

# POP

HUAB-UFRN/EBSERH

## Captação de Doadoras de Leite Humano

Versão: 3 | 2024



MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



## 1. QUEM

Equipe assistencial do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB).

Equipe do Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH) do HUAB.

## 2. OBJETIVO

Descrever o processo de captação de doadoras de leite humano.

## 3. MATERIAIS

Formulário de cadastro

Caneta

Kit de doação (frasco de vidro estéril com tampa de plástico, máscara descartável, touca descartável, etiqueta, folder explicativo)

## 4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Estabelecer estratégias capazes de garantir captação de número adequado de doadoras para atender à demanda dos receptores das unidades assistidas.

Orientar puérperas internadas no serviço com informações referentes às técnicas de ordenha manual de leite excedente, conservação, doação e outras informações necessárias.

Divulgar para rede de atenção básica dos municípios, que se localizam até 30 km do HUAB, as atividades e procedimentos relacionados a doação de leite humano (LH). Envolver a V Unidade Regional de Saúde Pública (V URSAP) nesse processo de trabalho.

Se possível divulgar a existência do PCLH e a recepção de doações de LH nas rádios locais, nas escolas, nas mídias digitais.

Receber no PCLH puérperas internadas no serviço que foram sinalizadas como possíveis doadoras pela equipe assistencial dos setores.

Identificar possíveis doadoras através das visitas de aleitamento materno nas enfermarias.

Realizar triagem de doadoras através de coleta de informações do formulário de cadastro de doação.

O formulário de cadastro de doação deve ser preenchido com nome completo da provável doadora, data de nascimento, data do cadastro, número do cadastro, endereço, telefone, paridade (história da gestação atual), local onde realizou o pré-natal, número de consultas de pré-natal, peso no início e final da gestação, intercorrências no pré-natal e tratamento, data e local do parto, idade gestacional no dia do parto, resultados de exames laboratoriais realizados: hemoglobina, hematócrito,

VDRL, teste rápido de HIV, HbsAg e outras sorologias, intercorrências e tratamento durante internação na maternidade, informação quanto a transfusão sanguínea nos últimos cinco anos, doação de LH anterior, tabagismo, etilismo, drogas e uso de medicamentos. Observação: Especificar se a coleta é domiciliar ou não e se a doadora é exclusiva ou não.

Realizar seleção de doadoras considerando formulário de cadastro e endereço (considerar distância de 30 km do HUAB para coleta externa).

#### **Requisitos para seleção de doadoras:**

- Amamentar ou ordenhar leite para seu próprio filho;
- Produzir leite humano em quantidade superior a necessidade da criança;
- Ser saudável;
- Apresentar exames do pré-natal ou puerperais compatíveis com a doação de LH;
- Não fumar mais que 10 cigarros por dia;
- Não usar medicamentos incompatíveis com a amamentação;
- Não usar álcool ou drogas ilícitas.

Realizar exames laboratoriais quando o cartão de pré-natal não estiver disponível ou quando a nutriz não tiver realizado no pré-natal e nem na unidade de internamento.

As doadoras aptas devem iniciar a primeira ordenha com o apoio de um profissional de PCLH (ver POP - extração e conservação de leite humano), o qual fornecerá kit de doação e informações sobre as boas práticas de manipulação e conservação de leite ordenhado no domicílio. Sempre que possível, na primeira coleta, observar a amamentação da doadora, corrigindo pega, se necessário, e orientando a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança. Observação: Checar condição de saúde da doadora e do bebê a cada doação.

Agendar coletas externas de leite humano semanalmente com as doadoras. Solicitar transporte institucional para tal necessidade.

Da segunda coleta em diante, o PCLH deve avaliar o surgimento de intercorrências à saúde da doadora e do seu filho. Se houver intercorrências, o profissional responsável pela coleta deve comunicar ao médico para analisar se a doação será aceita ou não para pasteurização. As novas doações serão aceitas somente após reavaliação e autorização pelo médico responsável.

Observar se os filhos das doadoras são acompanhados nas unidades de saúde e se mantêm o calendário vacinal atualizado.

Comunicar as doadoras que durante o processo de doação de leite humano, os filhos delas podem ser atendidos ambulatorialmente por pediatra da instituição até completarem 1 ano e 6 meses, mediante agendamento prévio através dos profissionais do PCLH.

## 5. REFERÊNCIAS

**BRASIL.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília: Anvisa, 2008. 160p.

**EBSERH.** Ministério da educação. Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Manual de Normas e Rotinas de Aleitamento Materno do HU-UFGD/EBSERH, 2017. 102 páginas. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/superintendencia/ccne/comissoes/comissao-deincentivo-e-apoio-ao-aleitamento-materno-ciaam>. Acesso em 9 Jun 2022.

**REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO.** BLH-IFF/NT 09.21: Doadoras: Triagem, Seleção e Acompanhamento. Rio de Janeiro: V.1, N.09, setembro 2021. Disponível em: [https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/116/nt\\_09.21\\_-\\_doadoras\\_triagem\\_selecao\\_e\\_acompanhamento\\_0.pdf](https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/116/nt_09.21_-_doadoras_triagem_selecao_e_acompanhamento_0.pdf). Acesso em 9 Jun 2022.

## APÊNDICE A




**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA**  
**FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE DOADORA**



CADASTRO Nº \_\_\_\_\_

**DADOS CADASTRAIS**

Nome: \_\_\_\_\_ Data do Cadastro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data Nas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ SUS: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Coleta Domiciliar:  SIM  NÃO Local da Coleta: \_\_\_\_\_

Doadora Exclusiva:  SIM  NÃO Nome do Receptor: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA DA GESTAÇÃO ATUAL: G \_\_\_ P \_\_\_ A \_\_\_**

Local do Pré-Natal:  Não realizou Pré-Natal

Rede Pública – Nome da Instituição: \_\_\_\_\_ Nº consultas: \_\_\_\_\_

Rede Privada – Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Nº consultas: \_\_\_\_\_

Peso Gestacional (kg) Inicial: \_\_\_\_\_ Final: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

DATA DO PARTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade Gestacional: \_\_\_\_ semanas \_\_\_\_ dias

**Exames Realizados:**

VDRL:  Positivo  Negativo  Não disponível Hb: \_\_\_\_\_ mg/dl

HBsAg:  Positivo  Negativo  Não disponível Ht: \_\_\_\_\_ %

HIV:  Positivo  Negativo  Não disponível

FTA-ABS:  Positivo  Negativo  Não disponível

Transusão Sanguínea nos últimos 5 anos:  SIM  NÃO Doação anterior de LH:  SIM  NÃO

Intercorrências na Gestação: \_\_\_\_\_

Tabagismo:  SIM Nº de cigar/dia: \_\_\_\_\_  NÃO Etilismo:  SIM  NÃO Outros: \_\_\_\_\_

Uso medicamento:  Sim  Não Quais: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES:** \_\_\_\_\_

Responsável pelo Cadastro: \_\_\_\_\_ DOADORA APTA:  SIM

Responsável Médico: \_\_\_\_\_  NÃO

## 6. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
1	17/10/2019	Versão inicial.
2	29/06/2022	Edição em título e no corpo do texto. Formatação de acordo com os padrões recomendados.
3	29/06/2024	Formatação de acordo com os padrões recomendados.

## 7. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p><b>Elaboração</b>                      Andréa Bárbara Araújo Gomes-UTIN/DMED/GAS                      Ana Célia de Medeiros Dantas-UTIN/DMED/GAS                      Jordânia Kelly Pereira Souto-UTIN/DMED/GAS                      Allyne Gyselle Neves dos Santos-UTIN/DMED/GAS                      Jessica Jane Soares de Melo - UTIN/DMED/GAS                      Fernanda Larissa Luciano da Costa - UTIN/DMED/GAS</p>	Data: 29/06/2024
<p><b>Análise</b>                      Antônio Augusto Oliveira da Costa-UTIN/DMED/GAS                      Quenia Camille Soares Martins-DENF/GAS</p>	Data: 29/06/2024
<p><b>Validação</b>                      Vanessa Freires Maia – SGQ/Huab</p>	Data: 06/02/2025
<p><b>Aprovação</b>                      Antônio Augusto Oliveira da Costa-UTIN/DMED/GAS</p>	Data: 29/06/2024



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000  
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.001434/2025-50

Interessado: @interessados\_virgula\_espaco@

Certidão de assinatura POP Captação de doadoras de leite humano 49484617

<p><b>Elaboração</b> Andréa Bárbara Araújo Gomes-UTIN/DMED/GAS Ana Célia de Medeiros Dantas-UTIN/DMED/GAS Jordânia Kelly Pereira Souto-UTIN/DMED/GAS Allyne Gyselle Neves dos Santos-UTIN/DMED/GAS Jessica Jane Soares de Melo - UTIN/DMED/GAS Fernanda Larissa Luciano da Costa - UTIN/DMED/GAS</p>	Data: 29/06/2024
<p><b>Análise</b> Antônio Augusto Oliveira da Costa-UTIN/DMED/GAS Quenia Camille Soares Martins-DENF/GAS</p>	Data: 29/06/2024
<p><b>Validação</b> Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento -- STGQ/SUP</p>	Data: 06/02/2025
<p><b>Aprovação</b> Antônio Augusto Oliveira da Costa-UTIN/DMED/GAS</p>	Data: 29/06/2024



Documento assinado eletronicamente por **Allyne Gyselle Neves dos Santos, Enfermeiro(a)**, em 15/05/2025, às 14:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Larissa Luciano da Costa, Técnico(a) em Enfermagem**, em 15/05/2025, às 15:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Célia de Medeiros Dantas, Técnico(a) em Enfermagem**, em 15/05/2025, às 16:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jordânia Kelly Pereira Souto, Técnico(a) em Enfermagem**, em 19/05/2025, às 15:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Jane Soares de Melo, Técnico(a) em Enfermagem**, em 20/05/2025, às 18:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Wilton Nogueira de Abreu, Técnico(a) em Enfermagem**, em 26/05/2025, às 13:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Antônio Augusto Oliveira da Costa, Chefe de Unidade**, em 27/05/2025, às 11:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **49484719** e o código CRC **079A026B**.

---