

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS**  
**COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO**  
**MATERNO**

**NOTA TÉCNICA Nº 35/2018**

**ASSUNTO:** Com a finalidade de atender à Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014, esta Nota Técnica visa orientar os profissionais e estabelecimentos de saúde sobre a identificação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos, bem como estabelecer o fluxo de atendimento dessa população na rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo em vista sua potencial interferência sobre a amamentação.

**1. Definição de anquiloglossia (língua presa)**

Anquiloglossia é uma anomalia congênita que ocorre quando uma pequena porção de tecido embrionário, que deveria ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento, permanece na face ventral da língua.<sup>1</sup> Dessa forma, a anquiloglossia caracteriza-se por um frênulo lingual anormalmente curto e espesso ou delgado, que pode restringir em diferentes graus os movimentos da língua. A espessura, elasticidade e o local de fixação do frênulo na língua e no assoalho da boca podem variar amplamente na anquiloglossia. Assim, ela pode ser classificada em leve ou parcial (condições mais comuns) e grave ou completa, uma condição rara em que a língua está fundida com o assoalho da boca.<sup>2,3</sup>

**2. Anquiloglossia e amamentação**

A anquiloglossia tem sido apontada como um dos fatores que podem interferir negativamente na amamentação, diminuindo a habilidade do recém-nascido para fazer uma pega e sucção adequadas, dificultando o adequado estímulo à produção de leite e o esvaziamento da mama e causando dor nas mães durante a amamentação. Embora as evidências sobre a associação entre anquiloglossia e dificuldades na amamentação não sejam robustas, alguns testes têm sido propostos

para facilitar a identificação de alterações no frênulo lingual que potencialmente podem interferir na mobilidade da língua<sup>4</sup>.

### **3. Avaliação do frênulo lingual**













A avaliação do frênulo lingual faz parte do exame físico do recém-nascido, no entanto, para fins do cumprimento da Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014, que impõe a aplicação de um protocolo de avaliação do frênulo lingual, com base nas evidências científicas disponíveis<sup>4,5</sup> recomenda-se a utilização do Protocolo *Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool)*<sup>6</sup> por profissional capacitado da equipe de saúde que atenda o binômio mãe e recém-nascido na maternidade.

A literatura não é consensual quanto ao melhor teste diagnóstico (“padrão ouro”) para a identificação da anquiloglossia, sendo que vários protocolos vêm sendo propostos, inclusive no Brasil<sup>7</sup>. Sendo assim, a escolha de um Protocolo para a implementação em todas as maternidades brasileiras levou em consideração a praticidade de aplicação, validação envolvendo profissionais não especialistas em disfunções orofaciais e capacidade de predição de problemas na amamentação, que justifiquem a indicação de intervenções para resolver o problema.

O Protocolo Bristol foi desenvolvido com base em prática clínica e com referência à Ferramenta de Avaliação da Função do Frênulo Lingual (ATLFF) de Hazelbaker<sup>8</sup>. Ele fornece uma medida objetiva e de execução simples da gravidade da anquiloglossia, auxiliando na seleção dos lactentes que possam se beneficiar com a intervenção cirúrgica (frenotomia ou frenectomia) e na monitorização do efeito desse procedimento. A tradução do protocolo foi revisada e aprovada por seus autores Drs. Jenny Ingram e Alan Edmond, da Universidade de Bristol no Reino Unido e um estudo multicêntrico está sendo desenhado para avaliar sua implementação no contexto brasileiro.

Os elementos do BTAT são: (1) aparência da ponta da língua; (2) fixação do frênulo na margem gengival inferior; (3) elevação da língua e (4) projeção da língua. As pontuações obtidas para os quatro itens são somadas e podem variar de 0 a 8, sendo que escores de 0 a 3 indicam potencial redução mais grave da função da língua, como demonstrado a seguir.

**Protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT)\***

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

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

Em relação aos 4 aspectos para avaliação do frênulo lingual:

1. A aparência da ponta da língua é considerada uma das principais formas de avaliar a anquiloglossia. É frequentemente notada pelos pais e por isso pode ser útil para explicar a presença de anquiloglossia.

2. A fixação do frênulo no alvéolo inferior permite avaliar a presença de anquiloglossia quando sua aparência não é tão visível. Em geral, tem reflexo na aparência da língua com a boca bem aberta.

3. Elevação da língua é fácil de observar enquanto o bebê está acordado ou, idealmente, quando está chorando. Esse é o item que tem se mostrado mais difícil de avaliar e requer conhecimento do avaliador quanto à elevação normal da língua de um recém-nascido.

4. Protrusão da língua. Se o bebê está dormindo e o avaliador é incapaz de provocar protrusão da língua, os pais deverão ser alertados para observar o quanto seu bebê pode projetar sua língua. Maior projeção da língua costuma ser o primeiro sinal de melhora observado pelos pais após a frenotomia.

#### **4. Pontuação do Protocolo Bristol (escore)**

As pontuações para os quatro itens são somadas, podendo variar de 0 a 8.

Em caso de interferência na amamentação atribuída ao frênulo lingual e escore menor ou igual a 3, sugere-se que uma nova avaliação da mamada e do frênulo lingual sejam realizados antes da alta hospitalar. Caso esse escore se confirme, não existam outros fatores que justifiquem as dificuldades na amamentação e essas sejam atribuídas à alteração do frênulo, considerar como uma boa prática a indicação de procedimento cirúrgico, embora a força de evidência seja baixa/insuficiente quanto à melhora na amamentação e redução de dor nos mamilos após frenotomia<sup>4</sup>.

É importante levar em consideração a possibilidade de eventos adversos, tais como hemorragias e também de recidivas. Dessa forma, o procedimento cirúrgico deverá ser realizado por profissional capacitado e amparado segundo o exercício legal de sua profissão. Além disso, é fundamental fornecer às famílias todas as informações acerca da falta de evidências científicas que estabeleçam uma relação de causalidade entre anquiloglossia e dificuldade de amamentação e da ausência de comprovação científica de que a frenotomia produz melhora da amamentação. Também é necessário explicar aos responsáveis os riscos pertinentes ao procedimento cirúrgico e realizá-lo somente mediante assinatura de um termo de consentimento.

Nos casos duvidosos (com escores 4 ou 5), sugere-se seguir o fluxograma de atenção aos lactentes com anquiloglossia na Rede de Atenção à Saúde (Anexo 1).

O escore resultante da aplicação do Protocolo Bristol deve ser registrado na **Caderneta de Saúde da Criança**, na seção “Observações”. Esse procedimento é importante para orientar o acompanhamento e evolução da criança após a alta hospitalar.

## **5. Avaliação da mamada**

A conduta frente a um recém-nascido com teste positivo para anquiloglossia deve sempre levar em consideração se essa condição interfere ou não na amamentação. Dessa forma, reitera-se a importância da avaliação da mamada como procedimento rotineiro a ser realizado pelos profissionais de saúde que atendem o binômio mãe e recém-nascido. Para tal, sugere-se utilização do Protocolo de Avaliação da Mamada proposto pelo UNICEF (Anexo 2).

Vale ressaltar que quando houver dificuldades na amamentação, independente do resultado do Protocolo Bristol, é importante que a mãe e o recém-nascido recebam o suporte necessário na Rede de Atenção à Saúde.

## **6. Fluxo para avaliação e acompanhamento de lactentes com anquiloglossia na Rede de Atenção à Saúde (RAS).**

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Portaria nº 1.130/2015, de 5 de agosto de 2015), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014), a Rede Cegonha (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011); a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Atenção Básica no âmbito do SUS (nº 793, de 24 de abril de 2012), propõe-se o fluxograma para avaliação e seguimento dos lactentes com anquiloglossia na RAS (Anexo 1).

Sugere-se que a avaliação do frênulo lingual seja realizada utilizando Protocolo Bristol antes da alta hospitalar (entre 24h-48h de vida do recém-nascido) por profissional de saúde capacitado que realiza assistência ao binômio mãe e recém-nascido.

Sugere-se também que o diagnóstico da anquiloglossia na alta hospitalar seja realizado por profissional habilitado para tal e amparado segundo o exercício legal de sua profissão. Nos casos duvidosos, preconiza-se que seja realizada, na consulta da primeira semana de vida do RN na Atenção Básica, uma avaliação minuciosa da dinâmica da amamentação. Mediante a confirmação de que a alteração da função da língua está interferindo na amamentação, o lactente deverá ser encaminhado para a rede de serviços disponível em cada região, preferencialmente com equipes multidisciplinares com experiência em amamentação, como por exemplo, nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Bancos de Leite Humano, nos ambulatórios dos Hospitais credenciados como “Amigo da Criança”, nos

Hospitais de referência para Método Canguru ou nos Centros Especializados em Reabilitação (CER).

## **7. Capacitação pelo SUS do profissional de saúde integrante da equipe neonatal para avaliação da mamada e aplicação do protocolo de avaliação do frênulo lingual – Protocolo Bristol.**

Os profissionais que integram a rede de assistência à saúde e de unidades de saúde das universidades deverão ser qualificados na avaliação do frênulo lingual utilizando o Protocolo Bristol, uma vez que a principal razão para a ampla variação na prevalência de anquiloglossia no mundo está relacionada à falta de padronização ou critérios clínicos aceitos para a realização da avaliação precoce da anquiloglossia. A uniformidade no procedimento de avaliação visa prevenir o subdiagnóstico, reduzir o sobrediagnóstico e evitar iatrogenias no âmbito do SUS, promovendo as melhores condições para a manutenção da amamentação exclusiva. O Ministério da Saúde elegeu conteúdos para serem abordados na capacitação dos profissionais de saúde, conforme consta no Anexo 3.

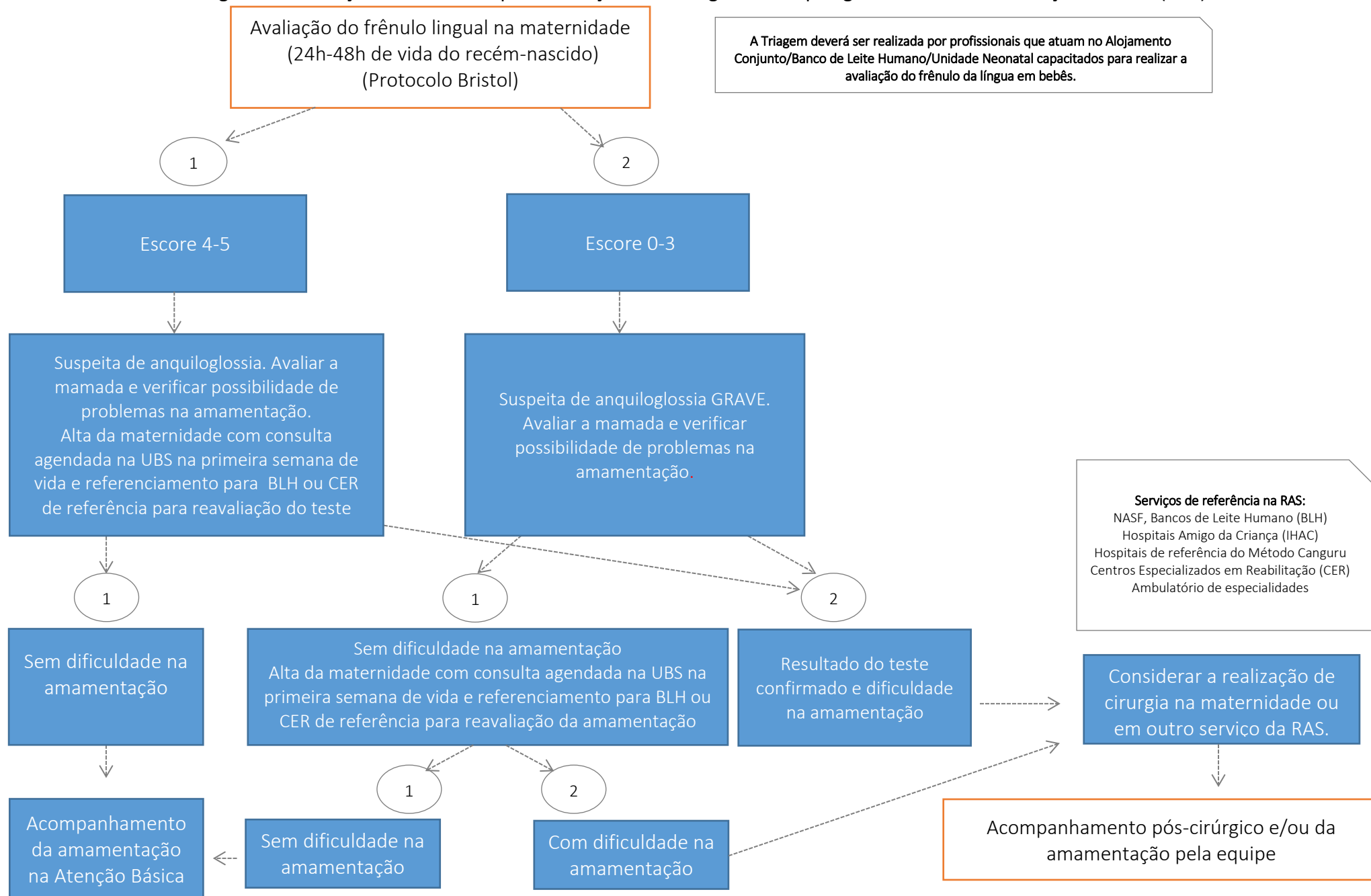
### **Referências bibliográficas**

1. Knox I. Tongue Tie and Frenotomy in the Breastfeeding Newborn. *Neo Reviews*. 2010; 11(9):513.
2. Ito Y. Does frenotomy improve breast-feeding difficulties in infants with ankyloglossia? *Pediatr Int*. 2014; 56(4):497-505.
3. Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Pediatrics*. [periódicos na Internet] 2015; 135(6):e1458-66. [Acesso em 2 de junho de 2015]. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/135/6/e1458.full.pdf+html>
4. Venancio SI, Toma TS, Buccini GS, Sanches MTC 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. São Paulo, 2015.
5. Brandão CA, Marsillac MWS, Barja-Fidalgo F, Oliveira BH. Is the Neonatal Tongue Screening Test a valid and reliable tool for detecting ankyloglossia in newborns? *Int J Paediatr Dent*. 2018 Jul;28(4):380-389.
6. Ingram J, Johnson D, Copeland M et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. [periódicos na Internet] 2015; 100(4):F344-8. [Acesso em 2 de junho de 2015]. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4484383/pdf/fetalneonatal-2014-307503.pdf>

7. Martinelli R. L. C. et al. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. Revista CEFAC, mai-jun, 15(3):599-610. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n3/162-11.pdf>
  
8. Hazelbaker Assessment for Lingual Frenulum Function. [Acesso em 2 de junho de 2015]. Disponível em: [https://www.med.unc.edu/pediatrics/education/current-residents/rotation-information/newborn-nursery/hazelbaker\\_frenum.pdf](https://www.med.unc.edu/pediatrics/education/current-residents/rotation-information/newborn-nursery/hazelbaker_frenum.pdf)

## ANEXO 1 – Fluxograma de atenção aos lactentes para avaliação e abordagem da anquiloglossia na Rede de Atenção à Saúde (RAS)





ANEXO 2- Formulário de observação da Mamada.

**Formulário de Observação da Mamada**

**Nome da mãe** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**Nome do bebê** \_\_\_\_\_ **Idade do bebê** \_\_\_\_\_

Sinais de que a amamentação está indo bem:	Sinais de possível dificuldade:
<b>GERAL</b>	
Mãe:	Mãe:
<input type="checkbox"/> A mãe parece saudável	<input type="checkbox"/> A mãe parece doente ou deprimida
<input type="checkbox"/> A mãe está relaxada e confortável	<input type="checkbox"/> A mãe parece tensa e desconfortável
<input type="checkbox"/> Sinais de vínculo entre a mãe e seu bebê	<input type="checkbox"/> Sem troca de olhar entre mãe e bebê
Bebê:	Bebê:
<input type="checkbox"/> O bebê parece saudável	<input type="checkbox"/> O bebê parece sonolento ou doente
<input type="checkbox"/> O bebê está calmo e relaxado	<input type="checkbox"/> O bebê está inquieto ou chorando
<input type="checkbox"/> O bebê tenta alcançar ou procura a mama quando tem fome	<input type="checkbox"/> O bebê não tenta alcançar ou não procura a mama
<b>MAMAS</b>	
<input type="checkbox"/> As mamas parecem saudáveis	<input type="checkbox"/> As mamas estão vermelhas, inchadas ou doloridas
<input type="checkbox"/> Não há dor ou desconforto	<input type="checkbox"/> Há dor na mama ou mamilo
<input type="checkbox"/> A mama é bem apoiada com os dedos longe do mamilo	<input type="checkbox"/> As mamas são apoiadas com os dedos sobre a aréola
<b>POSIÇÃO DO BEBÊ</b>	
<input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados	<input type="checkbox"/> O pescoço e a cabeça do bebê estão virados para a mama
<input type="checkbox"/> O bebê está próximo do corpo da mãe	<input type="checkbox"/> O bebê não está próximo da mãe
<input type="checkbox"/> Todo o corpo do bebê recebe apoio	<input type="checkbox"/> O bebê é apoiado apenas pela cabeça e pelo pescoço
<input type="checkbox"/> O bebê se aproxima da mama com o nariz apontado para o mamilo	<input type="checkbox"/> O bebê se aproxima da mama com o lábio inferior/queixo apontado para o mamilo
<b>PEGA DA MAMA PELO BEBÊ</b>	
<input type="checkbox"/> Mais aréola visível acima do lábio superior do bebê	<input type="checkbox"/> Mais aréola visível abaixo do lábio inferior do bebê
<input type="checkbox"/> A boca do bebê está bem aberta	<input type="checkbox"/> A boca do bebê não está bem aberta
<input type="checkbox"/> Lábio inferior voltado para fora	<input type="checkbox"/> Lábios apontam para frente ou para dentro
<input type="checkbox"/> O queixo toca a mama	<input type="checkbox"/> O queixo não toca a mama
<b>SUCÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda com pausas	<input type="checkbox"/> Sucção rápida e superficial
<input type="checkbox"/> Bochechas cheias durante a sucção	<input type="checkbox"/> Bochechas vazias durante a sucção
<input type="checkbox"/> O bebê solta a mama quando termina	<input type="checkbox"/> A mãe tira o bebê da mama
<input type="checkbox"/> A mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina	<input type="checkbox"/> Não são percebidos sinais do reflexo da ocitocina

Fonte: UNICEF

ANEXO 3- Conteúdo do módulo ***“Avaliação do Frênulo lingual no contexto da Amamentação”***:

***Módulo: Avaliação do Frênulo lingual no contexto da Amamentação***

**Conteúdo programático**

- Contextualização da nota técnica nº09/2016 do Ministério da Saúde e a importância do trabalho da equipe multidisciplinar na condução dos casos.
- História clínica
- Avaliação da Mamada
- Anatomia do frênulo da língua
- Identificação da anquiloglossia e seguimento dentro da RAS
- Apresentação do protocolo Bristol de avaliação do frênulo (com vídeo ilustrativo)
- Treinamento de aplicação do protocolo mediante aplicação do protocolo em diferentes filmagens
- Observação da mamada em casos com diagnóstico de anquiloglossia (casos que a criança mama bem e casos em que a criança não mama bem)
- Discussão de casos

**Elaboração:**

Fernanda Ramos Monteiro – Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno(GSCAM)/Ministério da Saúde

Gabriela Buccini – Yale School of Public Health

Maria Teresa Cera Sanches - Instituto de Saúde/SES-SP

Sonia Venancio – Instituto de Saúde/SES-SP

**Revisão**

Amanda Moura – Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM)/Ministério da Saúde

Ariane Matos - Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM)/Ministério da Saúde

Ione Melo – Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM)/Ministério da Saúde

Renara Araújo - Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM)/Ministério da Saúde

**Colaboração de Representantes de Sociedades:**

Adriana Mazzoni – **Associação Paulista de Odontopediatria**

Carlos Alberto Mundstock- **Presidente Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria (GRUPO)**

Cíntia Ribeiro Santos - **Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras – ABENFO**

Fernanda Barja-Fidalgo - **Associação Brasileira de Odontopediatria (ABOPED);**

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck- **Presidente do Departamento de Neonatologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo**

Yechiel Moises Chencinski - Presidente do Departamento Científico de Aleitamento Materno da **Sociedade de Pediatria de São Paulo**

### **Colaboração de Especialistas**

Adriana de Medeiros Melo - Fonoaudióloga - Tutora Estadual do Método Canguru – Maternidade Escola Santa Mônica - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)

Alencar Antônio Rufino- Enfermeiro e do Assessor da Gerência Hospital Estadual de Vila Alpina/ São Paulo

Ana Maria Souza Braguini – Enfermeira Ambulatório de Seguimento - Hospital Estadual de Vila Alpina/ São Paulo

Cristina S. da Silva – Coordenadora da equipe de Fonoaudióloga do Hospital Estadual de Vila Alpina/ São Paulo

Daniela Marcia Gouveia Marcorin - Fonoaudióloga da Unidade Neonatal do Hospital Estadual de Vila Alpina/ São Paulo

Daniela P. Patrícia Santos – Médica Cirurgiã - Coordenadora Cirurgia Infantil do Hospital Estadual de Vila Alpina/ São Paulo

Emanuella Pinheiro da Silva Oliveira- Cirurgiã— Doutoranda Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – FOU SP

Flávia Aparecida Felipe de Lima, Fonoaudióloga, Coordenadora da Fonoaudiologia do Hospital Sofia Feldman (BH/Minas Gerais)

Karla Oliveira Marcacine- Enfermeira da Escola de Enfermagem da UNIFESP

Lucimeire Brockveld – Cirurgiã dentista e doutoranda Faculdade de Saúde Pública

Maria José Mattar- Médica Pediatra da Comissão Estadual de Banco de Leite Humano de São Paulo

Priscilla Antunes Rossi – Fonoaudióloga da Unidade Neonatal do Hospital Estadual de Sapopemba / São Paulo

Tereza Toma- Médica Pediatra do Instituto de Saúde/SES-SP

