



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA**

**PERFIL DAS DOADORAS DE UM  
BANCO DE LEITE HUMANO DA PARAÍBA**

**ALINE MACÊDO RAMOS  
JOSÉ COELHO MORORÓ NETO**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2019**

ALINE MACÊDO RAMOS  
JOSÉ COELHO MORORÓ NETO

PERFIL DAS DOADORAS DE UM  
BANCO DE LEITE HUMANO DA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação da Unidade Acadêmica de Medicina da UFCG – CAMPUS I para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

LINHA DE PESQUISA: Pesquisas clínico-epidemiológicas da saúde da criança e do adolescente.

DISCENTES: Aline Macêdo Ramos e José Coelho Mororó Neto.

ORIENTADORA: Prof. Dra. Marília Medeiros de Araújo Nunes.

**CAMPINA GRANDE – PB**  
**2019**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG**

R175p

Ramos, Aline Macêdo.

Perfil das doadoras de um banco de leite humano da Paraíba / Aline Macêdo Ramos, José Coelho Mororó Neto – Campina Grande, 2019.

51f.; gráf.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2019.

Orientadora: Marília Medeiros de Araújo Nunes, Dra.

1.Banco de leite. 2.Amamentação. 3.Prematuridade. I.Mororó Neto, José Coelho. II.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 618.63-053.32(043.3)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CAMPINA GRANDE

ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Às 9:00 horas do dia 18/06/19, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Perfil dos doadores de um boneco de leite humano de Paraíba

de autoria do(s) aluno(s):

Alina Nacido Ramos  
do Sr. Coelho Norberto Neto

sendo orientados por:

E Co orientador:

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Nônica Cavalcanti Trindade  
Fabíola Tereza Magalhães Rodrigues

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno: em ausência de ambos os dois alunos

apresentaram  
passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 37 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu APROVAR o trabalho, conferindo a nota final de 10,0. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 18/06/19.

Orientador

Marilene Medeiros de Araújo Nunes

Titular 1

Nônica Cavalcanti Trindade

Titular 2

Fabíola Tereza Magalhães Rodrigues

Suplente

Luís Roberto de Araújo

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Av. Juvêncio Arruda 795 - Bodocongó - Campina Grande - Paraíba - CEP 58109-790

## DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho aos nossos pais, Nileide e Manoel, Ana Sueli e Alberto Magno, sem os quais tantas realizações que celebramos agora, inclusive esse esforço que aqui apresentamos, não teria sido possível.

Dedicamos, também, a todos os pacientes que tivemos, os quais confiaram em nosso potencial e nos permitiram praticar aquilo que nos era ensinado na teoria. Desejamos, profundamente, que esta seja apenas a primeira de nossa contribuição para aqueles que foram essenciais à nossa formação médica.

“Aqui, no entanto, nós não olhamos para trás por muito tempo. Nós continuamos seguindo em frente, abrindo novas portas e fazendo coisas novas, porque somos curiosos... E a curiosidade continua nos conduzindo por novos caminhos. Siga em frente”.

*Walt Disney*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos inicialmente a nossa orientadora, Dra. Marília, que nos introduziu não somente aos estudos da Pediatria e da importância do trabalho realizado nos Bancos de Leite Humano, mas também ao magnífico universo da pesquisa científica. Agradecemos também a Alane, coordenadora do Banco de Leite onde empreendemos nossa pesquisa, e a todas as suas colaboradoras, especialmente à nutricionista do Banco de Leite, Poliana e Luciene, sem as quais esse estudo não teria sido possível.

Aos nossos pais, irmãos e demais familiares, somos gratos pelo apoio e pelos cuidados que conosco tiveram, vocês foram nossos pilares que nos sustentaram em todos os momentos difíceis nesses seis anos.

Agradecemos, também, aos nossos amigos, os quais se tornaram a nossa família em Campina Grande.

Por fim, nossa maior gratidão a Deus pelo dom das nossas vidas. Que sejamos sempre instrumentos, nas mãos do Senhor, para o cuidado ao próximo.

## RESUMO

A amamentação exclusiva nos primeiros seis meses reveste-se de grande importância para o recém-nascido (RN), trazendo inúmeros benefícios para ele, para a mãe e toda a família. Porém, por diversas circunstâncias, alguns RNs, principalmente prematuros, são privados de receber o leite no seio da própria mãe. Neste contexto, os Bancos de Leite Humano (BLH) têm um papel fundamental de prover o leite humano ordenhado (LHO), pasteurizado e testado, salvando inúmeras vidas. O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil epidemiológico das mães doadoras do BLH. Na metodologia, foi realizado um estudo observacional, retrospectivo, do tipo transversal e descritivo. O local da pesquisa foi o BLH do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), em Campina Grande, PB, e a amostra do estudo correspondeu a 276 doadoras cadastradas no período entre março de 2018 e fevereiro de 2019. No trabalho, ficou reforçado o perfil da doadora primípara, jovem, mais inserida nos serviços públicos de saúde, com ensino médio completo e bom nível socioeconômico, submetidas a partos cesáreos. Sem que fossem encontrados dados comparáveis na literatura, foram cruzados, nesse estudo, as variáveis socioeconômicas e obstétricas com o tempo de doação. Encontrou-se uma maior frequência de mulheres que doaram por mais de 90 dias entre aquelas com ensino médio completo, professoras, mulheres do lar, multíparas, que amamentaram previamente, fizeram pré-natal na rede privada e tiveram parto cesáreo. O presente trabalho evidenciou a necessidade de novos estudos observacionais e prospectivos para a avaliação da sazonalidade de doadoras ativas e da efetividade das campanhas, além de estudos que procurem explicar a expressiva quantidade de mulheres que se registram no BLH, mas não chegam a se efetivar como doadoras cadastradas.

Palavras-chave: Banco de leite. Amamentação. Prematuridade.



## **ABSTRACT**

Exclusive breastfeeding in the first six months of life has a great importance to the newborn, bringing a lot of benefits for him, for the mother and for the whole family. However, for various circumstances, some newborns, particularly premature ones, can't receive the milk directly from the mother. In this context, Human Milk Banks have an important role in providing the human milk, tested and pasteurized, saving countless lives. The objective of this paper was to evaluate the epidemiological profile of the donors. In the methodology, it was made an observational, retrospective, cross-sectional, descriptive study. The place of this research was the Human Milk Bank located in the Health Institute Elpidio de Almeida, in Campina Grande-PB. The sample of the study was composed by 276 donors registered between March 2018 and February 2019. In this work, it was reinforced the profile of the young, primiparous donor, more inserted in the public health system, with complete high school, good socioeconomic status, submitted to cesarean sections. Without any comparable data in the literature, it was crossed the socioeconomic and obstetric variables with the duration of the donation. It was found a bigger frequency of women who donated for more than 90 days between the ones with complete high school, teachers, housewives, multiparous, the ones who had experience with breastfeeding, accompanied by the private health system and submitted to cesarean sections. The present study showed the need of new observational and prospective studies to evaluate the seasonality of active donors and the effectiveness of the campaigns. Beyond that, it was suggested the need of further studies that explain the expressive number of women who register in the Human Milk Bank without turning into effective donors.

Keywords: Human Milk Bank. Breastfeeding. Prematurity.

## LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

	<b>Pág</b>
Gráfico 1 – Distribuição das doadoras de acordo com o mês -----	28
Gráfico 2 – Distribuição dos cadastros novos de acordo com o mês -----	28
Gráfico 3 – Distribuição das doadoras de acordo com a faixa etária -----	29
Tabela 1 – Distribuição das doadoras quanto ao perfil socioeconômico -----	30
Tabela 2 – Distribuição das doadoras quanto às variáveis obstétricas -----	33
Tabela 3 – Distribuição das doadoras quanto ao tempo de doação e as variáveis socioeconômicas -----	35
Tabela 4 – Distribuição das doadoras quanto ao tempo de doação e as variáveis obstétricas -----	37

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
BLH	Banco de leite humano
CEP	Comitê de ética em pesquisa
DM-2	Diabetes Mellitus tipo 2
FI	Fórmula Infantil
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
ISEA	Instituto de Saúde Elpídio de Almeida
LHO	Leite humano ordenhado
LM	Leite materno
LV	Leite de Vaca
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCLH	Posto de Coleta de Leite Humano
RN	Recém-nascido
SM	Salário Mínimo
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

	<b>Pág</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	12
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	13
3.1 OBJETIVO GERAL .....	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	14
4.1 IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO .....	14
4.2 AMAMENTAÇÃO E DOENÇAS MATERNAS .....	16
4.3 COMPARANDO LEITE MATERNO E FÓRMULA INFANTIL .....	17
4.4 A REDE DE BANCOS DE LEITE HUMANO .....	18
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	22
5.1 DESENHO DO ESTUDO .....	22
5.2 LOCAL DO ESTUDO .....	22
5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	22
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO .....	22
5.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS E VARIÁVEIS .....	23
5.6 COLETA DE DADOS .....	24
5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	24
5.8 RISCOS E BENEFÍCIOS .....	24
5.9 CRONOGRAMA .....	25
5.10 ORÇAMENTO .....	25
<b>6 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	26
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	27
<b>8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b> .....	39
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	41
<b>APÊNDICE I</b> .....	43
<b>APÊNDICE II</b> .....	44
<b>APÊNDICE III</b> .....	45
<b>APÊNDICE IV</b> .....	46
<b>APÊNDICE V</b> .....	47
<b>ANEXO I</b> .....	49
<b>ANEXO II</b> .....	50

## 1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é de grande importância para a saúde da criança. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses, sem necessidade de água, sucos, chás ou outros alimentos, e o AM complementado até os dois anos de idade ou mais. Amamentar é muito mais do que nutrir a criança: é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional (BRASIL, 2015).

Algumas crianças, notadamente as recém-nascidas (RNs), são impossibilitadas de receber LM no seio da própria mãe, seja por problemas de saúde delas ou de suas genitoras. Nestas situações, antigamente, era comum o AM cruzado, quando a criança era levada ao seio de outra mãe para ser amamentada. Com a proibição desta prática, a única opção passou a ser o AM artificial, que tem uma série de desvantagens para a criança. Neste cenário, alavancou-se a instalação dos Bancos de Leite Humano (BLHs), que já existiam no Brasil desde a década de 1940 (BRASIL, 2008).

Atualmente, estima-se que há cerca de 500 BLHs em todo o mundo. O leite humano ordenhado (LHO), pasteurizado e testado, tem salvado muitas vidas, principalmente de RNs prematuros e de baixo peso, internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) (WILLIAMS *et al.*, 2016).

O estado da Paraíba conta com seis BLHs, sendo um deles localizado em Campina Grande, no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA). Este trabalho objetivou avaliar o perfil epidemiológico das mães que doaram o seu excesso de LM ao BLH do ISEA, identificando características dessa população que permitissem indicar possíveis intervenções para aumentar o aporte de doadoras.

## 2 JUSTIFICATIVA

A amamentação é a mais importante forma de nutrição. Porém, em alguns casos, o AM possui um impedimento temporário ou definitivo para alguns RNs, sendo necessário o uso de LHO. Neste contexto, o BLH surge como uma solução, oferecendo LHO pasteurizado, com controle de qualidade certificado e sem riscos para a saúde do receptor. No entanto, ressalta-se que a redução da doação de LM representa uma grande ameaça aos receptores, que geralmente são RNs prematuros e de baixo peso que, sem o LM, apresentam maior risco de morbidade e mortalidade infantil.

As doações de LHO devem ser estimuladas a partir da efetivação de políticas que as incentivem, assim como o próprio AM, em diferentes etapas, desde o pré-natal até o puerpério tardio. O presente trabalho disponibilizou conhecimentos atualizados para o incentivo à doação, visto que o conhecimento de características socioeconômicas e obstétricas predominantes e a sazonalidade das doadoras de LHO podem contribuir para o planejamento de campanhas direcionadas a grupos específicos, a fim de incrementar o número de doadoras ativas em cada mês do ano.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o perfil epidemiológico das mães doadoras do BLH Doutor Virgílio Brasileiro.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Avaliar a frequência de doadoras no período de março de 2018 e fevereiro de 2019.

3.2.2 Descrever o número de doadoras de acordo com os meses em que permaneceram ativas.

3.2.3 Analisar o perfil das doadoras quanto à(às):

- Idade.
- Variáveis socioeconômicas: grau de instrução, profissão, número de pessoas que moram na mesma casa e renda familiar.
- Variáveis obstétricas: número de gestações, amamentação prévia, local do pré-natal, ganho de peso na gestação, tipo de parto e idade gestacional.
- Duração do período em que permaneceu como doadora, estabelecendo uma possível associação deste tempo com as variáveis socioeconômicas e obstétricas.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 IMPORTÂNCIA DO LM

A importância do desenvolvimento pleno das potencialidades físicas, psíquicas e emocionais da criança empreende o AM como objeto da atenção de todos os profissionais de saúde, com foco no pediatra e nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) (BRASIL, 2015). O AM é parte importante das diretrizes intituladas “Dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos”, iniciativa do MS cuja efetividade em aumentar a prevalência de crianças amamentadas exclusivamente nos primeiros seis meses de vida foi referendada em estudo com UBSFs em Porto Alegre em 2006 (VÍTOLO *et al.*, 2014). Estudo transversal de base nacional, realizado com 5.458 crianças de 0 a 24 meses, revelou prevalência de AM de 56% para a amostra total, 80% até seis meses, 62,3% de seis meses a um ano e 40,1% de um a dois anos (FLORES *et al.*, 2017). A realização do AM fora das recomendações da OMS ainda contribui para cerca de 11,6% das mortes infantis ao redor do mundo, ou cerca de 8 milhões de mortes anualmente (A DEMARCHIS *et al.*, 2016).

#### 4.1.1 Prevenção de infecções e de mortes infantis

O aleitamento materno exclusivo (AME), sem oferecimento de água ou chás nos primeiros seis meses de vida, é fundamental para a obtenção de várias das vantagens associadas ao mesmo, entre elas a proteção contra doença diarreica, inclusive contra formas graves desta, com desidratação e morte (BRASIL, 2015). O colostro é o impulsionador imune natural mais potente conhecido. O AM protege as crianças contra infecções principalmente através de anticorpos IgA (os quais são produzidos em níveis insignificantes pelo bebê nos primeiros seis meses de vida), mas também através de outros fatores bioativos. Também já foi bem evidenciada a proteção conferida pelo AM contra otite média, infecção do trato urinário, sepsise neonatal e enterocolite necrosante (PALMEIRA; CARNEIRO-SAMPAIO, 2016).

#### 4.1.2 Prevenção de alergias

Várias formas de alergia podem ser prevenidas evitando a exposição ao leite de vaca (LV) nos primeiros dias de vida: não apenas a alergia à proteína do leite de



vaca, mas também a dermatite atópica, a asma e os sibilos recorrentes (BRASIL, 2015).

#### 4.1.3 Diminuição do risco de doenças crônicas

Alguns dos benefícios do AM têm se manifestado a longo prazo. Indivíduos que receberam LM apresentaram pressões sistólica e diastólica menores (-1,2 mmHg e -0,5 mmHg). Crianças que receberam LM também tiveram níveis de colesterol total mais baixos (-0,18 mmol/l). Quanto ao risco de apresentar Diabetes Mellitus tipo dois (DM-2), a revisão da OMS em questão apontou para um risco 37% menor associado ao AM. Além disso, em outra revisão da OMS, foi constatado risco 22% menor de apresentar sobrepeso/obesidade em indivíduos que receberam LM (BRASIL, 2015).

#### 4.1.4 Melhor nutrição

Devido a sua composição balanceada em carboidratos, proteínas, vitaminas e sais minerais, o LM é o mais adequado para garantir uma nutrição adequada, sendo capaz de suprir todas as necessidades da criança nos seis primeiros meses de vida (BRASIL, 2015). Estudo transversal com 221 binômios mãe-filho estratificados em seis grupos etários encontrou correlação estatisticamente significativa entre níveis de hemoglobina de mães e filhos em cinco dos seis grupos, fortalecendo o AM também como potencial protetor contra anemia, se associado a uma suplementação adequada de ferro para a mãe durante a gestação e clampeamento adequado do cordão umbilical (MARQUES *et al.*, 2016).

#### 4.1.5 Efeito positivo na inteligência

O desenvolvimento da primeira infância é um processo descrito em quatro domínios: físico, cognitivo, linguístico e socioemocional. Atrasos em uma dessas áreas podem catalisar atrasos em todas as outras. A desnutrição nos dois primeiros anos de vida, para a qual a falta do AM adequado é um fator de risco, leva a desenvolvimento físico deficiente, podendo contribuir para atraso no desenvolvimento cognitivo e baixo desenvolvimento acadêmico (CUNHA; LEITE; ALMEIDA, 2015).

#### 4.1.6 Melhor desenvolvimento da cavidade bucal

O ato de sugar o LM é fundamental para o desenvolvimento adequado da cavidade oral da criança, participando da conformação do palato duro e propiciando um alinhamento correto dos dentes, boa oclusão dentária e bom desenvolvimento das funções de mastigação, deglutição, respiração e fala (BRASIL, 2015).

Além disso, a ausência do AM geralmente é acompanhada do uso de mamadeiras e chupetas, as quais, devido a sua característica de empurrar o palato para cima, podem prejudicar fonação, deglutição, mastigação e até mesmo a respiração da criança (BRASIL, 2015).

#### 4.1.7 Vantagens do AM para a mãe e para a família

Por fim, vale ressaltar que os benefícios do AM não se restringem à criança que o recebe, apresentando grandes vantagens também para a mãe, sendo os mais conhecidos: proteção contra câncer de mama (4,3% a menos de chance a cada 12 meses de AM), efeito anticoncepcional (com 98% de eficácia se a mãe estiver praticando AME), menores custos financeiros e melhor formação de vínculo afetivo. Também têm sido atribuídos ao AM proteção contra câncer de ovário e de útero, hipercolesterolemia, hipertensão e doença coronariana, obesidade e doença metabólica, osteoporose e fratura de quadril, artrite reumatoide, depressão pós-parto e diminuição do risco de recaída de esclerose múltipla pós-parto (BRASIL, 2015).

## 4.2 AMAMENTAÇÃO E DOENÇAS MATERNAS

Dadas as vantagens já descritas para o AM, são poucas as condições maternas que o contraindicam. Com relação às doenças virais, a contraindicação absoluta está restrita ao grupo dos retrovírus (HIV, HTLV 1 e 2), lembrando sempre de vacinar contra Hepatite B e respeitar as indicações da administração da imunoglobulina contra essa doença. Fissuras nos mamilos e carga viral elevada seriam indicações de suspensão temporária do AM no caso de Hepatite C. Outras indicações de suspensão temporária do AM no contexto de doenças virais seriam presença de lesões ativas de Herpes no seio e Varicela cinco dias antes até dois dias após o parto (BRASIL, 2008).

Poucas são as ressalvas quanto ao AM no contexto de infecções bacterianas. Há a recomendação de utilização de máscara durante o AM para a mãe portadora

de tuberculose bacilífera e de Hanseníase Virchowiana, evitando também, nesta última, o contato pele a pele com a criança. A mastite com abscesso bacteriano é uma indicação de suspensão temporária do AM na mama afetada (BRASIL, 2008).

Além das situações mencionadas, há outros cenários que inviabilizam ou dificultam o AM, como a hipogalactia da puérpera, ingurgitamento mamário, interrupção da produção de leite por causas psicoemocionais ou até mesmo o desejo da mãe. Por esse motivo, foram criadas as fórmulas infantis (FIs) para lactentes, à base LV (MELO; GONÇALVES, 2014).

#### 4.3 LEITE MATERNO VERSUS FÓRMULA INFANTIL

As FIs são mais comumente feitas a partir do LV, inadequado para a alimentação do RN, necessitando de uma série de modificações em seu teor de proteínas e eletrólitos e substituição parcial dos seus lipídeos por óleo vegetal, além de adição de determinadas vitaminas e minerais (GARCIA *et al.*, 2013). A lactose, principal carboidrato do LM, atua auxiliando a absorção de cálcio e ferro, e favorece a proliferação de *Lactobacillus bifidus*, que reduz o pH intestinal, protegendo contra infecções. FIs necessitam sofrer adição de outros carboidratos, nem sempre apenas de lactose, podendo estar presentes misturas como malto-dextrina, sacarose e amido (MELO; GONÇALVES, 2014).

Além disso, as FIs têm sido associadas a casos de enfermidades graves e mortes, decorrentes de infecções por *Enterobacter* e *Salmonella*, principalmente em RNs imunodeprimidos, expondo-os não apenas à falta dos benefícios associados ao AM, como também a um risco adicional pelo consumo de um produto inseguro (MELO; GONÇALVES, 2014).

Revisão recente da Cochrane mostrou que oferecer fórmula em RNs de baixo peso e pré-termo, em comparação a LHO, resultou num maior risco de enterocolite necrosante. Com a incidência desta condição crescendo mundialmente, cresceu também o interesse em usar LHO (BRASIL, 2008). Seu benefício já foi demonstrado, por exemplo, na Síndrome do Intestino Curto, sepse, pós-operatório de onfalocele e gastrosquise, obstrução intestinal e fístulas intestinais (A DEMARCHIS *et al.*, 2016).

## 4.4 A REDE DE BANCOS DE LEITE HUMANO

### 4.4.1 Histórico

Data de 1943 a implantação do primeiro BLH do país, no atual instituto Fernandes Figueira. Seu objetivo inicial era a coleta de LHO para casos específicos de prematuridade, distúrbios nutricionais e alergias, tendo em vista mais suas propriedades farmacológicas do que as nutricionais. Além disso, chegou a haver uma profissionalização do trabalho de doadora, com oferecimento de remuneração, alimentos e assistência médica diferenciada às nutrizes. No entanto, foi em 1985, com a instauração do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) que houve uma maior evolução no cenário nacional dos BLHs. Ela trouxe consigo diretrizes técnicas e uma nova realidade operacional, por exemplo, com a forma de lidar com o advento da AIDS (BRASIL, 2008).

O número de BLHs está crescendo ao redor do mundo. A introdução de LHO tem sido defendida como uma estratégia para promover o AM quando o LM não está disponível (bebês adotados ou abandonados, ou mãe que foi a óbito no pós-parto), é insuficiente, em casos de doença materna ou do neonato. Prover LHO para neonatos vulneráveis sem acesso ao LM não apenas diretamente salva vidas, mas também aumenta o conhecimento sobre a importância do AM, o que pode contribuir para o aumento das taxas de AM na comunidade (A DEMARCHIS *et al.*, 2016).

### 4.4.2 EQUIPE E ESTRUTURA DO BLH

Desde que o interesse nos BLHs surgiu, algumas diretrizes foram propostas para garantir um funcionamento ideal destas unidades. Devido ao seu objetivo primário de prover LHO para RNs de baixo peso ou pré-termo admitidos em UTINs, é interessante que se localizem nas proximidades ou mesmo na dependência de tais unidades (BRASIL, 2008).

Os BLHs devem contar com um ou mais Postos de Coleta de Leite Humano (PCLHs), setor que assume múltiplas funções, entre elas desenvolver ações de promoção, proteção e apoio ao AM, prestar assistência à nutriz, preparar a gestante para o processo de AM e orientar as puérperas sobre a sua correta execução, além do autocuidado com as mamas e do cuidado com o LHO. Além disso, o PCLH é responsável por armazenar o LHO, repassando-o ao BLH, e por manter um sistema de informação eficiente (BRASIL, 2008).

A ANVISA prevê, para os BLHs, uma equipe composta por médicos, nutricionistas, enfermeiros, farmacêuticos, engenheiros de alimentos, biólogos, biomédicos, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares e técnicos (de enfermagem, laboratório e nutrição), a depender das atividades exercidas (BRASIL, 2008).

A ANVISA faz também considerações importantes sobre a infraestrutura e equipamentos previstos para o funcionamento do BLH e do PCLH para garantir qualidade física e microbiológica ao LHO. O BLH, por exemplo, deve dispor de sala para recepção, registro e triagem, área para estocagem de leite cru ordenhado coletado, arquivo, sala para ordenha e processamento, sala de pasteurização e laboratório de controle de qualidade microbiológica e físico-química (BRASIL, 2008).

O aleitamento cruzado é formalmente contraindicado hoje em dia, e qualquer leite humano que seja oferecido a bebês de mulher que não seja sua mãe biológica deve ser protocolarmente processado (BRASIL, 2008).

#### 4.4.3 PERFIL DAS DOADORAS

São previstas, para os BLHs, atividades relativas à captação de doadoras, desde os ambientes de ambulatório no pré-natal até as enfermarias de puérperas, informando não só sobre as vantagens do AM, como também sobre a importância do trabalho dos BLHs, já orientando sobre técnicas de ordenha e armazenamento. São previstas também atividades de divulgação desses temas em rádio, televisão, escolas e eventos (BRASIL, 2008).

O primeiro pré-requisito para o credenciamento de uma doadora de LHO é que apresente secreção láctica superior às exigências do seu filho. Uma situação também compatível com o posto de doadora é a daquelas mães cujos filhos estão impedidos de receber o LM por razões ligadas aos mesmos, como aqueles que se encontram internados em UTINs, mas cujas mães continuam fazendo a ordenha para a estimulação (BRASIL, 2008).

Nas etapas de triagem e seleção, são considerados pré-requisitos para ser doadora de um BLH: ser saudável, apresentar exames pré e pós-natal compatíveis com a captação de LHO, não fumar mais que 10 cigarros por dia, não usar medicamentos incompatíveis com a amamentação, álcool ou drogas ilícitas, realizar exames (hemograma, VDRL, anti-HIV e demais sorologias usuais do pré-natal) quando o cartão do pré-natal não estiver disponível. São os dados básicos a serem

coletados das doadoras em potencial: nome completo, data de nascimento, endereço, local onde realizou o pré-natal, número de consultas, peso no início e no final da gestação, resultado de exames, registro de intercorrências no pré-natal e na internação na maternidade e data e local do parto (BRASIL, 2008).

A etapa seguinte é o acompanhamento da doadora, atentando para possíveis intercorrências, não apenas relativas à coleta do LHO e à amamentação do seu filho, mas abrangendo a saúde do binômio mãe-filho de uma forma geral (BRASIL, 2008).

#### 4.4.4 ORDENHA E TRANSPORTE

Não é recomendado o uso de bombas tira-leite para a coleta de LHO, devido ao risco associado de desconforto e traumas mamilares, além de sua difícil esterilização com potencial contaminação, sendo preferível a coleta manual, com a manipulação cuidadosa da mama para a sua retirada. É a forma mais efetiva, econômica, menos traumática, menos dolorosa e menos suscetível a contaminação. Além disso, pode ser feita pela mulher, em casa, sempre que for conveniente, podendo também ser auxiliada por um profissional de saúde ou alguém de sua escolha (BRASIL, 2008).

O LHO tem que ser transportado numa cadeia de frio, e toda elevação de temperatura sujeita o mesmo a inadequações, de modo que o tempo máximo que deve decorrer entre o recebimento do produto no domicílio da doadora e a entrega no BLH não deve exceder seis horas, respeitando esse mesmo tempo para a entrega à unidade receptora final. Deve ser transportado em material isotérmico, resistente, impermeável e de fácil limpeza (BRASIL, 2008).

#### 4.4.5 PROCESSAMENTO DO LHO

O LHO é, inicialmente, submetido aos processos de seleção e classificação. No primeiro, verificam-se condições da embalagem, presença de sujidades, cor, *off-flavor* (característica organoléptica não-conforme com o aroma original do LHO) e acidez Dornic. No segundo processo, verifica-se o período de lactação, a acidez Dornic e o conteúdo energético (crematócrito). Depois, o LHO é pasteurizado a 62,5°C, pelo tempo de 30 minutos, visando não sua esterilização, mas sim a inativação de 100% dos microrganismos patogênicos, que o alcancem por contaminação primária (passando diretamente da corrente sanguínea) ou

secundária (colonizando os canais mamilares e o meio exterior). O LHO deve ser submetido a procedimento de controle microbiológico, com determinação de coliformes totais. A presença de coliforme em amostra de LHO pasteurizado o caracteriza como impróprio para consumo (BRASIL, 2008).

Há a ressalva, no entanto, de que alguns fatores de proteção do LM podem ser destruídos ou comprometidos pelo processo de pasteurização, quando se compara o valor biológico do LHO pasteurizado com o do LM (BRASIL, 2015). Quando comparado com o LHO pré-pasteurização, o LHO pós-pasteurização apresenta diferença significativa no conteúdo lipídico (queda de 7,58% para 5,62%), algo notável, levando em conta a participação desse macronutriente no valor energético do LHO, além de sua atividade sobre alguns vírus, bactérias e protozoários. Também verifica-se a ocorrência de desnaturação das proteínas, macronutrientes com importância para o crescimento do RN, com estudos registrando uma queda de 0,88% para 0,80% em seu teor após a pasteurização. No entanto, deve ser lembrado que os RNs que fazem uso do LHO pasteurizado não têm a opção de recebê-lo diretamente do seio materno (FAVARETTO *et al.*, 2016).

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 DESENHO DO ESTUDO**

O presente do estudo foi observacional, retrospectivo, do tipo transversal e descritivo.

### **5.2 LOCAL DO ESTUDO**

A pesquisa foi realizada no BLH Doutor Virgílio Brasileiro, localizado no ISEA, em Campina Grande, PB. O local foi escolhido por ser referência na coleta, no acondicionamento e na distribuição do LHO em Campina Grande e demais municípios adjacentes. Fundado em outubro de 1997, o BLH Virgílio Brasileiro é regido por um livro de rotinas e diretrizes que preveem o desenvolvimento de atividades voltadas à promoção e ao incentivo do AME, captação de doadoras de LM, coleta de LHO, além de sua pasteurização e distribuição. A equipe de trabalho é composta de uma pediatra, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, uma bioquímica, uma nutricionista, uma lactarista, duas assistentes sociais, uma fisioterapeuta (atual coordenadora do BLH), mais duas fisioterapeutas no posto de coleta e um motorista.

### **5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO**

A população do estudo correspondeu às doadoras do BLH do ISEA.

### **5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO**

Foram incluídas as doadoras cadastradas no BLH do ISEA no período entre março de 2018 e fevereiro de 2019, que efetivaram 3 ou mais doações de LHO no período, recebendo, após isso, a carteira de doadora vinculada ao BLH. Assim, das 510 fichas das doadoras obtidas no período considerado pelo estudo, apenas 276 (54,1%) preencheram o critério de inclusão de 3 doações. Das 234 mulheres não cadastradas como doadoras, 125 (24,5%) registraram-se, porém não realizaram



nenhuma doação de leite ao BLH, enquanto que 109 (21,3%) fizeram apenas uma ou duas doações.

Foram excluídos do estudo aqueles formulários extraviados, com dados incompletos ou incorretamente preenchidos.

## 5.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS E VARIÁVEIS

- Idade: em anos
- Grau de instrução: conforme descrita pela doadora.
- Profissão: conforme descrita pela doadora.
- Número de pessoas que moram na mesma casa: número de residentes na mesma casa da doadora.
- Renda familiar: somatório da renda individual dos moradores do mesmo domicílio da doadora.
- Número de gestações: número de gestações da doadora, incluindo abortos, prematuros, termos e natimortos.
- Amamentação prévia: se a doadora que teve duas ou mais gestações amamentou anteriormente.
- Local do pré-natal: onde a doadora fez as consultas de pré-natal.
- Ganho de peso na gestação: em Kg, segundo o estado nutricional prévio da mãe, baseado no Índice de Massa Cóporea, conforme tabela abaixo:

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (Kg) total na gestação
Baixo peso (<18,5Kg/m <sup>2</sup> )	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9Kg/m <sup>2</sup> )	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9Kg/m <sup>2</sup> )	7,0 – 11,5
Obesidade (≥30Kg/m <sup>2</sup> )	5,0 – 9,0

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2012.

- Tipo de parto: conforme descrito pela doadora no ato do cadastro.
- Idade gestacional: em semanas.
- Duração do período em que permaneceu como doadora: diferença entre a data de desligamento e a data do cadastro.

## 5.6 COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um Formulário semiestruturado (APÊNDICE 1). Os dados das doadoras foram coletados a partir dos formulários cadastrais arquivados no setor administrativo (ANEXO I).

## 5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os formulários foram revisados e os dados incompletos ou incorretos foram confirmados pelo discente que não participou do preenchimento. Realizou-se uma análise estatística descritiva pelos discentes e os dados foram expressos em média e porcentagem. A tabulação dos dados obtidos foi realizada através do programa Microsoft Office Excel, versão 2010.

## 5.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

Este estudo apresentaria risco de violação dos dados colhidos a partir dos formulários cadastrais dos pacientes. Para minimizar o risco de exposição, utilizamos apenas as iniciais no processo de coleta de dados, bem como omitimos, na divulgação da pesquisa, quaisquer dados que possam identificar o paciente.

Por se tratar de um estudo retrospectivo, essa pesquisa não apresenta benefícios diretos às participantes do estudo.

## 5.9 CRONOGRAMA

	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto				X	X	X	X	X				
Avaliação pelo CEP										X	X	
Preparação da equipe e teste do formulário											X	
Coleta dos dados											X	
Revisão e correção dos formulários											X	
Digitação do banco de dados											X	
Análise dos dados											X	
Redação											X	X
Apresentação												X

\* O mês "1" corresponde ao mês de julho de 2018.

## 5.10 ORÇAMENTO

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO/UNIDADE	TOTAL
Fotocópias	500	0,10	50,00
Material de expediente (pastas, canetas e papéis)	-	-	50,00
Deslocamento (combustível)	-	-	150,00
<b>TOTAL</b>			<b>250,00</b>

Os pesquisadores não foram remunerados pela pesquisa e toda despesa com o custeamento do estudo foi de responsabilidade dos mesmos.

## **6 ASPECTOS ÉTICOS**

O presente estudo foi autorizado pela coordenação do BLH Doutor Virgílio Brasileiro do ISEA (APÊNDICE II) e pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão (NUPEP) do ISEA (APÊNDICE III). Este estudo realizou-se após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro CEP – HUAC), seguindo as recomendações da Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos (ANEXO II). A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE IV) foi dispensada, pois os dados foram coletados em formulários de cadastro das doadoras. Os termos de compromisso firmados aqui pelos pesquisadores foram assinados e constam no APÊNDICE V.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de março de 2018 a fevereiro de 2019, o presente estudo obteve um total de 276 doadoras cadastradas.

O fato de 234 mulheres terem realizado o registro para iniciar as doações de LHO, mas não terem alcançado a quantidade mínima de doações para serem cadastradas como doadoras, pode refletir o momento de apojadura em que as puérperas se encontravam quando procuraram o ISEA e o BLH, em que a quantidade de leite excedente é maior. Além disso, pode estar implicado um interesse maior em obter as vantagens de ser uma doadora, como a consulta com o Pediatra do BLH, sem, no entanto, haver motivação real para a doação de LHO, especialmente no caso das mulheres que não efetivaram nenhuma doação.

O número de doadoras foi variável no decorrer dos meses, e a distribuição de doadoras ativas por mês e a de novos cadastros por mês estão representadas nos Gráficos 1 e 2, respectivamente.

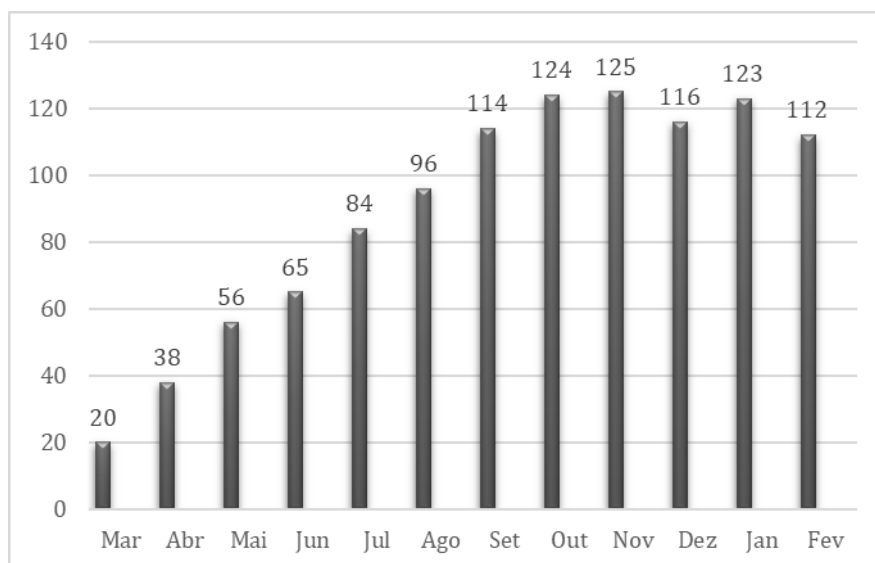
Observa-se, no gráfico 1, um aumento progressivo no número de doadoras a partir do primeiro mês do período de estudo, o qual é interrompido em dezembro de 2018, quando houve queda de 7,2% em relação ao mês anterior, e em fevereiro de 2019, cuja queda foi de 8,9%. Ao comparar esse resultado com os obtidos no gráfico 2, onde observa-se um comportamento flutuante no número de cadastros novos, com o menor valor presente no mês de junho, pode-se concluir que o padrão crescente do total de doadoras nos primeiros 9 meses do estudo deve-se à compensação pela permanência ou não das mulheres cadastradas nos meses anteriores, mantendo, assim, o número de doadoras ativas sempre superior ao mês antecedente.

A queda no total de doadoras ativas em dezembro e em fevereiro é explicada pelo maior número de desligamentos registrados nesses meses, os quais não foram compensados pelos novos cadastros. Tal comportamento pode ser explicado pelas datas festivas e feriado prolongado presentes nesses meses, como o natal e o carnaval, quando muitas mulheres aproveitam para viajar ou mantêm-se ocupadas com a organização de confraternizações, contribuindo para o seu desligamento junto ao BLH, visto que a ordenha de LM também demanda tempo. Já no mês de junho, a redução de novos cadastros pode ser atribuída à intensificação das atividades econômicas em Campina Grande devido às festas juninas, em que os comércios

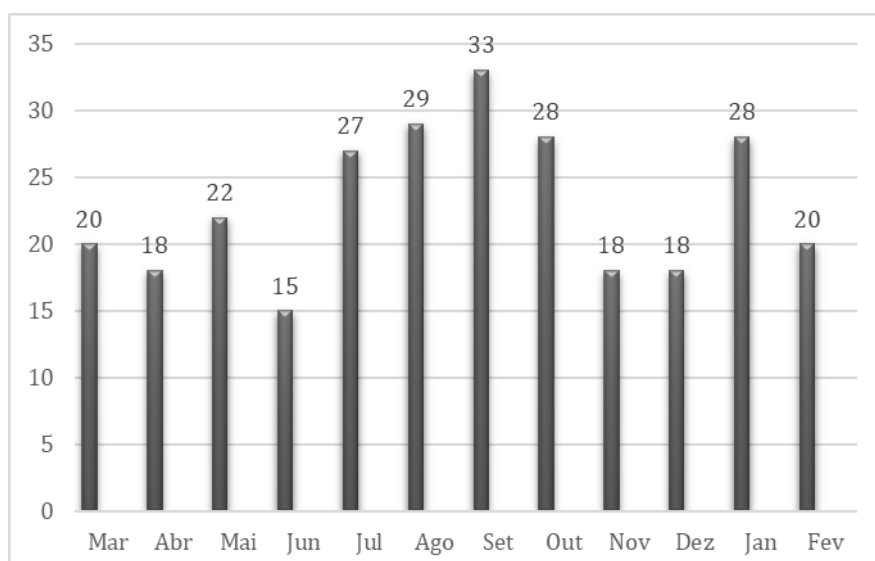
passam a funcionar por mais tempo e muitas pessoas iniciam alguma atividade econômica temporária, havendo, assim, menor disponibilidade das puérperas em iniciar a doação de LHO.

Na literatura, não foi encontrado estudo semelhante a este que estimasse o número de doadoras mensalmente, impossibilitando realizar comparações dos resultados obtidos.

**Gráfico 1 – Distribuição das doadoras de acordo com o mês.**

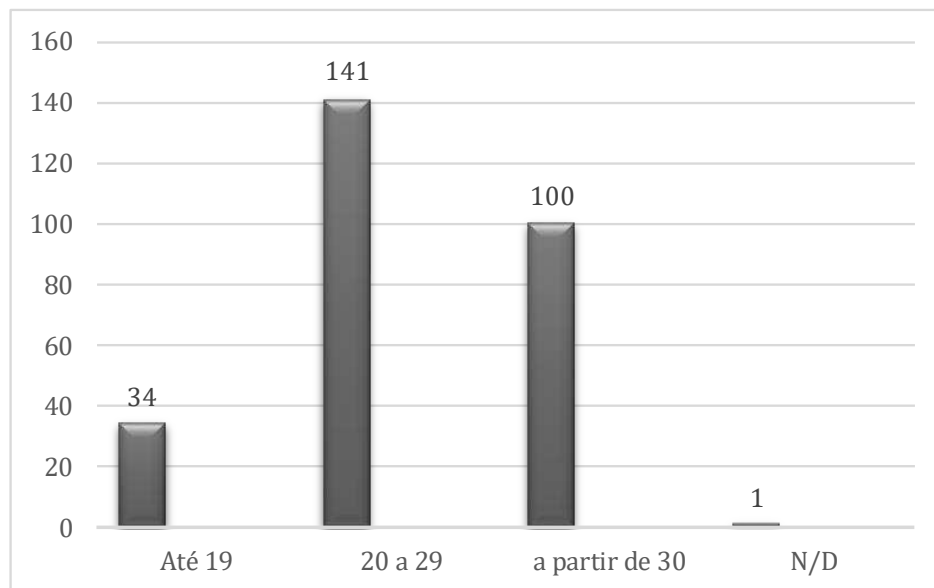


**Gráfico 2 – Distribuição dos cadastros novos de acordo com o mês.**



Quanto à faixa etária das doadoras, a média de idade foi de 27,3 anos, com variação de 16 a 44 anos. A maioria, 51,1%, encontrava-se entre 20 e 29 anos, e em um formulário não havia a idade registrada. Em SILVA *et al.* (2015), a média de idade foi de 28,5 anos, sendo próximo ao valor obtido neste estudo. A distribuição das doadoras de acordo com a faixa etária está representada no Gráfico 3.

**Gráfico 3 – Distribuição das doadoras de acordo com a faixa etária.**



Os resultados do presente estudo são condizentes com a literatura. Nos estudos de STEIN (2017), SILVA *et al.* (2015) e FONSECA-MACHADO *et al.* (2013), a maioria das doadoras apresentava menos de 30 anos de idade. A representação de adolescentes, porém, variou, ficando em torno de 21% no estudo de STEIN (2017) e 3,2% no estudo de FONSECA-MACHADO *et al.* (2013).

A gestação durante a faixa etária de adulto jovem é considerada ideal por apresentar menores riscos perinatais tanto para a puérpera quanto para o RN (STEIN, 2017). Pode-se inferir que em gestações onde não houve complicações, as puérperas sentem-se mais confiantes durante o AM, facilitando a produção de LM para o seu lactente e para doação aos BLHs.

Quanto às variáveis socioeconômicas, a distribuição das doadoras está representada na Tabela 1.

**Tabela 1 – Distribuição das doadoras quanto ao perfil socioeconômico.**

<b>VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Grau de instrução</b>	Fundamental incompleto	6	2,2
	Fundamental completo	3	1,1
	Médio incompleto	13	4,7
	Médio completo	57	20,7
	Curso técnico	3	1,1
	Superior incompleto	12	4,3
	Superior completo	50	18,1
	Ignorado ou N/D	132	47,8
<b>Profissão/ocupação</b>	Profissional de saúde	22	8
	Professora	13	4,7
	Profissional do comércio	37	13,4
	Do lar	34	12,3
	Estudante	34	12,3
	Outras	59	21,4
	Ignorado ou N/D	77	27,9
<b>Nº pessoas mesma casa</b>	Até 3 pessoas	96	34,8
	4 – 5 pessoas	102	37
	6 ou mais pessoas	21	7,6
	Ignorado ou N/D	57	20,6
<b>Renda familiar</b>	Menos de 2 S.M.	102	37
	2 ou + S.M.	138	50
	Ignorado ou N/D	36	13

Em relação ao grau de instrução, o presente estudo obteve que 20,7% das doadoras tinham ensino médio completo. No entanto, 47,8% dos formulários analisados não apresentavam o preenchimento desse dado, representando uma porcentagem significativa da nossa amostra. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de SILVA *et al.* (2013), no qual 52% tinham o ensino médio completo, seguido pelas doadoras com ensino superior completo e com ensino superior incompleto, ambas com 16%.



O maior nível de instrução das mulheres interfere na assimilação dos benefícios do AM e da doação do excedente de LHO para os RNs prematuros e de baixo peso internados em enfermarias e UTIs, havendo, assim, uma participação mais expressiva dessas mulheres nos BLH e, também, um aumento no tempo de amamentação (SANTOS *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2015).

Em sua maioria, as doadoras estão inseridas no mercado de trabalho, com grande diversidade de atividades desenvolvidas, e apenas 12,3% denominam-se “do lar”. Em SILVA *et al.* (2013) e STEIN (2017), 42% e 38,7% das doadoras, respectivamente, eram do lar, sendo estes resultados significativamente maiores que no presente estudo. Já nos estudos de BRAGA *et al.* (2011) e FONSECA-MACHADO *et al.* (2013), os resultados foram mais próximos ao obtido em nosso estudo, representando 14,3% e 12,9% as doadoras denominadas do lar, respectivamente. Em nosso estudo, as profissionais da saúde corresponderam, apenas, a 8% de todas as doadoras, e as estudantes, a 12,3%. No estudo de BRAGA *et al.* (2011), as profissionais da saúde corresponderam a 8,3% e as estudantes, a 4,3%. Em STEIN (2017), a porcentagem de estudantes foi de 8%.

A maior representatividade das mulheres que trabalham fora de casa nas doadoras de LHO deve-se, em parte, ao maior grau de instrução e maior acesso às campanhas de estímulo à doação do excedente de LM. Porém, de forma contrária, essas mulheres estão sujeitas a introduzir mais precocemente alimentos complementares, contribuindo para a redução da produção de LM e, conseqüentemente, do tempo de doação (SILVA *et al.*, 2015).

As profissionais de saúde, apesar de terem mais conhecimento sobre os benefícios do AM para o desenvolvimento do lactente, representam, ainda, uma porcentagem discreta em relação ao total de doadoras, estando abaixo de 10%. Pode-se supor que a carga horária exaustiva de trabalho comprometa o período preconizado para o AM, havendo o desmame precoce e inviabilizando a produção de excedente de LM para doação aos BLHs.

Quanto ao número de pessoas que residem na mesma casa, constatou-se que a maioria, representando 71,7% da amostra, tem até 5 pessoas na casa. Não foi encontrado, no entanto, qualquer estudo que utilizou esta variável para comparação.

É possível inferir que o menor número de residentes na casa da doadora contribui para uma menor manipulação dos frascos de LHO e, conseqüentemente, um menor risco de contaminação.

Com relação à renda familiar, o presente estudo obteve que metade das doadoras tem renda familiar maior ou igual a 2 SM. Em outros estudos, os resultados foram semelhantes. Em SILVA *et al.* (2013), 52% declarou renda familiar maior que 2 SM. No estudo de FONSECA-MACHADO *et al.* (2013), a renda familiar mensal média foi de 3,9 SM, sendo a faixa salarial mais frequente a compreendida entre 3 a 6 SM (54,9%).

A maior renda familiar pode relacionar-se diretamente com o grau de instrução da doadora, o que influencia na maior assimilação dos benefícios do LM aos lactentes e da necessidade de contribuir com a doação de LHO para os BLHs.

A distribuição das doadoras quanto aos dados obstétricos está representada na Tabela 2.

Quanto ao número de gestações, as primíparas corresponderam à maioria das doadoras, 47,8%. Em todos os estudos que avaliaram essa variável, as primíparas também representaram a maioria, sendo 71,9% no de SILVA *et al.* (2015), 61,3% no de FONSECA-MACHADO *et al.* (2013), 58% no de SILVA *et al.* (2013) e 51,4%, no estudo de STEIN (2017).

As primíparas, geralmente, sentem-se mais inseguras em relação ao AM e a outros cuidados com seu primeiro filho, assim, tendem a buscar auxílio nos serviços especializados e nos BLHs, onde são informadas da necessidade de doação do excedente de LM (STEIN, 2017; SANTOS *et al.*, 2009). Porém, as primíparas apresentam maior risco de desmame precoce, reduzindo, assim, a produção de LM (STEIN, 2017).

No presente estudo, a maioria das doadoras realizou o pré-natal na rede pública (57,6%). De forma semelhante, nos estudos de STEIN (2017) e SILVA *et al.* (2013), o serviço predominante de realização do pré-natal foi o público, sendo de 82,4% e 74%, respectivamente. Em contrapartida, em SILVA *et al.* (2015), BRAGA *et al.* (2011) e FONSECA-MACHADO *et al.* (2013), os achados foram de 57,4%, 56,5% e 54,8% na rede privada, respectivamente.

Pode-se inferir que a maior representatividade das mulheres que realizaram pré-natal na rede pública relaciona-se ao maior acesso a informações sobre a necessidade de doar LHO, visto que os BLHs estão inseridos no serviço público de saúde, possibilitando que as gestantes vejam suas atividades e reconheçam sua importância, sentindo-se, assim, motivadas a doar.

**Tabela 2 – Distribuição das doadoras quanto às variáveis obstétricas.**

<b>VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nº de gestações</b>	1	132	47,8
	2 ou mais	106	38,4
	Ignorado ou N/D	38	13,8
<b>Amamentação prévia</b>	Sim	92	33,3
	Não	14	5,1
	N/A	132	47,8
	Ignorado ou N/D	38	13,8
<b>Local do pré-natal</b>	Rede pública	159	57,6
	Rede privada	108	39,1
	Ignorado ou N/D	9	3,3
<b>Ganho de peso na gestação</b>	Adequado	84	30,4
	Baixo	70	25,4
	Elevado	84	30,4
	Ignorado ou N/D	38	13,8
<b>Idade gestacional</b>	< 37 sem	23	8,3
	37 – 41 sem e 6d	237	85,9
	≥ 42 sem	4	1,5
	Ignorado ou N/D	12	4,3
<b>Tipo de parto</b>	Normal	90	32,6
	Cesárea	181	65,6
	Ignorado ou N/D	5	1,8

Ao analisar o ganho de peso na gestação, observam-se iguais porcentagens daquelas que tiveram um ganho adequado e daquelas com um ganho elevado de peso. Não foram encontrados estudos que classificassem o ganho de peso na gestação. No estudo de STEIN (2017), no entanto, foi analisado o estado nutricional das doadoras adolescentes e das adultas antes e após a gestação, concluindo que, em ambos os grupos, houve migração da classificação de eutrófica pré-gestacional para baixo peso e excesso de peso durante a gestação. Essa migração pode ser

justificada pelas condições clínicas que alteram o estado nutricional no decorrer da gestação, como a hiperêmese gravídica e o diabetes gestacional.

Quanto à idade gestacional, no presente estudo, a maioria (86,9%) das gestações foi a termo (de 37 semanas a 42 semanas incompletas), resultado semelhante ao obtido por BRAGA *et al* (2011), em que as gestações a termo representaram 86%.

A maior porcentagem de doadoras com gestações a termo pode relacionar-se ao fato de que estas constituem, naturalmente, a maior parte das gestações. Além disso, deve-se levar em conta que os RNs que nascem a partir da 37<sup>a</sup> semana de gestação são geralmente mais saudáveis e, assim, as mães sentem-se mais confiantes durante o AM, o que contribui para a produção do LM.

Em relação ao tipo de parto, o mais frequente (65,6%) foi a cesárea, corroborando os achados de outros estudos. No estudo de SILVA *et al* (2015), os partos cesáreos corresponderam a 62,8%, e, no estudo de STEIN (2017), representou 52,2%. Tais resultados estão em concordância com os dados nacionais, que demonstram maior frequência de partos do tipo cesárea no Brasil (STEIN, 2017).

No presente estudo, as doadoras foram distribuídas de acordo com o tempo em que permaneceram doando em relação às variáveis socioeconômicas e obstétricas. Tais dados estão representados nas Tabelas 3 e 4.

A duração da doação foi classificada em até 30 dias, até 90 dias e acima de 90 dias, resultando em 31 (11,2%), 112 (40,6%) e 133 (48,2%) doadoras, respectivamente. O tempo médio de doação foi de 95 dias e o período mediano foi de 78 dias. Não foram identificados estudos que demonstrassem a correlação entre os dados socioeconômicos e obstétricos com a duração do tempo de doação, e somente no estudo de SILVA *et al.* (2015) foi avaliado o período mediano de doação, o qual foi de 90 dias, um resultado acima do encontrado no presente estudo.

O menor valor da mediana em relação à média nesse estudo deve-se ao maior número de doadoras que permaneceram ativas por menos de 3 meses (143 doadoras), que ultrapassa 50% da nossa amostra. Isso demonstra a necessidade de desenvolver métodos de suporte para que as mulheres cadastradas permaneçam doando por mais tempo.

**Tabela 3 – Distribuição das doadoras quanto ao tempo de doação e as variáveis socioeconômicas.**

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS		TEMPO DE DOAÇÃO					
		Até 30 dias		Até 90 dias		+90 dias	
		n	%	n	%	n	%
<b>Grau de instrução</b>	Fund. Incompleto	-	-	3	50	3	50
	Fund. Completo	-	-	2	66,7	1	33,3
	Médio incompleto	2	15,4	7	53,8	4	30,8
	Médio completo	6	10,5	21	36,8	30	52,7
	Curso técnico	1	33,3	1	33,3	1	33,3
	Superior incompleto	1	8,3	7	58,4	4	33,3
	Superior completo	8	16	20	40	22	44
	Ignorado ou N/D	13	9,9	51	38,6	68	51,5
<b>Profissão/ocupação</b>	Prof. de saúde	5	22,7	8	36,4	9	40,9
	Professora	1	7,7	4	30,8	8	61,5
	Prof. do comércio	5	13,5	15	40,5	17	46
	Do lar	4	11,8	10	29,4	20	58,8
	Estudante	3	8,8	19	55,9	12	35,3
	Outras	2	3,4	26	44,1	31	52,5
	Ignorado ou N/D	11	14,3	30	39	36	46,7
<b>Nº pessoas na casa</b>	Até 3 pessoas	8	8,3	40	41,7	48	50
	4 – 5 pessoas	12	11,8	41	40,2	49	48
	6 ou mais pessoas	4	19	6	28,6	11	52,4
	Ignorado ou N/D	7	12,2	25	43,9	25	43,9
<b>Renda familiar</b>	Menos de 2 S.M.	11	10,8	42	41,2	49	48
	2 ou + S.M.	15	10,9	55	39,9	68	49,2
	Ignorado ou N/D	5	13,9	15	41,7	16	44,4

A maioria das doadoras com ensino médio completo permaneceu doando por mais de 90 dias, enquanto que a maioria das doadoras do ensino médio incompleto e superior incompleto permaneceu ativa por menos de 90 dias. Esse comportamento pode relacionar-se ao maior tempo livre para que as mulheres com ensino médio completo se dediquem à ordenha do LM, sendo, portanto, cadastradas como doadoras e permanecendo ativas nos BLHs por mais tempo. Em contrapartida, é

possível que o grande volume de trabalhos, aulas e provas tornem-se empecilhos à continuidade das doações de LHO, fazendo com que as doadoras do ensino médio e superior incompletos permaneçam ativas por menos tempo. A fim de aumentar o tempo de doação dessas mulheres, portanto, é importante investir no desenvolvimento de estratégias que detectem as principais dificuldades e deem suporte a essas doadoras.

Em relação à ocupação, observou-se que a maioria das professoras e das mulheres do lar doaram por períodos superiores a 90 dias. É provável que as professoras, por serem educadoras e mais envolvidas com as questões sociais, ao conhecerem as dificuldades dos BLHs e as necessidades dos receptores, que geralmente são RNs prematuros com baixo peso, sintam-se sensibilizadas a doar por mais tempo. Já as doadoras do lar apresentam maior disponibilidade de tempo para dedicar-se ao AME, mantendo a produção de LM em níveis adequados por mais tempo, o que reflete no tempo de doação. Quanto às estudantes, a maioria destas permaneceu doando por menos de 90 dias, o que corrobora a hipótese de que os estudos podem interferir negativamente na duração da doação.

Quando analisado o tempo de doação de acordo com a renda familiar e com o número de pessoas na casa, observa-se comportamento crescente e sem variação entre os subgrupos, podendo-se inferir que essas variáveis não se associaram ao tempo de doação.

**Tabela 4 – Distribuição das doadoras quanto ao tempo de doação e as variáveis obstétricas.**

VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS		TEMPO DE DOAÇÃO					
		Até 30 dias		Até 90 dias		+90 dias	
		n	%	n	%	n	%
<b>Nº de gestações</b>	1	17	12,9	56	42,4	59	44,7
	2 ou mais	8	7,5	41	38,7	57	53,8
	Ignorado ou N/D	6	15,8	15	39,5	17	44,7
<b>Amamentação prévia</b>	Sim	9	9,8	33	35,9	50	54,3
	Não	3	21,4	5	35,7	6	42,9
	N/A	12	9,1	54	40,9	66	50
	Ignorado ou N/D	7	18,4	20	52,6	11	29
<b>Local do pré-natal</b>	Rede pública	18	11,3	68	42,8	73	45,9
	Rede privada	12	11,1	42	38,9	54	50
	Ignorado ou N/D	1	11,1	2	22,2	6	66,7
<b>Ganho de peso na gestação</b>	Adequado	14	16,7	31	36,9	39	46,4
	Baixo	5	7,1	27	38,6	38	54,3
	Elevado	10	12	37	44	37	44
	Ignorado ou N/D	2	5,3	17	44,7	19	50
<b>Idade gestacional</b>	< 37 sem	4	17,4	11	47,8	8	34,8
	37 – 41 sem	24	10,1	98	41,4	115	48,5
	≥ 42 sem	1	25	-	-	3	75
	Ignorado ou N/D	2	16,7	3	25	7	58,3
<b>Tipo de parto</b>	Normal	8	8,9	42	46,7	40	44,4
	Cesárea	23	12,7	68	37,6	90	49,7
	Ignorado ou N/D	1	20	2	40	2	40

As múltiparas, apesar de não representarem a maioria das doadoras, permaneceram, em geral, doando por tempo superior a 90 dias. De forma semelhante, as doadoras que já haviam amamentado previamente doaram por mais tempo do que as demais. Pode-se, então, inferir que essas mulheres sejam mais experientes tanto no AM quanto na técnica para ordenha, o que facilita a doação por

maiores períodos. Já as primíparas apresentam mais dificuldades durante a amamentação, causando a interrupção precoce da doação de LHO.

Quanto ao local do pré-natal, metade das doadoras da rede privada permaneceu doando por mais de 90 dias, enquanto apenas 45,9% das doadoras da rede pública superaram esse tempo de doação. Isso pode ser justificado, assim como o grau de instrução, pela maior facilidade em assimilar a importância do AM para o adequado desenvolvimento dos lactentes, o que influencia no tempo em que as mulheres permanecem doando.

Com relação ao ganho de peso na gestação, curiosamente, a maioria das doadoras com ganho de peso abaixo do ideal doaram por mais de 90 dias. Para que este resultado seja melhor compreendido, este estudo sugere a realização de um trabalho qualitativo que analise as motivações das doadoras com baixo ganho de peso em doar por períodos mais prolongados.

Observou-se, também, que as doadoras cujo tipo de parto foi cesárea permaneceram ativas por um período maior do que as pacientes que realizaram parto normal. Esse resultado pode ser atribuído às doadoras que realizaram pré-natal na rede privada, visto que representa o serviço que mais realiza partos cesáreos.



## 8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como qualquer estudo realizado a partir de dados secundários, os dados aqui obtidos foram sujeitos a limitações e vieses de informação. No caso da ficha de cadastro das doadoras (ANEXO I), observou-se que na sua criação foi respeitada a presença dos dados básicos preconizados pelo manual da ANVISA para o funcionamento dos BLHs do país. No entanto, na prática, a principal limitação foi a falta do seu preenchimento adequado, gerando perdas de até 27,9% na variável “profissão” e de 47,8% na variável “grau de instrução”, algo preocupante considerando que o mesmo manual prevê como função dos PCLHs a manutenção de sistemas eficientes de informação (BRASIL, 2008).

Outrossim, observou-se, também, um registro inadequado dos receptores do LHO no livro de registro. Verificou-se, no portal da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano para onde a coordenação do BLH Virgílio Brasileiro envia sua produção, um total de 1399 receptores atendidos no período de março de 2018 a fevereiro de 2019 (FIOCRUZ, 2019). Este número é bastante discrepante dos 265 receptores inscritos no livro em questão no mesmo período, o que impossibilitou a análise do perfil epidemiológico dos mesmos.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer o perfil das doadoras torna-se fundamental quando se comparam os 1399 receptores notificados ao sistema de informação do BLH no período do estudo (FIOCRUZ, 2019) com apenas 276 doadoras que fizeram pelo menos 3 doações no mesmo período. Esta situação denuncia a escassez pela qual passa o BLH e a necessidade de intervenções para melhorar a adesão das doadoras. Nesse sentido, evidenciou-se uma queda de 31,8% em novos cadastros de doadoras entre maio e junho, indicando que provavelmente o período de campanhas do BLH, concentrado no mês maio, não está surtindo o efeito desejado.

Esse trabalho encontrou dados obstétricos e socioeconômicos para as doadoras semelhantes ao que já havia sido relatado na literatura. Ficou reforçado o perfil da doadora primípara, jovem, que com suas dúvidas e dificuldades, está mais inserida nos serviços de saúde, especialmente os públicos, associados aos BLHs, com ensino médio completo, submetidas a cesáreas e com bom nível socioeconômico.

A fim de analisar a efetividade das campanhas de doação de LHO realizadas anualmente no mês de maio, sugere-se que sejam feitos outros estudos observacionais e prospectivos com as doadoras do BLH. Também é importante uma análise do perfil das mulheres que se registram no BLH, mas não chegam a doar (24,5% das cadastradas), ou doam apenas uma ou duas vezes (21,4%), além da inserção de um campo na ficha de cadastro onde se possa indicar o motivo da interrupção ou da desistência de seguir como doadora, para possibilitar intervenções sobre esses grupos.

Por fim, ressalta-se a importância de um sistema de informação eficiente para o funcionamento de qualquer serviço, especialmente um com um trabalho tão importante e que beneficiou cerca de 1400 bebês no ano em estudo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAGA, Aline Soleane; ANDRADE, Paula Caroline; FERREIRA, Renata Amaral Mattos. **Caracterização das mães doadoras e do leite doado ao Banco de Leite Humano referência em Minas Gerais: subsídio para estratégias públicas de otimização do serviço**. Belo Horizonte, 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Anvisa, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. **Caderno de Atenção Básica**, n.32, p.77. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. **Cadernos de Atenção Básica**, n.23, p.184. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2015.
- CUNHA, Antonio Jose Ledo Alves da; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; ALMEIDA, Isabela Saraiva de. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **J. Pediat.**, [s.l.], v. 91, n. 6, p.S44-S51, nov. 2015.
- DEMARCHIS A, *et al.* Establishing an integrated human milk banking approach to strengthen newborn care. **J Perinatol**, [s.l.], v. 37, n. 5, p.469-474, 10 nov. 2016.
- FAVARETTO, Meridiane *et al.* Composição lipídica e proteica do leite humano pré e pós-pasteurização. **Visão Acadêmica**, Curitiba, 1 dez. 2016.
- FIOCRUZ. **rBLH Brasil: Rede Global de Bancos de Leite Humano**, 2019. Disponível em: <<https://rblh.fiocruz.br/banco-de-leite-humano-dr-virgilio-brasileiro>>. Acesso em 31 de maio de 2019.
- FLORES, Thaynã Ramos *et al.* Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cad. Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 11, p.1-15, 21 nov. 2017
- FONSECA-MACHADO, Mariana de Oliveira *et al.* Caracterização de nutrizes doadoras de um Banco de Leite Humano. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 3, p.529-538, 13 nov. 2013.
- GARCIA, Carlos Eduardo Rocha *et al.* Fórmulas infantis para alimentação dispensadas em farmácias. **Visão Acadêmica**, p.22-32, Curitiba, 1 mar. 2013.
- MARQUES, Rosa de Fátima da Silva Vieira *et al.* Correlation between hemoglobin levels of mothers and children on exclusive breastfeeding in the first six months of life. **J. Pediat.** [s.l.], v. 92, n. 5, p.479-485, set. 2016.

MELO, Camila dos Santos; GONÇALVES, Renata Moreira. Aleitamento materno versus aleitamento artificial. **Revista de Ciências Ambientais e Saúde**, Goiânia, p. 7-14, 1 out. 2014.

PALMEIRA, Patricia; CARNEIRO-SAMPAIO, Magda. Immunology of breast milk. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [s.l.], v. 62, n. 6, p.584-593, set. 2016.

PRADO, Marcélia Maíra. **Banco de leite humano do município de Varginha-MG: perfil das doadoras e causas de descarte do leite**, 2009. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Lavras, 2009.

SANTOS, Danielle Talita dos *et al.* Perfil das doadoras de leite do banco de leite humano de um hospital universitário. **Acta Scientiarum. Health Science**, [s.l.], v. 31, n. 1, p.15-21, 7 maio 2009.

SIERRA-COLOMINA, Gemma *et al.* Donor milk volume and characteristics of donors and their children. **Early Human Development**, [s.l.], v. 90, n. 5, p.209-212, maio 2014.

SILVA, Emily Semenov *et al.* Doação de leite materno ao Banco de Leite Humano: conhecendo a doadora. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [s.l.], v. 10, n. 4, p.879-889, 17 dez. 2015.

SILVA, Patrick Leonardo *et al.* Perfil das mães doadoras de um Banco de Leite Humano. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, p. 4635-4640, 1 jul. 2013.

SIMPSON, Judith H. *et al.* Optimal Distribution and Utilization of Donated Human Breast Milk. **J Hum Lact**, [s.l.], v. 32, n. 4, p.730-734, 10 jul. 2016.

STEIN, Vivian Pierobom. **Perfil das doadoras de leite humano de um Banco de Leite Humano de um hospital público do sul do país**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação), UFRGS, Faculdade de Medicina, curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

VÍTOLO, Márcia Regina *et al.* Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p.1695-1707, ago. 2014.

WILLIAMS, Thomas *et al.* Use of Donor Human Milk and Maternal Breastfeeding Rates. **Journal Of Human Lactation**, [s.l.], v. 32, n. 2, p.212-220, 17 fev. 2016. SAGE Publications.

## APÊNDICE I

### FORMULÁRIO DA PESQUISA – Nº ORDEM .....

#### DADOS – DOADORA

NOME (INICIAIS): ..... FOLHA Nº: .....

IDADE: ..... INSTRUÇÃO: ..... PROFISSÃO: .....

Nº PESSOAS: ..... RENDA FAMILIAR: ( ) < S.M. ( ) 1 S.M ( ) 2 S.M OU +

#### DADOS OBSTÉTRICOS

Nº GESTA (D): ..... AMAMENTAÇÃO ANTERIOR: ( ) Sim ( ) Não ( ) NA

LOCAL PRÉ-NATAL: ( ) ISEA ( ) UBSF ( ) Consultório ( ) Outros

PESO INICIAL: ..... ESTATURA: ..... IMC: ..... PESO FINAL: .....

AVAL. NUTRI. PRÉVIA: ( ) Baixo peso ( ) Eutrofia ( ) Sobrepeso ( ) Obesidade

GANHO DE PESO NA GESTAÇÃO: ..... Kg ( ) Baixo ( ) Adequado ( ) Alto

TIPO PARTO: ..... IDADE GESTACIONAL (D): ( ) < 37 s. ( ) 37 a 41 s. ( ) ≥ 42 s.

**SAZONALIDADE E DURAÇÃO DA DOAÇÃO** – DATA CADASTRO: ...../...../..... MÊS: .....

SITUAÇÃO: ( ) Desligada em: ...../...../..... ( ) Ativa em: ...../...../..... TEMPO: .....

OBSERVAÇÃO: .....

.....

## APÊNDICE II



**CAMPINA  
GRANDE**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O Núcleo Banco de Leite Humano Doutor Virgílio Brasileiro do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA autoriza a realização da pesquisa intitulada “**Perfil das doadoras e dos receptores de um Banco de Leite Humano da Paraíba**”, que será coordenado pela professora Dra. Marília Medeiros de Araújo Nunes e executado pelos discentes do curso de medicina da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Aline Macêdo Ramos e José Coelho Mororó Neto. A pesquisa será apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em junho de 2019.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 3- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 4- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS N° 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Alane Kaline Costa e Silva Tavares

Coordenadora do Banco de Leite Humano.

20 de dezembro de 2018,

Campina Grande-PB.

## APÊNDICE III



**CAMPINA  
GRANDE**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE

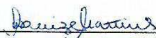
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O Núcleo de Pesquisa, Estágio e Educação - NUPEP do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA autoriza a realização da pesquisa intitulada “**Perfil das doadoras e dos receptores de um Banco de Leite Humano da Paraíba**”, que será coordenado pela professora Dra. Marília Medeiros de Araújo Nunes e executado pelos discentes do curso de medicina da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Aline Macêdo Ramos e José Coelho Mororó Neto. A pesquisa será realizada no Banco de Leite Humano Doutor Virgílio Brasileiro e será apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em junho de 2019.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 2- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.



Ana Luiza de Oliveira Martins

Coordenadora do NUPEP.

Ana Luiza de O. Martins  
- Assessoria Técnica -  
- Coordenação NUPEP -  
- ISEA -

20 de dezembro de 2018,

Campina Grande-PB.



## APÊNDICE IV

**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
HUAC – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO**


Ao Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Solicitamos a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) referente ao projeto de pesquisa intitulado “PERFIL DAS DOADORAS E DOS RECEPTORES DE UM BANCO DE LEITE HUMANO DA PARAÍBA”, pois trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de formulários de cadastro de doadoras e livro de registro como fontes de informação dos receptores. Outrossim, há dificuldade de contactar as doadoras que fazem a ordenha em casa e não frequentam o BLH regularmente, pois o ISEA recolhe o LHO em suas residências, e a maioria dos receptores também já não frequentam o serviço.

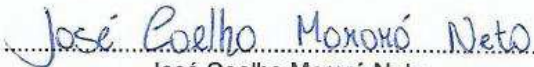
É garantido preservar a privacidade de todos os sujeitos da pesquisa e as informações coletadas serão usadas exclusivamente para a execução do projeto em questão.

Atenciosamente.

Campina Grande, 10 de março de 2019

  
.....  
Marília Medeiros de Araújo Nunes  
Pesquisador responsável

  
.....  
Aline Macedo Ramos  
Pesquisador

  
.....  
José Coelho Mororó Neto  
Pesquisador



## APÊNDICE V

### TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós abaixo-assinados, Orientador e Orientando(s) respectivamente, da pesquisa intitulada "PERFIL DAS DOADORAS E DOS RECEPTORES DE UM BANCO DE LEITE HUMANO DA PARAÍBA", assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de delegação de competências de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta.

Apresentaremos sempre que solicitado pelas instâncias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da mesma, assumindo o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Em cumprimento às normas regulamentadoras, **declaramos que a coleta de dados do referido projeto não foi iniciada e que somente após a aprovação do**

projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (CEP-UFCC), os dados serão coletados.


Campina Grande-PB, 15 de março de 2019.

  
Marília Medeiros Gerônimo Nunes  
Orientador(a)

  
Aline Márcia Ramos  
Orientando

  
José Coelho Mororo Neto  
Orientando

## ANEXO I


**ISEA**  
 Instituto de Saúde Especial de Almeida  
 Banco de Leite Humano Dr. Virgílio Brasileiro  
 DADOS CADASTRAIS DAS DOADORAS

FOLHA Nº: \_\_\_\_\_

Nome			
Nº DO CARTÃO DO SUS			
DATA DE NASCIMENTO	____/____/____	IDADE:	_____
NATURALIDADE			
ENDEREÇO			
BAIRRO			
CIDADE/ESTADO			
PONTO DE REFERÊNCIA			
TELEFONES DE CONTATO	( ) _____	E/OU: ( )	_____
GRAU DE INSTRUÇÃO/PROFISSÃO			
QUANTAS PESSOAS MORAM NA CASA			
RENDIMENTO FAMILIAR	< Salário ( )    1 Salário ( )    2 Salários ou mais ( )		
Nº DE GESTAÇÕES/PARTOS			
AMAMENTAÇÃO ANTERIOR?	SIM ( )	NÃO ( )	PORQUE? _____
<b>HISTÓRIA PROGRESSA</b>			
LOCAL DO PRÉ-NATAL			FONE: ( ) _____
PESO NA GESTAÇÃO	PESO INICIAL: ( ) _____	PESO FINAL: ( ) _____	
ALTURA			
DATA DO PARTO	____/____/____	TIPO DE PARTO:	_____
IDADE GESTACIONAL			
<b>EXAMES REALIZADOS</b>			
VDRL	( ) POSITIVO	( ) NEGATIVO	( ) NÃO INFORMADO
HBsAg	( ) POSITIVO	( ) NEGATIVO	( ) NÃO INFORMADO
HIV	( ) POSITIVO	( ) NEGATIVO	( ) NÃO INFORMADO
HB(%)			
Ht(%)			
OUTROS EXAMES			
TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA	SIM ( )	NÃO ( )	
INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO			
<b>HISTÓRIA ATUAL</b>			
TABAGISMO (FUUMA)	SIM ( )	NÃO ( )	
ETILISMO (BEBE)	SIM ( )	NÃO ( )	
DROGAS	SIM ( )	NÃO ( )	
MEDICAMENTOS	SIM ( )	NÃO ( )	
	QUAIS? _____		
1ª COLETA: ____/____/____	2ª COLETA: ____/____/____	3ª COLETA: ____/____/____	
CÓDIGO DE REGISTO: _____			
Profissional Responsável: _____		Data de Cadastro: ____/____/____	



**ANEXO II**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC

**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO**

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 12443019.2.0000.5182, Número do Parecer: 3.323.660 intitulado: **PERFIL DAS DOADORAS E DOS RECEPTORES DE UM BANCO DE LEITE HUMANO DA PARAÍBA.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

*Andréia Oliveira Barros Sousa*  
Andréia Oliveira Barros Sousa  
Coordenadora *pro tempore* CEP/ HUAC

Campina Grande - PB, 17 de maio de 2019.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.  
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)