesáreo	25 (51,0)
Escolaridade da mãe	
Menos de oito anos de estudo	24 (49,0)
Oito anos ou mais de estudo	25 (51,0)
Trabalha fora do lar	
Sim	13 (26,5)
Não	36 (73,5)
Estado marital	
Com companheiro	41 (83,7)
Sem companheiro	08 (16,3)
Renda familiar	
≤ U\$726	33 (68,8)
> U\$726	15 (31,2)
Variáveis do bebê	
Sexo do bebê	
Feminino	21 (42,9)
Masculino	28 (57,1)
Cor da pele do bebê	
Branco	14 (28,6)
Não branco	35 (71,4)
Idade do bebê (em meses)	
Média [DP]	01,7 [± 01,1]
Mediana [Min-max]	02,0 [0 – 6]
Peso do bebê ao nascer	
Baixo peso ao nascer	01 (02,0)
Peso suficiente ou maior	48 (98,0)
Comprimento do bebê ao nascer (em cm)	
Média [DP]	49,1 [± 02,2]
Mediana [Min-max]	49,0 [41 – 53]
Tipo de aleitamento	
Exclusivo	35 (71,4)
Predominante	01 (02,0)
Misto	13 (26,5)
Anquiloglossia	
Com anquioglossia	07 (14,6)
Duvidoso	05 (10,4)
Sem anquiloglossia	36 (75,0)
Uso de chupeta	
Sim	20 (40,8)
Não	29 (59,2)

Uso de Mamadeira	
Sim	67 (28,6)
Não	35 (71,4)
Comportamentos da amamentação	
Domínio Posição	
Bom	45 (91,8)
Regular	02 (04,1)
Ruim	02 (04,1)
Domínio Sucção	
Bom	23 (46,9)
Regular	22 (44,9)
Ruim	04 (08,2)
Domínio Anatomia	
Bom	35 (71,4)
Regular	09 (18,4)
Ruim	05 (10,2)
Domínio Afetividade	
Bom	41 (83,7)
Regular	02 (04,1)
Ruim	06 (12,2)
Domínio Resposta da dupla	
Bom	48 (98,0)
Regular	01 (02,0)
Ruim	00 (00,0)

Tabela 2 - Análise da associação do domínio FOM de Posição Corporal da Mãe e do Bebê (D1) durante a amamentação com as variáveis independentes

Variáveis	Classificação da posição durante amamentação			P-valor
	Bom	Regular	Ruim	
Escore anquiloglossia				
Com anquiloglossia	05 (71,4) ^a	00 (00,0) ^{a,b}	02 (28,6) ^b	0,022*
Duvidoso	04 (80,0)	01 (20,0)	00 (00,0)	
Sem anquiloglossia	35 (97,2) ^a	01 (02,8) ^{a,b}	00 (00,0) ^b	
Peso do bebê (em kg)				
Média [DP]	03,1 [± 00,4]	03,5 [± 00,3]	03,0 [± 00,3]	0,367 [†]
Mediana [Min-Max]	03,0 [02,0 – 04,1]	03,5 [03,2 – 03,7]	03,0 [02,8 – 03,3]	
Sexo do bebê				
Feminino	18 (85,7)	02 (09,5)	01 (04,8)	0,329*
Masculino	27 (96,4)	00 (00,0)	01 (03,6)	
Comprimento do bebê (em cm)				
Média [DP]	49,0 [± 02,2]	50,5 [± 02,1]	49,0 [± 01,4]	
Mediana [Mín-máx]	49,0 [41 – 53]	50,5 [49 – 52]	49,0 [48 – 50]	0,693 [†]
Cor da pele do bebê				
Branco	11 (78,6)	02 (14,3)	01 (07,1)	0,065*
Não-Branco	34 (97,1)	00 (00,0)	01 (02,9)	
Idade do bebê (em meses)				
Média [DP]	01,7 [± 01,8]	00,5 [± 00,7]	02,5 [± 00,5]	0,467 [†]
Mediana [Min-Max]	02,0 [0 – 6]	00,5 [0 – 1]	02,5 [2 – 3]	
Cor da pele da mãe				
Branca	10 (76,9)	02 (15,4)	01 (07,7)	0,052*
Não Branca	35 (97,2)	00 (00,0)	01 (02,8)	
Idade da mãe (em anos)				
Média [DP]	26,0 [± 06,0]	23,5 [± 03,5]	19,5 [± 02,1]	0,189 [†]
Mediana [Min-max]	26,0 [14 – 40]	23,5 [21 – 26]	19,5 [18 – 21]	
Paridade materna				
Primípara	24 (88,9)	01 (03,7)	02 (07,4)	0,745*
Múltipara	21 (95,5)	01 (04,5)	00 (00,0)	
Idade gestacional (em semanas)				
Média [DP]	38,9 [± 01,4]	38,5 [± 00,7]	38,0 [± 01,4]	0,589 [†]
Mediana [Min-Max]	39,0 [36 – 42]	38,5 [38 – 39]	38,0 [37 – 39]	
Tipo de aleitamento materno				
Exclusivo	32 (91,4)	02 (05,7)	01 (02,9)	0,753*
Predominante	01 (100,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	
Misto	12 (92,3)	00 (00,0)	01 (07,7)	
Mãe trabalha fora do lar				
Sim	13 (100,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	1,000*
Não	32 (88,9)	02 (05,6)	02 (05,6)	
Tipo de parto				
Normal	23 (95,8)	01 (04,2)	00 (00,0)	0,739*
Cesáreo	22 (88,0)	01 (04,0)	02 (08,0)	
Renda familiar				
≤ US\$726	31 (93,9)	01 (03,0)	01 (03,0)	0,369*
> US\$726	13 (86,7)	01 (06,7)	01 (06,7)	
Escolaridade da mãe				
< 8 anos de estudo	21 (87,5)	01 (04,2)	02 (08,3)	0,479*
≥ 8 anos de estudo	24 (96,0)	01 (04,0)	00 (00,0)	
Uso de chupeta				
Sim	17 (89,5)	01 (05,3)	01 (05,3)	0,821*
Não	28 (93,3)	01 (03,3)	01 (03,3)	
Uso de mamadeira				
Sim	12 (92,3)	00 (00,0)	01 (07,7)	0,525*
Não	33 (91,7)	02 (05,6)	01 (02,8)	

*Exato de Fisher; †Kruskal Wallis. DP = Desvio Padrão; Min = Mínimo; Max = Máximo; P-valor = valor de probabilidade. Valores em negrito representam significância estatística. Letras diferentes indicam diferenças estatisticamente significantes

Tabela 3 - Análise da associação do domínio FOM Adequação da Sucção (D3) durante a amamentação com as variáveis independentes

Variáveis	Classificação da Sucção do seio durante amamentação			P-valor
	Bom	Regular	Ruim	
Escore anquiloglossia				
Com anquiloglossia	02 (28,6)	03 (42,9)	02 (28,6)	0,110*
Duvidoso	01 (20,0)	04 (80,0)	00 (00,0)	
Sem anquiloglossia	20 (55,6)	14 (38,9)	02 (05,6)	
Peso do bebê (em kg)				
Média [DP]	03,2 [± 00,5]	03,0 [± 00,3]	03,2 [± 00,3]	0,185 [†]
Mediana [Min-Max]	03,1 [2,0 - 4,1]	02,9 [02,4 - 03,8]	03,2 [02,8 - 03,6]	
Sexo do bebê				
Feminino	07 (33,3)	13 (61,9)	01 (04,8)	0,112*
Masculino	16 (57,1)	09 (32,1)	03 (10,7)	
Comprimento do bebê (em cm)				
Média [DP]	49,4 [± 02,3]	48,8 [± 02,0]	49,5 [± 02,6]	0,227
Mediana [Min-máx]	50,0 [41 - 53]	49,0 [45 - 53]	49,0 [47 - 53]	
Cor da pele do bebê				
Branco	05 (35,7)	08 (57,1)	01 (07,1)	0,646 [§]
Não-Branco	18 (51,4)	14 (40,0)	03 (08,6)	
Idade do bebê (em meses)				
Média [DP]	02,6 [± 01,6]	00,8 [± 01,5]	01,2 [± 01,5]	0,001[†]
Mediana [Min-Max]	03,0 [0 - 6] ^a	00,0 [0 - 6] ^b	01,0 [0 - 3] ^{a,b}	
Cor da pele da mãe				
Branca	05 (38,5)	07 (53,8)	01 (07,7)	0,787*
Não Branca	18 (50,0)	15 (41,7)	03 (08,3)	
Idade da mãe (em anos)				
Média [DP]	24,6 [± 05,4]	27,3 [± 06,5]	22,2 [± 03,5]	0,086 [†]
Mediana [Min-max]	23,0 [16 - 35]	27,5 [14 - 40]	22,5 [18 - 26]	
Paridade materna				
Primípara	11 (40,7)	13 (48,1)	03 (11,1)	0,625*
Múltipara	12 (54,5)	09 (40,9)	01 (04,5)	
Idade gestacional (em semanas)				
Média [DP]	39,4 [± 01,4]	38,3 [± 01,1]	38,5 [± 01,2]	0,033[†]
Mediana [Min-Max]	39,0 [37 - 42] ^a	38,0 [36 - 41] ^b	38,5 [37 - 40] ^{a,b}	
Tipo de aleitamento				
Exclusivo	16 (45,7)	16 (45,7)	03 (08,6)	1,000*
Predominante	01 (100,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	
Misto	06 (46,2)	06 (46,2)	01 (07,7)	
Mãe trabalha fora do lar				
Sim	02 (15,4) ^a	10 (76,9) ^b	01 (07,7) ^{a,b}	0,013*
Não	21 (58,3)	12 (33,3)	03 (08,3)	
Tipo de parto				
Normal	11 (45,8)	11 (45,8)	02 (08,3)	1,000*
Cesáreo	12 (48,0)	11 (44,0)	02 (08,0)	
Renda familiar				
≤ US\$726	19 (57,6) ^a	11 (33,3) ^b	03 (09,1) ^{a,b}	0,027*
> US\$726	03 (20,0)	11 (73,3)	01 (06,7)	
Escore anquiloglossia				
Com anquiloglossia	02 (28,6)	03 (42,9)	02 (28,6)	0,110*
Duvidoso	01 (20,0)	04 (80,0)	00 (00,0)	
Sem anquiloglossia	20 (55,6)	14 (38,9)	02 (05,6)	
Escolaridade da mãe				
< 8 anos de estudo	16 (66,7) ^a	06 (25,0) ^b	02 (08,3) ^{a,b}	0,010*
≥ 8 anos de estudo	07 (28,0)	16 (64,0)	02 (08,0)	
Uso de chupeta				
Sim	09 (47,4)	09 (47,4)	01 (05,3)	0,834*
Não	14 (46,7)	13 (03,3)	03 (10,0)	
Uso de mamadeira				
Sim	06 (46,2)	06 (46,2)	01 (07,7)	0,993*
Não	17 (47,2)	16 (44,4)	03 (08,3)	

*Exato de Fisher; [†]Kruskal Wallis. DP = Desvio Padrão; Min = Mínimo; Max = Máximo; P- valor = valor de probabilidade. Valores em negrito representam significância estatística. Letras diferentes indicam diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 4 - Análise da associação do domínio FOM Anatomia das mamas (D4) durante a amamentação com as variáveis independentes

Variáveis	Classificação anatomia das mamas durante a amamentação			P-valor
	Bom	Regular	Ruim	
Escore anquiloglossia				
Com anquiloglossia	05 (71,4)	01 (14,3)	01 (14,3)	1,000*
Duvidoso	04 (80,0)	01 (20,0)	00 (00,0)	
Sem anquiloglossia	26 (72,2)	06 (16,7)	04 (11,1)	
Peso do bebê (em kg)				
Média [DP]	03,1 [± 00,4]	03,0 [± 00,3]	03,2 [± 00,2]	0,371 [†]
Mediana [Min-Max]	03,0 [02,0 – 04,1]	02,9 [02,5 – 03,7]	03,2 [02,8 – 03,6]	
Sexo do bebê				
Feminino	12 (57,1)	07 (33,3)	02 (09,5)	0,063*
Masculino	23 (82,1)	02 (07,1)	03 (10,7)	
Comprimento do bebê (em cm)				
Média [DP]	49,1 [± 02,2]	48,9 [± 01,4]	49,2 [± 03,3]	0,743 [†]
Mediana [Mín-máx]	50,0 [41 – 53]	49,0 [47 – 52]	49,0 [45 – 53]	
Cor da pele do bebê				
Branco	09 (64,3)	04 (28,6)	01 (07,1)	0,589*
Não-Branco	26 (74,3)	05 (14,3)	04 (11,4)	
Idade do bebê (em meses)				
Média [DP]	02,0 [± 01,7]	01,5 [± 02,0]	00,0 [± 00,0]	0,037[†]
Mediana [Min-Max]	02,0 [0 – 6] ^a	01,0 [0 – 6] ^{a,b}	00,0 [0 – 0] ^b	
Cor da pele da mãe				
Branca	08 (61,5)	04 (30,8)	01 (07,7)	0,339*
Não Branca	27 (75,0)	05 (13,9)	04 (11,1)	
Idade da mãe (em anos)				
Média [DP]	24,8 [± 06,0]	28,1 [± 06,9]	26,6 [± 01,9]	0,362 [†]
Mediana [Mín-max]	24,0 [14 – 36]	28,0 [18 – 40]	26,0 [24 – 29]	
Paridade materna				
Primípara	20 (74,1)	04 (14,8)	03 (11,1)	0,897*
Múltipara	15 (68,2)	05 (22,7)	02 (09,1)	
Idade gestacional (em semanas)				
Média [DP]	38,9 [± 01,5]	38,6 [± 00,8]	38,8 [± 00,8]	0,921 [†]
Mediana [Min-Max]	39,0 [36 – 42]	39,0 [37 – 40]	39,0 [38 – 40]	
Tipo de aleitamento				
Exclusivo	23 (65,7)	08 (22,9)	04 (11,4)	0,705*
Predominante	01 (100,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	
Misto	11 (84,6)	00 (00,0)	01 (07,7)	
Mãe trabalha fora do lar				
Sim	09 (69,2)	02 (15,4)	02 (15,4)	0,761*
Não	26 (72,2)	07 (19,4)	03 (08,3)	
Tipo de parto				
Normal	16 (66,7) ^{a,b}	03 (12,5) ^a	05 (20,8) ^b	0,049*
Cesáreo	19 (76,0)	06 (24,0)	00 (00,0)	
Renda familiar				
≤ US\$726	23 (69,7)	06 (18,2)	04 (12,1)	1,000*
> US\$726	11 (73,3)	03 (20,0)	01 (06,7)	
Escore anquiloglossia				
Com anquiloglossia	05 (71,4)	01 (14,3)	01 (14,3)	1,000*
Duvidoso	04 (80,0)	01 (20,0)	00 (00,0)	
Sem anquiloglossia	26 (72,2)	06 (16,7)	04 (11,1)	
Escolaridade da mãe				
< 8 anos de estudo	19 (79,2)	05 (20,8)	00 (00,0)	0,083*
≥ 8 anos de estudo	16 (64,0)	04 (16,0)	05 (20,0)	
Uso de chupeta				
Sim	15 (78,9)	03 (15,8)	01 (05,3)	0,577*
Não	20 (66,7)	06 (20,0)	04 (13,3)	
Uso de mamadeira				
Sim	11 (84,6)	01 (07,7)	01 (07,7)	0,441*
Não	24 (66,7)	08 (22,2)	04 (11,1)	

*Exato de Fisher; [†]Kruskal Wallis. DP = Desvio Padrão; Min = Mínimo; Max = Máximo; P- valor = valor de probabilidade. Valores em negrito representam significância estatística. Letras diferentes indicam diferenças estatisticamente significantes

Tabela 5 - Análise da associação do Domínio FOM Afetividade (D5) durante a amamentação com as variáveis independentes.

Variáveis	Classificação dos laços afetivos durante amamentação			P-valor
	Bom	Regular	Ruim	
Escore anquiloglossia				
Com anquiloglossia	06 (85,7)	00 (00,0)	01 (14,3)	
Duvidoso	04 (80,0)	00 (00,0)	01 (20,0)	0,884*
Sem anquiloglossia	30 (83,3)	02 (05,6)	04 (11,1)	
Peso do bebê (em kg)				
Média [DP]	03,1 [± 00,4]	03,3 [± 00,6]	03,0 [± 00,3]	0,786 [†]
Mediana [Min-Max]	03,0 [02,0 – 04,1]	03,3 [02,8 – 03,8]	02,9 [02,8 – 03,8]	
Sexo do bebê				
Feminino	15 (71,4)	01 (04,8)	05 (23,8)	0,072*
Masculino	26 (92,9)	01 (03,6)	01 (03,6)	
Comprimento do bebê (em cm)				
Média [DP]	49,1 [± 02,3]	50,5 [± 00,7]	48,4 [± 01,0]	0,236 [†]
Mediana [Min-máx]	49,0 [41 – 53]	50,5 [50 – 51]	48,2 [47 – 50]	
Cor da pele do bebê				
Branco	12 (85,7)	01 (07,1)	01 (07,1)	0,668*
Não-Branco	29 (82,9)	01 (02,9)	05 (14,3)	
Idade do bebê (em meses)				0,261 [†]
Média [DP]	01,5 [± 01,6]	01,5 [± 02,1]	03,0 [± 02,1]	
Mediana [Min-Max]	02,0 [0 – 6]	01,5 [0 – 3]	02,5 [0 – 6]	
Cor da pele da mãe				
Branca	11 (84,6)	01 (07,7)	01 (07,7)	0,639*
Não Branca	30 (83,3)	01 (02,8)	05 (13,9)	
Idade da mãe (em anos)				
Média [DP]	25,2 [± 05,8]	27,0 [± 05,6]	28,3 [± 07,0]	0,448 [†]
Mediana [Min-max]	26,0 [14 – 40]	27,0 [23 – 31]	31,5 [18 – 35]	
Paridade materna				
Primípara	21 (90,9)	00 (00,0)	02 (09,1)	0,500*
Multípara	20 (77,8)	02 (07,4)	04 (14,8)	
Idade gestacional (em semanas)				
Média [DP]	38,8 [± 01,3]	39,5 [± 00,7]	38,8 [± 01,7]	0,617 [†]
Mediana [Min-Max]	39,0 [36 – 42]	39,5 [39 – 40]	38,5 [37 – 42]	
Tipo de aleitamento				
Exclusivo	28 (80,0)	02 (05,7)	05 (14,3)	0,850
Predominante	01 (100,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	*
Misto	12 (92,3)	00 (00,0)	01 (07,7)	
Mãe trabalha fora do lar				
Sim	13 (100,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	0,281*
Não	28 (77,8)	02 (05,6)	06 (16,7)	
Tipo de parto				
Normal	21 (87,5)	01 (04,2)	02 (08,3)	0,830*
Cesáreo	20 (80,0)	01 (04,0)	04 (16,0)	
Renda familiar				
≤ U\$726	27 (81,8)	02 (06,1)	04 (12,1)	1,000*
> U\$726	13 (86,7)	00 (00,0)	02 (13,3)	
Escore anquiloglossia				
Com anquiloglossia	06 (85,7)	00 (00,0)	01 (14,3)	
Duvidoso	04 (80,0)	00 (00,0)	01 (20,0)	0,884*
Sem anquiloglossia	30 (83,3)	02 (05,6)	04 (11,1)	
Escolaridade da mãe				
< 8 anos de estudo	18 (75,0)	02 (08,3)	04 (16,7)	0,237*
≥ 8 anos de estudo	23 (92,0)	00 (00,0)	02 (08,0)	
Uso de chupeta				
Sim	17 (89,5)	00 (00,0)	02 (10,5)	0,480*
Não	24 (80,0)	02 (06,7)	04 (13,3)	
Uso de mamadeira				
Sim	06 (46,2)	06 (46,2)	01 (07,7)	0,993*
Não	17 (47,2)	16 (44,4)	03 (08,3)	

*Exato de Fisher; [†]Kruskal Wallis. DP = Desvio Padrão; Min = Mínimo; Max = Máximo; P- valor = valor de probabilidade. Valores em negrito representam significância estatística. Letras diferentes indicam diferenças estatisticamente significantes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho desenvolvido teve como objetivo, identificar comportamentos que podem dificultar a amamentação, e o seu conteúdo é de grande importância, visto que, apontar essas desordens precocemente pode impedir que ocorra interrupção da amamentação.

Desde a infância, mulheres são condicionadas a exercer o papel social do cuidado ao outro que lhes foi imposto pela sociedade. Através de brincadeiras de ninar com a boneca que já vem acompanhada de chupeta e mamadeira, constrói-se a imagem de que estes artefatos fazem parte do universo das gestantes e dos bebês. Estes artefatos, ficam confusos no inconsciente coletivo e expressão de forma implícita, desde a infância, que o natural é oferecê-los, ou que a prática de amamentar naturalmente é um ato instintivo e não sofre interferências de fatores externos. Por isso, muitas mães não persistem em amamentar ao se deparar com o primeiro sinal de dificuldade, pois encontram na amamentação uma realidade totalmente diferente da que lhes foi romantizada. É irrefutável que a cultura do aleitamento materno deve ser conscientizada, normalizada e perpetuada.

Mulheres passam por um processo de transformação pessoal para se tornarem mães, por isso, enxergá-las de forma integral, considerando as suas demandas emocionais, físicas e o ambiente que estão inseridas, pode fazer toda a diferença no sucesso da amamentação. Todo e qualquer comportamento sugestivo de dificuldade deve ser considerado um sinal de alarme global para as taxas de diminuição do aleitamento materno, aspectos, evidenciam o quanto a amamentação é complexa. Assim, faz-se necessário uma assistência não apenas de profissionais, mas também de um encorajamento parental sólido, que estimule a autoconfiança puerpéra e persista para que ela possa amamentar sem interferências de crenças e tabus que ainda estão tão entremeados na prática do AM.

Cirurgiões-dentistas também têm a responsabilidade de identificar e resolver problemas no aleitamento materno. Sendo que aqueles que trabalham especificamente com a saúde materno-infantil são grandes aliados para que informações sejam difundidas antes mesmo do nascimento. Consultas de pré-natal odontológico que visam o cuidado da saúde bucal da mãe, são o momento ideal para orientar sobre condições de anormalidade na amamentação. Integrar o dentista a uma equipe multiprofissional que realiza atendimentos rotineiros de puericultura poderia

abranger a saúde infantil e a dificultar a instalação de problemas do nascimento até a primeira infância.

Este trabalho evidencia que, o fato da anquiloglossia ter se associado apenas à um domínio dentre os cinco avaliados, mostra o quanto ela se apresenta como um fator de peso no desestímulo da amamentação. Contudo, os outros dados analisados, como a renda, a escolaridade materna, a idade da mãe e do bebê, o tipo de parto, e a ocupação trabalhista, se associaram a uma maior quantidade de domínios, se mostrando como fatores com maior potencial negativo de prejudicar a prática da amamentação em si. Muitas das vezes, a anquiloglossia é responsabilizada unicamente, sem a prévia análise de outras condições inerentes à mãe e ao bebê.

A padronização de protocolos de diagnóstico da anquiloglossia, tanto quanto a avaliação da dinâmica da amamentação das díades, urge, e devem ser implementadas com efetividade. De forma que abranjam a individualidade de cada ser e contribuam para o fortalecimento das políticas públicas de saúde materno-infantil e de ações de promoção e proteção do aleitamento materno. Essas estratégias, conseqüentemente iriam minimizar a chance de diagnósticos errôneos, assim como prolongariam a prática do aleitamento materno.

As reflexões pouco exploradas neste trabalho são importantes, e contribuem de forma a encorajar outros pesquisadores a abordarem mais sobre esta temática de grande valia social.

REFERÊNCIAS

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO INFANTIL-ENANI-2019: resultados preliminares. Indicadores de aleitamento materno no Brasil. 2020. Disponível em: [Relatorio-4 ENANI-2019 Aleitamento- Materno.pdf \(ufrj.br\)](#) [Acessado em 2023 may 06]

BARBOSA, Diogo Jacintho; VASCONCELOS, Thais Cesário; GOMES, Marcia Pereira. Fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida do bebê. Revista Pró-UniverSUS, v. 11, n. 1, p. 80-87, 2020.

BECKER, Nora V. et al. Utilization of women's preventive health services during the COVID-19 pandemic. In: JAMA Health Forum. American Medical Association, 2021.p. e211408-e211408.

BERGMANN, Renate L. et al. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers—a review of the scientific evidence. Journal of Perinatal Medicine, v. 42, n. 1, p. 9-18, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Saúde da Criança e Aleitamento. Nota técnica n.º 11/2021: anquiloglossia em recém-nascidos[Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 26 jun. 2023].

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Saúde da Criança e Aleitamento. Nota técnica n.º 11/2021: anquiloglossia em recém-nascidos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 26 jun. 2023]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210601_N_NT11AVALIACAOFRE NULOLINGUALRN_772086272972157347.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014: protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13002.htm. [Acesso em: 25 mai. 2023]

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 39/2018. Amamentação como medida não farmacológica para redução da dor durante a administração de vacinas injetáveis em crianças. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nt392021-cocam-cgpniamamentacao-alivio-dor.pdf> [Acessado em: 2023 mai 2020]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. 68p. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. 2017. Brasília (DF): IBGE; 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/serra-do-salitre.html> Acesso em 10/07/2021

CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; CORRÊA, Cláudia Regina Hostin. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *Jornal de Pediatria*, v. 79, p. 13-20, 2003.

CASTRO, Idalina Reis de et al. Childbirth care for primiparas: reflexes in breastfeeding/Partejar de primiparas: reflexos na amamentacao/Cuidado al parto de primiparas: reflejos en la lactancia materna. *Enfermagem Uerj*, v. 27, p. NA-NA, 2019. Coopmed–Editora Médica, 2004.

CORRÊA, Mário Dias et al. Noções práticas de Obstetrícia. 13ª edição. de Saúde. [Acesso em 12 mai. 2023] Disponível em: <https://www.serradosalitre.mg.gov.br/?pag=T1RjPU9EZz1PVFU9T0dVPU9HST1PVEE9T0dFPU9HRT0=&idmenu=280&idmenu2=356> [Acesso em 12 mai. 2023]

DEMITTO, Marcela de Oliveira et al. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. *Rev Rene*, v. 11, n. 1, p. 25, 2010.

HARRIS, Eduardo F.; FRIEND, Gerald W.; TOLLEY, Elizabeth A. Maior prevalência de anquiloglossia com o uso materno de cocaína. *The Cleft Palate- Craniofacial Journal*, v. 29, n. 1, pág. 72-76, 1992.

INGRAM, Jenny et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue- tie identification. *Archives of Disease in Childhood- Fetal and Neonatal Edition*, v. 100, n. 4, p. F344-F349, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [Internet].

KARAÇAM, Zekiye; SAĞLIK, Müge. Breastfeeding problems and interventions performed on problems: Systematic review based on studies made in Turkey. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, v. 53, n. 3, p. 134, 2018.

KNOX, Isabella. Tongue tie and frenotomy in the breastfeeding newborn.

MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro et al. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. *Revista CEFAC*, v. 14, p. 138-145, 2012.

MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro; MARCHESAN, Irene Queiroz; BERRETIN-FELIX, Giédre. Estudo longitudinal das características anatômicas do frênulo lingual comparado com afirmações da literatura. *Revista CEFAC*, v. 16, p. 1202-1207, 2014.

MEEK, Joan Younger; NOBLE, Lawrence; SECTION ON BREASTFEEDING. Policy statement: breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, v. 150, n. 1, p. e2022057988, 2022.

MILANI, Gregorio P. et al. Breastfeeding during a Pandemic. *Annals of Nutrition and Metabolism*, v. 78, n. Suppl. 1, p. 17-25, 2022.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. A influência da prática do aleitamento materno na aquisição de hábitos de sucção não nutritivos e prevenção de oclusopatias. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 42, p. 31-36, 2013.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Estudo quanti-qualitativo sobre amamentação exclusiva por gestantes de alto risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3657-3668, 2020. *NeoReviews*, v. 11, n. 9, p. e513-e519, 2010.

NGERNCHAM, Sopapan et al. Lingual frenulum and effect on breastfeeding in Thai newborn infants. *Paediatrics and international child health*, v. 33, n. 2, p. 86-90, 2013.

OLIVEIRA, Fernanda Marques de; TAVELA, Alexandre de Oliveira; WAGNER, Katia Jakovljevic Pudla. Associação entre fatores socioeconômicos e demográficos e vacinação antirrábica de cães e gatos domésticos. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 31, p. e31020063, 2023.

Otolaryngologic Clinics of North America, v. 52, n. 5, p. 795- 811, 2019.

PERES, Karen Glazer et al. Efeito da amamentação nas más oclusões: uma revisão sistemática e meta-análise. *Acta Pediátrica*, v. 104, p. 54- 61, 2015.

PINHEIRO, Josilene Maria Ferreira et al. Covid-19: desafios para assistência maternoinfantil e amamentação exclusiva no período neonatal. *Revista Ciência Plural*, v. 8, n. 1, p. e24776-e24776, 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DO SALITRE. Unidades Básicas de Saúde

RIBEIRO, Mariah Batalha et al. Impacto das alterações do frênulo lingual na qualidade e continuidade do aleitamento materno exclusivo. 2021. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal Minas Gerais; 2020.

ROCHELLE, Isaura Maria Ferraz et al. Amamentação, hábitos bucais deletérios e oclusopatias em crianças de cinco anos de idade em São Pedro, SP. *Dental Press Journal of Orthodontics*, v. 15, p. 71-81, 2010.

SANCHES, Maria Teresa C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *Jornal de pediatria*, v. 80, p. s155-s162, 2004.

SIMÃO, Clarissa de Almeida Brandão et al. Prevalência de anquiloglossia em recém-nascidos e avaliação da confiabilidade e validade do Teste da Linguinha na triagem neonatal. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Estudo Nacional de VASCONCELOS, Flávia Maria Nassar de et al. Non-nutritive sucking habits, anterior open bite and associated factors in Brazilian children aged 30-59 months. *Brazilian dental journal*, v. 22, p. 140-145, 2011.

VENANCIO, Sonia Isoyama; BUCCINI, Gabriela; SANCHES, Maria Teresa Cera. 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). São Paulo; Instituto de Saúde; 2022. 16 p. [acesso em 25 ago. 2023]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1382359>

VICTORA, Cesar G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The lancet*, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.

VIEIRA, Ana Cláudia; COSTA, Amanda Riboriski; GOMES, P. G. Boas práticas em aleitamento materno: Aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. *Rev Soc Bras Enferm Ped*, v. 15, n. 1, p. 13-20, 2015.

WALSH, Jonathan; BENOIT, Margo McKenna. Ankyloglossia and other oral ties. *Otolaryngologic Clinics of North America*, v. 52, n. 5, p. 795- 811, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November. Washington, DC: WHO; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus. Washington DC: World Health Organization; 2008.

APÊNDICE A: Carta apresentação

Prezados Senhores Pais / Responsáveis

Meu nome é Stéfani Aparecida Santana Silva, sou cirurgiã-dentista, especialista e mestranda em Odontopediatria e junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da UFMG sob a orientação da Profa Dra Júnia Serra-Negra. **Nós estamos convidando vocês a participarem de um estudo denominado “Relação entre a amamentação e a frenotomia: Percepção das mães quanto ao teste da linguinha.”** Alguns bebês nascem com o freio da língua mais volumoso e isso pode prejudicar a amamentação no seio da mãe. Quando avaliado precocemente, uma cirurgia simples pode ser feita, chamada frenotomia, onde o dentista dá um pequeno pique neste freio e assim favorece que o bebê mamee se desenvolva bem.

Algumas famílias têm resistência em aderir a esta prática, mesmo com a recomendação do profissional. Nosso estudo pretende avaliar a adesão das famílias e se aqueles bebês que fizeram a cirurgia apresentaram melhor adesão a prática do aleitamento materno.

A mãe responderá um questionário sobre características da sua família, de sua saúde, do pré-natal e sobre o desenvolvimento do bebê. O bebê será examinado para avaliar o tipo de freio da língua. Tudo isso não gastará mais que 30 minutos.

Não existem respostas certas ou erradas. É importante para nós conhecermos seus costumes e de seu bebê. Ninguém é obrigado a participar e pode desistir em qualquer etapa da pesquisa sem nenhum ônus.

Existe um risco leve da mãe ficar constrangida de relatar seus costumes e de seu bebê e isso será contornado com o fato de que o preenchimento do questionário e o exame do bebê acontecerá em sala reservada e toda a informação coletada é confidencial. Os dados ficarão armazenados pela equipe de pesquisadores por cinco anos e só a equipe terá acesso a ele. **Nenhum dado pessoal será divulgado. Todo o processo é anônimo!**

A participação nesta pesquisa é voluntária e não envolve nenhum tipo de pagamento. Tanto os bebês que têm indicação de frenotomia quanto aqueles que não necessitam

da intervenção, vão participar desta pesquisa e esta participação trará informações muito importantes para a ciência e para planejamento de políticas públicas de saúde que beneficiem a comunidade. Portanto, sua participação é muito importante para nós!



Atenciosamente

Stéfani Aparecida Santana Silva (aluna)



Profa Dra Júnia Serra-Negra (orientadora)

Em caso de dúvida, ligar para: Stéfani A. Santana Silva – Telefone: (34) 9.98215159 email: stefaniass@ufmg.br

Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da UFMG (31) 3409-2496
COEP/UFMG: AV. Presidente Antonio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte -
MG

- CEP 31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005
Telefone: (031) 3409- 4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Eu, _____ declaro ter sido devidamente esclarecida que o objetivo da pesquisa “Relação entre a amamentação e a frenotomia/Percepção das mães quanto ao teste da linguinha.” é avaliar o autorrelato das mães quanto à adesão e sucessoda frenotomia na prática da amamentação natural que será executada pela mestranda Stéfani Aparecida Santana Silva, com a orientação da Professora Dra. Júnia Serra-Negra, do Programa de Pós-graduação em Odontologia, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Fui esclarecido (a) que responderei um questionário sobre os meus costumes, de minha família e do desenvolvimento de meu filho (a) e sei que os dados deste questionário serão utilizados para pesquisa científica. Tenho ciência que é minha a escolha de participar ou não e que posso desistir de participar, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo dano ou prejuízo para mim e/ou meu filho (a) e os dados que irei fornecer serão confidenciais e poderão ser divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, com toda informação anônima. Por fim, afirmo saber que esta pesquisa foi aprovada pela FOUFGM e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Estou recebendo duas vias deste termo de consentimento sendo que uma delas ficará comigo e outra fica com a equipe de pesquisadores.

Em caso de dúvida, ligar para: Stéfani A. Santana Silva – Telefone: (34) 9.98215159 email: stefaniass@ufmg.br

Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da UFMG(31) 3409-2496. COEP/UFMG: AV. Presidente Antonio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte – MG - CEP 31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 Telefone: (031) 3409-4592 - E- mail: coep@prpq.ufmg.br

Serra do Salitre, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

APÊNDICE C: Questionário sócioeconômico (22 perguntas)

Identificação

Nome: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefone: () _____

Data do exame: ____ / ____ / ____

1. Qual a sua relação como cuidador(a) do bebê () mãe () pai () avó/avô () outro
2. Qual a idade de quem responde este questionário? _____ anos.
3. Qual o gênero de quem responde a este questionário () Mulher () Homem () Outro
4. Como você classifica a cor da sua própria pele? () Branca () Negra () Parda () Amarela
5. Como você classifica a cor da pele de seu bebê? () Branca () Negra () Parda () Amarela
6. Os pais do bebê vivem juntos? () sim () não
7. Este bebê é o primeiro filho(a)? () sim () não
8. Dentro do núcleo familiar este bebê representa: () filho(a) único(a) () primogênito () filho(a) caçula
9. Dentro dos aspectos legais podemos afirmar que seu filho(a) () é filho(a) biológico () é filho(a) adotivo(a)
10. Este bebê nasceu com quantas semanas de gestação? _____ semanas.
11. Qual tipo de parto? () normal () cesáreo
12. A mãe biológica fez pré-natal? () sim () não
13. Qual o tipo de aleitamento a criança recebe

aleitamento materno exclusivo (mama no seio da mãe e não consome nem água e nem chás)

aleitamento predominante no seio materno (mama no seio da mãe, e ingere água e/ou chás)

aleitamento misto (mama no seio da mãe e na mamadeira e/ou copo) aleitamento artificial com mamadeira

14. O bebê já passou pela primeira consulta pediátrica ou de puericultura? () sim () não

17. O bebê faz uso de chupeta? () sim () não

18. O bebê faz uso de mamadeira? () sim () não

Características sociodemográficas:

19. Quem cuida do bebê e passa o maior tempo com ele(a)?

20. Quantas pessoas moram em sua casa (incluindo o bebê)?

21. Qual a renda familiar mensal (somando a renda de todas as pessoas quemoram na casa com o bebê)?

() Nenhuma renda.

() Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.212,00).

() De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.213,00 até R\$ 3.636,00).

() De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 3.637,00 até R\$ 7.272,00).

() De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 7.273,00 até R\$

10.908,00). () De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 10.909,00

até R\$ 14.544,00). () Mais de 12 salários mínimos (mais de

R\$ 14.545,00).

22. Qual é o grau de instrução da mãe?

() Analfabeto / Fundamental I incompleto (Primário

Incompleto) () Fundamental I completo/Fundamental II

incompleto (Primário Completo/Ginásio Incompleto)

- Fundamental completo/Médio incompleto (Ginásio Completo/Colegial Incompleto)
- Médio completo/Superior incompleto (Colegial Completo/Superior Incompleto)
- Superior completo

ANEXO A: Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT)

Protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT)*

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

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

**ANEXO B: Formulário de Avaliação da Mamada do UNICEF adaptado por
Carvalhães *et al.*, 2003.**

Comportamentos favoráveis	Comportamentos indicativos de dificuldades
Posição	
<input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Corpo e cabeça do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Queixo do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Nádegas do bebê apoiadas <input type="checkbox"/> Escore posição 1	<input type="checkbox"/> Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê <input type="checkbox"/> Corpo do bebê distante do da mãe <input type="checkbox"/> O bebê está com o pescoço virado <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca o peito <input type="checkbox"/> Só ombros/cabeça apoiados <input type="checkbox"/> Escore posição 2
Respostas	
<input type="checkbox"/> O bebê procura o peito quando sente fome <input type="checkbox"/> O bebê roda e busca o peito <input type="checkbox"/> O bebê explora o peito com a língua <input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta ao peito <input type="checkbox"/> Bebê mantém a pega da areola <input type="checkbox"/> Sinais de ejeção de leite (vazamento, cólicas uterinas, fisgadas) <input type="checkbox"/> Escore resposta 1	<input type="checkbox"/> Nenhuma resposta ao peito <input type="checkbox"/> Nenhuma busca observada <input type="checkbox"/> O bebê não está interessado no peito <input type="checkbox"/> Bebê irrequieto ou chorando <input type="checkbox"/> Bebê não mantém a pega da areola <input type="checkbox"/> Nenhum sinal de ejeção de leite <input type="checkbox"/> Escore resposta 2
Estabelecimento de laços afetivos	
<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê no colo com firmeza <input type="checkbox"/> Mãe e bebê mantêm contato visual <input type="checkbox"/> Grande quantidade de toques mãe/filho <input type="checkbox"/> Escore afetivo 1	<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê nervosamente, sacudindo-o, tremendo ou fracamente <input type="checkbox"/> Nenhum contato ocular mãe/filho <input type="checkbox"/> Mãe e bebê quase não se tocam <input type="checkbox"/> Escore afetivo 2
Anatomia	
<input type="checkbox"/> Mamas macias e cheias antes da mamada <input type="checkbox"/> Mamilos projetando-se para fora <input type="checkbox"/> Tecido mamário com aparência saudável <input type="checkbox"/> Mamas com aparência arredondada <input type="checkbox"/> Escore anatomia 1	<input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas e duras <input type="checkbox"/> Mamilos planos ou invertidos <input type="checkbox"/> Tecido mamário com escoriações, fissuras, vermelhidão <input type="checkbox"/> Mamas esticadas ou caídas <input type="checkbox"/> Escore anatomia 2
Sucção	
<input type="checkbox"/> Boca bem aberta <input type="checkbox"/> Lábio inferior projeta-se para fora <input type="checkbox"/> Língua do bebê assume a forma de um cálice ao redor do bico do peito <input type="checkbox"/> Bochechas de aparência arredondada <input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda com períodos de atividade e pausa <input type="checkbox"/> É possível ver e/ou ouvir a deglutição <input type="checkbox"/> Escore sucção 1	<input type="checkbox"/> Boca quase fechada, fazendo um bico para a frente <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/> Não se vê a língua do bebê <input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou encovadas <input type="checkbox"/> Sucções rápidas com estalidos <input type="checkbox"/> Pode-se ouvir barulho altos, mas não a deglutição <input type="checkbox"/> Escore sucção 2

ANEXO C: Parecer do Departamento de Odontopediatria



Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia - Faculdade de Odontologia
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 Pampulha – Belo Horizonte – MG CEP: 31.270-901
Tel. (31) 3409-2470
E-mail: odonto-posgrad@ufmg.br



Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia
Faculdade de Odontologia
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627
Pampulha – Belo Horizonte – MG
CEP: 31.270-901
Tel. (31) 3409-2470
E-mail: odonto-posgrad@ufmg.br



PARECER CONSUBSTANCIADO

1) Dados identificadores do projeto

Título do projeto de pesquisa: Relação entre a amamentação e frenotomia: Percepção das mães sobre o teste da linguinha em bebês

Nível: Mestrado

Instituição responsável: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Pesquisadores responsáveis: Stéfani Aparecida Santana Silva (mestranda), Júnia Maria Cheib Serra-Negra (orientadora), Andréa Rodrigues Motta (co-orientadora)

Área de Concentração: Odontopediatria

Linha de Pesquisa: Epidemiologia e controle das doenças bucais

CEP de origem: Ainda não foi submetido/aguardando esse parecer

Parecerista: Profa. Dra. Fernanda de Moraes Ferreira

2) Descrição sucinta das justificativas e objetivos do projeto, com julgamento do mérito científico

O projeto pretende avaliar a adesão de pais/responsáveis e o sucesso da frenotomia na prática da amamentação. A literatura demonstra amplamente que a amamentação é o alimento ideal para o desenvolvimento físico e o bem-estar emocional dos recém-nascidos e é altamente benéfica a curto e a longo prazo para a saúde materna e dos bebês. A língua do recém-nascido desempenha papel importante na lactação e qualquer restrição da sua livre movimentação pode comprometer o seu êxito, favorecendo o desmame precoce e baixo ganho de peso. Dessa forma, alterações do frênulo lingual (anquiloglossia) que possam resultar em diminuição da mobilidade lingual e, com isso, afetar o desempenho das funções bucais incluindo a amamentação requerem diagnóstico precoce de forma a possibilitar uma intervenção oportuna. Contudo, a literatura ainda não trás evidências fortes do benefício da frenotomia para a amamentação. Nesse sentido, torna-se importante mensurar o seu real benefício para a amamentação e conhecer as motivações associadas à adesão ou não dos pais a essa intervenção. Desta forma, estudo está bem justificado e é extremamente atual e relevante.

3) Descrição clara do desenho do estudo e metodologias

será realizado um estudo prospectivo com aproximadamente 300 binômios mães/bebês encaminhados pela responsável técnica de cada UBS do município de Serra do Salitre - MG após a consulta de puericultura na primeira semana de vida do bebê, onde as mães serão convidadas a participar e preencherão um Termo de Consentimento Livre e



Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia - Faculdade de Odontologia
 Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 Pampulha – Belo Horizonte – MG CEP: 31.270-901
 Tel. (31) 3409-2470
 E-mail: odonto-posgrad@ufmg.br



Esclarecido. O diagnóstico anquiloglossia será realizado nos bebês pela aplicação do instrumento “Bristol Tongue Assessment Tool” (BTAT) e, quando indicada a frenotomia, esta será realizada naqueles em que a família estiver de acordo. Informações sobre a amamentação serão coletadas através do autorelato das mães em resposta ao questionário de Possamai (2019), ministrado em dois momentos: baseline e acompanhamento. Será aplicado também um questionário sociodemográfico a fim de caracterizar a amostra. Os exames e a intervenção serão realizados na Unidade Básica de Saúde Francisco Machado da Silveira, domesmo município. Ao final do estudo, a amamentação será comparada entre os 4 grupos: G1 - bebês sem escore indicativo de anquiloglossia (grupo controle); G2 - bebês com escore indicativo de anquiloglossia e que realizaram a frenotomia; G3 - bebês com escore duvidoso (realização de reteste em 30 dias); G4 - bebês que necessitavam realizar o procedimento, mas a mãe ou outro responsável não concordaram em realizá-lo; além de verificar a prevalência da prática do aleitamento materno exclusivo e do uso de chupetas e mamadeiras nos grupos estudados.

4) Referência aos critérios de participação, exclusão/inclusão, recrutamento

Foram claramente definidos os critérios de inclusão e exclusão dos participantes.

5) Avaliação da viabilidade financeira

O orçamento está descrito no projeto. O estudo apresenta custo baixo e, por consequência, viável financeiramente. Será inteiramente custeado pelas pesquisadoras.

6) Avaliação da capacitação técnica dos pesquisadores

A professora orientadora é referencia internacionalmente reconhecida em pesquisas envolvendo hábitos bucais e com certeza conduzirá o trabalho com brilhantismo.

7) Considerações finais

Esse é um estudo inovador e pode ajudar a compreender efeito da frenotomia, quando bem indicada, na amamentação de recém-nascidos, além das motivações relacionadas à aceitação do procedimento pela família. O projeto tem potencial para gerar publicação em periódico científico de impacto e apresentar bom índice de citação.

Voto: Tendo em vista o exposto acima, sou, s.m.j. pela aprovação do projeto de pesquisa.

Local: Belo Horizonte - MG

Data: 03 de junho de 2022

Assinatura:

Documento assinado digitalmente
 gov.br MAURO HENRIQUE NOGUEIRA GUIMARAES DE AGUIAR
 Data: 04/06/2022 09:08:55-0300
 Verifique em <https://verificador.itl.br>

**ANEXO D: Autorização da Secretaria Municipal de Saúde da
Serra do Salitre - MG**



O projeto “Relação entre a amamentação e frenotomia” Percepção das mães sobre o teste da linguinha” podera ser realizado nas dependencias da Unidade Básica de Saúde Francisco Machado da Silveira, sob responsabilidade da aluna Stéfani Aparecida Santana Silva e orientação da Professora Dra. Júnia Maria Sheib Serra-Negra, após aprovação do Cômite de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Atenciosamente,



Andréia Fernandes da Silva Borges
Secretária Municipal de Saúde

Serra do Salitre – 07 de Junho de 2022

ANEXO E: Aprovação do projeto na Plataforma Brasil

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE AMAMENTAÇÃO E FRENOTOMIA: PERCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE O TESTE DA LINGUINHA EM BEBÊS

Pesquisador: JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59890022.4.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.547.405

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa, pré-requisito para título de mestrado na área de Odontopediatria pela Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Será um estudo de quase experimento (intervenção) aninhado a um estudo coorte desenvolvido em três etapas: aplicação de questionário sociodemográfico, diagnóstico, intervenção e reavaliação, abrangendo os bebês nascidos em todo o município de Serra do Salitre – MG, localizado na Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba.

As alterações do frênulo lingual (anquiloglossia) se caracterizam como uma anomalia oral congênita que ocorre quando uma curta porção de tecido embrionário, que deveria ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento, permanece na face ventral da língua resultando em graus variáveis de diminuição da mobilidade lingual e podendo afetar o desenvolvimento do sistema estomatognático assim como o desempenho de suas funções, incluindo a amamentação. O diagnóstico precoce dessa condição pode prevenir, dentre outros problemas, o desmame precoce, o baixo ganho de peso e conseqüentemente comprometimento do desenvolvimento integral dos bebês. Este estudo tem o objetivo avaliar o autorrelato dos pais/responsáveis quanto à adesão e sucesso da frenotomia na prática da amamentação, através do estudo da influência dos fatores sociodemográficos nos 4 grupos da associação entre frenotomia e aleitamento materno, onde: G1 - bebês sem escore indicativo (grupo controle); G2 - bebês com escore indicativo e que realizaram a frenotomia; G3 - bebês com escore duvidoso (realização de reteste em 30 dias); G4 - bebês que

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 - 2º. Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.547.405

necessitavam realizar o procedimento, mas a mãe ou outro responsável não concordaram em realizá-lo; além de comparar no que os grupos diferiram entre si e verificar a prevalência da prática do aleitamento materno exclusivo e uso de chupetas e mamadeiras nos grupos estudados. A coleta será realizada na Unidade Básica de Saúde Francisco Machado da Silveira, na cidade de Serra do Salitre - MG, e pretende-se avaliar aproximadamente 300 binômios mães/bebês e estes, serão encaminhados pela responsável técnica de cada UBS do município após a consulta de puericultura na primeira semana de vida do bebê, onde as mães serão convidadas a participar e preencherão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento de coleta de dados para diagnóstico em escores indicativos da anquiloglossia será o "Bristol Tongue Assessment Tool" (BTAT) onde quanto mais baixo o escore, maior o grau de severidade da anquiloglossia, e a avaliação do autorrelato das mães será pelo questionário de Possamai (2019), que aborda questões sobre a amamentação e características comportamentais e antropométricas e será ministrado em dois momentos: baseline e acompanhamento em toda a amostra, a fim de comparação das respostas obtidas, além de um questionário sociodemográfico a fim de caracterizar a amostra. Os dados serão lançados em banco de dados no programa estatístico SPSS 21.0 e o melhor teste estatístico será selecionado após a coleta.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a adesão de pais/responsáveis e o sucesso da frenotomia na prática da amamentação.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a percepção das mães quanto à amamentação antes e após a frenotomia.
- Verificar a prevalência da prática do aleitamento materno exclusivo e na fase do aleitamento complementar e quem não está amamentando no seio materno até os 6 meses na amostra proposta.
- Verificar se o grau de anquiloglossia influi na adesão do bebê à prática de amamentação.
- Verificar se o formato anatômico das mamas da mãe pode influenciar na prática de aleitamento materno.
- Verificar a prevalência do uso de chupetas e/ou mamadeiras entre os grupos.
- Avaliar a adesão das famílias a prática de frenotomia quando indicada

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Há riscos mínimos de constrangimento dos pais/responsáveis em responder todas as perguntas,

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 5.547.405

Recomendações:

- O TCLE deverá ter numeração das páginas e local para rubrica do e do pesquisador nas páginas onde não houver as respectivas assinaturas.
- Deve ser declarado no TCLE que haverá duas vias deste documento. Uma via ficará em poder do pesquisador e a outra será entregue ao responsável da criança participante.
- Deve estar claro no TCLE quem será o responsável pela guarda dos dados colhidos e seus registros pelo período de cinco anos (já especificado no documento).
- Deve-se fazer mudança do trecho do TCLE "Em caso de qualquer dano que aconteça referente a participação, poderei buscar e receberei indenização nos termos da Res.466/12", uma vez que o TCLE foi escrito como carta convite, para ""Em caso de qualquer dano que aconteça referente a participação, você poderá buscar e poderá receber indenização nos termos da Res.466/12".

Na última página do TCLE será necessário estar o campo de assinatura do participante juntamente com a assinatura do pesquisador, e rubrica de ambos nas demais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SMJ, somos pela aprovação do projeto, mas RESSALTAMOS a importância das adequações destacadas no item "Recomendações".

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1967505.pdf	22/06/2022 08:28:58		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_SCA_StefSantana_aprovCamara.pdf	22/06/2022 08:28:28	JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_proj_StefaniSant_Rev.pdf	22/06/2022 08:27:58	JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.547.405

Ausência	TCLE_proj_StefaniSant_Rev.pdf	22/06/2022 08:27:58	JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA	Aceito
Declaração de concordância	Autoriz_UBS_proj_StefaniSantana_2022.pdf	21/06/2022 09:43:28	JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Proj_Stef_Santana_rev21jun2022.pdf	21/06/2022 09:38:12	JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_proj_StefaniSantana_sig.pdf	21/06/2022 09:29:55	JUNIA MARIA CHEIB SERRA-NEGRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 27 de Julho de 2022

Assinado por:

Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO F: Normas submissão da revista Ciência e Saúde Coletiva



internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. Não é cobrada taxa de publicação. Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer Minor Revision (Pequena revisão) ou Major Revision (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

Orientações para organização de números temáticos

1. A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

2. Modalidades de Números Temáticos:

2.1. Por Termo de Referência a convite da Editoria da Revista - enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

2.2. Por Termo de Referência fechado - enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

2.3. Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.

Maiores informações no site da Revista em:

<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/chamada-publica>

2.4. Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O que uma proposta de número temático deve conter?



No conteúdo:

- Artigos inéditos sobre o assunto temático em seus mais diferentes aspectos, devendo ser quase todos ou na totalidade, frutos de pesquisa. E algum texto de opinião que contemple o livre pensar de alguém importante da área e que tem domínio intelectual sobre o tema, o que pode ser substituído por uma entrevista com uma pessoa de referência no assunto. Uma ou duas resenhas.
- Deve incluir pesquisadores de instituições diferentes (se possível, também colegas de outros países que trabalham com o mesmo tema). Aceitam-se artigos, além de em português, em espanhol, inglês e francês.
- Um mesmo autor não pode ter seu nome incluído em mais de três artigos.

Na forma

- Título (ainda que provisório) da proposta do número temático;
- Nome ou nomes dos proponentes.
- Justificativa resumida em um ou dois parágrafos contendo o tema, os objetivos da proposta, seu contexto, significado, originalidade e relevância para a Saúde Coletiva.
- Listagem dos dez (no máximo 15) artigos propostos já com possíveis títulos e nomes dos possíveis autores que serão convidados.
- Proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto;
- Proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.
- O Editorial também é responsabilidade dos proponentes.

Recomendações para a submissão de artigos

Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.



Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica,