



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER

MARIA SAUANNA SANY DE MOURA

**DEMANDA DE DOAÇÃO DE LEITE HUMANO: SUBSÍDIO PARA A
IMPLANTAÇÃO DE UM POSTO DE COLETA PELA ENFERMAGEM**

TERESINA-PI
2018

MARIA SAUANNA SANY DE MOURA

**DEMANDA DE DOAÇÃO DE LEITE HUMANO: SUBSÍDIO PARA A
IMPLANTAÇÃO DE UM POSTO DE COLETA PELA ENFERMAGEM**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação, *Strictu Sensu* Saúde da Mulher, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do título.

Orientador: Dr. Anderson Nogueira Mendes

Co-orientadora: Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues

TERESINA-PI
2018



Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

M929d Moura, Maria Sauanna Sany de.
Demanda de doação de leite humano : subsídio para a implantação de um
posto de coleta pela enfermagem / Maria Sauanna Sany de Moura. --
Teresina, 2018.
102 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-
Graduação em Saúde da Mulher, 2018 .

“Orientação: Prof. Dr. Anderson Nogueira Mendes.”

Bibliografia

1. Bancos de Leite. 2. Leite Humano. 3. Aleitamento Materno. I. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

MARIA SAUANNA SANY DE MOURA

**DEMANDA DE DOAÇÃO DE LEITE HUMANO: SUBSÍDIO PARA A
IMPLANTAÇÃO DE UM POSTO DE COLETA PELA ENFERMAGEM**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação, *Strictu Sensu* Saúde da Mulher, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do título.

Orientador: Dr. Anderson Nogueira Mendes

Co-orientadora: Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues

Trabalho aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Anderson Nogueira Mendes (Orientador)
Universidade Federal do Piauí
Presidente da Banca

Profa. Dra. Jardeliny Corrêa da Penha
Universidade Federal do Piauí
1° Examinador

Profa. Dra. Gerdane Celene Nunes Carvalho
Universidade Estadual do Piauí
2° Examinador

Profa. Dra. Rosimeire Ferreira dos Santos
Universidade Federal do Piauí
3° Examinador

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus, pela sua misericórdia e bondade de estar sempre ao meu lado, me guiando e protegendo, fazendo com que eu vença todos os obstáculos da minha vida em busca dos meus sonhos. Agradeço também a Nossa Senhora de Fátima, que sempre intercedeu por mim, me dando forças para seguir sempre em frente. Hoje entendo o momento certo de tudo acontecer e o propósito divino.

A minha mãe, Maria da Conceição Moura, por sempre me dar muito apoio e um amor incondicional e ficar cuidando do meu filho enquanto eu estava longe, se não fosse a senhora acho que não chegaria até aqui, pois sempre me dava segurança e paz.

Ao meu pai, Moura, por sua preocupação e viagens comigo para Teresina e vivenciar comigo, junto a minha mãe, minhas dificuldades. Vocês realmente sabem o que eu passei e o quão difícil foi chegar até aqui.

Ao meu marido, Fábio da Costa Matos, por sempre me dar forças e pelo seu amor incondicional, dando todo amor ao nosso filho enquanto eu estava ausente e por vivenciar comigo mesmo à distância todo dia essa batalha.

À minha irmã, Samandra Moura, por vivenciar minhas dificuldades, agradeço a Deus por tê-la em minha vida.

Aos meus filhos, José Guilherme e Maria Alícia, tudo que enfrentei, os obstáculos que tive que vivenciar, vocês sempre foram a minha força para que eu pudesse erguer sempre minha cabeça e seguir em frente em busca da nossa vitória.

À minha Tia Verinha e minhas primas Mayara, Mirella e Sônia por terem me acolhido de braços abertos em Teresina e me dando apoio incondicional, principalmente no momento da minha gravidez, durante as aulas do mestrado.

À minha família, especialmente a minha vovó Albertina e vovô Antônio, por sempre se preocuparem comigo e por eu ser o motivo do orgulho deles.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Anderson Mendes Nogueira, por ser esse grande exemplo de profissional e pessoa a ser seguido, por compartilhar comigo seus conhecimentos e experiências. Obrigada por acreditar em mim, pela paciência e por todas as oportunidades a mim concedidas. Gratidão.

A minha co-orientadora, Profa. Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues, por também ser uma grande profissional servindo de espelho a mim, que adquiriu



minha admiração em uma única aula ministrada no mestrado, por compartilhar comigo toda sua experiência e conhecimento e por me fazer acreditar em que eu sou capaz. Também tenho enorme gratidão.

Ao GpeSC/UFPI, em especial ao grupo da linha saúde da criança e à Profa. Ms. Edina Araújo, por ter me ajudado e me dado forças, com sua paciência e amizade.

À professora Artemizia e as alunas Érica, Samara e Luana, por terem me ajudado nesse trabalho.

A todos os professores do Mestrado e a coordenadora Lis Marinho, pela troca de conhecimentos e me fazer amadurecer enquanto profissional.

Aos integrantes da Banca Examinadora, pelas importantes contribuições.

À enfermeira e professora Ionara Holanda, por ter me ajudado com um total apoio e com palavras positivas.

Aos amigos da pós-graduação, em especial a Carolliny e Joel, por terem me ajudado em todos os momentos com palavras de apoio, amizade e irmandade.

Às minhas amigas, Sery Nelly e Gerdane, por acreditarem sempre no meu potencial, me dando forças para seguir em frente. Muito obrigada pelas suas torcidas.

Ao Hospital Regional Justino Luz, por ter me apoiado nessa pesquisa.

À Universidade Federal do Piauí (UFPI), por ter me aberto portas e por ter contribuído com minha qualificação profissional.





“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.”

(Eclesiastes 3:1,2)

RESUMO

O leite humano (LH) oferece todos os nutrientes necessários para a proteção, crescimento e desenvolvimento infantil. No entanto, existem condições que contraindicam o aleitamento materno, porém os recém-nascidos (RN) necessitam do LH, pois trazem grandes benefícios para a saúde. Neste contexto, a demanda de RN que necessitam de LH se torna cada vez mais crescente, sendo necessárias estratégias para promoção da doação do leite materno. Surgem então, os Bancos de Leite Humano (BLH) que se configuram como uma das estratégias para estimular a amamentação e assistir recém-nascidos hospitalizados. No Piauí, existe apenas um BLH e dois postos de coleta para suprir a necessidade dos bebês, todos localizados na capital Teresina. Deste modo, através da descentralização dos postos de coleta, será possível ampliar o número de doadoras. Objetivou-se analisar a demanda de doação de leite humano na região do Vale do Guaribas para subsídio da implantação de um posto de coleta. Trata-se de um estudo transversal e analítico, com abordagem quantitativa, realizado com 226 mulheres, que no momento da pesquisa encontrava-se no puerpério imediato, em um hospital público de referência do interior do Piauí. Para obtenção dos dados foi utilizado um formulário estruturado e os dados foram processados no SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 23.0. Na estatística analítica, foi avaliada a normalidade dos dados através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Em seguida, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Razão de verossimilhança, para investigar associação entre variáveis qualitativas, e o teste t-Student, para comparar as médias de duas amostras independentes. Foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí e aprovado com o número do parecer: 1.872.435. Verificou-se que as possíveis doadoras de leite humano são, em maioria, mulheres jovens, com uma média de 24,4 anos, casadas ou em união estável 165 (73%), pardas 145 (64,2%), desempregadas 150 (66,4%), católicas 185 (81,4%) e de baixa renda 207 (91,6%). Apresentaram algumas patologias comuns na gravidez, sem contraindicação à doação de leite materno. Neste estudo, 78,3% das entrevistadas desejavam ser doadoras, demonstrando relação significativa com os anos de estudo ($p=0,038$) e as que receberam orientações sobre o assunto durante o pré-natal ($p=0,028$). Ainda é necessário enfatizar que a doação representa uma economia de R\$ 180 milhões para o país com a diminuição da necessidade de compra de fórmulas artificiais para recém-nascidos prematuros nas maternidades do Sistema Único de Saúde. A partir desses dados, foi realizado o plano de ação voltado à implantação de um posto de coleta de leite humano na região. Portanto, é fundamental a descentralização dos postos de coleta, pois muitas dessas mulheres entrevistadas mostraram o desejo de doar, mas há vários fatores limitantes que as impedem, já que na região onde vivem não há um local que faça essa coleta e oriente sobre a sua importância. Com a realização do plano de ação, pode-se mostrar aos gestores locais a importância dessa implantação, a fim de diminuir os gastos com internação de recém-nascidos com gravidades ocasionadas pela ausência do aleitamento materno.

Palavras-chave: Bancos de leite. Leite humano. Aleitamento materno.



ABSTRACT

Human milk (LH) provides all the nutrients needed for child protection, growth and development. However, there are conditions that contraindicate breastfeeding, but newborns (NB) need LH, because they bring great benefits. In this context, the demand for newborns that require LH becomes increasingly increasing, and strategies are needed to promote breastfeeding. Thus, the Human Milk Banks (BLH) appear as one of the strategies to stimulate breastfeeding and assist hospitalized newborns. In Piauí, there is only one HMB and two collection points to supply the need for babies, all located in the capital Teresina. In this way, through the decentralization of collection points, it will be possible to increase the number of donors. The objective was to analyze the demand for human milk donation in the Guaribas Valley region to subsidize the implementation of a collection point. This is a cross-sectional and analytical study, with a quantitative approach, performed with 226 women, who at the time of the research were in the immediate puerperium, in a public reference hospital in the interior of Piauí. To obtain the data, a structured form was used and the data were processed in the SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), version 23.0. In the analytical statistic, the normality of the data was evaluated through the Kolmogorov-Smirnov test. Pearson's Chi-square and Likelihood Ratio tests were used to investigate the association between qualitative variables and the Student's t-test to compare the means of two independent samples. It was submitted to the Ethics in Research Committee of the Federal University of Piauí and approved with the opinion number: 1,872,435. It was verified that the possible human milk donors are, in the majority, young women, with an average of 24.4 years, married or in a stable union 165 (73%), brown 145 (64.2%), unemployed 150 (66.4%), Catholic 185 (81.4%) and low income 207 (91.6%). They presented some common pathologies in pregnancy, without contraindication to the donation of breast milk. In this study, 78.3% of the interviewees wanted to be a donor, showing a significant relationship with the study years ($p = 0.038$) and those who received guidance during the prenatal period ($p = 0.028$). It is also necessary to emphasize that the donation represents a savings of R \$ 180 million for the country with the reduction of the need to purchase artificial formulas for premature newborns in the maternity hospitals of the Unified Health System. of action aimed at the implantation of a collection point for human milk in the region. Therefore, it is fundamental to decentralize collection points, since many of these interviewed women showed a desire to donate, but there are several limiting factors that prevent them, since in the region where they live there is no place that collects and guides their collection. importance. With the implementation of the action plan, it is possible to show to the local managers the importance of this implantation, in order to reduce the expenses with hospitalization of newborns with seriousness caused by the absence of breastfeeding.

Key words: Milk banks. Human milk. Breastfeeding.



LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização das nutrizes quanto aos aspectos sociodemográficos. Picos-Piauí, 2017.....	41
TABELA 2 - Caracterização das nutrizes quanto aos aspectos clínicos e gineco-obstétricos. Picos- Piauí, 2017.....	42
TABELA 3 - Descrição dos aspectos clínicos dos recém-nascidos e a indicação para receber doação de leite humano. Picos-Piauí.....	44
TABELA 4 - Dados referentes à doação de leite materno entre as nutrizes. Picos-Piauí, 2017.	45
TABELA 5 - Análise dos aspectos sociodemográficos relacionados ao desejo de doar leite materno. Picos-Piauí, 2017.	47
TABELA 6 - Análise dos aspectos clínicos e gineco-obstétricos relacionados ao desejo de doar leite materno. Picos-Piauí, 2017.	48

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Nutrizes aptas à doação de leite humano. Picos- Piauí, 2017... 46	
GRÁFICO 2 – Descrição do desejo de doar leite materno e motivos para não doar referidos pelas nutrizes. Picos-Piauí, 2017.....46	



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BLH	Banco de Leite Humano
CIR	Comissão Intergestora Regional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo I
DM2	Diabetes Mellitus tipo II
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM	<i>International Business Machines</i>
IHAC	Iniciativa Hospital Amiga da Criança
ISBN	<i>International Standard Book Number</i>
LAM	Líquido Amniótico
LH	Leite Humano
LHO	Leite Humano Ordenhado
LM	Leite Materno
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PCLH	Posto de Coleta de Leite Humano
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
rBLH	Rede Brasileira de Leite Humano
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REDEBLH	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
RN	Recém-Nascido



SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SMAM	Semana Mundial da Amamentação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
4 METODOLOGIA	35
4.1 Delineamento do estudo.....	35
4.2 Período e local de estudo	35
4.3 População e amostra	36
4.4 Variáveis do estudo.....	37
4.5 Coleta de dados.....	38
4.6 Análise de dados	39
4.7 Aspectos éticos.....	39
5 RESULTADOS.....	41
5.1 Caracterização sociodemográfica, clínica e gineco-obstétrica das nutrizes	41
5.2 Comparação entre aspectos e desejos de doar leite materno	47
5.3 Plano de ação voltado à implantação de um posto de coleta de leite humano	50
5.3.1 Momento Explicativo ou Análise da Situação de Saúde.....	50
5.3.2 Momento Normativo ou Definição dos Objetivos.....	51
5.3.3 Momento Estratégico ou Desenho de Propostas e Estratégias de Ação..	51
5.3.4 Momento Tático-operacional ou de Gerenciamento da execução.....	54
6 DISCUSSÃO	56
7 CONCLUSÃO	62
APÊNDICES	74
APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados	75
APÊNDICE B – Treinamento Dos Acadêmicos De Enfermagem.....	81
APÊNDICE C - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido.....	82
APÊNDICE D - Termo De Assentimento	85
APÊNDICE E - Ofício Para O Conselho Municipal De Saúde De Picos-Piauí.....	87
ANEXOS	88
ANEXO A - RDC da ANVISA 171, de 04 de setembro de 2006.....	89

ANEXO B - Comprovante de submissão do artigo para o Jornal de Pediatria	100
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética.....	101

1 INTRODUÇÃO

O leite humano (LH) é considerado o melhor alimento para o recém-nascido (RN), tendo como um dos principais benefícios a diminuição da morbimortalidade e aumento da sobrevivência em RN prematuros. No entanto, existem condições que contraindicam o aleitamento materno (AM), relacionadas a infecções maternas, porém os RN necessitam do LH, devido ao seu potencial benéfico (RECHIA et al., 2016).

Se oferecido exclusivamente nos seis primeiros meses de vida e complementado até os dois anos de idade, o LH oferece todos os nutrientes necessários para a proteção, crescimento e desenvolvimento infantil tendo repercussões positivas a longo prazo. Apresenta benefícios essenciais na saúde infantil, evitando principalmente diarreia, infecção respiratória e alergias. Em bebês prematuros evita, além do que foi citado, a enterocolite necrosante e a sepse (BRASIL, 2015).

O LH apresenta constituintes imunológicos que conferem proteção contra diversas doenças comuns no primeiro ano de vida, podendo ser o responsável pela prevenção, a cada ano no mundo, de 823.000 mortes de crianças menores de 5 anos. Adicionalmente, o vínculo estabelecido entre o binômio mãe-filho provê melhor desenvolvimento cognitivo, visto que crianças amamentadas por mais tempo apresentam maiores quocientes de inteligência, o que poderá proporcionar melhor renda na vida adulta (VICTORA et al., 2016).

Vários estudos vêm demonstrando que, nas primeiras horas de vida do RN, o LH é considerado um fator de proteção contra mortes neonatais, principalmente naqueles hospitalizados, pré- termos ou de baixo peso ao nascer (BRASIL, 2015; RECHIA et al., 2016; MENESES; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2017).

Essa informação fica mais explícita quando o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) afirma que se todos os bebês fossem alimentados apenas com LM, seriam salvas mais de 800.000 vidas por ano. Outro dado importante é que o atraso do AM por duas a 23 horas após o parto aumenta em 40% o risco de morte durante os primeiros 28 dias de vida e, caso o atraso seja de 24 horas ou mais, o risco será em 80% (UNICEF, 2016).

Apesar dos incontestáveis benefícios da amamentação precoce, sobretudo para os RN pré-termos, nem sempre a mesma pode ser efetivada. Nesses casos, a alternativa mais viável, do ponto de vista da promoção da saúde infantil, é alimentar essas crianças com leite ordenhado de suas mães ou, na impossibilidade dessa prática, de outras nutrizes, devidamente processado, para a garantia da segurança microbiológica (SILVA et al., 2015).

Os fatores que podem interferir no AM são: aspectos históricos, socioeconômicos, culturais e individuais, como a falta de informação, o uso de medicamentos incompatíveis com amamentação, doenças como Human Immunodeficiency Humana (HIV), RN hospitalizados, prematuros, entre outros (BRASIL, 2015). Além disso, a demanda de RN que necessita de LH se torna cada vez mais crescente, tornando necessária a elaboração de estratégias para promoção da doação do LM (BRASIL, 2015; RECHIA et al., 2016).

Com base nesse entendimento, foi fundado no Brasil, em 1943, o primeiro Banco de Leite Humano (BLH), no Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), responsável pela promoção, proteção e apoio ao AM, executando atividades de coleta do leite humano, seu processamento, controle de qualidade e distribuição (FIOCRUZ, 2016; BRASIL, 2006).

Os BLH se configuram uma das estratégias para estimular a amamentação e assistir RN hospitalizados. Esses serviços que tem como missão promover, proteger e apoiar o AM, coletar e distribuir LH com qualidade certificada e contribuir para a diminuição da mortalidade infantil. Atualmente, a Rede possui mais de 200 BLH distribuídos em todos os estados do território nacional, alguns com coleta domiciliar (BRASIL, 2018).

Além do mais, a Rede Brasileira de Leite Humano (rBLH-BR) conta ainda com mais de 300 Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH). Esses postos de coleta são considerados um centro apoiador dos bancos de leite, pois incentivam as nutrizes à doação, recolhem o LM na casa das doadoras, servem como local de coleta e mantêm o LH no freezer na temperatura adequada até que este seja enviado ao BLH mais próximo. Com isso, uma medida potencial para disseminação de doações é a descentralização de centros apoiadores, para que ocorra a manutenção de estoques e aumento da proporção de mulheres doadoras (BRASIL, 2018; MENESES; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2017).

Em 2015, a região Nordeste teve 51.472 RN beneficiados com o LH, obtendo o maior número de receptores do Brasil, com 42.790,3 litros de LH coletado e 41.463 doadoras de leite. No entanto, o estado do Piauí teve o menor número dessa região, com 1.415 receptores, 1502,5 litros coletados e 1519 doadoras, demonstrando um baixo índice de leite coletado (FIOCRUZ, 2015).

Estes números podem ser justificados pelo fato do Piauí possuir apenas um BLH na maternidade de referência do Estado e dois PCLH, em maternidades municipais localizadas em Teresina-PI (FIOCRUZ, 2016). Diante dos dados apresentados, verifica-se a necessidade de ampliação das doações de LH, que podem ser alcançadas por meio da implantação e descentralização de centros apoiadores de doação de LH para outros municípios, a exemplo dos postos de coleta.

Destaca-se também que o baixo índice de doação de LH na região Nordeste, especificamente no Piauí, pode estar relacionado à falta de informação, principalmente da nutriz, sobre conhecer a importância da doação e do LM para um RN; como também à centralização de locais adequados de coleta de LH, tendo apenas a capital do Piauí, Teresina, como referência (NEVES et al., 2011)

Deste modo, tanto essa ausência de informação da nutriz pode ter relação com o baixo índice de leite doado, como também existem nutrizas que desejam fazer doação de LH, mas não o fazem, pois não tem no seu município um local para doação e não tem como se deslocar para outra localidade onde há um posto de coleta. Assim, torna-se um desafio rotineiro destes serviços o aumento da demanda de nutrizas e, conseqüentemente, a oferta do leite para os RN (DA SILVA, 2013).

Diante do exposto, verifica-se a necessidade de expandir e ampliar as ações do número de doadoras de LH para os municípios do interior do Estado, cuja distância inviabiliza a doação rotineira. Para atingir este objetivo, propõem-se identificar a demanda de nutrizas que queiram doar o seu leite, a fim de que possa ser elaborado um plano de ação que subsidie a implantação de um posto de coleta de LH em uma cidade polo de elevado número populacional, que atende também 42 municípios na macrorregião do Vale do Guaribas.

O presente estudo possui como objeto a demanda de doação de LH na região do Vale do Guaribas. Pretende-se responder às questões: “Como se apresenta a demanda de doação de leite humano na região do Vale do Guaribas?”, “As informações sobre amamentação e doação do leite humano das nutrizas fornecem

suporte para elaboração de um plano de ação para implantação de posto de coleta de leite humano na região?”.

Destarte, esses dados podem ser utilizados como referencial pelo gestor para o redirecionamento de recursos na implantação de um posto de coleta para doação de leite humano. Além do mais, caso venha ser implantado irá trazer grandes benefícios para a população em geral, principalmente para as nutrizes e RN, onde o próprio local de coleta terá profissionais capacitados para orientá-las como amamentar corretamente e como ordenhar o seu leite, com a finalidade de aumentar o número de doadoras no Piauí. Com tudo isso, aumentará a sobrevida de RN grave dessa região, que enquanto aguardam a regulação para UTI Neonatal em Teresina, possa esta se alimentando de LH, afim de diminuir a mortalidade infantil.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a demanda de doação de leite humano na região do Vale do Guaribas, para subsídio da implantação de um posto de coleta.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as nutrizes quanto aos aspectos sociodemográficos, clínicos e gineco-obstétricos.
- Descrever os aspectos clínicos dos recém-nascidos e a indicação para recebimento de leite humano.
- Identificar as nutrizes aptas à doação de leite e que desejam fazê-la.
- Relacionar o desejo de doar leite materno com os aspectos sociodemográficos, clínicos e obstétricos.
- Elaborar um plano de ação para implantação de um posto de coleta de leite humano em Picos-PI.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Benefícios do aleitamento materno

Destaca-se, de modo unânime, a importância do LM, como medida de saúde pública, visto a superioridade deste em relação à outras fontes de alimentação, principalmente quando ofertado de forma exclusiva até o sexto mês de vida e complementado dos seis meses aos dois anos ou mais. A composição nutricional balanceada e alta biodisponibilidade de nutrientes associada à presença de fatores de crescimento, enzimas e hormônios importantes, resultam em benefícios imunológicos e psicológicos, diminuição da morbidade e mortalidade infantil, entre outros benefícios a curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2002; BRASIL, 2015; BEZERRA et al., 2012; RAUPP, 2013; SILVA; JORGE; FONSECA, 2013; FONSECA et al., 2017; VICTORA et al., 2015).

Acerca das características de proteção contra doenças, Oddy (2013) destaca que a abundância de compostos bioativos e outros agentes imunológicos no LM aumenta e estimula a defesa do organismo, a exemplo das citocinas muito presentes no primeiro leite produzido pela mãe e oferecido ao RN em um momento em que os sistemas do organismo estão imaturos, sugerindo que esses componentes bioativos do leite podem ser importantes para o desenvolvimento neonatal.

O efeito protetor do LM sobre a saúde pode perdurar por toda a vida, neste sentido, Balaban e Silva (2004) e Horta et al. (2007) afirmam que existe uma relação com o *“imprinting”* metabólico, termo que descreve a relação das experiências nutricionais nos primeiros meses de vida do indivíduo, e seu efeito sobre a suscetibilidade à doenças crônicas na idade adulta. Assim, uma nutrição adequada poderia proteger o organismo de doenças crônicas a partir de uma programação de mecanismos fisiológicos regulatórios desencadeados pela experiência nutricional em fases de vida de intenso crescimento e desenvolvimento, como é o caso da fase lactente.

Nesse sentido, os benefícios do LM atribuídos a substâncias bioativas promovem, além da maturação do sistema imunológico, redução da resistência insulínica e prevenção do ganho de peso excessivo durante a infância, contribuindo ainda como importante fator protetor contra várias doenças ao longo da vida, entre

as quais se destacam as doenças cardiovasculares (DCV), o diabetes mellitus (DM), a dislipidemia e a obesidade (KELISHADI; FARAJIAN, 2014; LUNA; OLIVEIRA; SILVA, 2014; PEREIRA; ALFENAS; ARAÚJO, 2014).

Já a ausência do AM ou sua curta duração tem sido relatada como um fator ambiental importante para o desencadeamento do processo autoimune de destruição das células β pancreáticas, resultando no DM1 (MEGEID et al., 2011; PHLIPS; RADERMECKER, 2012).

Em relação ao DM2, fortemente associado ao excesso de peso, a proteção do LM também é eficaz, associada aos seus constituintes bioquímicos e à sua composição nutricional diferenciada, cujas substâncias bioativas promoveriam o equilíbrio energético, com redução do acúmulo de gordura e a obtenção de respostas metabólicas desejáveis (DAS 2007; HORTA; MOLA; VICTORA, 2015). Dentre esses compostos presentes no LM, a quantidade adequada de ácidos graxos poli-insaturados garantiria o número adequado de receptores insulínicos no cérebro da criança, necessários para manter o metabolismo glicêmico normal (DAS, 2007).

Ainda sobre os efeitos protetores à saúde, destaca-se a influência do LM sobre o ganho de peso e estatura. Renfrew et al. (2012) verificaram que crianças amamentadas exclusivamente até o sexto mês não apresentaram déficits de ganho de peso e altura na infância enquanto que Moreira et al. (2012) e Hunsberger et al. (2013) constaram alta prevalência de excesso de peso entre crianças associada a amamentação não exclusiva até os seis meses, confirmando a proteção do AM contra o excesso de peso vista por outros autores.

O LM oferecido de modo exclusivo e por mais tempo está associado ainda, a melhores resultados de desenvolvimento neurológico e inteligência (DEONI et al., 2013; VICTORA et al., 2015). A explicação para estes achados pode ser a presença de células-tronco neurais no LM, caracterizadas pela sua capacidade de transferência de um organismo (a mãe) para outro (a criança), sugerindo que o LM influencia diretamente o desenvolvimento do cérebro infantil através das propriedades celulares necessárias para a homeostase, regeneração e desenvolvimento dos tecidos no início da vida (TWIGGER et al., 2013; HASSIOTOU; HARTMANN, 2014).

Além da presença de fatores que promovem saúde e previnem doenças, o LM propicia benefícios psicológicos e afetivos, visto a intensa entrega e proximidade entre mãe e filho durante o processo (KELISHADI; FARAJIAN, 2014; LUNA;

OLIVEIRA; SILVA, 2014). Existem evidências dos benefícios da amamentação no bem-estar psicológico materno, especificamente sobre a depressão pós-parto, tendo sido associados riscos menores em mulheres que amamentam exclusivamente e por mais tempo (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2011).

Nesse contexto, a exemplo dos efeitos psicológicos para mãe e filho com o ato de amamentar, não só a criança que recebe o LM, mas também a mãe que o oferece, tem seu estado de saúde favorecido. Estudos apontam para a aceleração da perda de peso pós-parto, redução da incidência de anemia e redução das chances de desenvolver câncer de mama, ovário e endométrio, bem como a osteoporose (SILVA et al., 2015; VICTORA et al., 2016).

Entre outros aspectos positivos relacionados diretamente à saúde influenciados pela utilização do LM como alimento exclusivo até os seis meses e complementado por um período maior ou igual a dois anos, há os efeitos impactantes na redução dos custos para os sistemas de saúde, especialmente no que diz respeito às hospitalizações infantis (RENFREW et al., 2012). A nível familiar, a economia também é afetada, visto que há uma redução significativa nos gastos com a aquisição de fórmulas, garrafas, mamilos artificiais, medicamentos e alimentos para RN (HORTA; MOLA; VICTORA, 2015).

Diante dos inúmeros benefícios do LH, é imprescindível um suporte adequado à mãe e ao lactente. O Brasil aparece no cenário mundial como um dos casos de sucesso no que diz respeito às melhorias nos padrões de aleitamento, a sociedade tem sido envolvida e o governo tem oferecido forte apoio e investimento em ações e políticas que favoreçam a sua adesão no país (ROLLINS et al., 2016).

No entanto, embora pesquisa realizada em território brasileiro revele tendência de crescimento nas taxas de aleitamento, o país ainda está longe de atender às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) de amamentação exclusiva por seis meses e de modo complementado no mínimo até os dois anos (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017), resultando em efeitos negativos à saúde, ao desenvolvimento nacional e excesso de gastos em prevenção de morbidades e óbitos precoces, que poderiam ser economizados e investidos em outros segmentos (VICTÓRIA et al., 2016).

Existem inúmeros fatores que contribuem ou dificultam o sucesso do AME, a literatura nacional e internacional tem se empenhado em diagnosticar as principais dificuldades, assim fornecendo subsídios para o desenvolvimento de estratégias

bem direcionadas à prevenção do desmame precoce e promoção da saúde infantil a partir do AME.

3.2 Fatores associados a não utilização de leite materno

3.2.1 Relacionados à decisão de amamentar

Embora seja biologicamente e culturalmente estabelecida, a amamentação é um processo complexo, cujos determinantes para sua efetivação vão desde os aspectos individuais, relativos às mães, aos bebês e às suas famílias, até aspectos contextuais como a realidade socioeconômica, o acesso a serviços de saúde, dotados de profissionais capacitados para a promoção do AM, e a existência de políticas públicas adequadas (BRASIL, 2010).

A idade materna é um dos fatores influenciadores da duração do AM, porém a literatura tem se demonstrado controversa nesse aspecto, enquanto Oliveira et al. (2017) observaram que mães em idade mais elevada possuem maior risco de desmame quando comparadas às mães mais jovens, mas Margotii e Epifanio (2014) verificaram que as mulheres com idade maior que 20 anos de idade amamentam mais tempo, possivelmente por possuírem mais conhecimento e maior experiência em relação ao AM. Outros autores observaram ainda que, para as adolescentes, a associação da idade com fatores pessoais aumenta o risco de desmame precoce, quando comparadas às mulheres adultas (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010; KINGSTON et al., 2012).

A baixa escolaridade também tem sido referida como fator de risco para o desmame precoce (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014). Quanto menos se sabe sobre os benefícios do LM, menos importância é dada à escolha desta prática. No entanto, alguns estudos têm referido a alta escolaridade como fator de risco, de modo indireto, no sentido de que mulheres com maior escolaridade geralmente possuem trabalho fixo e a necessitam retornar ao trabalho, conseqüentemente resultando num risco aumentado para a oferta precoce de alimentos diferentes do LM, o que implica diretamente na duração do AME (BEZERRA et al., 2012; SILVA et al., 2017).

Neste aspecto, Salustiano et al (2012) averiguaram que as crianças cujas mães trabalhavam fora de casa, sofreram 2,7 vezes mais chances de serem

desmamadas precocemente em relação às crianças cujas mães estavam presentes em casa .

Outro fator que interfere no AM é a inexperiência materna, no caso a primiparidade tem sido associada à introdução precoce de outros tipos de alimento diferentes do LM (BEZERRA et al., 2012; SALUSTIANO et al., 2012). Tal fato tem sido motivo de alerta do Ministério da Saúde (MS), no sentido de incentivar ações específicas para estas mães que visem favorecer uma resposta mais positiva em relação ao AME.

Existem evidências também de que a duração da amamentação estaria associada ao tipo de parto. Antunes et al. (2015) observaram que as mulheres grávidas submetidas ao parto vaginal tiveram maior probabilidade de iniciar a amamentação logo após o nascimento, ainda na sala de parto e caso não seja possível, nas seis primeiras horas de vida, possibilitando assim maior incentivo ao AME, maior prevalência e duração prolongada do aleitamento.

Além dos aspectos relacionados às características socioeconômicas e relativas ao número e tipo de parto, algumas práticas realizadas durante ou após o ato de amamentar são identificados como fatores interferentes, a exemplo da pega incorreta do bebê ao seio, que contribui para diversos problemas nas mamas (fissura mamilar, ingurgitamento e em casos mais graves, a mastite) (BARBORA et al., 2017; MORAES et al., 2016; VIEIRA et al., 2014), destacados como principal dificuldade e motivo para interrupção da amamentação e/ou introdução precoce de complementos lácteos, em alguns casos ainda no hospital.

A técnica incorreta na amamentação também favorece a construção da idéia e percepção errônea do leite insuficiente ou fraco, uma das construções sociais mais utilizadas como explicação para o abandono da amamentação. Tal situação pode ser causada por mamadas pouco frequentes e de curta duração, que provocam esvaziamento incompleto da mama e, conseqüentemente, o não consumo do leite posterior, constituído por altas concentrações de gordura, responsável pela saciedade do bebê (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011; ROCCI; FERNANDES, 2014).

Outra prática identificada e que pode antecipar o desmame é a “confusão de bicos” (sucção em bicos artificiais de chupetas e mamadeiras *versus* sucção no seio materno) (VIEIRA; FERRARI et al., 2014). Nessa situação, Salustiano et al. (2012) identificaram aumento de mais de quatro vezes a chance de desmame precoce no

grupo de crianças que estavam sob uso de chupeta, o que enfatiza que o uso da mesma e/ou de mamadeiras deve ser evitado pelo lactente (RODRIGUES; GOMES, 2014).

Diante do exposto, no que concerne às dificuldades para a efetivação do AM, percebe-se ainda que muitas das alegações para a decisão de abandono desta prática referem-se a mitos e desinformação, fato que reitera a importância das orientações e intervenções de apoio à mãe (SOUZA; FERNANDES, 2014). Tais estratégias devem acontecer durante os períodos de pré e pós-natal, orientadas por equipes multidisciplinares, que busquem favorecer o empoderamento da mulher e assim aumentar confiança dela no processo, também chamada de autoeficácia na amamentação (NASCIMENTO et al., 2013b).

A autoeficácia na amamentação está diretamente relacionada à percepção materna sobre sua capacidade de amamentar, e na crença de que possui conhecimentos e habilidades necessários para realizar a amamentação de seu filho com sucesso (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011). Por este motivo, é um dos fatores que influencia tanto no início quanto na manutenção do aleitamento.

Inúmeros autores demonstraram elevação dos níveis de AM a partir de aconselhamento individual ou coletivo, representando uma estratégia importante ao associar-se positivamente com o sucesso na amamentação, proporcionando especialmente segurança à nutriz (NASCIMENTO et al., 2013b; SILVA et al., 2017; VIEIRA et al., 2014). Salustiano et al (2012), Souza e Fernandes (2014), verificaram isso especialmente entre as mães que procuraram atendimento na rede pública, enfatizando que nesta eram prestadas muitas informações e que as práticas facilitadoras da amamentação tendem a ser encontradas com maior consistência em mães que frequentam esses serviços, quando comparadas aquelas que procuram a rede privada.

3.2.2 Relacionados à impedimentos e contraindicações

Além das dificuldades associadas à decisão pela desistência do processo de amamentação, existem os impedimentos ou contraindicações, relacionados à mãe e ao lactente. Os distúrbios metabólicos infantis específicos, como a galactosemia e a fenilcetonúria, são os exemplos mais comuns de contraindicação para o recebimento do LH, visto que na presença de erros inatos do metabolismo como estes, o controle

da doença é realizado com dieta e/ou suplementação por meio de fórmulas específicas, bem como monitoramento cuidadoso (WHO, 2011; KANUFRE et al., 2015).

Em geral, sabe-se da inferioridade da fórmula láctea em relação ao LM, no entanto, nestes casos, a fórmula láctea específica torna-se uma escolha superior em relação ao LM, visto os efeitos que determinados componentes do LH acarretam em organismos metabolicamente incapazes de recebê-lo.

Algumas condições maternas, como os casos de mãe HIV-positiva, com vírus linfotrópico de células T humanas positivas tipo I e II e brucelose não tratada, bem como, o uso de medicamentos, como os antimetabólitos, iodo radioativo, xanax, anticoncepcional oral com estrogênio, parlodel, cloromicetina, valium, ergotamina, norplant e pedofilina, e o abuso de outras drogas como cocaína e cannabis também são contraindicações para o AM (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2012; OMS, 2009).

Especificamente, no que se refere às mães HIV positivas, segundo Galvão, Cunha Machado (2010) o AM representa um risco adicional de 14% a 22% de contágio com o vírus para os neonatos, por esse motivo a amamentação natural não é recomendada. A World Health Organization (WHO, 2011) adverte portanto, que as mulheres soropositivas para o HIV não devem amamentar os seus filhos, mesmo com comprovação de antirretrovirais durante o período de gestação, parto e pós-parto (WHO, 2011).

Já em relação à interrupção do AM na vigência de tratamento medicamentoso da nutriz, evidencia-se que em muitos casos é possível tornar compatível o tratamento e a manutenção do AM (BRASIL, 2010). No entanto, Hale e Rowe (2017) relatam risco de indicação desnecessária de desmame, fato que ocorre quando médicos ao prescreverem medicamentos (mesmo quando não contraindicados para nutriz) com frequência aconselham a suspensão da amamentação, sem avaliarem as consequências para o lactente, mãe e família.

Assim, de acordo com a orientação dos órgãos de saúde, a amamentação somente deverá ser interrompida ou desencorajada se existirem evidências de que o medicamento usada pela nutriz é nociva para o lactente, ou quando não existirem informações a respeito e/ou esta não puder ser substituída por outra que seja compatível com a amamentação (BRASIL, 2010).

No que concerne ao uso de drogas de abuso, como maconha (Cannabis), anfetaminas e cocaína durante a lactação, pode ocorrer intoxicação do lactente e a longo prazo influências sobre o desenvolvimento neurocomportamental da criança, devendo portanto ser excluídas durante a lactação; caso não haja esta possibilidade (em casos de dependência), o aleitamento deve ser suspenso (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2012).

O MS reforça esta afirmativa sobre a suspensão do uso de drogas ilícitas durante o AM e destaca ainda que para substâncias lícitas como o tabaco e álcool, também se aconselha a interrupção do uso durante a lactação. No entanto, deve haver uma avaliação cuidadosa dos riscos/benefícios nos casos em que o uso destas substâncias não for interrompido, visto que especificamente no caso do tabaco, os riscos da suspensão do LM sobrepõem os riscos à saúde ocasionados pelo tabagismo (BRASIL, 2010).

Existem muitas dúvidas e controvérsias acerca das contraindicações para o AM, induzindo erroneamente ao desmame e/ou a introdução desnecessária de suplementos lácteos ou complementos alimentares. Nestes casos a orientação adequada é fundamental (GIUGLIANI et al., 2017).

Em algumas situações, como a maioria das doenças infecciosas bacterianas maternas, embora o contrário seja amplamente difundido, não há contraindicação para o AM. Apenas em alguns casos e de modo temporário, como em infecções graves e invasivas, a interrupção da amamentação se faz necessária por um período que varia de 24 a 96 horas após o início da terapia antimicrobiana e alguma evidência de melhora clínica (CARDOSO; FERNANDES, 2013; LAWRENCE, 2013).

Em outras condições especiais como a prematuridade, a internação do RN em unidade neonatal por longos períodos, com dificuldade ou impossibilidade de sucção/deglutição e portadores de fissura labiopalatina, podem gerar dificuldades no estabelecimento e manutenção do AM (ARSLANOGLU; ZIEGLER; MORO, 2010; MENEZES et al., 2014; REDIGOLO et al., 2017).

Sabendo-se que o leite materno é o melhor alimento para o RN prematuro e sempre indicado por ter nutrientes específicos que contribuirão com a sua maturação, representando um fator imprescindível na proteção contra infecções, melhor digestibilidade e absorção dos nutrientes e a promoção de um melhor desenvolvimento (GALLEGOS-MARTÍNEZ; REYES-HERNÁNDEZ; SCOCHI, 2013), utilizar ou não o LM, não se trata de contraindicação, e sim de dificuldade ou

impedimento para o início e manutenção do AM, que não irá depender da decisão da mãe e/ou cuidadores, mas sim das condições de saúde do bebê e da mãe.

A OMS enfatiza como recomendação o uso do próprio leite da mãe para RN prematuros, no entanto, nos casos em que a mãe lactante não pode satisfazer os requisitos do bebê, é proposta a administração de leite de um BLH (OMS, 2013), reforçando a superioridade deste alimento.

Frente a combinação única de nutrientes, benefícios imunológicos, psicológicos e econômicos reconhecidos do LM, é imprescindível dispor de LH para o atendimento a momentos de urgência e aos lactentes que não disponham de aleitamento ao seio (NEVES et al., 2011). Urge portanto, a continuidade de políticas e ações que favoreçam a duração do AM, tais como a oferta de serviços de apoio de alta qualidade à amamentação, com vistas a uma mão de obra qualificada de profissionais (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2012).

3.3 Políticas e ações de incentivo ao aleitamento materno: Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH)

Dentre várias ações de apoio, promoção, proteção ao aleitamento materno do MS, destacam-se a Iniciativa Hospital Amiga da Criança (IHAC), que prioriza os 10 passos para o AM, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH), a criação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), as campanhas anuais como Semana Mundial da Amamentação (SMAM) e Dia Nacional de Doação de Leite Humano, a Rede Amamenta Brasil, entre outras.

Como foco deste estudo, será detalhada a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH).

A partir de 1885, há uma nova fase, caracterizada pela incorporação de novas atividades, como promoção, apoio e proteção à amamentação e o rompimento com tradições anteriores. Destaca-se neste período, o surgimento de legislação federal específica, e empenho em busca da melhora dos bancos de leite, com a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) (PITTAS et al., 2017).

Para Pittas et al., (2017), a trajetória dos Bancos de leite Humano (BLH) no Brasil ocorre em três períodos distintos. O primeiro é considerado como a fase de consolidação, tendo início em 1943 com a implantação da primeira unidade de BLH

no Brasil no Rio de Janeiro, apenas como alternativa aos casos em que a alimentação artificial não fosse possível, além disso com utilização de estratégias questionáveis para aumentar o volume de leite obtido, como a criação de uma relação comercial de compra e venda.

A última etapa é o modelo atual, em rede nacional, descentralizado e focado na construção de conhecimento técnico a nível estadual e municipal. Assim, a criação da RedeBLH, unindo a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o MS, possibilitou ao Brasil o desenvolvimento de uma das mais complexas e eficientes redes de BLH do mundo, uma referência de atuação na promoção da saúde infantil, inclusive por meio de pesquisa e desenvolvimento tecnológico (FREITAS, 2014; SOARES, 2013).

Diante de tal sucesso e das características do modelo brasileiro, este passou a ser exportado para diversos países, especialmente àqueles em desenvolvimento. Nesse sentido, a REDEBLH-BR ocupa uma posição diferenciada frente a outras formas de atuação no âmbito das políticas públicas de saúde brasileira, produzindo conhecimentos a partir da união entre saber acadêmico e experiência, visando trazer inúmeros atores à rede, tais como, profissionais, saberes, política, usuários, doadoras de leite humano, entre outros (RAUPP, 2013; PITTAS et al., 2017).

Os BLH representam uma estratégia fundamental para a amamentação e para a manutenção do aleitamento dos bebês que não podem mamar no peito, denotando importante função no contexto da saúde pública. Essas ações repercutem positivamente na sobrevivência, crescimento e desenvolvimento do público-alvo, cujas indicações para utilização são nutricionais (a exemplo dos casos de prematuridade), terapêuticas (a exemplo da presença de doenças infecciosas) e preventivas (quando há casos de alergia, por exemplo) (ABREU et al., 2017; LUNA; OLIVEIRA; SILVA, 2014; SOARES, 2013).

A importância dos BLHs vai além da coleta e distribuição de leite, visando ainda a orientação e incentivo às mães e familiares em relação à prática correta do ato de amamentar, eliminando as práticas prejudiciais ao AM e conseqüentemente promovendo a manutenção da lactação (ALVES et al., 2013).

Além destes objetivos, as ações dos profissionais de saúde nos BLH visam o empoderamento das mulheres, através da conscientização de seus direitos: amamentar o filho ainda na sala de parto, usufruir da licença maternidade, requerer vagas em creches em seus locais de trabalho, utilizar uma hora de sua jornada de

trabalho para amamentar; de participar de grupos de apoio ao AM e criar propostas alternativas de solução nas questões sobre essa prática (BRANCO et al., 2016).

Assim, os BLH, tem se configurado como importante agente na informação e incentivo à prática da amamentação.

Embora a REDEBLH seja uma estratégia de sucesso, inclusive servindo de base para outros países no que se refere à política de apoio e incentivo ao AM, existem algumas dificuldades, entre as quais a insuficiente demanda de LH coletado pelos BLHs, pois não há atendimento total de RN em risco na maioria dos estados brasileiros, o que tem levado o MS brasileiro a lançar campanhas e outras estratégias de incentivo à doação de leite materno (MENESES; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2017).

Atualmente o Brasil dispõe de uma Rede de Bancos de Leite Humano, composta de 221 BLHs e 190 PCLH que captam e encaminham o leite doado para seus respectivos bancos, reforçando a insuficiência da oferta desse tipo de serviço frente a demanda crescente (FIOCRUZ, 2017).

Neste contexto, não apenas a quantidade de bancos e postos de coleta de LH interferem na efetivação e cobertura da REDEBLH. Existem evidências de falhas no gerenciamento dos BLH, fato que demonstra a necessidade de conscientização de gestores e demais trabalhadores dessas unidades, a fim de favorecer especialmente a gerência de problemas específicos, tais como a inexistência de local apropriado e acessível para doação, que contribuem para a desistência das nutrizes interessadas em doar (SANTOS; SERVA; CAMINHA, 2017).

Em 2015, a região nordeste teve 51.472 RN beneficiados com o LH, obtendo o maior número de receptores do Brasil, com 42.790,3 litros de leite humano coletado e 41.463 doadoras de leite. No entanto, o estado do Piauí teve o menor número da região Nordeste, respectivamente: 1.415 receptores, 1502,5 litros coletados e 1519 doadoras, demonstrando um baixo índice de leite coletado (FIOCRUZ, 2015). O Piauí possui apenas um BLH na maternidade de referência para o Estado e dois postos de coleta de leite humano, em maternidades municipais localizadas em Teresina-PI (FIOCRUZ, 2016).

Diante desta realidade, faz-se necessário a construção de estratégias que contribuam para o aumento da cobertura desta rede. Sabe-se que a implantação de um BLH conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 171 de 04 de setembro de 2006 (ANEXO A) requer alto investimento técnico e financeiro, no

entanto os PCLHs são uma parte da REDEBLH, cuja efetivação requer menores investimentos e de modo tão importante quanto, por estar vinculado a um BLH e contribui para apoio, incentivo e efetivação da doação e utilização de LH, em casos de necessidade, especialmente emergencial.

Nesta perspectiva, Pellegrine et al. (2014) demonstraram eficácia do PCLH na ampliação do trabalho realizado pelos BLH, ao descrever a implantação de um PCLH em uma unidade básica de saúde (UBS). A proximidade territorial e o estabelecimento de vínculo dos profissionais com as nutrizes do setor da referida UBS, foram chave para efetivação e o sucesso da estratégia, que resultou em aumento de doadoras e de leite humano doado na região.

3.4 Fatores associados ao planejamento de políticas, programas e/ou ações de saúde: Implantação de um Posto de Coleta Humano

A implementação ou continuidade de políticas, programas e/ou ações em saúde exige cada vez mais investimentos, face a alta e crescente demanda pelos serviços, para tanto, é fundamental um planejamento adequado e a partir deste, a utilização adequada de recursos financeiros e humanos. Nessa perspectiva, o desenvolvimento e a apropriação de técnicas, ferramentas e metodologias de planejamento, antes associadas exclusivamente ao setor privado, favorecem o setor público ao alcance de mais eficiência, eficácia, efetividade e transparência (PAULO, 2016).

Em se tratando do planejamento na esfera pública, este envolve dois importantes componentes: o político, que refere-se às negociações e pactos estabelecidos entre união, estados, municípios e internamente nas respectivas esferas de gestão; e o de caráter técnico, que permeia o conhecimento e a capacitação contínua de profissionais que participam de funções administrativas e de planejamento (ROCHA; MARTINELLO; FAGUNDES, 2012).

Na saúde, o planejamento estratégico tem a função de melhorar o desempenho das políticas, a eficiência e efetividade dos serviços no cumprimento de seus objetivos, bem como, pode ser utilizado de forma a identificar os principais problemas de gestão (FENILLI; CORREA; BARBOSA, 2017).

Partindo destes conceitos, a prática do planejamento em saúde deve ser flexível o suficiente para adaptar-se aos diversos problemas, demandas e

necessidades, bem como às diferenças gerenciais e organizacionais dos órgãos responsáveis pelas ações de saúde nas diversas regiões e estados do país (TEIXEIRA, 2010). Nesse contexto, diversos autores contribuíram para a estruturação teórico-metodológica da elaboração de planos em saúde, entre os quais destaca-se Testa (1992), que propôs um modelo em que é possível compreender os problemas e os processos de planejamento, considerando a saúde como um todo.

Entendendo o setor saúde como indissociável do contexto social, considerando a situação de saúde da população e o modo de organização setorial como fenômeno social determinado, Testa (1995) enfatiza que os processos de planejamento requerem a formação de sujeitos sociais para o desenvolvimento de ações políticas em saúde. Esse modo de planejar, segundo Teixeira (2010), oferece elementos conceituais e metodológicos que podem ser utilizados como ponto de partida para a definição de modelos de análise de processos políticos específicos, como é o caso da formulação de planos e programas de saúde.

No entanto, apesar da existência de diversas abordagens teóricas e propostas metodológicas nesta temática, muito tem se discutido acerca da proposta conceitual e metodológica de Matus (1993), intitulada “Planejamento Estratégico Situacional” (PES).

Amplamente defendida nas discussões sobre planejamento em saúde, a PES enfatiza o conceito de situação e destaca os diversos momentos do processo de planejamento: o explicativo (análise da situação inicial, a partir da identificação, descrição e análise das dificuldades enfrentadas, bem como da população por meio da análise de variáveis epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas e oportunidades de ação); o normativo (trata-se da elaboração do objetivo para a dada situação); o estratégico (definem-se as ações a serem realizadas, analisando a viabilidade de cada uma das propostas); e o tático-operacional (traz o detalhamento para execução das ações, sob a gerência, monitoramento e avaliação das operações que compõem o plano) (SILVA et al., 2012).

A etapa explicativa ou de análise da situação de saúde identifica, prioriza e explica os problemas de saúde de uma população, ou seja, o objeto da ação de intervenção, as necessidades e prioridades. Nesta etapa participam todos os sujeitos envolvidos e ou atingidos pelo problema, para tanto, esta fase precisa ser imparcial, atenta, articuladora e precisa, a fim de não perder nenhuma informação importante,

não deixar-se influenciar pelo olhar de determinados sujeitos em detrimento de outros, e a partir da articulação de distintos olhares, encontrar o objetivo correto para a intervenção, respondendo aos seguintes questionamentos: O que? Onde? Como? Quando? Quem? (TEXEIRA, 2010).

O momento normativo ou a definição dos objetivos refere-se a identificação da situação se pretende alcançar com a implementação do plano, em outras palavras, a formulação dos objetivos a serem alcançados, como forma de enfrentamento ao problema já identificado (TEXEIRA, 2010), nesta etapa estará a resposta diante do questionamento: para que?

A partir de então, parte-se para a etapa estratégica ou desenho de propostas e estratégias de ação. Este é um momento crítico de avaliação acerca da viabilidade das potenciais ações; erros nesta fase podem induzir a desperdício ou ausência de tempo, esforço e recursos. Requer portanto, amplo conhecimento dos métodos disponíveis para enfrentar a dada situação (TEXEIRA, 2010), respondendo a seguinte questão: O que fazer?

Por fim, a etapa tático-operacional ou de gerenciamento da execução, que como o próprio termo já confere explicação, trata-se da descrição do passo a passo das ações propostas, a definição dos responsáveis por funções específicas, acompanhada dos processos de avaliação de processos e resultados (TEXEIRA, 2010), nesta fase, será possível definir entre outros pontos: Como fazer? Quem fará? Alcançou-se o esperado? Existe algo a corrigir?

Diante do exposto, percebe-se quão complexo é o processo de planejamento estratégico em saúde, fato que corrobora com a complexidade das demandas de saúde existentes no SUS. Destacam-se, portanto, como principais exigências para que o planejamento contribua efetivamente para mudanças significativas de determinada situação de saúde: a mobilização e engajamento de todos os autores envolvidos, a fim de favorecer o desempenho adequado das políticas, a eficiência e efetividade dos serviços (FENILLI; CORREA; BARBOSA, 2017).

Nesse contexto, embora as ações de incentivo ao AM sejam eficazes e obtém resultados significativos à proteção da saúde e prevenção de doenças junto ao público materno-infantil, encontram-se aquém do esperado pela OMS, o que justifica a necessidade de ampliação de programas bem sucedidos em algumas regiões, mas que seja por falta de recursos financeiros e humanos ou pelo planejamento ineficaz, não alcançam parcela significativa desta população que passa pelos

mesmos problemas e demandam por estas ações e estratégias, a exemplo das desenvolvidas pelos BLHs.

O presente referencial teórico vem portanto subsidiar o desenvolvimento de um planejamento estratégico situacional no município de Picos-PI, na perspectiva do aleitamento materno, quando este está impossibilitado e diante da ausência de um posto de coleta de leite humano no referido município, situação que coloca em risco as crianças que não dispõem do leite materno em tempo hábil, quantidade e qualidade adequadas.

O plano que se pretende propor trará benefícios também para mães com produção excessiva e que atualmente acabam por desenvolver problemas com as mamas em decorrência deste excesso ou mesmo tendo que desprezar este leite que poderia estar ajudando no processo de alimentação adequada de tantas crianças. Além disso, poderá reduzir a sobrecarga de demanda existente para o único BLH do estado do Piauí, localizado na capital e assim, favorecer o atendimento de um número maior de municípios do interior, visto a localização de Picos-PI que favorece o atendimento de uma macrorregião composta por vários outros municípios.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal e analítico de abordagem quantitativa. Os estudos transversais examinam elementos em um único momento do tempo e fornecem características importantes sobre a totalidade do processo, ainda que os sujeitos envolvidos não sejam monitorados em todo o processo. A pesquisa analítica abrange a exploração estatística das variáveis, estendendo-se a procedimentos bivariados e multivariados para a demonstração de relacionamentos entre as características; proporcionam o embasamento de futuras pesquisas e fornecem dados para implantação de medidas (GRAY; GROVE; SUTHERLAND, 2017).

A abordagem quantitativa é aquela em que se coletam e analisam dados quantitativos sobre variáveis, sendo capaz de identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica (ESPERÓN, 2017).

4.2 Período e local de estudo

O estudo foi realizado no período de dezembro de 2016 a junho de 2018 em um Hospital de Referência do Vale do Guaribas localizado na cidade de Picos, no centro-sul do estado do Piauí, a 306 Km da capital Teresina. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Picos conta com uma população estimada em 76.309 (sendo 58.307 na zona urbana e 15.107 na zona rural), 577,304 km² de área na unidade territorial e 137,30 hab/km² densidade demográfica, trata-se da terceira cidade mais populosa do Estado do Piauí (BRASIL, 2015).

O Estado do Piauí possui 11 territórios de desenvolvimento e Picos é sede do território Vale do Guaribas, servindo de referência para sessenta municípios da macrorregião e microrregião, contando com uma rede integrada de serviços de saúde nos níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária (BRASIL, 2018).

O referido hospital possui atualmente 133 leitos, apresentando em suas instalações físicas: Setor de Pronto-Atendimento com consultórios médicos, salas de pequenas cirurgias, sala de atendimento indiferenciado, sala de gesso, sala de higienização, sala de repouso/ observação, sala de enfermagem, sala de

imunização, acolhimento obstétrico e pediátrico, hospitalar com sala de cirurgia, sala de recuperação, sala de parto, leitos de alojamento conjunto, leitos de RN normal e patológico, serviços de apoio, ambulância, central de esterilização de materiais, farmácia, lactário, lavanderia, necrotério, serviço de prontuário de pacientes, serviço de manutenção de equipamentos, serviço social e uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto (BRASIL, 2018).

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por puérperas. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), nos anos de 2012 a 2016, foram 10.975 nascidos vivos no município de Picos-PI, com uma média anual de 2.195 nascidos vivos.

Compuseram a amostra aquelas mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter filho(s) recém-nascido(s) vivo(s). Foram excluídas as que não apresentaram condições psicológicas para responder aos formulários da pesquisa.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizada a fórmula para populações finitas com base na estimativa da proporção populacional. N é o tamanho da população (2.195), referente ao número anual médio de nascidos vivos no município; p é a proporção populacional de ocorrência do evento, em que utilizou-se 50,0%, pois a prevalência do evento é desconhecida; Z é o ponto crítico da curva normal associado ao intervalo de confiança determinado de 95% (1,96) e E é o erro máximo de estimativa (5%). Assim, a amostra mínima necessária para o estudo foi de 226 participantes.

$$n = \frac{N \cdot p \cdot (1 - p) \cdot Z^2}{p \cdot (1 - p) \cdot Z^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

A amostragem foi por conveniência, em que os elementos são escolhidos por facilidade, ou seja, incluídos na amostra sem probabilidades previamente especificadas ou conhecidas de eles serem selecionados (ANDERSON; SWEENEY; WILLIAMS, 2007). Durante a operacionalização do estudo, quando houve recusa de alguma participante selecionada, uma nova mulher que não havia realizado a entrevista e aceitasse, foi incluída, repetindo-se o processo até que foi atingido o quantitativo mínimo necessário

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis desse estudo foram baseadas nas principais informações encontradas na caderneta da gestante e no cardeneta da criança que se relacionem com a amamentação, sendo divididos em 5 seções:

4.4.1 *Caracterização materna*: idade (anos), estado civil, escolaridade (anos), cor/raça, situação ocupacional, religião, renda familiar, acesso à internet, fumante, consumo de bebidas alcóolicas, drogas ilícitas, atividade física.

4.4.2 *Caracterização gineco-obstétrica históricos*: quantidade de gestações, abortos e nascidos vivos, doenças na última gravidez, complicações na última gravidez, amamentação de filhos anteriores.

4.4.4 *Caracterização gineco-obstétrica filho atual*: uso de método contraceptivo, planejamento na gravidez, número de consultas pré-natal realizadas, amamentação do filho atual.

4.4.5 *Caracterização das crianças relacionadas aos primeiros dias após o nascimento*: dias de nascido vivo, uso de leite artificial, recebimento de leite de terceira pessoa, classificação do RN pelo peso e idade gestacional, local de nascimento, internação nos primeiros dias de vida, alimentação por um banco de leite.

4.4.6 *Amamentação e doação de leite materno*: orientação no pré-natal sobre AM, amamentação de uma terceira pessoa, orientação no pré-natal sobre doação de LH, utilização de um serviço de coleta de LH.

Além disso, após todo o diagnóstico sobre a demanda de doação de leite humano no município de Picos-PI, foi elaborado um plano de ação baseado no Planejamento Estratégico Situacional com o objetivo de subsidiar a implantação de um PCLH na cidade, no qual constam os seguintes dados: realidade; demanda (necessidade); viabilidade (detalhamento dos procedimentos técnicos e educacionais); recursos de materiais e humanos necessários; capacitação de como preparar mama para ordenha e sobre a importância da doação e do aleitamento materno; transporte para Teresina (articulação municipal e estadual); dentre outros.

4.5 Coleta de dados

Utilizou-se um formulário de coleta de dados (APÊNDICE A) baseado na cardeneta da gestante e na cardeneta da criança, o qual foi submetido ao teste piloto com 10 puerperas, para verificação das variáveis que iriam ser utilizadas no estudo.

Em seguida a realização do teste, foram capacitadas duas alunas pela pesquisadora, essas alunas fazem parte do curso de graduação em Enfermagem, pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB) e que integram o Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC/ CNPQ/ UFPI), linha de pesquisa em Saúde da Criança. Os alunos receberam treinamento, perfazendo 8h de capacitação (APÊNDICE B) e foram capacitados para a aplicação do instrumento de coleta de dados, no entanto, a realização do plano de ação e suas etapas ficaram a cargo exclusivamente da pesquisadora. As puérperas entrevistadas durante o teste piloto foram inclusas na amostra.

A coleta foi realizada intercalando um dia sim e outro não no horário da manhã e após no mínimo 6 horas do nascimento do RN, para que não houvesse viés a respeito da alimentação do mesmo, se era realizada através do AM e/ou leite artificial, como também para o descanso das mulheres submetidas à cesariana.

No primeiro momento, as puérperas eram abordadas no alojamento conjunto, para explicação sobre o objetivo da pesquisa, e após o seu consentimento, era realizado a entrevista individualmente.

As puérperas eram entrevistadas no período pós-parto também na ala pediátrica, caso os RN estivessem internados com alguma intercorrência. Se por acaso, os RNs nascessem com alguma intercorrência grave, a puérpera era entrevistada antes da transferência do RN para a capital.

Quanto à elaboração e qualificação do material para o plano de ação foi realizado após realizar todo o diagnóstico encontrado na pesquisa, baseando se no PES. Em seguida, deu-se o início da implementação do plano de ação, o mesmo foi submetido na editora da UFPI e registrado oficialmente com ISBN (International Stand Book Number) e, foram iniciadas as ações com a submissão aos órgãos colegiados em Picos e macrorregião, através da entrada em processo de aprovação no Conselho Municipal de Saúde e Comissão Intergestora Regional (CIR) e para

divulgação dessa pesquisa ao mundo foi realizado um artigo para submeter ao Jornal de Pediatria (ANEXO B).

4.6 Análise de dados

Os dados foram digitados em dupla planilha do *Microsoft Excel®*, para validação e verificação de possíveis erros de digitação e transportados para o software IBM® (*International Business Machines*) SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23.0. Na estatística descritiva, foram calculadas média, desvio padrão, valores mínimos e máximos para as variáveis quantitativas; e frequências absolutas e relativas, para as variáveis qualitativas.

Na estatística analítica, primeiramente foi avaliada a normalidade dos dados através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Em seguida, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Razão de verossimilhança, para investigar associação entre variáveis qualitativas, e o teste t-Student para comparar as médias de duas amostras independentes. Utilizou-se $p < 0,05$ como valor de referência para a significância estatística (FIEL, 2009).

Os resultados foram expostos em forma de tabelas e gráficos, bem como discutidos com a literatura atual pertinente.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí e aprovado com o número do parecer: 1.872.435 (ANEXO C) e desenvolvido conforme os requisitos propostos pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2016), que por sua vez trata dos aspectos éticos e legais das pesquisas que envolvem seres humanos.

As participantes foram informadas quanto aos objetivos, metodologia, riscos e benefícios da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) e para as mães com idade inferior a 18 anos assinaram o Termo de Assentimento (APÊNDICE D), resguardando-lhes o direito de permanecer ou desistir da pesquisa em qualquer momento, garantindo assim o direito de anonimato e garantia de não acarretar prejuízo ou risco aos participantes.

Esta pesquisa apresentou riscos mínimos às participantes, e os mesmos estavam relacionados pela dificuldade da amamentação, como também alguma doença sexualmente transmissível que a impedia de amamentar e o uso de drogas ilícitas. Tais perguntas puderam ser constrangedoras e trazer desconforto as mesmas. No entanto, a equipe de pesquisadores estava atenta para amenizar ou solucionar fatos como esses, garantindo a confidencialidade da identidade da participante.

Este estudo trouxe benefícios às participantes no concernente ao estímulo ao AM, a fim de melhorar o número de mulheres em realizar o aleitamento materno exclusivo, como também o conhecimento a respeito de doação do leite excedente, que muitas desconheciam esse serviço. Trouxe novidades para o desenvolvimento científico e poderá contribuir para uma implantação de um posto de coleta. Dessa forma, acredita-se que os benefícios desta pesquisa superaram seus riscos.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica, clínica e gineco-obstétrica das nutrizes

TABELA 1 – Caracterização das nutrizes quanto aos aspectos sociodemográficos. Picos – Piauí, 2017.

Variáveis	n	%	Mínimo-Máximo	Média±DP*
Idade			13 - 45	24,4 ± 6,8
13 a 19 anos	70	31,0		
20 a 29 anos	106	46,9		
30 a 45 anos	50	22,1		
Estado Civil				
Casada	165	73,0		
Solteira	59	26,1		
Separada	01	0,4		
Viúva	01	0,4		
Escolaridade (anos de estudo)			0 - 32	12,5 ± 5,0
Cor/Raça				
Branca	53	23,5		
Parda	145	64,2		
Preta	24	10,6		
Amarela	03	1,3		
Indígena	01	0,4		
Situação ocupacional				
Estudante	33	14,6		
Empregada/Carteira assinada	16	7,1		
Empregada sem carteira assinada	26	11,5		
Desempregada	150	66,4		
Aposentada	01	0,4		
Religião				
Católica	185	81,9		
Evangélica	34	15,0		
Sem religião	07	3,1		
Renda familiar**			99,00-3000,00	636,9±463,3
< 1 salário	207	91,6		
1 – 2 salários	16	7,1		
> 2 salários	03	1,3		

* DP: desvio-padrão.

** Classificação em salários mínimos com base no valor praticado pelo governo brasileiro no ano da coleta de dados da pesquisa (2017): R\$ 937,00.

Fonte: dados da pesquisa.

A tabela 01 demonstra que as puérperas entrevistadas possuíam em média 24,4 anos de idade. Referiram uma renda mensal média de R\$ 636,90 reais, estudaram em média 12,5 anos e a maioria (66,4%) estavam desempregadas. Além

disso, 73,0% delas eram casadas ou em união estável. A cor auto referida predominante foi a parda (64,2%). Em relação a religião, 81,9% eram católicas.

TABELA 2 – Caracterização das nutrizes quanto aos aspectos clínicos e gineco-obstétricos. Picos – Piauí, 2017.

Variáveis	n	%	Mínimo–Máximo	Média ± DP *
Tabagismo				
Sim	05	2,2		
Não	221	97,8		
Etilismo				
Sim	14	6,2		
Não	212	93,8		
Uso de droga ilícita				
Sim	01	0,4		
Não	225	99,6		
Prática de atividade física				
Sim	79	35,0		
Não	147	65,0		
Número de Gestações				
1 gestação	115	50,9	1 – 8	1,8 ± 1,1
2 gestações	61	27,0		
3 ou mais gestações	50	22,1		
Número de Abortos				
Nenhum aborto	204	90,3	0 – 4	0,1 ± 0,4
1 ou mais abortos	22	9,7		
Número de Partos Normais				
Nenhum parto normal	131	58,0	0 – 7	0,8 ± 1,2
1 parto normal	50	22,1		
2 ou mais partos normais	45	19,9		
Número de Partos Cesáreas				
Nenhum parto cesáreo	71	31,4	0 – 3	1,0 ± 0,9
1 parto cesáreo	104	46,0		
2 ou mais partos cesáreos	51	22,6		
Número de consultas Pré-Natal				
1 a 6 consultas	80	36,0	1 – 17	7,3 ± 2,3
7 ou mais consultas	142	64,0		
Doenças durante a gravidez				
Sim	84	37,2		
Não	142	62,8		
Complicações na gravidez				
Sim	45	19,9		
Não	181	80,1		
Amamentou filhos anteriores				
Sim	92	40,7		
Não	13	5,8		
Primeiro Filho	121	53,5		

TABELA 2 – Caracterização das nutrizes quanto aos aspectos clínicos e gineco-obstétricos. Picos – Piauí, 2017. (Continuação).

Variáveis	n	%	Mínimo–Máximo	Média ± DP *
Tempo médio de amamentação (em meses)			1 – 48	16,1 ± 11,3
Motivo de não ter amamentado				
Mastite	02	15,4		
Filho não quis mamar	02	15,4		
Não tinha o bico do peito	01	7,7		
Não conseguiu	03	23,1		
Não tinha leite	05	38,5		

* DP: Desvio-padrão.

Fonte: dados da pesquisa.

Na tabela 02, estão dispostos os dados sobre os aspectos clínicos e gineco-obstétricos das entrevistadas, entre as quais 97,8% afirmaram não fumar; dentre aquelas que utilizavam tabaco, em média consumiam 7,6 cigarros por dia. Quanto ao consumo de bebida alcoólica, 6,2% afirmaram fazer uso de álcool, em média 1,5 vezes por semana. Apenas uma das entrevistadas afirmou usar droga ilícita, 1 (0,4%) vez por semana. Referente a atividade física, 35,0% praticavam alguma modalidade, sendo a frequência média 3,4 vezes por semana.

Sobre a caracterização gineco-obstétrica dessas puérperas, 50,9% afirmaram ter engravidado uma única vez, 90,3% relataram não ter tido aborto, 58% não tiveram nenhum parto normal e 46% um parto cesariano. O número de consultas de pré-natal foi em média 7,3 consultas.

Quanto as doenças na gravidez, 37,2% afirmaram ter sido acometidas por algumas dessas doenças a seguir: Zika: 01 (1,2%); Anemia: 36 (42,9%); Sífilis: 08 (9,5%); Disfunções na tireóide: 01 (1,2%); Gripe: 02 (2,4%); Infecção urinária: 47 (56,0%); Doença renal: 03 (3,6%); Dengue: 01 (1,2%); HIV: 02 (2,4%); Alterações na coagulação sanguínea: 01 (1,2%). As principais complicações relatadas foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): 26 (57,8%); Diabetes: 06 (13,3%); Perda de LAM: 04 (8,9%); Hematoma uterino: 02 (4,4%); Pré-eclampsia: 01 (2,2%); Troboembolismo: 01 (2,2%); Dispneia: 01 (2,2%); Labirintite: 01 (2,2%); Ansiedade: 01 (2,2%).

As mulheres que tinham filhos anteriores afirmaram ter amamentado de 1 a 7 filhos, com média de 1,77 filhos. Entre puérperas que não amamentaram filhos anteriores, 38,5% relataram que não tinham leite.

TABELA 3 – Descrição dos aspectos clínicos dos recém-nascidos e a indicação para receber doação de leite humano. Picos – Piauí, 2017.

Variáveis	n	%	Mínimo-Máximo	Média ± DP*
Dias de nascido vivo			1 - 27	2,0 ± 2,6
Classificação do RN				
Pré-termo	16	7,1		
A termo	204	90,7		
Pós-termo	05	2,2		
Adequação peso-idade do RN				
Pequeno para IG**	20	8,8		
Adequado para IG	194	85,8		
Grande para IG	11	4,9		
Internação do RN				
Sim	35	15,5		
Não	190	84,1		
Utilização de leite artificial				
Sim	19	8,4		
Não	207	91,6		
Motivo para utilizar leite artificial				
Dificuldade de amamentação	09	47,4		
Doença do RN	06	31,6		
RN prematuro	04	21,1		
Doença da mãe	03	15,8		
Recebeu leite de terceira pessoa				
Sim	12	5,3		
Não	214	94,7		
Razão para ter recebido leite de terceira pessoa				
A mãe não produz leite	10	83,4		
RN não consegue sugar	01	8,3		
Complicações cirúrgicas	01	8,3		
RN alimentado por banco de leite				
Não	226	100,0		

* DP: desvio-padrão.

** IG: Idade Gestacional.

Quanto aos aspectos clínicos dos RN e a indicação para receber doação de LH, em média, eles tinham 02 dias de vida no momento da coleta de dados, sendo a maioria (85,8%) adequado para idade gestacional e 15,5% estavam internados.

Além disso, 8,4% utilizaram leite artificial; destes, 47,4% das mulheres afirmaram dificuldade de amamentação, 31,6% doenças no RN e 21,1% que o mesmo nasceu prematuro. Já 5,3% afirmam que o seu RN recebeu leite de uma terceira pessoa; destas, 83,4% relataram a não produção de leite suficiente como

motivo. O tempo de utilização de leite materno dos filhos anteriores foi em média 2,1 meses (DP \pm 1,0) (Tabela 03).

TABELA 4 – Dados referentes à doação de leite materno entre as nutrizes. Picos – Piauí, 2017.

Variáveis	n	%
Orientação no pré-natal sobre aleitamento materno		
Sim	175	77,4
Não	51	22,6
Amamentou uma terceira pessoa		
Sim	21	9,3
Não	205	90,7
Razão para amamentar terceiros		
A mãe não tinha leite	19	90,5
Mãe não amamentava a criança	01	4,8
Mãe estava impossibilitada de amamentar	01	4,8
Orientação no pré-natal sobre doação de leite materno		
Sim	37	16,4
Não	189	83,6
Já doou leite materno		
Sim	05	2,2
Não	221	97,8
Motivo para doar leite materno		
Necessidade do filho	01	20,0
Ajudar alguém da família / conhecido	02	40,0
Excesso de leite materno	02	40,0
Já usou o serviço de coleta domiciliar de leite ordenhado		
Sim	01	0,4
Não	225	99,6
Motivo de não utilizar o serviço de coleta domiciliar		
Falta de interesse	01	0,4
Falta de oportunidade / facilidade	92	40,9
Desconhece o serviço	132	58,7

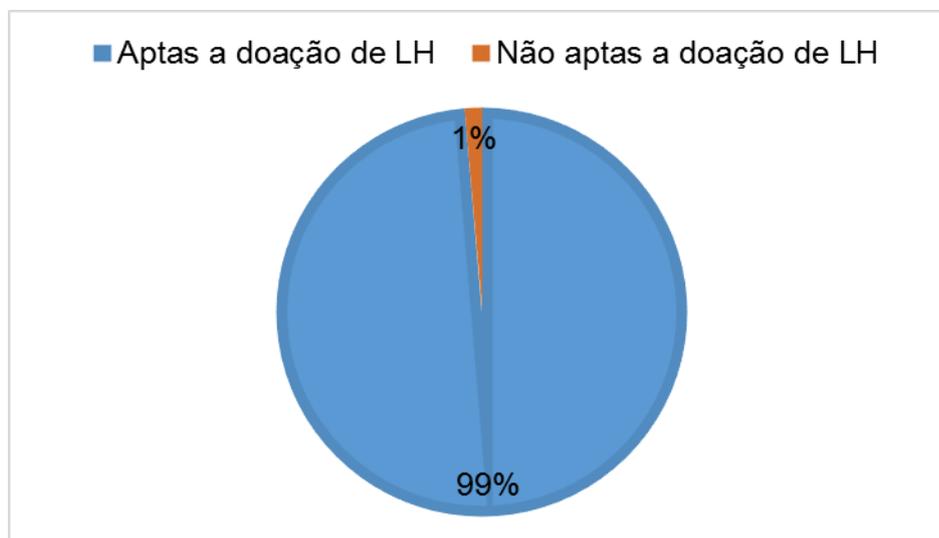
Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à doação de LM, 83,6% não haviam recebido orientação sobre doação de leite. Das puérperas entrevistadas, 9,3% já haviam amamentado uma terceira pessoa, cuja a razão mais relatada era que a mãe do RN não tinha leite (Tabela 04).

Quanto à doação de LM, apenas 2,2% das mulheres já haviam doado. Destas, 40,0% fez essa doação motivada em ajudar alguém da família ou por excesso de LM, sendo o período de doação em média 0,9 meses (DP= \pm 0,7).

Apenas 01 puerpera já havia utilizado o serviço de coleta domiciliar e 58,7% desconheciam o serviço.

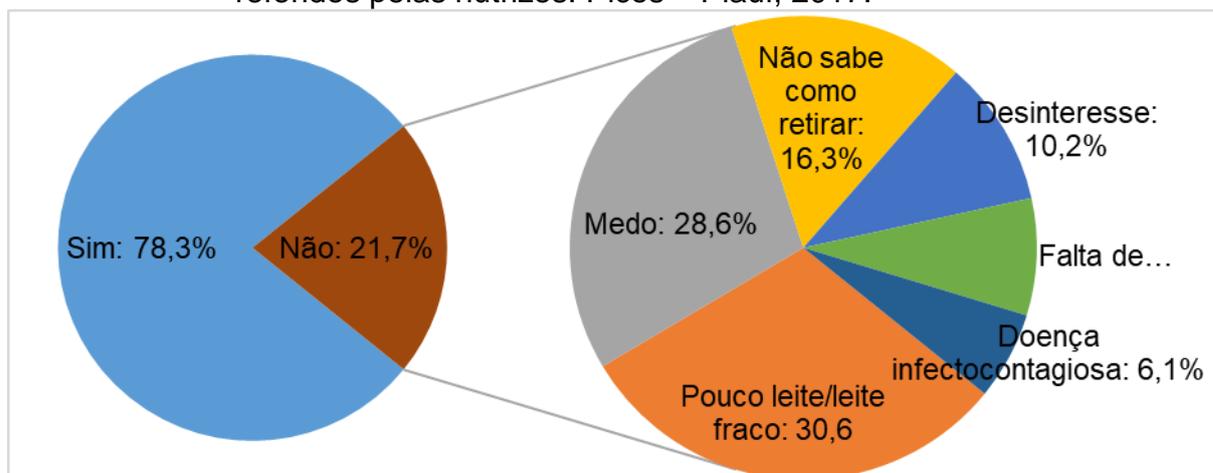
GRÁFICO 01 – Nutrizes aptas à doação de leite humano. Picos – Piauí, 2017.



Fonte: dados da pesquisa.

Conforme o gráfico 1, é possível observar que a grande maioria das mulheres estavam aptas à doação de LH, conforme regulamentação das normas RDC Nº 141/2006; sendo que a exclusão da mulher como doadora foi devido a infecção pelo vírus HIV e o uso de drogas ilícitas.

GRÁFICO 02 – Descrição do desejo de doar leite materno e motivos para não doar referidos pelas nutrizes. Picos – Piauí, 2017.



Fonte: dados da pesquisa.

O gráfico 2 apresenta dados sobre o desejo de doar LM, em que 78,3% afirmaram que doariam seu leite. Entre as que não possuíam o desejo de doar, 21,7% afirmaram como motivo mais prevalente o fato de produzirem pouco leite materno ou terem o leite fraco.

5.2 Comparação entre aspectos e desejos de doar leite materno

TABELA 5 – Análise dos aspectos sociodemográficos relacionados ao desejo de doar leite materno. Picos – Piauí, 2017.

Variáveis	Desejo de Doar Leite Materno						p-valor
	Sim			Não			
	n	%	Média±DP	n	%	Média±DP	
Idade			24,7±7,0			23,2±5,6	0,172*
Estado Civil							0,805**
Casada	129	78,2		36	21,8		
Solteira	46	78,0		13	22,0		
Separada	01	100,0		-	-		
Viúva	01	100,0		-	-		
Escolaridade			12,8±5,0			11,1±4,7	0,038*
Cor/Raça							0,286**
Branca	45	84,9		08	15,1		
Parda	108	74,5		37	25,5		
Preta	20	83,3		04	16,7		
Amarela	03	100,0		-	-		
Indígena	01	100,0		-	-		
Ocupação							0,633**
Estudante	27	81,8		06	18,2		
Empregada / Carteira assinada	14	87,5		02	12,5		
Empregada sem carteira assinada	21	80,8		05	19,2		
Desempregada	114	76,0		36	24,0		
Aposentada	01	100,0		-	-		
Religião							0,448***
Católica	147	79,5		38	20,5		
Evangélica	24	70,6		10	29,4		
Sem religião	06	85,7		01	14,3		
Renda familiar			656,1±488,3			567,5±354,4	0,237*

* t-Student para amostras independentes.

** Razão de verossimilhança.

*** Qui-quadrado de Pearson.

A tabela 05 corresponde a análise dos aspectos sociodemográficos relacionados ao desejo de doar leite materno. A escolaridade esteve relacionada com o desejo de doar leite materno ($p=0,038$). Nas demais variáveis analisadas, observou-se que mulheres com maior renda familiar e maior idade demonstravam mais interesse em doar leite, porém sem significância estatística.

TABELA 6 – Análise dos aspectos clínicos e gineco-obstétricos relacionados ao desejo de doar leite materno. Picos – Piauí, 2017.

Variáveis	Desejo de Doar Leite Materno						p-valor
	Sim			Não			
	n	%	Média±DP	n	%	Média±DP	
Tabagismo							0,926*
Sim	04	80,0		01	20,0		
Não	173	78,3		48	21,7		
Etilismo							0,468**
Sim	12	85,7		02	14,3		
Não	165	77,8		47	22,2		
Droga ilícita							0,484*
Sim	01	100,0		-	-		
Não	176	78,2		49	21,8		
Prática de atividade física							0,083**
Sim	67	84,8		12	15,2		
Não	110	74,8		37	25,2		
Nº de Gestações			1,8±1,1			1,9±1,3	0,474***
Nº de Abortos			0,1±0,4			0,1±0,4	0,661***
Nº de Partos Normais			0,8±1,2			0,8±1,3	0,922***
Nº de Partos Cesáreas			0,9±0,8			1,1±0,9	0,445***
Nº consultas Pré-Natal			7,2±2,2			7,1±2,9	0,794***
Doenças na gravidez							0,550**
Sim	64	76,2		20	23,8		
Não	113	79,6		29	20,4		

TABELA 6 – Análise dos aspectos clínicos e gineco-obstétricos relacionados ao desejo de doar leite materno. Picos – Piauí, 2017. (Continuação).

Variáveis	Desejo de Doar Leite Materno						p-valor
	Sim			Não			
	n	%	Média±DP	n	%	Média±DP	
Complicação na gravidez							0,615**
Sim	34	75,6		11	24,4		
Não	143	79,0		38	21,0		
Amamentou filhos anteriores							0,123**
Sim	74	80,4		18	19,6		
Não	08	61,5		05	38,5		
Tempo médio de amamentação (meses)			15,4±11,1			19,1±11,1	0,212***
Orientação no PN sobre doação de LM							0,028**
Sim	34	91,9		03	8,1		
Não	143	75,7		46	24,3		
Amamentou pessoa 3º							0,758**
Sim	17	81,0		04	19,0		
Não	160	78,0		45	22,0		

* Razão de verossimilhança.

** Qui-quadrado de Pearson.

*** t-Student para amostras independentes.

Fonte: dados da pesquisa.

Sobre a análise dos aspectos clínicos e gineco-obstétricos relacionados ao desejo de doar LM, a orientação no pré-natal sobre doação de leite teve relação estatisticamente significativa com o desejo de doar leite, em que 91,9% das entrevistadas que receberam orientação durante o pré-natal demonstraram o desejo de doar LM ($p=0,028$) (Tabela 06).

5.3 Plano de ação voltado à implantação de um posto de coleta de leite humano

De posse das informações apresentadas, será disposto a seguir o planejamento elaborado como forma de subsídio à implantação de um PCLH na cidade de Picos-Piauí, tendo como embasamento teórico os preceitos do PES.

5.3.1 Momento Explicativo ou Análise da Situação de Saúde

Mesmo após avanços significativos em relação ao AME, as mães brasileiras ainda enfrentam dificuldades de promovê-lo, seja por problemas físicos ou emocionais (COSTA et al., 2018). Neste contexto, é necessário traçar algumas medidas que minimizem os efeitos da não amamentação para o desenvolvimento saudável das crianças, sendo que a doação de LM se destaca como uma importante estratégia, uma vez que exerce um papel fundamental na manutenção da prática de AM para as lactentes que não disponham do aleitamento ao seio (FERREIRA et al., 2018).

Conforme visto nos resultados apresentados, existe um número expressivo de mulheres que introduziram o leite artificial precocemente na alimentação das crianças (8,4%). Cabe aqui salientar que este estudo avaliou RN nos primeiros dias de vida, notoriamente a introdução de leite artificial nos primeiros seis meses de vida seria ainda maior.

Além disso, foi possível verificar que 78,3% das puérperas entrevistadas descreveram seu desejo de doar LM, o que demonstra haver demanda de utilização de um posto de coleta de leite humano, caso haja este tipo de serviço na cidade em questão. Outro dado crucial foi a verificação de relação significativa entre a escolaridade das mulheres e as orientações sobre doação de leite fornecidas durante o pré-natal com o desejo de doar LM, orientando que investir em educação em saúde é o caminho para a maior adesão à doação de leite materno.

Nesse contexto, ainda é necessário enfatizar que, segundo dados do MS (2017), a doação de representa uma economia de R\$ 180 milhões para o país com a diminuição da necessidade de compra de fórmulas artificiais para recém-nascidos prematuros nas maternidades do SUS e com redução de custos estimados no setor de internação em UTI neonatal; além do mais, a OMS (2012) reconheceu a rBLH-BR

como uma das ações que mais contribuíram para redução da mortalidade infantil no mundo, na década de 1990. De 1990 a 2012, a taxa de mortalidade infantil no Brasil reduziu 70,5%.

5.3.2 Momento Normativo ou Definição dos Objetivos

Pretende-se, assim, implantar e implementar um PCLH na cidade de Picos-Piauí, de forma a atender uma demanda real, porém reprimida pela ausência deste serviço na macrorregião.

5.3.3 Momento Estratégico ou Desenho de Propostas e Estratégias de Ação

Tendo em vista a normatização PCLM na cidade de Picos-Piauí e atendendo as normas da RCD ANVISA Nº 171, de 04 de setembro de 2006, bem como as recomendações da rBLH, o mesmo será localizado na unidade obstétrica do Hospital Regional existente e vinculado ao Banco de Leite do Estado.

Nesta perspectiva, o ponto inicial a ser efetuado é o convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde do Piauí e a Secretaria Municipal de Saúde de Picos, para que possam ser estabelecidas as atribuições de cada competência e as formas de financiamento dos serviços, obedecendo os preceitos do SUS e estrutura organizacional da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil. Esta etapa é crucial para o desenvolvimento de todo o processo; portanto, o plano será entregue junto aos órgãos competentes, como forma de demonstrar a demanda e necessidade do serviço, assim tais entidades poderão executar as etapas a seguir apresentadas e viabilizar a implementação do PCLH.

Uma vez firmada a parceria, deverão ser selecionados profissionais de nível superior e médio (médicos, enfermeiros, nutricionistas e técnicos de enfermagem) para participarem de capacitações a respeito da temática, com carga horária mínima de 120h. Estas devem ocorrer de forma teórica e prática, na sede do BLH, garantindo melhor aproveitamento dos participantes, uma vez que o PCLM, deverão existir profissionais legalmente habilitados e capacitados para assumir a responsabilidade pelas seguintes atividades (BRASIL, 2006):

- Ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;

- Assistência à gestante, puérpera, nutriz e lactente na prática do aleitamento materno;
- Operações de controle clínico da doadora;
- Coleta, armazenamento e repasse do leite materno ordenhado para o Banco de Leite Humano ao qual está vinculado;
- Registro das etapas do processo garantindo a rastreabilidade do produto;
- Disposição de um sistema de informação que as segure os registros relacionados às doadoras e produtos, disponíveis às autoridades competentes, guardando sigilo e privacidade dos mesmos.
- Ações que permitam a rastreabilidade do leite humano ordenhado (LHO).

O posto de coleta deverá funcionar em regime de escala de plantão diurno (07:00 às 19:00 horas), por se tratar de um serviço de atendimento ao público de baixo risco (no caso das doadoras). Quanto ao dimensionamento de pessoal no PCLH, ficará a critério da direção do hospital, pois alguns profissionais não precisam ser de dedicação exclusiva ao setor.

Concomitante às capacitações, a estrutura física do posto de coleta deverá ser viabilizada, de forma que o mesmo disponha de área física conforme item 5.3 (Infra-estrutura) da norma da RCD ANVISA Nº 171, a saber: Central de Material Esterilizado – simplificada; sanitários (masculino e feminino) com 3,2m², com dimensão linear mínima de 1,6m; sanitário para deficientes; depósito de material de limpeza com área mínima de 2 m² e dimensão mínima de 1m, equipado com tanque; sala administrativa; copa; consultório; e, sala de demonstração e educação em saúde. As áreas citadas podem ser compartilhadas com outros setores hospitalares, sendo exclusivo apenas o consultório, com área própria para recepção e coleta. O posto de coleta deve conter equipamentos, materiais permanentes e de consumo em quantidade proporcional à sua capacidade operacional e refrigerador/ freezer destinados apenas à estocagem de produtos.

A seleção das doadoras será de responsabilidade médica, estando aptas as nutrizes que: estejam amamentando ou ordenhando LH para o próprio filho; sejam saudáveis; apresentem exames pré e pós-natal compatíveis; não fumem mais do que 10 cigarros por dia; não usem álcool, drogas ilícitas ou medicamentos incompatíveis com a doação (BRASIL, 2006).

As mulheres propícias à doação poderão ordenhar o LM em dois ambientes: no próprio posto de coleta ou em domicílio. Neste segundo caso, a

doadora receberá previamente um conjunto de materiais esterilizados e informações necessários para que realize a ordenha e envie para o posto de coleta, assim, poder-se-á aumentar a quantidade de leite doado, através da comodidade para a usuária do serviço.

A ordenha do leite deve ser precedida de cuidadosa lavagem das mãos e escovação das unhas, podendo ser realizada através de ordenha manual (preferível), por bombas de sucção manual ou elétrica.

Após a ordenha e/ou coleta do leite, o PCLM deverá controlar a temperatura e proceder com o fluxograma da cadeia de frio: estocagem e transporte para o banco de leite central, no qual serão realizados o manejo e a distribuição. Ressalta-se que a distribuição do leite será direcionada aos locais onde existe a necessidade de sua utilização, que sejam, as maternidades com serviço de UTI neonatal, na capital do Estado, onde inclusive estão internados os RN de alto risco da cidade de Picos e sua macrorregião; bem como o hospital de referência em Picos, pois existe a necessidade de sua utilização direcionada aos RN prematuros no momento em que aguardam transporte para a UTI (BRASIL, 2011).

O leite ordenhado deve ser obrigatoriamente transportado sob cadeia de frio, com temperaturas limítrofes máxima de 5°C para produtos refrigerados e, -3°C para produtos congelados. Para assegurar a manutenção da cadeia de frio no decorrer do transporte, o tempo entre o recebimento do produto e a entrega na recepção do Banco de Leite não deverá ultrapassar 6 horas e os produtos devem ser levados em embalagens isotérmicas (BRASIL, 2011). Assim, é viável que aconteça este serviço na cidade, pois o hospital de referência onde o posto de coleta funcionará conta com ambulâncias que viajam periodicamente para a capital e o tempo de transporte entre as cidades não ultrapassa o limite de horas desejável.

Além do mais, o PCLM promoverá, em parceria com a atenção básica do município (ESF, apoio matricial e gestão) e as instituições de ensino, ações de educação em saúde voltadas para a importância da doação de leite materno, de forma a ampliar o serviço ofertado e promover uma maior aceitação pela comunidade. Posteriormente, as atividades comunitárias deverão ser ampliadas para atender a macrorregião, com o apoio da rede.

5.3.4 Momento Tático-operacional ou de Gerenciamento da execução

No âmbito da execução deste plano, será constituída uma comissão de avaliação de processos e resultados, composta por representantes da gestão macrorregional e da gestão hospitalar, profissionais e usuárias de saúde.

A comissão será dirigente, cabendo-a coordenar as ações, bem como estabelecer os prazos adequados e os responsáveis pelas atividades. Além disso, terá o poder de remodelar o planejamento de acordo com a realidade de cada momento.

O quadro 1, a seguir, apresenta informações operacionais inerentes ao processo de execução deste planejamento.

Quadro 1 – Operacionalização do plano de ação voltado à implantação de um posto de coleta de leite humano na cidade de Picos-Piauí, 2018.

NÓ CRÍTICO	AÇÃO	ESTRATÉGIA	RESPONSÁVEL	PRAZO
Iniciativa	Demonstrar a necessidade de existência de uma posto de coleta de leite humano na referida cidade	Entrega de ofício, acompanhado de dados preliminares desta pesquisa e do plano de ação, junto aos órgão competentes	Mestranda (Consultora técnica)	Junho/2018 ¹
Parceria entre Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, Regional de Saúde do Estado e Secretaria Municipal de Saúde de Picos	Fomentar a realização de ações articuladas entre as três esferas de governo, de acordo com os princípios do SUS	Participação nas reuniões de planejamento em saúde, realizadas no âmbito do controle social	Mestranda, profissionais de saúde, usuários e gestores municipal, regional e estadual	Prazo inicial: Julho/2018. Posteriormente, ação contínua
		Estabelecimento de competências e atribuições específicas entre as esferas	Gestores municipal, regional e estadual	Agosto/2018

¹ A Ação foi desenvolvida conforme o presente planejamento (APÊNDICE E).

Capacitação profissional	Capacitar profissionais de ensino médio e superior para o trabalho com coleta de leite humano	Oferta de cursos de capacitação, com abordagem teórica e a prática realizada no Banco de Leite Humano do Piauí	Coordenador do Banco de Leite do Estado	Outubro/2018
		Participação nos cursos oferecidos	Profissionais de saúde que irão trabalhar no setor	Novembro/2018
Estrutura física	Viabilizar estrutura física adequada para o posto de coleta, conforme normas da RCD ANVISA Nº 171, de 04/09/2006	Licitação e compra de equipamentos e materiais	Secretaria Estadual de Saúde do Piauí	Janeiro/2019
		Construção e/ou reforma de setor para instalação do posto de coleta	Secretaria Estadual de Saúde do Piauí	Janeiro/2019
Coleta domiciliar	Disponibilizar serviço para as nutrízes	Oferta de material necessário para as doadoras	Secretaria Municipal de Saúde de Picos	Ação contínua
		Oferta de transporte para envio do leite do domicílio para o posto de coleta	Secretaria Municipal de Saúde de Picos	Ação contínua
Transporte para o Banco de Leite	Garantir transporte adequado do leite materno	Oferta de transporte para envio do leite do posto de coleta para o banco de leite	Regional de Saúde do Estado do Piauí	Ação contínua
Educação em Saúde	Realizar atividades de incentivo ao aleitamento materno e doação de leite	Atividades coletivas e/ou individuais voltadas à mulher e sua família	Secretaria Municipal de Saúde de Picos	Ação contínua
Comissão de avaliação	Implementar comissão responsável pelo acompanhamento do serviço	Composição de comissão autônoma, que tenha poder decisório no acompanhamento das atividades.	Mestranda, profissionais de saúde, usuários e gestores municipal, regional e estadual	Ação contínua

6 DISCUSSÃO

Este trabalho fornece dados a respeito da demanda de doação de LH na região do Vale do Guaribas, com o intuito de subsidiar a implantação de um posto de coleta. A seguir, será apresentada a discussão das informações coletadas, em confronto com a literatura atual, de forma a estabelecer que no município existe uma demanda real de doação e que o mesmo tem condições de oferecer este serviço à população.

Após apresentação dos resultados, é possível traçar um perfil das nutrizes: em geral, com idade entre 20 e 29 anos, pardas, casadas, estudantes, católicas e com uma renda média menor que um salário mínimo. Dados semelhantes foram evidenciados na pesquisa desenvolvida por Ferreira et al (2018), no qual investigaram o perfil de saúde das lactantes através de uma revisão sistemática com 37 artigos analisados, em que 89,2% tinham a faixa etária de 20 a 30 anos e 52,5% com renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo.

Da mesma maneira, a investigação de Codo et al (2018), no qual trabalhou com os eletrólitos e minerais no leite humano em lactantes de mães doadoras a termo e de recém-nascidos pré-termo, identificou o seguinte perfil de mães: a média da idade foi 24,9 anos, casadas (76,4%); entretanto, a renda familiar era entre 2 a 5 salários mínimos (90,5%).

A idade da mãe pode ser considerada, entre tantos outros fatores, como um determinante de risco para o desenvolvimento saudável da gestação. Esta pesquisa mostra que as mulheres estavam no período ideal biológico para a concepção, pois deve ocorrer quando a mulher tenha atingido o pleno desenvolvimento anatômico e fisiológico, mais comum na fase adulta a partir dos 19 anos. Entretanto, houve também mulheres entrevistadas que possuíam entre 12 e 16 anos, consideradas idades precoces para a gravidez, e também as que experimentaram a primeira gestação aos 35 anos, consideradas primigestas tardias; em ambos os casos são idades de maiores riscos para intercorrências obstétricas (ALDRIGHI et al., 2016; ARAUJO et al., 2014).

No que tange a escolaridade, as entrevistadas tinham em média 12,5 anos de estudo. Do mesmo modo, Machado et al. (2014), por meio de estudo descritivo e transversal, entrevistaram 170 puérperas atendidas no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (RS), a maioria tinha mais de 11 anos de

estudo, tendo em média o tempo de amamentação $6,7 \pm 1,8$ meses. Logo, as mulheres que apresentam mais anos de estudos, podem apresentar um conhecimento maior sobre a importância de amamentar e da doação do LM. Visto que, mulheres com um maior nível de escolaridade, possuem mais acesso as informações (RECHIA et al., 2016).

Algumas entrevistadas, faziam uso de cigarro, álcool ou drogas ilícitas. Estes dados são importantes na avaliação das gestantes e nutrizes, pois a ingestão de álcool não é recomendada durante estes períodos, já que o álcool é excretado através do leite, alterando produção, volume, aroma, composição e excreção láctea, além de provocar efeitos danosos no recém-nascido (NASCIMENTO et al., 2013a). Da mesma forma, o uso de tabaco está associado a uma menor produção láctea e agressão das vias aéreas da mãe e da criança (DAHLSTRÖM; EBERSJÖ; LUNDELL, 2004).

A respeito da atividade física durante a gestação, foi evidenciado que 35,0% das nutrizes realizavam algum exercício físico. Esta prática, desde que devidamente orientada por profissional de saúde capacitado, consegue trazer inúmeros benefícios para o corpo materno e para o feto, tais como: estabilização dos níveis glicêmicos e prevenção do Diabetes Mellitus, bem como a melhor captação, utilização e transporte de oxigênio (ACENCIO et al., 2016).

Acerca das condições gineco-obstétricas, a maioria das entrevistadas tiveram apenas uma gestação até o momento (50,9%), nenhum aborto (90,3%) e realizaram um parto cesáreo (46,0%). Dados semelhantes podem ser observados no trabalho de Luz e colaboradores (2015), em que se verificou que de 218 gestantes acompanhadas em uma Unidade Obstétrica de Divinópolis – MG, 73,1% relataram não haver tido aborto prévio e 59,6% já realizaram parto cesárea.

Com relação ao aborto, ainda são altos os índices deste, acarretando complicações à saúde da mulher e sua qualidade de vida; da mesma forma, o número de mulheres submetidas ao parto cesáreo é expressivo, denotado na maioria das vezes por fatores não clínicos relacionados à gravidez, como medo da dor do parto vaginal. Estes dados levam a refletir como está a qualidade do acompanhamento pré-natal em todo o país (VIEIRA; FERRARI, 2017; DOMINGUES et al., 2014).

O Brasil ainda é um país com taxas de partos cesarianos muito altos, ultrapassando a normatização da OMS. A assistência ao pré-natal e parto devem ser

mais eficientes no sentido de estimular o parto normal, por ser mais seguro quando comparado com o cirúrgico e apresentar menor risco de infecções, hemorragias, prematuridade e complicações gerais, além de favorecer a produção do leite materno através da liberação de hormônios como a prolactina e a ocitocina que são fabricados durante o trabalho de parto (FERREIRA JÚNIOR et al., 2017).

Ferreira e Benicio (2015) utilizaram o banco de dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006) para avaliar a influência da paridade sobre a obesidade na população feminina adulta, observando que diferentemente da presente pesquisa, 59,8% das mulheres brasileiras possuíam 2 ou mais filhos. Pode-se justificar esta diferença pelo fato das coletas de dados terem sido realizadas em épocas diferentes, pois seguindo a tendência atual do crescimento demográfico no país, as mulheres tendem a ter cada vez uma fecundidade menor.

O número médio de consultas pré-natal da amostra foi de $7,3 \pm 2,3$, sendo adequado ao que o Ministério da Saúde preconiza como mínimo (BRASIL, 2013). A realização do pré-natal é indispensável no sentido de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança; trata-se de um momento oportuno para a discussão de pontos importantes do cuidado infantil, como o fornecimento de informações essenciais para a promoção do aleitamento materno (SCHINCAGLIA et al., 2015).

A respeito da adequação da assistência pré-natal no Brasil, Domingues et al. (2015), realizaram uma investigação nacional de base hospitalar com 23.894 mulheres em 2011 e 2012, coletando dados a partir de entrevistas com as puérperas e consultas nos cartões de pré-natal. Verificou-se que o início precoce da atenção pré-natal foi observado em 53,9% das gestantes, número adequado de consultas em 73,2%, registro de pelo menos um exame preconizado em 62,9%, orientação para maternidade de referência em 58,7% e assistência pré-natal global adequada em 21,6%.

Das que tiveram filhos anteriores, o tempo médio de amamentação foi de $16,1 \pm 11,3$ meses, sendo que o motivo mais frequente associado à não realização desta prática foi não ter leite suficiente. De forma discordante, na investigação de Rieth e Coimbra (2016), 57,3% das crianças foram amamentadas durante um período maior que 24 meses, resultado bem superior ao encontrado nesta investigação; e, no estudo de Rocci e Fernandes (2014), das puérperas que não conseguiram amamentar, 70,5% relataram a pega como o maior obstáculo. Assim, percebe-se uma diferença entre as práticas de amamentação em regiões diferentes

do país; todavia, não inviabilizando o AM, apenas demonstrando a necessidade de serem exploradas da melhor forma possível de acordo com a realidade dos indivíduos e da coletividade.

Ademais, a amamentação é considerada uma das estratégias que mais contribuem para prevenção de mortes infantis, tendo potencial de salvar vidas e reduzir a mortalidade neonatal. Oliveira et al. (2017) realizaram a descrição da série histórica sobre a duração mediana da amamentação em população de mães com crianças nascidas a partir da década de 1960, sendo possível concluir que houve aumento da duração e prevalência do AM a partir da década de 1970, coincidindo com a tendência nacional e com a promoção dessa prática.

Sendo assim, existe a necessidade urgente de que sejam tomadas medidas que possam favorecer a prática do AME até os 6 meses de idade e de forma complementada até os 2 anos de vida. Estratégias de educação em saúde voltadas para gestantes, parceiros, familiares e comunidade em geral possuem destaque no contexto, pois é a partir da informação que os sujeitos podem melhorar suas práticas e estilo de vida.

A respeito dos aspectos clínicos dos RN, 90,7% foram a termos e adequados para idade gestacional quanto ao peso e idade. No entanto, o número de RN pré-termo e pequeno quanto ao peso e idade para idade gestacional foram preocupantes, 7,1% e 8,8%, respectivamente; uma vez que, segundo Costa et al. (2015), a prematuridade continua sendo a maior causa de mortalidade neonatal, contribuindo para aumento no coeficiente de mortalidade infantil.

Reflexos desta situação podem ser observados no estudo de coorte sobre a mortalidade neonatal, na pesquisa *Nascer no Brasil*, com entrevista e avaliação de prontuários de 23.940 puérperas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, na qual a taxa de mortalidade foi 11,1 por mil, maior nas regiões Norte e Nordeste e nas classes sociais mais baixas, chamando a atenção para a indispensabilidade da qualificação da atenção (LANSKY et al., 2014).

Nesta investigação, por mais que a média de idade dos RN tenha sido de $2,0 \pm 2,6$ dias de vida, 8,4% da amostra já fazia uso de leite artificial, sendo que 47,4% das mães relataram a dificuldade de amamentação como motivo principal. Outro dado relevante foi a amamentação realizada por terceira pessoa, na proporção de 5,3%, sendo que 83,4% das mães relataram a não produção de leite como motivo.

De forma semelhante, Rocci e Fernandes (2014) verificaram o tempo médio de AME de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança (HAC). Nos primeiros 15 dias, o aleitamento misto ou artificial representava 5,68% da amostra, havendo o crescimento considerável desta proporção diretamente relacionada ao tempo. Diante dos fatores mencionados até o momento, torna-se necessário destacar a questão cultural relacionada à percepção errônea do leite fraco, na qual as mães acreditam que não são capazes de produzir leite suficiente; sendo estratégia fundamental, o acompanhamento das mães pela equipe de apoio de modo a incentivar o AME (OLIVEIRA et al., 2009).

Quanto às orientações recebidas no pré-natal, aspecto tão enfatizado nesta discussão, 77,4% referiram haver recebido informações sobre AM e apenas 16,4%, sobre doação de leite.

Os profissionais devem conhecer as particularidades e realidade social de cada mulher, para que possam, através de escuta qualificada e assistência individualizada / humanizada, estimulá-las ao autocuidado, bem como o cuidado do RN, refletindo de forma benéfica no bem-estar físico e emocional dos mesmos. O apoio de pessoas próximas, como o cônjuge e a mãe, e o suporte institucional agem positivamente para a decisão do ato de amamentar e doar (URBANETTO et al., 2017).

Mesmo sem haver um PCLH em Picos-PI, 2,2% das nutrizes afirmaram ter realizado esta prática, por motivos diversos: necessidade do filho, ajudar alguém da família/conhecido ou excesso de leite materno. De fato, a prática de doação de leite está na maioria das vezes ligada a questões sentimentais, no sentido de ajudar outras mães incapazes de nutrir seus filhos, bem como ao alívio do ingurgitamento decorrente do excesso de produção láctea; fatores que devem ser enfatizados no momento das orientações dadas pelos profissionais de saúde (MIRANDA et al., 2017).

Além do mais, 78,3% descreveram o desejo em doar LM, revelando a existência real de doadoras de LM, a partir do momento em que o serviço for oferecido. O desejo de doar LM teve relação positiva e estatisticamente significativa com a escolaridade ($p=0,038$) e as orientações pré-natais sobre o assunto ($p=0,028$).

Corroborando, Silva et al. (2015), ao avaliarem o perfil de doadoras de leite humano no Banco de Leite Humano de um Hospital Universitário do município

de Cuiabá-MT, identificaram que a maioria eram mulheres jovens (idade média de 28,5 anos), casadas ou em união estável, com ensino superior completo e que trabalhavam fora de casa. Outros estudos também demonstraram a relação entre a escolaridade e a prática de AM e doação de LM (PRADO, 2009; GENOVEZ et al., 2011).

Este achado é elemento fundamental do estudo, pois revela a magnitude da relação entre conhecimento e boas práticas de saúde. Nesse sentido, educação permanente em saúde, voltadas aos profissionais atuantes na área, e educação em saúde, direcionada às mulheres e suas famílias, são ações que possuem impacto relevante; sendo, portanto, prioridades no planejamento e execução em saúde.

Acerca do planejamento de ações voltadas para o AM, Batalha (2017) desenvolveu um plano de ação na Unidade de Saúde Maria Martins Nunes, no município de Colinas - TO, cujo objetivo consistiu em melhorar os indicadores de AME, inserindo essa prática como prioridade na referida Unidade. Foram realizadas reuniões trimestrais, palestras nas empresas, capacitação das equipes de saúde, apoio ao banco de leite humano, contando-se com a parceria do NASF, o que demonstra a necessidade de parceria intersetorial na execução das atividades.

A respeito do planejamento em vista a doação de LM, não foi evidenciado na literatura brasileira qualquer publicação que abordasse essa temática em específico; talvez por ser um serviço novo na nossa realidade.

Diante dos achados evidenciados e da discussão elaborada com base na literatura, entende-se que a implementação de um serviço especializado em doação de LH na região do Vale do Guaribas irá atender a demanda existente e desempenhar papel importante no fomento das ações educativas, através de interdisciplinaridade e trabalho conjunto das entidades envolvidas. Por conseguinte, a prevenção de agravos e promoção da saúde estarão sendo desenvolvidas, com base nos preceitos do SUS, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência dos serviços e da qualidade de vida da população.

7 CONCLUSÃO

Este estudo conseguiu alcançar os objetivos propostos, proporcionando conhecimento acerca da demanda de doação de LH na região do Vale do Guaribas e subsidiando a implementação de um posto de coleta de leite humano, através do plano de ação elaborado.

Verificou-se que as possíveis doadoras de LH são, em sua maioria, mulheres jovens, casadas ou em união estável, pardas, desempregadas, católicas e de baixa renda. Algumas apresentaram patologias comuns na gravidez, que não contraindicam a doação de LM. Além disso, apesar de muitas mulheres não conseguirem manter a amamentação da forma adequada, observou-se um número expressivo de nutrizes interessadas em doar o seu leite, principalmente motivadas pela sensibilização em saber que poderiam ajudar outra criança.

Outro resultado importante desta investigação foi a relação significativa entre o desejo de doar LH e a maior escolaridade da mulher, bem como daquele com as orientações recebidas no pré-natal sobre o assunto; demonstrando a relevância da educação e educação em saúde dentro do contexto.

Neste estudo, percebe-se ainda que a inexistência da oferta de um posto de coleta municipal é um fator limitante para as mulheres que o desejam fazer; sendo fundamental, portanto, a sua descentralização da capital para o interior, levando ao aumento do estoque de leite humano no banco de leite e melhor atendimento da demanda.

Tais informações foram cruciais na elaboração do plano de ação, que ao ser devidamente implementando pelos gestores municipais, regionais e estaduais estará contribuindo para o aumento da oferta de LH aos RN que necessitam, melhorando sua qualidade de vida, gerando saúde e contribuindo para a diminuição da mortalidade infantil.

No entanto, por depender de diversos atores na fase de elaboração e principalmente na execução, o plano de ação representou um desafio. Além disso, sobre as dificuldades e limitações do trabalho, destaca-se ainda a complexidade da coleta de dados.

Novos estudos sobre a temática devem ser realizados, com o intuito de ampliar o conhecimento e fornecer mais informações na implementação do serviço

em outras realidades brasileiras, entendendo a importância essencial do mesmo para a melhoria da qualidade de vida da população.

Notoriamente, a equipe de enfermagem pode desempenhar um importante papel para os Bancos e Postos de Coleta de Leite Humano, divulgando seus serviços para a população; como também na educação em saúde, incentivando a amamentação e doação do seu excedente.

Por tudo isso, o presente estudo amplia a discussão sobre a importância do AM e doação de leite, fomentando o desenvolvimento de novas pesquisas e ações que visem a garantia de práticas eficientes voltadas à saúde materna e infantil. Assim, estima-se que os gestores, os profissionais e a população em geral reconheçam a importância da temática, atuando em conjunto para a implementação do plano de ação.

REFERÊNCIAS

- ABREU, J.N. et al. Doação de leite materno: fatores que contribuem para esta prática. **Arquivos de Ciências da Saúde.**, v. 24, n. 2, p. 14-18, 2017.
- ACENCIO, F. R. et al. efeitos fisiológicos decorrentes do exercício físico no organismo materno durante a gestação. **Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc**, v. 18, n. 1, p. 77-80, 2016.
- ALDRIGHI, J.D. et al. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n.3, p.512-521, 2016.
- ALVES, V.H. et al. Banco de leite humano na perspectiva da mulher doadora. **Rev. RENE**, v. 14, n. 6, p. 1168-76, 2013.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics.**, v. 129, n.3. p. 827-841, 2012.
- ANDERSON, D. R.; SWEENEY, D. J.; WILLIAMS, T. A. **Estatística aplicada à administração e economia**. 2. ed. São Paulo: Editora Cengage Learning, p.597, 2007.
- ANTUNES, M. et al. Fatores associados aos impedimentos para a amamentação precoce: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing.**, v. 14, n.4, p. 525-533, 2015.
- ARAUJO, F.G. et al. Assistência pré-natal na percepção de mães de prematuros internados em Unidade Neonatal. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 8, n.8, p. 2667-75, 2014.
- BALABAN, G.; SILVA, G.A. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **J Pediatr.**, v. 80, p. 7-16, 2004.
- BARBOSA, G.E.F. et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. **Rev. paul. pediatr.**, v.35, n. 3, p.265-272, 2017.
- BATALHA, R. M. **Projeto de intervenção**: melhora dos indicadores de aleitamento materno exclusivo em crianças até 6 meses de vida na Unidade de Saúde Maria Martins Nunes, Colinas-TO. 2017. TCC (Especialização em Atenção Básica em Saúde) - Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão.
- BEZERRA, V.L.V.A. et al. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. **Rev Paul Pediatr.**, v.30, n.2, p. 173-179, 2012.

BRANCO, M.B.L.R. et al. Proteção e apoio ao aleitamento materno: uma contribuição do banco de leite humano. **J res fundam care online.**, v.8, n.2, p.4300-4312, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Leite Humano. *Brasília*, 2006.

_____. **Estatística.** I. IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. Gerência de biblioteca e acervos especiais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2018a.** Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 20 de maio de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano – Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. **Normas técnicas da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano.** BLH-IFF/NT. 2011. Disponível em: <<https://rblh.fiocruz.br/todas-normas-tecnicas>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. **Resolução nº 510/2016 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI neonatal / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana de Saúde. – 3ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias.** 2ª ed. Brasília (DF), 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília – DF. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2. ed. Brasília (DF), 2015.

_____. Ministério da Saúde. Campanha para doação de leite humano. 2017. Disponível em < <http://da.saude.gov.br/portaldab>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. **Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano.** 2018b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/banco-de-leite/rede-brasileira-de-bancos-de-leite-humano>>. Acesso em 27 de maio de 2018.

CARDOSO, E. C.; FERNANDES, R.A.Q. Situações Maternas Impeditivas do Aleitamento Materno: Uma revisão bibliográfica. **Rev Saúde.**, v.7, n.1-2, p. 50-56, 2013.

CODO, C.R.B. et al. Composição eletrolítica e mineral do leite de lactantes a termo pré e pós- pausterização e de leite cru de mães de recém-nascidos pré-termo. **Rev. Paul. Pediatr.**, 2018.

COSTA, B. C. et al. Análise comparativa de complicações do recém-nascido prematuro tardio em relação ao recém-nascido termo. **Boletim Científico de Pediatria**, v. 4, n. 2, 2015.

COSTA, E. F. G. et al. Atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação: estratégias para o aleitamento materno. **J. res.: fundam. Care online**, v. 11, n. 1, p. 217-224, 2018.

CRUZ, M.C.; ALMEIDA, J.A.; ENGSTROM, E.M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Rev Nutr.**, v.23, n.2, p.201-210, 2010.

DAHLSTRÖM, A.; EBERSJÖ, C.; LUNDELL, B. Nicotine exposure in breastfed infants. **Acta Paediatr**, v. 93, n. 6, p. 810-816, 2004.

DA SILVA, P. L. N. et al. Perfil das mães doadoras de um banco de leite humano. **Journal of Nursing UFPE on line**. v. 7, n. 7, p. 4635-4640, 2013.

DAS, U.N. Breastfeeding prevents type 2 diabetes mellitus: but, how and why? **Am J Clin Nutr.**, v.85, n.5, p.1436-1437, 2007.

DENNIS, C.L.; HEAMAN, M.; MOSSMAN, M. Psychometric Testing of the Breastfeeding SelfEfficacy Scale-Short Form Among Adolescents. **J Adolesc Health**, v.49, n.3, p.265-271, 2011.

DEONI, S. C. L. et al. Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. **Neuroimage.**, v. 82, p. 77-86, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 140-7, 2015.

_____. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil:da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, suppl 1, 2014.

ESPERÓN, J.M.T. Pesquisa quantitativa na ciência da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v.21, n.1, 2017.

FENILI, R.; CORREA, C.E.G.; BARBOSA, L. Planejamento estratégico em saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. **Rev. Gestão & Saúde.**, v.8, n.1, p.18-36, 2017.

FERREIRA JÚNIOR, A. R. et al. A. Discurso de Mulheres na Experiência do Parto Cesáreo e Normal. **Rev. Saúde.Com**, v. 13, n. 2, p. 855-86, 2017.

FERREIRA, L. B. et al. Caracterização nutricional e sociodemográfica de lactantes: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 437-448, 2018.

FERREIRA, R. A. B.; BENÍCIO, M. H. D. A. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 4, p. 337-42, 2015.

FIEL, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **A rede brasileira de bancos de leite humano: Bancos de leite humano- localização e relatórios**, 2017. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=393>> Acesso em 10 dez 2017.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. **Dados estatísticos de 2015 da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**. 2015. Disponível em:<<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352>>. Acesso em 10 de junho de 2016.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. **Rede Brasileira de Bancos de Leite humano**. 2016. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=385&sid=274#>>. Acesso em 10 de junho de 2016.

FONSECA, P. C. A. et al . Determinantes da velocidade média de crescimento de crianças até seis meses de vida: um estudo de coorte. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2713-2726, 2017.

FREITAS, E.Z. **Redes de Bancos de Leite Humano: Uma trajetória de origem brasileira**. 2014. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais, UNB, Brasília, 2014.

GALLEGOS-MARTÍNEZ, J.; REYES-HERNÁNDEZ, J.; SCOCHI, C.G. O neonato prematuro hospitalizado: significado da participação na unidade neonatal para os pais. **Rev Lat Am Enferm.**, v. 21, n.6, p.1360-1366, 2013.

GALVÃO, M.T.G.; CUNHA, G.H.; MACHADO, M.M.T. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. **Rev Bras Enferm.**, v.63, n.3, p. 371-376, 2010.

GENOVEZ, C. B. et al. Banco de leite humano: uma análise das diferenças entre doadoras adultas e adolescentes. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 33, n.2, p. 211-218, 2011.

GIUGLIANI, E.R.J. et al. **Doenças infecciosas e amamentação**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Aleitamento Materno., n.2, p. 1-

18, 2017. Disponível em: < http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload-/Aleitamento__DoencMat_Infec_e_Amam.pdf> Acesso em: 20 mar 2018.

GRAY, J.R.; GROVE, S.K.; SUTHERLAND, S. **The Practice of Nursing Research: appraisal, synthesis, and generation of evidence.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

HALE, T. W.; ROWE, H.E. **Medications & Mothers' Milk.** Springer Publishing Company: New York, 2017. Disponível em: <[http://www. medsmilk.com.](http://www.medsmilk.com.)> Acesso em: 17 jan 2018.

HASSIOTOU, F.; HARTMANN, P. E. At the dawn of a new discovery: The potential of breast milk stem cells. **Advanced Nutrition.**, v. 5, n.6, p. 770-778, 2014.

HORTA, B.L. et al. **Evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis.** Geneva: World Health Organization Publication, 2007. 52 p.

HORTA, B.L.; MOLA, C.L.; VICTORA, C.G. Consequências a longo prazo da amamentação no colesterol, obesidade, pressão arterial sistólica e diabetes tipo 2: uma revisão sistemática e meta-análise. **Acta Paediatr.** v.104, n.1, p.30-37, 2015.

KANUFRE, V. C. et al. Síndrome metabólica em crianças e adolescentes com fenilcetonúria. **J. Pediatr.**, v. 91, n. 1, p. 98-103, 2015.

KELISHADI, R.; FARAJIAN, S. The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: a review of evidence. **Adv Biomed Res.**,v. 3, p.3, 2014.

KINGSTON, D. et al. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. **Pediatrics.**, v.129, n. 5, p.1228-1237, 2012.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Sup: S192-S207, 2014.

LAWRENCE, R.M. Circumstances when breastfeeding is contraindicated. **Pediatr Clin North Am.**, v. 60, n.1, p. 295-318, 2013.

LUNA, F.D.T.; OLIVEIRA, J.D.L.; SILVA, L.R.M. Banco de leite humano e estratégia saúde da família: parceria em favor da vida. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** v. 9, n. 33, p. 358-364, 2014.

LUZ, B. G. et al. O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis – MG, no biênio 2013/14. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 3, n. 3, p. 137-143, 2015.

MACHADO, A.K.F, et al. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puerperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.19, n.7, p. 1983-1989, 2014.

MARGOTTI, E; EPIFANIO, M. Amamentação materna exclusiva e Escala de auto-eficácia da amamentação. **Rev Rene**., v.15, n.5, p. 771-779, 2014 .

MARQUES, E.S.; COTTA, R.M.M.; PRIORE, S.E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciênc. Saúde Coletiva**., v.16, n.5, p.2461-2468, 2011.

MATUS, C. **Política, planificação e governo**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1993. p. 297-554.

MEGEID, F.Y.; BAKEIT, Z.A.; KARIM, B.O. Early introduction of cow's milk and short duration of breastfeeding is associated with increasing risk of juvenile diabetes. **World J Med Sci**., v.6, p. 54-60, 2011.

MENESES, T.M.X.; OLIVEIRA, M.I.C., BOCCOLINI, C.S. Prevalence and factors associated with breast milk donation in banks that receive human milk in primary health care units. **J Pediatr**, v.93, n.4, p382-388, 2017.

MIRANDA, J. O. A. et al. Doação de leite humano: Investigação de fatores sociodemográficos e comportamentais de mulheres doadoras. **RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, v. 8, n. 1, p. 10-17, 2017.

MORAES, B. A. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 37, n.spe, e2016-0044, 2016.

MOREIRA, M.A. et al. Excesso de peso e fatores associados às crianças da Região Nordeste do Brasil. **J Pediatr**., v.88, n.4, p. 347-342, 2012.

NASCIMENTO, A. L. V. et al. Ingestão de bebidas alcoólicas em lactantes atendidas em Hospital Universitário. **Rev Paul Pediatr**, v. 31, n. 2, p. 198-204, 2013a.

NASCIMENTO, V.C. et al. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio ao amamentar. **Rev Bras Saúde Matern Infant**., v.13, n.2, p. 147-159, 2013b.

NEVES L.S., et al. Doação de leite humano: dificuldades e fatores limitantes. **Rev. O Mundo da Saúde**, v.35, n.2, p. 156-161,2011.

ODDY, W.H. A amamentação na primeira hora da vida protege contra a mortalidade neonatal. **J Pediatr**., v.89, n.1, p.109-111, 2013.

OLIVEIRA, C. B. et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.14, n. 2, p. 635-44, 2009.

OLIVEIRA, D. S. et al. Breastfeeding duration and associated factors between 1960 and 2000. **J Pediatr**, v. 93, n. 2, p. 130-135, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ações essenciais de nutrição: melhoria da saúde e nutrição materna, neonatal, infantil e infantil**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, p.144, 2013.

_____. **Committing to child survival: a promise renewed**. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF). 2012.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Edição revisada, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília, 2009.

_____. **Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638727017>>. Acesso em 28 fev 2018.

PAULO, L.F.A. Strategic Planning and result-based management: a study on the Brazilian Ministry of Health. **Physis**, v.26, n.3, p. 981-1007, 2016.

PELLEGRINE J.B. et al. Educação Popular em Saúde: doação de leite humano em comunidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Interface**, v. 18, p. 1499-1506, 2014.

PEREIRA, P. F.; ALFENAS, R. C. G.; ARAUJO, R. M. A. O aleitamento materno influencia o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus na criança? Uma análise das evidências atuais. **J. Pediatr.**, v. 90, n. 1, p. 7-15, 2014.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding in Brazil: major progress, but still a long way to go. **J Pediatr**, v. 93, n.2, p.107-110, 2017.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. Scaling up of breastfeeding promotion programs in low- and middle- -income countries: the "breastfeeding gear" model. **Adv Nutr**, v.3, n.1, p. 790-800, 2012.

PHILIPS, J.C.; RADERMECKER, R.P. Type 1 diabetes: from genetic predisposition to hypothetical environmental triggers. **Rev Med Liege**, v.67, p. 319-325, 2012.

PITTAS, T. M.; DRI, C. F. O diálogo entre a saúde e a política externa na Internet brasileira em bancos de leite humano. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2277-2286, 2017.

PRADO, M. M. **Banco de leite humano do município de Varginha-MG: Perfil das doadoras e causas de descarte do leite**. [Dissertação]. Lavras, MG: Universidade Federal de Lavras, Curso de Mestrado de Ciência dos Alimentos. 2009.

RAUPP, R. M.; ALMEIDA, J. A. G.; SOUZA, K. S. Uma visão panorâmica do conhecimento construído no âmbito da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. **Rev Eletr de Com Inf Inov Saúde**, v. 7, n. 2, p. 1-17, 2013.

RECHIA et al. Fatores que interferem na doação de leite humano: Revisão Integrativa. **Cogitare enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 01-11, 2016.

REDIGOLO, L. R. P. et al. Perfil de crianças atendidas em programa de fornecimento de fórmulas infantis. **International Journal of Nutrology**, v. 10, n. 3, p. 81-90, 2017.

RENFREW, M. et al. **Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK**. London: United Nations Children's Fund, 2012. Disponível em: https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2012/11/Preventing_disease_saving_resources.pdf. Acesso em: 20 fev 2018.

RIETH, N. F. A.; COIMBRA, L. C. Caracterização do Aleitamento Materno em São Luís, Maranhão. **Rev Pesq Saúde**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 2016.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 22-27, 2014.

ROCHA, C.M.V.; MARTINELLO, A.G.; FAGUNDES, A.G.B. Capacitação para o planejamento em saúde: uma contribuição à implementação do planejadas. **Rev Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.2, p.560-576, 2012.

RODRIGUES, N. A., GOMES, A. C. G. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. **Rev Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 30-48, 2014.

ROLLINS, N.C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **Lancet** ., v. 387, n. 10017, p. 491 – 504, 2016.

SALUSTIANO, L. P. Q. et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n.1, p. 28-33, 2012.

SANTOS, J. A. B.; SERVA, V. M. S. B. D.; CAMINHA, M. F. C. Razões para a doação de leite humano de acordo com a renda per capita diferente. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil**, v. 17, n.2, p.307-315, 2017.

SCHINCAGLIA, R. M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 3, p. 465-547, 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC). **Nascimentos p/ mãe por ano do nascimento segundo Município**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpi.def>> Acesso em: 06 jul. 2016.

SILVA, C. M. E. et al. Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.22, n.5, p.1661-1671, 2017.

SILVA, E. S. et al. Doação de leite materno ao banco de leite humano: conhecendo a doadora. **DEMETRA**, v. 10, n. 4, p. 879-889, 2015.

SILVA, I.Z.F. et al. Planejamento em Saúde - Conceitos, Métodos e Experiências. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 17, n. 11, p. 3145-3147, 2012.

SILVA, P.L.N.; JORGE, J.C.T.; FONSECA, J.R.; PEREIRA, A.C.A.; OLIVEIRA, V.G.R. Perfil das mães doadoras de um banco de leite humano. *Revista enfermagem UFPE [Internet]*, v. 7, n.7, p.4635-4640, 2013.

SILVA, R. A. et al. Saúde e nutrição de candidatas à doação de leite humano. **Rev. Baiana de Enfermagem**. v.29, n.1, p. 12-22, 2015.

SILVA, S.L. **Alegações maternas para doação de leite humano**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Pernambuco. Saúde da Criança e do Adolescente, 2010.

SOARES, T.S.M. **Banco de Leite Humano: Visão Global e Procedimento de Trabalho Hospital Universitário Virgen de las Nieves, Granada**. 2013. 50f. Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas), Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2013.

SOUZA, E.F.C.; FERNANDES, R.A.Q. Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. **Acta Paul Enferm.**, v.27, n.5, p.465-470, 2014.

TEIXEIRA, C.F. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador : EDUFBA, 2010. 161 p.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**. Rio de Janeiro/São Paulo: HUCITEC, 1995. 306p.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992. 226p.

TWIGGER, A. J. et al. From breast milk to brains: The potential of stem cells in human milk. **Journal of Human Lactation.**, v.29, n.2, p.136-139, 2013.

UNICEF. **Unicef: metade dos bebês não é amamentada na primeira hora de vida**. Disponível: <http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2016/07/unicef-metade-bebes-nao-sao-amamentados-na-primeira-hora-de-vida>. Acesso em 10 de dezembro de 2016.

URBANETTO, P. D. G. et al. Orientações recebidas pelas gestantes no pré-natal acerca da amamentação. **Cienc Cuid Saude**, v. 16, n. 4, 2017.

U.S. Department of Health and Human Services. **The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding**. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2011. 100p.

VICTORA, C.G. et al. Aleitamento materno no século XXI: epidemiologia, mecanismos e efeitos ao longo da vida. **Lancet**. v. 387, n. 10017, p.475-490, 2016.

VICTORA, C.G.; HORTA, B.L.; MOLA, C.L.; QUEVEDO, L.; PINHEIRO, R.T.; GIGANTE, D.P.; GONÇALVES, H.; BARROS, F.C. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Glob Health**., v. 3, n.4, p. 199-205, 2015.

VICTORA, C.G. et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth**., v.14, n. 175, p.1-9, 2014.

VIEIRA, S. R.; FERRARI, L. P. Investigação de alterações citogenéticas em abortos espontâneos: um retrospectivo de 2006 a 2011. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 2, p. 1-20, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Key facts on global HIV epidemic and progress in 2010**. Geneva: 2011. Disponível em:
<http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/global_facts/en/index1.html.>
Acesso em: 22 mar 2017.

APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA
MULHER**



APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados

Dados de identificação e controle:

Nº do formulário:

Data de preenchimento: ___/___/___

Dados de caracterização:

CARACTERIZAÇÃO MATERNA

Data de nascimento: ___/___/___

Idade: _____

Estado civil:

1. () Casada/União estável
2. () Solteira
3. () Separada/Divorciada
4. () Viúva

Escolaridade (em ANOS de estudo):

Com que idade você começou a estudar? _

Até que idade você estudou? _____

Quantos anos repetiu (alguma série)?

Ficou algum período sem frequentar?

Total: _____

Cor/raça:

1. () Branca
2. () Parda
3. () Preto
4. () Amarela
5. () Indígena

Religião:

1. () Católica
2. () Evangélica
3. () Espírita
4. () Outra: _____

Renda familiar (em R\$): _____

Renda individual (em R\$): _____

Utilizar as categorias abaixo somente se a mulher não quiser informar o valor bruto:

1. () Até ½ salário mínimo (até R\$ 440,00)
2. () Mais ½ até 1 SM (de 440,01 a R\$ 880,00)
3. () + de 1 e até 2 SM (de 880,01 a R\$ 1.760,00)
4. () + de 2 e até 3 SM (de 1.760,01 a 2.640,00)
5. () Mais de 3 SM (R\$ 2.640,01 ou mais)

Acesso à internet:

1. () Sim
2. () Não

Se sim, local de acesso:

1. () Casa
2. () Escola/universidade
3. () Trabalho
4. () Lan house
5. () Outro: _____

Situação ocupacional:

1. () Estudante
2. () Empregada/cart. assinada (privado)
3. () Empregada/cart. assinada (público)
4. () Empregada sem carteira assinada
5. () Desempregada
6. () Aposentada

Consome bebidas alcoólicas?

1. () Sim
2. () Não

Se bebe, quantas vezes na semana? _____

Utiliza alguma droga ilícita?

1. () Sim: _____
2. () Não

Se utiliza, qual a frequência/semana? _____

Pratica atividade física?

1. () Sim
2. () Não

Se sim, quantas vezes na semana? _____

Caracterização gineco-obstétrica: histórico

Número de gestações:

Número de abortos: _____

Fumante?

1. () Sim
2. () Não

Se sim, quantos cigarros/dia?

Caracterização gineco-obstétrica: FILHO ATUAL

Usava algum método contraceptivo?

1. () Sim: _____
2. () Não

Já fez uso da pílula do dia seguinte?

1. () Sim / nº de vezes: _____
2. () Não

Gravidez planejada?

1. () Sim
2. () Não

Usou algum método para interromper?

1. () Sim: _____
2. () Não

Nº de consultas pré-natal realizadas: _____

88- () não fez PN

() não sabe

Amamentação atual?

Número de nascidos vivos:

Final de gestação anterior < 1 ano?

1. () Sim

2. () Não 88. () não se aplica

Quantidade de partos normais: _____

Quantidade de partos cesários: _____

Doenças durante a última gravidez?

1. () DST qual (is): _____

2. () Zika

3. () Outras: _____

4. () não teve

Complicações durante a última gravidez?

1. () Cardiopatia

2. () Eclâmpsia

3. () Pré-eclâmpsia

4. () Diabetes

5. () Hipertensão

6. () Tromboembolismo

7. Outras: _____

8. () não teve

Amamentou o(s) filho(s) anteriore(s)?

1. () Sim/ quantos filhos amamentaram _____ 2. ()

Não/quantos filhos não amamentaram _____ 88. () NA

Se sim, por quanto tempo?

____;____;_____

1. () Sim

2. () Não

Desmame precoce (antes dos 6 meses)?

1. () Sim

2. () Não 88. () NA

Com quanto tempo houve o desmame?

_____ [] meses
[] dias

Motivo do desmame precoce:

1. ()

Ingurgitamento

2. () Mastite

3. () Internação hospitalar

4. () Enfermidade

5. () Uso de medicamentos

6. () Substituição do leite materno

7. () Outro: _____

88. () NA

Se não, por quê?

1. () Ingurgitamento [_____]
2. () Mastite [_____]
3. () Internação hospitalar [_____]
4. () Outro: _____ [_____]

Caracterização das crianças relacionadas aos primeiros dias após o nascimento

Data de nascimento: ___/___/_____

Dias de nascido: _____

Está tomando algum leite artificial?

1. () Sim
2. () Não

Se sim, qual motivo?

() Dificuldade de amamentação: qual: _____

() Doença do RN: qual: _____

() Doença da mãe: qual: _____

() RN com baixo peso

() RN premature

Há quanto tempo toma leite artificial?

O filho atual recebeu leite de terceira pessoa?

1. () Sim. Motivo: _____

2. () Não

O filho anterior recebeu leite de terceira pessoa?

1. () Sim. Motivo: _____

2. () Não 88. () NA

Classificação do recém-nascido:

1. () Pré-termo (< 37 SEMANAS)

88. () NA

Se sim, local da internação:

1. () UTI neonatal
2. () UCI
3. () Alojamento conjunto
4. () Pediatria

Criança já foi alimentada por leite humano de um banco de leite?

1. () Sim
2. () Não

Doação de leite materno

Recebeu orientação no pré-natal sobre aleitamento materno?

1. () Sim
2. () Não
88. () Não fez pré-natal

Já amamentou uma terceira pessoa?

1. () Sim. Motivo: _____

2. () Não

Recebeu orientação no pré-natal sobre doação de leite materno?

1. () Sim
2. () Não

Se você já doou seu leite:

1. () Sim. Período (meses): _____

2. () Não

Se sim, qual o motivo para doar o

2. () A termo (37 A 41 SEMANAS)
 3. () Pós-termo (> = 42 SEMANAS)
 88. () Não se aplica

Adequação peso-idade. OBS: tabela abaixo

1. () Pequeno para a idade gestacional
 2. () Adequado para a idade gestacional
 3. () Grande para a idade gestacional
 88. () Não se aplica

Local do nascimento:

1. () Capital (serviço publico)
 2. () Capital (serviço particular)
 3. () Município (publico)
 4. () Município (particular)

Houve internação da criança nos primeiros dias de vida?

1. () Sim
 2. () Não

Doação de leite materno

Você já utilizou o serviço de coleta domiciliar do leite ordenhado?

1. () Sim, em outro município
 2. () Não. Tive oportunidade, mas não quis
 3. () Não, porque não tive oportunidade/facilidade/ conhecimento

Se sim, quantas vezes? _____

2. () Não

leite materno?

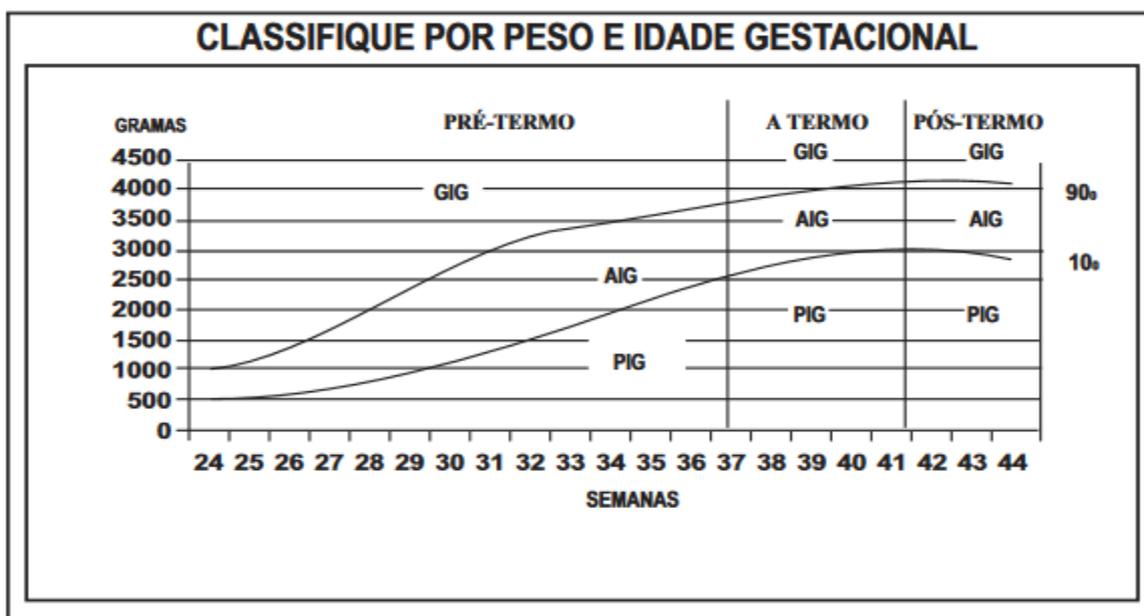
1. () Necessidade do filho (RN prematuro e/ou internado na UTIneo)
 2. () Para ajudar o filho de alguém da família ou de alguma conhecida
 3. () Excesso de leite materno
 4. () Vontade própria
 5. () Outro: _____

Se não, tem vontade de ser doadora?

1. () Sim
 2. () Não

Se não, qual o motivo?

1. () Medo
 2. () Não sabe como retirar (ordenhar) o leite
 3. () Falta de tempo (CH de trabalho)
 4. () Outro:



- Pequeno para a idade gestacional (PIG)**, quando se localiza abaixo da curva inferior (percentil 10), independente de sua idade gestacional.
- Adequado para a idade gestacional (AIG)**, quando se localiza entre as curvas (percentil 10 e 90), independente de sua idade gestacional.
- Grande para a idade gestacional (GIG)**, quando se localiza acima da curva superior (percentil 90), independente de sua idade gestacional.

Fonte: Brasil (2012).

APÊNDICE B – Treinamento Dos Acadêmicos De Enfermagem

Local: Universidade Federal do Piauí – UFPI

Facilitadora: Mestranda Maria Sauanna Sany de Moura

Público-alvo: Estudantes da graduação de enfermagem

Objetivo: Treinar os alunos para atuação no projeto de pesquisa intitulado: “Demanda de doação de leite humano: Subsídio para a implantação de um posto de coleta pela enfermagem”.

Programação do treinamento

- Apresentação do projeto de pesquisa aos alunos;
- Apresentação dos instrumentos de coleta de dados;
- Orientações sobre as atividades a serem realizadas durante a coleta de dados (Preenchimento dos instrumentos de coleta de dados e os locais da coleta);

Metodologia utilizada

Expositiva dialogada com apoio audiovisual.

Avaliação

Após a simulação da coleta de dados, os alunos foram considerados aptos a coletarem os dados.

Bibliografia Sugerida:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Leite Humano. *Brasília*, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília – DF. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília (DF), 2015.

APÊNDICE C - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

<p>Título do projeto Demanda e Perspectivas de nutrizes para doação de leite humano em Picos-PI. Pesquisador responsável: Anderson Nogueira Mendes - Pesquisador participante: Maria Sauanna Sany de Moura / Instituição/Departamento: UFPI/CCS- Teresina Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99976-7448 E-mail: sany-sany@hotmail.com</p>
--

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Justificativa: Considerando por um lado o potencial que os postos de coleta possuem em apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, além de elevar o número de doações de leite humano e contribuir para sobrevivência dos recém-nascidos, auxiliando-os para alcançarem crescimento e desenvolvimento ótimos, e por outro os baixos índices de leite coletado no estado do Piauí, no ano de 2015, possivelmente relacionados ao reduzido e concentrado número de bancos de leite e postos de coleta (apenas 01, de cada, localizado na capital do Estado), verifica-se a necessidade de expandir as ações de ampliação do número de doadoras de leite humano para os municípios do interior do Estado, cuja distância inviabiliza a doação rotineira.

Objetivo do estudo: Avaliar a demanda e as perspectivas de nutrizes para doação de leite humano em Picos-PI.

Procedimentos: Sua participação na pesquisa consistirá de responder um formulário contendo características sociodemográficas e clínicas, referentes ao período gestacional e amamentação. Está estruturado em cinco seções:

caracterização materna; caracterização gineco-obstétrica: histórico; caracterização gineco-obstétrica: gestação do filho atual; caracterização das crianças relacionadas aos primeiros dias após o nascimento; e amamentação e doação de leite materno

Riscos A pesquisa poderá acarretar cansaço ou fadiga, tendo em vista que o instrumento é extenso, como também constrangimento, devido ao conteúdo e/ou contexto das perguntas.

Benefícios: Sua colaboração estará trazendo benefícios para o desenvolvimento científico como também contribuir para uma implantação de um posto de coleta.

Sigilo: Asseguro que sua identidade será mantida em segredo e que você poderá retirar seu consentimento para a pesquisa em qualquer momento, bem como obter outras informações se lhe interessar. Além disso, sua participação não envolverá nenhum custo para você².

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/CPF/n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Demanda e perspectivas de nutrizes para doação de leite humano em Picos-PI.” Eu discuti com os pesquisadores responsáveis sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer natureza. Assino, portanto, este termo de consentimento confeccionado em duas vias, ficando de posse de uma delas e a outra com a pesquisadora responsável.

²Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI / Tel.: (86) 3215-5734 - e-mail: cep.ufpi@ufpi.br / web: www.ufpi.br/cep

Local e data: _____, ___/___/___.

Assinatura do Participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da participante:

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____, RG: _____,

Assinatura: _____

Nome: _____, RG: _____,

Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Local e data, ___/___/___.

Pesquisador responsável

APÊNDICE D - Termo De Assentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

<p>Título do projeto Demanda e Perspectivas de nutrizes para doação de leite humano em Picos-PI. Pesquisador responsável: Anderson Nogueira Mendes - Pesquisador participante: Maria Sauanna Sany de Moura / Instituição/Departamento: UFPI/CCS- Teresina Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99976-7448 E-mail: sany-sany@hotmail.com</p>
--

Prezado(a),

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa intitulada: “Demanda e perspectivas de nutrizes para doação de leite humano em Picos-PI”. Seus pais/responsáveis permitiram que você participasse da pesquisa, mas você decide se quer participar ou não.

Após ser **esclarecida** com as informações a seguir, no caso de aceitar participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Também esclarecemos que a qualquer momento você terá o direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo na sua etapa final, sem nenhum ônus ou prejuízos. As informações são sigilosas, somente os pesquisadores terão acesso a elas e ainda quando divulgados os resultados, é impossível para o leitor identificar quem respondeu ou mesmo qual a escola participante.

Objetivo do estudo: Avaliar a demanda e as perspectivas de nutrizes para doação de leite humano em Picos-PI.

Procedimentos: Sua participação na pesquisa consistirá de responder um formulário contendo características sociodemográficas e clínicas, referentes ao período gestacional e amamentação. Está estruturado em cinco seções: caracterização materna; caracterização gineco-obstétrica: histórico; caracterização gineco-obstétrica: gestação do filho atual; caracterização das crianças relacionadas aos primeiros dias após o nascimento; e amamentação e doação de leite materno

Benefícios: Sua colaboração estará trazendo benefícios para o desenvolvimento científico como também contribuir para uma implantação de um posto de coleta.

Riscos: A pesquisa poderá acarretar cansaço ou fadiga, tendo em vista que o instrumento é extenso, como também constrangimento, devido ao conteúdo e/ou contexto das perguntas.

Sigilo: As informações fornecidas pelo/as participantes terão privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você ou a instituição não serão identificado/as em nenhum momento, e ainda quando divulgados os resultados, é impossível para o leitor identificar quem respondeu ou mesmo qual a escola participante.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “**Demanda e perspectivas de nutrizes sobre doação de leite humano em Picos-PI**”, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu assentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Assentimento deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo.

Local de data: _____

Assinatura do pesquisador responsável ou representante

APÊNDICE E - Ofício Para O Conselho Municipal De Saúde De Picos-Piauí



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER



Ofício n.º 01/2018

Picos-PI, 05 de julho de 2018

Ao Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Picos,

Assunto: **Plano de ação para subsidiar a implantação de um posto de coleta de leite humano em Picos-PI.**

Senhor Presidente,

Venho por meio deste, entregar o plano de ação para subsidiar a implantação de um posto de coleta de leite humano em Picos-PI, para que junto aos demais conselheiros possa ler e colocado em pauta, a fim de ser aprovado para que possa dar continuidade a esse projeto colocando em prática. Visto que, após a realização desta pesquisa em Picos observou-se que o baixo índice de doação de leite humano no Piauí, pode estar relacionado a centralização de locais de coleta de leite humano, tendo apenas na capital do Piauí, com isso verificando a necessidade de expandir esses locais de coleta e assim ampliar o número de doadoras de leite humano para os municípios do interior do Estado, cuja a distância inviabiliza a doação rotineira.

Respeitosamente,

Maria Sauanna Sany de Moura

Enfermeira e Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher

ANEXOS

ANEXO A - RDC da ANVISA 171, de 04 de setembro de 2006

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

RESOLUÇÃO-RDC Nº 171, DE 4 DE SETEMBRO DE 2006

Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº. 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 28 de agosto de 2006, e

Considerando que a promoção, a proteção e o apoio à prática da amamentação são imprescindíveis à saúde da criança, combate à desnutrição e à mortalidade infantil;

Considerando que a atuação dos Bancos de Leite Humano constitui uma medida eficaz para as políticas públicas de amamentação;

Considerando a necessidade de dispor de leite humano em quantidade e qualidade que permita o atendimento aos lactentes internados nas unidades neonatais e os que estão impossibilitados de serem amamentados diretamente ao peito;

Considerando que o parágrafo 4º do artigo 199 da Constituição Federal de 1988, veda todo tipo de comercialização de órgãos, tecidos e substâncias humanas;

Considerando que a instalação e o funcionamento dos Bancos de Leite Humano requerem uma normalização técnica específica a fim de evitar riscos à saúde dos lactentes e lactantes, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para os Bancos de Leite Humano (BLH), em anexo.

Art. 2º Estabelecer que a construção, reforma ou adaptação na estrutura física do Banco de Leite Humano (BLH) deve ser precedida de aprovação do projeto junto à autoridade sanitária local em conformidade com a RDC/ANVISA nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002 e a RDC/ANVISA nº. 189, de 18 de julho de 2003.

Art. 3º As Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal devem implementar os procedimentos para a adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta RDC, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 4º Os atos normativos mencionados neste Regulamento, quando substituídos ou atualizados por novos atos, terão a referência automaticamente atualizada em relação ao ato de origem.

Art. 5º É vedada a comercialização dos produtos coletados, processados e distribuídos pelo Banco de Leite Humano e pelo Posto de Coleta de Leite Humano.

Art. 6º O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária, ficando sujeito o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº. 6437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 7º Os Bancos de Leite Humano e os Postos de Coleta de Leite Humano têm o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da publicação, para se adequarem ao estabelecido neste Regulamento Técnico.

Art. 8º Revogar o subitem "d" do item 25 (Alimentos Naturais) do anexo I (Padrões Microbiológicos Sanitários Para Alimentos) do Regulamento Técnico aprovado pela Resolução - RDC Nº 12, de 2 de janeiro de 2001. Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

LUIZ PAULO CICOGNA FAGGIONI

1. HISTÓRICO

O Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano foi elaborado a partir de trabalho conjunto de técnicos da ANVISA, profissionais de vigilâncias sanitárias estaduais, da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e do Ministério da Saúde, que foram convidados para elaborar o documento inicial.

A proposta de Regulamento Técnico foi publicada como Consulta Pública no 28 de 5 de abril de 2005 e ficou aberta para receber sugestões por um prazo de 60 (sessenta) dias.

As sugestões à Consulta Pública foram enviadas por entidades representativas e técnicos e especialistas da área.

As sugestões foram consolidadas pelos técnicos da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde da ANVISA, profissionais de vigilâncias sanitárias estaduais e da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Após amplas discussões, as sugestões pertinentes foram incorporadas ao texto do Regulamento Técnico, tendo sido produzido assim documento final consensual sobre o assunto. O presente documento é o resultado das discussões que definiram os requisitos necessários ao funcionamento dos Bancos de Leite Humano.

2. OBJETIVO

Estabelecer os requisitos para instalação e funcionamento de Banco de Leite Humano (BLH) e Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH) em todo território nacional com o objetivo de garantir a segurança sanitária do leite humano ordenhado.

3. ABRANGÊNCIA

Este Regulamento Técnico é aplicável a todos os serviços de saúde públicos e privados que realizam atividades relacionadas ao Banco de Leite Humano (BLH) e Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH).

4. DEFINIÇÕES

- 4.1. Acidez Dornic do leite humano: acidez titulável do leite humano ordenhado expressa em Graus Dornic.
- 4.2. Aditivos em leite humano ordenhado: toda e qualquer substância adicionada ao leite humano ordenhado, de modo intencional ou acidental.
- 4.3. Banco de Leite Humano (BLH): serviço especializado, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, do seu processamento, controle de qualidade e distribuição.
- 4.4. Banco de Leite Humano de Referência: banco de leite humano responsável pela implementação de ações estratégicas estabelecidas para sua área de abrangência, com atribuição de desenvolver educação permanente, pesquisas operacionais e prestar assessoria técnica.
- 4.5. Boas Práticas de Manipulação do leite humano ordenhado: procedimentos necessários para garantir a qualidade do leite humano ordenhado desde sua coleta até a distribuição.
- 4.6. Cadeia de frio: condição de conservação sob frio, na qual os produtos refrigerados ou congelados devem ser mantidos, da coleta ao consumo, sob controle e registro.
- 4.7. Conformidade do leite humano ordenhado: atendimento aos requisitos de qualidade do leite humano ordenhado.
- 4.8. Conservação do leite humano ordenhado: conjunto de procedimentos que visam à preservação das características químicas, físico-químicas, imunológicas e microbiológicas do leite humano ordenhado.
- 4.9. Controle de qualidade: conjunto de operações realizadas com o objetivo de verificar a conformidade dos produtos e processos.
- 4.10. Crematócrito: técnica analítica que permite o cálculo estimado do conteúdo energético do leite humano ordenhado.
- 4.11. Degelo: processo controlado que visa transferir calor ao produto congelado em quantidade suficiente para mudança de fase sólida para líquida.
- 4.12. Desinfecção: processo físico ou químico que elimina a maioria dos microrganismos patogênicos de objetos inanimados e superfícies, com exceção de esporos bacterianos podendo ser de baixo, médio ou alto nível.
- 4.13. Doadora de leite humano: nutriz saudável que apresenta secreção láctea superior às exigências de seu filho, que se dispõe a ordenhar e doar o excedente; ou aquela que ordenha o próprio leite para manutenção da lactação e/ou alimentação do seu filho.
- 4.14. Esterilização: processo físico ou químico que destrói todas as formas de vida microbiana, ou seja, bactérias nas formas vegetativas e esporuladas, fungos e vírus.
- 4.15. Estocagem do leite humano ordenhado: conjunto operações que visam a conservação do leite humano ordenhado.
- 4.16. Evento adverso grave (EAG): qualquer ocorrência clínica desfavorável que resulte em morte, risco de morte, hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização pré-existente, incapacidade significante persistente ou permanente; ou ocorrência clínica significativa.
- 4.17. Indicadores do Banco de Leite Humano: medidas e parâmetros utilizados para avaliar a eficiência do banco de leite humano.

-
- 4.18. Lactente: criança menor de 24 (vinte e quatro) meses.
- 4.19. Leite Humano (LH): secreção láctea produzida pela nutriz.
- 4.20. Leite Humano Ordenhado (LHO): leite humano obtido por meio do procedimento de ordenha.
- 4.33. Porcionamento do leite humano ordenhado: alíquotagem do leite humano ordenhado para consumo de acordo com a prescrição médica e/ou de nutricionista.
- 4.34. Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH): unidade, fixa ou móvel, intra ou extra-hospitalar, vinculada tecnicamente ao Banco de Leite Humano (BLH) e administrativamente a um serviço de saúde ou ao próprio Banco de Leite Humano (BLH), responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz e sua estocagem.
- 4.35. Profissional capacitado em BLH e PCLH: profissional capacitado de acordo com os critérios estabelecidos pelo Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano/FIOCRUZ.
- 4.36. Receptor do leite humano: consumidor do produto distribuído pelo Banco de Leite Humano (BLH) ou Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH).
- 4.37. Reemase do leite humano ordenhado: operação de transferência do leite humano da embalagem em que foi colocado após a ordenha para a embalagem em que será pasteurizado.
- 4.38. Rótulo: identificação impressa ou escrita aplicada sobre a embalagem com os dizeres de rotulagem.
- 4.39. Valor biológico do leite humano: características imunobiológicas, nutricionais e organolépticas do leite humano.

5. CONSIDERAÇÕES GERAIS

5.1 Organização

5.1.1 O BLH e o PCLH devem possuir licença de funcionamento/Licença sanitária/Ahará sanitário em vigor emitida pelo órgão de vigilância sanitária competente.

5.1.2 O BLH deve estar vinculado a um Hospital com assistência Materna e/ou Infantil.

5.1.3 O PCLH deve estar vinculado tecnicamente a um BLH e administrativamente a um serviço de saúde ou ao próprio BLH.

5.1.4. O BLH e PCLH devem dispor de profissionais de nível superior legalmente habilitados e capacitados para assumir a responsabilidade pelas seguintes atividades:

- a) médico-assistenciais;
- b) de tecnologia de alimentos.

5.1.4.1. Um destes profissionais deve assumir a responsabilidade técnica pelo serviço de BLH e PCLH perante a vigilância sanitária.

5.1.5 A direção do serviço de saúde, o coordenador e o RT do BLH ou PCLH devem planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos incluindo:

- a) recursos humanos, materiais e equipamentos necessários para o desempenho de suas atribuições, em conformidade com a legislação vigente;
- b) responsabilidade sobre o processo de trabalho;
- c) supervisão do pessoal técnico durante o período de funcionamento.

5.1.6 O BLH e o PCLH devem seguir as orientações do Programa de Controle de Prevenção de Infecção e de Eventos Adversos (PCPIEA) do serviço de saúde ao qual está vinculado.

5.1.7 Compete ao BLH as seguintes atividades:

- a) desenvolver ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;
- b) prestar assistência a gestante, puérpera, nutriz e lactente na prática do aleitamento materno;
- c) executar as operações de controle clínico da doadora;
- d) coletar, selecionar, classificar, processar, estocar e distribuir o LHOP;
- e) responder tecnicamente pelo processamento e controle de qualidade do LHO procedente do PCLH a ele vinculado;
- f) realizar o controle de qualidade dos produtos e processos sob sua responsabilidade;
- g) registrar as etapas do processo;
- h) dispor de um sistema de informação que assegure os registros relacionados às doadoras, receptores e produtos, disponíveis às autoridades competentes, guardando sigilo e privacidade dos mesmos.
- i) estabelecer ações que permitam a rastreabilidade do LHO.

5.1.8 Compete ao PCLH as seguintes atividades:

- a) desenvolver ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;

- b) prestar assistência a gestante, puérpera, nutriz e lactente na prática do aleitamento materno;
- c) executar as operações de controle clínico da doadora;
- d) coletar, armazenar e repassar o LHO para o BLH ao qual está vinculado;
- e) registrar as etapas do processo garantindo a rastreabilidade do produto;
- f) dispor de um sistema de informação que assegure os registros relacionados às doadoras e produtos, disponíveis às autoridades competentes, guardando sigilo e privacidade dos mesmos.
- g) estabelecer ações que permitam a rastreabilidade do LHO.

5.1.9 O BLH e o PCLH devem dispor de normas e rotinas escritas de todos os procedimentos realizados.

5.1.10 O BLH e o PCLH devem implantar e implementar as Boas Práticas de Manipulação do LHO.

5.2 Recursos Humanos

5.2.1 O BLH e o PCLH devem possuir estrutura organizacional, descrição de cargos e funções de pessoal, definição da qualificação e responsabilidades.

5.2.2 Fica vedado ao profissional, durante a realização do processamento do LHO, a atuação simultânea em outros setores.

5.2.3 O BLH e o PCLH devem manter disponíveis o registro de formação e qualificação de seus profissionais.

5.2.4 O BLH e o PCLH devem promover educação permanente aos seus profissionais mantendo disponíveis os registros da mesma.

5.2.5 O BLH e o PCLH devem cumprir as legislações pertinentes do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

5.3. Infra-Estrutura

5.3.1. A infra-estrutura do BLH e do PCLH deve atender aos requisitos abaixo que alteram a RDC/ANVISA No- 50 de 21 de fevereiro de 2002 em seus respectivos itens.

5.3.1.1 - A parte II (programação físico-funcional dos sistemas de saúde), capítulo 2 (organização físico-funcional), atribuição 4 (prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia), atividade 4.13 (Banco de leite humano) passa a vigorar com a seguinte redação:

Atividades

4.13 - Banco de Leite Humano

4.13.1 - Recepcionar, registrar e fazer a triagem das doadoras.

4.13.2 - Receber o leite humano de coletas externas.

4.13.3 - Preparar doadoras e profissionais.

4.13.4 - coletar leite humano

4.13.5 - processar o leite humano ordenhado compreendendo as etapas de degelo, seleção, classificação, reemase, pasteurização.

4.13.6 - liofilizar o leite processado.

4.13.7 - Estocar o leite humano processado.

4.13.8 - Fazer o controle de qualidade do leite humano coletado e processado.

4.13.9 - distribuir leite humano.

4.13.10 - porcionar o leite humano.

4.13.11 - proporcionar condições de conforto aos lactentes e acompanhantes da doadora.

4.13.12 - promover ações de educação no âmbito do aleitamento materno, por meio de palestras, demonstrações e treinamento.

5.3.1.2. A tabela da parte II (programação físico-funcional dos sistemas de saúde), capítulo 3, item 3.2 (Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes), unidade funcional 4.13 (unidade/ambiente banco de leite humano) passa a vigorar com a seguinte redação:

Unidade funcional 4 - Apoio ao diagnóstico e terapia				
Nº ativ.	Unidade/ambiente	Dimensionamento		Instalações
		quantificação	dimensão	
4.13	Banco de Leite Humano (BLH)			
4.13.1	Sala para recepção, registro e	1	7.50 m ²	

	Triagem das doadoras.			
4.13.2	Área para estocagem de leite cru coletado	1 Em BLH com produção de até 60 L/mês; a estocagem pode ser realizada na sala de processamento, na área de estocagem, com geladeira ou freezer exclusivo para o leite cru.	4,00 m ²	HF
4.13.2	Área para recepção da coleta externa		4,0m ²	HF
4.13.1	Arquivo de doadoras	1	ADE	
	Vestibário de barreira	1	3,0 m ²	HF
4.13.4	Sala para ordenha	1	1,5m ² por cadeira de coleta	HF
4.13.5; 4.13.9	Sala para processamento - degelo - seleção	1	15,0m ²	HF, ED, EE, ADE, AC, E
	- classificação - reemase - pasteurização			
	- estocagem - distribuição			
4.13.6	-lifoilização		ADE	ADE, EE
4.13.8	Laboratório de controle de qualidade microbiológico ^{1*}	1*	6.00 m ²	HF, ED
4.13.10	Sala de Porcionamento		4,00 m ²	HF
4.13.11	Sala para lactentes e acompanhantes		4,4 m ²	HF

1* "in loco" ou não

Ambientes de apoio:

Os BLH e PCLH devem possuir os seguintes ambientes de apoio:

- * Central de Material Esterilizado - Simplificada
- * Sanitários (masc. e fem.) com 3,2m², com dimensão linear mínima de 1,6m
- * Sanitário para deficientes (BRASIL, 2004 - Decreto Federal 5296 Ministério da Justiça)
- * Depósito de Material de Limpeza com área mínima de 2 m² e dimensão mínima de 1 m, equipado com tanque.
- * Sala Administrativa
- * Copa
- * Consultório
- * Sala de demonstração e educação em Saúde
- * estas atividades podem ser realizadas em ambientes não exclusivos do BLH.

5.3.1.3. A parte III (critérios para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde), capítulo 6 (condições ambientais e controle de infecção), item 6.2 (critério de projeto) alínea B (projeto básico) passa a vigorar com a seguinte redação nos itens a seguir relacionados:

B.1.1. Vestiários/banheiros/sanitários de barreira nos compartimentos destinados à realização de procedimentos assépticos

(c. cirúrgico, c. obstétrico, sala de coleta e sala de processamento do banco de leite humano, lactário/nutrição enteral, hemodinâmica, CME, diluição de quimioterápicos e preparo de nutrição parenteral).

B.2. Nas unidades de processamento de roupas, nutrição e dietética, banco de leite humano e central de esterilização de material, os materiais devem obrigatoriamente, seguir determinados fluxos e, portanto os ambientes destas unidades devem se adequar a estes fluxos.

B.2.3. Esterilização de material.

B.2.4. Banco de leite humano.

Higiene pessoal | recebimento ou coleta do leite humano ordenhado | estocagem de LHDC | degelo | seleção | classificação | remanejo | pasteurização | liofilização (quando houver) | controle de qualidade | estocagem de LHOP | distribuição | porcionamento (quando houver).

B.4.2. Compartimentos destinados ao, preparo e cocção de alimentos e manipulação do leite humano ordenhado.

5.3.1.4 A parte II (critérios para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde), capítulo 7 (instalações prediais ordinárias e especiais), item 7.3.2 (gás combustível, consumo) passa a vigorar com a seguinte redação:

Banco de leite humano - considerar os bicos de Bunsen dos locais onde se realiza o remanejo, coleta de amostras para análise microbiológica e o porcionamento do leite humano ordenhado.

5.4 Equipamentos e Instrumentos

5.4.1 O BLH e o PCLH devem:

- a) estar supridos com equipamentos e instrumentos necessários ao atendimento de sua demanda, em perfeitas condições de conservação e limpeza;
- b) possuir manual de funcionamento do equipamento ou instrumento, em língua portuguesa, distribuído pelo fabricante, podendo ser substituído por instruções de uso, por escrito;
- c) possuir uma programação de manutenção preventiva, conforme orientação do fabricante ou do RT;
- d) calibrar os instrumentos a intervalos regulares mantendo os registros dos mesmos;
- e) manter registros das manutenções preventivas e corretivas disponíveis durante a vida útil do equipamento ou instrumento.

5.4.2 Os materiais, equipamentos e instrumentos utilizados devem estar regularizados junto a ANVISA/MS, de acordo com a legislação vigente.

5.5 Biossegurança

5.5.1 Os profissionais envolvidos na manipulação do LHO devem utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI).

5.5.2 O EPI dos profissionais deve contemplar o uso de gorro, óculos de proteção, máscara, avental e luvas de procedimento, em conformidade com a atividade desenvolvida.

5.5.2.1 O EPI deve ser exclusivo para a realização do procedimento, sendo que o avental e as luvas devem ser substituídos a cada ciclo de processamento.

5.5.3 A paramentação da doadora deve contemplar o uso de gorro, máscara e avental janelado.

5.6. Limpeza, Desinfecção e Esterilização

5.6.1 O BLH e o PCLH devem manter atualizados e disponíveis, a todos os profissionais, procedimentos escritos de limpeza, desinfecção e esterilização de equipamentos, artigos, materiais e superfícies, de acordo com o Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde/ 1994.

5.6.2 Os saneantes utilizados devem estar regularizados junto a ANVISA/MS, conforme a legislação vigente e atender as especificações do fabricante quanto à finalidade de uso e a forma de utilização.

6. PROCESSOS OPERACIONAIS

6.1 Higiene e Conduta

6.1.1 O acesso às áreas de manipulação do leite humano deve ser restrito ao pessoal diretamente envolvido e devidamente paramentado.

6.1.2 Os profissionais e doadoras devem ser orientados de forma oral e escrita quanto às práticas de higienização e anti-sepsia das mãos e antebraços nas seguintes situações: antes de entrar na sala de ordenha do leite humano, na recepção de coleta externa e na de processamento; após qualquer interrupção do serviço; após tocar materiais contaminados; após usar os sanitários e sempre que se fizer necessário.

6.1.3 É proibido o uso de cosméticos voláteis e adorno pessoais nas salas de ordenha, recepção de coleta externa, higienização, processamento, no ambiente de porcionamento e no de distribuição do leite humano.

6.1.4 É proibido fumar, comer, beber e manter plantas e objetos pessoais ou em desuso ou estranhos à atividade nas salas de ordenha, recepção de coleta externa, higienização, processamento, no ambiente de porcionamento e no de distribuição do leite humano.

6.2 Doadoras e Doações

6.2.1 A seleção de doadoras é de responsabilidade do médico responsável pelas atividades médico assistenciais do BLH ou PCLH.

6.2.2 Devem ser consideradas aptas para doação as nutrizes que atendem aos seguintes requisitos:

- a) estar amamentando ou ordenhando LH para o próprio filho;
- b) ser saudável;
- c) apresentar exames pré ou pós-natal compatíveis com a doação de LH;
- d) não fumar mais que 10 cigarros por dia;
- e) não usar medicamentos incompatíveis com a amamentação;
- f) não usar álcool ou drogas ilícitas;
- g) realizar exames (Hemograma completo, VDRL, anti-HIV) quando o cartão de pré-natal não estiver disponível ou a nutriz não tiver realizado pré-natal;
- h) realizar outros exames conforme perfil epidemiológico local ou necessidade individual da doadora.

6.2.3 O BLH e o PCLH devem dispor de registro do estado de saúde da doadora visando assegurar o cumprimento dos critérios para doação, em conformidade com a legislação vigente.

6.2.4 A doação de LH deve ser voluntária, altruista e não remunerada, direta ou indiretamente.

6.3 Ordenha e Coleta

6.3.1 A ordenha e a coleta devem ser realizadas de forma a manter as características químicas, físico-químicas, imunológicas e microbiológicas do leite humano.

6.3.2 O material usado na manipulação do LH deve ser previamente esterilizado, exceto a paramentação.

6.3.3 O BLH e o PCLH são responsáveis pelo fornecimento de embalagens adequadas e esterilizadas para cada doadora.

6.3.3.1 Em situações excepcionais, a embalagem utilizada para a coleta do LH pode ser desinibida em domicílio, segundo orientação do BLH ou PCLH.

6.3.4 O nome do funcionário que efetuou a coleta deve ser registrado de forma a garantir a rastreabilidade.

6.4 Cadeia de Frio

6.4.1 O BLH e o PCLH devem controlar a temperatura e registrar em planilha específica todas as etapas do fluxograma que exigem cadeia de frio: transporte, estocagem e distribuição.

6.5 Transporte

6.5.1 O LHOC e o LHOP devem ser transportados sob cadeia de frio.

6.5.2 Os produtos devem ser transportados em recipientes isotérmicos exclusivos, constituídos por material liso, resistente, impermeável, de fácil limpeza e desinfecção.

6.5.2.1 O recipiente isotérmico para transporte deve ser previamente limpo e desinfetado.

6.5.3 O LHOC e o LHOP devem ser transportados de forma que a temperatura máxima não ultrapasse 5°C (Cinco graus Celsius) para os produtos refrigerados e -1°C (Um grau Celsius negativo) para os produtos congelados.

6.5.4 O tempo de transporte não deve ultrapassar 6 horas.

6.5.5 O veículo para o transporte do LHO deve:

- a) garantir a integridade e qualidade do produto;
- b) ser limpo, isento de vetores e pragas urbanas ou qualquer evidência de sua presença;
- c) ser adaptado para transportar o recipiente isotérmico de modo a não danificar o produto e garantir a manutenção da cadeia de frio;
- d) ser exclusivo no momento do transporte conforme rota estabelecida;
- e) conduzido por motorista treinado para desenvolver a atividade de coleta domiciliar do LHO ou acompanhado por profissional capacitado.

6.6 Recepção

6.6.1 No ato do recebimento do LHO deve-se verificar e registrar:

- a) conformidade de transporte de acordo com o item 6.5;
- b) planilha de controle de temperatura de acordo com o item 6.4.1;
- c) conformidade da embalagem de acordo com o item 6.8.2;
- d) rastreabilidade do produto cru de acordo com o item 6.8.3;

6.6.2 As embalagens que não atendam ao item 6.6.1 devem ser descartadas e o volume desprezado registrado.

6.6.3 Deve ser realizada desinfecção na parte externa das embalagens de LHOC provenientes de coleta externa.

6.7 Degelo, Seleção e Classificação

6.7.1 O LHOC recebido pelo BLH deve ser submetido a procedimentos de degelo, seleção e classificação.

6.7.2 A temperatura final do produto submetido a degelo não deve exceder 5°C (cinco graus Celsius).

6.7.3 A seleção compreende a verificação de:

- a) condições da embalagem;
- b) presença de sujidades;
- c) cor;
- d) off-flavor
- e) acidez Dornic

6.7.4 A classificação compreende a verificação de:

- a) período de lactação;
- b) acidez Dornic;
- c) conteúdo energético (crematócrito).

6.8 Reemase, Embalagem e Rotulagem

6.8.1 Reemase

6.8.1.1 Deve garantir a qualidade higiênico-sanitária do LHO e a uniformização dos volumes e embalagens, antes da pasteurização.

6.8.1.2 Deve ser realizado sobre superfície de material liso, lavável e impermeável, resistente aos processos de limpeza e desinfecção.

6.8.1.3 Deve ser realizado sob campo de chama ou cabine de segurança biológica

6.8.1.4 Todo LHOC reemaseado deve ser rotulado de acordo com o item 6.8.3.

6.8.1.5 O Pool de LHO deve ser formulado com produtos aprovados na seleção e classificação.

6.8.2 Embalagem

6.8.2.1 A embalagem destinada ao acondicionamento do LHO deve:

- a) ser de material de fácil limpeza e desinfecção;
- b) apresentar vedamento de forma a manter a integridade do produto;
- c) ser constituída de material inerte e inócuo ao LHO em temperaturas na faixa de - 25 °C (vinte e cinco graus Celsius negativos) a 128 °C (cento e vinte e oito graus Celsius) que preserve seu valor biológico.

6.8.2.2 As embalagens e materiais que entram em contato direto com o LHO devem ser esterilizadas.

6.8.3 Rotulagem

6.8.3.1 O LHO coletado e processado deve ser rotulado com informações que permitam a sua rastreabilidade.

6.8.3.1.1 As informações contidas no rótulo podem ser substituídas por denominação ou codificação padronizada pelo BLH, desde que permita a identificação e a rastreabilidade do mesmo.

6.8.3.2 O acondicionamento da embalagem rotulada deve manter a integridade do rótulo e permitir a sua identificação.

6.8.3.3 Os rótulos das embalagens destinadas à coleta domiciliar devem conter no mínimo as seguintes informações: identificação da doadora, data e hora da primeira coleta.

6.8.3.4 Os rótulos das embalagens de LHOC e LHOP estocado devem conter no mínimo as seguintes informações: identificação da doadora, conteúdo energético e validade.

6.9 Pasteurização

6.9.1 O LHOC coletado e aprovado pelo BLH deve ser pasteurizado a 62,5°C (sessenta e dois e meio graus Celsius) por 30 (trinta) minutos após o tempo de pré-aquecimento.

6.9.1.1 O tempo de pré-aquecimento é o tempo necessário para que LHOC a ser pasteurizado atinja a temperatura de 62,5°C.

6.9.1.2 A temperatura de pasteurização do leite humano deve ser monitorada a cada 5 minutos, com registro em planilha específica.

6.9.2 O ambiente onde ocorre a pasteurização deve ser limpo e desinfetado imediatamente antes do início de cada ciclo, ao

término das atividades e sempre que necessário.

6.9.3 O LHOP deve ser submetido a análise microbiológica para determinação da presença de microrganismos do grupo coliforme.

6.9.4 É permitida a administração de LHOC (sem pasteurização) exclusivamente da mãe para o próprio filho, quando:

- a) coletado em ambiente próprio para este fim;
- b) com ordenha conduzida sob supervisão;
- c) para consumo em no máximo 12 (doze) horas desde que mantido a temperatura máxima de 5° C (cinco graus Celsius).

6.10 Estocagem

6.10.1 O BLH e o PCLH devem dispor de equipamento de congelamento exclusivo com compartimentos distintos e identificados para estocagem LHOC e LHOP.

6.10.2 A cadeia de frio deve ser mantida durante a estocagem do LHOC e LHOP, respeitando-se o prazo de validade estabelecido.

6.10.3 O LHOC congelado pode ser estocado por um período máximo de 15 (quinze) dias, a partir da data da primeira coleta, a uma temperatura máxima de -3°C (três graus Celsius negativos).

6.10.4 O LHOC refrigerado pode ser estocado por um período máximo de 12 (doze) horas a temperatura máxima de 5°C (cinco graus Celsius).

6.10.5 O LHOP deve ser estocado sob congelamento a uma temperatura máxima de - 3°C (três grau Celsius negativo), por até 06 (seis) meses.

6.10.6 O LHOP, uma vez descongelado, deve ser mantido sob refrigeração a temperatura máxima de 5°C (cinco graus Celsius) com validade de 24 (vinte e quatro) horas.

6.10.7 O LHOP liofilizado e embalado a vácuo pode ser estocado em temperatura ambiente pelo período de 1 (um) ano.

6.10.8 As temperaturas máximas e mínimas dos equipamentos destinados à estocagem do LHO devem ser verificadas e registradas diariamente.

6.10.9 O BLH deve dispor de registro de controle de estoque que identifique os diferentes tipos de produto sob sua responsabilidade.

6.11 Distribuição

6.11.1 A distribuição do LHOP a um receptor fica condicionada:

- a) a prescrição ou solicitação do médico ou de nutricionista contendo, volume/horário diário e necessidades do receptor;
- b) ao atendimento dos seguintes critérios de prioridade: recém-nascido prematuro ou de baixo peso que não suga; recém-nascido infectado, especialmente com enteroinfecções; recém-nascido em nutrição trófica; recém-nascido portador de imunodeficiência; recém-nascido portador de alergia a proteínas heterólogas; e casos excepcionais, a critério médico.
- c) a inscrição do receptor no BLH.

6.11.2 O BLH deve disponibilizar ao responsável pela administração do LHO instruções escritas, em linguagem acessível quanto ao transporte, degelo, porcionamento, aquecimento e administração do LHO.

6.12 Porcionamento

6.12.1 O porcionamento do LHOP destinado ao consumo deve ser realizado no BLH, lactário, serviço de nutrição enteral ou ambiente fechado exclusivo para este fim, de forma a manter a qualidade higiênico-sanitária do produto.

6.12.1.1 O porcionamento, quando realizado no lactário ou no serviço de nutrição enteral, deve ser feito em horários distintos da manipulação destas fórmulas, de acordo com procedimentos escritos.

6.13 Aditivos

6.13.1 A utilização de aditivo no LHO é vetada durante as fases de: coleta, processamento, distribuição e no porcionamento do LHO.

6.13.2 Em condições excepcionais, o acréscimo de aditivos poderá ser realizado, sob prescrição médica, no momento da administração, mediante a garantia da isenção de riscos à saúde do receptor.

6.13.2.1 No caso do uso de aditivo, este deve ser administrado em ambiente hospitalar.

7. CONTROLE DE QUALIDADE

7.1 O BLH e o PCLH devem possuir um sistema de controle de qualidade que incorpore:

- a) Documentação de Boas Práticas de Manipulação do LHO;
- b) Programa de controle interno da qualidade, documentado e monitorado.

7.2 O controle de qualidade do LHOC recebido pelo BLH, independente de sua origem, deve ser realizado conforme os parâmetros de conformidade descritos na tabela I

Tabela I - Características físico-químicas e organolépticas do LHOC

Característica	Parâmetro aceitável
Acidez Domic	Menor ou igual a 8°D
Off - flavor	Ausente
Sujidade	Ausente
Cor (vermelho/marrom)	Ausente
Crematócrito	Maior ou igual a 250 Kcal/L

7.3 O controle de qualidade do LHOP deve ser realizado conforme os parâmetros de conformidade descritos na tabela II

Característica	Parâmetro aceitável
Microrganismos do Grupo Coliforme	Ausente

7.4 O profissional responsável pela execução das análises físico-químicas, organolépticas e microbiológicas deve ter capacitação específica para esta atividade, atestado por certificado de treinamento reconhecido pela Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano.

7.5 O leite humano cujos resultados não atendem aos parâmetros aceitáveis deve ser descartado conforme o disposto na RDC/ANVISA No- 306, de 07 de dezembro de 2004 para resíduos do Grupo D.

8. AVALIAÇÃO DOS BANCOS DE LEITE HUMANO

8.1 O BLH deve realizar de forma continuada a avaliação do desempenho de suas atividades, por meio dos seguintes indicadores:

- Índice de positividade para microrganismos do Grupo Coliforme;
- Índice de não conformidade para acidez Domic.

8.2 Os indicadores devem ser calculados segundo a metodologia apresentada na tabela II.

Tabela II - Indicadores de Qualidade

Produto	Tipo de teste	Fórmula de cálculo
LHOC	Acidez Domic	A/B x 100
LHOP	Microrganismos do grupo coliforme	A/B x 100

8.2.1 Na Tabela III a letra A corresponde ao total de amostras não-conformes e a letra B ao total de amostras analisadas.

8.3 O BLH deve disponibilizar à Vigilância Sanitária as informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos e eventos adversos.

8.3.1 Sempre que solicitado, o BLH deve enviar o resultado do monitoramento dos indicadores para as secretarias de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e para o Ministério da Saúde.

9. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS (EA)

9.1 O BLH deve comunicar ao responsável pelo PCPIEA (Programa de Controle e Prevenção de Infecções e Eventos Adversos) os casos de suspeita de EA.

9.2 O responsável pelo PCPIEA deve notificar os casos comunicados de EA à autoridade sanitária competente do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas.

9.3 A notificação não isenta o responsável pelo PCPIEA da investigação epidemiológica e da adoção de medidas imediatas de controle do evento.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10.1 BRASIL. Congresso Nacional. Lei N° 9431 de 06 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade do programa de controle de infecção hospitalar pelos hospitais do País. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 07 jan. 1997.

10.2 BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 mar. 2002.

10.3 BRASIL. Ministério da Saúde. RDC/ANVISA No- 189, de 18 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC No- 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 21 jul. 2003.

10.4 BRASIL. Congresso Nacional. Lei n 8078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, v. 128, n. 176, supl. p. 1, 12 de set. 1990.

10.5 BRASIL. Ministério da Saúde. Lavar as mãos: 1ª reimp. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Documentação, 1989. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

10.6 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Estabelece diretriz e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 13.mai. 1998.

10.7 BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde. 2ª edição. Brasília, Centro de Documentação. 1994

9.8 BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº. 6437 de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 ago. 1977.

9.9 BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria nº. 8, de 08 de maio de 1996 - NR 07. Altera Norma Regulamentadora NR-7- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, v. 134, nº. 91, p. 8202, 13 de maio. 1996.

10.10 BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria MTE nº. 485, de 11 de Novembro de 2005 - NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 16 de novembro de 2005.

10.11 BRASIL. Ministério da Saúde. RDC/ANVISA nº.306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 10 de dezembro de 2004.

(*) Republicada por ter saído no DOU nº 171, de 5-9- 06, seção 1, pág 33, com incorreções no original.

ANEXO B - Comprovante de submissão do artigo para o Jornal de Pediatria

Manuscript Details

Manuscript number	JPED_2018_778
Title	Desejo de doar leite: relação com características maternas
Short title	A maternidade e o desejo de doar leite
Article type	Original article

Abstract

Objetivo: Relacionar o desejo de doar leite materno com os aspectos sociodemográficos, clínicos e obstétricos. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e analítico, com abordagem quantitativa, realizado com 226 mulheres, que no momento da pesquisa encontrava-se no puerpério imediato, em um hospital público de referência do interior do Piauí. Para obtenção dos dados foi utilizado um formulário estruturado e os dados foram processados no SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 23.0. Na estatística analítica, foi avaliada a normalidade dos dados através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Em seguida, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Razão de verossimilhança, para investigar associação entre variáveis qualitativas, e o teste t-Student, para comparar as médias de duas amostras independentes. **Resultados:** Neste estudo, 78,3% das entrevistadas desejavam ser doadoras de leite humano, demonstrando relação significativa com os anos de estudo ($p=0,038$) e com as que receberam orientações sobre o assunto durante o pré-natal ($p=0,028$). **Conclusão:** Observou-se um número expressivo de nutrízes interessadas em doar o seu leite, principalmente motivadas pela sensibilização em saber que poderiam ajudar outra criança. Outro resultado importante desta investigação foi a relação significativa entre o desejo de doar leite materno e a maior escolaridade da mulher, bem como daquele com as orientações recebidas no pré-natal sobre o assunto; demonstrando a relevância da educação e educação em saúde dentro do contexto.

Keywords	Bancos de leite. Leite humano. Aleitamento materno.
Taxonomy	Nursing, Breastfeeding, Ambulatory Care in General Pediatrics, Nutrition
Corresponding Author	Maria Sauanna Sany de Moura
Corresponding Author's Institution	Universidade Federal do Piauí
Order of Authors	Maria Sauanna Sany de Moura, Anderson mendes, Malvina Rodrigues
Suggested reviewers	Luisa Helena de Oliveira Lima

Submission Files Included in this PDF

File Name [File Type]

Página de título.docx [Title Page (with Author Details)]

Doação de leite humano artigo SAUANNA PRONTO ENVIO.docx [Manuscript (without Author Details)]

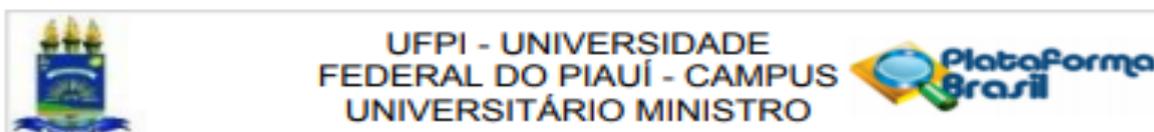
TABELA 01.docx [Table]

TABELA 02.docx [Table]

declaração dos autores.pdf [Author Agreement]

To view all the submission files, including those not included in the PDF, click on the manuscript title on your EVISE Homepage, then click 'Download zip file'.

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Demanda e perspectivas de nutrizes para doação de leite humano em Picos-PI.

Pesquisador: anderson nogueira mendes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61398316.5.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.872.435

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional transversal que será realizado no período de dezembro de 2016 a março de 2017, com 181 nutrizes e seus respectivos filhos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família no município de Picos (PI). A coleta de dados será realizada pela aplicação de formulário contendo questionamentos referentes a características sociodemográficas e clínicas referentes ao período gestacional e amamentação. O formulário é estruturado em cinco seções: 1. caracterização materna; 2. caracterização ginecoobstétrica: histórico; 3. caracterização gineco-obstétrica: gestação do filho atual; 4. caracterização das crianças relacionadas aos primeiros dias após o nascimento; 5. amamentação e doação de leite materno.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a demanda e as perspectivas de nutrizes para doação de leite humano em Picos-PI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a pesquisa poderá acarretar cansaço, fadiga ou constrangimento, devido ao conteúdo e/ou contexto das perguntas, no entanto a pesquisadora estará atenta para amenizar ou solucionar fatos como esses garantindo a confidencialidade da identidade do participante.

Benefícios: contribuir para implantação de um posto de coleta e melhoria na qualidade da assistência nas nutrizes e seus filhos.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.872.435

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos anexados e conferidos pelo secretário do CEP.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

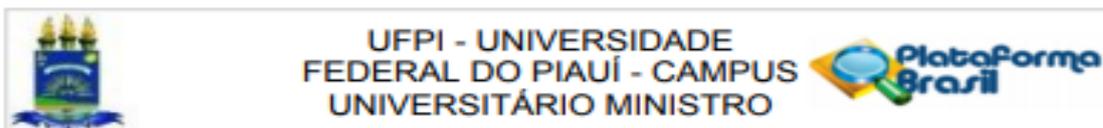
Projeto apto a ser desenvolvido pois encontra-se em consonância com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_834527_E1.pdf	11/12/2016 20:49:16		Aceito
Outros	autorizaHJF.pdf	11/12/2016 20:46:44	anderson nogueira mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/11/2016 12:03:47	anderson nogueira mendes	Aceito
Outros	Digitalizar_2016_10_20_09_00_46_030.pdf	20/10/2016 13:26:40	anderson nogueira mendes	Aceito
Outros	Instrumentodecoletadedados.pdf	20/10/2016 13:12:51	anderson nogueira mendes	Aceito
Outros	AndersonNogueiraMendeslatte.pdf	17/10/2016 16:02:51	anderson nogueira mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	15/09/2016 17:38:35	anderson nogueira mendes	Aceito
Brochura Pesquisa	Modelo_Brochura_Pesquisador.docx	15/09/2016 17:32:24	anderson nogueira mendes	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	15/09/2016 16:50:17	anderson nogueira mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/09/2016 17:56:10	anderson nogueira mendes	Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	08/09/2016	anderson nogueira	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.872.435

Outros	termodeconfidencialidade.pdf	17:55:01	mendes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartadeencaminhamento.pdf	08/09/2016 17:54:15	anderson nogueira mendes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinstitucional.pdf	08/09/2016 17:53:07	anderson nogueira mendes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/09/2016 17:51:39	anderson nogueira mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 16 de Dezembro de 2016

Assinado por:

**Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura
(Coordenador)**

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

