

Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo

Lingual frenum and breast feeding: descriptive study

Cristina Ide Fujinaga¹, Josiane Cristina Chaves¹, Isabella Karina Karkow¹, Diulia Gomes Klossowski¹, Fernanda Roberta Silva¹, Alcir Humberto Rodrigues²

RESUMO

Introdução: O leite materno é o alimento mais adequado para todo recém-nascido e possui inúmeros benefícios amplamente descritos na literatura. Para a extração do leite, a função de sucção do recém-nascido depende de um adequado funcionamento da língua, incluindo o frênulo lingual. No entanto, não está clara a relação entre o frênulo lingual e o aleitamento materno. **Objetivo:** Avaliar o frênulo da língua em bebês recém-nascidos a termo e verificar sua associação com o aleitamento materno. **Métodos:** A amostra foi constituída por 139 binômios mãe/bebê, nascidos a termo. Para avaliação anatomofuncional do frênulo da língua, utilizou-se o Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês. Para avaliação da mamada em seio materno, aplicou-se o Protocolo de observação da mamada da UNICEF. Para verificar a associação entre o frênulo lingual e o aleitamento materno, aplicou-se o teste Qui-quadrado. **Resultados:** Na avaliação do frênulo da língua dos 139 bebês, constatou-se apenas um bebê com alteração de frênulo, equivalente a uma prevalência de 0,8%. Na avaliação da mamada, dos 138 binômios, cujos bebês não apresentavam nenhuma alteração do frênulo da língua, 82 deles (59,4%) não demonstraram nenhuma dificuldade durante a alimentação em seio materno. O único bebê com alteração do frênulo da língua não apresentou dificuldades na amamentação. **Conclusão:** Não há subsídios suficientes para se estabelecer associação entre alteração no frênulo lingual e aleitamento materno.

Palavras-chave: Freio lingual; Aleitamento materno; Comportamento de sucção; Recém-nascido; Fonoaudiologia

ABSTRACT

Introduction: Breast milk is the most suitable feeding for all newborns and has numerous benefits widely described in the literature. For the extraction of milk, the suckling function of the newborn depends on adequate functioning of the tongue, including the lingual frenum. However, it is unclear the relationship among the lingual frenum and breast feeding. **Purpose:** To evaluate the lingual frenum in newborn infants and to verify their association with breast feeding. **Methods:** The sample consisted of 139 mother/infant binomials, who were born full term. For the anatomy-functional evaluation of the lingual frenum, the "Evaluation protocol of the lingual frenum for infants" was used. For the evaluation of the breast feeding, the "UNICEF observation protocol of breast feeding" was applied. To verify the association among the lingual frenum and breast feeding, the chi-square test was applied. **Results:** In the evaluation of the lingual frenulum of the 139 infants, it was verified only one infant with a frenum alteration, equivalent to a prevalence of 0.8%, was found. In the evaluation of breastfeeding, of the 138 binomials, whose infants did not have alteration of the lingual frenum, 82 of them (59.4%) did not demonstrate any difficulty during breast feeding. The only infant with lingual frenum alteration did not present difficulties in breast feeding. **Conclusion:** There are insufficient subsidies to establish an association among lingual frenum and breast feeding.

Keywords: Lingual frenum; Breast feeding; Sucking behavior; Infant, Newborn; Speech, language and hearing sciences

Trabalho realizado no Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO – Irati (PR), Brasil.

(1) Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO – Irati (PR), Brasil.

(2) Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Comunitário, Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO – Irati (PR), Brasil.

Financiamento: este trabalho foi financiado com bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e produtividade em Pesquisa da Fundação Araucária.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: CIF concepção e delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão do artigo de forma intelectualmente importante; JCC, IKK, DGK e FRS coleta, análise e interpretação dos dados. AHR redação e revisão do artigo de forma intelectualmente importante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Autor correspondente: Cristina Ide Fujinaga. E-mail: cifujinaga@gmail.com

Recebido: 13/9/2016; **Aceito:** 24/2/2017

INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento mais adequado para todo e qualquer recém-nascido e a amamentação é extremamente importante para a saúde do bebê. Nos seis primeiros meses de vida, o leite materno deve ser fonte exclusiva de nutrição. Teoricamente, todo recém-nascido, sem comprometimento orgânico, apresenta condições para amamentação⁽¹⁾.

Para que a função de sucção ocorra de maneira natural, o recém-nascido deve apresentar coordenação dos reflexos orais, vedamento labial e adequada movimentação e protrusão da língua, para obtenção do leite. A habilidade de distensão da língua é fundamental durante a extração do leite dos ductos mamilares, bem como os movimentos da mandíbula, o ritmo de sucção, as pausas alternadas e a coordenação entre movimentos de sucção, deglutição e respiração. Todos estes mecanismos são importantes para o sucesso da amamentação. A literatura aponta que as funções de sucção e deglutição dependem do correto funcionamento da língua⁽²⁾.

A língua está completamente formada ao final do segundo mês de vida intrauterina⁽³⁾ e, durante o seu desenvolvimento, células do freio lingual sofrem apoptose e o freio se retrai para longe de seu ápice, formando uma prega fibromucosa, chamada frênulo. Pode haver, durante esta fase de morte celular programada, uma perturbação e a ocorrência de uma condição, que é conhecida como anquiloglossia⁽⁴⁾.

A anquiloglossia é uma anomalia congênita, na qual o frênulo lingual é anormalmente curto e espesso (ou ainda delgado), podendo variar amplamente em espessura, elasticidade e local de fixação na língua e no assoalho da boca. Tais características podem restringir os movimentos da língua em diferentes graus. A anquiloglossia pode ser classificada em leve ou parcial, que é o tipo mais comum, e grave ou completa, condição rara, em que a língua está fundida com o assoalho da cavidade oral⁽⁵⁾. Assim, nos casos graves, essa membrana interfere na livre movimentação da língua e a alteração no frênulo lingual implica consequências nas funções de sucção e fala.

Os bebês avaliados e diagnosticados com frênulo lingual alterado são comumente submetidos a um procedimento cirúrgico, conhecido como frenotomia. A frenotomia pode ser parcial (frenulotomia), ou total (frenectomia). A necessidade de tal procedimento ainda é bastante discutida na literatura, não havendo evidência científica indicando qual técnica seria a mais recomendada e suas consequências⁽⁶⁾.

Em 20 de junho de 2014, foi instituída a lei nº 13.002 - Teste da linguinha - que determina a obrigatoriedade de realização do Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. Desta forma, todos os hospitais e maternidades devem realizar a avaliação do frênulo lingual. A justificativa para tal avaliação é de que a detecção de alterações no frênulo lingual podem prevenir dificuldades no aleitamento materno e na fala⁽⁷⁾.

Alguns autores consideram que o frênulo está alterado quando se apresenta curto e grosso na avaliação e que, durante

a protrusão, ocorra a projeção de uma forma de coração, entre o ápice da língua e o assoalho da boca. Outra característica apontada para caracterizar a alteração do frênulo diz respeito à funcionalidade da língua, que fica impedida de protruir para além da margem gengival, afora a dificuldade em tocar a papila incisiva, entre outras⁽⁸⁾. Outros consideram uma alteração quando a inserção do frênulo se estende mais do que o habitual, em direção ao ápice da língua⁽⁴⁾. Ainda, há classificação de frênulo com as seguintes características: espesso, apertado ou curto⁽⁹⁾. Finalmente, é considerado frênulo alterado aquele que se apresenta curto e anteriormente inserido⁽¹⁰⁾.

Na literatura brasileira, há uma classificação do frênulo⁽¹¹⁾, considerando frênulo lingual normal aquele em que a inserção se inicia na metade da face inferior da língua até o assoalho da boca; frênulo de inserção anteriorizada, quando a inserção na face sublingual está entre o terço médio e a ponta da língua; frênulo curto, quando sua inserção é normal, no meio da face sublingual, mas seu tamanho é pequeno; frênulo curto com inserção anteriorizada, na junção das duas alterações.

Diante do exposto, fica evidente a grande variação na forma de classificação do frênulo alterado. Além disso, percebe-se, também, uma grande variação nos termos utilizados na literatura, sendo eles “*tongue-tie*”⁽¹²⁾, anquiloglossia⁽⁴⁾, e anquiloglossia típica⁽¹³⁾.

Com especial ênfase na anquiloglossia, vários estudos relatam que tal alteração causa dificuldades na amamentação^(8,14), dificuldades estas que aparecem em 25% dos casos de crianças com essa anomalia⁽¹⁵⁾. Outro estudo, envolvendo a amamentação e alimentação na mamadeira, encontrou dificuldades na alimentação em 44% das crianças com anquiloglossia⁽¹⁶⁾.

Em relação especificamente ao aleitamento, acredita-se que seu sucesso não esteja relacionado, necessariamente, ao tipo de frênulo do recém-nascido. Além disso, a partir da prática clínica, percebe-se que a prevalência do frênulo lingual alterado é rara. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar o frênulo da língua em bebês recém-nascidos a termo e verificar a sua associação com o aleitamento materno.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de caráter transversal. A população foi constituída por 139 binômios mãe/bebê assistidos pelo Sistema Único de Saúde, na modalidade de alojamento conjunto de um hospital do interior do Paraná (BR), certificado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). A amostra foi calculada estatisticamente para ser representativa da população.

Os critérios de inclusão foram: bebês saudáveis, nascidos a termo, com índice de Apgar maior que 7 no primeiro minuto, com peso mínimo de 2.500 gramas e mães dispostas a amamentar, independentemente do tipo de parto. Os critérios de exclusão foram: recém-nascidos com síndromes genéticas,

distúrbios neurológicos, malformações motoras, orais e congênitas, baixo peso e nascimento prematuro.

A coleta de dados foi feita em dois momentos. No primeiro momento, realizou-se a avaliação do frênulo lingual do bebê e, no segundo momento, a observação do desempenho do recém-nascido na mamada em seio materno.

Para avaliação do frênulo lingual, foi aplicado o Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês, comumente conhecido como Teste da linguinha⁽⁷⁾. Este protocolo foi desenvolvido para verificar as características anatômicas do frênulo da língua e as funções de sucção e deglutição em bebês. O protocolo é composto pela história clínica, avaliação anatomofuncional e das funções orofaciais. Como o presente estudo foi realizado em recém-nascidos durante sua internação no alojamento conjunto, optou-se pela aplicação do teste na modalidade de triagem neonatal⁽¹⁷⁾. Desta forma, foi aplicada apenas a avaliação anatomofuncional e do frênulo da língua, que consiste na observação da postura de lábios em repouso, tendência do posicionamento da língua durante o choro, forma da ponta da língua quando elevada durante o choro, espessura do frênulo, fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua e fixação do frênulo no assoalho da boca. Para análise dos dados, considerou-se como interferência do frênulo lingual nos movimentos da língua a pontuação maior ou igual a 7^(7,17).

O segundo procedimento consistiu da avaliação do desempenho do recém-nascido na mamada em seio materno, aplicando-se o Protocolo de avaliação e observação da mamada da UNICEF⁽¹⁸⁾. Tal protocolo, validado internacionalmente, foi escolhido por ser considerado padrão-ouro para avaliar o desempenho da díade mãe/bebê no momento da amamentação. É composto por cinco categorias, indicando comportamentos favoráveis e comportamentos indicativos de dificuldades no aleitamento materno, abordando aspectos sobre posição, respostas, estabelecimento de laços afetivos, anatomia e sucção. Neste estudo, foi considerada como dificuldade no aleitamento materno a presença de, pelo menos, um sinal indicativo proposto pelo protocolo da UNICEF. Tal decisão foi baseada na compreensão de que o aleitamento materno acontece na dinâmica entre mãe/bebê e que apenas um sinal indicativo de dificuldade da mãe ou do bebê já poderá interferir nessa dinâmica.

A avaliação da amamentação ocorreu, no mínimo, duas horas após a última mamada. Para tanto, as mães foram orientadas a se posicionarem sentadas. Respeitou-se um tempo mínimo de 15 horas após o nascimento e o desejo das mães em amamentar no momento da coleta. Tal tempo mínimo foi considerado em função da recuperação materna pós-parto e as possíveis interferências do estado físico da mãe no aleitamento materno.

Os resultados foram analisados estatisticamente, com auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 13.0. Utilizou-se, para análise estatística, o teste Qui-quadrado, com nível de significância de 95%, para se verificar a associação entre as variáveis frênulo lingual e desempenho do recém-nascido na mamada no seio materno.

Em respeito à resolução 466/2012, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Centro-Oeste sob número 358.809. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Na primeira avaliação - avaliação anatomofuncional - dos 139 bebês, segundo os padrões estabelecidos pelo Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês, 138 não apresentaram alteração no frênulo lingual, o que equivale a 99,2%, sendo constatado apenas 1 bebê com alteração do frênulo, equivalente a 0,8%. Portanto, para este estudo, a prevalência do frênulo alterado foi de 0,8%.

Dos 139 bebês avaliados, apenas 1 bebê atingiu a pontuação 7. Segundo o protocolo estabelecido⁽⁷⁾, quando a soma dos itens 1, 2, 3 e 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 7 pontos, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua, ou seja, frênulo lingual alterado. O Quadro 1 apresenta as alterações encontradas.

Na segunda parte da avaliação, observou-se a mamada com aplicação do Protocolo de avaliação e observação da mamada da UNICEF⁽¹⁸⁾. Dos 138 binômios, cujos bebês não apresentavam alteração do frênulo da língua, 82 binômios (59,4%), não demonstraram nenhuma dificuldade durante a alimentação em seio materno. Porém, 56 binômios (40,5%) apresentaram, ao menos, uma dificuldade durante a alimentação em seio materno, como pode ser observado no Quadro 2.

Convém mencionar que o único bebê com alteração do frênulo da língua não teve dificuldade durante a alimentação em seio materno.

Os resultados dos dois instrumentos, Protocolo de avaliação do frênulo da língua⁽⁷⁾ e Protocolo de avaliação e observação da mamada da UNICEF⁽¹⁸⁾, foram comparados aplicando o teste Qui-quadrado, com o nível de significância de 95%. Foram relacionadas as variáveis da avaliação anatomofuncional do Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês (postura de lábios em repouso, tendência do posicionamento da língua durante o choro, forma da ponta da língua quando elevada durante o choro, espessura do frênulo, fixação do frênulo na face sublingual, fixação do frênulo no assoalho da boca) com o desempenho da díade mãe/bebê no aleitamento materno. Nenhuma das variáveis descritas apresentou relação com dificuldades no aleitamento materno.

Quando relacionados alteração de frênulo da língua do bebê e desempenho na mamada das duplas mãe/bebê, não foi observada associação entre tais itens, como se observa na Tabela 1.

DISCUSSÃO

A prevalência de frênulo alterado para este estudo foi de 0,8%, condizente com outro resultado apresentado na literatura, em que a prevalência foi de 0,88%⁽¹⁹⁾.

Quadro 1. Distribuição do resultado da pontuação dos 139 bebês na avaliação anatomofuncional do Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês

Valor da pontuação	Número de bebês	Descrição das alterações dos itens da avaliação anatomofuncional do Protocolo de avaliação do frênulo da língua com escores para bebês
0	99	Nenhuma alteração
1	29	Fixação do frênulo no assoalho da boca (visível a partir da crista alveolar inferior) ou alteração na postura de lábios em repouso (lábios entreabertos)
2	6	Fixação do frênulo no assoalho da boca (visível a partir da crista alveolar inferior) e postura de lábios em repouso (lábios entreabertos)
5	3	Forma da ponta da língua quando elevada (ligeira fenda no ápice), Fixação do frênulo na face sublingual (entre o terço médio e o ápice). Fixação do frênulo no assoalho da boca (visível a partir da crista alveolar inferior)
6	1	Forma da ponta de língua quando elevada (ligeira fenda no ápice), Fixação do frênulo na face sublingual (entre o terço médio e o ápice), Fixação do frênulo no assoalho da boca (visível a partir da crista alveolar inferior), Postura de lábios em repouso (entreabertos)
7	1	Tendência do posicionamento da língua durante o choro (língua baixa), Forma da ponta da língua quando elevada (ligeira fenda no ápice), Fixação do frênulo na face sublingual (entre o terço médio e o ápice), Fixação do frênulo no assoalho da boca (visível a partir da crista alveolar inferior)

Quadro 2. Distribuição dos comportamentos desfavoráveis na mamada em seio materno dos 139 binômios, mediante aplicação do Protocolo de avaliação da mamada da UNICEF

Domínios	Comportamentos indicativos de dificuldades	Número de duplas mãe/ bebê com dificuldades
Posição	Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê	18
	Corpo do bebê distante do da mãe	2
	O bebê está com o pescoço virado	2
	O queixo do bebê não toca o peito	1
	Só ombros/cabeça apoiados	1
Respostas	Nenhuma resposta ao seio	1
	Nenhuma busca observada	2
	O bebê não está interessado no peito	1
	Bebê irrequieto ou chorando	5
	Bebê não mantém a pega da aréola	9
	Nenhum sinal de ejeção do leite	2
Estabelecimento de laços afetivos	Mãe segura o bebê nervosamente, sacudindo-o, tremendo ou fracamente	3
Anatomia	Mamilos planos ou invertidos	6
	Tecido mamário com escoriações, fissuras, vermelhidão	14
Sucção	Boca quase fechada fazendo bico para frente	12
	Lábio inferior voltado para dentro	9
	Não se vê a língua do bebê	2
	Bochechas tensas ou encovadas	1
	Sucções rápidas com estalidos	1

Tabela 1. Distribuição dos resultados dos 139 binômios para associação do frênulo da língua e desempenho na mamada no seio materno

Desempenho do binômio na mamada (avaliação da mamada – UNICEF)	Binômios sem dificuldade na mamada	Binômios com dificuldade na mamada
Frênulo (“Teste da linguinha”)		
Bebês sem alteração no frênulo	82	56
Bebês com alteração no frênulo	1	0

$p=0,410$ (não significante para $p \leq 0,05$) – Teste Qui-quadrado

Os resultados da presente pesquisa divergem dos encontrados em outro estudo⁽²⁰⁾, no qual a prevalência foi de 22,54%. Uma das hipóteses para essa diferença pode ser a dificuldade apontada na literatura internacional, inclusive, em avaliar uniformemente o frênulo e suas características⁽²⁰⁾.

O protocolo Ferramenta de avaliação para função do frênulo lingual (*The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function – ATLFF*)⁽²¹⁾ não se mostrou eficaz. Em outro estudo⁽²²⁾, os autores concluíram que o ATLFF não aponta resultados seguros para afirmar se crianças com “língua presa” apresentarão dificuldades na amamentação.

Na literatura, não há clareza da relação entre frênulo lingual e aleitamento materno. Uma revisão de literatura sobre o assunto analisou 64 artigos, avaliando critérios de diagnóstico e necessidade, ou não, de tratamento em diversas idades. Os resultados mostraram que o diagnóstico e a classificação da alteração do frênulo lingual não são uniformes nem unânimes, especialmente pela dificuldade de avaliação do movimento da língua, do grau de desconforto e dificuldades na fala e de fatores subjetivamente descritos pelos sujeitos estudados. Nos estudos, foram descritos, também, dificuldades na amamentação em recém-nascidos, porém, os autores ressaltaram que não têm sido realizados estudos suficientes, que proporcionem uma opção de tratamento adequado⁽⁶⁾.

Com relação à anquiloglossia, percebe-se que ela pode influenciar a prática do aleitamento materno em recém-nascidos a termo e saudáveis. Entretanto, assevera-se que a relação é fundamentada em poucos estudos observacionais controlados e que estes apresentam alguns problemas metodológicos, como, por exemplo, amostras pequenas, seguimento curto, falta de padronização dos procedimentos diagnósticos e não padronização de protocolo de avaliação da mamada⁽²³⁾.

No que diz respeito à avaliação da mamada, chama a atenção a alta prevalência (40,5%) de dificuldades na amamentação enfrentadas pelas duplas mãe/bebê do presente estudo, no qual os bebês não apresentaram alteração de frênulo da língua. Em um estudo⁽²⁴⁾, em que também se aplicou o protocolo da UNICEF para avaliar a mamada, concluiu-se que 18% a 34% das duplas mãe/bebê apresentaram alguma dificuldade durante a amamentação. A alta prevalência de dificuldades na amamentação pode ser explicada, também, pelo fato da avaliação da mamada ter sido realizada com base no protocolo da UNICEF. Este protocolo é considerado padrão-ouro em avaliação da alimentação em seio materno, avaliando não somente a sucção, mas também outros aspectos da relação da díade mãe/bebê, ou seja, é uma avaliação bastante ampla e completa.

Com relação aos comportamentos desfavoráveis durante alimentação em seio materno, este estudo apontou, em ordem decrescente: “mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê”, “tecido mamário com escoriações, fissuras, vermelhidão”, “boca quase fechada fazendo um bico para frente”, “lábio inferior voltado para dentro” “bebê não mantém pega da aréola”, “mamilos planos ou invertidos”. Estes achados

concordam com estudos anteriores, nos quais as maiores dificuldades encontradas foram quanto a posição corporal da mãe e do bebê, anatomia das mamas e afetividade^(25,26).

O comportamento desfavorável durante alimentação em seio materno que apareceu com maior frequência diz respeito à posição da mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê. O posicionamento da mãe é um dos pontos mais importantes na avaliação da mamada, pois a posição inadequada da mãe dificulta o posicionamento correto da boca do bebê no seio, resultando em “má pega”⁽²⁾.

Em relação ao tecido mamário com escoriações ou fissuras, sabe-se que este fator se deve ao posicionamento ou pega inadequada do bebê no seio materno, relacionada à posição da mãe na hora da amamentação⁽²⁷⁾. Ainda, o comportamento desfavorável de lábio inferior voltado para dentro é significativo para lesão mamilar⁽²⁸⁾.

Em um recente parecer técnico-científico, o Instituto de Saúde da Criança de São Paulo revelou que não há evidência científica suficiente para se diagnosticar alterações no frênulo e sua relação com o aleitamento materno, proposta no Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês⁽²³⁾. De acordo com o parecer, ainda não existe um padrão-ouro para teste diagnóstico da anquiloglossia. Os autores apontam que são necessários estudos adicionais para validação de um protocolo funcional, objetivo e de fácil aplicabilidade por profissionais de diversas áreas da saúde que atuam em maternidades, bem como para relacionar os casos diagnosticados de anquiloglossia (severa e moderada) com dificuldades na amamentação. Com base no parecer técnico, o Ministério da Saúde recomenda a utilização do *Bristol Tongue Assessment Tool* (BTAT), instrumento de fácil aplicação para se verificar os casos graves de anquiloglossia⁽²⁹⁾. No presente estudo, tal instrumento não foi utilizado e sugere-se que, em novos estudos, essa avaliação seja incluída.

Convém mencionar que ainda não existe consenso na literatura sobre a eficácia da frenotomia para o tratamento da anquiloglossia em lactentes. Segundo a literatura disponível, a força de evidência é baixa/insuficiente quanto à melhoria na amamentação e redução de dor nos mamilos, após frenotomia. Além disso, devem ser considerados, embora sejam leves e raros, os eventos adversos e as recidivas⁽²³⁾.

Destaca-se o tamanho da amostra como uma limitação do estudo. Faz-se necessária a realização de novos estudos com uma amostra maior e mais representativa, pois a prevalência do frênulo alterado para este estudo mostrou-se baixa. Além disso, questiona-se que outras variáveis possam interferir no processo de amamentação. Assim, compreender o aleitamento materno como um híbrido natureza/cultura é considerar que, além de biologicamente determinada, a amamentação é socialmente condicionada, impregnada de ideologias, transformando-se em um ato regulável pela sociedade⁽³⁰⁾. Diante desta concepção de amamentação, deve-se levar em conta vários aspectos, ampliando os olhares para tantas outras variáveis que possam estar envolvidas com o processo de aleitamento materno.

CONCLUSÃO

Não foi encontrada associação entre o frênulo lingual e dificuldades no aleitamento materno. Desta forma, este estudo não obteve subsídios suficientes para estabelecer uma relação direta entre alteração no frênulo lingual e dificuldades no aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília, DF: Organização Mundial de Saúde; 2001. (Saúde e desenvolvimento da criança, Vol WHO/CDH/98.9).
2. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Suppl):S155-62. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700007>
3. Mazzocchi A, Clini F. La brevità del frenulo linguale: considerazioni cliniche e terapeutiche. *Pediatr Med Chir*. 1992;14(6):643-46.
4. Srinivasan A, Dobrich C, Mitnick H, Feldman P. Ankyloglossia in breastfeeding infants: the effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. *Breastfeed Med*. 2006;1(4):216-24. <https://doi.org/10.1089/bfm.2006.1.216>
5. Ngercham S, Laohapensang M, Wongvisutdhi T, Ritjaroen Y, Painpichan N, Hakularb P et al. Lingual frenulum and effect on breastfeeding in Thai newborn infants. *Paediatr Int Child Health*. 2013;33(2):86-90. <https://doi.org/10.1179/2046905512Y.0000000023>
6. Suter VG, Bornstein MM. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *J Periodontol*. 2009;80(8):1204-19. <https://doi.org/10.1902/jop.2009.090086>
7. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Rodrigues AC, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. *Rev CEFAC*. 2012;14(1):138-45. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462012000100016>
8. Corrêa MSNP, Alvarez JA, Corrêa FNP, Bonini GAVC, Alves FBT. Anquiloglossia y amamantamiento: revisión y reporte de caso. *Rev Estomatol Herediana*. 2008;18(2):123-7. <https://doi.org/10.20453/reh.v18i2.1844>
9. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics*. 2011;128(2):280-8. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01319_6.x
10. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni FB. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. *J Pediatr Surg*. 2006;41(9):1598-600. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2006.05.024>
11. Marchesan IQ. Frênulo lingual: proposta de avaliação quantitativa. *Rev CEFAC*. 2004;6(3):288-93.
12. Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2012;7(3):189-93. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0030>
13. Garbin CP, Sakalidis VS, Chadwick LM, Whan E, Hartmann PE, Geddes DT. Evidence of improved milk intake after frenotomy: a case report. *Pediatrics*. 2013;132(5):e1413-7. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2651>
14. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, Jacobs LA, Hartmann PE, Simmer K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics*. 2008;122(1):e188-94. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2553>
15. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;126(1):36-9.
16. Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health*. 2005;41(5-6):246-50. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2005.00604.x>
17. Cartilha do Teste da Linguinha: para mamar, falar e viver melhor. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2014.
18. Unicef, World Health Organization. Baby-friendly hospital initiative: revised updated and expanded for integrated care. Section 3: Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital: a 20-hour course for maternity staff. Geneva: World Health Organization; 2009. (Original BFHI course developed, 2009).
19. Vörös-Balog T, Vincze N, Bánóczy J. Prevalence of tongue lesions in Hungarian children. *Oral Dis*. 2003;9(2):84-7. <https://doi.org/10.1034/j.1601-0825.2003.00783.x>
20. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. *Rev CEFAC*. 2013;15(3):599-610.
21. Drazin P. The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF): use in a lactation consultant private practice. *J Hum Lact*. 1994;1(1):54.
22. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(1):1-7. <https://doi.org/10.3122/jabfm.18.1.1>
23. Venancio SI, Toma TS, Buccini GS, Sanches MTC, Araújo CL, Figueiró MF. Anquiloglossia e aleitamento materno: evidências sobre a magnitude do problema, protocolos de avaliação, segurança e eficácia de frenotomia: parecer técnico científico. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015.
24. Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(1):13-20. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572003000100005>
25. Marques MCS, Melo AM. Amamentação no alojamento conjunto. *Rev CEFAC*. 2008;10(2):261-71. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462008000200017>
26. Mosele PG, Santos JF, Godói VC, Costa FM, Toni PMD, Fujinaga CI. Instrumento de avaliação da sucção do recém-nascido com vistas a alimentação ao seio materno. *Rev CEFAC*. 2014;16(5):1548-57. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201426412>
27. Weigert EML, Giugliani ERJ, França MCT, Oliveira LD, Bonilha A, Espírito Santo LC et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares

- no primeiro mês de lactação. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(4):310-6. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572005000500009>
28. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar? *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):446-52. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200026>
29. Ministério da Saúde (BR). Secretária de atenção à saúde. Nota técnica nº 09/2016, de 10 de março de 2016. Orientar profissionais e estabelecimentos de saúde sobre a identificação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos, como também estabelecer o fluxo de acompanhamentos dos lactentes diagnosticados com anquiloglossia na rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
30. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):S119-2. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700002>