



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Gestão do Cuidado Integral  
Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral  
Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

Departamento de Saúde da Família e Comunidade  
Coordenação-Geral de Saúde Bucal

## NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 52/2023-CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS E CGSB/DESCO/SAPS/MS

### 1. ASSUNTO

1.1. 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.

### 2. ANÁLISE

#### 2.1. Definição de anquiloglossia

2.1.1. A anquiloglossia é um diagnóstico clínico dado quando o frênulo lingual restringe a mobilidade da língua. Contudo, como a relação entre estrutura anatômica e limitação funcional ainda é incerta, o diagnóstico de anquiloglossia permanece subjetivo. A condição é conceituada como uma anomalia congênita que ocorre quando uma pequena porção de tecido embrionário (frênulo lingual), que deveria ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento intrauterino, permanece na linha média da face ventral da língua, causando restrição em sua mobilidade (KNOX, 2010). O frênulo lingual é atualmente compreendido como uma estrutura dinâmica, formada por uma dobra na linha média do assoalho da boca durante a elevação da língua, que pode ser composta por até três estruturas diferentes de tecido: 1) mucosa, tecido que reveste o assoalho de boca; 2) mucosa e fáschia subjacente, tecido responsável por regular a amplitude ideal de movimentação da língua, criando um equilíbrio entre mobilidade e estabilidade; 3) mucosa, fáschia e fibras do músculo genioglossa. A espessura, elasticidade e os locais de fixação do frênulo (na língua, no assoalho da boca ou na gengiva) podem variar amplamente. Um ponto de concordância entre os autores e pesquisadores da temática é de que o diagnóstico de anquiloglossia não deve considerar apenas as características de aparência anatômica, mas também a função relacionada à limitação do movimento da língua, aspecto crucial na avaliação (MILLS *et al.*, 2019 a; MILLS *et al.*, 2019 b).

#### 2.2. Anquiloglossia e amamentação

2.2.1. Embora não existam evidências conclusivas sobre a associação entre anquiloglossia e amamentação, esta condição 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 materno e o esvaziamento da mama, além de causar dor na mulher ao amamentar (VENANCIO *et al.*, 2015; COLOMBARI, MARIUSSO, ERCOLIN, 2021).

#### 2.3. Avaliação do frênulo lingual

2.3.1. A avaliação do frênulo lingual faz parte do exame físico do recém-nascido, mesmo assim, a Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014 tornou obrigatória a aplicação de um protocolo de avaliação do frênulo lingual em bebês nos hospitais e maternidades brasileiras.

2.3.2. A literatura não é consensual quanto ao melhor teste diagnóstico para a identificação da anquiloglossia e vários protocolos vêm sendo propostos, inclusive no Brasil (VENANCIO *et al.*, 2015; MARTINELLI *et al.*, 2013). 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.

2.3.3. Com base nas evidências científicas disponíveis (VENANCIO *et al.*, 2015; BRANDÃO *et al.*, 2018), recomenda-se a utilização do Protocolo *Bristol* (*Bristol Tongue Assessment Tool - BTAT*) (INGRAM *et al.*, 2013) por profissional capacitado da equipe de saúde multiprofissional que atenda o binômio mãe e recém-nascido na maternidade. O Protocolo Bristol foi desenvolvido com base na prática clínica e com referência à Ferramenta de Avaliação da Função do Frênulo Lingual (ATLFF) de Hazelbaker (HAZELBAKER, 1993). Este instrumento é de simples execução e fornece uma medida objetiva da gravidade da anquiloglossia, auxiliando na identificação dos recém-nascidos que possam se beneficiar com a intervenção cirúrgica (frenotomia ou frenectomia) e na monitorização do efeito desse procedimento.

2.3.4. O Ministério da Saúde, em conjunto com pesquisadores e especialistas, realizou a adaptação transcultural do Protocolo Bristol. Essa adaptação visa atingir equivalência conceitual, semântica e idiomática entre a ferramenta original (em inglês) e a versão brasileira, a fim de disponibilizar aos serviços e profissionais de saúde um instrumento adequado à realidade do país. O processo de adaptação foi desenvolvido entre julho e agosto de 2022, em 5 etapas: 1) Tradução; 2) Reconciliação; 3) Retrotradução; 4) Controle de Qualidade e 5) Finalização (VENANCIO *et al.*, 2022). A versão adaptada é apresentada no Anexo 1 da presente Nota Técnica, incluindo também imagens para apoiar a aplicação do Protocolo pelo profissional. O uso das imagens foi autorizado pelos autores da versão original do Protocolo Bristol.

2.3.5. O Protocolo Bristol está baseado na avaliação de 4 elementos:

**(1) aparência da ponta da língua:** considerada uma das principais formas de avaliar a anquiloglossia. É frequentemente notada pelos pais e, por isso, pode ser útil para explicar à família a presença de anquiloglossia.

**(2) fixação da extremidade inferior do frênulo:** 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 de fácil observação durante o choro. Esse é o item que tem se mostrado mais difícil de avaliar e requer conhecimento do avaliador quanto ao grau de elevação da língua considerado normal para um recém-nascido.

**(4) protusão da língua:** se o bebê está dormindo e o avaliador é incapaz de provocar protusão da língua, os pais deverão ser alertados para observar o quanto seu bebê pode projetar sua língua. Este item costuma ser o primeiro sinal de melhora observado pelos pais após a frenotomia.

#### 2.4. Interpretação do Protocolo Bristol

2.4.1. As pontuações obtidas para os quatro itens do Protocolo Bristol são somadas e podem variar de 0 a 8. Escore 8 indica uma função normal da língua; escores 6 e 7 são considerados limitrofes e recomenda-se a abordagem "espere e siga", com suporte para amamentação (pega e posicionamento); escores 4 e 5 são considerados casos duvidosos e sugerem comprometimento da função da língua, que pode ou não ter efeito sobre a amamentação; e escores de 0 a 3 indicam redução mais severa da função da língua e potencial comprometimento da amamentação. Ressalta-se que, independentemente do resultado da

avaliação, é fundamental realizar o acompanhamento contínuo da amamentação na Atenção Primária à Saúde (APS). O Fluxograma de atenção aos lactentes com anquiloglossia na Rede de Atenção à Saúde orienta a conduta de acordo com o resultado da aplicação do Protocolo (Anexo 1).

2.4.2. Em caso de escore menor ou igual a 3 e interferência na amamentação atribuída ao frênulo lingual, sugere-se que uma nova avaliação da mamada e do frênulo lingual sejam realizados antes da alta hospitalar. Caso esse escore se mantenha e as dificuldades na amamentação sejam atribuídas diretamente à alteração no frênulo lingual (descartados outros fatores que justifiquem as dificuldades na amamentação), pode-se considerar a indicação de procedimento cirúrgico, embora a força de evidência seja baixa/insuficiente quanto à melhoria na amamentação e redução de dor nos mamilos após frenotomia (VENANCIO *et al.*, 2015).

2.4.3. É importante levar em consideração a possibilidade de eventos adversos, tais como hemorragias e recidivas. Complicações cirúrgicas relatadas na literatura envolvem aparecimento de cicatrizes, hemorragias, lesão de ductos salivares, obstrução de vias aéreas e aversão oral, entretanto são complicações raras (MESSNER *et al.*, 2020). O procedimento cirúrgico de frenotomia/frenectomia deverá ser realizado pelos profissionais habilitados para tal, sendo estes: médico clínico, médico cirurgião e cirurgião dentista. Além disso, é fundamental fornecer às famílias todas as informações acerca da escassez 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.

2.4.4. O escore resultante da aplicação do Protocolo Bristol deve ser registrado na **Caderneta da Criança**, na seção “Anotações”. Esse procedimento é importante para orientar o acompanhamento e evolução da criança após a alta hospitalar, nos diversos serviços em que a criança for atendida.

## 2.5. Avaliação da mamada

2.5.1. A conduta frente a um recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de 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), que pode ser utilizado tanto nos serviços hospitalares quanto pelas equipes da APS na consulta de primeira semana de vida e nas demais consultas de puericultura preconizadas na Caderneta da Criança.

2.5.2. 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.

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

2.6.1. Considerando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Portaria de Consolidação do SUS nº 02 - Portaria de origem nº 1.130/2015, de 5 de agosto de 2015), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Portaria de Consolidação do SUS nº 02 – Portaria de origem nº 1.153, de 22 de maio de 2014), a Rede Cegonha (Portaria nº 1.459/2011); a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Atenção Básica no âmbito do SUS (Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012) e a Política Nacional de Saúde Bucal (Lei nº 14.572 de 8 de maio de 2023), propõe-se o fluxograma para avaliação e seguimento dos lactentes com anquiloglossia na RAS (Anexo 3).

2.6.2. 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.

2.6.3. Nos casos duvidosos (escore 4 e 5), preconiza-se a realização de uma avaliação minuciosa da dinâmica da amamentação na consulta da primeira semana de vida do recém-nascido na APS.

2.6.4. Mediante a confirmação de que a alteração da função da língua está interferindo na amamentação, o lactente deverá ser encaminhado, de acordo com os protocolos de encaminhamento estabelecidos no município, para os serviços disponíveis em cada região, preferencialmente com equipes multidisciplinares com experiência em amamentação, como por exemplo, nas equipes multiprofissionais na APS, Equipes de Saúde Bucal da APS, 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) ou nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Nestes casos, o acompanhamento da criança deve ser realizado de forma conjunta pelas equipes da APS e equipes dos demais serviços serviços da rede para os quais a criança foi encaminhada.

## 2.7. Capacitação dos profissionais de saúde

2.7.1. Os profissionais que integram a rede de assistência à saúde e de unidades de saúde das instituições de ensino superior 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 de critérios clínicos para a realização da avaliação precoce da anquiloglossia. A uniformidade no procedimento de avaliação visa prevenir o subdiagnóstico, reduzir o sobrediagnóstico e evitar iatrogenias, promovendo as melhores condições para a manutenção da amamentação exclusiva até o sexto mês de idade. Nesse sentido, o Ministério da Saúde elegeu um conjunto básico de conteúdos para serem abordados na capacitação dos profissionais de saúde, conforme consta no Anexo 4.

## 3. CONCLUSÃO

3.0.1. A avaliação do frênulo lingual em recém-nascidos é necessária para identificar precocemente uma possível interferência na amamentação e estabelecer a conduta adequada em momento oportuno. Recomenda-se o uso da versão adaptada do Protocolo Bristol por profissional de saúde devidamente capacitado que preste assistência ao binômio mãe e bebê.

## 4. 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? *Int J Paediatr Dent*, v. 28, n. 4, p. 380-389, jul. 2018.
- COLOMBARI, G. C.; MARIUSSO M. R.; ERCOLIN L. T. C., *et al.* Relationship between Breastfeeding Difficulties, Ankyloglossia, and Frenotomy: A Literature Review. *J Contemp Dent Pract*, v. 22, n. 4, p. 452–461, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez54.periodicos.capes.gov.br/doi/epdf/10.1111/apa.16609>
- CORDRAY, H. MAHENDRAN, G.N.; TEY, C.S., *et al.* Severity and prevalence of ankyloglossia-associated breastfeeding symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*, v. 112, p. 347-357, 2023. disponível em: <https://www.thejcdp.com/doi/JCDP/pdf/10.5005/jp-journals-10024-3073>
- FRANCIS, D. O.; KRISHNASWAMI, S.; MCPHEETERS, M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Pediatrics*, v. 135, n. 6, e1458-66, 2015. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/135/6/e1458.full.pdf+html>
- HAZELBAKER, A. K. The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): Use in a lactation consultant private practice. Pasadena, California, Pacific Oaks College, 1993. 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)
- 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*, v. 100, n. 4, p. 344-48, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4484383/pdf/fetalneonatal-2014-307503.pdf>
- ITO, Y. Does frenotomy improve breast-feeding difficulties in infants with ankyloglossia? *Pediatr Int*, v. 56, n.4, p. 497-505, 2014.
- KNOX, I. Tongue Tie and Frenotomy in the Breastfeeding Newborn. *Neo Reviews*, v. 11, n. 9, e513-e519, 2010. Disponível em: <https://publications.aap.org/neoreviews/article-abstract/11/9/e513/88360/Tongue-Tie-and-Frenotomy-in-the-Breastfeeding>
- MARTINELLI, R. L. C.; MARCHESAN, I.Q.; BERRETIN-FELIZ, G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. *Revista CEFAC*, v. 15, n. 3, p. 599-610, mai- jun2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n3/162-11.pdf>
- MESSNER, A.H., WALSH, J.; ROSENFELD, R. M., *et al.* Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngol Head Neck Surg*, v. 162, n. 5, p. 597-611, mai. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283998/>

MILLS, N.; KEOUGH, N.; GEDDES, D. T., *et al.* Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. *Clin Anat*, v. 32, n. 6, p. 824-835, 2019. Disponível em:

MILLS, N., PRANSKY, S. M.; GEDDES, D. T., *et al.*. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clin Anat*, v. 32, n. 6, p. 749-761, 2019. Disponível em:

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.** Parecer Técnico-Científico. Instituto de Saúde. São Paulo, 2015.

VENANCIO, S. I.; BUCCINI, G.; SANCHES, M. T. C.; COLETA, H., OLIN, P., COIMBRA, T. **Adaptação Transcultural do Protocolo de Avaliação da Língua de Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool -BTAT) e do Protocolo de Avaliação de anquiloglossia em bebês amamentados (Tongue-tie and Breastfed Babies Assessment Tool - TABBY).** Relatório de Pesquisa, Instituto de Saúde. São Paulo, 2022.

## ANEXOS

### ANEXO 1 – Ferramenta de Avaliação de anquiloglossia em bebês amamentados

*Bristol Tongue Assessment Tool* (BTAT):

	0	1	2
Aparência da ponta da língua	Forma de coração	Pequena fenda/entalhada	Arredondada
Fixação da extremidade inferior do frênulo	Fixada no topo da gengiva	Fixada à face interna da gengiva	Fixada ao assoalho da boca
Elevação da língua com a boca aberta (durante o choro)	Elevação mínima da língua	Apenas as bordas se elevam até o meio da boca	Elevação completa da língua até o meio da boca
Protusão da língua	A ponta permanece atrás da gengiva	A ponta se estende sobre a gengiva	A ponta se estende sobre o lábio inferior

### Ferramenta de Avaliação de anquiloglossia e bebês amamentados (TABBY)

	0	1	2
Qual é a aparência da ponta da língua?			
Onde está fixada a extremidade inferior do frênulo?			
Quanto a língua se eleva (durante o choro)?			
Quanto a língua se estende para a frente?			

© University of Bristol Design and Illustration: Hanna Oakes | oakshed.co.uk

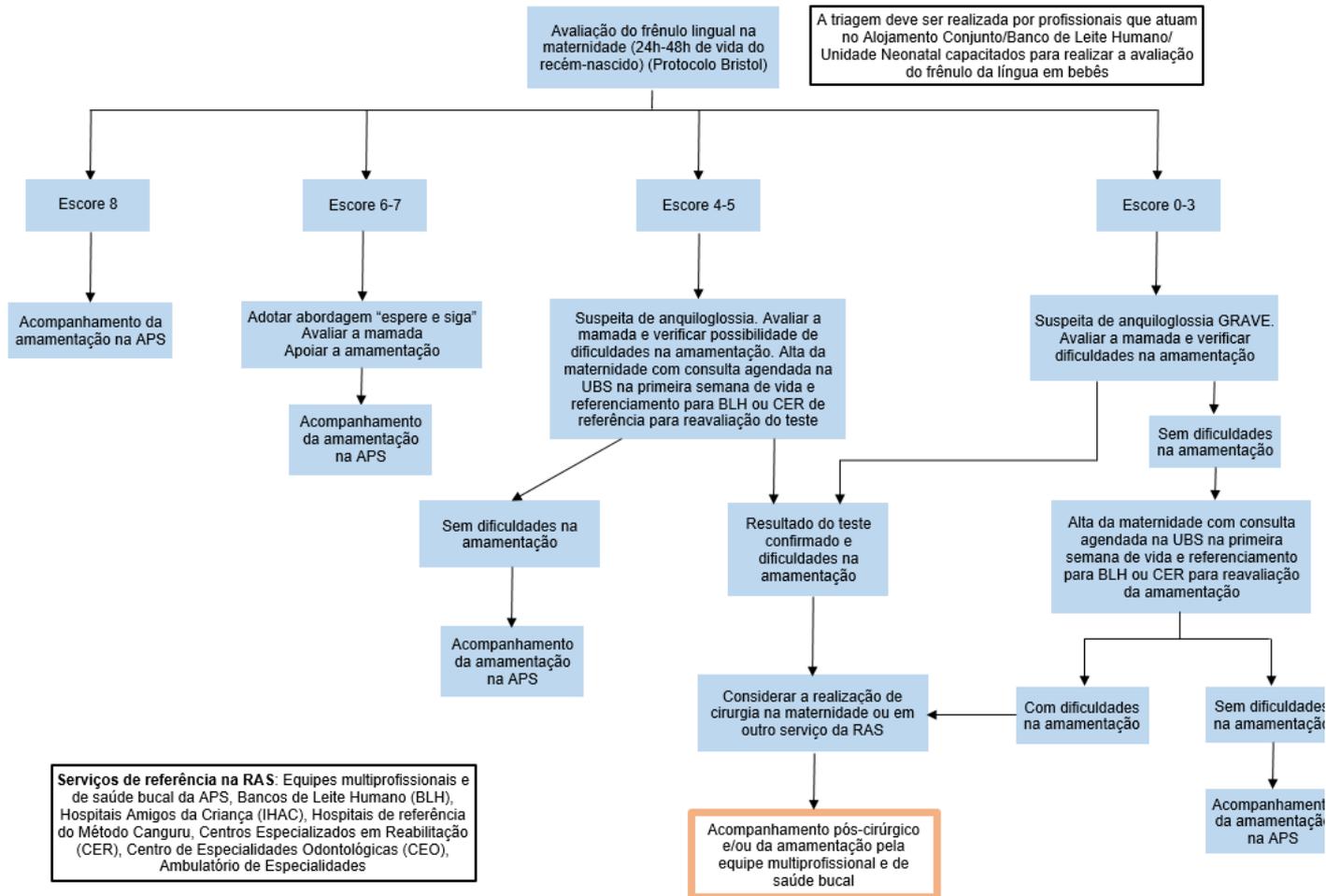
Fonte: Venâncio et al., 2022

ANEXO 2 - Formulário de observação da Mamada.

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"/> A boca do bebê está bem aberta	<input type="checkbox"/> O bebê não está próximo da mãe
<input type="checkbox"/> Lábio inferior voltado para fora	<input type="checkbox"/> O bebê é apoiado apenas pela cabeça e pelo pescoço
<input type="checkbox"/> O queixo toca a mama	<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 - Fluxograma de atenção aos lactentes para avaliação e abordagem da anquiloglossia na Rede de Atenção à Saúde.**



**ANEXO 4 – Conteúdo básico para capacitação de profissionais de saúde em avaliação do frênulo lingual de recém-nascidos**

- Definição e cenário epidemiológico da anquiloglossia.
- Normativas legais referentes à avaliação do frênulo lingual no Brasil; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.
- Anatomia e fisiologia do frênulo lingual.
- Diagnóstico da anquiloglossia e Protocolo Bristol.
- Avaliação da Mamada.
- Tratamento cirúrgico da anquiloglossia.

- Assistência ao binômio mãe/recém-nascido dentro da Rede de Atenção à Saúde.
- Atuação da equipe multiprofissional para diagnóstico e acompanhamento em casos de anquiloglossia.

Fonte: Elaboração própria - Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente



Documento assinado eletronicamente por **Sonia Ioyama Venancio**, **Coordenador(a) de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente**, em 26/10/2023, às 23:12, 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 **Marcos Vinicius Soares Pedrosa**, **Diretor(a) do Departamento de Gestão do Cuidado Integral**, em 27/10/2023, às 16:21, 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 **Nésio Fernandes de Medeiros Junior**, **Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 03/11/2023, às 16:16, 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 **Doralice Severo da Cruz**, **Coordenador(a)-Geral de Saúde Bucal**, em 11/11/2023, às 11:42, 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 **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas**, **Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família e Comunidade**, em 14/11/2023, às 12:28, 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](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0036613348** e o código CRC **13E4D36E**.