

**Doadoras: Triagem, Seleção  
e Acompanhamento**



## Origem

Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz / Ministério da Saúde

## Autores

João Aprígio Guerra de Almeida  
Franz Reis Novak  
Vander Guimarães

## Revisores

Andreia Fernandes Spinola  
Danielle Aparecida da Silva  
Jonas Borges da Silva  
Maíra Domingues Bernardes Silva  
Mariana Simões Barros  
Miriam Oliveira dos Santos  
Mônica Barros de Pontes

## Designer Gráfico

Chester Robison Pereira Martins

1ª publicação: BLH-IFF/NT 09.05:  
Doadoras - Triagem, Seleção e Acompanhamento.

1ª revisão: BLH-IFF/NT 09.11

2ª revisão: BLH-IFF/NT 09.21

## Palavras-chave

Acompanhamento. Banco de Leite Humano. Postos de Coleta de Leite Humano.

Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano  
Programa de Certificação Fiocruz para Bancos de Leite Humano  
Sede: IFF/Fiocruz/ Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano.  
Avenida Rui Barbosa 716, 1º andar, Flamengo, Rio de Janeiro - RJ, cep: 22250-020  
Contatos:  
(21) 2554-1703 - Banco de Leite Humano  
(21) 2554-1889 - Secretaria Executiva rBLH  
email: rblh@fiocruz.br / Portal: www.rblh.fiocruz.br

A photograph of a woman with long, wavy hair, smiling warmly. She is holding a baby in her arms and a white bottle of milk in her right hand. The scene is set indoors, likely in a home or a private care facility. The image has a soft, teal-colored overlay that frames the text.

## SUMÁRIO

*1. Objetivo*

*2. Documentos Complementares*

*3. Definições*

*4. Considerações Gerais*

*5. Considerações Específicas*

*6. Anexo*

## 1. Objetivo

Esta Norma Técnica tem por objetivo estabelecer os critérios de triagem, seleção e acompanhamento de doadoras de leite humano durante o período de doação, em Bancos de Leite Humano e Postos de Coleta de Leite Humano, visando a garantia da qualidade nestes serviços e sua certificação.

## 2. Documentos Complementares

Na elaboração desta Norma Técnica foram consultados:

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. BLH-IFF/NT 11.21: Higiene e Conduta: Funcionários. Rio de Janeiro, 2021.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. BLH-IFF/NT 12.21: Higiene e Conduta: Doadoras. Rio de Janeiro, 2021.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. BLH-IFF/NT 16.21: Ordenha de Leite Humano: Procedimentos Higiênicos Sanitários. Rio de Janeiro, 2021.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. BLH-IFF/NT 18.21: Pré-Estocagem do Leite Humano Ordenhado Cru. Rio de Janeiro, 2021.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. BLH-IFF/NT 19.21: Transporte do Leite Humano Ordenhado. Rio de Janeiro, 2021.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. BLH-IFF/NT 21.21: Recepção do Leite Humano Ordenhado Cru. Rio de Janeiro, 2021.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. BLH-IFF/NT 51.21: Biossegurança em Bancos de Leite Humano e Postos de Coleta. Rio de Janeiro, 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 171, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Leite Humano. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 04 set. 2006.

## 3. Definições

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

**3.1. Boas Práticas de Manipulação do Leite Humano Ordenhado:** procedimentos necessários para garantir a qualidade do leite humano ordenhado desde sua coleta até a distribuição.

**3.2. Doadora de Leite Humano:** nutriz saudável que apresenta secreção láctea superior às exigências de seu filho, que se dispõe a ordenhar e doar o excedente; ou aquela que ordenha o próprio leite para manutenção da lactação e/ou alimentação do seu filho.

**3.3. Formulário de Cadastro:** roteiro direcionado, com informações relativas ao pré-natal, gestação, pós parto e hábitos da doadora, que devem ser preenchidos no momento do cadastro da nutriz para doação de leite humano.



3.4. **Nutriz:** termo utilizado para designar a mulher em período de lactação.

3.5. **Rota:** trajeto percorrido do Banco de Leite Humano e/ou Posto de Coleta de Leite Humano até o domicílio da doadora para a coleta e transporte das doações de leite humano ordenado.

## 4. Considerações Gerais

4.1. Toda mulher em fase de lactação é uma potencial doadora, e ao expressar este desejo, esta deverá contactar o Banco de Leite Humano ou Posto de Coleta de Leite Humano mais próximo, onde será realizada avaliação da saúde desta mulher para certificar sua aptidão como doadora de leite humano.

4.2. Também são consideradas doadoras as nutrizes que precisam suspender temporariamente o aleitamento materno diretamente no seio, devido à condição clínica do recém-nascido. Desse modo, as nutrizes cujos filhos estão internados em unidades neonatais ou outras unidades hospitalares, e que ordenham leite humano para consumo exclusivo de seus filhos, são classificadas como doadoras exclusivas.

4.3. Os Bancos de Leite Humano e/ou Postos de Coleta de Leite Humano devem assegurar que a doação de leite humano seja exclusivamente da produção excedente e que a doadora siga amamentando seu bebê, e que ambos estejam saudáveis.

4.4. Serão consideradas aptas para doação as nutrizes sadias que atendam às disposições técnicas definidas no item 5 desta Norma Técnica.

## 5. Considerações Específicas

5.1. Triagem:

5.1.1. O processo de triagem das doadoras deverá ser realizado no momento do seu contato com os Bancos de Leite Humano e/ou Postos de Coleta de Leite Humano, e consiste no preenchimento do formulário de cadastro e disponibilização dos exames apontados na RDC nº 171/2006, ou conforme a solicitação médica.

5.1.2. A triagem deverá ser feita por um funcionário treinado para tal finalidade, definido pelo responsável do Banco de Leite Humano e/ou Posto de Coleta de Leite Humano.


5.1.3. Durante o procedimento de triagem, o funcionário designado para este fim deverá preencher o Formulário de Cadastro, constante no Anexo I desta Norma, e entregá-lo ao responsável médico pelo Banco de Leite Humano e/ou Posto de Coleta de Leite Humano.

5.2. Seleção:

5.2.1. Caberá ao responsável médico do Banco de Leite Humano e/ou Posto de Coleta de Leite Humano, realizar a avaliação clínica e decidir se a mesma preenche os requisitos mínimos para ser doadora.

5.2.2. Os critérios que podem impedir a doação de leite humano são:

5.2.2.1. Uso de medicamentos incompatíveis com a doação – são aqueles onde há a possibilidade de seu princípio ativo passar pelo leite humano e causar algum dano à saúde do recém-nascido receptor;



5.2.2.2. Uso de drogas de abuso – seus princípios ativos passam pelo leite humano causando danos neurológicos no recém-nascido receptor;

5.2.2.3. Patologias maternas devem ser alvo de avaliação médica, pois podem contraindicar a doação.

5.3. Acompanhamento:

5.3.1. Primeira Doação:

5.3.1.1. No caso de a doadora ser considerada apta, o funcionário responsável pela triagem deverá contactá-la e informar sobre as boas práticas de manipulação do leite humano, esclarecer quanto aos procedimentos de coleta e identificação do frasco, segundo a Norma Técnica BLH-IFF/NT 16.21: Ordenha de Leite Humano: Procedimentos Higiênico Sanitários, assim como orientar também quanto ao armazenamento do leite humano a ser doado, segundo a Norma Técnica BLH-IFF/NT 18.21: Pré-Estocagem do Leite Humano Ordenhado Cru;

5.3.1.2. Ao final o profissional poderá agendar a data da visita domiciliar para coleta do leite, de acordo com a rotina estabelecida pelo Banco de Leite Humano e/ou Posto de Coleta de Leite Humano;

5.3.1.3. Caso a doadora opte por levar sua doação até o Banco de Leite Humano e/ou Posto de Coleta de Leite Humano, o profissional deverá reforçar as instruções necessárias às boas práticas de transporte do leite humano, contidas na Norma Técnica BLH-IFF/NT 19.21: Transporte do Leite Humano Ordenhado;

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

5.3.2. Doações Subsequentes:

5.3.2.1. A doadora deverá ser acompanhada pelo Banco de Leite Humano e/ou Posto de Coleta de Leite Humano no qual está cadastrada. O profissional habilitado para tal procedimento, no momento que identificar possíveis intercorrências, tais como: patologias, uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação e/ou doação ou uso de drogas de abuso, deverá notificar o responsável médico do Banco de Leite Humano e/ou Posto de coleta de Leite Humano, a fim de avaliar a continuidade da doação neste momento;

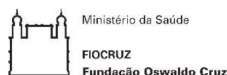
5.3.2.2. Tal profissional deve levar esta informação ao responsável médico do Banco de Leite e/ou Posto de Coleta de Leite Humano que irá avaliar e contactar com a doadora esclarecendo os motivos da interrupção da doação e se necessário for encaminhá-la para um serviço de saúde para o tratamento específico;

5.3.2.3. No caso de a doadora cumprir com todos os requisitos estabelecidos pela norma, caberá a ela a decisão de interromper a doação do leite humano no momento que achar conveniente;

5.3.2.4. O profissional do Banco de Leite Humano e/ou Posto de Coleta de Leite Humano deverá periodicamente reforçar as informações sobre boas práticas de coleta, armazenamento e transporte à doadora para garantir a qualidade do produto;

5.3.2.5. O Responsável de Tecnologia de Alimento do Banco de Leite Humano, tem a responsabilidade de acompanhar a qualidade do leite doado e informar a doadora a ocorrência de não conformidades, buscando assim a melhoria do processo junto a doadora.

## 6. Anexo



<b>Programa de Certificação Fiocruz em Bancos de Leite Humano para o Sistema Único de Saúde (PCFioBLH-SUS)</b>
<b>BLH-IFF/PCFioBLH- SUS 0001</b>
<b>Formulário para Cadastro de Doadoras de Leite Humano em Banco de Leite Humano e/ou Postos de Coleta de Leite Humano</b>

<b>DADOS CADASTRAIS</b>	
Nome: _____	Nº Doadora: _____
Prontuário: _____	Nº Cartão do SUS: _____
Naturalidade: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Profissão: _____	Pais de Origem: _____
Endereço: _____	
Bairro: _____	Cidade: _____
Estado: _____	CEP: _____
Telefone: _____	Celular: _____
Ponto de Referência: _____	
Coleta Domiciliar: ( ) Sim ( ) Não	Doadora Exclusiva ( ) Sim ( ) Não
Nome do Receptor: _____	
Data do Cadastro: ____/____/____	
Responsável: _____	

<b>HISTÓRIA PREGRESSA</b>	
Local do Pré Natal:	Nome da Instituição: _____
( ) Rede Pública	Nome do Médico: _____
( ) Rede Privada	
( ) Não realizado	
Peso na Gestação:	Inicial: _____ Final: _____
Altura (m): _____	Idade Gestacional (s/d): _____ s e _____ d
Data do Parto: ____/____/____	

<b>EXAMES REALIZADOS</b>					
VDRL	HbsAG	FTAabs	HIV	HTLV	Hemograma
( ) Positivo	( ) Positivo	( ) Positivo	( ) Positivo	( ) Positivo	Hb(%): _____
( ) Negativo	( ) Negativo	( ) Negativo	( ) Negativo	( ) Negativo	Ht(%): _____
( ) Não disponível	( ) Não disponível	( ) Não disponível	( ) Não disponível	( ) Não disponível	Data: _____
Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____
Resp: _____	Resp: _____	Resp: _____	Resp: _____	Resp: _____	Resp: _____

Transusão sanguínea (último ano) ( ) Sim ( ) Não

Intercorrências na Gestação (CID 10): \_\_\_\_\_

<b>HISTÓRIA ATUAL</b>	
Tabagismo? ( ) Sim ( ) Não	Etilismo? ( ) Sim ( ) Não
Drogas de Abuso? ( ) Sim ( ) Não	Medicamentosas (descrição): _____
Intercorrências atuais: _____	

Doadora Apta? ( ) sim ( ) não

Responsável médico: \_\_\_\_\_

Responsável pelo cadastramento: \_\_\_\_\_

Data de cadastro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz