



Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano

PNQBLH – Programa Nacional de Qualidade em Bancos de Leite Humano

Sede:
FIOCRUZ/IFF-BLH
Av. Rui Barbosa, 716 –
Flamengo
Rio de Janeiro CEP:
RJ 20.550-020

Tel/fax: (021) 2553-6331
<https://rbhl.fiocruz.br>

MAR 2018

BLH-IFF/NT- 09.18

Doadoras: Triagem, Seleção e Acompanhamento

Origem

Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano – Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz / Ministério da Saúde

Autores

João Aprígio Guerra de Almeida; Franz Reis Novak e Vander Guimarães.

Palavras-Chave: Acompanhamento. Banco de Leite Humano. Doadora. Seleção. Triagem.

4 páginas

SUMÁRIO

1. Objetivo
 2. Documentos Complementares
 3. Definições
 4. Diretrizes
 5. Triagem
 6. Seleção
 7. Acompanhamento
- ANEXO – Formulário para Cadastro de Doadora

1. Objetivo

Esta Norma Técnica – NT estabelece os aspectos a serem observados na triagem e seleção das doadoras para bancos de leite humano, assim como seu acompanhamento durante o período de doação, e faz parte do processo de controle de qualidade do leite humano ordenhado.

2. Documentos Complementares

Na elaboração desta Norma foram consultados:

BLH-IFF/NT16.18 – Ordenha: Procedimentos higiênico-sanitários. 2018.

BLH-IFF/NT19.18 – Transporte do LHO. 2018,

BLH-IFF/NT 21.18 – Recepção do LHO cru em Banco de Leite Humano. 2018.

RDC 171. Normas para Implantação e Funcionamento de Bancos de Leite Humano. DOU – 04/09/2006.

Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2008.

3. Definições

Para os efeitos desta Norma, aplicam-se as seguintes definições:

3.1. Boas Práticas de Manipulação do Leite Humano Ordenhado: conjunto de ações que devem ser observadas na manipulação do leite humano, visando a garantir a sua qualidade.

3.2, Doadoras: nutrizes sadias que apresentam secreção lática superior às exigências de seu filho e que se dispõem a doar o excedente por livre e espontânea vontade.

3.3. Formulário de Cadastro: roteiro direcionado, com informações acerca da gestação e hábitos de vida da doadora, que deve ser preenchido no momento do cadastro da nutriz para doação de leite humano. Vide o Anexo desta Norma.

3.4. Nutriz: termo utilizado para designar a mulher que esteja amamentando.

3.5. Rota: trajeto percorrido para a coleta do leite humano na casa da doadora.

4. Diretrizes

4.1. O produto da secreção lática da nutriz deve ser destinado ao seu próprio filho, com ênfase especial aos recém-natos prematuros e/ou de baixo peso ao nascer.

4.2. Quando o leite da nutriz for destinado a outras crianças, deve-se assegurar que a doação seja exclusivamente do excedente.

4.3. Serão consideradas aptas para doação as nutrizes sadias que atendam às disposições técnicas definidas nos itens 5, 6 e 7 desta Norma.

5. Triagem

O processo de triagem das doadoras deverá ser realizado no momento do seu contato com os bancos de leite humano.

A triagem deverá ser feita por um funcionário treinado para tal finalidade, definido pelo responsável da área médica do banco de leite em questão.

Durante o procedimento de triagem, o funcionário designado para este fim deverá preencher o Formulário de Cadastro, constante no Anexo I desta Norma.

6. Seleção

Caberá ao profissional responsável pela área médica do banco de leite e decidir se a doadora preenche os requisitos mínimos para doação a partir de sua avaliação clínica.

7. Acompanhamento

7.1. Primeira Doação

No caso de a doadora ser considerada apta, o funcionário responsável pela triagem fará um contato, agendando a data da coleta do leite, de acordo com a rota estabelecida pelo banco de leite.

A doadora deverá receber informações sobre boas práticas de manipulação do leite humano ordenhado (Norma Técnica – 16.18 – Ordenha: Procedimentos Higiênico-sanitários) para efetuar a primeira coleta domiciliar do leite.

O funcionário responsável pelo primeiro contato com a doadora deverá estar apto a esclarecer todas as dúvidas da nutriz, que porventura possam existir nesse momento.

7.2. Doações Subseqüentes

A doadora deverá ser acompanhada pelo banco de leite, a fim de certificar se está havendo alguma intercorrência (com ela ou com o seu filho) que impossibilite a prática da amamentação e/ou a doação.

O profissional designado para tal procedimento deve estar apto para orientar a doadora ou encaminhá-la a uma Unidade de Saúde de referência.

O uso de medicamentos e drogas de abuso, bem como o relato de patologias durante o período de doação, será alvo de investigação nesse momento.

O acompanhamento deverá ter periodicidade semanal, sendo feito preferencialmente pelo profissional designado para a recepção do leite doado (consultar BLH-IFF/NT – 19.18

7 – Transporte do LHO cru e BLH-IFF/NT – 21.18 – Recepção do LHO cru no banco de leite).

Caberá a nutriz a decisão de interromper a doação do leite no momento que achar conveniente.

É da responsabilidade do profissional que coordena o banco de leite humano a suspensão do recebimento de leite considerado impróprio para consumo, do ponto de vista do controle de qualidade.

ANEXO I - FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE DOADORA

Dados cadastrais

Nome: _____ N° Cartão do SUS: _____
 Prontuário: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Naturalidade: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
 Telefone: _____ Profissão: _____
 Ponto de Referência: _____
 Coleta Domiciliar? () Sim () Não Doadora Exclusiva? () Sim () Não
 Nome do Receptor: _____
 País de Origem: _____ Data do Cadastramento: ____/____/____

História pregressa

Local do Pré-natal: _____
 () Rede pública Nome da Instituição: _____ Telefone: _____
 () Rede privada Nome do Médico: _____ Telefone: _____
 () Não realizado

Peso na Gestação (Kg) Altura (m) Idade Gestacional no parto Data do Parto
 Inicial: ____ Final: ____ _____ Sem ____ Dias ____ ____/____/____

Exames a serem realizados

VDRL	HbsAg	FTAabs	HIV	HTLV	De sangue
() positivo	() positivo	() positivo	() positivo	() positivo	Hb (g%) _____
() negativo	() negativo	() negativo	() negativo	() negativo	Ht (%) _____
() não disp	() não disp	() não disp	() não disp	() não disp	

Transfusão sanguínea (último ano) () Sim () Não

Intercorrências na Gestação (CID 10)

1. _____
 2. _____
 3. _____

História Atual

Tabagismo? () Sim () Não Etilismo? () Sim () Não

Drogas?

() Medicamentosa Descrição: _____

() Abuso

() Nenhuma

Intercorrências:

Doadora Apta? () sim () não

Responsável da área médica:

Responsável pelo cadastramento:
