

**Universidade Católica de Santos**

**Mestrado em Saúde Coletiva**

**A DOAÇÃO DE LEITE DA PERSPECTIVA DE MÃES  
EM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE NO SERTÃO DA  
PARAÍBA**

**EMMANUELLE LIRA CARIRY**

**Santos**

**2013**

**Universidade Católica de Santos**

**Mestrado em Saúde Coletiva**

**A DOAÇÃO DE LEITE DA PERSPECTIVA DE MÃES  
EM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE NO SERTÃO DA  
PARAÍBA**

**EMMANUELLE LIRA CARIRY**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas de Saúde

Orientador: Aylene Bousquat

**Santos**

**(2013)**

## **DEDICATÓRIA ESPECIAL**

Aos meus pais, Ubirajara e Dionê, pela confiança depositada no meu empenho e sucesso profissional e por terem me dado tantas oportunidades de crescimento pessoal e profissional a vida inteira.

A meu irmão Luís Felipe e a minha sobrinha Melissa, que são o mais próximo que eu tenho até hoje de ter filhos, e que compreenderam minhas ausências, dentro de sua capacidade.

A minhas irmãs Michelle e Izabelle, que sempre foram minhas companheiras em tudo, desde a infância, e a minha sobrinha Beatriz, que nasceu no exato mês em que comecei o Mestrado e cresceu e desenvolveu junto com essa dissertação.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Aylene Bousquat, que surgiu na minha vida em um momento tão difícil da vida dela e, mesmo assim, me acolheu com tanta paciência e carinho e tanto contribuiu para o meu amadurecimento acadêmico;

Aos professores do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UniSantos, pelas tantas contribuições à minha formação científica;

A Vinicius Ximenes Muricy da Rocha, que foi o provocador da ideia de fazer o Mestrado e me acompanhou na empreitada.

Aos queridos colegas de Mestrado, pelo incentivo e suporte nos momentos difíceis e pelas lembranças dos tantos momentos de alegria, principalmente de nossas aventuras em Santos-SP;

Aos professores doutores Rosa Maria Ferreiro e Alfésio Luís Ferreira Braga pelas ricas contribuições no meu exame de qualificação;

A todos os profissionais do Banco de Leite Humano de Cajazeiras pela colaboração e acolhimento durante a coleta de dados, especialmente a Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral, que me forneceu dados valiosíssimos da gestão, a Glícia Janaíne de Souza Leitão, Maria Carmem Batista de Alencar e Líbia Gonçalves Ribeiro que tanto me ajudaram a fazer a coleta no BLH nos momentos da Puericultura e um agradecimento especial a Islana Rocha de Albuquerque, por ter abdicado de seu tempo livre para ir comigo às casas de doadoras, por ter me guiado, me apresentado a elas e me acompanhado nas entrevistas. Sem vocês todas, eu não teria conseguido;

A Gabriella Andressa de Sousa Galvão, aluna do quinto ano do curso de Medicina da UFCG – Campus Cajazeiras, pela tão valiosa ajuda durante a fase de coleta de dados;

A Jocivan Pinheiro, pela ajuda tão útil nas transcrições das entrevistas;

Às doadoras de leite, que realizam um ato tão caridoso, e em especial às doadoras que participaram da minha pesquisa, que abriram seus corações e seus pensamentos para que eu os pusesse no trabalho;

A Bruno Vieira Cariry, que me deu suporte desde o minuto em que eu decidi fazer a seleção do Mestrado, que me acompanhou na decisão e que esteve presente em todas as fases, até o fim.

A Wesley Braga Rocha e Mylena Pessoa Capistrano, que me deram incentivo, suporte e me serviram de olhos nos momentos em que os meus não funcionavam mais.

A todos que estiveram do meu lado, me dando palavras de incentivo e que ficaram na torcida para que essa etapa da minha vida fosse bem sucedida.

*“Esta é a que considero a verdadeira generosidade. Você dá tudo de si e ainda sente como se não lhe tivesse custado nada.”*

Simone de Beauvoir

## RESUMO

CARIRY, E.L. **A Doação de Leite da Perspectiva de Mães em Hospital de Médio Porte no Sertão da Paraíba.** Dissertação do Mestrado em Saúde Coletiva da UNISANTOS, Santos, 2013.

**Introdução:** A importância do aleitamento materno é hoje algo indiscutível. Há muitos anos sabe-se que é melhor alimento para menores de 06 meses. Desde a Antiguidade, mulheres amamentavam seus filhos e, em algumas situações, ajudavam a alimentar os de outras mães. Os bancos de leite humano e suas doadoras são, hoje, o que as amas de leite foram por mais de 02 mil anos. **Objetivo:** Identificar percepções de mães doadoras de leite em um banco de leite humano vinculado a hospital de médio porte no sertão da Paraíba. **Método:** O estudo foi conduzido por uma abordagem qualitativa com 21 doadoras do Banco de Leite Humano de Cajazeiras. A coleta de dados se deu por entrevistas com roteiro semiestruturado. Os conteúdos das transcrições foram submetidos a análise e foram discutidos os núcleos temáticos encontrados. **Resultados:** as doadoras tinham idade entre 17 e 41 anos, todas casadas ou em união consensual e a grande maioria residindo apenas com seu companheiro e seu filho ou filhos, metade delas trabalhando fora e a outra metade dona de casa, e a maioria era multípara. Como núcleos temáticos, surgiram das análises dos discursos: Altruísmo ou solidariedade a mãe e criança imaginárias demarcado por *“doar para ajudar os bebês que precisam”*; Consciência social do não-desperdício constatada pelo *“eu tinha tanto leite que iria estragar”*; Emponderamento do peito, ou *“os bebês dependem de mim para se alimentar”*; Gravidez desejada e histórico de perdas, constatado pelas recorrentes histórias de perdas associadas à ideia de uma gravidez muito preciosa, *“o médico disse que era mais fácil eu abortar do que ter um bebê”*; Suporte familiar, constatando-se que a presença dos familiares tanto pode ajudar muito (*“minha mãe é meu exemplo, me estimula muito”*), como atrapalhar bastante (*“minha sogra era contra, não queria que eu doasse”*); e Apoio social, visto no suporte desde o pré-natal até a doação em si (*“a enfermeira me explicou que não vai faltar pro meu bebê, que quanto mais tira, mais leite vem”*). **Conclusões:** as percepções das mães sobre a doação de leite foram bastante positivas, cercadas de ideias de solidariedade, empatia e orgulho das ações desempenhadas e demonstram também que as ações de promoção à saúde, desde a atenção básica no pré-natal até um bom acolhimento na maternidade e banco de leite podem ser determinantes importantes na manutenção do aleitamento e na decisão de doar leite.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno, Leite Humano, Banco de Leite Humano, Doação de Leite.

## ABSTRACT

CARIRY, E.L. **Milk Donation from mothers' perspective in a midsize Hospital in the hinterland of Paraiba state.** Masters Degree Dissertation in Public Health at UNISANTOS, Santos, 2013.

**Introduction:** The importance of breastfeeding is something unquestionable nowadays. For many years it is common knowledge that is the best food for infants up to 06 months old. Since ancient times, women breastfed their children and, in some occasions, helped feeding other women's. Human Milk Banks and their donors are, today, what net-nurses were for more than two thousand years. **Objective:** Identify perceptions of mothers donors of milk in a human milk bank linked to a midsize Hospital in the hinterland of Paraiba state. **Methodology:** The study was conducted by a qualitative approach with 21 milk donors of the Cajazeiras Human Milk Bank. Data collection was carried out by interviews with semi-structured script. The contents of the transcriptions were submitted to analysis and the thematic nuclei found were discussed. **Results:** the donors were 17 to 41 years old, all of them married or in non-legal consensual marriage and the great majority living only with their companions and children, half of them with paying jobs and the other half as housewives, and the majority of them were women who had more than one children. The following thematic nuclei emerged from the analysis: Altruism or solidarity with the imaginary mother and children, shown by *"I donate to help the babies in need"*; Social consciousness, avoiding waste, shown by *"I had so much milk that it was going to waste"*; Empowerment of the breast, or *"the babies depend on me to be fed"*; Desired pregnancy and history of loss, detected by the recurring stories of losses associated to the idea of a very precious pregnancy, *"the doctor said that it was more likely that I would have multiple abortions than giving birth to a living child"*; Family support, detecting that family presence can either help (*"my mother is my role model and stimulates me a lot"*) or get in the way (*"my mother-in-law was against it, she didn't want me to donate"*); and Social support, shown from pre-natal care to the donation itself (*"the nurse explained to me that it wouldn't lack milk to my baby, that the more you take, the more come"*). **Conclusion:** the perceptions of mothers on milk donation were very positive, surrounded by ideas of solidarity, empathy and pride of their actions and demonstrate also that Health Promotion, from Primary Care at pre-natal care to a good welcome at the Maternity and the Human Milk Bank can be important determinants of the maintenance of breastfeeding and the decision to donate milk.

**Key-words:** Breastfeeding, Human Milk, Human Milk Bank, Milk Donation.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fachada do Banco de Leite Humano de Cajazeiras .....	47
Figura 2 – atendimentos individuais e em grupo do BLH de Cajazeiras em 2010, 2011, 2012 e 2013 .....	52
Figura 3 – Números de doadoras, receptores e litros de leite coletados em 2010, 2011, 2012 e 2013 .....	53
Figura 4 – Classificação das doadoras .....	60
Figura 5 – Classificação das doadoras quanto ao trabalho .....	64
Figura 6 – Número de gestações das doadoras .....	67

## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro de entrevista semiestruturado .....	104
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	106

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....	108
--	-----

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**AIDS** – *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**BCG** – *Bacilo Calmette-Guérin*

**BLH** – Banco de Leite Humano

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**CREBLH** – Centro de Referência Estadual de Bancos de Leite Humano

**CRNBLH** – Centro de Referência Nacional de Bancos de Leite Humano

**ELISA** – *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz

**FSM** – Faculdade Santa Maria

**Fta - ABS** – *Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed*

**HIV** – *Human Immunodeficiency Virus*

**HbSAg** – *Hepatitis B Surface Antigen*

**HRC** – Hospital Regional de Cajazeiras

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IgA** – Imunoglobulina A

**IHAC** – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

**LILACS** – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

**MEC** – Ministério da Educação e Cultura

**MEDLINE** - *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line*

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PCLH** – Posto de Coleta de Leite Humano

**pH** – Potencial Hidrogeniônico

**PNIAM** – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

**SCIELO** - *Scientific Electronic Library Online*

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UCI** – Unidade de Cuidados Especiais

**UFMG** – Universidade Federal de Campina Grande

**UNICEF** – Fundação das Nações Unidas para a Infância

**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

**VDRL** – *Venereal Disease Research Laboratory*

## Sumário

1. Introdução.....	14
2. Revisão Bibliográfica.....	19
2.1 Resgate Histórico .....	19
2.2 Aleitamento Materno.....	26
2.3 Bancos de Leite Humano .....	30
2.4 Doadoras de Leite .....	36
3. Objetivos .....	41
3.1. Objetivo Geral .....	41
3.2. Objetivos Específicos.....	41
4. Metodologia .....	42
4.1. Local do estudo.....	42
4.2. Tipo do estudo .....	54
4.3. Sujeitos do estudo.....	56
4.4. Coleta de dados.....	57
4.5. Aspectos éticos.....	59
5. Resultados e Discussão.....	60
5.1. Altruísmo e Solidariedade – A criança imaginária.....	68
5.2. Consciência social – o não-desperdício .....	71
5.3. Emponderamento do peito.....	74
5.4. Gravidez desejada – histórico de perdas .....	79
5.5. Suporte familiar .....	82
5.6. Apoio social – promoção à saúde.....	87
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	97
APÊNDICES.....	104
ANEXOS .....	109

## 1. Introdução

Amamentar não é sinônimo de alimentar a criança. É um processo que vai muito além. Envolve uma ligação muito íntima entre mãe e filho, repercutindo no bem-estar geral da criança, no seu estado nutricional, em sua imunidade, no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. (LOPEZ; CAMPOS JÚNIOR, 2010).

Embora o efeito protetor do aleitamento materno sobre a sobrevivência da criança seja relatada nos textos mais antigos, inclusive nos textos religiosos, como o Talmud, a Bíblia e o Corão, só agora, mais recentemente, é que estamos conseguindo desvendar os motivos da excelência do aleitamento materno sobre a saúde da criança (BERTOLDO, 2003). Por outro lado, a industrialização e a inserção da mulher no mercado de trabalho atrasaram bastante a cultura de aleitamento materno exclusivo prolongado no Brasil (BOSI; MACHADO, 2005; CARVALHO *et al.*, 2010).

O Aleitamento Materno é a estratégia isolada que tem o maior impacto na redução da mortalidade infantil, podendo evitar 13% das mortes por causas preveníveis em menores de 05 anos em todo o mundo (BRASIL, 2011). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Fundação das Nações Unidas para a Infância (Unicef), cerca de 6 milhões de crianças são salvas por ano graças ao aleitamento materno exclusivo, que é o aleitamento feito apenas com o leite materno, sem usar outros alimentos, chás ou até água, até os 06 meses de vida.

A importância do aleitamento materno é hoje algo indiscutível. Muitos benefícios do leite materno, como a proteção contra infecções, aumento do vínculo

mãe-bebê, superioridade nutricional serão bastante discutidos mais adiante. O leite humano proporciona uma combinação única de proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas, assim como benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e econômicos reconhecidos e inquestionáveis. (ALENCAR; SEIDL, 2009; CARVALHO; TAVARES, 2010).

Ao longo da história, e em todo o mundo, sempre foi muito comum que crianças fossem alimentadas com leites de outras mulheres, as chamadas amas de leite, quando não havia disponibilidade (por ausência, doença ou até falta de interesse) do leite da própria mãe. Essas mulheres muitas vezes eram obrigadas a ceder seu leite para outro que não seu filho (quando eram escravas), ou simplesmente o davam por livre e espontânea vontade, ou o vendiam por uma boa quantia em dinheiro (amas mercenárias) (VINAGRE *et al.*, 2001; KOUTSOUKOS, 2009).

Com o avanço da microbiologia e da infectologia, passou a haver um receio de contaminação das crianças com alguma doença que as amas pudessem apresentar. Passou-se, então, a fazer exames nas amas e a dar preferência a alimentos artificiais, com o objetivo de proteger as crianças de doenças infectocontagiosas. Os alimentos artificiais tiveram sua ascensão e seu declínio em menos de 100 anos e a superioridade do leite materno foi comprovada pela ciência (ISHISATO; SHIMO, 2002; CARULA, 2011).

Diante dessa superioridade do leite materno em relação a qualquer outro alimento nessa fase da vida, torna-se imprescindível dispor de leite humano em quantidade suficiente que permita o atendimento a todos os lactentes que, por motivos clinicamente comprovados, não disponham de aleitamento ao seio. Com



esse objetivo, foram criados os Bancos de Leite Humano (BLH) (CARVALHO *et al.*,2010).

Os bancos de leite humano são centros responsáveis pela coleta, processamento e distribuição de leite humano. Eles são ligados a maternidades ou hospitais infantis e geralmente distribuem o leite materno ou leite humano pasteurizado a crianças recém-nascidas prematuras (nascidas antes das 37 semanas de gestação), de baixo peso ao nascer ou hospitalizadas em Unidades de Tratamento Intensivo – UTI Neonatal ou Unidades de Cuidados Intermediários – UCI Neonatal (NEVES; SÁ; MATTAR; GALISA, 2011). Além disso, podem também distribuir para recém-nascidos da comunidade que tenham tido aleitamento materno contraindicado, por algum motivo, como filhos de mães HIV positivas, por exemplo (FIOCRUZ, 2012).

Além dessa função primária, os bancos de leite humano apresentam a função de trabalhar com o incentivo ao aleitamento materno, através de atividades educativas, dando apoio e acompanhamento às gestantes, puérperas e lactantes com dificuldade na prática da amamentação, contribuindo para a redução da mortalidade neonatal (BRASIL, 2008).

Os Bancos de Leite Humano têm sido um diferencial na divulgação e promoção ao Aleitamento Materno. Historicamente, os Bancos de Leite Humano no Brasil evoluíram, quantitativa e qualitativamente, promovendo saúde, melhorando os indicadores de saúde materno-infantil, e contribuindo para devolver à população brasileira a cultura de amamentar crianças, tão pouco colocada em prática na segunda metade do século XX. A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano traz confiança, refletindo um trabalho sério e constante, fazendo dessa rede uma

referência não só para o Brasil, mas também para outros países da América Latina, Europa e América do Norte (GIUGLIANI, 2002; BRASIL, 2008; FIOCRUZ, 2012).

O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Cajazeiras, localizado em Cajazeiras, no sertão da Paraíba, foi fundado em agosto de 1998 e nem sempre funcionou plenamente. Trabalhou durante mais de 12 anos com produção mínima de Leite, apenas com as doações voluntárias (sem busca ativa de doadoras). A partir de janeiro de 2011 houve um aumento importante da produção (de 2 litros/mês em dezembro de 2010 para 43 litros/mês em outubro de 2012), devido a um rol de políticas implantadas, entre elas a busca e captação ativa de doadoras, campanhas de incentivo e projetos.

Doadora é qualquer mulher sadia que apresente produção láctea excedente à das necessidades de seus filhos e que queiram, de livre e espontânea vontade, doar seu excedente. Mulheres desnutridas ou portadoras de doenças infectocontagiosas transmissíveis pelo leite não são aptas para a doação (FIOCRUZ, 2012).

As atividades que incentivam a captação de doadoras, que serão abordadas mais detalhadamente adiante, tornam o BLH de Cajazeiras um ambiente bastante acolhedor para acolher mães e seus bebês, e facilita a transformação de algumas dessas mães em doadoras de leite. Essa relação entre funcionários e mães é de fundamental importância para manter ou até aumentar gradativamente a produção de leite no BLH de Cajazeiras.

A ideia de fazer o trabalho surgiu da necessidade de identificar o que as doadoras pensam sobre o BLH e sobre o ato de doar leite. A identificação, em profundidade, dos fatores que levam uma mulher ao Banco de Leite e a doar seu leite, com uma trajetória exitosa, pode trazer subsídios para as políticas públicas.

Ademais, apesar da importância da rede brasileira de bancos de leite, ainda são poucos os trabalhos científicos preocupados com este enfoque. A maioria desses poucos estudos existentes apresenta enfoque quantitativo e quase não há estudos que tenham a doadora como protagonista do processo.

Além disso, a quase totalidade dos estudos com perfis de doadoras no Brasil são do Sudeste e Sul do Brasil. As características socioeconômicas e culturais singulares do Nordeste justificam a realização de um estudo com essas características na região.

Outro aspecto que merece ser mencionado diz respeito às características socioeconômicas heterogêneas das mulheres que usam o banco de leite, visto que esse hospital é o único da região (o município e região não possuem hospital privado), o que dota o trabalho de um aspecto ímpar e bastante incomum na literatura.

## 2. Revisão Bibliográfica

### 2.1 Resgate Histórico

Desde os tempos mais remotos já se encontram alusões ao aleitamento materno na literatura. Na Bíblia, em I Samuel, há uma alusão ao fato de Samuel ter sido levado para viver com o profeta Eli apenas aos 03 anos, quando foi desmamado. Em I Pedro 2;2 temos: "Desejai ardentemente como crianças recém-nascidas o leite genuíno, não falsificado, para que por ele vades crescendo" (BOSI; MACHADO, 2005; CARULA, 2012).

O Talmud, também na mesma época do Velho Testamento, orienta que as mães devem amamentar seus filhos até os 02 anos de idade. Já os egípcios, babilônios e hebreus tinham tradição de amamentar seus filhos por três anos. E Hipócrates, muitos anos antes de Cristo, declara que "somente o leite da própria mãe é benéfico, sendo o de outras, perigoso" (BITAR, 1995; BOSI; MACHADO, 2005).

A questão da ausência do aleitamento materno e a ideia de delegar essa função a outrem também é bastante antiga. Na Bíblia, no Êxodo, a história de Moisés relata que os egípcios, assim como os hebreus, buscavam amas para alimentar crianças que, por algum momento, eram afastadas da mãe. A mitologia grega conta a história de Rômulo e Remo que foram amamentados por uma loba, e Zeus, por uma cabra. E gregos e romanos ricos alugavam escravas para servirem como amas de leite para seus filhos, inclusive com contratos formais (JURUENA, MALFATTI, 2009; CASTILHO; BARROS FILHO, 2010; CARULA, 2012).

A proteção às crianças e o incentivo à prática da amamentação aumentou bastante com o surgimento do cristianismo, que passou a ver como sagrado o ato de amamentar não só o próprio filho, como também passou a estimular a caridade direcionada às crianças órfãs e abandonadas, o que incluía também amamentar essas crianças. Esse pensamento perdurou durante quase toda a idade média (VINAGRE *et al.*, 2001; JURUENA; MALFATTI, 2009).

No século XII, no entanto, havia uma indiferença clara em relação à infância. Praticamente não havia referências a infantes na literatura e nem retratações nas artes plásticas. Quando havia, estes eram retratados como miniaturas de adultos, como se a única diferença para o adulto fosse o tamanho. Essa indiferença durou até o final da Idade Média, quando a proximidade da aparência com o menino Jesus e os anjos, fizeram as crianças serem finalmente reconhecidas (BOSI; MACHADO, 2005).

Entre os anos 1500 e 1700 não havia o costume de amamentar na Europa. As mulheres aristocratas e burguesas consideravam o ato de amamentar “ridículo” e “repugnante” e esse comportamento se tornou exemplo para as mulheres menos favorecidas. Havia uma crença de que a amamentação desgastava o corpo da mulher, deixando-a mais velha antes do tempo. Essa crença aparenta existir até os dias atuais (NAKANO, 1996; ISHISATO; SHIMO, 2002).

Além disso, normas médicas e religiosas proibiam relações sexuais durante o período de amamentação, porque isso tornaria o leite mais fraco. Nessa época, além do uso de amamentação artificial, com leites animais e farinha, houve uma grande procura por amas de leite. Por essa razão, quando a América foi descoberta, os

européus estranharam bastante os hábitos dos nativos de amamentar crianças até 3 a 4 anos de idade (VINAGRE *et al.*, 2001; BOSI; MACHADO, 2005).

No Brasil colonial e imperial, o ato de amamentar foi sendo considerado algo muito íntimo e artesanal e foi sendo associado às classes sociais menos favorecidas. Nesse momento, as “amas de leite” foram figuras importantes, quando, por algum motivo, as mães não conseguiam ou não queriam amamentar. Famílias ricas geralmente recorriam a escravas próprias ou de seus conhecidos, ou até a anúncios de “amas profissionais” em jornais (KOUTSOUKOS, 2009; CASTILHO; BARROS FILHO, 2010; CARULA, 2012).

No século XVIII, com a introdução da ama de leite mercenária como rotina, a prática da amamentação não era mais comum entre mulheres da elite europeia e nas colônias na América e, com isso, nesse período, a mortalidade infantil aumentou consideravelmente em todo o mundo ocidental (VINAGRE *et al.*, 2001; CARULA, 2012).

Ainda nesse período, embora culturalmente o aleitamento materno não estivesse no seu melhor momento, o tratado médico clássico de 1764, de Nils Rosen Von Rosentein, intitulado "As doenças das crianças e seus remédios" dava os seguintes ensinamentos: "Uma criança para se desenvolver bem deve ingerir uma quantidade suficiente de um bom alimento. O melhor para tanto, sem nenhuma dúvida, é o leite materno. Assim, achamos que as crianças amamentadas pela mãe desenvolvem-se bem" (VINAGRE *et al.*, 2001).

Ao final do século XVIII, na Europa, passa a haver uma valorização da criança como riqueza econômica. Era imperativo cuidar da criança e assegurar a sua sobrevivência, que era garantia de poderio militar no futuro e para tanto, era

necessário que as mulheres se dedicassem às tarefas maternas, inclusive a de aleitar, para evitar a mortalidade infantil, que já se reconhecia que aumentava com o não-aleitamento (NAKANO, 1996).

No século XIX, nos Estados Unidos da América, 25% das crianças morriam antes de completarem um ano de vida. Essas mortes eram, em sua maioria, causadas por desnutrição e diarreias. Devido a isso, ao final do século XIX, a amamentação ao peito era uma questão de vida ou morte. Na segunda metade do século, o leite de vaca foi pasteurizado pela primeira vez e esterilizado, gerando uma maneira alternativa "limpa" de alimentar lactentes (VINAGRE *et al.*, 2001; BOSI; MACHADO, 2005).

No Brasil, a partir de meados do século XIX, com o surgimento das epidemias de cólera e febre amarela, começou a haver pressão, por parte dos médicos, para as mães brancas e ricas amamentarem seus próprios bebês, para evitar os riscos de contágio. Segundo Koutsoukos (2009), paralelamente a essa tentativa de gerar uma mãe branca mais higiênica, começou a haver uma tentativa, na década de 1880, de regulamentação de serviços de criadas e de amas de leite, que passariam periodicamente por exames médicos, o que daria às "famílias brancas" uma maior segurança na prevenção de doenças infectocontagiosas.

Nessa época, os textos médicos se referiam a quatro tipos de aleitamento: materno, artificial, misto feminino e mercenário. O primeiro, realizado exclusivamente pela mãe, seria o ideal, como hoje em dia. O artificial, em que se usava leite animal ou preparados artificiais específicos, era utilizado quando a mãe não podia amamentar por algum motivo físico e não encontrava uma ama de leite que satisfizesse os preceitos higiênicos. O aleitamento misto feminino seria aquele em

que mãe dividia a amamentação com uma ama, geralmente em virtude da produção de leite “não ser suficiente” ou dela produzir “leite fraco”. O aleitamento ‘mercenário’ referia-se àquele em que as mulheres amamentavam a criança em troca de um pagamento, previamente estipulado. No caso de uma ama de leite escrava, esse pagamento iria para o seu proprietário (CARULA, 2012).

No auge do século XIX, as amas mercenárias eram uma alternativa muito bem aceita para alimentar os recém-nascidos de famílias ricas, inclusive pela comunidade médica. No entanto, como muitos médicos acreditavam piamente que a criança absorvia as características da nutriz ao sugar seu seio, recomendavam que se observassem tanto as qualidades do leite quanto as da mulher, ao se escolher uma ama, verificando sua idade, saúde, estatura, temperamento e moral (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

Na segunda metade do século XIX havia uma infinidade de pesquisas científicas médicas buscando substitutos para o leite materno, principalmente para ser utilizado no período de desmame. Na literatura dessa época foram descritos leite de vaca, adição de água e açúcar ao leite para facilitar a digestão, adição de creme e água limonada para aumentar o pH para melhorar a tolerância digestiva (BOSI; MACHADO, 2005).

Isso foi intensificado porque a indústria alimentícia não só estava trabalhando arduamente para encontrar substitutos do leite materno, como também estava patenteando na metade do século XIX a mamadeira de vidro e o bico de borracha. Isso facilitava ainda mais o aleitamento artificial, visto que antes dessas invenções eram usados os mais variados utensílios (chifres, potes, colheres) na tentativa de alimentar a criança fora do seio materno (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).



A partir desse momento, com essas “descobertas”, os profissionais de saúde consideravam estar proporcionando uma melhor nutrição para as crianças e isso foi bem aproveitado pela indústria de alimentos, e levou a um imenso recuo na prática do aleitamento materno, com médicos aderindo oficialmente a essas práticas alternativas (CARULA, 2012).

Nessa época passou a existir um forte marketing voltado para os pediatras, que foram os influenciadores do movimento denominado “cultura da mamadeira”. As indústrias faziam propaganda junto aos médicos, que prescreviam substitutos do leite materno com combinações de açúcar e trigo com leite de vaca. Isso não só foi rapidamente aceito pelas mães, como passou a ser uma prática de alimentação “natural” e necessária (BOSI; MACHADO, 2005).

A prática de alimentação artificial intensificou-se ainda mais em meados do século XIX, quando foi desenvolvido o Leite Condensado. Ele resultava do aquecimento do leite a altas temperaturas (quando metade da água era removida) e da adição de grande quantidade de açúcar. Esse leite era estéril e passível de conservação, pois sua alta osmolaridade impedia o crescimento de bactérias. Inicialmente, ele foi empregado para alimentar soldados na Guerra de Secessão (1861-1865) e só mais tarde passou a ser indicado como alternativa para alimentar crianças. Com o tempo foi sendo desaconselhado por pediatras, devido a sua altíssima densidade energética (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

No início do século XX houve o surgimento do leite em pó e, com ele, intensa veiculação de propagandas do produto, todas ressaltando a equivalência perfeita dele ao aleitamento materno, a conservação das propriedades do leite fresco, a

facilidade do preparo, a fácil digestibilidade. Muitas dessas propagandas utilizavam forte recomendação de eminentes profissionais da Pediatria (VINAGRE *et al.*, 2001).

A segunda guerra mundial e a intensa industrialização retiraram a mulher de casa e a levaram ao mercado de trabalho. Com isso, houve uma maior necessidade da utilização de substitutos do leite materno. O leite em pó agora passava a ser usado desde o minuto em que se cortava o cordão umbilical e era bem aceito e estimulado pela comunidade científica. Isso perdurou por décadas (BOSI; MACHADO, 2005).

Em meados da década de 70, apenas uma em cada duas mulheres no Brasil amamentava exclusivamente ao peito até o segundo ou terceiro mês de vida. Ao longo das décadas, diversas estratégias do Ministério da Saúde foram mudando essa realidade (entre elas, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, por exemplo) e, no final da década de 90, uma em cada duas mulheres amamentava seu bebê até o décimo mês de vida (REA, 2003).

As primeiras medidas, ainda nos anos 70, para que essa realidade fosse mudando, foram os intensos debates e estratégias voltadas ao incentivo à amamentação e, com isso, foram sendo extintas algumas práticas das indústrias, principalmente a entrega de latas de leite em pó para mulheres saindo da maternidade. Além disso, foram suspensas as campanhas em massa para divulgação dos produtos. No entanto, eles ainda mantiveram suas campanhas junto aos profissionais pediatras de maneira mais discreta e moderada (BOSI; MACHADO, 2005).

Em 1981, a Assembleia Mundial de Saúde regulamentou o Código de Substitutos de Leite Humano, que criava normas rígidas para inibir a divulgação

desses produtos no mundo inteiro, e, no Brasil, foi criado, nesse mesmo ano, o Programa Nacional de Aleitamento Materno, do Ministério da Saúde, que implantou e implementou diversos programas e estratégias de promoção ao aleitamento materno. Em 1992, foi implantada no Brasil a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que propôs rotinas facilitadoras do aleitamento materno e estimulou a criação de bancos de leite humano em diversas cidades brasileiras (NAKANO, 1996; VENANCIO, 2003; BOSI; MACHADO, 2005).

Sabe-se hoje que o leite materno protege contra diversas doenças, entre elas desnutrição, anemias, diarreias, doenças respiratórias, alergias e obesidade, além de proteger a arcada dentária de cáries e má oclusão. Além disso, é bem reconhecido na comunidade científica o efeito protetor do aleitamento materno. Geib *et al.* (2010) demonstraram que a ausência de aleitamento materno é um dos fatores determinantes de mortalidade infantil e que o risco de uma criança menor de 01 ano morrer é 15,75 vezes mais elevado em crianças que nunca receberam leite materno, em relação àquelas amamentadas exclusivamente ao peito.

Mesmo tendo havido resistência às estratégias de estímulo ao aleitamento materno, hoje se verifica um grande avanço nos indicadores de aleitamento exclusivo no Brasil e a consolidação de inúmeras estratégias para a promoção do aleitamento materno (VENANCIO, 2003; ALBERNAZ; VICTORA, 2003; BOSI; MACHADO, 2005).

## **2.2 Aleitamento Materno**

O aleitamento materno representa a experiência nutricional mais precoce do ser humano. Ele apresenta características que o tornam único para a alimentação de

recém-nascidos, como proteína facilmente digerível e presença de oligoelementos essenciais e anticorpos do tipo Imunoglobulina A (IgA) (LOPEZ; BRASIL, 2004; MORGANO *et al.*, 2005).

Além das vantagens físicas, o aleitamento materno confere maior suporte psicológico, uma vez que estudos demonstram que mães que amamentam são mais suscetíveis aos apelos e necessidades do bebê, proporcionando um maior apego do filho a ela, gerando um senso de segurança na criança em relação aos pais na primeira infância (TOMA; REA, 2008).

Sob o prisma da mãe, o leite materno já está pronto, não havendo necessidade de compra ou preparo. O aleitamento estimula a liberação de ocitocina, diminuindo sangramentos uterinos pós-parto e estimulando a involução uterina. Provoca perda calórica intensa, fazendo com que a mãe volte rapidamente à sua forma física. Estudos mostram que a amamentação está associada a menores riscos de câncer de mama (ROMIEU *et al.*, 1996; REA, 2004).

Tung *et al.* (2003) provaram essa mesma associação inversa com câncer de ovário. Além disso, há estudos comprovando o efeito contraceptivo, nos quais, em condições de aleitamento materno exclusivo e ainda em amenorreia pós-parto, a inibição de ovulação pode chegar a 98% no primeiro semestre após o parto (VAN DER WIJDEN, 2008; VIEIRA; BRITO; YAZLLE, 2008).

Tanto o recém-nascido quanto o lactente, sobretudo até os 06 meses de vida, são bem mais vulneráveis a infecções por causa da imaturidade do sistema imunológico e da maior permeabilidade intestinal. Assim, durante esse período crítico, o leite humano é quem oferece os atributos essenciais para superar essa fase (PASSANHA; CERVATO-MANCUSO; SILVA, 2010).

Bebês amamentados exclusivamente ao seio materno até os seis meses têm menor morbidade para diarreia do que os amamentados ao seio e com alimentos complementares aos 3-4 meses. Além disso, eles apresentam menor mortalidade, mesmo que estejam em situações de risco de morte, em países pobres e sem acesso ao mínimo de condições de vida (TOMA; REA, 2008).

Já foi provado que crianças amamentadas exclusivamente ao seio e sem receber alimentos complementares apresentam 14 vezes menos risco de morrer de diarreia ou doenças respiratórias do que as crianças desmamadas. Ao avaliar as de apenas 02 meses ou menos, esse risco aumenta para 23 vezes (VICTORA *et al.*, 1987).

Muitos estudos apontam que a amamentação precoce pode reduzir consideravelmente a mortalidade neonatal. A mortalidade neonatal global poderia ser reduzida em 16,3% se todas as crianças tivessem a amamentação introduzida no primeiro dia de vida e em 22,3% se fosse introduzida na primeira hora (TOMA; REA, 2008).

Crianças alimentadas exclusivamente ao seio nos primeiros seis meses de vida apresentam ganho ponderal adequado quando comparado aos padrões existentes, dobrando seu peso aos quatro meses e chegando aos seis meses eutróficas, com médias de peso superiores às dos não alimentados exclusivamente ao seio (MARQUES *et al.*, 2004).

Embora existam tantas campanhas incentivando o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e tantos estudos comprovando suas vantagens, ainda há um alto índice de desmame precoce no Brasil. Uma coorte realizada recentemente no Rio Grande do Sul mostrou que apenas 60% das crianças

continuam em aleitamento materno exclusivo com 30 dias de vida e esse número cai para 39% aos 90 dias de vida (KAUFMANN *et al.*, 2012).

Esses números ainda são piores quando analisamos a região Nordeste. Nas capitais nordestinas verificam-se os mais baixos números de prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 06 meses (37%). A prevalência de aleitamento materno (não exclusivo) em crianças de 9 a 12 meses nas capitais nordestinas, entretanto, é de 59,1%, um pouco acima da média nacional (VENANCIO *et al.*, 2010).

O desmame precoce no Brasil ainda é um grave problema de saúde pública e um dos fatores mais associados com esse desmame é a escolaridade materna. A maioria dos estudos demonstra uma associação negativa entre o tempo de escolaridade materna e a duração do aleitamento materno em países em desenvolvimento (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001; ESCOBAR *et al.*, 2002).

Outro fator associado com a duração do aleitamento é bastante inesperado. As mães que trabalham fora amamentam por maior período de tempo. Mas esse paradoxo pode ser explicado pelo simples fato de que as mães que trabalham fora são as que apresentam maior grau de escolaridade (ESCOBAR *et al.*, 2002).

Um fator pouco pesquisado é a influência das avós na prevalência do aleitamento materno. Um estudo mostrou que independentemente de cor de pele, escolaridade, renda per capita e número de filhos, as mães que relatam ter tido contato diário com as respectivas mães tiveram chance maior de interromper o aleitamento antes dos seis meses de vida. Esse mesmo estudo demonstra que o

contato com a sogra aumentou em quase duas vezes a chance de interromper o aleitamento nos primeiros seis meses (SUSIN *et al.*, 2005).

Estudos mostram que variáveis socioeconômicas, assim como realização do pré-natal durante a gestação e de acompanhamento regular do bebê no primeiro ano de vida não parecem exercer influência na prevalência do aleitamento materno, embora haja evidências de que mulheres mais esclarecidas sobre as vantagens do leite materno tendem a amamentar por mais tempo (ESCOBAR *et al.*, 2002; VENANCIO *et al.*, 2010).

Com as políticas de proteção à saúde da mulher e promoção do aleitamento materno mais intensas no Brasil hoje em dia, o número de mulheres mantendo o aleitamento materno por tempo prolongado está cada vez maior. Obviamente a amamentação prolongada está intimamente relacionada à doação de leite, já que a doação só é possível para quem está com lactação ativa e facilidade de ordenha (ALENCAR; SEIDL, 2009).

### **2.3 Bancos de Leite Humano**

O primeiro Banco de Leite Humano fundado no Brasil foi o do Instituto Nacional de Puericultura – Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, em outubro de 1943, sendo um elemento estratégico em favor da amamentação e substituição das amas de leite. O seu principal objetivo era coletar e distribuir leite humano (LH) com vistas a atender os casos considerados especiais, como prematuridade, distúrbios nutricionais e alergias a proteínas heterólogas (CARVALHO *et al.*, 2010).

No período entre 1943, com a Fundação do primeiro banco de leite, e 1985, os Bancos de Leite Humano no Brasil funcionaram com o único objetivo de obter leite

humano; para isso, adotavam estratégias muitas vezes questionáveis. A doação não resultava de um processo voluntário e consciente, como acontece nos dias atuais, que depende única e exclusivamente da solidariedade humana. Alguns BLHs chegaram a profissionalizar a doação, remunerando a nutriz de acordo com o volume produzido. Outros se valiam de atrativos diversos, como assistência médica diferenciada e distribuição de cesta básica. Nessa época, o leite era distribuído cru, sem receber qualquer tipo de tratamento (ALMEIDA, 1999).

A partir de 1985, com o desenvolvimento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) – criado em 1981 –, os BLHs passaram a assumir um novo papel no cenário da saúde pública, e o Brasil contava com cerca de uma dezena deles espalhados pelo seu território e sem nenhuma padronização. Até essa época, os BLHs limitavam-se à coleta e à distribuição de leite humano, e nem sempre seguiam os critérios de prioridade clínica. Não havia a preocupação, por exemplo, de resgatar a lactação das mães dos receptores com o estímulo à amamentação. (ALMEIDA, 1999).

Banco de Leite Humano é um centro especializado, obrigatoriamente vinculado a um hospital materno e/ou infantil, responsável pela promoção do aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição, sob prescrição do médico ou de nutricionista. É um estabelecimento sem fins lucrativos, sendo vedada a compra e venda na aquisição e distribuição dos seus produtos (FIOCRUZ, 2012).

Desse momento em diante, a rede de bancos de leite humano no Brasil passou a ser construída de maneira progressiva, sustentada por trabalhos de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico, voltados para a otimização das condições operacionais dos BLHs. O Centro de Referência Nacional para Bancos de



Leite Humano (CRNBLH) desenvolveu metodologias alternativas voltadas para o processamento e o controle de qualidade do leite humano, seguras e sensíveis o suficiente para serem praticadas na rotina no nosso país (BRASIL, 2008).

Em 1998, foi criada a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (atual Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano) e a discussão da necessidade de revisão da legislação sanitária sobre BLH em vigor à época (Portaria GM/MS nº 322/88). A rede é um projeto conjunto do Ministério da Saúde e da Fiocruz, com a missão de promover a saúde da mulher e da criança, através de integração e parcerias com órgãos federais, estados, municípios, iniciativa privada e sociedade; e com o principal objetivo de contribuir para a redução da mortalidade neonatal e de melhorar os indicadores de aleitamento materno no Brasil. A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH-BR) atua por uma articulação entre o Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano, localizado no Rio de Janeiro, e cada Centro de Referência Estadual (CREBLH) e suas respectivas comissões estaduais de bancos de leite humano (BRASIL, 2008).

Conseqüentemente às discussões ocorridas durante a criação da Rede-BLH, o Ministério da Saúde priorizou a amamentação e estabeleceu a Política Nacional de Aleitamento Materno, inserida na Área Técnica de Saúde da Criança. Desde então, a realidade dos bancos de leite humano no Brasil vem sendo modificada a passos largos, com a expansão do número de unidades ao mesmo tempo em que se amplia o nível de rigor em relação à qualidade de seus produtos e processos (FIOCRUZ, 2012).

No início da década de 90, foi feita uma parceria entre a Rede BLH-BR estabeleceu uma parceria com o Corpo de Bombeiros Militar e passou a conviver

com uma nova realidade, em termos de volume de leite humano processado. O trabalho pioneiro nasceu em Brasília, e fez com que a cidade atingisse uma condição de autossuficiência, coletando anualmente 20 mil litros de leite humano, marca que representa aproximadamente 15% de todo o volume coletado no Brasil. Essa iniciativa mereceu o reconhecimento do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), que agraciou a corporação do Distrito Federal com o título de Bombeiro Amigo da Amamentação, em 1998. Os resultados de Brasília inspiraram estados e cidades brasileiras a desenvolver ações semelhantes (BRASIL, 2008).

Além dessas parcerias, os BLHs passam a adotar diferentes estratégias de captação de doadoras, como a realização de atividades de promoção à saúde, sendo sede de pré-natal de alto risco, ambulatório, puericultura e coleta de teste do pezinho, em diversas cidades ao longo de todo o país (ALENCAR; SEIDL, 2010).

Com as políticas de saúde colocadas em prática frequentemente no local, os bancos de leite no Brasil deixam de ser simplesmente um local de coleta de um produto para se engajarem na produção do aleitamento materno, constituindo-se em importante estratégia de política governamental em prol da amamentação (GIUGLIANI, 2002).

O Banco de Leite (BLH) e o Posto de Coleta (PCLH) devem possuir documentação com a descrição dos cargos, das funções de pessoal e da estrutura organizacional, além da definição de qualificação exigida e responsabilidades. A direção do serviço de saúde, a coordenação e o responsável técnico do BLH ou do PCLH devem planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos, incluindo: os recursos humanos, materiais e equipamentos necessários para o desempenho de suas atribuições, em conformidade com a legislação vigente; a responsabilidade sobre o processo de trabalho; e a supervisão do pessoal técnico durante o período de funcionamento (BRASIL, 2008).

Segundo a ANVISA (2008), para se chegar ao leite pasteurizado, que é o produto final no BLH, o Leite Humano passa pelas seguintes etapas: ordenha, que é a manipulação das mamas para a retirada do leite; seleção, que são os testes realizados para avaliar os indicadores físico-químicos (Acidez Dornic, que irá detectar possíveis alterações na composição do leite, sendo inviável para consumo se a acidez estiver acima de 8º Dornic; *off-flavor*, que irá buscar presença de odor e/ou sabor indesejáveis no leite; e inspeção da aparência, se há sujidades ou coloração anormal); processamento; controle de qualidade; pasteurização; estocagem e transporte (RONA *et al.*, 2008).

Essa realidade operacional possibilitou, por exemplo, enfrentar com tranquilidade técnica os agravos e riscos decorrentes do advento da AIDS. Enquanto em várias regiões do mundo os BLHs foram fechados, por temor a questões de segurança operacional e risco biológico, o Brasil viveu um franco e seguro processo de expansão, uma vez que já haviam sido consolidados os cuidados essenciais necessários para certificar a qualidade do leite humano ordenhado (ALMEIDA, 1999).

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano é a maior e mais complexa do mundo. Ela possui 201 bancos de leite e 98 postos de coleta. No quadriênio 2007-2010 foram distribuídos 485.669 litros de leite pasteurizado a 775.995 recém-nascidos em unidades de terapia intensiva em todo o Brasil (FIOCRUZ, 2012).

A Rede BLH tem por missão a promoção da saúde da mulher e da criança mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, a iniciativa privada e a sociedade (FIOCRUZ, 2012).

A Rede é organizada de maneira a ter um BLH de referência nacional, que é o primeiro BLH do Brasil, o do Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro, e há um de referência estadual em cada um dos 27 estados brasileiros. Na Paraíba, a referência é o BLH Anita Cabral, que fica na capital João Pessoa. Além desse, há outros 05 bancos de leite e 18 postos de coleta espalhados por todo o Estado.

Entre os anos de 2007 e 2010, as equipes dos bancos de leite humano de todo o Brasil atenderam 1.208.933 lactentes em atividade de grupo, 4.619.375 consultas individuais e 996.944 visitas domiciliares. Isso demonstra o trabalho de promoção à saúde da mulher e da criança, além do trabalho com coleta e pasteurização, que podem parecer sua atividade principal (FIOCRUZ, 2012).

Essas atividades de promoção são essenciais para a busca ativa e captação de doadoras. As mulheres geralmente ficam sabendo da existência dos Bancos de Leite Humano durante o pré-natal ou na maternidade, em atividades educativas, ou em atividades de apoio realizadas pelo próprio BLH e, assim, elas começam a se dispor a doar seu leite (SANTOS *et al.*, 2009; ALENCAR; SEIDL, 2010; LOURENÇO; BARDINI; CUNHA, 2012).

Diversos estudos já encontraram a relação entre a quantidade de leite arrecadado e as atividades de promoção à saúde, desenvolvidas no BLH ou no posto de coleta. Um estudo realizado em 2006 relatou um aumento de 61,39% no volume de leite em relação ao ano anterior depois que os encontros do grupo de suporte ao aleitamento materno deixaram de acontecer apenas uma vez por semana para ser realizados bissemanalmente (ROZENDO; HOLANDA; SANTOS; VALVERDE, 2009).

## 2.4 Doadoras de Leite

Como o sucesso de um Banco de Leite Humano depende completamente das doadoras, obter uma caracterização do perfil dessas mulheres é algo de extrema importância. Como mencionado anteriormente, poucos são os estudos que objetivam traçar esse perfil e os motivos que as levam a doar seu leite (ALENCAR; SEIDL, 2009).

Doadoras são, por definição, mulheres sadias que apresentam secreção láctea superior às exigências de seus filhos e que se dispõem a doar o excedente por livre e espontânea vontade. Serão inaptas para a doação, a critério médico, as nutrizes que sejam portadoras de moléstias infecto-contagiosas ou que se encontrem em risco nutricional (BRASIL, 2011).

Azema e Callahan, em 2003, fizeram um estudo na França com 103 doadoras e concluíram que elas eram mulheres que tinham bastante apoio familiar à doação, mais da metade não trabalhavam fora, uma grande porcentagem delas tinha formação ou trabalhava nas áreas de saúde ou de serviço social. Essas mulheres declararam dois principais motivos para doação: o altruísmo (ajudar outras) e a consciência do não-desperdício (tinha muito leite e era melhor doar a alguém do que retirar e jogar fora).

Um estudo no estado do Texas, nos Estados Unidos, avaliou 87 doadoras e chegou a um perfil: idade entre 25 e 39 anos, maioria de graduadas e pós-graduadas, 65% das mulheres pertencentes à população economicamente ativa, 91% delas eram casadas, 87% brancas e 80% com apenas um ou dois filhos. Com relação aos motivos principais pelos quais as mulheres doam, os dois motivos do artigo citado anteriormente, *para ajudar os outros e tinha leite demais e não queria desperdiçar*, foram os mais comuns. Outros dois motivos foram: *“soube que o banco*

*de leite precisava de doações” e “gostaria que alguém fizesse o mesmo por mim”* (OSBALDISTON; MINGLE, 2007).

Um estudo feito na Espanha com 168 doadoras encontrou idade média de 33 anos e maioria de mulheres que trabalhavam fora do lar. Entre as razões porque elas doavam, o estudo encontrou *ter muito leite e preferir doar a desperdiçar, ajudar os outros, fazer o que espera que fizessem por ela, conhecer alguém pessoalmente que tem um recém-nascido que esteja necessitando e promover o aleitamento materno* (SIERRA COLOMINA *et al.*, 2013).

Estudos brasileiros encontraram uma maioria de mulheres primíparas, pertencentes à classe social C, com faixa etária entre 21 e 39 anos. A maioria casada ou em união consensual, morando com o companheiro e os filhos. Todas fizeram pré-natal e a maior parcela de mulheres na rede pública. A maior parte dos estudos foi feito nas regiões Sul e Sudeste (GALVÃO; VASCONCELOS; PAIVA, 2006; GENOVEZ *et al.*, 2011; LOURENÇO; BARDINI; CUNHA, 2012).

Na maioria dos estudos brasileiros, quanto à escolaridade, as doadoras eram bem distribuídas entre ensino fundamental incompleto até superior completo, sem existir escolaridade dominante, embora a grande maioria tenha estudado mais de 08 anos. A maior parte delas exercia atividade remunerada, mas um grande número era dona de casa. A maioria mora no centro, próximo aos bancos de leite, em detrimento da periferia. Quase nenhuma em zona rural (ALENCAR, 2006; DIAS *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2009).

Embora Santos *et al.* (2009) e Dias *et al.* (2006) tenham afirmado que a idade não é fator determinante para a doação de leite, sendo resultado comum nas pesquisas a descoberta de que há tanto doadoras adolescentes quanto há doadoras

mais velhas, Genovez *et al.* (2011) concluiu que condições socioeconômicas desfavoráveis (menor renda familiar, menos anos de educação, menor índice de estabilidade conjugal, representado pelo maior número de mães solteiras – são mais facilmente encontradas entre as doadoras adolescentes e esses dados são considerados de risco para morbidades como baixo peso ao nascer (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

Entre os estudos brasileiros, os principais motivos referidos para a doação de leite são: altruísmo e excesso de produção láctea. Evitar desperdício é um motivo que também aparece nos estudos, por causa da ordenha de alívio que muitas precisam executar durante o ingurgitamento mamário (ALENCAR, 2006; DIAS *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2009; SILVA, 2010).

O ingurgitamento mamário, segundo Galvão, Vasconcelos e Paiva (2006), é um incentivo à doação, na medida em que é causado por estase láctea e causa muito incômodo, o que leva a nutriz a procurar ajuda, geralmente no BLH. O tratamento do ingurgitamento é ordenha de alívio. Então geralmente funcionários do BLH já orientam que há a possibilidade de doar, e que aquele leite não precisa ser desperdiçado (ALENCAR, 2006; SILVA, 2010).

Embora o altruísmo seja o motivo mais comum para doação de leite humano, tanto em estudos brasileiros quanto fora do Brasil, um estudo realizado em Fortaleza em 2006 encontrou uma esmagadora maioria de mulheres que decidiram doar leite simplesmente por causa do ingurgitamento mamário. Isso pode ser atribuído, no entanto, à falta de conhecimento dessas sobre bancos de leite e a importância do aleitamento materno, que foi algo também evidente nesse estudo (GALVÃO, VASCONCELOS, PAIVA, 2006).

O apoio social também foi uma variável importante na determinação da doação de leite encontrada em realidades tão distintas quanto em Tubarão, em Santa Catarina, em Brasília, no Distrito Federal e São Paulo, capital, onde se observou um maior número de doadoras casadas ou em união estável e há recorrentes relatos de que os maridos ajudam e apoiam a doação. Além do marido, as doadoras geralmente mencionam mães que amamentaram e que dão valor ao aleitamento, assim como profissionais de saúde que deram muito suporte no pré-natal e no puerpério (ALENCAR, 2006; ALENCAR; SEIDL, 2010; NEVES; SÁ; MATTAR; GALISA, 2011; LOURENÇO; BARDINI; CUNHA, 2012).

A promoção à saúde também aparece frequentemente como fator de extrema importância na captação e na conscientização de doadoras, assim como no estímulo à duração adequada do aleitamento materno. Normalmente as mães citam as atividades de promoção (Teste do Pezinho e Puericultura no próprio BLH, visita puerperal da enfermeira da Estratégia de Saúde da Família – ESF, etc) como meio de terem entrado em contato com o Banco de Leite Humano e com a ideia de doar (ALBERNAZ; VICTORA, 2003; ALENCAR; SEIDL, 2010). Algumas mães relatam ter tido aconselhamento tanto na comunidade (ESF) quanto no próprio Hospital (maternidade e BLH) e isso parece vir associado a um tempo maior de aleitamento e de doação (BECKER, 2001; ALENCAR, 2006).

Fato marcante na história de vida das doadoras como, por exemplo, ter tido algum bebê prematuro, que necessitou de leite de BLH, ou ter tido muita dificuldade para amamentar um filho anterior, ou até ter tido contato com algum bebê que precisou de leite doado foi reconhecido como motivo para a doação de leite por Alencar (2006), Dias *et al.* (2006) e Genovez *et al.* (2011).



Entre as razões mais comuns para não doar naquele momento ou deixar de doar leite, o estudo americano quantitativo com questionário estruturado realizado por Osbaldiston e Mingle (2007) com 87 doadoras e 19 não-doadoras encontrou *“falta de tempo para ordenha”, “dificuldade de armazenamento do leite em casa”, “a ordenha era desconfortável”, “dificuldade de transporte do leite para o banco de leite”, “depressão”,* embora não tenha sido encontrada nenhuma relação entre essas barreiras e uma menor quantidade de leite doado por essas mães.

O estudo descritivo prospectivo realizado com 169 doadoras por Sierra Colomina (2013) na Espanha encontrou como obstáculos para a doação *“transporte para o BLH”, “horário do BLH”, “dificuldades para encontrar um lugar para extração e armazenamento”* e *“problemas com a extração”* e, para o seu fim, as razões foram *“fim da lactação”, “alta do hospital”, “início do trabalho”* e *“ausência de transporte”*.

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Identificar percepções de mães doadoras de leite em um banco de leite humano vinculado a hospital de médio porte no sertão da Paraíba.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar os motivos que levam as lactantes a doar leite e qual a influência das características pessoais e sociodemográficas nesta decisão;
- Identificar os fatores que motivam a manutenção dessa doação e os fatores que levam à desistência;
- Descrever o conhecimento de mães doadoras sobre o destino do leite no BLH;
- Identificar a influência do contato com o BLH sobre o Aleitamento Materno na percepção de mães.

## **4. Metodologia**

### **4.1. Local do estudo**

A Paraíba é um Estado com 3.753.633 habitantes e 223 municípios, divididos em 12 regiões administrativas. A 9ª região (região de Cajazeiras) é a mais distante da capital João Pessoa e fica no Alto Sertão Paraibano, fazendo fronteira imediata com Rio Grande do Norte e Ceará. Essa 9ª região administrativa agrega 15 municípios (Cajazeiras, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Uiraúna, Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Triunfo, Santa Helena, Monte Horebe, Poço de José de Moura, Poço Dantas, Bernardino Batista, Joca Claudino, Bom Jesus e Carrapateira) com a população de 167.819 habitantes (IBGE, 2010a).

O sertão paraibano apresenta clima árido e, como grande parte da população sobrevive da agricultura, as grandes secas da região são um grande fator de sofrimento e dificuldades. O município de Cajazeiras, polo da região, tem 58.319 habitantes e é considerado um polo educacional, com 05 grandes Instituições de Ensino Superior, uma delas Federal.

As graduações na área de saúde são frequentes na cidade, uma vez que nessas Universidades há, em 2013, ao todo, dois cursos de Medicina, dois de Enfermagem, dois de Farmácia, um de Fisioterapia, um de Biomedicina, dois cursos Técnicos de Enfermagem e um de Técnico em Saúde Bucal, além de dois cursos de Serviço Social e um de Psicologia e ainda há dois processos em tramitação no Ministério da Educação e Cultura (MEC) para abertura de dois cursos de Odontologia e outro de Enfermagem. Por causa disso, há uma enorme inserção de

estudantes de cursos diversos nas unidades de saúde em geral, assim como atividades de Pesquisa e Extensão.

Há apenas um equipamento hospitalar geral na região (há outros dois Hospitais na cidade, porém um é exclusivamente pediátrico e o outro exclusivamente psiquiátrico), o Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). As pessoas interessadas em atendimento particular ou por plano de saúde, têm que viajar para cidades com distância mínima de 50 km, o que é impossível nas situações de urgência e emergência. Isso faz com que o HRC tenha clientela de todas as classes socioeconômicas. Esta última característica o torna um local particular para realização de pesquisas, pois temos acesso a usuários com perfis socioeconômicos distintos, o que enriquece os resultados encontrados.

Foram colhidos dados da gestão do Hospital Regional de Cajazeiras, junto a membros da gestão e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Todos esses dados são de 2013, época da realização do campo da pesquisa.

O Hospital Regional de Cajazeiras é um Hospital de Urgência e Emergência de porte II com 139 leitos cadastrados no CNES e 712 funcionários. Sua administração é Estadual e ele serve de referência para os 15 municípios da 9ª Região de Saúde do Estado, bem como serve como campo de prática para os cursos já mencionados das Instituições de Ensino Superior.

O Hospital tem perfil de Urgência e Emergência, e conta com atendimento de Urgência com Acolhimento e Classificação de Risco, com internações rápidas (até 12 horas de permanência) para resolução de problemas mais simples, estabilização de pacientes gravíssimos ou esclarecimento diagnóstico dos casos intermediários.

Os pacientes que têm que ficar mais de 12 horas de internação são internados oficialmente nas enfermarias de Clínica Médica ou de Clínica Cirúrgica, no primeiro andar, que são frequentemente ocupadas por pacientes crônicos, com tempo de internação relativamente longo. Há a Unidade de Terapia Intensiva, com 07 leitos, que atende pacientes adultos graves. Existe um Centro Cirúrgico, para realização de Cirurgias de Urgência e de Cirurgias Eletivas, previamente marcadas na Atenção Básica e um Serviço de Hemodiálise, terceirizado, realizado por uma clínica privada, a Clínica Santa Terezinha, em setor anexo ao Hospital.

Separadamente, mas fazendo parte do mesmo complexo hospitalar, há a Maternidade Deodato Cartaxo, que recebe mulheres dos 15 municípios da nona região de saúde e até dos municípios pequenos do Ceará e do Rio Grande do Norte que ficam próximos. Todos os dias, há dois obstetras na maternidade, para realizarem os partos cirúrgicos e vaginais do serviço. A média de procedimentos é de 160 por mês, sendo 62 a 70% de cesarianas contra 30 a 38% de partos normais. Esses dados demonstram que as estratégias do Ministério da Saúde para o Parto Humanizado ainda não são uma realidade. Por conta disso, o Hospital Regional de Cajazeiras ainda não possui a certificação de Hospital Amigo da Criança, já que a diminuição de partos cesáreos é uma das exigências para essa Certificação, que é norteada pelos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (WHO, 1998).

Estudos demonstram que o tipo de parto influencia o início da amamentação e até a sua prevalência. Só 5,6% dos partos cirúrgicos conseguem estabelecer amamentação na primeira hora, contra 26,% de partos vaginais (BOCCOLINI, 2011). Isso se deve, em parte, à própria anestesia e a procedimentos a que o RN possa ser submetido, já que os nascidos por cesárea são mais suscetíveis a intervenções (SILVEIRA, 2008; LOPEZ; CAMPOS JÚNIOR, 2010). Por causa dessa alta

incidência de partos cirúrgicos na maternidade do HRC, não é fácil garantir a amamentação na primeira hora de vida para todos os recém-nascidos.

Depois dos partos, vaginais ou cirúrgicos, as mulheres e bebês saudáveis são levados para o Alojamento Conjunto, que tem enfermarias separadas por tipo de parto, onde as que passaram por parto normal ficam em local separado das que se submeteram a parto cirúrgico. Além dos dois obstetras, a maternidade conta com um pediatra para fazer assistência em sala de parto e visitas aos alojamentos conjuntos, um enfermeiro e quatro técnicos de enfermagem em cada plantão, cada um com uma função diferente, para fazer toda a assistência desde a chegada da gestante até a alta da mãe e da criança.

A rotina da maternidade permite alta após 24 horas para os recém-nascidos saudáveis nascidos de parto vaginal, e 48 horas para os de parto cirúrgico. Mas a alta só é permitida após a realização das vacinas BCG (contra a tuberculose) e da hepatite B e da oximetria de triagem cardíaca (Teste do Coraçãozinho).

Ao receber alta, as mães já recebem a requisição do Teste do Pezinho e da Puericultura, ambos realizados no Banco de Leite Humano do próprio HRC. Então a mãe já pode deixar ambos agendados ao sair da Maternidade ou procurar o BLH em outro momento para fazer o agendamento.

Os recém-nascidos com qualquer tipo de diagnóstico (prematuidade, sepse, anóxia neonatal), que necessitem de suporte intermediário (sem ventilador mecânico) são levados para a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), que tem três incubadoras e em cada plantão conta com um pediatra, um enfermeiro e um técnico de enfermagem para dar suporte a esses recém-nascidos.

Os recém-nascidos com necessidade de Ventilação Mecânica ou de procedimentos cirúrgicos são considerados recém-nascidos com indicação de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e são transferidos para o centro de referência mais próximo, a 175 km de distância. As transferências são feitas em UTI móvel e com médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

O Banco de Leite Humano de Cajazeiras é anexo à Maternidade e dá suporte a ela, à UCI e à região de um modo geral. Embora o HRC funcione 24 horas por dia nos 07 dias da semana, o BLH funciona de segunda a sexta, das 7 da manhã às 17h30min. No sábado há expediente apenas interno e atividades de campo (coletas domiciliares de leite) pela manhã.

O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Cajazeiras, desde 17 de maio de 2013 reinaugurado com o nome Banco de Leite Josefa Garcia Rolim, é o mais distante da capital e o único que fica no alto sertão paraibano e tem dois Postos de Coleta, um na cidade de Bonito de Santa Fé, na nona região administrativa, e um na cidade de Sousa, que é a cidade-sede da décima região administrativa e que não tem Banco de Leite próprio. Ambos fazem coleta e fornecem leite para o BLH de Cajazeiras.

O BLH de Cajazeiras é um anexo externo do Hospital Regional de Cajazeiras, com sua entrada exatamente em frente à entrada da maternidade. Até o ano anterior a entrada era pela porta dos fundos, sem identificação, o que dificultava o acesso de pessoas que não o conheciam. A partir de maio de 2013, depois de uma pequena reforma feita com recursos do próprio hospital (Figura 1), sua frente ficou voltada para o setor de onde saem as mães e os bebês e foi colocada uma placa bem visível com o nome do serviço.



Figura 1 - Fachada do BLH de Cajazeiras

Logo na entrada existe uma recepção, onde há um funcionário em todos os horários de funcionamento, fornecendo informações, fazendo fichas de pacientes, agendando atividades. Dentro, há três consultórios: um de Enfermagem, um Médico e outro para a Nutricionista. Cada um é equipado com o material necessário para a atuação desses profissionais em suas atividades.

O Banco de Leite Humano Josefa Garcia Rolim apresenta, em seu corpo funcional, 22 funcionários, sendo estes distribuídos entre as seguintes funções: 02 Obstetras, 02 Pediatras, 01 Nutricionista, 01 Farmacêutico/Bioquímico, 01 Biomédica, 03 Enfermeiras, 01 Técnico de Laboratório, 06 Técnicas de Enfermagem, 02 Técnicas Administrativas, 01 Vigia, 02 Auxiliares de serviços gerais. A gestão é realizada por uma Coordenação, subordinada à Direção Geral do Hospital Regional de Cajazeiras.



Esses funcionários são responsáveis por todas as atividades do BLH, as mais diversas, desde a Busca Ativa, Cadastro de Doadoras, Pasteurização, Distribuição do Leite Humano pasteurizado até as ações de Promoção à Saúde, inclusive algumas atividades típicas e próprias da Atenção Básica.

Uma dessas atividades, realizada numa parceria entre o Estado e a Prefeitura Municipal de Cajazeiras, é o atendimento pré-natal de Alto Risco do município. São dois dias na semana (segunda e quinta) de atendimento de duas diferentes obstetras, uma delas, funcionária da Prefeitura e a outra, funcionária do Estado. Nesses dias de consulta de referência de Alto Risco, há um acúmulo de gestantes no serviço e, por isso, a equipe do BLH aproveita para fazer atividades educativas de sensibilização dessas mulheres quanto ao aleitamento materno e a doação de leite.

Também fruto de uma parceria entre o Estado da Paraíba e a Prefeitura Municipal de Cajazeiras, há a realização do Teste do Pezinho do Município de Cajazeiras e dos municípios da região que referenciam esse serviço para Cajazeiras. Logo que uma puérpera tem alta da maternidade, ela já recebe a requisição para a coleta do Teste do Pezinho. Com essa requisição, ela procura o BLH logo e já deixa agendada a coleta do teste do seu bebê. Esse procedimento já serve de primeiro contato com algumas mães e já pode ser usada para captação de possíveis doadoras.

Para ajudar ainda mais nessa captação, o BLH serve de campo, desde maio de 2011, para um Projeto de Extensão da UFCG intitulado Aleitamento Materno – Incentivo através da Educação. Esse projeto está iniciando seu terceiro ano agora em maio/2013 e conta com a participação de uma Coordenadora, que é professora

da UFCG, e a co-orientadora, que é a coordenadora do Banco de Leite Humano. Esta está inserida no Projeto como Colaboradora Externa. Todas as semanas, dez alunos da UFCG atuam em tarefas diversas de incentivo ao Aleitamento Materno, algumas atividades realizadas no próprio BLH e Hospital Regional, tais como Curso de Gestantes, Palestras para Puérperas na Maternidade, bem como atividades externas como Palestras em Unidades de Saúde da Família e Atos Públicos em datas comemorativas.

Fruto desse primeiro projeto, iniciou-se, em maio de 2013, outro Projeto de Extensão, similar ao primeiro, intitulado Incentivo ao Aleitamento Materno através da Educação em Saúde. Este é um Projeto de Extensão dos alunos da Faculdade Santa Maria (FSM), instituição privada que também abriga um curso de Medicina. Nesse projeto, são 16 os alunos que passam de 8 a 12 horas semanais no Banco de Leite Humano desenvolvendo atividades similares às dos estudantes da UFCG.

Além desses serviços, o BLH realiza a Puericultura de egresso da Maternidade da primeira quinzena de vida até os 02 anos de idade. Logo no momento da marcação do teste do Pezinho é feita a marcação da primeira consulta de Puericultura. Depois dessa, são marcadas consultas mensais até que o bebê complete 24 meses. Essas consultas inicialmente consistem em entrevista com a mãe (com uma das enfermeiras), para saber como está o aleitamento, se há queixas clínicas, se existe algo peculiar sobre o bebê, etc. Logo em seguida, a enfermeira faz as medidas antropométricas e coloca no gráfico, orienta aleitamento, e faz algumas outras orientações de rotina (prevenção de assaduras, higiene do coto umbilical, calendário vacinal). Se o lactente não tiver queixas clínicas nem for encontrado nenhum motivo para referir para consulta médica, encerra-se o atendimento por este serviço.

Nas consultas em que o lactente apresenta problema com o aleitamento (quando a mãe alega que não tem leite, ou quando ela dá outros alimentos inadequados, etc), a enfermeira encaminha imediatamente a criança para a nutricionista, que faz a consulta nutricional com o lactente. A nutricionista tem consultório próprio e está sempre presente nos dias de puericultura.

Quando a enfermeira detecta que o problema no aleitamento é de ordem clínica (ingurgitamento mamário, mastite, abscesso mamário) ou se o próprio lactente está com algum problema clínico (tosse, febre, dermatite, cólica, etc), mãe e filho são encaminhados para o consultório médico. Os pediatras atendem nas quartas e quintas apenas os casos com queixas clínicas. Ambos são funcionários do próprio Estado e atuam também na maternidade.

Além das consultas mensais agendadas, a mãe é orientada a procurar o BLH quando o lactente apresenta qualquer problema clínico, mesmo que não seja em dia de atendimento do pediatra. É uma forma de vincular a mãe e o bebê ao serviço. Se for realmente uma queixa clínica e não tiver pediatra, a própria enfermeira vai encaminhar para o hospital infantil, já com a folha de referência preenchida.

Até janeiro de 2011, início da gestão vigente à época da coleta, nunca se havia feito um cadastro de doadoras. Quem queria doar, procurava o BLH, doava e nenhum outro tipo de procedimento era realizado. Não era feito nenhum tipo de vínculo com o Serviço e sempre havia o risco daquela doadora nunca mais procurar o Banco de Leite.

A partir de fevereiro de 2011, a Gestão do BLH começou a manter um livro de Registro de Doadoras, onde os dados são todos registrados – nome completo, idade, data do parto, data do cadastro no BLH e resultados dos exames feitos no

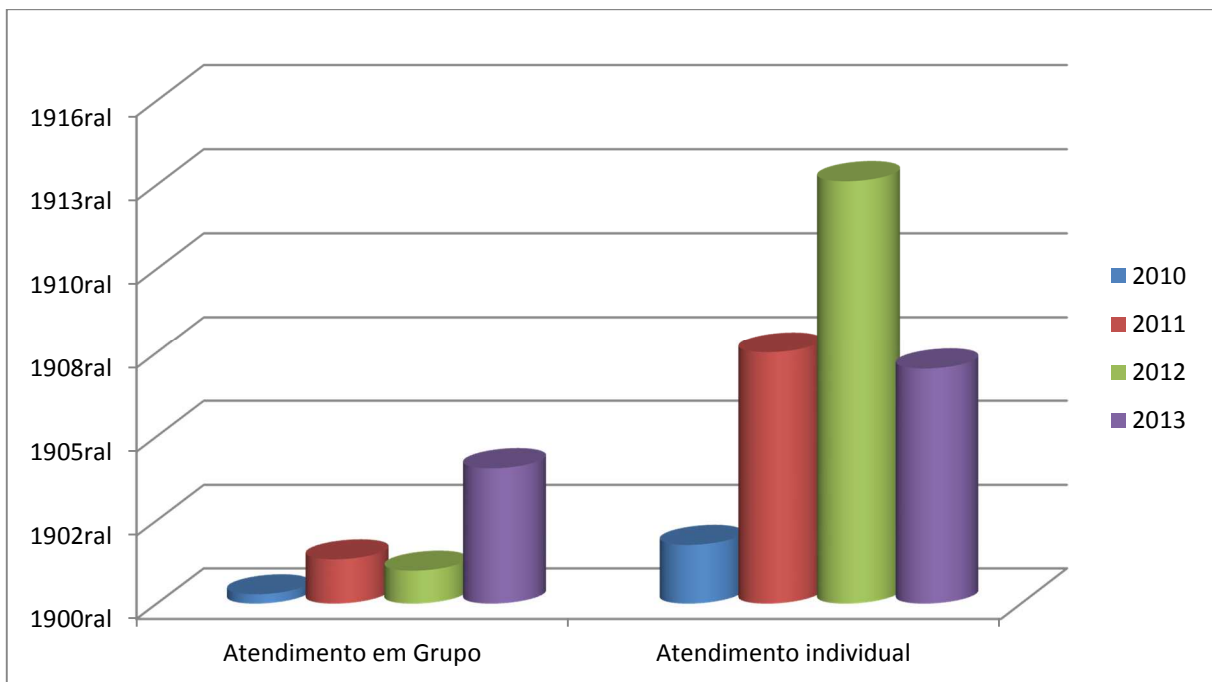
próprio hospital como exigência para atestar a qualidade do leite (detalhados mais adiante). Além desses dados, há o campo Data de Inativação, que informa quando a doadora se desligou do cadastro de doadoras. Com isso, é possível identificar, além dos dados pessoais, há quanto tempo a mulher doa leite, se começou a doar logo que o bebê nasceu, quanto tempo doou.

Antes do cadastro de uma doadora, são questionados alguns pontos para que haja uma pré-seleção e exclusão dos casos que não podem doar. Pergunta-se se a mulher fuma ou bebe, e se usa algum medicamento que é incompatível com o aleitamento (alguns ansiolíticos, benzodiazepínicos, alguns antibióticos e antiparasitários) e, se qualquer uma dessas respostas for positiva, a pessoa não está qualificada e não é incluída no cadastro de doadoras.

Para a inclusão definitiva no cadastro, é exigência do serviço os resultados sem alterações de Hematócrito e Hemoglobina (para detecção de anemia), HBsAg (para detectar Hepatite B), VDRL e FTAabs (para rastrear sífilis) e ELISA anti-HIV. Os exames têm validade de 06 meses e, se a paciente tiver realizado no pré-natal, ainda dentro de um prazo de 06 meses, não precisa realizar novamente no ato do cadastro. No livro de cadastro, há campo para os exames iniciais e espaço para dois novos resultados semestrais de cada exame. Isso vale tanto para as doadoras do BLH, quanto para as dos dois postos de coleta.

O Banco de Leite Humano de Cajazeiras apresentava, no momento da coleta dos dados, em 05/05/13, 21 doadoras ativas e 299 doadoras inativas (ex-doadoras). O Posto de Coleta de Leite Humano Noemi Holanda Mariz, em Sousa, congregava 17 doadoras ativas e 256 inativas. E o PCLH Felipe Jesus Saraiva, em Bonito de Santa Fé, apresentava 03 doadoras ativas e 13 inativas.

A produção de leite pasteurizado do BLH de Cajazeiras, como já mencionado anteriormente, era pequena em 2010, sem nenhum tipo de atividade proativa que visasse captar doadoras ou aumentar a quantidade de leite coletado. Havia a coleta do Teste do Pezinho, mas feita por profissionais do próprio município, sem nenhuma vinculação ao BLH e nenhuma preocupação em aproveitar a atividade para a captação de doadoras.

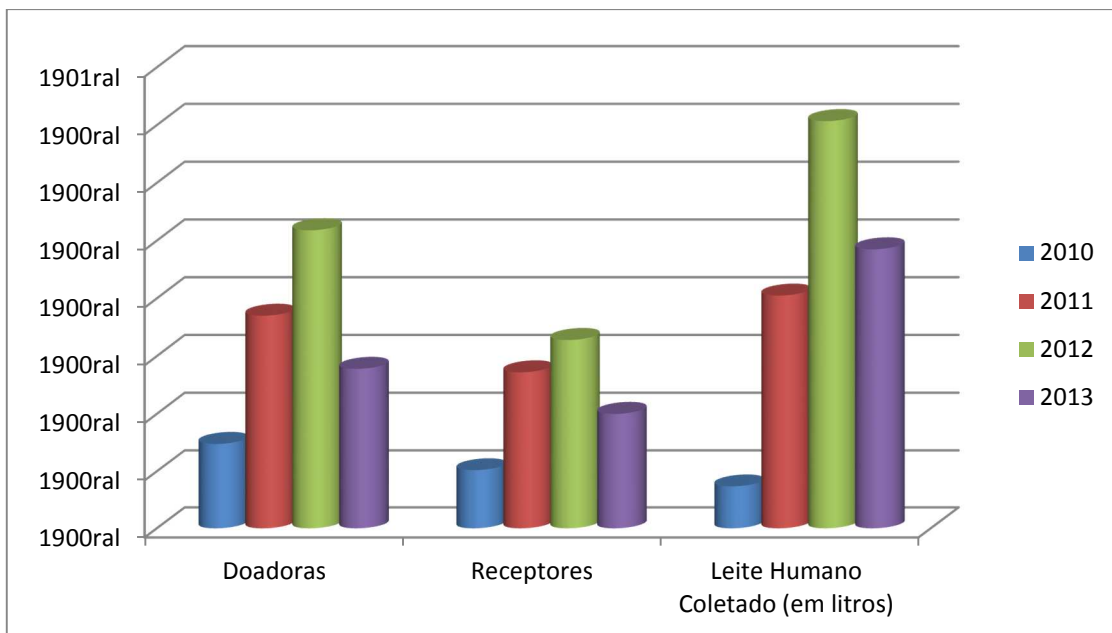


**Figura 2 - Atendimentos individuais e em grupo do BLH de Cajazeiras em 2010, 2011, 2012 e 2013.**

Em 2011, com a mudança para a gestão vigente, foram implantados a busca ativa de doadoras em todas as coletas do Teste do Pezinho, a Puericultura de Egresso da Maternidade e o Projeto de Extensão dos alunos da UFCG, que estimula o Aleitamento Materno e a Doação de Leite através de Estratégias Educativas, como Curso de Gestantes, palestras para puérperas na maternidade, atos públicos em datas comemorativas como Dia Internacional da Mulher e Semana do Aleitamento Materno. Essas medidas aumentaram o número de atendimentos (Figura 2). Além disso, foi feito um convênio com o Corpo de Bombeiros, a exemplo do de Brasília

nos anos 90, onde os carros da guarnição ficam à disposição do BLH duas vezes por semana para coleta domiciliar de leite. Com isso, os números foram aumentando gradativamente.

Em 2012, os números já eram muito superiores a qualquer outro momento da história do BLH (Figura 3). Além dessa grande vitória nesse ano, em agosto a gestão conseguiu a aprovação, na Câmara de Vereadores de Cajazeiras, de um Projeto de Lei que garantiu diversas vantagens a doadoras ativas do BLH, entre elas, a passagem gratuita nos ônibus coletivos da cidade e atendimento prioritário em diversos estabelecimentos, como bancos, supermercados, etc., mediante apresentação de Carteira de Doadora Ativa, emitida pelo BLH e carimbada e assinada todos os meses até a inativação da doadora. Segundo a equipe de gestão, isso serviu para aumentar ainda mais a autoestima das doadoras e sua vontade doar.



**Figura 3 - Números de doadoras, receptores e litros de leite coletados em 2010, 2011, 2012 e 2013**

O trabalho se manteve em 2013, embora tenha havido uma leve queda na produção nos primeiros meses deste ano, por causa da reforma que foi mencionada anteriormente, que limitou um pouco os atendimentos, deixando apenas um consultório ativado e só em alguns dias da semana, por dois meses, o que diminuiu o número de consultas de Pré-natal de Alto Risco e Puericultura, conseqüentemente, a captação de novas doadoras e manutenção das antigas.

#### **4.2. Tipo do estudo**

Esse é um estudo exploratório, e, para seu embasamento teórico, fez-se necessária uma revisão da literatura sobre o tema. Foi feita uma busca com os descritores “Banco de Leite Humano”, “*Human Milk Bank*”, “Doação de Leite Humano” e “*Human Milk Donation*” na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), no *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line* (Medline) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e foram avaliados os trabalhos encontrados. Como critério de inclusão, adotou-se a limitação temporal no período de 1987 a 2013, bem como publicações em português, inglês, francês e espanhol e que enfocassem a gestão de BLH, doadoras, doação e aleitamento materno. Como critério de exclusão, foram eliminados os artigos que não apresentam os descritores no título e os que tratam de assuntos alheios aos mencionados nos critérios de inclusão.

Houve um enorme número de artigos relacionados às áreas de Nutrição e Microbiologia, e esses foram excluídos por não serem tema de interesse nesta pesquisa. Foram também encontrados artigos que tratam sobre Leite Materno, com conteúdo interessante e relevante para o trabalho, mesmo sem menção de Banco de Leite. Eles foram lidos e os que tinham conteúdo interessante à nossa temática

foram incluídos. Os restantes foram sobre gestão de Bancos de Leite Humano e sobre Doação de Leite, como descrito adiante.

No SCIELO, com essas palavras-chave, foram encontrados 04 artigos sobre BLH e 02 apenas sobre Leite Materno. Estes 06 foram lidos e estudados na íntegra. Dos quatro sobre Bancos de Leite, dois deles abordam modelos de organização de Bancos de Leite e dois abordam perfis de doadoras.

Usando os mesmos descritores no Medline, foram encontrados 05 artigos relacionados a Leite Materno e 11 artigos abordando Bancos de Leite Humano, sendo que 05 são sobre gestão de Bancos de Leite, com relatos de experiência e históricos e outros 06 falam de Doação de Leite Humano (perfil de doadoras e percepção das doadoras).

Fazendo essa mesma busca no LILACS, foram encontrados 16 artigos sobre Banco de Leite Humano e sobre Doação de Leite, com relatos de experiência de gestão, modelos diferentes de bancos de leite, e metade deles fala sobre perfil e percepção de doadoras, inclusive alguns internacionais (um francês, um americano e um espanhol).

Além disso, foram utilizados livros na área de Pediatria e Nutrição da Criança, assim como livros especializados em Aleitamento, bem como estudadas todas as rotinas exigidas pela ANVISA para o funcionamento de um Banco de Leite Humano. Foi acessado o portal da Fiocruz com a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e foram avaliados os textos técnicos e revisados artigos também sobre esse tema.

Esse é um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa.

Pesquisas qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas



últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1999).

A pesquisa qualitativa busca entender o contexto onde o fenômeno ocorre, delimita a quantidade de sujeitos pesquisados e intensifica o estudo sobre o mesmo. Seu objetivo é compreender, no nível mais aprofundado quanto for possível, tudo que se refere ao homem, enquanto indivíduo ou membro de um grupo ou sociedade. Para isso, deve-se fazer observações de situações cotidianas em tempo real e fazer descrições e análises subjetivas da experiência (CANZONIERI, 2010).

#### **4.3. Sujeitos do estudo**

Foram selecionadas 21 doadoras de leite, entre doadoras ativas, doadoras desistentes e ex-doadoras de leite. Foram consideradas **doadoras ativas** as que estavam ativamente doando leite no momento da entrevista (cadastradas no registro de doadoras e o cadastro se encontrava ativo), foram consideradas **ex-doadoras** as que doaram por um tempo e, à época da entrevista, já haviam parado (cadastradas no registro de doadoras e depois de muitas doações, por semanas ou meses, foram inativadas) e foram consideradas **doadoras desistentes** as que foram cadastradas no registro de doadoras, mas que só doaram uma ou duas vezes e logo foram inativadas.

As doadoras foram selecionadas por conveniência, ou seja, quem já estava com consulta agendada para a puericultura e era doadora, a enfermeira avisava e já agendava também a entrevista. Algumas outras foram visitadas em suas próprias residências, selecionadas por uma funcionária da coleta, que já está habituada a fazer visitas para coleta. Foram incluídas mães com características distintas em relação à escolaridade, renda, situação familiar, entre outras. Para facilitar na

discussão dos resultados, cada doadora ficou sendo designada pela letra D, de doadora, seguida de um número. Assim temos da D1 até a D21.

As doadoras selecionadas foram incluídas, após aceitação voluntária em participar da pesquisa (ver Aspectos Éticos), sem que houvesse mudança alguma na qualidade do atendimento, independentemente da aceitação ou recusa.

#### **4.4. Coleta de dados**

Os dados foram coletados entre fevereiro e maio de 2013 através de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado (Apêndice 1) gravadas com as doadoras e ex-doadoras. Algumas entrevistas foram realizadas no próprio Banco de Leite Humano, nos dias em que essas mães tinham alguma atividade agendada no BLH, como a consulta de puericultura de rotina ou alguma consulta médica agendada previamente. Outras foram realizadas nas próprias residências de algumas mães, em visitas realizadas em dias de sábado, principalmente nas casas das ex-doadoras que não costumam mais frequentar o BLH, ou que vão lá muito raramente.

O número de entrevistadas foi determinado pelo critério da saturação, que acontece quando as respostas começam a se apresentar de forma repetitiva e o entrevistador escolhe não continuar (CANZONIERI, 2010). As entrevistas foram iniciadas com doadoras ativas e ex-doadoras que haviam doado por muito tempo e, a partir das respostas dessas, já saturadas, surgiu a necessidade de se descobrir os motivos pelos quais algumas deixam de doar logo na primeira ou segunda tentativa. Então foram incluídas as doadoras desistentes, também obedecendo ao critério de saturação.

As entrevistas foram gravadas utilizando-se um gravador digital Sony e em seguida foram ouvidas e transcritas na íntegra, criando-se um arquivo de texto. As transcrições foram feitas na forma literal, com fala coloquial. Essa fala coloquial foi deixada para ajudar a demonstrar o nível de escolaridade que cada entrevistada deixou transparecer pelo seu discurso.

As transcrições foram o material usado para a avaliação do discurso de cada entrevistada e sua caracterização. Primeiramente foi feita uma descrição das características sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa. Cada uma das 21 entrevistadas foi agrupada de acordo com idade, paridade, profissão, escolaridade, estado civil, condições de moradia, tempo de doação, aleitamento materno exclusivo, aleitamento prévio, grau de planejamento ou desejo da gravidez, características da gestação, pré-natal, se receberam orientações sobre aleitamento, se as mulheres da família amamentaram, se o aleitamento foi fácil e tranquilo, como soube do BLH, motivos para doar ou para ter parado de doar, opinião da família sobre a doação e se sabe o destino do leite.

Posteriormente, foi realizada a análise do conteúdo com codificação, modalidade transversal que recorta as falas e seleciona passagens que exemplificam a mesma ideia teórica e descritiva, identificando os núcleos de sentido, elegendo em seguida, categorias ou temas. A codificação é uma forma de indexar ou categorizar o texto para estabelecer uma estrutura de ideias temáticas em relação a ele (GIBBS, 2009).

Vale ressaltar que nenhuma entrevistada teve acesso, em momento algum, a entrevistas de outras doadoras, independentemente de serem em áudio ou em texto já transcrito. Logo, não houve nenhum tipo de influência externa nas respostas.

#### **4.5. Aspectos éticos**

O estudo foi realizado com mães, doadoras e ex-doadoras do BLH de Cajazeiras, que aceitaram participar da pesquisa. Foi esclarecido às entrevistadas que elas teriam o direito de se negar a participar da pesquisa ou de interromper sua participação a qualquer momento e que há um compromisso do pesquisador de manter sigilo das informações prestadas no ato da entrevista (BRASIL, 1996).

Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria com o parecer 167.573, de 10/12/2012 (Anexo 1). Antes de cada entrevista, foi apresentado a essas mães o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), contendo o título e o objetivo do estudo, segundo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que define pesquisas envolvendo seres humanos. As entrevistas só foram realizadas com as mães que assinaram o TCLE.

## 5. Resultados e Discussão

Os dados coletados foram organizados em diferentes fases. A primeira foi a leitura das transcrições das entrevistas, organização das mesmas e sistematização das ideias iniciais. A princípio, foi feita a caracterização sociodemográfica das doadoras. Em seguida, o material foi explorado através de codificações dos dados e agrupamento das falas das entrevistadas em categorias por afinidade.

Todas as 21 voluntárias convidadas a participar da pesquisa aceitaram ser entrevistadas. Delas, 07 (33,3%) eram doadoras ativas no momento da entrevista, 11 (52,4%) foram classificadas como ex-doadoras, já que doaram por pelo menos um mês e 03 (14,3%) foram consideradas doadoras desistentes, que são doadoras que foram cadastradas no sistema, feito uma ou duas doações, e logo em seguida foram retiradas do cadastro de doadoras (Figura 2). Uma das ex-doadoras relatou haver doado por muitos meses na época do nascimento do primeiro filho e, por isso, foi denominada ex-doadora, mas foi também considerada doadora desistente porque fez apenas uma doação, recentemente quando nasceu o segundo filho.

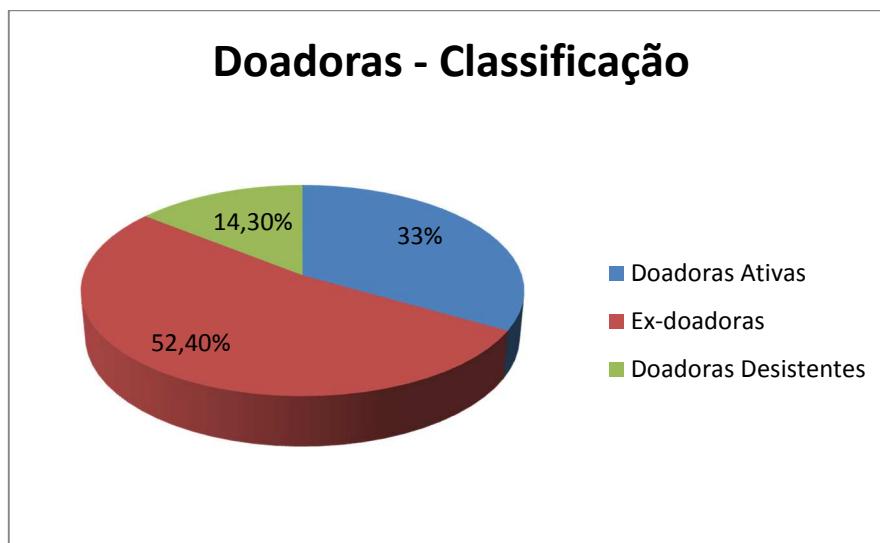


Figura 4 - Classificação das Doadoras

As 21 participantes da pesquisa tinham, no momento das entrevistas, entre 17 e 41 anos, onde duas delas ainda poderiam ser classificadas como adolescentes. Esse achado é bem similar ao da grande maioria dos estudos descritos na revisão bibliográfica. A unanimidade nesses artigos, tanto brasileiros quanto estrangeiros, é concluir que idade não influencia o ato de doar e que, em todos eles, há doadoras adolescentes e há doadoras com mais de 35 anos de idade, alguns com uma predominância discreta de mulheres acima de 25 anos (GALVÃO; VASCONCELOS; PAIVA, 2006; SANTOS *et al.*, 2009; GENOVEZ *et al.*, 2011; SIERRA COLOMINA, 2013).

Quanto ao estado civil, 03 (14,3%) eram casadas legalmente e todas as outras 18 (85,7%) relataram estar em união consensual (incluindo 04 que tiveram apenas casamento religioso). Esse número de mulheres casadas na Igreja e não no civil reflete uma questão cultural comum no Nordeste: as mulheres só são liberadas para ter vida sexual ativa depois de abençoadas, independentemente de ser um padre ou um pastor. O casamento civil no interior da Paraíba não é visto como algo importante. A taxa de nupcialidade legal no Nordeste é baixa, comparada com as regiões Sul e Sudeste e a Paraíba aparece como um dos Estados com menor taxa de nupcialidade legal, onde o número de pessoas em união consensual supera o de pessoas legalmente casadas (IBGE, 2010b).

Essa predominância de mulheres casadas ou em união consensual é um dado interessante encontrado em nosso estudo e compatível com os achados nos estudos brasileiros e estrangeiros. Na maioria dos estudos que dão perfis de doadoras, mães solteiras são inexistentes ou em número muito pequeno (ALENCAR, 2006; SILVA, 2009; SIERRA COLOMINA, 2013).

Dezoito delas (85,7%) relataram morar só com o companheiro e o filho ou filhos. Uma relatou morar com o companheiro, o filho e a mãe dela, que iria ficar morando com eles até o filho completar um ano de idade. Uma delas relatou que vivia com o companheiro, os filhos e a sogra, e a outra relatou viver com o companheiro, o bebê, a mãe dela, duas irmãs e uma prima. Esse resultado foi compatível com a quase totalidade dos estudos avaliados, que demonstra que uma esmagadora maioria das doadoras tem uma estrutura familiar tradicional, vivendo apenas com seu marido e seu filho ou filhos (DIAS *et al.*, 2006; OSBALDISTON; MINGLE, 2007; LOURENÇO; BARDINI; CUNHA, 2012).

Das entrevistadas, 13 moravam no centro e adjacências e 08 residiam em bairros periféricos. Ou seja, uma maioria de mulheres morando no centro (61,9%), em detrimento do número de doadoras residentes nos bairros periféricos (31,8%). Esse achado é compatível com os resultados dos estudos avaliados, onde as doadoras moram frequentemente próximas ao centro (DIAS *et al.*, 2006; GALVÃO; VASCONCELOS; PAIVA, 2006).

Nenhuma das doadoras relatou ser residente na zona rural, porém uma delas informou ter parado de doar quando se mudou da zona urbana para a rural. Isso pode ser atribuído às facilidades encontradas pelas moradoras da zona urbana, principalmente nas imediações do centro, que é o endereço do BLH e isso facilita para que funcionários do BLH possam se deslocar até sua casa duas vezes por semana para coletar o leite. Obviamente a equipe do BLH não teria condições de ir duas vezes por semana às residências de doadoras que moram em bairros muito distantes do centro ou na zona rural.

Essa discussão de local de moradia é interessante quando consideramos o panorama da condição socioeconômica. Obviamente as moradoras da periferia têm, em média, renda familiar abaixo da renda das moradoras do centro. Esse nosso achado de maioria no centro é compatível com a tendência nacional encontrada em diferentes estudos avaliados (ALENCAR, 2006; SILVA, 2009).

Um interessante estudo feito por 30 anos no Instituto Fernandes Figueira demonstra um dos motivos para esse aumento gradual da condição socioeconômica e de condições de moradia da doadora de leite ao longo dos anos. Como nos primeiros anos dos BLHs existiam estímulos financeiros e sociais para a doação, era comum, antes da década de 70, nós encontrarmos apenas doadoras das camadas mais baixas, interessadas nessas vantagens (ALMEIDA, 1999). Com a proibição de comercialização do leite humano, em 1986, esses estímulos deixaram de existir, e essa doação passa a ser realizada por altruísmo e consciência social, e isso terminou levando mulheres de classes mais privilegiadas aos BLHs (ALMEIDA, 1999; SANTOS *et al.*, 2009).

Quanto à situação de trabalho dessas mulheres, quase metade delas (47,6%) referiram ser pertencentes à população economicamente ativa, nas mais diversas ocupações, como cabeleireira, depiladora, marmiteira, policial militar, técnica em enfermagem, agente comunitário de saúde, caixa de loja e três vendedoras. Além da técnica em enfermagem e da agente comunitária, havia também na área de saúde: a caixa de loja, que fez o curso Técnico em Saúde Bucal, a depiladora, que fez o curso Técnico em Enfermagem e a policial militar, que disse ser enfermeira com pós-graduação em UTI. Além disso, uma das vendedoras estava cursando Serviço Social. Esses altos números de mulheres pertencentes à população economicamente ativa são compatíveis aos encontrados na maioria nos estudos



avaliados, embora nossos percentuais tenham sido inferiores (DIAS *et al.*, 2006; GALVÃO; VASCONCELOS; PAIVA, 2006; OSBALDISTON; MINGLE, 2007; ALENCAR; SEIDL, 2009; SILVA, 2009; SIERRA COLOMINA, 2013).

O mesmo número de mulheres, também 47,6%, informou serem donas de casa, com números similares aos dos dois únicos artigos que traziam relato de grande número de donas de casa (GENOVEZ *et al.*, 2011; NEVES; SÁ; MATTAR; GALISA, 2011). Sobrou uma doadora (4,7%), que relatou ser estudante (Figura 3). Na nossa pesquisa, as mulheres que trabalhavam fora eram exatamente as que apresentaram maior grau de escolaridade.



**Figura 5 - Perfil das Doadoras em Relação a Trabalho**

Das 11 que referiram não exercer atividade remunerada, apenas duas completaram Ensino Médio. As demais estavam entre a segunda série do Ensino Fundamental e o segundo ano do Ensino Médio. Das 10 que referiram ter profissão remunerada, 02 tinham nível superior (Enfermagem e Pedagogia), 07 tinham nível

médio completo e apenas uma (a marmiteira), só tinha feito até a terceira série do ensino fundamental.

O grau de escolaridade, assim como a condição socioeconômica, não parece ter relação com a manutenção da doação ou a duração, visto que temos desde doadoras com ensino fundamental incompleto até as com pós-graduação, morando no centro ou na periferia, todas doando leite por um intervalo de tempo bem parecido e até por motivos similares. Embora o grau de escolaridade influencie a duração da amamentação em alguns dos estudos avaliados, não parece ter importância na decisão de doar ou na duração da doação (ALENCAR, 2006; NEVES; SÁ; MATTAR; GALISA, 2011).

Quanto à paridade, a maior parte dos estudos avaliados, espalhados pelo Brasil e pelo mundo, encontrou uma maioria de doadoras primíparas (ALENCAR, 2006; ALENCAR; SEIDL, 2006; DIAS *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2009; SILVA, 2009; GENOVEZ *et al.*, 2011; LOURENÇO; BARDINI; CUNHA, 2012; SIERRA COLOMINA, 2013). Nossa pesquisa encontrou, ao contrário, uma maioria de múltiparas, compatível com um único estudo avaliado com esse resultado, que foi feito nos Estados Unidos (OSBALDISTON; MINGLE, 2007). Essa alta quantidade de múltiparas pode ser explicada pelo local do estudo, uma vez que a taxa de natalidade no Nordeste é a segunda maior no Brasil, perdendo apenas para a região Norte, e é superior à média nacional (IBGE, 2010b). Como a maioria dos estudos avaliados é oriunda das regiões Sul e Sudeste, obviamente esses estudos trazem resultados com mais primíparas que múltiparas. Uma temática interessante encontrada associada a essa multiparidade foi a temática da criança imaginária, onde foi detectada a ideia de que, ao doar, a mulher estaria amamentando outro

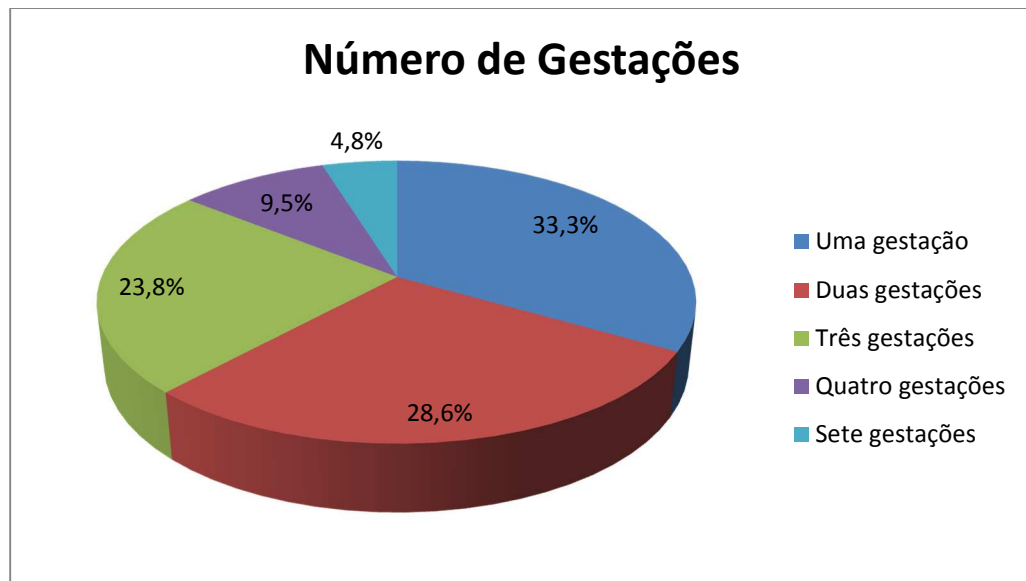
filho, além dos seus. Isso será abordado mais adiante, junto com a temática do altruísmo.

Das 21 mães, 07 (33,3%) eram primíparas e 06 (28,6%) tinham tido, à época da pesquisa, o segundo filho. Outras 05 (23,8) tinham terminado a terceira gestação, mas, dessas, apenas uma tinha realmente três filhos vivos (Figura 4). Três relataram ter sofrido um aborto cada uma e a outra relatou ter tido um bebê prematuro que nasceu vivo e morreu na UTI. Das três restantes, duas (9,5%) tiveram quatro filhos (de quatro gestações) e a outra (4,8%) teve apenas três filhos vivos de um total de sete gestações. Com isso vemos que perdas são tema recorrente na pesquisa, já que, das 21 entrevistadas, 04 (19%) sofreram um aborto cada uma, uma (4,8%) sofreu 04 abortos e uma (4,8%) teve um recém-nascido prematuro que foi a óbito com dias de vida.

As múltiparas relataram ter amamentado os seus filhos anteriores e duas referiram terem sido doadoras de leite na época da gestação anterior. Todas as doadoras ativas estavam, no momento da entrevista, com o seu filho em aleitamento materno exclusivo. As ex-doadoras, sem exceção, relataram o aleitamento materno exclusivo até pelo menos quatro meses de vida, e manutenção do aleitamento mesmo depois da introdução de outros alimentos. Essa associação entre a doação de leite e uma duração do aleitamento materno exclusivo acima da média nacional também é encontrada em alguns estudos avaliados (DIAS *et al.*, 2006; GENOVEZ *et al.*, 2011).

Uma das ex-doadoras relatou ter passado os primeiros 11 meses da vida do filho doando leite e, mesmo tendo a doação se encerrado, ela ainda amamentava seu filho de mais de 15 meses à época da entrevista, além de dar outros alimentos.

Das quatro doadoras desistentes, apenas duas relataram ter mantido o aleitamento materno exclusivo. As outras duas não pararam de amamentar, porém introduziram outros leites. Então, de toda a amostra da pesquisa, as 21 mulheres amamentaram, sendo 19 (90,4%) delas exclusivamente.



**Figura 6 - Número de Gestações das Doadoras**

Quanto ao início da amamentação, 11 (52,4%) relataram que o leite veio imediatamente após o parto e que não houve dificuldades. Sete (33,3%) relataram que o leite demorou horas ou dias pra descer e que foi um sofrimento pra si e pra criança. Duas (9,5%) demoraram a iniciar a amamentação porque o RN ficou uns dias na UCI e a última (4,8%) não amamentou logo porque ela mesma ficou três dias na UTI com DHEG grave.

Quanto à duração da doação, isso variou de uma só doação até 11 meses doando. O tempo de doação das três doadoras desistentes foi irrelevante, variando entre uma e duas doações. Das sete doadoras ativas, duas estavam doando há

mais de quatro meses, duas há mais de três meses e as três restantes há mais de um mês. Das onze ex-doadoras, a que doou por menos tempo relatou ter doado apenas 03 semanas. Duas relataram ter doado por 02 meses, uma por 03 meses, uma por 04 meses, duas por 05 meses, três por 06 meses e uma por 11 meses. Esse tempo de doação tão variado entre essas mães foi atribuído às diferentes temáticas, desde consciência social até suporte familiar, mas não foi encontrada relação direta precisa entre o tempo de doação e esses fatores (ALENCAR, 2006).

Quanto aos fatores associados à doação ou à não doação, assim como dados sobre pré-natal, evolução da gestação e da amamentação, da análise das transcrições emergiram seis núcleos temáticos: Altruísmo e solidariedade (a criança imaginária); Consciência social (o não-desperdício); Emponderamento do peito (autoestima e orgulho associados à amamentação e doação); Gravidez muito desejada (histórico de perdas); Suporte familiar e Apoio social (promoção à saúde), que serão abordados separadamente adiante (BECKER, 2001).

### **5.1. Altruísmo e Solidariedade – A criança imaginária**

A maioria dos estudos sobre o tema traz o altruísmo como motivação principal referida pelas mulheres para a doação de leite. Esses achados são comuns em estudos sobre doação de leite e outros fluidos humanos (AZEMA; CALLAHAN, 2003; ALENCAR, 2006; DIAS *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2009; NEVES; SÁ; MATTAR; GALISA, 2011; SIERRA COLOMINA, 2013).

A maioria das doadoras descreve a doação como uma atividade solidária. Uma atitude muito positiva da parte delas, um sentimento de doação voluntária, não remunerada, onde elas mesmas sentem prazer no ato de amamentar e se sentem

alegres por estarem proporcionando esse prazer a outras pessoas e ajudando mães que estão impossibilitadas de amamentar (ALENCAR, 2006; SILVA, 2009).

Esse achado é compatível com os encontrados em estudos em todo o mundo, onde o altruísmo é o motivo mais frequentemente relatado para explicar a doação (DIAS *et al.*, 2006; OSBALDISTON; MINGLE, 2007; SIERRA COLOMINA, 2013). O altruísmo abstrato, ajudar sem saber a quem está ajudando, é muito comum: *“tem muita criança que precisa, né?”* (D1); *“é uma coisa espontânea, não sei explicar... é a vontade de ajudar uma pessoa que precisa [...] eu sou doadora de sangue, eu gosto de partilhar”* (D4); *“não custava nada fazer um... algo pra outra pessoa também, né?”* (D6); *“doe, que vai fazer bem ao próximo, né?”* (D10).

A maioria delas imagina, no ato de doar, uma extensão da postura de mãe. Como se fosse mãe do seu próprio filho e mãe, também, de uma criança imaginária, que está necessitando de leite. Algumas falas demonstram isso de maneira mais explícita: *“pra amamentar outros bebês, né, que precisa, né, do leite materno”* (D3); *“eu tirava e dava pras duas, pra doação e pra criança”* (D6); *“eu acho que por amor mesmo, amor a fazer isso pra outras crianças que precisam. Eu acho que é por amor”* (D8); *“Quando eu to dando de mamar, eu to salvando esse, e doando, eu to salvando mais outra criança por aí afora”* (D15).

Essa sensação de ser mãe do próprio filho e mãe de mais algum bebê imaginário é tão nítida, que as doadoras que mais usaram essas expressões nesse estudo são precisamente aquelas que não são primíparas, que realmente são mães de mais de um bebê. É como se elas fossem mães de seus bebês e até de outros, com essa ideia da doação como atividade solidária: *“Eu gosto mesmo de doar, de*

*saber que meu leite está servindo pra outras crianças.” (D2); “porque eu sei que crianças precisam” (D14).*

Um ponto interessante é que em algumas falas não há menção à criança ser doente ou ter algum problema. São falas que sugerem que há uma criança saudável tomando aquele leite. Uma dessas doadoras é mãe de quatro filhos e se refere em terceira pessoa do singular a esse “quinto filho”, o que recebe a doação: *“eu acho que essa mãe tá muito feliz,[...] me vendo sustentar o filho dela. Deve ser uma mãe muito agradecida” (D15).* Outra multipara disse: *“doei com amor, carinho... carinho com a criança que for usar o leite, né?” (D20).*

Algumas vezes o altruísmo é encontrado como expressão de ajuda a outras mães. Isso configura uma empatia. A necessidade de fazer para os outros, o que gostaria que os outros lhe fizessem. Se elas têm muito leite, pensam nas mães que têm pouco e imaginam como seria se fosse com elas. É como se houvesse uma identificação maternal com a mãe do receptor. As falas deixam isso claro: *“só em saber que tá ajudando outro ser, porque a pessoa tá na maternidade e vê que tem mãe que não consegue, não consegue sair o leite e vê a criança chorando desesperada, dá dó” (D4); “aí pensei assim [...] eu vou doar porque se meu filho tivesse no lugar, eu queria que uma pessoa doasse também, então vou doar pra quem precisa, né?” (D5).*

Evidências dessa solidariedade e dessa empatia em relação às mães dos receptores podem ser encontradas múltiplas vezes nas falas de quase todas as entrevistadas: *“da mesma forma que o meu bebê necessita, outras crianças necessitam também. Se outras mães não têm, por que não eu, que tenho muito, doar pra quem não tem, né?” (D9); “pra ajudar os bebês que não têm leite, as mães*

*que não têm leite” (D10); “O motivo é saber que tem mãe que não consegue ter o leite [...] Deve ser terrível uma criança nascer e a mãe não conseguir dar de mamar pra ele. Deve ser muito angustiante.” (D12); “tem muita gente que tem um neném e às vezes tem alguma doença, né, e falta o leite. Eu fico imaginando se fosse eu que tivesse ganhado neném e não tivesse leite... eu penso muito nisso” (D13); “Imagino a felicidade da mãe quando chega o leite, pra dar pro bebê” (D16); (gostaria de falar para uma mãe sobre doação) “que ela doe, que pense no filho dela primeiro e depois no dos outros como se fosse o filho dela” (D21).*

Até a observação do dia-a-dia na maternidade, durante os primeiros dias de seu filho, pode ajudar a desencadear esse sentimento de empatia e solidariedade: *“Quando a gente está na maternidade mesmo, a gente vê que tem mãe que não tem condições de amamentar o filho, então você fica sentido com aquilo ali, sabe, você quer ajudar essas mães” (D19).*

## **5.2. Consciência social – o não-desperdício**

O ingurgitamento mamário é muito comum e seu tratamento mais recomendado é a ordenha de alívio. Essa ordenha de alívio seria a retirada do leite, por expressão manual, mesmo que seja apenas para desprezá-lo, se o recém-nascido não está com necessidade de mamar naquele momento. Esse ato alivia a dor e o intumescimento das mamas e deixa a mama mais flácida para facilitar a pega (NAKANO, 1996; REA, 2004; CARVALHO; TAVARES, 2010).

O desperdício de comida é bastante criticado de um modo geral. A noção de que leite está sendo desprezado e que poderia estar sendo fonte de alimento para crianças necessitadas, desperta naturalmente a ideia de não querer desperdiçar. O



desperdício por ordenha de alívio é relatado como um dos principais motivos para a doação em diversos estudos avaliados (NAKANO, 1996; ALENCAR; SEIDL, 2006; SILVA, 2009; NEVES; SÁ; MATTAR; GALISA, 2011).

Nesse estudo, essa razão para a doação foi muito relatada: *“tenho muito leite, por que não doar? [...] a mama fica tão cheia que, mesmo que eu não quisesse doar, tinha que tirar”* (D2); *“tinha hora que eu nem aguentava os peito de tão cheio, aí comecei a tirar quando enchia”* (D4); *“a gente tendo, tem que doar, não pode ser desperdiçado”* (D5); *“ao invés de extrair, [...] ficava vazando meu leite”* (D6).

Quase todas as doadoras em algum momento fazem referência a excesso de produção e desperdício: *“eu tinha leite à toa, como diz o ditado”* [...] *“tinha o leite derramando à toa, perdendo leite que a menina não dava conta, que tinha demais”* (D7); *“aí começa o peito a pingar leite e eu digo: eita, já tá extruindo!”* (D9); (eu doo) *“pra não extrair leite [...] porque eu tenho muito leite, tem vez que o peito vaza”* (D11); (eu doo porque) *“eu tenho bastante [...] to doando porque tá sobrando, pra crianças que precisam”* (D14); *“não ia fazer falta pra ele (o filho)”* (D16); *“foi porque eu tinha muito leite, enchia demais, vivia vazando, aí por isso que eu doeí”* (D18); *“mulher, eu não aguentava, era dando de mamar com um peito de um lado e o outro chiringando do outro e ficava pesado, pesado mesmo.”* (D21).

Aliada a essa ideia do não desperdício, foi detectada nessas mães uma consciência social que vai além do simples aproveitamento de excesso de leite. Algumas passam a ideia de que se sentem realizando uma obra social ao doar seu leite, e normalmente pensam em crianças necessitadas, em minorias desassistidas da população: (perguntada se pensa nas crianças que recebem o leite) *“eu penso direto nas crianças pobres, filhos de mulheres com drogas, com AIDS [...] sempre*

*convivo com pessoas assim, usuárias de drogas, crianças carentes. Onde eu moro fica perto de um bairro onde tem muitos usuários de drogas crianças, que já nasceram assim, no vício da droga” (D20); “eu doei porque [...] ia ajudar outras criancinhas que estavam sem leite da mãe” (D16); “mulher, na hora a gente pensa nas crianças necessitadas” (D7).*

Como todas as entrevistadas fizeram pré-natal e doze afirmaram ter tido orientações sobre amamentação ainda no posto de saúde, antes da maternidade, elas demonstram uma grande noção da importância do leite materno para uma criança. Esse achado é compatível com os dos estudos sobre o assunto (BECKER, 2001; ALENCAR, 2010; LOURENÇO; BARDINI; CUNHA, 2012). Isso aparentemente as leva a uma espécie de obrigação social de prover crianças com seu excedente de leite: *“porque tem mãe que não tem leite e os bebês precisam do leite materno, né? Então, se eu tenho, por que não dar? (D1); “[...] muita criança fica com fome porque não tem aquele leite” (D12); “eu penso assim, é muito difícil, né, a criança chorando com fome e você não ter leite. Eu penso muito nisso. E penso assim: quem será que tá tomando o leite de Daniel?” (D14).*

Além disso, a ideia de dívida social está embutida nos discursos de diversas maneiras. Desde dar um retorno à sociedade pela dádiva de ter leite, que é tão precioso, a uma grande retribuição por ter tido um filho que precisou de leite do banco de leite. Esses são sentimentos bem recorrentes nessa pesquisa. O retorno pela dádiva pode ser bem detectado nos discursos: *“Acho que é uma forma da gente passar adiante o que a gente recebeu [...] se a pessoa tem o suficiente e sobra, nada melhor que passar adiante, passar pra outro bebê que também necessita naquele momento [...] é como se você tivesse jogando fora o dom que Deus lhe deu, porque amamentar é precioso, você ter bastante leite melhor ainda, então por que*

*não passar adiante?” (D9); “Eu pensava assim: eu tinha, que isso aí dava pra muitos, e que eu tinha que salvar vidas.” (D21).*

A retribuição pelo leite que seu filho precisou tomar também aparece facilmente: *“por ter sentido na pele, meu bebê nasceu prematuro, o primeiro, e eu vi a necessidade desses bebês” (D2); “eu pensei: quando meu filho estava lá na UCI ele estava tomando leite daqui [...] quando meu filho estava lá, tinha quem desse leite pra ele” (D13); “acho que meu leite vai pra maternidade. Às vezes uma mãe pode não ter leite, às vezes tem algum problema, como o meu, que não pude dar o peito.” (D14); “aí a gente pensa nisso, em ajudar as pessoas que precisam, que não têm leite, como eu precisei e não tinha” (D17); “o que mais me motivou foi o caso da minha filha ter tido necessidade usar o leite daqui. Como ela precisou, outras crianças também podia, pode precisar e eu, como tenho muito, queria doar. Fazer minha parte. [...] se seu filho não precisa hoje, na próxima gravidez pode precisar” (D20).*

### **5.3. Emponderamento do peito**

Emponderamento é um termo largamente usado pelo educador Paulo Freire para definir “dar poder a”, “fortalecer-se”. Embora não seja muito usado no Brasil, é um termo muito comum na língua inglesa. *“Empowerment”* significa “dar poder”, “tornar possível” (VALOURA, 2005). Essa temática foi construída porque nessa pesquisa as doadoras se mostraram muito autoconfiantes por causa da sua condição de nutriz. É como se o peito as deixasse poderosas. Tanto a amamentação quanto a doação do leite lhes são claramente motivo de imenso orgulho.

Muitas relatam o prazer que têm na amamentação e a vêem como um dom: *“tenho tanto prazer em amamentar Lucas [...] é um momento de prazer, o melhor momento da maternidade. Um momento só meu e dele, e de mais ninguém.”* (D2); *“é aquela sensação de prazer, amamenta a criança, dar um pouco de si àquela criança”* (D7); *“muito bom, acho que a gente já engravida querendo amamentar, né?”* (D12); *“ah, cada vez que ele amamenta, dá vontade de amamentar mais. Eu acho tão bonito ele amamentando, acho lindo.”* (D13); *“é bom amamentar, né? É um amor que a gente tem[...] Eu sinto a mesma coisa. Toda vez que eu vou amamentar... eu acho que tem mãe que amamenta por amamentar, mas tem mãe que amamenta por amor. Eu acho que eu amamento por amor.”* (D14); *“ah, eu sinto um orgulho!”* (D15); *“Amamentar. Amamentar porque é tão importante. Ela fez cinco meses antes de ontem, eu nunca dei nem nem água a ela.”* (D20).

A sensação de ter um grande poder nas mãos porque é fonte de alimento pra crianças é muito nítida: *“você saber que um ser depende de você pra viver em tudo, até se alimenta de você, do que você pode dar a ele”* (D4); *“aquela sensação de ver um pequeno ser sendo amamentado, seu próprio leite dando a vida a uma criança”* (D6); *“é tão bom quando ele mama e você sente que tá enchendo a barriguinha dele.”* (D16); *“mulher, a sensação que você tá alimentando a sua vida”* (D17); *“vem de dentro de você e ela só precisa mamar quando eu sinto que ela tá com fome. É como se a gente fosse ligada, eu e ela. Eu gosto demais. É uma sensação totalmente diferente.”* (D20).

Há orgulho também quando a maioria delas fala que o leite veio logo, que não tiveram dificuldade alguma para amamentar: *“Veio logo. Desde a primeira hora quando ele nasceu, já mamou. Nunca precisou de complemento, nunca precisou de*

*nada, desceu logo.” (D2); “Desde a primeira hora que ela nasceu que ela já pegou.” (D6).*

Até a duração da amamentação de filhos anteriores, no caso das que não são primíparas e amamentaram antes, é ostentado como um enorme motivo de orgulho. Mesmo sem ter havido nenhuma pergunta específica sobre o tempo de amamentação no roteiro das entrevistas, a maioria delas faz questão de enfatizar o tempo quando é perguntada se amamentou previamente: *“sim, amamentei antes, dois anos e quatro meses” (D2); “o primeiro eu amamentei até dois anos e nove meses, foi satisfatório” (D7); “meu primeiro eu amamentei dois anos e seis meses” (D9); “sim, amamentei três anos e oito meses” (D10); “amamentei os quatro, um ano e seis meses, tudinho” (D11); “amamentei a primeira um ano e seis meses” (D18).*

Uma delas conta em detalhes as histórias bem sucedidas de amamentação: *“meu mais velho mamou três anos, eu grávida e ele mamando (risos), já o outro mamou até os dois anos, e [os primeiros] seis meses foi só leite materno, pros dois, é tanto que o segundo nasceu prematuro mas com um mês eu levei pra Sousa pra Dra. Núbia e ele tinha ganhado um quilo e oitocentos só mamando. Ela ficou admirada.” (D20).*

O excesso de produção também é ostentado como sendo uma fonte de poder, o poder de verter o líquido da vida: *“até na gravidez ainda, meu leite já descia [...] como a produção é boa, eu sempre quis doar” (D2); “ah, eu tenho muito leite, na gravidez já vazava, com quatro meses já vazava” (D3); “era leite jorrando para tudo quanto é lado” (D4).*

Esse excesso de produção dá uma segurança para a nutrição dos filhos dessas mulheres e ainda alimenta frequentemente a ideia de obrigação de

amamentar outros bebês. Isso demonstra como a cultura das amas de leite ainda está recente na memória de nosso povo (KOUTSOUKOS, 2009; CARULA, 2012). Isso é relatado também com muito orgulho: *“ainda dei de mamar pra um menininho ali, porque meu peito tava cheio demais e toda vida eu fui boa de leite. Aí essa mulher teve no mesmo dia que eu e não tinha leite pra dar pro bebê dela, porque ela foi cesárea e cesárea demora a descer, né? Aí eu terminei de dar de mamar pro meu, o meu dormiu, e aí eu dei de mamar pro dela, sem ninguém ver, porque o pessoal da maternidade não deixa, né?”* (D15).

Quando perguntadas se a amamentação do próprio filho teve alguma alteração depois que começou a doar, algumas mulheres responderam que não houve mudança, mas a maioria respondeu que melhorou. *“Melhorou, estimulou mais.”* (D2); *“Não, ele mamou sempre a mesma quantidade, sempre tinha bastante leite pra ele, não faltava, e eu não senti nenhuma diferença. Quanto mais eu dava, mais ele engordava.”* (D4); *“Melhorou. Quanto mais ele mama, mais eu tiro, aí é que tem.”* (D13); *“Eu achava assim, que eu tava tirando o leite e o leite tava aumentando mais ainda, cada vez que eu tirava.”* (D15); *“o que melhorou pra mim foi que eu fiquei super feliz por ter doado”* (D20).

O orgulho também é explícito ao falar do destino do leite: *“disseram que meu leite pode ir até pra Campina Grande e pra João Pessoa!”* (D6); *[...] um motorista do hospital falou que meu leite vai até pra João Pessoa”* (D7); *“até doei pro banco de leite de lá de João Pessoa quando ele nasceu, lá, prematuro.”* (D14).

Além desses contextos acima, o emponderamento do peito também pode ser notado na recorrente presença da ideia de salvar vidas, quando se fala de amamentação e doação de leite, como se existisse em seu seio o poder de dar a

vida: *“Acho que todas as que têm leite suficiente deveria fazer esse trabalho de doação porque é muito importante.”* (D8); *“a maior satisfação que a pessoa tem de ser mãe é doar leite e fazer os outros felizes”* (D7); *“O motivo que eu dou, é porque [...] eu to salvando uma vida, sabe?”* (D15); *“Eu pensava assim: [...] que eu tinha que salvar vidas. Era só pra salvar vidas.”* (D21).

O orgulho também está transparecido nas falas quando perguntadas se já pararam pra pensar nas crianças que recebem o leite ou na importância do que fazem: *“a gente pensa que num tem muita importância, mas eu fiquei assim pensando depois que fui pra palestra, na Câmara Municipal [referindo-se à sessão da câmara em homenagem às doadoras, na qual foi votada a lei que assegura diversos direitos às doadoras], que teve pras doadoras, aí todo mundo falou da importância”* (D6); *“Na verdade eu não tinha parado, mas ontem, lendo a mensagem, eu fiquei vendo o tamanho... mensagem do dia das mães, e eu achei muito importante, eu achei mais importante do que eu imaginava que era.”* (D8).

Por fim, algumas ainda demonstram intenção de doar sempre que puder, agora que descobriram a importância. *“Foi uma experiência muito boa. Quando eu tiver outro, não sei quando poderei, vou doar de novo”* (D6); *“A experiência de doar leite... que pena eu não descobri isso há doze anos atrás.”* (D7); *“Enquanto eu tiver leite, eu to doando.”* (D13); *“Enquanto tiver leite e ele estiver mamando, eu doo”* (D16); *“já fiz laqueadura, mas se fosse ter outro, eu doaria de novo”* (D20).

#### 5.4. Gravidez desejada – histórico de perdas

Como a grande maioria dos artigos estudados nesse trabalho foi de caráter quantitativo, não foram encontradas referências a questionamentos sobre se as gestações das doadoras foram ou não desejadas e/ou planejadas. Embora essa variável não tenha sido encontrada nem nos artigos de estudos qualitativos, essa pesquisa preocupou-se em avaliar o grau de satisfação das mães entrevistadas com a gravidez.

Entre as 21 entrevistadas, 14 (66,7%) relataram que a gravidez foi tanto desejada quanto planejada, 04 (19%) relataram que não foi planejada, mas que ficaram muito satisfeitas quando souberam e apenas 03 (14,3%) relataram que não gostaram de saber que estavam grávidas. Dessas três, duas eram solteiras e moravam na casa dos pais à época do diagnóstico e atribuíram a isso o fato de não terem gostado da notícia. Mas ambas relataram que posteriormente, quando a família ficou sabendo e aceitou, passaram a gostar da ideia. Dessas duas, uma é doadora ativa e a outra doou por 06 meses. Apenas uma única entrevistada relatou realmente ter tido uma gravidez 100% indesejada.

O tom de felicidade com a ideia da gravidez é bem óbvio na fala das doadoras: *“Foi a melhor coisa que me aconteceu. Foi ela”* (D1); *“(sensação) boa, é que eu era louca pra ficar grávida”* (D5); *“Foi uma emoção... eu já tava três anos e dez meses tentando engravidar”* (D9); (quando descobriu que estava grávida) *“fiquei muito feliz, emocionada”* (D10); *“foi uma sensação muito boa, porque há 04 anos eu não tomava nenhum anticoncepcional. Já estava pensando em começar algum tratamento e aí engravidei”* (D12); *“senti uma emoção muito forte, foi muito bom.”*



(D15); *“uma emoção muito grande [...] a pessoa não tem como descrever a emoção que a pessoa sente quando tá grávida”* (D17).

Foram feitas também indagações quanto à gravidez, sobretudo sobre pré-natal e morbidades. Treze (61,9%) delas relataram ter tido gravidez tranquila, sem sintomas ou com sintomas usuais, como náuseas e cólicas. Duas (9,5%) relataram Diabetes Gestacional, três (14,3%) relataram doença hipertensiva específica da gravidez (uma delas, bem grave), duas (9,5%) relataram ter tido sangramento e risco de abortamento e uma (4,8%) relatou ter tido uma gravidez saudável, embora tivesse realizado o pré-natal de alto risco por causa da idade (40 anos).

É interessante ver que doenças, internações em UTI e risco de abortamentos não afastaram a ideia de doar. Pelo contrário, parecem ter deixado essas mulheres com mais apego às suas próprias crianças e uma gratidão por seu filho ter nascido vivo: *“pra mim é assim, é mais fácil abortar do que ter um menino vivo. Então a pessoa fica com medo, né?”* (D20).

Juntamente a essas histórias de morbidades na gravidez, apareceu o tema recorrente da perda. Foi interesse constatar que, das 21 mães entrevistadas, 05 já sofreram abortos (uma delas, múltiplas vezes) e uma teve um óbito de um bebê recém-nascido prematuro. Esse assunto da perda foi muito lembrado por elas no discurso e apareceu sempre associado ao ato de doar. Uma mãe relatou já ter sido doadora na gravidez anterior, que foi a segunda, já que o primeiro filho nasceu prematuro e morreu com poucos dias. Ela relata *“senti na pele”* como motivo para doar. *“Penso muito nos prematuros, por causa do meu primeiro bebê, que não sobreviveu [...] eu doo porque senti na pele, com meu próprio filho”* (D2).

As perdas aparentaram ser cruciais na decisão de doar, e pareceram ser assunto doloroso. Uma das doadoras, quando indagada se já tinha estado grávida antes, mencionou imediatamente um aborto e só, depois de enfatizada a pergunta se tinha mais algum filho, é que ela se lembrou da menina de seis anos que estava ali parada do nosso lado. E esse aborto pareceu ser ainda assunto tão dolorido que ela não tinha muita noção do tempo: *“tive um aborto no mês passado... ano passado.”* (D3).

Algumas histórias de perdas foram bastante extensas e tristes, e, ao longo da narrativa, observou-se que a gravidez foi se tornando não só desejada, como atrelada a uma enorme ansiedade, por medo de perder. *“sempre tive aquela ansiedade de engravidar [...] eu casei e [...] passei três anos engravidando e perdendo. Engravidei e perdi a primeira gravidez. Com um ano eu engravidei de novo e perdi, e aí com mais ano pra frente tornei a perder, pra poder vir o primeiro menino. Foi um sacrifício pra ter esse quarto [filho], eu fiz tratamento pra ter ele, esse de nove anos. Aí quando ele tinha três anos, eu de repente fiquei grávida do segundo menino, a quinta barriga, esse de seis anos. Aí com sete meses veio uma hemorragia interna, que precisava ser tirado prematuro, por conta de um problema que eu tenho, por isso ele precisa tanto de fisioterapia, sabe? Aí passou todo esse intervalo de seis anos aí eu engravidei de outro e com quatro meses eu perdi. Quando completou três meses depois do aborto eu engravidei dela. Foi minha sétima barriga.”* (D20).

Notou-se nessa mãe uma dor por cada perda, onde cada aborto conta como um filho. Embora o primeiro filho vivo fosse o de nove anos, ela se referiu a ele como “o quarto”, já que teve três abortos antes dele. Além de ter tido 04 abortos, essa mãe teve um filho prematuro que ela relatou ter ficado com sequelas neurológicas.

Mesmo com idade avançada (41 anos), 04 abortos e um filho doente, ela não demonstrou em momento algum o desejo de parar de ter filhos. E pareceu encarar essa última filha como um presente.

Essa relação entre a gravidez desejada e a doação se tornou bastante óbvia quando analisada a situação da doadora que doou por meses na primeira gravidez e apenas uma vez nessa atual: *“A primeira foi planejada. Essa daqui, não. (risos) [...] minha filha mais velha mamou até um ano [...] com essa agora foi ótimo até os oito dias, ela mamava e dormia a noite todinha. Não chorava com fome. Agora é fome 24 horas, então não to aguentando mais. Já to dando outro leite. [...] só doei uma vez, porque meu leite foi ficando pouco.”* (D21).

Esse discurso torna bem claro que a gravidez desejada, a primeira, não só rendeu aleitamento prolongado, como doação de leite. Já a gravidez não desejada vem acompanhada de uma falta de paciência que só permitiu o aleitamento exclusivo por pouco mais de uma semana e uma única doação de leite.

### **5.5. Suporte familiar**

As condições socioeconômicas e de moradia não parecem influenciar muito, mas a estrutura familiar parece exercer papel fundamental na doação. É no suporte familiar que as doadoras reconhecem o maior incentivo e facilidade para manter o aleitamento e, conseqüentemente, para manter a doação. As pessoas que fazem parte de seu microcosmo doméstico são as mais importantes nesse contexto, já que são as que acompanham ordenhas, armazenamento dos frascos e posterior transporte até o BLH (SUSIN *et al.*, 2005; ALENCAR, 2006; ALENCAR; SEIDL, 2009; SILVA, 2009).

Todas as entrevistadas residem com o marido ou companheiro. E algumas o mencionaram em seu discurso, relatando, inconscientemente, a influência dele, embora a grande maioria deixe claro que o companheiro e os homens da família não dão opinião. *“Assim, meu esposo perguntou se faltava pra ela, num sabe? Eu disse: falta não.”* (D3); *“Quem comentou foi meu esposo. Ele comentou de modo positivo. Ele disse que achava que doar é tudo, até quando eu falei que não tinha mais condições de doar, ele disse: ‘não faça isso não, já pensou o monte de criancinha precisando e você tem leite e tal?’”* (D19).

De um modo geral, são as mulheres da família que podem exercer bastante influência, inclusive na iniciação ao aleitamento e na sua duração. As mulheres mais velhas servem de exemplo pras mais novas, e em famílias que as mães, tias e sogras não amamentaram, há uma grande dificuldade em se manter a criança em aleitamento materno exclusivo. Um estudo feito em 2005, em Porto Alegre, com 601 mães e recém-nascidos, e concluiu que mais da metade das avós, tanto maternas, quanto paternas, estimulam o uso de chás e água e 13% oferecem outros leites (SUSIN, 2005).

Quando perguntadas pelas mulheres da família (mãe, sogra, irmãs), se amamentaram e se incentivaram a amamentação, 13 (61,9%) relataram que as mulheres da família amamentaram e estimularam que elas amamentassem, três (14,3%) relataram que as mulheres amamentaram, mas que não estimularam ou até chegaram a atrapalhar a amamentação e cinco (23,8%) relataram que as mulheres da família nunca amamentaram nem estimularam isso nelas. Dessas últimas cinco, três delas relatam que a família atrapalhou ou quase impossibilitou a amamentação.

Quase as mesmas treze que relataram apoio das mulheres na família na amamentação relataram apoio à doação de leite. Dessas 13, uma que relatou que a mãe nunca amamentou, mas que incentivou a doação de leite, e outra relatou que a mãe incentivou a amamentação, mas foi contra a doação. As outras 11 tiveram apoio familiar semelhante na amamentação e doação do leite.

Das oito mulheres que relataram que a família foi contra a doação de leite, sete afirmaram que a família também não estimulou a amamentação. Dessas, duas não estavam mais em aleitamento materno exclusivo à época da entrevista e outras três relataram ter doado apenas uma ou duas vezes.

O estudo de Porto Alegre também mostrou que a influência da avó materna em parar o aleitamento exclusivo é mais de duas vezes maior que o da avó paterna (SUSIN, 2005). As mulheres têm em suas mães o exemplo primário para a amamentação e o histórico de amamentação dessas avós foi muito citado nas entrevistas: *“Amamentaram. Minha mãe mesmo amamentou todos até um ano, dois anos... não era mais porque ela tinha um filho a cada dois anos, aí não dava tempo [...] meu exemplo é bom porque minha mãe sempre amamentou e graças a Deus os meus irmãos todos foram saudáveis, nunca viveram em hospital nem nada.”* (D6); *“Amamentaram. Pelo menos minha mãe... nós somos três lá em casa, ela amamentou todas três”* (D4); *“Não, todas amamentaram, as minhas irmãs, mãe, todos amamentaram.”* (D7); *“Todas. Sempre foi amamentado os filhos, todos eles. [...] Minha mãe e minhas duas irmãs, todas foram assim.”* (D8).

Da mesma forma que a avó materna, algumas entrevistadas mencionaram outras mulheres da família como forma de exemplo de influência positiva. *“Minha mãe amamentou dois, minha sogra amamentou sete.”* (D9); *“Minha vó que dizia, né,*

*dizia que era bom amamentar só leite do peito, que é sadio.” (D11); “Minha irmã e minha cunhada amamentaram. Minha mãe amamentava três ou quatro meses e depois voltava a trabalhar.” (D12); “Minha mãe fala que amamentou. Eu compartilho muito as ideias com minhas irmãs. Elas foram mãe agora em janeiro e eu fui em março, aí nós fica sempre trocando as ideias como foi na hora do parto.” (D13).*

Muitas vezes pode haver divergências entre as maneiras de pensar das mulheres da família. *“Todo mundo da minha família estimula muito o aleitamento, todo mundo teve prazer em amamentar. Já na família do meu esposo, é o contrário. As pessoas têm muito aquela coisa de não amamentar, pra não perder tempo, pra ir pro trabalho, porque mamadeira é mais fácil. Minha sogra não teve tempo de amamentar porque naquele tempo não tinha licença maternidade. Teve que voltar logo pro trabalho.” (D2); “No começo me apoiavam muito, mas aí quando eu comecei... eu fiquei bastante doente, gripava direto, aí começavam a criticar, principalmente minha mãe – sabe mãe como é – você tá doente porque você tá muito fraca, tá doando leite demais” (D9).*

A influência dessas mulheres, obviamente, pode ser positiva ou negativa. Algumas influências negativas foram bem ressaltadas por elas e elas mesmas têm seus argumentos para manter o aleitamento e a doação, mesmo contra a vontade da família. *“Todo mundo perguntou se não faltava pra ela. E aí eu disse que quanto mais se puxa, mais vem. [...] Elas fazia era criticar, dizer que eu ia matar a menina, que só o leite do peito não sustenta.” (D1); “Ah, eu sinto orgulho. É porque tem gente que fica atrapalhando, sabe? Tu acredita que eu já até pensei em dar mamadeira de tanta conversa? Ficam dizendo que meu peito não tá sustentando. Eu digo: é, se meu peito não tá sustentando, por que ele tá tão gordin?” (D15); “A minha família*

*diz: ah, não tem nem pra dar a ele, você vai dar pros outros. Aí eu digo: não, mas tem, tem sobrando.” (D16).*

Uma das mães relatou a influência negativa da família e de amigas, mas ela mesma deixou claro que não iria se deixar influenciar: *“Minhas amigas, a maioria não amamenta, né? E elas dizia muito a mim: “homi, esse negócio de tá dando de mamar a menino, perder tempo”. E eu respondia: eu já fico em casa, sem trabalhar, pra isso. [...] Assim, como eu disse, minha mãe nunca doou, nunca amamentou. Amamentava por poucos dias, já cortava a mama, né? Achava que era uma besteira. Tava em mim, né? Dependia de mim, né? O que eu ia fazer ou deixava de fazer. Tinha nada a ver com o que me disseram.” (D20).* Logo adiante, ela demonstrou que realmente estava decidida a não deixar a família interferir: *“Até muita gente diz: ‘deixa com tua mãe’. Deixo não. Porque mainha quer ‘empurrar’ comida na menina, porque ela criou a gente tudo assim, mas não mamava, chegava da maternidade já no mingau. Eu não deixo a menina com a minha mãe pra bichinha não tomar mingau.” (D20).*

Infelizmente esse pensamento de não deixar a mãe interferir não é generalizado e nesse estudo detectou-se que das quatro doadoras desistentes, uma informou morar com a mãe e a outra, com a sogra. Ambas relatam influência negativa delas. No discurso da que referiu morar com a mãe, notou-se a nítida influência que a família teve sobre o aleitamento e a doação. Ela relatou uma experiência negativa com a família, onde passavam para ela a ideia de que o leite dela era insuficiente: *“Não, não elas falam sempre que doía muito e feria o peito e não sei o que (risos). E sempre falavam que era pra dar outro leite pra ajudar, pra matar a fome dele.” (D17).* Logo mais adiante, ela informou o motivo para a

desistência da doação, que é precisamente essa insuficiência: *“parei de doar porque o peito não enchia, o leite era pouco pra ele, não dava vencimento, sabe?”* (D17).

A doadora que informou morar com a sogra relatou: *“minha sogra não queria. Dizia que ia faltar leite pra menina, que eu tava tirando da boca da minha filha pra dar aos outros.”* (D21). Essa mãe doou apenas uma vez.

Uma curiosa constatação é que apenas três mulheres afirmaram morar com alguém mais, fora o companheiro e os filhos. Dessas, duas são desistentes (e por motivos bem nítidos). A única mulher que mora numa casa com a mãe, além do marido e do filho (e duas irmãs e uma prima) é ainda doadora ativa e é exatamente a que relata que a mãe é um exemplo pra ela e que as irmãs amamentaram (D6).

## **5.6. Apoio social – promoção à saúde**

O apoio à nutriz é hoje considerado uma vertente fundamental da promoção da amamentação. O apoio pode influenciar positivamente, tanto por mecanismos fisiológicos quanto psicológicos e comportamentais (BECKER, 2001). Morrow *et. al*, em 1999, demonstraram uma relação dose-resposta, onde o número de crianças que estavam em aleitamento materno exclusivo foi diretamente proporcional ao número de visitas domiciliares e atendimentos no centro de lactação. Nesse estudo, o aleitamento exclusivo aos 06 meses só foi encontrado entre os bebês que receberam cinco ou mais atendimentos.

A partir daí, podemos entender que o apoio social é essencial na iniciação e manutenção da lactação (REA, 2003). O mesmo é observado na doação de leite. Em diversos estudos, a promoção da saúde foi essencial para a captação de



doadoras (ALENCAR, 2006; SILVA, 2009; ALENCAR; SEIDL, 2010). Essa captação se inicia normalmente na atenção básica, onde deve haver orientação sobre amamentação durante todo o pré-natal (BECKER, 2001).

Nessa pesquisa, todas as entrevistadas relataram ter feito pré-natal completo (06 ou mais consultas). O pré-natal das entrevistadas havia sido realizado na rede pública por 100% das mulheres, mas duas delas relataram ter feito paralelamente na rede privada. Doze (57,1%) relataram ter tido apoio e orientação dos profissionais do posto de saúde sobre amamentação. Alguns relatos: *“Fui muito bem assistida, tive pré-natal completo. Foi feito tudo direitinho.”* (D2); *“Foi muito legal, acompanharam bem, todos os mês direitinho”* (D3); *“A gente sempre abordou isso, ela [a enfermeira] me explicou tudo como é que funcionava, coisas que eu poderia sentir, como eu deveria amamentar, tanto que meus peito nem feriram, graças a Deus!”* (D4); *“No posto o pessoal sempre falava sobre amamentação, até também preparar o bico do peito, essas coisas sempre pra... já pra amamentação. E que também é bom... seria bom não só pra ela como pra mim também, né?”* (D6).

Nas falas das 12 doadoras que relataram ter tido orientação no pré-natal, consegue-se discernir uma sensação de segurança: *“A enfermeira da Unidade veio até a minha casa, conversou comigo e isso foi muito importante. Até porque amamentar é muito difícil, não é fácil como pensam. Tem sempre dúvidas, muitas dificuldades. Cólicas do bebê, nossa alimentação, a gente não sabe o que comer.”* (D12); *“Muito. Eu agradeço muito a eles por ter me ajudado em tudo. Tiraram minhas dúvida, me explicaram tudo. Falavam que era pra amamentar até seis meses, cuidar dos seios...”* (D14); *“Sim, a enfermeira do postinho deixava a gente atualizada [...] pra cuidar dos seios, pra não criar ferida depois. Sempre... ela sempre atualizava como massagear, como sempre dando algumas explicações a gente [...] me ajudou*

*bastante.” (D17); “Ah, meu pré-natal fiz no postinho lá da Dr. Coelho, acompanhada por Kenia, uma pessoa muito boa, gostei de fazer o pré-natal com ela, ficou sempre em cima, me vigiando pra eu não perder a barriga, sempre me orientando, e eu num tenho do que reclamar.” (D20).*

Uma questão relevante encontrada nas falas das doadoras foi a recorrência das mesmas unidades de saúde e das mesmas enfermeiras. Três unidades de saúde da zona urbana de Cajazeiras foram citados por diversas mães, embora o roteiro semiestruturado não perguntasse em que unidade de saúde foi feito o pré-natal e as residências dessas mulheres fossem bastante distribuídas pela cidade.

Algumas enfermeiras foram citadas mais de uma vez, pelo nome, por mais de uma doadora. Considerando que o município tem 17 unidades de saúde, torna-se interessante observar que algumas unidades e algumas enfermeiras são mais frequentes. Três unidades de saúde, a do bairro Sol Nascente, a da Av. Dr. Coelho e a da Asa Sul, todos em bairros próximos ao centro, foram bastante citadas pelas doadoras. Uma delas, inclusive, relatou que sua própria unidade de saúde era outra, mas que optou por fazer o pré-natal na unidade onde residia sua cunhada, a da Asa, justificando que ela achava que era uma unidade de saúde melhor. Essas narrativas demonstraram uma grande heterogeneidade nos atendimentos de pré-natal no município.

As 09 doadoras restantes (42,9%) relatam que, embora tivessem feito pré-natal completo, não houve nenhum tipo de orientação sobre aleitamento materno ou doação de leite durante o pré-natal, o que confirmou a heterogeneidade já observada na realização do pré-natal na atenção básica do município. Se todas realizaram pré-natal no mesmo município, por que apenas algumas mulheres, pouco

mais da metade, em apenas algumas unidades básicas de saúde, foram orientadas sobre amamentação?

Ter tido orientação sobre amamentação na maternidade foi algo relatado por onze (52,4%) delas, independentemente de terem tido previamente na unidade básica de saúde. *“Já na maternidade elas me prepararam pra tudo, como ia ser, as dificuldades, até falaram sobre a questão de doação.”* (D2); *“No dia mesmo que eu ganhei neném, a pediatra já falou tudo bem direitinho, no outro dia também, já comentaram também sobre amamentação.”* (D9); *“como pegar o neném né, não sabia o jeito de pegar, aí lá na maternidade mesmo elas ensinaram, o jeitinho de apoiar no peito pra ele mamar melhor.”* (D13); *“Sim, no hospital a menina, porque a gente tem sempre o problema que não tem leite logo, né? Aí elas vão explicar porque tem que ter o estímulo é... do bebê, o bebê sugando pra poder criar o leite, aí, elas explicam isso no hospital... na maternidade.”* (D17).

Vinte relataram ter sido orientadas sobre amamentação no Banco de Leite Humano, independentemente de terem recebido orientação em outros locais. Dessas, cinco afirmaram terem recebido essas orientações apenas no BLH. Apenas uma entrevistada relatou nunca ter tido orientação alguma sobre amamentação.

Quando perguntadas como ficaram sabendo da existência do Banco de Leite Humano e da possibilidade de doar, três (14,3%) delas relataram que conheceram durante o pré-natal de alto risco, que é realizado duas vezes por semana por duas diferentes obstetras, numa parceria entre Prefeitura e Estado: *“Sim, muitas vezes. Sempre que vinha alguém do Banco de Leite aqui, no pré-natal, sempre falava.”* (D8).

Quatro (19%) delas afirmaram que o pessoal do BLH foi à maternidade conversar com as puérperas e solicitar doações: *“porque elas foi lá na maternidade perguntar se eu queria doar”* (D5); *“na maternidade, quando eu fui ter “quando falaram na maternidade, quando eu fui ter a menina e disseram, eu logo aceitei e disse que doaria”* (D8); *“foi, as meninas do banco de leite passaram lá na maternidade”* (D10); *“eu fiquei sabendo porque as meninas veio aí na maternidade, aí perguntou se eu podia doar. Eu disse: mulher, se eu tiver, eu doo”* (D15).

Outras quatro doadoras (19%) referiram ter conhecido quando foi fazer a puericultura. No período da coleta, a puericultura era realizada todos os dias com a enfermeira e a nutricionista e em dois dias na semana aconteciam as consultas médicas, já referenciadas pela própria enfermeira quando encontrava alguma queixa clínica ou diagnóstico que demande acompanhamento prolongado. Logo na primeira consulta era feita uma conversa sobre doação de leite e isso foi relatado pela gestão como sendo uma importante atividade de captação de doadoras: *“Quando eu vim fazer a consulta dela. [...] A menina me perguntou se eu podia doar.”* (D3).

As crianças eram acompanhadas mensalmente, principalmente nos primeiros meses de vida e essa alta frequência estabelecia um vínculo entre os profissionais e as mães. Esse vínculo podia ser detectado nos discursos: *“Muito bom. Gostei das meninas, de todos na verdade. Até a pediatra, a nutricionista, ela foi acompanhada até os... acho que até nove meses.”* (D6); *“Eu acho muito bom, elas atendem muito bem, são muito legal. Até agora não tem o que dizer de ruim delas. Sou bem recebida, elas pesa o menino, o médico passa remédio quando ele fica doente. É muito bom aqui.”* (D15).

Seis (28,6%) doadoras relataram ter tomado conhecimento da opção de doar leite ao fazer a coleta do teste do pezinho: *“Quando eu vim fazer o teste do pezinho, aí a menina perguntou se eu gostaria de doar.”* (D1); *“As menina do Banco de Leite, que eu comecei na primeira semana já, fazia poucos dias, eu fui fazer o teste do pezinho, aí já comecei a doar, aí elas mesmo que já falaram algumas coisas. [...] Foi justamente no dia que eu fui fazer o teste do pezinho, que as meninas me perguntaram se eu queria doar”* (D6); *“No dia que eu fui fazer o teste do pezinho as meninas já me abordaram logo.”* (D9).

Com isso, constatou-se que 80,9% das entrevistadas conheceram o BLH por alguma atividade de promoção à saúde, desde o pré-natal de alto risco e palestras sobre amamentação e doação para puérperas na maternidade até o teste do pezinho e a puericultura. Das 19,1% que não conheceram o BLH através de atividade de promoção à saúde, duas (9,5%) referiram ter conhecido antes porque visitaram o BLH durante seu curso técnico em enfermagem, uma (4,8%) relatou ter conhecido porque era técnica de enfermagem funcionária da maternidade e a última (4,8%) relatou que a filha necessitou de leite do BLH, visto que ela ficou três dias na UTI, e que por isso ela ficou sabendo da existência do Banco de Leite. Todas elas já conheciam o BLH quando foram realizar as atividades de promoção à amamentação e doação de leite.

As atividades realizadas pelos alunos dos projetos de Extensão das faculdades, juntamente com os funcionários do BLH também foram relatadas como sendo formadoras de vínculos. As doadoras mencionaram as palestras, os cursos, as homenagens em datas comemorativas (Dia da Mulher, Semana do Aleitamento Materno, etc) e outras atividades realizadas no BLH. Como demonstrado anteriormente, no núcleo temático do emponderamento do peito, a doadora 06

relatou a importância que começou a dar ao ato de doar justamente após uma homenagem prestada às doadoras de leite na Câmara Municipal, e a doadora 08 referiu ter ficado muito feliz e ter entendido a relevância do seu ato ao receber uma mensagem do dia das mães, entregue pelo pessoal do BLH em sua casa.

As 21 entrevistadas elogiaram o trabalho do BLH, sempre ressaltando o apoio das atividades de promoção à saúde: *“Aqui é muito bom! As meninas são ótimas. Atende a gente muito bem.”* (D1); *“Eu gosto bastante, acho uma ótima iniciativa, deveria ter em cada cidade. Serve não só pra doação, mas pra orientação também das mães sobre amamentação.”* (D2); *“Acho ótimo, atende a pessoa super bem.”* (D3); *“Bom, aqui sempre que eu cheguei eu fui bem atendida, bem recebida por todo mundo. Eu acho eficiente.”* (D4).

A parceria do BLH de Cajazeiras com o Corpo de Bombeiros mostrou-se muito valorizada pelas mães, que demonstram já terem desenvolvido apego aos profissionais bombeiros que vão fazer a coleta do leite em suas residências. E o afeto e a sensação de segurança que elas têm em relação a eles é demonstrada em seu discurso: *“o rapaz do corpo de bombeiros disse que eu tinha várias crianças, aí eu disse que não, que só tenho dois. E ele disse: não, você tem muitos filhos espalhados por aí, que tomam seu leite”* (D7); *“ah, sempre as enfermeiras vem com os bombeiros pegar meu leite.”* (D10); *“eu já to acostumada com os bombeiros chegando aqui duas vezes na semana”* (D15).

As atividades de promoção realizadas pelos profissionais do BLH são bastante frequentes. A maioria das doadoras falou dos profissionais do BLH como sendo pessoas bem íntimas, amigas, traduzindo a segurança sentida pelo apoio recebido por todos eles. *“Nós temos muita atenção do pessoal do banco de leite, as*

*enfermeiras que fazem o acompanhamento dos bebês são muito boas, as que vão na casa da gente pegar o leite também são ótimas.” (D12); “Ah, elas fazem um belo trabalho. Foram lá em casa, super amáveis... Pense numas meninas legais!” (D16).*

Houve depoimentos interessantes de mães que foram enfáticas em dizer que doariam novamente e que recomendariam firmemente a doação a outras mães o ato de doar. Uma doadora, além disso, ressaltou o vínculo que formou com a instituição: *“Foi uma experiência muito boa. Quando eu tiver outro, não sei quando, poderei doar de novo, gostei... tanto do pessoal que vinha, o acolhimento lá no Banco de Leite e tudo. No que dia que eu tiver outro, não sei quando [...] eu vou doar de novo.” (D6); “sempre quando eu abordo alguma gestante: tem leite demais? Vá pro Banco de Leite, doa pra outras pessoas... quem eu puder abordar, [...] porque se torna família... as meninas do Banco de leite, eu mal conhecia, hoje quando a gente se vê na rua já é aquela alegria, quando a gente vai à consulta dele, porque ele tá ainda fazendo as consulta lá no Banco de Leite, e aí é muito gostoso, muito prazeroso. Como eu já disse, é uma nova família que a gente adquire, não tem como. [...] Você chega lá, da recepcionista a quem tá ajudando alguma coisa, sempre você é bem atendida. Como ele nasceu com problema, aí a gente tá fazendo ainda o acompanhamento com o pediatra, aí quando chega já sabe quem é Paulo Vitor, já vai direto pra ficha, é uma beleza, cria aquele vínculo de amizade.” (D9)*

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse trabalho foi identificar as percepções das mães acerca da doação de leite humano. Foi pioneiro na região, uma vez que a maioria dos estudos encontrados era oriunda do sul e do sudeste e os únicos estudos encontrados no nordeste foram realizados em grandes capitais (Recife e Fortaleza). Esse é a primeira pesquisa que visou demonstrar a doação de leite da perspectiva de doadoras em uma cidade de interior em um estado nordestino.

A metodologia mostrou-se satisfatória, já que se tratou de um estudo descritivo e exploratório que promoveu uma aproximação entre o tema da doação e as mães doadoras de leite. O caráter qualitativo dotou o trabalho de um caráter único, no qual alguns resultados foram compatíveis com os encontrados em outros estudos no Brasil e no mundo, porém algumas questões nunca antes haviam sido avaliadas, como é o caso da associação entre a doação de leite e a gravidez desejada e as perdas.

O maior motivo da escolha do método qualitativo foi a necessidade de se encontrar o “como”, visto que a maioria dos estudos encontra como resultados “os porquês” da doação de leite, assim como caracterizam muito bem os “quem”. A abordagem qualitativa possibilitou uma explicação mais vasta, não só de quem era a doadora e seus motivos para doar leite, mas de que maneira, o que ela sente ao fazer isso, que fatores na vida dela seriam importantes para incentivar ou desestimular o ato, assim como caracteriza ricamente as ideias dela sobre aleitamento materno e doação.

O perfil sociodemográfico também foi compatível com o de outros estudos, porém com algumas diferenças regionais interessantes, como um número bem maior de mulheres em união consensual do que casadas e uma quantidade de



mulheres fora da população economicamente ativa maior do que a dos artigos avaliados.

As questões relacionadas ao apoio social e ao suporte familiar foram de extrema importância para que se possa entender que fatores podem ajudar e que fatores podem limitar ou até impossibilitar a doação de leite. Nesse sentido, os resultados desse trabalho lançam a proposta de se realizar outro trabalho, dessa vez enfocando mais nesses atores institucionais e familiares, pra avaliar suas influências no processo.

Foram também apontadas questões de relevância para a gestão em saúde, na medida em que associou as atividades de promoção à saúde, passando pela atenção básica com o pré-natal e a puericultura, até a atenção hospitalar, com o apoio à mulher na hora do parto e o incentivo à amamentação na primeira hora, à decisão de doar leite e a manutenção dessa doação. Esses resultados podem ser usados para incentivar nos gestores a manutenção de diversas dessas atividades, assim como estimular a implantação de outras ações de políticas públicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERNAZ, E; VICTORA, C.G. **Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão.** *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.* Vol. 14, Nº1, 2003.

ALENCAR, L.C.E.; SEIDL, E.M.F. **Doação de leite humano: experiência de mulheres doadoras.** *Rev Saúde Pública* – Vol. 43, Nº1, 2009.

\_\_\_\_\_. **Doação de leite humano e apoio social: relatos de mulheres doadoras.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* – Vol. 18, Nº3, 2010.

ALENCAR, L.C.E. **Doação de Leite Humano no Distrito Federal: Aspectos psicossociais e experiências de mulheres doadoras.** Brasília, 2006. 116 p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília.

ALMEIDA, J.A.G. de. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

AZEMA, E; CALLAHAN, S. **Breast milk donors in France: a portrait of the typical donor and the utility of milk banking in the French breastfeeding context.** *J Hum Lact.* Vol. 19, Nº2, 2003.

BECKER, D. **No Seio da Família: Amamentação e Promoção da Saúde no Programa de Saúde da Família.** Rio de Janeiro, 2001. 127 p. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde.

BERTOLDO, IEB. **Uma trajetória com mulheres puérperas: do alojamento conjunto ao domicílio, vivenciando um modelo de cuidado de Carraro** Dissertação (Mestrado). Florianópolis (SC), 2003: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal de Santa Catarina.

BITAR, M.A.F. **Aleitamento materno: um estudo etnográfico sobre os costumes, crenças e tabus ligados a esta prática.** Belém, 1995. 202 p. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BOCCOLINI, C. S. *et al.* **Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida.** *Rev Saúde Pública.* Vol. 45, Nº1, 2011.

BOSI, M.L.M; MACHADO, M.T. **Amamentação: um resgate histórico.** *Cadernos Esp - Escola de Saúde Pública do Ceará.* Vol. 1. Nº1. 2005.

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

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010).** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CANZONIERI, A.M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CARULA, K. **Perigosas amas de leite: aleitamento materno, ciência e escravidão em A Mãe de Família.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro.* Vol. 19, supl., dez., 2012.

CARVALHO, K.E.G. *et al.* **História e memórias do banco de leite humano do Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira (1987 – 2009) em Recife, Pernambuco, Brasil.** *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Vol. 10, Nº4, 2010.

CARVALHO, M.R.; TAVARES, L.A.M. **Amamentação: Bases Científicas.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2010.

CASTILHO, S.D; BARROS FILHO, A.A. **Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes.** *Jornal de Pediatria.* Vol. 86, Nº 3, 2010.

DIAS, R.C. *et al.* **Perfil das doadoras do banco de leite humano do Hospital Universitário de Maringá.** *Acta Sci. Health Sci.* Vol. 28, Nº2, 2006.

ESCOBAR, A.M.U. *et al.* **Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce.** *Rev. bras. saúde matern. infant.* Vol. 2, Nº3, 2002.

FIOCRUZ REDE BLH [Homepage na Internet]. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home> . Acessado em 23/09/2012.

GALVÃO, M.T.G; VASCONCELOS, S.G.; PAIVA, S.S. **Mulheres doadoras de leite humano.** *Acta Paul Enferm.* Vol. 19, Nº2, 2006.

GEIB, L.T.C. *et al.* **Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte da base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul.** *Ciência & Saúde Coletiva.* Vol. 15, Nº2, 2010.

GENOVEZ *et al.* **Banco de leite humano: uma análise das diferenças entre doadoras adultas e adolescentes.** *Acta Scientiarum. Health Services.* Vol. 33, Nº2, 2011.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos.** Porto Alegre: Artmed. 2009.

GIUGLIANI, E.R.J. **Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil: Tecnologia para exportar.** *Jornal de Pediatria* - Vol. 78, Nº3, 2002.

Haidar, F.H.; OLIVEIRA, U.F.; NASCIMENTO, L.F.C. **Escolaridade Materna: correlação com os indicadores obstétricos.** *Cad Saude Publica.* Vol. 17, Nº4, 2001.

ICHISATO, S.M.T; SHIMO, A.K.K. **Revisitando o desmame precoce através de recortes da história.** *Rev Latino-am Enfermagem.* Vol. 10, Nº4, 2002

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados do CENSO 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados\\_divulgados/index.php?uf=25](http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=25). Acessado em 21/04/2013.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010/SIS_2010.pdf). Acessado em 21/09/2013.

JURUENA, G.S; MALFATTI, C.R.M. **A história do aleitamento materno: dos povos primitivos até a atualidade.** Rev Digital Buenos Aires. Vol. 13, 2009.

KAUFMANN, C.C. *et al.* **Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.** Rev Paul Pediatr. Vol. 30, Nº2, 2012.

KOUTSOUKOS, S.S.M. **‘Amas mercenárias’: o discurso dos doutores em medicina e os retratos de amas – Brasil, segunda metade do século XIX.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. Vol. 16, Nº2, 2009.

LOPEZ, F.A; BRASIL, A.L.D. **Nutrição e Dietética em Clínica Pediátrica.** São Paulo, SP: Atheneu. 2004.

LOPEZ, F.A; CAMPOS JÚNIOR, D. **Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria.** Barueri, SP: Manole. 2010.

LOURENÇO, D; BARDINI, G; CUNHA, L. **Perfil das doadoras do banco de leite humano do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão/SC.** Arq Catarin Med. Vol. 41, Nº1, 2012.

MARCONDES, E. **Pediatria Básica. Tomo I: Pediatria Geral e Neonatal.** São Paulo, SP: Sarvier. 2002.

MARQUES, R.F.S.V. *et al.* **O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida.** Jornal de Pediatria. Vol. 80, Nº2, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC/ABRASCO. 1999.

MORGANO *et al.* **Composição mineral do leite materno.** *Ciênc. Tecnol. Aliment.* Vol. 25, Nº4, 2005.

MORROW, A.L *et al.* **Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial.** *The Lancet.* Vol 353, N 9160, 1999.

NAKANO, A.M.S. **O Aleitamento Materno no Cotidiano Feminino.** Ribeirão Preto, 1996. 162 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

NEVES, L.S; SÁ, M.V.M; MATTAR, M.J.G; GALISA, M.S. **Doação de Leite Humano: dificuldades e fatores limitantes.** *O Mundo da Saúde.* Vol. 35, Nº2, 2011.

OSBALDISTON, R; MINGLE, L.A. **Characterization of Human Milk Donors.** *J Hum Lact.* Vol. 24, Nº4, 2007.

PASSANHA, A; CERVATO-MANCUSO, A.M; SILVA, M.E.M.P. **Elementos protetores do aleitamento materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias.** *Rev. Bras. Cres. Desenv. Hum.* Vol. 20, Nº2, 2010.

PORTAL DA SAÚDE [Homepage na Internet]. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24499](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24499) . Acessado em 23/09/2012.

REA, M.F. **Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração.** *Cad Saúde Pública.* Vol. 19, Sup 1, 2003.

REA, M.F. **Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher.** *Jornal de Pediatria.* Vol. 80, Nº5, 2004.

ROMIEU, I *et al.* **Breast cancer and lactation history in Mexican women.** *Am J Epidemiol.* 143:543-52, 1996.

RONA, M.S *et al.* **Efeito do tempo e da temperatura de estocagem nas determinações de acidez, cálcio, proteínas e lipídeos de leite de doadoras de bancos de leite humano.** *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Vol. 8, Nº3, 2008.

ROZENDO, C.A; HOLANDA, J.B.L; SANTOS, R.C.C. **Doação de Leite Humano: causas de perdas.** *Rev. enferm.* Vol. 17, Nº4, 2009.

SANTOS, D.T. *et al.* **Perfil das doadoras de leite do banco de leite humano de um hospital universitário.** *Acta Scientiarum. Health Services.* Vol. 31, Nº1, 2009.

SIERRA COLOMINA, G *et al.* **Características de lãs mujeres donantes de un banco de leche materna y relación con el tiempo de donación.** *An Pediatr (Barc.)*, 2013.

SILVA, S.L. **Alegações maternas para doação de leite humano.** Recife, 2010. 70 p. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco.

SILVEIRA, R.B. *et al.* **Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil.** *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Vol. 8, Nº1, 2008.

SUSIN, L.R.O. *et al.* **Influência das avós na prática do aleitamento materno.** *Rev. Saúde Pública.* Vol. 39, Nº2, 2005.

TOMA, T.S; REA, M.F. **Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências.** *Cad. Saúde Pública.* Vol. 24, Nº2, 2008.

TUNG, K.H. *et al.* **Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: a multiethnic case-control study.** *Am J Epidemiol.*158:629-38, 2003.

VALOURA, L.C. **Paulo Freire, o educador brasileiro, autor do termo emponderamento em seu sentido transformador.** Instituto Paulo Freire, 2005.

VAN DER WIJDEN, C; BROWN, J; KLEIJNEN, J. **Lactational amenorrhea for family planning.** *Cochrane Library.* Issue 4, 2008.

VENANCIO, S.I. *et al.* **Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo.** *Rev Saúde Pública.* Vol. 36, Nº3, 2002.

VENANCIO, S.I. **Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades.** *Jornal de Pediatria.* Vol. 79, Nº1, 2003.

VENANCIO, S.I. *et al.* **Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances.** *Jornal de Pediatria.* Vol. 86, Nº4, 2010.

VICTORA, C.G. *et al.* **Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil.** *Lancet.* Vol. 22, Nº2, 1987.

VIEIRA, C.S; BRITO, M.B; YAZLLE, M.E.H.D. **Contracepção no puerpério.** *Rev Bras Ginecol Obstet.* Vol. 30, Nº9, 2008.

VINAGRE, R.D *et al.* **Leite humano: um pouco de sua história.** *Pediatria (São Paulo).* Vol. 23, Nº4, 2001.

WHO (World Health Organization). **Division of Health and Development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding.** Geneva; 1998.



## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Qual seu nome completo?

Qual a sua idade?

O que você faz? Trabalha fora? Em que?

Estudou? Até que ano? Qual a formação? (o tipo de pergunta vai depender do estilo da pessoa. Se notar que é alguém mais esclarecido, já pergunta pela formação, se tem pós-graduação, etc. Se for menos esclarecida, sondar até que ano estudou.)

Quem mora com você? (se não mencionar, perguntar pelo pai da criança)

Onde você mora? (saber o bairro, pra ter uma ideia das condições socioeconômicas, se é centro, se é periferia).

Como é a sua casa? (avaliar condições socioeconômicas em geral. Se necessário, perguntar por objetos da casa, pra ter uma ideia.)

Você é casada no papel?

Você lembra do que sentiu quando descobriu que estava grávida?

Você planejou a gravidez? (se não planejou, como foi a aceitação?)

Como foi a gravidez? (saudável? Doente? Alto risco?)

Fale um pouco como foi seu pré-natal (sondar se se sentiu apoiada pelos profissionais)

Você já esteve grávida antes? (se houver alguma história interessante, explorar.)

Já amamentou antes? Como foi essa experiência? (se houver algo interessante, explorar.)

Alguém conversou com você durante a gravidez sobre amamentação? Se sim, como foi isso pra você? Você lembra o que falaram?

E depois que o bebê nasceu, alguém te orientou? Se sim, como foi isso pra você? Lembra o que falaram?

Você sabe se outras mulheres da sua família amamentaram? E sua sogra? Alguém lhe contou alguma história de amamentação da época delas? (abordar bem essa questão, detalhar bem a mãe e a sogra, o que elas acham da amamentação).

Depois que você teve o bebê, como foi o começo da amamentação? O leite veio logo? Demorou? O bebê chegou a tomar algum outro leite?

Qual a sensação ao começar a amamentar? O que você sente hoje ao amamentar?

Você já tinha pensado em doar leite?

Como você soube do Banco de Leite e da possibilidade de doar? (explorar bem essa questão, saber como ficou sabendo da existência do banco de leite, etc)

Por que motivo você doa seu leite?

Como a doação de leite entrou na sua rotina? Quais adaptações você tem que fazer pra conseguir doar leite? (horários em que doa, se alguém do BLH vai à casa dela, se ela leva os frascos até o BLH, etc)

O que a sua família acha de você doar seu leite? E suas amigas?

O que você falaria pra uma mãe que acabou de ter seu bebê sobre a doação de leite?

E para uma amiga bem próxima ou irmã?

O que você acha do BLH e dos seus funcionários?

Quem você acha que recebe seu leite? Você já pensou alguma vez nessas crianças e nas suas mães e famílias?

Você acha que a amamentação do seu próprio bebê sofreu alguma alteração depois que você começou a doar leite? Melhorou? Piorou?

O que mais você gostaria de falar sobre essa experiência de doar leite?

Há quanto tempo você doa? Por quanto tempo você doou? Pretende doar até quando?

Se parou de doar, por que parou?

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a):

Eu lhe convido a participar da pesquisa “A doação de leite da perspectiva de mães e profissionais de saúde em hospital de médio porte no Sertão da Paraíba” respondendo a uma entrevista. Sua participação **não** é obrigatória e você poderá desistir a qualquer momento. Suas respostas são confidenciais e será garantido o anonimato.

A pesquisa tem finalidades científica e tem o objetivo avaliar a doação de leite humano na perspectiva de mães e funcionários de um hospital de médio porte no sertão da Paraíba.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas que serão ser gravadas. As respostas serão guardadas no computador e as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para o objetivo proposto pelo projeto. No questionário usaremos como forma de identificação seu primeiro nome.

O único possível desconforto é o seu tempo gasto para responder as questões. Você **NÃO** terá nenhum tipo de despesa material ou financeira. Você pode parar de responder a qualquer momento e isto não afetará o seu atendimento nos serviços de saúde. Por outro lado, o resultado desta pesquisa poderá trazer como benefício uma melhor compreensão do processo de Aleitamento Materno e da doação do leite humano. Em nenhuma hipótese você ou sua família serão identificados, todo material é sigiloso.

Caso tenha dúvidas o pesquisador estará disponível para esclarecê-las, favor entrar em contato com o (a) pesquisador (a) através do telefone: Celular: (83) 8857-0163.

Sua participação é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo. A confidencialidade das informações geradas e a sua privacidade estão garantidas.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador responsável.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

assinatura do sujeito da pesquisa e RG

Eu, Emmanuelle Lira Cariry, responsável pela pesquisa, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura.....RG.....Data...../...../.....

## ANEXOS

## ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE SANTA MARIA/  
FSM /PB



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A doação de leite da perspectiva de mães e profissionais de saúde em hospital de médio porte no Sertão da Paraíba

**Pesquisador:** Emmanuelle Lira Cariry

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 11558912.0.0000.5180

**Instituição Proponente:** Faculdade Santa Maria/ FSM /PB

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 167.573

**Data da Relatoria:** 10/12/2012

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa acerca da percepção de mães e funcionários hospitalares em torno da doação de leite materno, cuja técnica de coleta de dados consiste em entrevistas aplicadas junto a esses sujeitos.

**Objetivo da Pesquisa:**

Não representando ações que comprometam os sujeitos da pesquisa, expondo-os a riscos psicossociais, nem estando ligados a interesses contrapostos aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos, o objetivo da pesquisa consistem em avaliar a percepção acerca do processo de doação de leite materno na perspectiva de mães e funcionários hospitalares.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa não oferece riscos diretos aos sujeitos abordados e a pesquisadora torna explícita a adesão aos princípios da beneficência e não maleficência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está bem estruturada e demonstra coerência no delineamento metodológico em convergência com a maneira pela qual o objeto de pesquisa foi construído.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados a contento, segundo as diretrizes normativas exaradas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-2722

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cep@fsm.edu.br

FACULDADE SANTA MARIA/  
FSM /PB



**Recomendações:**

Não constam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não constam.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAJAZEIRAS, 10 de Dezembro de 2012

---

**Assinador por:**

**José Leonardo Rolim de Lima Severo  
(Coordenador)**

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-2722

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cep@fsm.edu.br