

OBJETIVO DA TELECONSULTORIA

A teleconsultoria em amamentação é uma **consultoria** mediada por tecnologias digitais de informação e comunicação, realizada **entre profissionais de saúde**, com a finalidade de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, de forma assíncrona, isto é, por meio de comunicações não simultâneas.

O objetivo é **apoiar a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS)** para o manejo da amamentação em tempo oportuno a fim de promover o estabelecimento e manutenção da amamentação por maior tempo possível, em consonância com o desejo da pessoa que amamenta.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (casos elegíveis)

Casos de nutrizes que necessitem de auxílio para:

- Orientações pré-natal (mamoplastia, mamilo plano ou invertido, casos oncológicos);
- Pega e posicionamento;
- Dor ao amamentar e fissuras;
- Extração, coleta, armazenamento e doação do leite humano;
- Manutenção da amamentação no retorno ao trabalho;
- Desmame;
- Hiperlactação;
- Relactação;
- Uso de medicamentos durante a amamentação.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (casos NÃO elegíveis)

- Casos de nutrizes com suspeita ou confirmação de mastite lactacional ou abscesso mamário - requer atendimento em menos de 72h;
- Casos de dificuldade na pega, sugestivos de uma transferência insuficiente de leite e sem êxito na abordagem do profissional do serviços de saúde, com neonato apresentando um longo período sem mamar;
- Casos de dificuldade na pega em neonatos com sinais e sintomas e/ ou de hipoglicemia ;
- Casos que requerem atendimento imediato;

→ Para os casos não elegíveis, sugere-se encaminhar para avaliação presencial na maternidade de referência, serviço de urgência/emergência ou serviço especializado em amamentação (ex.: bancos de leite, postos de coleta, ambulatórios).

PÚBLICO ALVO QUE PODERÁ UTILIZAR A OFERTA DE TELECONSULTORIA

Profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) - enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, médicos, cirurgiões dentistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, farmacêuticos, entre outros, devidamente cadastrados e liberados no Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT).

TELECONSULTORES

Profissionais de saúde de nível superior dos Bancos de Leite Humano.

REQUISITOS MÍNIMOS PARA A SOLICITAÇÃO

Preencher e anexar o formulário de anamnese.

O profissional deve ter acesso à computador ou outro dispositivo com internet.

FERRAMENTA UTILIZADA PARA OFERTA DE TELECONSULTORIAS

A solução tecnológica utilizada será o Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT). Trata-se de uma ferramenta que atende aos requisitos mínimos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.853/2019).

FERRAMENTA UTILIZADA PARA OFERTA DE TELECONSULTORIAS

Todos os solicitantes de teleconsultorias deverão realizar um pré-cadastro no STT por meio do link: <https://administrativo.telemedicina.saude.sc.gov.br/solicitar-cadastro>. Após o auto cadastro pelo profissional, a equipe do Núcleo de Telessaúde do Paraná realizará a liberação do acesso, mediante conferência da lotação do profissional de saúde no referido estabelecimento de saúde e município informado no cadastro.

FLUXO DE SOLICITAÇÕES E RESPOSTAS DAS TELECONSULTORIAS

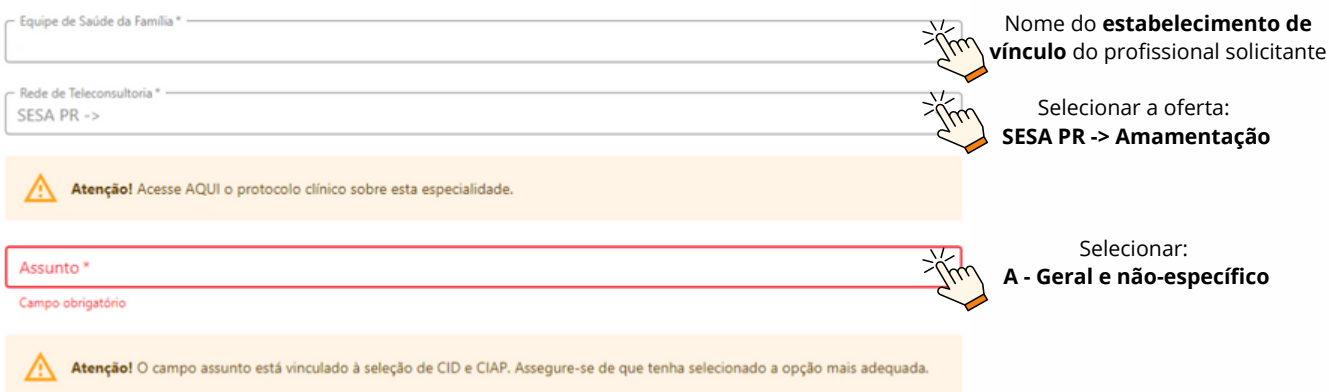
Os profissionais da APS, ao identificarem um caso elegível para solicitação, incluirão o caso para análise, por meio do STT, conforme orientações deste protocolo. O teleconsultor terá um prazo de até 72 horas para analisar o caso e definir a melhor orientação a ser realizada ao profissional da APS. O teleconsultor poderá solicitar complementação das informações ao solicitante antes da resposta definitiva. O solicitante terá um prazo de até 72 horas para complementar as informações solicitadas pelo teleconsultor, e poderá submetê-las à nova avaliação (réplica).

A resposta do teleconsultor poderá dar subsídios ao solicitante tanto para manejo do caso na APS quanto para encaminhamentos a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Entretanto, caso seja necessário o encaminhamento, este é de responsabilidade do profissional da APS.

PASSO A PASSO PARA ABERTURA DE SOLICITAÇÕES

✓ Informar **serviço de saúde de origem** e qual oferta de **teleconsultoria deseja utilizar**.

✓ No **assunto** selecionar: **A - Geral e não-específico**.



Equipe de Saúde da Família *

Nome do **estabelecimento de vínculo** do profissional solicitante

Rede de Teleconsultoria *
SESA PR ->

Selecionar a oferta:
SESA PR -> Amamentação

⚠ **Atenção!** Acesse AQUI o protocolo clínico sobre esta especialidade.

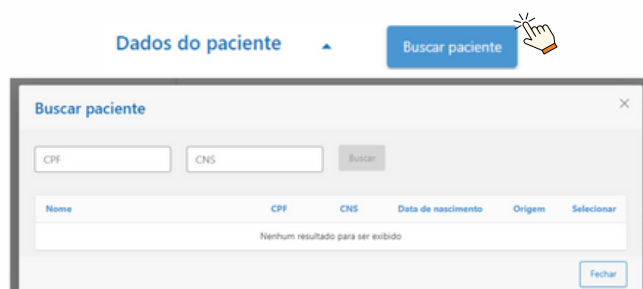
Assunto *

Selecionar:
A - Geral e não-específico

Campo obrigatório

⚠ **Atenção!** O campo assunto está vinculado à seleção de CID e CIAP. Assegure-se de que tenha selecionado a opção mais adequada.

✓ Cadastrar a usuária (pessoa que amamenta), informando o número do CPF ou o Cartão Nacional de Saúde (CNS)



Dados do paciente

Buscar paciente

Buscar paciente

CPF

CNS

Buscar

Nome	CPF	CNS	Data de nascimento	Origem	Selecionar
Nenhum resultado para ser exibido					

Fechar

Observação: os dados migrarão automaticamente do CADSUS, sendo necessário apenas completar as informações ausentes.

PASSO A PASSO PARA ABERTURA DE SOLICITAÇÕES

- ✓ Informar se na **percepção do profissional** solicitante o caso é elegível para encaminhamento à Atenção Especializada.

Você considera que este caso necessita de encaminhamento à atenção especializada? * 

☐ Não ☐ Sim

- ✓ Relato do caso:

Relato do caso *

Parágrafo ▾ **B** *I* ~~S~~ U @ :: !: |≡≡≡| ↶ ↷ ≡ ▾ 🔍 ▾ A ▾ ⋮

Descrever o caso com clareza, apontando a história clínica atual de forma detalhada.

Inserir o máximo de informações referentes à situação.

- ✓ Dúvida principal: a pergunta que o profissional solicitante quer realizar ao teleconsultor:

Dúvida principal *

Parágrafo ▾ **B** *I* ~~S~~ U @ :: !: |≡≡≡| ↶ ↷ ≡ ▾ 🔍 ▾ A ▾ ⋮

A partir da descrição do caso apresentado, qual a sua dúvida?

- ✓ Informar CID e CIAP que mais se aproxima da dúvida enviada ao teleconsultor:

CID-10 ▾

 **Preenchimento obrigatório**

CID-10 *

Buscar

Código	Nome	Nome abreviado	Excluir
Nenhum CID-10 adicionado			

CIAP-2 ▾

 **Preenchimento obrigatório**

CIAP-2 *

Buscar

Identificador	Título	Capítulo	Excluir
Nenhum CIAP-2 adicionado			

CIAP = Classificação Internacional de Atenção Primária
Disponível em https://saude.campinas.sp.gov.br/sistemas/esus/guia_CIAP2.pdf

Sugestão CIAP-2: W19 Sinais/sintomas da amamentação

Sugestão CID-10: O927 Outros distúrbios da lactação e os não especificados
O92.5 Suspensão da lactação
O92 Outr afecções mama e lactação assoc ao parto
P92.5 Dificuldade neonatal na amamentação no peito

Observação: na resposta o teleconsultor poderá alterar o CID e/ou CIAP cadastrado.

- ✓ Histórico de saúde: descrever outras condições de saúde.

Histórico de Saúde *

Parágrafo ▾ **B** *I* ~~S~~ U @ :: !: |≡≡≡| ↶ ↷ ≡ ▾ 🔍 ▾ A ▾ ⋮

Descrever hábitos e comorbidades do paciente que possam influenciar suas condições de saúde, além de internações, cirurgias e tratamentos anteriores que sejam pertinentes ao caso.

PASSO A PASSO PARA ABERTURA DE SOLICITAÇÕES

- ✓ Tratamento em andamento: descrever terapias e medicamentos em uso.

Tratamentos em andamento *

Parágrafo ▾ **B** *I* ~~S~~ U @ := !:= ≡ ≡ ≡ ≡ ↶ ↷ ≡ ≡ ≡ ≡ 🔍 ▾ A ▾ ⋮

Listar medicamentos e tratamentos alternativos em uso.

- ✓ Complementações: campo para descrição de outras informações que o profissional entenda ser relevante para análise do caso. (opcional)

Complementações

Parágrafo ▾ **B** *I* ~~S~~ U @ := !:= ≡ ≡ ≡ ≡ ↶ ↷ ≡ ≡ ≡ ≡ 🔍 ▾ A ▾ ⋮

- ✓ Resultados de exames laboratoriais ou de imagem (opcional)

Resultados de exames laboratoriais ou de imagem

Parágrafo ▾ **B** *I* ~~S~~ U @ := !:= ≡ ≡ ≡ ≡ ↶ ↷ ≡ ≡ ≡ ≡ 🔍 ▾ A ▾ ⋮

Listar os resultados dos exames laboratoriais e de imagem que contribuam com a análise do caso.

- ✓ Anexos: formatos pdf, imagem ou texto.

Arquivo (.pdf, .jpg, .jpeg, .png, .doc, .docx, .xls, .xlsx) - 500 Mb

Selecionar

+ -

Anexos obrigatórios:**Anamnese**

Link para o documento de anamnese editável:

<https://drive.google.com/file/d/1DjvjNMZj6Jtt0DdDqVKhaFd4Cii9vtLR/view?usp=sharing>**Anexos opcionais:**

Vídeos ou fotos.



**ROTEIRO PARA ANAMNESE
TELECONSULTORIA EM AMAMENTAÇÃO**

Nome da nutriz:

Data: / /

Dados sociais

Quem mora na mesma casa? (selecione mais de uma opção se necessário)

() companheiro(a) () filhos () outros familiares () amigos(as)

Outros: _____

Questões relacionadas ao trabalho:

() Desempregada

() Licença maternidade Data de previsão de retorno ao trabalho: / /

() Trabalhando atualmente

Se estiver trabalhando ou se pretende voltar a trabalhar:

Carga horária de trabalho diária:

Tem ou terá disponibilidade de fazer extração de leite durante a jornada de trabalho?

() Sim () Não

Fatores de Risco

() Tabagismo () Uso abusivo de álcool () Drogas () Deficiências nutricionais

() Nenhum () Outros () Medicamentos - Quais: _____

Antecedentes clínicos

Comorbidades? () Sim () Não

Quais: () Diabetes () Hipertensão () Cardiopatia () Pré-eclâmpsia/eclâmpsia

() Hipotireoidismo () Hipertireoidismo () Infecções do Trato Urinário () Sífilis

() HIV () Lúpus eritematoso sistêmico () Artrite reumatoide () Anemia

() Distúrbios da coagulação () Obesidade () Transtorno Psicológico

Tem alguma deficiência? () Não () Sim, qual? _____

() Transfusão de sangue no último ano () Outro _____



Dados Obstétricos

G P C A

Número de filhos amamentados: ____ Não amamentados: ____ Por que? _____

Gestação planejada? () Sim () Não Realizou Pré natal: () Sim () Não

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea Motivo cesárea: _____

Dados do bebê

Nome do bebê:

Data do Nascimento: / / Idade gestacional de nascimento: ____ semanas ____ dias

Peso ao nascimento: Peso na alta: Peso atual:

Fez contato pele a pele na sala de parto: () Sim () Não

Intercorrência ao nascer: () Não () Sim. Qual? _____

Frequência de evacuações do bebê: ____ (quantas ao dia)

Frequência de diurese do bebê: ____ (quantas trocas de fralda ao dia)

Realização de avaliação e detecção de presença de frênulo lingual alterado? (Teste da Linguinha)

() Não () Sim Resultado: _____

Dados da Amamentação

Na alta hospitalar: () Aleitamento materno exclusivo () Aleitamento materno predominante

() Aleitamento materno misto ou parcial () Somente fórmula

Se em uso de fórmula infantil, quem indicou e por qual motivo:

Forma de oferta atual do leite (selecione mais de um se necessário):

() Exclusivamente na mama () Translactação () Mamadeira/chuquinha

() Bico de silicone () Copinho () Outra:

Faz uso de chupeta? () Sim () Não

Exame físico das mamas

Alteração nas mamas (selecione mais de um se necessário):

() Mamilo sem alterações () Mamilo com ponta branca (similar a bolha de leite)

() Mamilo com pele de aparência seca () Mamilo com pele de coloração avermelhada

() Mamilo com presença de bolhas () Mamilo com presença de crosta

() Mamilo com aparência brilhante () Mamilo com descamação na pele

() Mamilo com presença de palidez/coloração esbranquiçada

- | | |
|---|---|
| ☐ Mamilo com presença de machucado/fissura | ☐ Mama com pele quente |
| ☐ Mama com coloração avermelhada | ☐ Mama sem alterações |
| ☐ Dor apenas no início da mamada | ☐ Dor intermitente na mama após mamada |
| ☐ Dor constante e em toda mama | ☐ Dor constante e em uma região da mama |
| ☐ Dor tipo fincada durante e após as mamadas | ☐ Dor intermitente na mama quando tem contato com roupa fria |

Avaliação da mamada (selecione mais de um se necessário):

- ☐ O bebê está virado para a mãe, bem junto de seu corpo, completamente apoiado e com os braços livres
- ☐ A cabeça do bebê está de frente para o peito e o nariz bem na frente do mamilo
- ☐ O bebê é colocado para sugar apenas quando ele abre bem a boca
- ☐ A boca não está bem aberta e os lábios não estão bem virados para fora
- ☐ O queixo está encostado na mama, os lábios ficam virados para fora e o nariz fica livre
- ☐ Ele abocanha, além do mamilo, o máximo possível da parte escura da mama (aréola)
- ☐ Os lábios e as gengivas pressionam o mamilo em vez da aréola
- ☐ O bebê começa com movimentos de sucção curtos, antes de passar para movimentos mais lentos e profundos
- ☐ É possível ouvir sons de estalos
- ☐ É possível ver e ouvir a deglutição
- ☐ As bochechas do bebê estão encovadas
- ☐ As bochechas do bebê ficam arredondadas

Qual o intervalo de tempo entre as mamadas? _____

Há presença de mamadas noturnas? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual frequência?

Avaliação/dúvidas do profissional (selecione mais de um se necessário):

- ☐ Tipo do Mamilo (invertidos, pseudo invertidos ou planos) ☐ Lesões mamilares ☐ Ingurgitamento mamário ☐ Abscesso mamário ☐ Dificuldade na pega ☐ Dificuldade para amamentar
- ☐ Posições para amamentar ☐ Dificuldade de sucção ☐ Apojadura ☐ Hiperlactação ☐ Relactação
- ☐ Leite fraco ☐ Produção de leite insuficiente ☐ Porções do leite ☐ Ducto obstruído
- ☐ Fenômeno de Raynaud ☐ Questões orofaciais ☐ Bebê que dorme no peito ☐ Recusa do peito
- ☐ Bebês prematuros ☐ Ganho de peso inadequado ☐ Choro frequente ☐ Confusão de bicos
- ☐ Retirada de complementos ☐ Duração da mamada ☐ Intervalo de mamadas após a introdução alimentar ☐ Uso de medicações ☐ Utilização de drogas ☐ Doenças que contraindicam a amamentação ☐ Dieta APLV ☐ Utilização de produtos na mama (absorvente, pomadas...)
- ☐ Blues puerperal ☐ Depressão pós parto ☐ Candidíase mamária ☐ Doenças de base nutriz
- ☐ Bebê com malformações ☐ Dificuldade em torno (família) ☐ Volta ao trabalho ☐ Extração do leite ☐ Armazenamento do leite extraído ☐ Locais de BLH ☐ Nutriz que opta por não amamentar