

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA – PROACAD
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (MESTRADO
PROFISSIONAL)**

CAMILA FONTANELLA POSSAMAI

**AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EM BEBÊS SUBMETIDOS À
FRENOTOMIA LINGUAL**

CRICIÚMA

2019

CAMILA FONTANELLA POSSAMAI

**AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EM BEBÊS SUBMETIDOS À
FRENOTOMIA LINGUAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer

CRICIÚMA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P856a Possamai, Camila Fontanella.

Avaliação da amamentação em bebês submetidos à frenotomia lingual / Camila Fontanella Possamai. - 2019.

49 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2020.

Orientação: Antônio Augusto Schäfer.

1. Amamentação. 2. Anquiloglossia. 3. Freio lingual. 4. Frenotomia lingual. 5. Lactente. I. Título.

CDD. 22. ed. 618.92

Bibliotecária Elisângela Just Steiner - CRB 14/1576
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

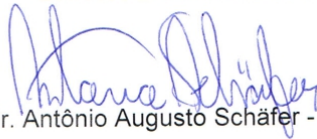
CAMILA FONTANELLA POSSAMAI

**AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EM BEBÊS SUBMETIDOS À
FRENOTOMIA LINGUAL**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 11 de outubro de 2019.

BANCA EXAMINADORA




Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer - Orientador

Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas



Prof. Dra. Patrícia Duarte Simões Pires (UNESC)

Doutora em Ciências da Saúde Pela Universidade do Extremo Sul Catarinense



Prof. Dr. Renan Antonio Ceretta (UNESC)

Doutor em Ciências da Saúde Pela Universidade do Extremo Sul Catarinense

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

Este trabalho foi realizado no Hospital São Donato no município de Içara.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado forças nesses anos, talvez os mais difíceis da minha vida até hoje.

Agradeço a minha família em especial ao meu irmão que nos momentos em que pedi ajuda me atendeu e ao Professor Fabiano Goulart Azambuja por ter permitido que eu realizasse a minha pesquisa no ambulatório em que atende por sempre terem me incentivado e, nos momentos que pensei em desistir, me encorajaram, OBRIGADA!

Agradeço ao Professor Renan Antônio Ceretta que sempre solicito por muitas vezes me atendeu para esclarecer dúvidas e me ajudar na escolha do melhor caminho a seguir, e ao meu orientador Antônio Augusto Schäfer por toda a compreensão e por sempre fazer as melhores escolhas para o meu bem, OBRIGADA!

À fonoaudióloga Daniela Burtet Machado que como parte da equipe do hospital fez os testes da linguinha.

À bolsista de iniciação científica da UNESC Karoline Pessoa que me auxiliou a tabelar os dados.

Por fim, agradeço à Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), na pessoa da Magnífica Reitora Luciane Bisognin Ceretta, por ter sido a minha Instituição formadora desde a Graduação, Residência e agora no Mestrado.

“Ninguém sabe tanto que não possa aprender e nem tão pouco que não possa ensinar”.

Autor desconhecido

RESUMO

O aleitamento materno exclusivo é indicado até os seis meses de vida, segundo a Organização Mundial da Saúde. Além de reduzir os óbitos infantis, outros benefícios estão relacionados à amamentação, como proteger a criança de infecções respiratórias e diarreia; reduzir o risco de alergias e doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia e diabetes mellitus, e favorecer a alimentação complementar. O aleitamento materno também tem efeito positivo na inteligência e no desenvolvimento da cavidade oral. Inúmeros fatores influenciam na amamentação, como a resposta do bebê aos estímulos bucais, o selamento dos lábios e a mobilidade da língua. Além disso, a anquiloglossia, que é o frênulo lingual anormal, também pode afetar o aleitamento materno. Seu tratamento consiste em realizar a frenotomia lingual, a qual melhora o aleitamento devido à diminuição do desconforto da mãe durante a amamentação e à melhora do processo de sucção da criança. Diante disso, este trabalho objetivou avaliar a amamentação de crianças com até seis meses de idade que realizaram frenotomia lingual. Foram estudados todos os bebês atendidos em um período de seis meses em um Hospital de Referência da cidade de Içara-SC, totalizando 74 crianças. Foi aplicado um questionário à mãe em dois momentos, antes e após a cirurgia, com informações referentes ao aleitamento materno e a características sociodemográficas, antropométricas e comportamentais. Foram realizadas análises descritivas das variáveis estudadas. Além disso, a associação entre amamentação e as variáveis independentes estudadas foi avaliada através dos testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, utilizando nível de significância em 5%. Para a realização das análises foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 23.0. Pode-se observar que a mediana da idade foi de 44,5 dias e que 60,8% eram do sexo masculino. Além disso, verificou-se que 83,8% das crianças eram amamentadas antes da cirurgia e 64,9% após a cirurgia. Antes da cirurgia, 58,1% das crianças pegavam efetivamente a mama de uma só vez, logo após a cirurgia, essa prevalência foi de 83,3% ($p=0,015$). A respeito de a mãe sentir dor, antes da cirurgia, 75,9% delas respondeu não, enquanto que, após a cirurgia, quase a totalidade delas (95,8%) relatou não sentir essa dor ($p=0,004$). A maioria das mães referiu melhora na pega (83,3%), aumento no tempo de duração da amamentação (69,0%), melhora na respiração do bebê (75,0%), além de relatar que amamentar tornou-se mais fácil. Além disso, mais da metade delas relatou aumento na frequência da amamentação (51,7%). Em conclusão, verificou-se diminuição da prevalência de aleitamento materno após a frenotomia. Por outro lado, foi observada melhora na pega e na respiração dos bebês e diminuição das dores das mães ao amamentar. Destaca-se a necessidade de implementar ações multidisciplinares tanto na atenção básica quanto na hospitalar com o intuito de auxiliar as mães visando prolongar o tempo da amamentação exclusiva.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Anquiloglossia. Freio Lingual. Lactente.

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding is indicated until the age of six months, according to the World Health Organization. In addition to reducing infant deaths, other benefits are related to breastfeeding, such as protecting the child from respiratory infections and diarrhea; to reduce the risk of allergies and chronic non-communicable diseases, such as obesity, systemic arterial hypertension, hypercholesterolemia and diabetes mellitus, and to favor complementary feeding. Breastfeeding also has a positive effect on intelligence and the development of the oral cavity. Several factors influence breastfeeding, such as the baby's response to oral stimuli, lip sealing and tongue mobility. In addition, ankyloglossia, which is the abnormal lingual frenulum, can also affect breastfeeding. Its treatment consists of performing lingual frenotomy, which improves breastfeeding due to the reduction of the mother's discomfort during breastfeeding and to the improvement of the child's sucking process. Therefore, this study aimed to assess the breastfeeding of children up to six months of age who underwent lingual frenotomy. All the babies seen in a six-month period at a Reference Hospital in the city of Içara – SC were studied, totaling 74 children. A questionnaire was applied to the mother in two moments, before and after the surgery, with information regarding breastfeeding and sociodemographic, anthropometric and behavioral characteristics. Descriptive analyzes of the studied variables were performed. In addition, the association between breastfeeding and the independent variables studied was assessed using Pearson's chi-square and Fisher's exact tests, using a 5% significance level. The statistical program SPSS version 23.0 was used to perform the analyzes. It can be seen that the median age was 44.5 days and that 60.8% were male. In addition, it was found that 83.8% of children were breastfed before surgery and 64.9% after surgery. Before surgery, 58.1% of children effectively took the breast at once, right after surgery, this prevalence was 83.3% ($p = 0.015$). Regarding the mother feeling pain before surgery, 75.9% of them answered no, while, after surgery, almost all of them (95.8%) reported not feeling this pain ($p = 0.004$). Most mothers reported improved grip (83.3%), increased duration of breastfeeding (69.0%), improved baby's breathing (75.0%), in addition to reporting that breastfeeding became easier. In addition, more than half of them reported an increase in breastfeeding frequency (51.7%). In conclusion, there was a decrease in the prevalence of breastfeeding after frenotomy. On the other hand, there was an improvement in the babies' grip and breathing and a reduction in the mothers' pain when breastfeeding. The need to implement multidisciplinary actions in both primary and hospital care is emphasized in order to assist mothers in order to prolong the duration of exclusive breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Ankyloglossia. Lingual Brake. Nursling.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Frênulo lingual pré-cirurgia e pós-cirurgia.....	13
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas, antropométricas e comportamentais das crianças estudadas. Içara, SC, 2019. (n= 74).....	Erro! Indicador não definido.
Tabela 2 - Características sociodemográficas e gestacionais das mães das crianças estudadas. Içara, SC, 2019. (n=74)	Erro! Indicador não definido.4
Tabela 3 - Prevalência de aleitamento materno antes e depois da cirurgia. Içara, SC, 2019. (n= 74).....	Erro! Indicador não definido.4
Tabela 4 - Influência da cirurgia nas variáveis relacionadas à amamentação das crianças. Içara, SC, 2019. (n= 74).....	Erro! Indicador não definido.5
Tabela 5 - Percepção da mãe sobre a amamentação depois da cirurgia. Içara, SC, 2019. (n= 74).....	Erro! Indicador não definido.7
Tabela 6 - Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo das crianças estudadas. Içara, SC, 2019. (n= 74)	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBFAT	Infant Breastfeeding Assessment Tool
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRMI	Projeto de Redução da Mortalidade Infantil
SC	Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 MÉTODOS	20
3.1 HIPÓTESES	20
3.2 DESENHO DO ESTUDO	20
3.3 VARIÁVEIS	21
3.3.1 Dependente	21
3.3.2 Independentes	21
3.4 LOCAL DO ESTUDO	22
3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO	22
3.5.1 Critério de inclusão	22
3.5.2 Critério de exclusão	23
3.6 AMOSTRA	23
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	23
3.8 PROCEDIMENTOS e logística	23
3.9 INSTRUMENTO DE COLETA	24
3.10 RISCOS E BENEFÍCIOS	24
3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	24
4 Resultados	25
5 DISCUSSÃO	32
6 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE (S)	41
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	42
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	45
ANEXO (S)	49
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA...	50
ANEXO B - CARTA DE ACEITE	51

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) junto ao Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) tem desenvolvido estratégias a fim de estimular a amamentação em todos os continentes (OMS, 2001).

No Brasil, foram elementos de fundamental importância para a inserção e fomento da amamentação nas políticas de saúde, a publicação da Constituição Federal em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1995, o Ministério da Saúde implantou o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), que visava à diminuição da mortalidade infantil e o avanço na saúde das crianças tendo como base o fortalecimento das estratégias de saúde em meio a intervenções de incentivo, acolhimento e suporte à amamentação (CARVALHO & GOMES, 2016).

De acordo com a recomendação da OMS, o aleitamento materno exclusivo é indicado até os seis meses de vida, ou seja, os bebês devem ser alimentados apenas com leite materno, sem a introdução de outros líquidos ou alimentos como água, chás, suco ou papas. Após os seis meses de idade, deve-se iniciar a alimentação complementar, que deve prover suficiente quantidade de energia, macro e micronutrientes, além de dar continuidade à amamentação, pelo menos, até os dois anos de vida (OMS, 2001; CARVALHO & GOMES, 2016; BRASIL, 2015).

Atualmente, em nível mundial, a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade é de 37% (CARVALHO & GOMES, 2016). No Brasil, conforme a II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, 41% das crianças eram amamentadas exclusivamente. Esta prevalência variou de 36,9% na região Nordeste a 45,7% na região Norte. A região Sul apresentou 43,7% (BRASIL, 2009). A duração mediana de aleitamento materno exclusivo em dias, no Brasil, foi de 54 dias, sendo 60 dias na região Sul do país. A pesquisa também mostra que o aleitamento materno exclusivo é menos prevalente entre os bebês do sexo masculino, entre as mães com menos de 20 anos de idade, com menor escolaridade e entre aquelas que possuem um emprego formal (BRASIL, 2009).

Além de reduzir os óbitos infantis, vários outros benefícios estão relacionados à amamentação, como proteger a criança de infecções respiratórias e diarreia; reduzir o risco de alergias e doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade,

hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia e diabetes mellitus e favorecer a alimentação complementar. Além disso, o aleitamento materno tem efeito positivo na inteligência e no desenvolvimento da cavidade oral (CARVALHO & GOMES, 2016; BRASIL, 2015). E os benefícios não se restringem apenas às crianças. Nas mães, a amamentação reduz as chances de desenvolver câncer de mama, previne uma nova gestação, bem como fortalece a ligação entre a mãe e o bebê (BRASIL, 2015). A amamentação também permite reduzir gastos e melhorar a qualidade de vida, uma vez que haverá menos adoecimento, hospitalizações e necessidade de uso de medicamentos (BRASIL, 2015; VITOLO, 2015).

Além dos benefícios para a saúde da mãe e da criança, a amamentação tem impacto no desenvolvimento econômico devido ao aumento da inteligência e produtividade (CARVALHO & GOMES, 2016). Estudo recente revelou que a ausência da amamentação e o consequente prejuízo à capacidade cognitiva podem provocar perdas à economia mundial (VICTORA et al, 2016). Foi evidenciado também que o aumento da prevalência de amamentação a níveis quase universais poderia evitar, anualmente, mais de 800 mil mortes de crianças e 20 mil mortes por câncer de mama (CARVALHO & GOMES, 2016). Nacionalmente, com a elevação de 10% nos índices de aleitamento materno, as despesas com auxílios diminuiriam em torno de 6 milhões de dólares a cada ano (CARVALHO & GOMES, 2016; VICTORA et al, 2016).

Um fator muito importante a ser considerado em relação ao estímulo à amamentação é a licença maternidade. Toda gestante tem benefícios e direitos, um deles é a licença maternidade, que é o período que a mãe tem para ficar em casa com o seu bebê após o nascimento. Normalmente esse período é de 120 dias, que corresponde a quatro meses. As empresas privadas e públicas que aderiram ao Programa Empresa Cidadã podem estender esse prazo para 180 dias (BRASIL, 1943).

É necessário destacar que, para que a amamentação aconteça de forma efetiva, há necessidade de uma série de fatores que precisam estar em completo funcionamento. A criança precisa responder aos estímulos bucais, realizar o selamento dos lábios por completo e efetuar a correta mobilidade da língua. Além da coordenação dos movimentos da língua ao longo da amamentação, os movimentos corretos da mandíbula são essenciais para que se consiga sucesso no aleitamento.

Estudos indicam que os movimentos de sugar e deglutir estão intimamente relacionados à adequada mobilidade da língua (SANCHES, 2000; SANCHES, 2004).

No dia 20 de junho de 2014, foi sancionada a Lei nº 13.002 que diz respeito ao teste da linguinha, fazendo cumprir e pondo em prática o Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. Assim sendo, todos os hospitais e maternidades têm obrigatoriedade de implementar a avaliação do frênulo lingual, uma vez que possíveis anormalidades no frênulo podem influenciar negativamente a amamentação e a fala (BRASIL, 2014).

O frênulo lingual anormal é chamado anquiloglossia (Figura 1), uma condição inata que acontece quando parte do tecido embrionário, que não passou pela fase de apoptose, mantém-se na parte anterior da língua (KNOX, 2010). Assim, descreve-se um freio lingual reduzido, grosso que dificulta o deslocamento da língua. Normalmente a anquiloglossia é dividida em leve ou parcial e grave ou completa, uma condição rara em que a língua se funde ao assoalho da cavidade bucal (SEGAL et al, 2007; VENANCIO et al, 2015).

Figura 1. Frênulo lingual pré-cirurgia e pós-cirurgia.



Fonte: O autor (2019)

Em busca dos fatores que estão envolvidos com a dificuldade de amamentar, a investigação e o manejo precoce e adequado da anquiloglossia têm sido foco de pesquisa, tendo em vista os possíveis danos na evolução da fala e da mobilidade bucal da criança. Contudo, evidências científicas ou mesmo o exercício da prática mostram divergências a respeito do correto manejo desta particularidade, especialmente com os recém-nascidos, que sofrem o efeito imediato desta anormalidade na amamentação. Isso se verifica em virtude dos registros de amplas oscilações nas prevalências de anquiloglossia em torno de 3 a 16%, como também á indefinição para indicação da cirurgia, bem como os procedimentos indicados e o manejo adequado (CARVALHO & GOMES, 2016).

As crianças diagnosticadas com anquiloglossia devem ser encaminhadas à cirurgia que possibilita preservar a criança de possíveis interferências na fala, na alimentação, nos movimentos da língua, na formação de espaço entre os dentes anteriores, de estresse na região do freio e ainda evita que a criança se sinta intimidada futuramente devido a esta malformação (SILVA et al, 2016). Tal procedimento pode ser parcial (frenulotomia) ou total (frenectomia). Os métodos para o tratamento do freio lingual podem ser divididos em três técnicas: frenotomia, uma pequena incisão no freio; frenectomia, um corte do freio por inteiro e frenuloplastia, que compreende várias técnicas para torcer e aproximar a língua com a finalidade de reparar a anatomia. Durante o procedimento, a perda sanguínea é mínima, e em alguns casos inexistente. O choro normalmente ocorre apenas no período em que o bebê está sob contenção. O aleitamento materno pode ser retomado imediatamente sem desconforto aparente para o bebê. Não há necessidade de cuidados especiais após o procedimento, recomenda-se a amamentação; contudo a realização da pequena cirurgia ainda gera dúvidas, pois não existem estudos que comprovem e elejam um método a ser preconizado e seus efeitos (BALLARD; AUER; KHOURY, 2002; SUTER; BORNSTEIN, 2009).

Quando indicada, a cirurgia pode ser realizada pelo cirurgião-dentista ou pelo médico. Por isso, orienta-se que os pais levem seus filhos ao cirurgião-dentista o mais precocemente possível para uma avaliação (KUPIETZKY & BOTZER, 2005). Da mesma forma, os familiares que observarem algum tipo de anomalia devem buscar a ajuda de um cirurgião-dentista para avaliação e auxílio (KUPIETZKY & BOTZER, 2005).

Os profissionais especialistas em aleitamento materno também são capazes de orientar as mães que possuem dificuldades ao amamentar a procurar um cirurgião-dentista. Tais profissionais são capacitados, podendo reconhecer e intervir caso haja possíveis alterações tanto na boca como em seus anexos (KUPIETZKY & BOTZER, 2005).

Adequado exame clínico, incluindo análise minuciosa da língua e sua posição juntamente a uma entrevista detalhada com a mãe a respeito da amamentação são fundamentais na primeira consulta odontológica. Os pais precisam ser informados quanto à existência da anomalia, sua magnitude, possíveis dificuldades com a alimentação, problemas na comunicação e nos dentes (KUPIETZKY & BOTZER, 2005).

Alguns autores relatam que após o procedimento cirúrgico há melhora da amamentação devido à diminuição do desconforto da mãe durante a amamentação e à melhora do processo de sucção da criança (SUTER; BORNSTEIN, 2009; SILVA et al, 2016; MANFRO; MANFRO; BORTOLUZZI, 2010). Logo, o diagnóstico correto e precoce é fundamental para um tratamento adequado e, conseqüentemente, melhor desenvolvimento orofacial do bebê, possibilitando, assim, todos os benefícios decorrentes do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida (CARVALHO & GOMES, 2016).

Os estudos já citados neste trabalho sugerem a melhoria da qualidade da amamentação tanto para a criança quanto para o conforto materno no ato de amamentar. Estudos adicionais poderão ser realizados com as crianças para análise fonética das mesmas, visto que a literatura atual ainda diverge sobre este assunto (SUTER; BORNSTEIN, 2009; SILVA et al, 2016; MANFRO; MANFRO; BORTOLUZZI, 2010).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a amamentação em bebês de até seis meses de idade que serão submetidos à frenotomia em um Hospital de Referência da cidade de Içara - SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características demográficas (sexo, idade) dos bebês;

Verificar as características antropométricas dos bebês (peso e comprimento ao nascer);

Avaliar as características nutricionais e comportamentais dos bebês (introdução alimentar, uso de chupeta, uso de mamadeira);

Descrever as características sociodemográficas (idade, cor da pele, escolaridade, trabalho fora do lar, tipo de parto, idade gestacional) das mães;

Avaliar a prevalência de amamentação antes da realização da frenotomia;

Avaliar a prevalência de amamentação 15 dias após a realização da frenotomia;

Avaliar a percepção das mães na melhora imediata da amamentação após a frenotomia (tempo, frequência, dor);

Verificar possíveis associações entre amamentação e as variáveis socioedemográficas e antropométricas a serem estudadas.

3 MÉTODOS

3.1 HIPÓTESES

A maioria dos bebês submetidos à frenotomia é do sexo feminino;

A média de idade dos bebês é 3 meses;

A média de peso e comprimento ao nascer é cerca de 3.250Kg e 49,3 cm;

A maioria dos bebês consome algum tipo de alimento além do leite materno;

A grande maioria dos bebês faz uso de chupeta e mamadeira;

A média da idade das mães é cerca de 25 anos;

A maioria das mães tem cor da pele branca;

A grande maioria das mães tem mais de 8 anos de escolaridade;

Grande parte das mães teve parto cesárea e idade gestacional média de 39 semanas;

A prevalência de amamentação antes da realização da frenotomia é 40%;

A prevalência de amamentação após a realização da frenotomia é 60%;

Após a realização da frenotomia, segundo a percepção das mães, há melhora imediata na amamentação;

As mães relatam menos dor ao amamentar após a frenotomia;

A frequência de amamentação é maior entre as mães com mais idade, maior escolaridade e da cor da pele branca;

A frequência de amamentação é maior entre os bebês que nascem com baixo peso.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal.

3.3 VARIÁVEIS

3.3.1 Dependente

Aleitamento materno exclusivo (sim/não) e aleitamento materno (sim/não).

3.3.2 Independentes

As variáveis independentes referentes aos bebês foram: sexo (masculino/feminino), idade (em meses), peso ao nascer (em gramas), comprimento ao nascer (em centímetros), introdução alimentar (sim/não), idade em que iniciou a introdução alimentar (em meses), uso de chupeta (sim/não), tempo de uso de chupeta (em meses), uso de mamadeira (sim/não), tempo de uso de mamadeira (em meses). As variáveis relacionadas às mães foram: idade (em anos), cor da pele (branca/preta/outras), escolaridade (anos completos de estudo), tipo de parto (normal/cesárea), idade gestacional (em semanas).

Além disso, foram avaliadas as seguintes variáveis: estímulo para o bebê amamentar (não precisa ser estimulado/pega na mama sozinho, há necessidade de estímulo/encostar o rosto do bebê na mama, há necessidade de usar uma leve estimulação como tapinhas, o bebê é colocado no peito sem necessidade de esforço), como é a pega na mama (não pega, pega mal mesmo com estímulo, foi necessário algum estímulo, pega efetivamente de uma só vez), melhora na pega após a cirurgia do bebê (sim/não), tempo de duração da amamentação após a cirurgia do bebê permanece o mesmo (sim/não), (aumentou/diminuiu), a mãe sente menos dor ao amamentar após a cirurgia do bebê (sim/não), sentiu melhora na respiração do bebê após a cirurgia do bebê (sim/não), o bebê passou a mamar o mesmo número de vezes ao dia após a realização da cirurgia do bebê (sim/não), (aumentou/diminuiu), tornou-se mais fácil amamentar após a cirurgia do bebê (sim/não), quando amamenta sente dor latejante (não/leve/moderada/grave), quando amamenta sente dor como se estivesse levando uma pancada na mama (não/leve/moderada/grave), quando amamenta sente uma dor cortante na mama (não/leve/moderada/grave), quando amamenta sente cólica (não/leve/moderada/grave), quando amamenta sente dor como se o bebê estivesse roendo a mama (não/leve/moderada/grave), quando

amamenta sente dor como se a mama estivesse queimando (não/leve/moderada/grave), quando amamenta sente dor na mama (não/leve/moderada/grave), quando amamenta sente a mama pesada (não/levemente/moderadamente/muito), quando amamenta sente a mama rachando (não/levemente/um pouco/muito), quando amamenta é cansativo ou exaustivo (não/levemente/um pouco/muito), quando amamenta se sente enjoada (não/levemente/um pouco/muito), sente medo ao amamentar (não/um pouco/muito), sente-se castigada ao amamentar (não/um pouco/muito).

3.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital São Donato, localizado na cidade de Içara – SC, que atende crianças com até 6 meses de idade de toda a região da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC). As crianças nascidas neste ou em outro hospital da região são encaminhadas pelos fonoaudiólogos dos hospitais para realizarem a frenotomia lingual no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Crianças com até 6 meses de idade que foram submetidas à frenotomia no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial no hospital São Donato na cidade de Içara - SC.

3.5.1 Critério de inclusão

Crianças com até 6 meses de idade que realizaram frenotomia, que estavam acompanhadas da mãe e que esta aceitou e autorizou a participação da criança no estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

3.5.2 Critério de exclusão

Crianças cujas mães foram incapazes de responder ao questionário e/ou apresentaram alguma doença que contraindicasse a amamentação.

3.6 AMOSTRA

O estudo foi realizado com 74 crianças submetidas à frenotomia, no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do hospital São Donato, entre os meses de outubro de 2018 e março de 2019.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada a digitação dos dados no programa Microsoft Excel 2010.

Para a análise descritiva, as variáveis qualitativas foram apresentadas através de frequências absolutas e relativas, e as variáveis quantitativas foram apresentadas através de medidas de tendência central e dispersão.

As associações entre amamentação e as variáveis de exposição a serem estudadas foram realizadas através dos testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, utilizando nível de significância de 5%. Para isso foi utilizado o software SPSS versão 23.0.

3.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

A aplicação do questionário foi realizada por entrevistadora treinada. A coleta foi dividida em duas partes: a primeira consistiu na aplicação de questionário às mães, que foi realizada na sala de espera do hospital, logo após o bebê ter sido atendido pelo serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e ter realizado a frenotomia (Blocos A, B, C e D); a segunda parte, também composta pela aplicação de questionário às mães, foi realizada na sala de espera, após a consulta de retorno (15 dias após a cirurgia) (Blocos C, D e E).

O peso e o comprimento ao nascer foram coletados da carteirinha de acompanhamento e desenvolvimento da criança.

3.9 INSTRUMENTO DE COLETA

Para a coleta de dados, foi utilizado questionário contendo as informações demográficas, socioeconômicas, antropométricas, nutricionais e comportamentais que foram estudadas (APÊNDICE B). Além disso, para avaliar a amamentação, as perguntas do questionário foram baseadas na Ferramenta de Avaliação da Amamentação Infantil (IBFAT) (MATTHEWS, 1988) e na Escala de dor (MELZACK, 1987), que consiste em uma lista de descritores sensoriais da dor e dos sentimentos correspondentes e de uma escala de intensidade da dor (MELZACK, 1987; MATTHEWS, 1988).

3.10 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os possíveis riscos da pesquisa foram quebra do sigilo dos dados, porém, os autores garantiram total confidencialidade e anonimato dos dados coletados. Os benefícios são que, através da identificação da possível melhora na amamentação, poderão ser implementadas políticas públicas de incentivo à importância da frenotomia em bebês com anquiloglossia.

3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob parecer nº: 2.923.840, e autorização do local onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de Aceite (ANEXO B), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Nesta pesquisa, foi utilizado apenas o TCLE, que foi aplicado às mães das crianças, e não foi utilizado o Termo de Assentimento, pois todas as informações do questionário foram fornecidas pela mãe. Além disso, justifica-se a ausência do Termo de Assentimento por serem estudadas crianças de até seis meses, impossibilitando a aplicação do referido termo a elas.

4 RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 74 crianças, sendo que 48 delas retornaram após a cirurgia. As características demográficas, antropométricas e comportamentais dos participantes são apresentadas na Tabela 1. Observa-se que a mediana da idade das crianças foi de 44,5 (intervalo interquartil: 33-56) dias e que a maioria era do sexo masculino (60,8%). Além disso, pode ser verificado que a média de peso ao nascer foi de 3412,8 ($\pm 451,8$) gramas e que mais da metade das crianças foi amamentada exclusivamente (58,1%), usava mamadeira (54,1%) e chupeta (66,2%).

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas e gestacionais das mães das crianças estudadas. Evidencia-se que a grande maioria delas (85,1%) era de cor da pele branca, mais da metade estudou entre 9 e 11 anos (56,7%) e não trabalhava fora (55,4%). Observa-se, também, que mais da metade dos partos foi cesária (56,8%).

A prevalência de aleitamento materno antes e depois da cirurgia pode ser observada na Tabela 3. Evidencia-se que, antes da cirurgia 83,8% das crianças eram amamentadas e depois da cirurgia essa prevalência foi de 64,9%.

A Tabela 4 mostra a influência da cirurgia nas variáveis relacionadas à amamentação. Pode-se verificar que as variáveis característica da pega, mãe sente dor como se levasse uma pancada na mama, mãe sente dor cortante na mama, mãe sente dor como se o bebê roesse a mama e mãe sente a mama rachando mostraram diferença significativa nas prevalências encontradas antes e depois da cirurgia. Antes da cirurgia, observou-se que 58,1% das crianças pegavam efetivamente a mama de uma só vez, já, após a cirurgia, essa prevalência foi de 83,3% ($p=0,015$). A respeito de a mãe sentir dor como se levasse uma pancada na mama, antes da cirurgia, 75,9% delas respondeu não, enquanto que, após a cirurgia, quase a totalidade delas (95,8%)

relatou não sentir essa dor ($p=0,004$). Em relação à variável mãe sente dor cortante na mama, 67,8% das mães afirmaram que não e, após a cirurgia, essa prevalência aumentou para 89,6% ($p=0,010$). Sobre

sentir dor como se o bebê roesse a mama antes da cirurgia, 71,0% referiram não sentir, enquanto que, depois da cirurgia, essa frequência foi de 91,7% ($p=0,019$). Além disso, antes da cirurgia, 82,2% das mães relataram sentir a mama rachar, já, após a cirurgia, essa prevalência foi de 97,9% ($p=0,044$).

A Tabela 5 mostra a percepção da mãe sobre a amamentação após a cirurgia. Pode-se verificar que a grande maioria das mães referiu melhora na pega (83,3%), aumento no tempo de duração da amamentação (69,0%), melhora na respiração do bebê (75,0%), além de relatar que amamentar tornou-se mais fácil. Ademais, mais da metade delas relatou aumento na frequência da amamentação (51,7%).

Os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo das crianças estudadas são observados na Tabela 6. Evidencia-se que o uso da chupeta e o uso de mamadeira estiveram associados a esse desfecho. As maiores prevalências de amamentação exclusiva foram encontradas naquelas crianças que não utilizavam chupeta ($p=0,019$) nem mamadeira ($p<0,001$). Além disso, a variável cor da pele materna também se mostrou relacionada ao aleitamento materno exclusivo, ou seja, aquelas de cor da pele branca apresentaram maior prevalência de amamentação comparadas as de cor da pele não branca ($p=0,050$).

Tabela 1. Características demográficas, antropométricas e comportamentais das crianças estudadas. Içara, SC, 2019. (n= 74)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	45	60,8
Feminino	29	39,2
Idade (em dias)		
Mediana	44,5	
Intervalo interquartil	33-56	
Peso ao nascer (em gramas)		
Média	3412,8	
Desvio padrão	451,8	
Comprimento ao nascer (em centímetros)		
Média	49,6	
Desvio padrão	2,3	

Aleitamento materno exclusivo*		
Não	26	41,9
Sim	36	58,1
Uso de chupeta		
Não	25	33,8
Sim	49	66,2
Uso de mamadeira		
Não	34	45,9
Sim	40	54,1

*A variável possui 12 observações, pois a pergunta era aplicada somente àquelas mulheres que amamentavam.

Tabela 2. Características sociodemográficas e gestacionais das mães das crianças estudadas. Içara, SC, 2019. (n=74)

Variáveis	n	%
Cor da pele		
Branca	63	85,1
Não branca	11	14,9
Escolaridade (anos de estudo)		
Até 8	21	28,4
9 a 11	42	56,7
12 ou mais	11	14,9
Trabalha fora		
Não	41	55,4
Sim	33	44,6
Tipo de parto		
Normal	32	43,2
Cesária	42	56,8
Idade da mãe (em anos)		
Média	27,8	
Desvio padrão	6,7	
Idade gestacional (em semanas)		
Média	39,2	
Desvio padrão	1,3	

Tabela 3. Prevalência de aleitamento materno antes e depois da cirurgia. Içara, SC, 2019. (n= 74)

Aleitamento materno	n	%
Antes da cirurgia		
Não	12	16,2
Sim	62	83,8
Depois da cirurgia		
Não	26	35,1
Sim	48	64,9

Tabela 4. Influência da cirurgia nas variáveis relacionadas à amamentação das crianças. Içara, SC, 2019. (n= 74)

Variáveis	Antes da cirurgia		Depois da cirurgia		Valor p*
	n	%	n	%	
Estimulação durante a amamentação					0,068
Não precisa ser estimulado (pega na mama sozinho)	14	22,6	19	39,5	
Há necessidade de estímulo (encostar o rosto do bebê na mama)	24	38,7	9	18,8	
Há necessidade de usar uma leve estimulação (tapinhas)	1	1,6	1	2,1	
O bebê é colocado no peito sem necessidade de esforço	23	37,1	19	39,6	
Característica da pega					0,015
Pega mal mesmo com estímulo	6	9,7	1	2,1	
Foi necessário algum estímulo	20	32,3	7	14,6	
Pega efetivamente de uma só vez	36	58,1	40	83,3	
Mãe sente dor na mama					0,479
Não	39	62,9	36	75	
Leve	9	14,5	6	12,5	
Moderada	12	19,4	6	12,5	
Grave	2	3,2	0	0	
Mãe sente dor latejante quando amamenta					0,058
Não	32	51,7	35	72,9	
Leve	19	30,6	7	14,6	
Moderada	8	12,9	6	12,5	
Grave	3	4,8	0	0	
Mãe sente dor como se levasse uma pancada na mama					0,004
Não	47	75,9	46	95,8	
Leve	10	16,1	0	0	
Moderada	3	4,8	2	4,2	
Grave	2	3,2	0	0	
Mãe sente dor cortante na mama					0,01
Não	42	67,8	43	89,6	
Leve	8	12,9	4	8,3	
Moderada	9	14,5	0	0	
Grave	3	4,8	1	2,1	
Mãe sente cólica					0,914

Não	52	83,9	42	87,5	
Leve	7	11,3	4	8,3	
Moderada	3	4,8	2	4,2	
Mãe sente dor como se o bebê roesse a mama					0,019
Não	44	71	44	91,7	
Leve	9	14,5	4	8,3	
Moderada	6	9,7	0	0	
Grave	3	4,8	0	0	
Mãe sente dor como se a mama estivesse queimando					0,512
Não	46	74,2	40	83,3	
Leve	8	12,9	6	12,5	
Moderada	7	11,3	2	4,2	
Grave	1	1,6	0	0	
Mãe sente a mama pesada					0,645
Não	41	66,1	36	75	
Levemente	12	19,4	8	16,7	
Moderadamente	7	11,3	4	8,3	
Muito	2	3,2	0	0	
Mãe sente a mama rachando					0,044
Não	51	82,2	47	97,9	
Levemente	5	8,1	1	2,1	
Um pouco	5	8,1	0	0	
Muito	1	1,6	0	0	
Amamentar é cansativo ou exaustivo					0,1
Não	27	43,5	31	64,6	
Levemente	14	22,6	5	10,4	
Um pouco	14	22,6	10	20,8	
Muito	7	11,3	2	4,2	
Mãe se sente enjoada					1
Não	59	95,2	46	95,8	
Um pouco	2	3,2	2	4,2	
Muito	1	1,6	0	0	
Mãe sente medo					0,45
Não	55	88,7	46	95,8	
Um pouco	5	8,1	2	4,2	
Muito	2	3,2	0	0	
Mãe se sente castigada					0,328
Não	60	96,8	47	97,9	
Um pouco	2	3,2	0	0	
Muito	0	0	1	2,1	

*Teste Exato de Fisher

Tabela 5. Percepção da mãe sobre a amamentação depois da cirurgia. Içara, SC, 2019. (n= 48)

Variáveis	n	%
Melhora na pega		
Não	8	16,7
Sim	40	83,3
Tempo de duração		
Alterou	29	60,4
Permanece o mesmo	19	39,6
Aumentou ou diminuiu*		
Aumentou	20	69,0
Diminuiu	9	31,0
Dor diminuiu		
Não	30	62,5
Sim	18	37,5
Houve melhora na respiração do bebê		
Não	12	25,0
Sim	36	75,0
Frequência da amamentação		
Alterou	29	60,4
Permaneceu a mesma	19	39,6
Aumentou ou diminuiu*		
Aumentou	15	51,7
Diminuiu	14	48,3
Amamentar tornou-se mais fácil		
Não	7	14,6
Sim	41	85,4

*Pergunta aplicada somente àquelas mulheres que relataram alteração no tempo de duração e frequência da amamentação.

Tabela 6. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo das crianças estudadas. Içara, SC, 2019. (n= 74)

Variáveis da criança	Aleitamento materno exclusivo		Valor p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo			0,231**
Masculino	21 (52,5%)	19 (47,5%)	
Feminino	15 (68,2%)	7 (31,8%)	

Peso ao nascer (em gramas)			0,867**
<3500	20 (57,1%)	15 (42,9%)	
≥3500	16 (59,3%)	11 (40,7%)	
Comprimento ao nascer (em centímetros)			0,894**
<50	16 (57,1%)	12 (42,9%)	
≥50	20 (58,8%)	14 (41,2%)	
Uso de chupeta			0,019**
Não	19 (76,0%)	6 (24,0%)	
Sim	17 (45,9%)	20 (54,1%)	
Uso de mamadeira			<0,001*
Não	34 (100,0%)	0 (0,0%)	
Sim	2 (7,1%)	26 (92,9%)	
Variáveis maternas			
Cor da pele			0,050*
Branca	34 (63,0%)	20 (37,0%)	
Não branca	2 (25,0%)	6 (75,0%)	
Escolaridade (anos de estudo)			0,194*
Até 8	11 (64,7%)	6 (35,3%)	
9 a 11	17 (48,6%)	18 (51,4%)	
12 ou mais	8 (80,0%)	2 (20,0%)	
Trabalha fora			0,934**
Não	19 (57,6%)	14 (42,4%)	
Sim	17 (58,6%)	12 (41,4%)	
Tipo de parto			0,894**
Normal	16 (57,1%)	12 (42,9%)	
Cesária	20 (58,8%)	14 (41,2%)	
Idade (em anos)			0,736**
<30	25 (59,5%)	17 (40,5%)	
≥30	11 (55,0%)	9 (45,0%)	
Idade gestacional (em semanas)			0,280**
Até 38	8 (47,1%)	9 (52,9%)	
>38	28 (62,2%)	17 (37,8%)	

*Teste Exato de Fisher

** Teste Qui-quadrado de Pearson

5 DISCUSSÃO

Um importante achado no presente estudo foi que a prevalência de aleitamento materno exclusivo diminuiu após a cirurgia; no entanto, cerca de dois terços das mães relataram estar amamentando exclusivamente após a frenotomia. Resultado semelhante foi evidenciado em um estudo realizado em Londres com crianças menores de três meses de idade, o qual encontrou que após a frenotomia, metade das mães estava amamentando exclusivamente (BILLINGTON; YARDLEY; UPADHYAYA, 2018). Alguns autores evidenciaram melhora na amamentação após a cirurgia (GEDDES et al., 2008; BERRY; GRIFFITHS; WESTCOTT, 2012; YOUSOFI et al., 2015; DIXON et al., 2018; BISTAFFA; GIFFONI; FRANZIN, 2018), o que vai ao encontro dos resultados do presente estudo. Dixon et al. (2018) identificaram uma melhora subjetiva da amamentação em 85% dos casos e aumento na taxa de amamentação. Berry, Griffiths e Westcott (2012) observaram que 78% das mães referiram um progresso instantâneo na amamentação depois do procedimento ser realizado. Um dia após a cirurgia, 90% delas declararam uma evolução na amamentação e, decorridos três meses, 92% ainda declararam benefícios na amamentação, com 51% delas seguindo com o aleitamento. Outro estudo também evidenciou que o procedimento apresentou bons resultados em todos os aspectos avaliados, isso é, amamentação, pega e sucção (YOUSOFI et al. 2015).

Apesar da melhora da amamentação relatada pelas mães após a frenotomia, aproximadamente metade delas interrompeu a amamentação exclusiva. Alguns autores destacam que há inúmeras razões para que a mãe amamente ou não seu filho, podendo ser sociais e culturais (BILLINGTON; YARDLEY; UPADHYAYA, 2018; SUSILORETNi et al., 2019). De acordo com Billington et al. (2018), a opção da mãe por parar de amamentar e a conveniência são os dois motivos mais presentes, enquanto que os problemas com a alimentação é a razão menos frequente para o desmame. Percebe-se que, mesmo em um estudo com mães estimuladas a amamentar, a opção de parar com a amamentação por um longo período ocorre (BILLINGTON; YARDLEY; UPADHYAYA, 2018).

É importante destacar que muitos bebês com anquiloglossia não apresentam sinais e sintomas, porém se a frenotomia não for realizada em um curto espaço de tempo, os neonatos afetados tendem a desenvolver problemas relacionados à

amamentação e anormalidades na deglutição. Além de interferências no peso corporal que resulta em crianças com baixo peso (AMIR; JAMES; BEATTY, 2005; ARAUJO et al., 2019).

Segundo Dixon et al. (2018), quando há uma equipe qualificada para identificar previamente os principais problemas na amamentação e suas causas, realizar adequado exame clínico da língua do recém-nascido e fornecer assistência prévia aos pais tem-se uma diminuição no índice de frenotomias sem que esta interfira na amamentação. Neste estudo os procedimentos para a diminuição dos problemas com a amamentação relativos à língua englobam acompanhamento, assistência à amamentação e o procedimento cirúrgico de frenotomia. O modo de alimentação e os efeitos na amamentação foram similares tanto para os bebês que sofreram a intervenção como para os que não sofreram (DIXON et al., 2018).

Em relação à melhora na amamentação após a cirurgia, os achados do presente estudo mostram que houve menor necessidade de estímulo durante a amamentação e que as diferentes dores relatadas pelas mães diminuíram significativamente. Além disso, as mães referiram maior facilidade ao amamentar seus bebês. Similarmente, estudo conduzido por Miranda e Milroy (2010) observou que a melhora na dor mamilar foi referida por 83% das mães e que os problemas com o frênulo melhoraram em 89% dos casos (MIRANDA; MILROY, 2010). Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores (GEDDES et al., 2008; BERRY; GRIFFITHS; WESTCOTT, 2012; HAHAM et al., 2014; YOUSOFI et al., 2015) . De acordo com Park e Choi (2019), esse conforto na amamentação, além de melhorar a saúde da mãe e da criança e fortalecer o vínculo afetivo entre mãe e filho, reduz a chance da mulher ter depressão tardia pós-menopausa (PARK; CHOI, 2019). Além disso, cabe ressaltar que a experiência de amamentar é capaz de proporcionar a formação de um elo de ligação sadio entre a mãe e filho e tem seu início com a empatia da mãe pelo bebê (MOZZAQUATRO; ARPINI; POLLI, 2016).

Revisão sistemática avaliando os benefícios do tratamento cirúrgico de bebês que nasceram com anquiloglossia e que apresentaram dificuldades na amamentação sugere que a frenotomia pode estar associada a melhorias na amamentação e na dor dos mamilos; no entanto, os autores destacam que os estudos são de pequeno porte, realizados em períodos curtos de tempo e com metodologia duvidosa, o que tornam escassas as evidências científicas para concluir esses

achados (FRANCIS; KRISHNASWAMI; MCPHEETERS, 2015).

Outro resultado encontrado no presente estudo foi a melhora na respiração dos bebês após a cirurgia. O movimento que o bebê faz na hora da amamentação é indispensável para o crescimento harmônico de sua cavidade bucal, possibilitando um melhor desenvolvimento do palato duro, o que é imprescindível para o posicionamento adequado dos dentes e uma perfeita oclusão dentária. Por outro lado, as chupetas e mamadeiras pressionam o palato duro e assim reduzem o espaço para passagem do ar, desfavorecendo a respiração nasal. Quando a mãe interrompe a amamentação precocemente prejudica o crescimento esperado da cavidade bucal do bebê, podendo haver interferências na mastigação, deglutição, respiração e fonação, resultando em má-oclusão dentária, respiração bucal e alteração motora-oral (BRASIL, 2015).

Observou-se também no presente estudo que a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi maior entre os bebês que não usavam chupeta e mamadeira e que eram filhos de mães de cor de pele branca.

Pode-se perceber que mesmo em grupos de mães instruídas e estimuladas à amamentação, a opção por parar com a amamentação em um futuro próximo ocorre (BILLINGTON; YARDLEY; UPADHYAYA, 2018; SUSILORETNi et al., 2019). Portanto, o conhecimento sobre a amamentação por parte dos pais é de suma importância para a prática de amamentar (JASNY; AMOR; BAALI, 2019). Políticas públicas tanto locais como nacionais de incentivo à amamentação podem impulsionar a elevação dos índices (BILLINGTON; YARDLEY; UPADHYAYA, 2018). Em 2019, uma campanha realizada no Brasil, com o lema “Amamentação. Incentive a família, alimente a vida”, promovida pelo governo federal, vem ao encontro dessa necessidade (BRASIL, 2019).

Por outro lado, quando se utiliza mamadeira em algum momento da alimentação, alguns bebês têm dificuldade de pegar a mama novamente quando a mãe vai amamentar. O bebê passa a confundir os bicos pela diferença de sucção na mama e na mamadeira, o que é chamado “confusão de bicos”. Nessas situações, o bebê inicia a amamentação no peito e em pouco tempo abandona a mama e chora. Isso ocorre porque na mamadeira o leite sai mais rapidamente, com maior facilidade e em maior quantidade, já a saída do leite da mama pode demorar até um minuto e alguns bebês não suportam esse tempo (BRASIL, 2015).

Segundo Victora et al. (1997), a interrupção da amamentação

antecipadamente acontece em maior número de vezes em bebês que utilizam chupeta, uma vez que esta interfere na produção de leite. É provável, que a utilização da chupeta seja um alerta de que problemas na amamentação estão ocorrendo ou de que a mãe não está podendo amamentar (VICTORIA et al., 1997).

É importante destacar que até o momento não houve um acordo entre estudiosos a respeito da eficiência da frenotomia nos bebês com anquiloglossia, o que torna necessário e de extrema relevância um serviço multidisciplinar no tratamento e reconhecimento de potenciais diferenças anatômicas no frênulo lingual dos bebês, prevenindo futuros problemas na amamentação, e por consequência a interrupção da amamentação precocemente, além de questões relacionadas ao sistema estomatognático (VENANCIO et al, 2015; FRANCIS; KRISHNASWAMI; MCPHEETERS, 2015).

Além disso, são escassos os estudos com evidência científica que avaliem o desfecho da anquiloglossia quando não há intervenção. Desta forma, não há possibilidade de afirmar qual a prevalência de bebês diagnosticados com anquiloglossia que vão apresentar problemas na amamentação e necessitar de intervenção cirúrgica (FRANCIS; KRISHNASWAMI; MCPHEETERS, 2015).

Como fortaleza do presente estudo, ressalta-se que o mesmo foi realizado em um hospital de médio porte referência para cirurgia bucomaxilofacial e fonoaudiologia, atendendo neonatos da Macrorregião Sul de Santa Catarina que são encaminhados para avaliação e realização do procedimento de frenotomia.

Algumas limitações precisam ser destacadas. Aproximadamente um terço das mães não compareceu na consulta de retorno após a cirurgia. No entanto, embora sem possibilidade de registro, é provável que os benefícios da frenotomia foram alcançados, visto que, possivelmente, caso houvesse algum problema as mães retornariam com os bebês ao hospital.

6 CONCLUSÃO

Diante dos achados do estudo, pôde-se verificar uma diminuição da prevalência de aleitamento materno após a frenotomia. Apesar disso, observou-se melhora na pega e na respiração dos bebês e diminuição das dores das mães ao amamentar. Além disso, a não utilização da chupeta e de mamadeira esteve associada à maior prevalência de amamentação exclusiva.

A cirurgia proporciona aos bebês que dela necessitam melhor deglutição, respiração, melhora da pega na mama, melhora no vínculo emocional e afetivo com a mãe além de evitar possíveis problemas futuros na fala. No entanto, propõem-se que mais estudos com melhores níveis de evidência científica a respeito dos resultados da frenotomia e seu desfecho na amamentação a longo prazo sejam realizados e assim fomentem a promoção e a ascensão da amamentação de forma exclusiva nos primeiros meses de vida.

Constata-se, também, que é de fundamental importância repensar e implementar ações multidisciplinares em ambientes de atenção básica e hospitalar a fim de monitorar, amparar e auxiliar as mães na identificação das possíveis razões para a interrupção da amamentação exclusiva. Além disso, faz-se necessário o desenvolvimento de ações e/ou intervenções nas estratégias de saúde da família, em especial com este grupo populacional, visando prolongar o tempo da amamentação exclusiva.

REFERÊNCIAS

AMIR, Lisa Helen; JAMES, Jennifer Patricia; BEATTY, Joanne. Review of tongue-tie release at a tertiary maternity hospital. **Journal Of Paediatrics And Child Health**, [s.l.], v. 41, n. 5-6, p.243-245, maio 2005. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1754.2005.00603.x>.

ARAUJO, Maria da C.m. et al. Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], p.1-7, abr. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.12.013>.

BALLARD, Jeanne L.; AUER, Christine E.; KHOURY, Jane C.. Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. **Pediatrics: Official Journal Of The American Academy Of Pediatrics**. p.1-6.nov.2002.Disponível em:<<http://pediatrics.aappublications.org/content/110/5/>

BERRY, Janet; GRIFFITHS, Mervyn; WESTCOTT, Carolyn. A Double-Blind, Randomized, Controlled Trial of Tongue-Tie Division and Its Immediate Effect on Breastfeeding. **Breastfeeding Medicine**, [s.l.], v. 7, n. 3, p.189-193, jun. 2012. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2011.0030>.

BILLINGTON, Jennifer; YARDLEY, Iain; UPADHYAYA, Manasvi. Long-term efficacy of a tongue tie service in improving breast feeding rates: A prospective study. **Journal Of Pediatric Surgery**, [s.l.], v. 53, n. 2, p.286-288, fev. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.11.014>.

BISTAFFA, Alisson Gabriel Idelfonso; GIFFONI, Tereza Cristina Roschel; FRANZIN, Lucimara Cheles Da Silva. Frenotomia lingual em bebê. **Revista Uningá Review**, [S.I.], v. 29, n. 2, jan. 2018. ISSN 2178-2571. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1964>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

BRASIL. Lei 5.452 de 1º de maio de 1943. **Consolidação das leis do trabalho - CLT. Toda gestante ou mãe adotante tem direito à licença-maternidade**. Brasília, 1943.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica **SAÚDE DA CRIANÇA Aleitamento Materno e Alimentação Complementar 2ª edição** Cadernos de Atenção Básica, nº 23. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde lança Campanha de Amamentação e amplia rede de assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45633-saude-lanca-campanha-amamentacao-e-amplia-rede-de-assistencia>. Acesso em: 4 ago. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº.13.002/14 de 20 de junho de 2014. **Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do frênulo lingual em bebês**. Brasília, DF; 2014.

CARVALHO, Marcus Renato de; GOMES, Cristiane F.. **Amamentação: Bases Científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 554 p., 2016.

DIXON, Bronwyn et al. A multifaceted programme to reduce the rate of tongue-tie release surgery in newborn infants: Observational study. **International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology**, [s.l.], v. 113, p.156-163, out. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.07.045>. e 63>. Acesso em: 13 set. 2018.

FRANCIS, D. O.; KRISHNASWAMI, S.; MCPHEETERS, M.. Treatment of Ankyloglossia and Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review. **Pediatrics**, [s.l.], v. 135, n. 6, p.1458-1466, 4 maio 2015. American Academy of Pediatrics (AAP). <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-0658>

GEDDES, D. T. et al. Frenulotomy for Breastfeeding Infants With Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound. **Pediatrics**, [s.l.], v. 122, n. 1, p.188-194, 1 jul. 2008. American Academy of Pediatrics (AAP). <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-2553>.

HAHAM, Alon et al. Prevalence of Breastfeeding Difficulties in Newborns with a Lingual Frenulum: A Prospective Cohort Series. **Breastfeeding Medicine**, [s.l.], v. 9, n. 9, p.438-441, nov. 2014. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2014.0040>.

JASNY, E.; AMOR, H.; BAALI, A.. Mothers' knowledge and intentions of breastfeeding in Marrakech, Morocco. **Archives de Pédiatrie**, [s.l.], v. 26, n. 5, p.285-289, jul. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2019.05.007>.

KNOX, Isabella. Tongue Tie and Frenotomy in the Breastfeeding Newborn. **Neoreviews**, [s.l.], v. 11, n. 9, p.513-519, set. 2010. American Academy of Pediatrics (AAP). <http://dx.doi.org/10.1542/neo.11-9-e513>.

KUPIETZKY, Ari; BOTZER, Eyal. Ankyloglossia in the infant and young child: clinical suggestions for diagnosis and management. **Pediatric Dentistry**, 27(1): 40–46, 2005.

MANFRO, A.r.g.; MANFRO, R.; BORTOLUZZI, M.c.. Surgical treatment of ankyloglossia in babies—case report. **International Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, [s.l.], v. 39, n. 11, p.1130-1132, nov. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2010.06.007>.

MATTHEWS, M. Kay Developing an instrument to assess infant breastfeeding behavior in the early neonatal period. **Midwifery**, v.4, pag. 154-165, dez.1988.

MELZACK, Ronald. The short-form McGill pain questionnaire. **Pain**, v.30, n.2,p.191–197, ago. 1987.

MIRANDA, Benjamin H.; MILROY, Catherine J.. A quick snip – A study of the impact of outpatient tongue tie release on neonatal growth and breastfeeding. **Journal Of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, [s.l.], v. 63, n. 9, p.683-685, set. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2010.04.003>.

MOZZAQUATRO, Caroline de Oliveira; ARPINI, Dorian Mônica; POLLI, Rodrigo Gabbi. Relação mãe-bebê e promoção de saúde no desenvolvimento infantil. **Psicologia em Revista**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.334-351, 11 abr. 2016. Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais. <http://dx.doi.org/10.5752/p.1678-9523.2015v21n2p333>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Evidências Científicas dos Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno. Brasília, DF: OMS, 2001. (Saúde e desenvolvimento da criança, Vol WHO/CDH/98.9).

PARK, Sangshin; CHOI, Nam-kyong. Breastfeeding reduces risk of depression later in life in the postmenopausal period: A Korean population-based study. **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 248, p.13-17, abr. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.081>.

SANCHES, Maria Teresa C.. **Dificuldades iniciais da amamentação: um enfoque fonoaudiológico**. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SANCHES, Maria Teresa C.. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 80, n. 5, p.155-162, nov. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572004000700007>

SEGAL, Lauren M et al. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. **Can Fam Physician**. 2007; 53(6):1027-33 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949218/pdf/0531027.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2018.

SILVA, Palloma Inácio et al. Frenectomia lingual em bebê: Relato de caso. **Revista Bahiana de Odontologia**, 7(3): 220-7, 2016.

SUSILORETN, Kun A. et al. Does exclusive breastfeeding relate to the longer duration of breastfeeding? A prospective cohort study. **Midwifery**, [s.l.], v. 69, p.163-171, fev. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.008>.

SUTER, Valérie G.a.; BORNSTEIN, Michael M.. Ankyloglossia: Facts and Myths in Diagnosis and Treatment. **Journal Of Periodontology**, [s.l.], v. 80, n. 8, p.1204-1219, ago. 2009. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1902/jop.2009.090086>.

VENANCIO, Sonia Isoyama et al. **Anquiloglossia e aleitamento materno: evidências sobre a magnitude do problema, protocolos de avaliação, segurança e eficácia da frenotomia**. Parecer Técnico-Científico. Instituto de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2015.

VICTORA, Cesar G et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, [s.l.], v. 387, n. 10017, p.475-490, jan. 2016. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01024-7).

VICTORIA, C. G. et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? **Pediatrics**, v. 99, p. 445-453, 1997.

VITOLLO, Márcia Regina. **Nutrição: da Gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: 2ªEd. Rubio, 568 p., 2015.

YOUSOFI, Jamshid et al. Tongue-tie Repair: Z-Plasty Vs Simple Release. **Iranian Journal Of Otorhinolaryngology**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.127-134, mar. 2015. Mashhad University of Medical Sciences (MUMS). <http://dx.doi.org/10.22038/ijorl.2015.3733>.

APÊNDICE (S)

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Avaliação da amamentação em bebês submetidos à frenotomia lingual.

Objetivo: Avaliar a amamentação em bebês de até seis meses de idade que realizaram frenotomia em um Hospital de Referência da cidade de Içara - SC.

Período da coleta de dados: 01/10/2018 a 31/12/2018

Tempo estimado para cada coleta: 30 minutos

Local da coleta: Hospital São Donato, Içara-SC

Pesquisador/Orientador: Antônio Augusto Schäfer **Telefone:** (48) 34312609

Pesquisador/Acadêmico: Camila Fontanella Possamai **Telefone:** (48)
999074228

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde -

podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
--

A entrevista será dividida em duas partes. Na primeira parte, a senhora responderá a algumas perguntas relacionadas à amamentação e a dados pessoais e de comportamento. A segunda parte da entrevista será realizada após a consulta de retorno e repetirá o questionário após a frenotomia lingual do bebê. A senhora responderá a essas perguntas na sala de espera do Hospital e essas duas etapas da entrevista terão duração máxima de, aproximadamente, 30 minutos.
--

RISCOS

Os possíveis riscos da pesquisa são quebra do sigilo dos dados, porém, os autores garantem total confidencialidade e anonimato dos dados coletados.

BENEFÍCIOS

Através da identificação da possível melhora na amamentação, poderão ser implementadas políticas públicas de incentivo à importância da frenotomia em bebês com anquiloglossia.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora Camila Fontanella Possamai pelo telefone (48) 9 9907 4228 e/ou pelo e-mail kakaa22@hotmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário (a)/Participante	Pesquisadora Responsável
<hr/> Assinatura	<hr/> Assinatura
Nome:	Nome:
_____	_____
CPF: _____-_____-_____-__	CPF: _____-_____-_____-__

Criciúma (SC), 2018.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO Nº _____	
Nome da mãe: _____	
Data da entrevista ____ / ____ / _____	____ / ____ / ____
BLOCO A – INFORMAÇÕES DA CRIANÇA	
A1. Qual a data de nascimento da criança? ____ / ____ / _____	A1. ____ / ____ / ____
A2. Qual o sexo da criança? (0) Masculino (1) Feminino	A2. _____
A3. Em qual cidade a criança reside? (0) Içara (1) Criciúma (2) Cocal do Sul (3) Balneário Rincão (4) Morro da Fumaça (5) Forquilha (6) Lauro Müller (7) Novo Veneza (8) Orleans (9) Siderópolis (10) Treviso (11) Urussanga	A3. _____
A4. Peso ao nascer: _____ g	A4. _____
A5. Comprimento ao nascer: _____ cm	A5. _____
A6. A criança é amamentada no peito? (0) Não → PULAR PARA A PERGUNTA A12 (1) Sim	A6. _____
A7. O aleitamento materno é exclusivo (ou seja, sem água, sem chá, sem suco ou qualquer outro tipo de leite ou alimento)? (0) Não (1) Sim → PULAR PARA A PERGUNTA A13	A7. _____
A8. A criança recebeu aleitamento materno exclusivo? (0) Não → PULAR PARA A PERGUNTA A (1) Sim	A8. _____
A9. Até que idade a criança recebeu aleitamento materno exclusivo? _____ meses	A9. _____
A10. A criança consome algum tipo de alimento além do leite materno? (0) Não (1) Sim	A10. _____

A11. Com que idade a criança passou a se alimentar com outros alimentos além do leite materno? _____ meses	A11. _____
A12. A criança consome algum alimento além de leite? (0) Não (1) Sim	A12. _____
A13. Com que idade a criança passou a se alimentar com outros alimentos? _____ meses	A13. _____
A14. A criança usa chupeta? (0) Não → PULAR PARA A PERGUNTA A16 (1) Sim	A14. _____
A15. Com que idade a criança começou a usar chupeta? _____ meses	A15. _____
A16. A criança usa mamadeira? (0) Não (1) Sim	A16. _____
A17. Com que idade a criança começou a usar mamadeira? _____ meses	A17. _____
BLOCO B – INFORMAÇÕES DA MÃE	
B1. Idade: _____ anos	B1. _____
B2. Qual a cor da sua pele? (0) Branca (1) Preta (2) Parda (3) Indígena (4) Amarela	B2. _____
B3. Até que série e ano a senhora estudou? _____	B3. _____
B4. A senhora trabalha fora do lar? (0) Não (1) Sim	B4. _____
B5. Qual foi o tipo de parto? (0) Normal (1) Cesária	B5. _____
B6. Com quantas semanas o bebê nasceu? _____ semanas	B6. _____
BLOCO C – AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO	
Agora vou ler para a senhora algumas perguntas sobre a amamentação de seu bebê. Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que a senhora responda a todas elas.	
C1. Quando você vai amamentar o bebê: (0) Ele não precisa ser estimulado (pega na mama sozinho) (1) Há necessidade de estímulo, encostar o rosto do bebê na mama (2) Há necessidade de usar uma leve estimulação como tapinhas (3) O bebê é colocado no peito sem necessidade de esforço	C1. _____

<p>C2. Como é a pega do bebê na mama?</p> <p>(0) Não pega (1) Pega mal mesmo com estímulo (2) Foi necessário algum estímulo (3) Pega efetivamente de uma só vez</p>	C2. _____
BLOCO D – ESCALA DE DOR NO MAMILO	
<p>D1. Quando você amamenta você sente dor latejante?</p> <p>(0) Não (1) Leve (2) Moderada (3) Grave</p>	D1. _____
<p>D2. Quando você amamenta você sente dor como se estivesse levando uma pancada na mama?</p> <p>(0) Não (1) Leve (2) Moderada (3) Grave</p>	D2. _____
<p>D3. Quando você amamenta você sente uma dor cortante na mama ?</p> <p>(0) Não (1) Leve (2) Moderada (3) Grave</p>	D3. _____
<p>D4. Quando você amamenta você sente cólica?</p> <p>(0) Não (1) Leve (2) Moderada (3) Grave</p>	D4. _____
<p>D5. Quando você amamenta você sente dor como se o bebê estivesse roendo a mama?</p> <p>(0) Não (1) Leve (2) Moderada (3) Grave</p>	D5. _____
<p>D6. Quando você amamenta você sente dor como se a mama estivesse queimando?</p> <p>(0) Não (1) Leve (2) Moderada (3) Grave</p>	D6. _____
<p>D7. Quando você amamenta você sente dor na mama?</p> <p>(0) Não (1) Leve (2) Moderada (3) Grave</p>	D7. _____
<p>D8. Quando você amamenta você sente a mama pesada?</p> <p>(0) Não (1) Levemente (2) Moderadamente (3) Muito</p>	D8. _____
<p>D9. Quando você amamenta você sente a mama rachando?</p> <p>(0) Não (1) Levemente (2) Um pouco (3) Muito</p>	D9. _____
<p>D10. Quando você amamenta é cansativo ou exaustivo?</p> <p>(0) Não (1) Levemente (2) Um pouco (3) Muito</p>	D10. _____
<p>D11. Quando você amamenta você se sente enjoada?</p> <p>(0) Não (1) Levemente (2) Um pouco (3) Muito</p>	D11. _____
<p>D12. Você sente medo ao amamentar?</p> <p>(0) Não (1) Um pouco (2) Muito</p>	D12. _____
<p>D13. Você se sente castigada ao amamentar?</p> <p>(0) Não (1) Um pouco (2) Muito</p>	D13. _____

BLOCO E – AVALIAÇÃO E PERCEPÇÃO DA MÃE (exclusivo consulta de retorno)	
E1. Houve melhora na pega do bebê na mama após a cirurgia do bebê? (0) Não (1) Sim	E1. _____
E2. O tempo de duração da amamentação permanece o mesmo após a cirurgia do bebê? (0) Não (1) Sim → PULAR PARA QUESTÃO E3 E2.1 Se não, aumentou ou diminuiu? (0) Aumentou (1) Diminuiu (9) Não se aplica	E2. _____ E2.1 _____
E3. A senhora sente menos dor ao amamentar após a cirurgia do bebê? (0) Não (1) Sim	E3. _____
E4. Sentiu alguma melhora na respiração do bebê após a cirurgia do bebê? (0) Não (1) Sim	E4. _____
E5. O bebê está mamando o mesmo número de vezes ao dia após a realização da cirurgia do bebê? (0) Não (1) Sim → PULAR PARA QUESTÃO E6 E5. 1 Se não, aumentou ou diminuiu o número de mamadas? (0) Aumentou (1) Diminuiu (9) Não se aplica	E5. _____ E5.1 _____
E6. Amamentar tornou-se mais fácil após a cirurgia do bebê? (0) Não (1) Sim	E6. _____

Obrigada pela participação!

ANEXO (S)

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**RESOLUÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 2.923.840

CAAE: 98959018.3.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Antônio Augusto Schafer

Pesquisador (a): CAMILA FONTANELLA POSSAMAI

Título: “AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EM BEBÊS SUBMETIDOS À FRENOTOMIA LINGUAL”

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 27 de setembro de 2018.

Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP

ANEXO B - CARTA DE ACEITE



Carta de aceite

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar o ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo-Facial, banco de dados e prontuário da Instituição Hospital São Donato, localizado na rua: Sete de Setembro, Nº: 461 - Centro, Içara/SC e Cep Nº: 88820-000, para o desenvolvimento da Pesquisa intitulada "AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EM BEBÊS SUBMETIDOS À FRENECTOMIA LINGUAL" sob a responsabilidade do Prof. Responsável Antônio Augusto Schäfer e Pesquisadora Camila Fontanella Possamai do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Fabiane da Silva Filisbino
Gerente Administrativa/Gerente de enfermagem
FSHI - Hospital São Donato
02 - 07 . 2018

FUNDAÇÃO SOCIAL HOSPITALAR DE IÇARA
Rua Sete de Setembro, 461 - Centro
Fones: (48) 3467-1200
Fax: (48) 3467-1263
CEP 88820-000 - IÇARA - SC

CNPJ: 83.852.418/0001-54
e-mail: f.donato@terra.com.br
direcao@hdonato.com.br
ouvidor@hdonato.com.br
sifac@hdonato.com.br