

Indicadores de cobertura na implantação da avaliação do frenúlo lingual em bebês em um hospital universitário

Coverage indicators in the implementation of lingual frenulum assessment in babies at a university hospital

Ana Laura Motta Brasil¹ , Geovana de Paula Bolzan² , Adeline Suzanne Zingler³ , Nathalia de Moraes Rockenbach¹ , Wâneza Dias Borges Hirsch⁴ , Maria Rita Leal Ghisleni⁵ , Marta de Vargas Romero⁵ 

RESUMO

Objetivo: avaliar os primeiros seis meses da implantação da avaliação do frenúlo lingual em um hospital universitário. **Métodos:** análise do banco de dados de recém-nascidos no hospital no período da implantação da triagem do frenúlo lingual. Foram incluídos no estudo recém-nascidos saudáveis, de ambos os gêneros e internados em alojamento conjunto. **Resultados:** nasceram 1151 bebês no período estudado; destes, 974 foram internados no alojamento conjunto e cumpriram os critérios de inclusão e exclusão. Realizaram a triagem do frenúlo lingual 824 bebês. Foi possível observar que a triagem do frenúlo lingual alcançou, em média, 84,1% de recém-nascidos do alojamento conjunto nos meses estudados. Do total de avaliações realizadas, observou-se média de casos normais de 89,8% e de 6,6% com necessidade de reavaliação ambulatorial. A média de casos identificados com anquilossia, já na triagem neonatal, foi de 3,5% e no retorno ambulatorial foi de 38,5%. O percentual médio de faltas na reavaliação foi de 28,6%. **Conclusão:** nos primeiros seis meses da implantação da triagem do frenúlo lingual, foi possível verificar que a cobertura da triagem foi de 84,6% e que há necessidade de estratégias para ampliar a cobertura, bem como para maior engajamento da população-alvo aos procedimentos propostos, tanto de reavaliação, quanto de intervenção.

Palavras-chave: Freio lingual; Anquilossia; Triagem neonatal; Recém-nascido; Aleitamento materno

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the first six months of implementation of the lingual frenulum assessment in a university hospital. **Methods:** The database of newborns in the hospital during the period of implementation of the lingual frenulum screening was analyzed. Healthy newborns of both sexes and admitted to rooming-in care were included in the study. **Results:** 1151 babies were born during the study period, of which 974 were admitted to rooming-in care and met the inclusion and exclusion criteria. 824 babies underwent lingual frenulum screening. It was possible to observe that the lingual frenulum screening reached, on average, 84.1% of newborns in rooming-in care in the months studied. Of the total evaluations performed, an average of 89.8% of normal cases and 6.6% requiring outpatient reevaluation were observed. The average number of cases identified with ankyloglossia during neonatal screening was 3.5%, and at outpatient follow-up it was 38.5%. The average percentage of absences at reassessment was 28.6%. **Conclusion:** in the first six months of implementation of lingual frenulum screening, it was possible to verify that screening coverage was 84.6% and that there is a need for strategies to expand coverage, as well as for greater engagement of the target population in the proposed procedures, both reassessment and intervention.

Keywords: Lingual frenum; Ankyloglossia; Neonatal screening; Newborn; Breast feeding

Trabalho realizado na Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

¹Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde (Residência Multiprofissional), Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

²Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

³Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana (Mestrado), Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

⁴Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

⁵Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

Conflito de interesses: Não.

Contribuição dos autores: ALMB foi responsável pela concepção e delineamento do estudo, aquisição, análise e interpretação dos dados, colaborou em todas as etapas de escrita; GPB foi responsável pela concepção e delineamento do estudo, orientação do artigo, colaborou em todas as etapas de escrita e correções do estudo e na aprovação final da versão a ser publicada; ASZ foi responsável pela aquisição, análise e interpretação dos dados; NMR foi responsável pela aquisição, análise e interpretação dos dados; WDBH foi responsável pela aquisição, análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação final da versão a ser publicada; MRLG foi responsável pela aquisição dos dados, revisão e aprovação final da versão a ser publicada; MVR foi responsável pela aquisição dos dados, revisão e aprovação final da versão a ser publicada.

Declaração de Disponibilidade de Dados: Os dados de pesquisa estão disponíveis somente mediante solicitação.

Financiamento: Nada a declarar.

Autor correspondente: Ana Laura Motta Brasil. E-mail: amottabrasil@gmail.com

Recebido: Abril 09, 2025; **ACEITO:** Junho 11, 2025

Editor-Chefe: Maria Cecília Martinelli Iório.

Editor Associado: Stela Maris Aguiar Lemos.

INTRODUÇÃO

No desenvolvimento embrionário, a língua origina-se do primeiro, segundo e terceiro arcos faríngeos, por volta da quarta semana de gestação⁽¹⁾. Essa estrutura possui em sua porção inferior uma prega de membrana mucosa, o frênuco lingual. O frênuco é desenvolvido por uma apoptose, que ocorre por volta da sétima semana de gestação na face ventral da língua, separando seus dois terços anteriores do assoalho da boca. Nesse momento, podem existir intercorrências no controle celular e a migração pode ser incompleta, ou mesmo não ocorrer, estabelecendo a condição de anquiloglossia, também conhecida por “língua presa”⁽²⁾.

A anquiloglossia é, portanto, uma anomalia congênita definida por um frênuco lingual anormalmente curto ou com inserção próxima ao ápice lingual, que resulta em movimentação restrita da língua. A causa da alteração até então é desconhecida. Certos casos têm um componente hereditário, mas outros não estão relacionados ao fator genético⁽³⁾.

O diagnóstico diferencial da anquiloglossia requer que o avaliador tenha conhecimento aprofundado da anatomia da língua e de suas áreas adjacentes, de modo que se possa confirmar se os achados anatômicos limitam ou não a movimentação da língua e, consequentemente, as funções orais⁽⁴⁾. A língua é essencial para diversas funções orais, como sucção, deglutição, mastigação e fala. A alteração no frênuco lingual pode ter importante impacto em curto, médio ou longo prazo, pois qualquer restrição à livre movimentação da língua pode resultar em prejuízo funcional, podendo variar de acordo com o grau de alteração do frênuco⁽⁵⁾.

Diversos profissionais podem contribuir na identificação e indicação de um procedimento terapêutico e/ou cirúrgico nos casos de anquiloglossia. A alteração deve ser analisada com base na funcionalidade da estrutura afetada⁽⁶⁾. O exame de avaliação do frênuco lingual em bebês normalmente compreende a observação visual das características do frênuco, a movimentação da língua, a sucção não nutritiva, a sucção nutritiva e a deglutição⁽⁷⁾.

Para identificação da alteração do frênuco lingual, foi formalizada no Brasil, no ano de 2014, a Lei nº 13.002, que torna obrigatória a avaliação do frênuco da língua em bebês, por profissional de saúde habilitado, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências⁽⁸⁾. Porém, somente a partir das Notas Técnicas nº 35/2018 e nº 01/2022 é que foram estabelecidas orientações aos profissionais e estabelecimentos de saúde quanto à identificação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos (RN) e à determinação do fluxo de atendimento na rede de atenção à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)^(9,10).

Além disso, em 2022, foi publicada a Resolução nº 661 do Conselho Federal de Fonoaudiologia, que determina que o fonoaudiólogo componha a equipe multidisciplinar do aleitamento materno. Conforme a resolução, dentre outras atribuições, é dever e responsabilidade desse profissional a execução da inspeção oral do frênuco lingual em neonatos e lactentes, avaliação do desenvolvimento das funções orofaciais, sugestão de tratamento cirúrgico, quando necessário, e acompanhamento pós-cirúrgico, quando preciso⁽¹¹⁾.

O diagnóstico precoce de anquiloglossia permite que seja viabilizada a atenção devida e oportunamente às funções orofaciais, minimizando prejuízos. É descrito na literatura que as alterações no frênuco lingual podem prejudicar a amamentação já no período neonatal, uma vez que podem ocasionar dor e trauma

no mamilo, alimentação ineficaz e baixo ganho ponderal, além da chance de ocorrer diminuição na produção láctea da mãe⁽¹²⁾.

Embora a lei que determina a obrigatoriedade de realização do protocolo de avaliação do frênuco da língua em bebês seja do ano de 2014, a implantação dessa avaliação na instituição de origem do estudo ocorreu recentemente. Esse atraso se deu em razão da dificuldade em estabelecer os fluxos que o procedimento de triagem universal exige. Assim, este estudo teve por objetivo avaliar a implantação da avaliação do frênuco lingual em um hospital universitário, no período de 1º de fevereiro de 2022 a 31 de julho de 2022.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter longitudinal e descritivo, com abordagem quantitativa, em que foi analisado o banco de dados de 1151 RN em um hospital universitário, durante o período de implantação da triagem do frênuco lingual na instituição.

O Hospital Universitário de Santa Maria é referência em gestação de alto risco e atendimento neonatal, atendendo uma população de mais de um milhão de habitantes distribuídos em 43 municípios da região. Em média, o hospital realiza cerca de 1.800 partos por ano e conta com 52 leitos de obstetrícia e 25 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal).

De acordo com o previsto na Resolução no 466/2012, capítulo IV, este estudo dispensou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sem dano ao esclarecimento posterior, visto que utilizou dados secundários do banco de dados do projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, sob parecer nº 5.869.064. Ressalta-se que foi assegurado o anonimato dos registros analisados, garantindo a confidencialidade das informações. Os resultados foram apresentados de forma agregada, impossibilitando a identificação dos participantes. Além disso, por não envolver intervenções clínicas, a pesquisa não interferiu na rotina dos indivíduos nem implicou riscos ou prejuízos ao seu bem-estar.

O estudo teve como referência os seguintes indicadores de cobertura:

- cobertura da triagem do frênuco lingual no alojamento conjunto em relação ao total de internações de RN nessa unidade, a cada mês;
- frequência de casos normais na triagem neonatal;
- frequência de anquiloglossia diagnosticada na triagem neonatal;
- frequência de casos com necessidade de reavaliação ambulatorial, por resultado duvidoso na triagem neonatal;
- frequência de comparecimento das famílias à reavaliação ambulatorial;
- frequência de casos normais na reavaliação ambulatorial;
- frequência de anquiloglossia na reavaliação ambulatorial;
- frequência de comparecimento para realizar a frenotomia.

Foram incluídos no estudo RN saudáveis, de ambos os gêneros, nascidos no período de 1º de fevereiro a 31 de julho de 2022 e internados no alojamento conjunto do hospital. Os RN que realizaram a triagem do frênuco lingual na UTI Neonatal foram excluídos.

A triagem do frênulo lingual foi realizada com base no Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês⁽¹³⁾ nos RN internados, nas primeiras 48 horas após o nascimento, ou no retorno ambulatorial para realização da Triagem Auditiva Neonatal e do frênulo lingual em, no máximo, sete dias após o nascimento. Durante a implantação da avaliação do frênulo lingual, a equipe contava com quatro profissionais habilitadas para realizarem a triagem e a reavaliação do frênulo lingual, todas fonoaudiólogas, com treinamento e experiência com os instrumentos de avaliação.

De acordo com o protocolo, a avaliação anatomofuncional do frênulo lingual é realizada a partir da observação da postura de lábios em repouso, podendo estar fechados, entreabertos ou abertos; tendência do posicionamento da língua durante o choro, que pode ser na linha média elevada, na linha média com elevação das laterais ou na ponta da língua baixa com elevação das laterais. Também foi avaliada a forma da ponta da língua quando elevada durante o choro ou manobra de elevação, podendo se apresentar arredondada, com leveira fenda ou com formato de “coração”; finalmente, o item específico do frênulo da língua, em que foram verificadas a espessura (delgada ou espessa), a fixação na língua, que poderia estar no terço médio, entre o terço médio e o ápice ou no ápice, e a fixação no assoalho da boca, que poderia ser visível a partir das carúnculas sublinguais ou da crista alveolar. Com base nessa avaliação, os resultados podem ser: normal (escore total entre 0 e 4); duvidoso (escore total entre 5 ou 6) e alterado (escore total de 7 ou mais).

Conforme o resultado obtido na avaliação, foi traçado o diagnóstico e a conduta para cada caso. Nos resultados normais, os pais receberam orientações e foram esclarecidas dúvidas.

Nos casos alterados, os pais foram orientados quanto às possíveis implicações da alteração estrutural do frênulo lingual nas funções orais. Além disso, o resultado foi comunicado e discutido com a equipe da pediatria para a conduta médica adequada, que em geral, é o encaminhamento para frenotomia ainda na internação hospitalar⁽¹³⁾.

Quando o resultado obtido foi duvidoso, o bebê foi encaminhado para reteste em ambulatório de Fonoaudiologia, para reavaliação com 30 dias de vida ou mais, por meio do protocolo validado para esse fim⁽¹⁴⁾. Nessa ocasião, foi realizada a avaliação e foi considerada interferência do frênulo nos movimentos da língua nas seguintes situações:

- na história clínica, quando a soma dos ítems foi igual ou maior que 4;
- na avaliação anatomofuncional, quando a soma dos ítems 1, 2 e 3 foi igual ou maior que 4;
- na avaliação anatomofuncional, quando o ítem 4 foi igual ou maior que 3;
- na avaliação anatomofuncional, quando o total (1, 2, 3 e 4) foi maior que 7;
- na avaliação da sucção não nutritiva e sucção nutritiva, quando a soma dos ítems for igual ou maior que 2;
- no exame clínico quando a soma foi igual ou maior que 9;
- quando a soma da história clínica e do exame clínico foi igual ou maior que 13.

Nesses casos o bebê foi encaminhado para frenotomia lingual, realizada por cirurgião bucomaxilofacial na Clínica de Cirurgia do Curso de Odontologia da instituição.

O estudo fez uso de dados provenientes do Setor de Estatística do hospital, a fim de obter o quantitativo de RN no período de implantação da avaliação do frênulo lingual. Na sequência, foram analisados os dados dos resultados das triagens e das reavaliações, consultados em planilhas de controle interno da equipe de Fonoaudiologia do hospital. As informações dos bebês quanto ao comparecimento ao Serviço de Cirurgia foram analisadas mediante verificação nas planilhas de registro daquele serviço.

Os dados deste estudo foram analisados por meio de estatística descritiva.

RESULTADOS

No intervalo entre 1º de fevereiro e 31 de julho de 2022, nasceram 1151 bebês na instituição de pesquisa. Destes, 974 foram internados no Alojamento Conjunto e 177 necessitaram de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal). Desse modo, 974 bebês cumpriram os critérios e foram incluídos na pesquisa. Realizaram a triagem do frênulo lingual 824 (84,6%) bebês. Esses dados estão descritos na Tabela 1, conforme os meses de nascimento. Foi possível observar a média de cobertura de 84,1% da triagem do frênulo lingual nos meses estudados. Foi considerado o mês de nascimento de cada participante para a análise da triagem, reavaliação e comparecimento à clínica de cirurgia.

Do total de avaliações realizadas, conforme os resultados descritos na Tabela 2, observou-se a média de casos normais de 89,8%. Dos casos que necessitaram de reavaliação ambulatorial, a média foi de 6,6% e destes, a média de comparecimento foi de 71,4% (Tabela 3). A média de casos identificados com anquiloglossia já na triagem neonatal, nos meses consultados, foi de 3,5%.

No retorno ambulatorial, a frequência de casos de anquiloglossia que, consequentemente, foram encaminhados para frenotomia está apresentada na Tabela 4. A média de diagnóstico de anquiloglossia na reavaliação foi de 38,5%.

Na Tabela 5 estão descritas a frequência de comparecimento e a ausência para realizar a frenotomia na clínica de cirurgia. A média de presença foi de 59,7% nos meses observados.

DISCUSSÃO

O conhecimento dos indicadores de cobertura da avaliação do frênulo lingual, da frequência de alterações e da necessidade de reavaliação ambulatorial é fundamental para auxiliar na reflexão

Tabela 1. Cobertura da triagem do frênulo lingual no alojamento conjunto em relação ao total de internações de recém-nascidos na unidade nos meses de fevereiro a julho de 2022

Mês de nascimento (2022)	RN internados no AC n	Triagens de frênulo lingual n (%)
Fevereiro	158	144 (91,1)
Março	185	179 (96,8)
Abri	175	145 (82,9)
Maio	168	138 (82,1)
Junho	142	134 (94,4)
Julho	146	84 (57,5)
Total	974	824 (84,6)

Legenda: RN = Recém-nascidos; AC = Alojamento conjunto; n = Número de bebês; % = percentual

Tabela 2. Frequência de casos normais, de necessidade de reavaliação ambulatorial e de anquiloglossia diagnosticados na triagem neonatal

Mês de nascimento (2022)	Triagens n	Normal n (%)	Necessidade de reavaliação n (%)	Anquiloglossia n (%)
Fevereiro	144	128 (88,9)	12 (8,3)	4 (2,8)
Março	179	159 (88,8)	10 (5,6)	10 (5,6)
Abril	145	132 (91,1)	8 (5,5)	5 (3,4)
Maio	138	131 (94,9)	4 (2,9)	3 (2,2)
Junho	134	120 (89,6)	9 (6,7)	5 (3,7)
Julho	84	72 (85,7)	9 (10,7)	3 (3,6)
Total	824	742 (90,1)	52 (6,3)	30 (3,6)

Legenda: n = Número de bebês; % = Percentual

Tabela 3. Frequência de comparecimento das famílias a reavaliação ambulatorial

Mês de nascimento (2022)	Encaminhados para reavaliação N	Presença n (%)	Ausência n (%)
Fevereiro	12	8 (66,7)	4 (33,3)
Março	10	7 (70)	3 (30)
Abril	8	4 (50)	4 (50)
Maio	4	3 (75)	1 (25)
Junho	9	9 (100)	0 (0)
Julho	9	6 (66,7)	3 (33,3)
Total	52	37 (71,2)	15 (28,8)

Legenda: n = Número de bebês; % = Percentual

Tabela 4. Frequência de casos normais e de anquiloglossia na reavaliação ambulatorial

Mês de nascimento (2022)	Presentes para reavaliação N	Normal n (%)	Anquiloglossia n (%)
Fevereiro	8	5 (62,5)	3 (37,5)
Março	7	3 (42,9)	4 (57,1)
Abril	4	4 (100)	0 (0)
Maio	3	1 (33,3)	2 (66,7)
Junho	9	3 (33,3)	6 (66,7)
Julho	6	3 (50)	3 (50)
Total	37	19 (51,4)	18 (48,6)

Legenda: n = Número de bebês; % = Percentual

Tabela 5. Frequência de comparecimento para realizar a frenotomia

Mês de nascimento (2022)	Encaminhados N	Presença n (%)	Ausência n (%)
Fevereiro	3	2 (66,7)	1 (33,3)
Março	4	3 (75)	1 (25)
Abril	0	0 (0)	0 (0)
Maio	2	2 (100)	0 (0)
Junho	6	3 (50)	3 (50)
Julho	3	2 (66,7)	1 (33,3)
Total	18	12 (66,7)	6 (33,3)

Legenda: n = Número de bebês; % = Percentual

sobre os atuais fluxos disponíveis nos serviços e no planejamento de melhorias, que visam à identificação precoce da anquiloglossia. No presente estudo, a cobertura da avaliação do frênuo lingual observada variou, no período estudado, de 57,5% a 96,8%.

No mês de julho, foi observado o menor número de RN que realizaram a triagem do frênuo lingual em relação ao total de internações no alojamento conjunto, o que pode ser explicado pelo período de férias da equipe e por uma fragilidade na manutenção da assistência. É imprescindível discutir estratégias para aumento da cobertura, por meio de ampliação da equipe

capacitada e organização de um fluxo bem estruturado. As demandas relacionadas ao frênuo lingual necessitam de um olhar cuidadoso da gestão hospitalar, de modo que seja alcançado o maior número possível de avaliações nos RN no hospital, inclusive nos períodos de férias.

A implantação da triagem do frênuo lingual na instituição foi uma iniciativa do serviço de Fonoaudiologia. Por essa razão, inicialmente as triagens foram realizadas somente por fonoaudiólogos. No entanto, tendo em vista que a triagem do frênuo lingual pode ser realizada por profissionais da saúde

habilitados e capacitados⁽⁸⁾, poderiam ser incluídos outros profissionais da equipe de saúde para a realização das triagens neonatais, o que contribuiria para o aumento da cobertura dos RN.

Atualmente, de acordo com a literatura, a frequência de alteração do frênuo lingual em bebês varia de 0,8% a 16%⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Neste estudo, os resultados mostraram uma frequência de, em média, 3,6% no período estudado, quantitativo que está de acordo com a frequência já descrita. O que poderia justificar essa variabilidade de frequência verificada na literatura é a falta de padronização nos parâmetros de diagnóstico e as diferentes definições sobre a anquiloglossia, significando um desafio para realizar estudos fundamentados, uma vez que os resultados, muitas vezes, se tornam limitados⁽³⁾. Outro aspecto que pode ter influenciado é o fato de a avaliação do frênuo lingual ter sido formalizada recentemente no Brasil, com a publicação das Notas Técnicas nº 35/2018 e nº 01/2022, que estabeleceram critérios e orientações aos profissionais e instituições de saúde^(9,10).

Tais notas técnicas surgiram como norteadoras aos serviços e profissionais de saúde, garantindo que os RN com alteração ou suspeita de alteração tenham direito ao diagnóstico e ao tratamento precoce quando necessário. O objetivo é que tanto a avaliação, quanto a intervenção, sejam realizadas por profissionais especializados e com experiência na área, para que não ocorram resultados equivocados e intervenções desnecessárias.

Dentre as triagens realizadas, destaca-se o quantitativo de casos com necessidade de reavaliação do frênuo lingual, ou seja, com resultado duvidoso na triagem, que foi de 6,3%, em média, em todo o período. Mediante esse resultado, foi indicado o retorno das famílias para nova avaliação quando o RN estivesse com 30 dias de vida ou mais. Na reavaliação, a frequência de anquiloglossia foi alta, chegando a 66,7% nos meses de maio e junho. Além disso, foi observada a ocorrência de evasão de diversas famílias ao retorno, chegando a 50% de ausência no mês de abril. Para aprimoramento do fluxo, sugere-se considerar a busca ativa dos lactentes que faltam à reavaliação ou que não procuram a clínica de cirurgia. Ainda, recomenda-se aprimorar a habilidade comunicativa da equipe no momento de expor o diagnóstico e as implicações da anquiloglossia para o desenvolvimento do sistema estomatognático, uma vez que familiares mais esclarecidos dessa condição poderiam ter maior adesão ao fluxograma proposto. Para além disso, o acompanhamento pode ser fundamental nos casos duvidosos, a fim de que se possa lidar com as demandas oriundas da amamentação e das disfunções motoras orais não relacionadas ao frênuo lingual, evitando desmame precoce.

Logo, é essencial que desde o pré-natal sejam promovidas orientações para as gestantes e familiares, incentivando a valorizarem a avaliação do frênuo lingual. Além da família, reforça-se a relevância e importância de capacitar os profissionais de saúde e promover a integração da equipe multidisciplinar, que pode auxiliar no diagnóstico e na indicação de intervenção cirúrgica⁽¹⁶⁾.

Autores referem que após a intervenção cirúrgica as lactantes observam melhora da “pega” do RN na mama e diminuição do trauma e da dor mamilar⁽¹⁷⁾. Cabe ressaltar que todos os bebês que foram encaminhados para frenotomia e buscaram a Clínica de Cirurgia da instituição receberam a intervenção, variando de 50% a 75% a frequência de comparecimento, no período de estudo. A literatura destaca que ocorrem melhorias nas funções motoras orais e na coordenação de sucção, deglutição e respiração após frenotomia, porém, é fundamental o acompanhamento clínico para o manejo da amamentação após o procedimento. A etapa de acompanhamento não está prevista no fluxograma

atual do hospital e poderia ser implantada, a fim de favorecer os ajustes adequados em momento oportuno, já que o aleitamento materno promove o equilíbrio do sistema estomatognático entre seus inúmeros benefícios para a prevenção e promoção de saúde na primeira infância⁽²⁾. Nesse sentido, cabe destacar que o acompanhamento pós-cirúrgico e/ou da amamentação pela equipe está previsto na Nota Técnica nº 35/2018⁽⁹⁾.

Foi considerada uma limitação do estudo não terem sido coletados dados quanto ao tempo de aleitamento materno dos RN, o que se justifica pelos diversos aspectos maternos e dos RN, que podem estar relacionados ao desmame precoce em nossa cultura. Contudo, sugere-se que a variável aleitamento materno possa ser considerada em estudos futuros, desde que bem controlada. Também como limitação do estudo, pode-se considerar a ausência de dados que talvez pudesssem explicar a falta de realização da triagem em 15,4% dos RN que internaram no alojamento conjunto. Diante disso, é possível apenas inferir que esse quantitativo esteja relacionado às altas hospitalares que ocorrem nos fins de semana, em que os pacientes cujas triagens neonatais ainda não foram realizadas são agendados para realizá-las em ambulatório, com a possibilidade de não comparecimento das famílias ou da realização em outros serviços, sendo estes privados.

Os resultados obtidos neste estudo pretendem auxiliar no planejamento de estratégias que promovam o diagnóstico precoce da anquiloglossia, assim como conscientizar e atentar as famílias da importância da avaliação e do acompanhamento ambulatorial quando necessário, com finalidade de contemplar o que é proposto na Lei nº 13.002⁽⁸⁾.

CONCLUSÃO

Nos primeiros seis meses da implantação da triagem do frênuo lingual, foi possível verificar que a cobertura de triagem foi de 84,6% e que há necessidade de estratégias para ampliar a cobertura, bem como para maior engajamento da população-alvo aos procedimentos propostos, tanto de reavaliação quanto de intervenção.

REFERÊNCIAS

- Pompéia LE, Llinsky RS, Ortolani CLF, Faltin K Jr. A influência da anquiloglossia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático. Rev Paul Pediatr. 2017;35(2):216-21. <http://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;2;00016. PMid:28977337>.
- Martinelli RLC. Validação do Protocolo de avaliação do frênuo da língua em bebês [tese]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2015.
- Fraga MRBA, Barreto KA, Lira TCB, Menezes VA. Diagnóstico de anquiloglossia em recém-nascidos: existe diferença em função do instrumento de avaliação? CoDAS. 2021;33(1):e20190209. <http://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019209. PMid:33950147>.
- Fujinaga CI, Chaves JC, Karkow IK, Klossowski DG, Silva FR, Rodrigues AH. Frênuo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo. Audiol Commun Res. 1762;2017:22.
- Braz LV, Gonçalves LF, Haas P, Dutra APB. Interferência do frênuo lingual nas funções do sistema sensorial motor oral em crianças: uma revisão sistemática. Res Soc Dev. 2021;10(1):e3510111396.

6. Oliveira PC. Incidência de alterações do frênuco lingual e o impacto no aleitamento materno [monografia]. Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná; 2014.
7. Marcione ESS, Coelho FG, Souza CB, França ECL. Classificação anatômica do frênuco lingual de bebês. Rev CEFAC. 2016;18(5):1042-9. <http://doi.org/10.1590/1982-0216201618522915>.
8. Brasil. Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênuco da Língua em Bebês. Diário Oficial da União; Brasília; 23 jun. 2014.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 35/2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
10. SBFa: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. ABRAMO: Associação Brasileira de Motricidade Orofacial. Nota Técnica da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia e Associação Brasileira de Motricidade Orofacial/maio 2022: teste da linguinha. São Paulo; Campinas: SBFa; ABRAMO; 2022.
11. Brasil. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução nº 661, de 30 de março de 2022. Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo no aleitamento materno. Diário Oficial da União; Brasília; 14 abr. 2022.
12. Araujo MCM, Freitas RL, Lima MGS, Kozmhinsky VMR, Guerra CA, Lima GM, et al. Avaliação do frênuco lingual em recém-nascidos com dois protocolos e sua relação com o aleitamento materno. J Pediatr. 2020;96(3):379-85. <http://doi.org/10.1016/j.jped.2018.12.013>. PMid:31029684.
13. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Lauris JR, Honório HM, Gusmão RJ, Berretin-Felix G. Validade e confiabilidade da triagem: “teste da linguinha”. Rev CEFAC. 2016;18(6):1323-31. <http://doi.org/10.1590/1982-021620161868716>.
14. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênuco lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. Rev CEFAC. 2013;15(3):599-610. <http://doi.org/10.1590/S1516-18462013005000032>.
15. Dutra MRP, Araújo AGF, Xavier CCS, Holanda NSO, Lima JCS, Pereira AS. Indicadores de qualidade de triagem auditiva e de avaliação do frênuco lingual neonatal. CoDAS. 2020;32(3):e20180179. <http://doi.org/10.1590/2317-1782/20202018179>. PMid:32578835.
16. Vilarinho S, Dantas-Neta NB, Duarte DA, Imparato JCP. Prevalência de anquiloglossia e fatores que impactam na amamentação exclusiva em neonatos. Rev CEFAC. 2022;24(1):e5121. <http://doi.org/10.1590/1982-0216/20222415121s>.
17. Almeida KR, Leal TP, Kubo H, Castro TES, Ortolani CLF. Lingual frenotomy in a newborn, from diagnosis to surgery: a case report. Rev CEFAC. 2018;20(2):258-62. <http://doi.org/10.1590/1982-0216201820212917>.