



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis
Departamento de Gestão do Cuidado Integral
Departamento de Saúde da Família
Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens
Coordenação-Geral de Saúde Bucal

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 178/2026 - CGIAE/DAENT/SVSA/MS
- CGCRIAJ/DGCI/SAPS/MS - CGSB/DESF/SAPS/MS

1. ASSUNTO

1.1. Orientações para identificação, acompanhamento e notificação da anquiloglossia (CID-10: Q38.1) em recém-nascidos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2. ANÁLISE

2.1. A anquiloglossia é uma anomalia congênita caracterizada por uma restrição do frênulo lingual, resultando em limitação da mobilidade da língua (HILL; LEE; PADOS, 2021). Por esse motivo, o diagnóstico não deve se basear apenas em alterações anatômicas, mas também na avaliação funcional da língua, especialmente quanto à possível interferência na amamentação (MILLS et al., 2019a; MILLS et al., 2019b). A presença de alterações anatômicas do frênulo lingual, isoladamente, não caracteriza necessariamente anquiloglossia com repercussão clínica.

2.2. A avaliação do frênulo lingual faz parte do exame físico do recém-nascido, sendo obrigatória nos hospitais e maternidades brasileiras conforme a Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. Para essa avaliação, o Ministério da Saúde recomenda, com base nas evidências disponíveis (VENANCIO et al., 2015; BRANDÃO et al., 2018), a utilização do Protocolo Bristol (*Bristol Tongue Assessment Tool* – BTAT) (INGRAM et al., 2013), aplicado por profissional qualificado da equipe multiprofissional que acompanha o binômio mãe-recém-nascido. Esse instrumento permite avaliar de forma objetiva a gravidade da anquiloglossia e auxilia na identificação de recém-nascidos que podem se beneficiar de intervenção cirúrgica. No Brasil, o Ministério da Saúde realizou a adaptação transcultural do Protocolo Bristol, disponibilizada na Nota Técnica Conjunta nº 52/2023-CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS e CGSB/DESCO/SAPS/MS.

2.3. O Protocolo Bristol adaptado avalia quatro parâmetros relacionados à língua e ao frênulo lingual: aparência da ponta da língua, fixação da extremidade inferior do frênulo, elevação da língua e protrusão da língua. A pontuação final resulta da soma desses itens, variando de 0 a 8 pontos, sendo que escores mais baixos indicam maior comprometimento da função lingual. Escore 8 indica função normal da língua; escores 6 e 7 são considerados limítrofes, recomendando-se acompanhamento e suporte à amamentação; e escores iguais ou inferiores a 5 sugerem comprometimento funcional, devendo ser interpretados em conjunto com a

avaliação clínica do recém-nascido e da mamada. Para fins de conduta assistencial e de vigilância, a interpretação do escore deve considerar a presença de interferência na amamentação atribuída ao frênulo lingual.

2.4. Além da avaliação clínica, a anquiloglossia também deve ser considerada no âmbito da vigilância das anomalias congênitas. A Lei nº 13.685, de 25 de junho de 2018, tornou obrigatório o registro de anomalias congênitas na Declaração de Nascido Vivo (DNV). Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 10.175, de 23 de janeiro de 2026, incluiu as anomalias congênitas na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública.

2.5. Diante desse cenário, torna-se necessária a padronização das orientações relativas à identificação e notificação da anquiloglossia.

3. OBJETIVO

3.1. Orientar profissionais e estabelecimentos de saúde quanto à avaliação clínica, ao diagnóstico, ao acompanhamento assistencial e à notificação da anquiloglossia em recém-nascidos.

4. ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

4.1. Recomenda-se que a avaliação do frênulo lingual seja realizada entre 24 e 48 horas após o nascimento, antes da alta hospitalar, utilizando o Protocolo Bristol, por profissional de saúde qualificado para avaliação clínica do frênulo lingual que acompanhe o binômio mãe-recém-nascido. A avaliação clínica deve contemplar, além da aplicação do protocolo, a observação da mamada, incluindo aspectos relacionados à pega, à sucção, à transferência de leite, à dor mamilar e ao ganho ponderal do recém-nascido.

4.2. Nos casos com escore menor ou igual a 3 e interferência na amamentação atribuída ao frênulo lingual, recomenda-se reavaliação da mamada e do frênulo lingual antes da alta hospitalar. Persistindo o escore e confirmada a relação entre a limitação funcional da língua e a dificuldade na amamentação, após exclusão de outras causas, pode ser considerada a indicação de frenotomia ou frenectomia, embora não existam evidências conclusivas sobre o impacto do procedimento cirúrgico na melhora da amamentação e redução da dor mamilar (VENANCIO et al., 2015). Ressalta-se ainda a importância do acompanhamento pós-cirúrgico e da amamentação pela equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) e na atenção especializada.

4.3. Nos casos com escores 4 ou 5, recomenda-se seguimento longitudinal na APS, com avaliação clínica detalhada da amamentação, ganho ponderal e evolução funcional do recém-nascido.

4.4. A conduta frente à suspeita ou confirmação de anquiloglossia deve considerar, prioritariamente, o impacto funcional sobre a amamentação. Assim, reforça-se a importância da avaliação da mamada pelos profissionais que acompanham o binômio mãe-recém-nascido. Confirmada a interferência funcional na amamentação, o lactente deverá ser encaminhado conforme os fluxos assistenciais estabelecidos no município, preferencialmente para serviços com experiência em manejo da amamentação, como equipes multiprofissionais da APS, equipes de Saúde Bucal (eSB), Bancos de Leite Humano, Hospitais Amigos da Criança, Hospitais de referência para o Método Canguru, Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (SESB). O acompanhamento deve ocorrer de forma compartilhada entre a APS e os serviços especializados.

4.5. O escore obtido no Protocolo Bristol deve ser registrado na Caderneta da Criança, na seção “Anotações” ou na página de registro das informações sobre o

pré-natal, parto, nascimento, internação neonatal e alta, para subsidiar o acompanhamento longitudinal da criança nos diferentes pontos de atenção da Rede.

4.6. Para fins de vigilância em saúde, recomenda-se que a notificação da anquiloglossia também considere conjuntamente a avaliação anatômica e funcional do frênulo lingual, incluindo a aplicação do Protocolo Bristol e a avaliação da mamada.

4.7. Considerando a ampla variação anatômica do frênulo lingual, recomenda-se que o registro da anquiloglossia como anomalia congênita seja realizado apenas nos casos com escore menor ou igual a 3 do Protocolo Bristol, associado à interferência na amamentação atribuída ao frênulo lingual e com indicação de frenotomia ou frenectomia. Nessas situações, a Declaração de Nascido Vivo (DNV) deve ser preenchida conforme orientações da Nota Técnica nº 3/2026-SVSA/MS.

4.8. No BLOCO I, Campo 6, o responsável pelo preenchimento da DNV deve assinalar com um “X” a opção “Sim” (Figura 1).

Figura 1: Bloco I da Declaração de Nascido Vivo (DNV).

4.9. No BLOCO VI, Campo 41, destinado à descrição das anomalias congênitas, o profissional de saúde deve registrar “Anquiloglossia” (Figura 2). Caso sejam identificadas outras anomalias congênitas além da anquiloglossia, estas também deverão ser descritas nesse campo.

Figura 2: Bloco IV da Declaração de Nascido Vivo (DNV).

4.10. É possível notificar anomalias congênitas identificadas posteriormente ao preenchimento da DNV. Caso a identificação de anquiloglossia (ou outra anomalia congênita) seja identificada após o preenchimento da DNV, até o 1º ano de vida, recomenda-se que:

I. Se a identificação ocorrer quando a DNV ainda não tiver sido encaminhada a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), que pelo menos a 1ª via (branca) do documento seja corrigida antes deste envio para a SMS OU que seja preenchido, assinado e anexados nesta 1ª via o Formulário para notificação de anomalias congênitas identificadas até 1 ano de idade

a) As retificações realizadas diretamente na 1ª via devem ser sinalizadas no verso da DNV e assinada pelo profissional de saúde responsável.

II - Se a DNV já tiver sido encaminhada à SMS ou ao DSEI, recomenda-se que o Formulário para notificação de anomalias congênitas identificadas até 1 ano de idade (conforme Nota Técnica nº 3/2026-SVSA/MS) seja preenchido e encaminhado pelo estabelecimento de saúde onde a(s) anomalia(s) congênita(s)

foi(ram) identificada(s) à SMS ou ao DSEI para inserção e atualização dessas informações no Sinasc.

a) Para fins de auditoria, o formulário preenchido deve ser anexado e arquivado junto a 1ª via da DNV.

III - Caso a inserção dos dados no Sinasc seja descentralizada e realizada pelo próprio estabelecimento de saúde, a retificação deve ser feita diretamente no Sinasc pelo setor hospitalar responsável, sendo feita a retificação na DNV, sempre que possível.

4.11. No processo de codificação do campo 41 no Sinasc, anquiloglossia deve ser registrada sob o código Q38.1, conforme a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

5. CONCLUSÃO

5.1. A identificação precoce da anquiloglossia e a adequada avaliação de sua repercussão funcional, especialmente sobre a amamentação, são fundamentais para qualificar o cuidado ao recém-nascido e subsidiar ações de vigilância em saúde.

5.2. Nesse contexto, reforça-se a importância da utilização de critérios padronizados para avaliação, acompanhamento e notificação dos casos, conforme as recomendações apresentadas nesta Nota Técnica. A adoção do Protocolo Bristol associada à avaliação da mamada contribui para maior uniformidade na identificação dos casos e para o aprimoramento da qualidade das informações registradas nos sistemas de informação em saúde.

5.3. O Ministério da Saúde orienta que os profissionais e estabelecimentos de saúde realizem a adequada avaliação do frênulo lingual no período neonatal, assegurem o registro oportuno das informações na DNV e realizem os encaminhamentos necessários à rede de atenção à saúde, conforme a organização local dos serviços.

6. REFERÊNCIAS

BRANDÃO, C. A.; MARSILLAC, M. W. S.; BARJA-FIDALGO, F.; OLIVEIRA, B. H. Is the Neonatal Tongue Screening Test a valid and reliable tool for detecting ankyloglossia in newborns? *International Journal of Paediatric Dentistry*, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 380-389, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ipd.12369>. Acesso em: 6 maio 2026.

HAZELBAKER, A. K. *The Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF): use in a lactation consultant private practice*. Pasadena: Pacific Oaks College, 1993. Disponível em: https://www.med.unc.edu/pediatrics/education/current-residents/rotation-information/newborn-nursery/hazelbaker_frenum.pdf. Acesso em: 6 maio 2026.

HILL, R. R.; LEE, C. S.; PADOS, B. F. The prevalence of ankyloglossia in children aged <1 year: a systematic review and meta-analysis. *Pediatric Research*, [S. l.], v. 90, p. 259-266, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41390-020-01239-y>. Acesso em: 6 maio 2026.

INGRAM, J.; JOHNSON, D.; COPELAND, M. et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, [S. l.], v. 100, n. 4, p. F344-F349, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307503>. Acesso em: 6 maio 2026.

MILLS, N.; KEOUGH, N.; GEDDES, D. T. et al. Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. *Clinical Anatomy*, v. 32, n. 6, p. 824-835, 2019a. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ca.23410>. Acesso em: 6 maio 2026.

MILLS, N.; PRANSKY, S. M.; GEDDES, D. T. et al. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. Clinical Anatomy, v. 32, n. 6, p. 749-761, 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ca.23343>. Acesso em: 6 maio 2026.

VENANCIO, S. I.; TOMA, T. S.; BUCCINI, G. S. et al. Anquiloglossia e aleitamento materno: evidências sobre a magnitude do problema, protocolos de avaliação, segurança e eficácia da frenotomia. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. (Parecer técnico-científico).



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Gadelha de Abreu, Coordenador(a)-Geral de Informações e Análise Epidemiológicas**, em 17/06/2026, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leticia de Oliveira Cardoso, Diretor(a) do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis**, em 18/06/2026, às 21:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Olivia Lucena de Medeiros, Diretor(a) do Departamento de Gestão do Cuidado Integral**, em 23/06/2026, às 16:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sonia Isoyama Venancio, Coordenador(a)-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens**, em 23/06/2026, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Eudes Barroso Vieira, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 29/06/2026, às 11:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Edson Hilan Gomes de Lucena, Coordenador(a)-Geral de Saúde Bucal**, em 03/07/2026, às 11:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariângela Batista Galvão Simão, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 04/07/2026, às 06:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0056117218** e o código CRC **7A2DB9E3**.

