

ROBERTA MONTEIRO RAUPP

O LUGAR DA COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE  
CONSTRUÇÃO DA AUTOSSUFICIÊNCIA EM LEITE  
HUMANO NO DISTRITO FEDERAL

Rio de Janeiro

2016

ROBERTA MONTEIRO RAUPP

O LUGAR DA COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE  
CONSTRUÇÃO DA AUTOSSUFICIÊNCIA EM LEITE  
HUMANO NO DISTRITO FEDERAL

Tese apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Informação e  
Comunicação em Saúde (Icict),  
para obtenção do grau de Doutor  
em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. João Aprígio Guerra de Almeida

Rio de Janeiro

2016

ROBERTA MONTEIRO RAUPP

**O LUGAR DA COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE  
CONSTRUÇÃO DA AUTOSSUFICIÊNCIA EM LEITE  
HUMANO NO DISTRITO FEDERAL**

Aprovado em 06 de maio de 2016.

Banca Examinadora

---

Prof. Dr. João Aprígio Guerra de Almeida – IFF/Icict/Fiocruz  
(Orientador)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Maria Borges da Matta Souza – Uerj  
(Examinadora externa)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Angélica Baptista Silva – IFF/Fiocruz  
(Examinadora externa)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Soares Guimarães – Icict/Fiocruz  
(Examinadora interna)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana Kelly Santos – Icict/Fiocruz  
(Examinadora interna)

Aos meus amores, Henrique e Eduardo,  
que dão sentido à minha vida todos os  
dias.

## AGRADECIMENTOS

*Chega um momento em sua vida que você sabe: quem é imprescindível para você, quem nunca foi, quem não é mais, quem sempre será. (Charles Chaplin)*

A alegria em concluir esta tese e gratidão pelos que me acompanharam nessa longa trajetória e, ao mesmo tempo, a felicidade em almejar novos objetivos ao finalizar essa etapa, não seriam possíveis, sem o incentivo, apoio e carinho de todos que me acompanharam nesses quatro anos. Foram momentos intensos de muita dedicação e contribuições que resultaram nesta tese de doutorado.

Primeiramente, agradeço ao meu marido, Henrique Raupp, meu grande amor, companheiro e confidente, por estar ao meu lado em todos os momentos, com muito amor, cuidado e, principalmente, paciência. Sem você, nenhuma conquista faria sentido.

Ao meu filho, Eduardo Raupp, meu amor inigualável, que assistiu muitas aulas comigo ainda na gestação, que nasceu e se tornou meu companheiro inseparável nesta caminhada. Dudu me ensinou que a prática é muito diferente da teoria, que podemos nos tornar pessoas melhores e que o amor que sentimos, pode ser sempre ainda maior.

Aos meus pais, Flavio e Denise Monteiro, pelo apoio e respeito em todas as minhas escolhas e por terem me dado forças para eu conseguir concluir mais esse processo. Minha mãe, Denise, meu espelho, meu orgulho, e grande incentivadora para este título, sempre presente em todos os momentos.

Ao meu orientador e amigo, João Aprígio Guerra de Almeida, meu grande incentivador acadêmico, pela sua disponibilidade em me orientar por três vezes - Especialização, Mestrado Acadêmico e Doutorado - propiciando que eu caminhasse por temas até então desconhecidos. Muito obrigada pelo acolhimento e por acreditar em mim, conduzindo-me no caminho de me tornar pesquisadora. E por permitir que o tema aleitamento materno se tornasse uma verdadeira paixão em minha vida pessoal, profissional e acadêmica.

À professora Maria Cristina Guimarães, que me acolheu com muito carinho durante todo o meu mestrado (2009-2011), junto com a professora Cícera Henrique da Silva, apresentando-me à área da Informação Científica e Tecnológica em Saúde. À amiga Cris, que me recebeu de braços abertos em todos os momentos, inclusive em diversos eventos científicos que tive a oportunidade de participar ao longo do Doutorado. À responsável por me tranquilizar e fazer com que eu me sentisse um pouco mais segura para finalizar esta tese, com muito cuidado, acolhimento e respeito. Você me permitiu enxergar os novos caminhos que a vida é capaz de nos levar.

À professora Inesita Araújo, por me acompanhar durante toda a pós-graduação, com muita atenção, desde a especialização até o Doutorado. Sua produção acadêmica se tornou inspiração para a elaboração desta tese e parte do meu referencial teórico. Muito obrigada pelas preciosas contribuições e generosidade durante o exame de qualificação.

À Miriam Santos, coordenadora de Aleitamento Materno e Bancos de Leite Humano da SES-DF, pelo apoio, reconhecimento e por todos os materiais cedidos pela SES-DF. Pelas palavras de carinho ao se referir ao meu trabalho. A todas as situações que nos fizeram estar juntas e por permitir que eu me aproximasse da Rede de Bancos de Leite Humano do Distrito Federal ao longo desses quatro anos. A todos os seus integrantes, pelas contribuições e autorização de uso do material neste estudo.

À equipe da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR), que sempre acompanhou este percurso tão de perto, pelo apoio à pesquisa desse objeto ainda tão novo no âmbito da rBLH-BR, especialmente à Isa Yoshikawa, Danielle Aparecida Silva, Angélica Baptista Silva, Enéas Lourenço, Vera Fernandes, Alejandro Rabuffetti e Euclides Arreguy.

Ao diretor do IFF, Carlos Maurício de Paulo Maciel, pela valorização da área e por me permitir iniciar meus estudos na pós-graduação *Stricto-Sensu*.

À minha amiga Vanessa Mendes, que nunca deixou de se lembrar de mim, mesmo quando a vida nos distanciou, e pela amizade de tantos anos.

À minha tia Fátima, pelos conselhos e sua disponibilidade em me escutar e trocar ideias sobre a temática deste estudo.

Aos amigos e familiares que me apoiaram e torceram para a chegada deste dia.

Às amigas doutorandas Rosane Abdala, Raquel Aguiar, Carolina Ferreira e Ana Condeixa, e aos mestrandos da turma do PPGICS 2012, cuja amizade e companheirismo ficarão para sempre gravados em meu coração.

Aos professores das bancas de qualificação e defesa por suas contribuições em relação aos caminhos metodológicos e teóricos e generosidade. Agradeço, em especial, à professora Adriana Kelly, que fez parte de alguns encontros de orientação, no intuito de me ajudar a seguir com a pesquisa.

À equipe de Gestão Acadêmica do PPGICS, agradeço imensamente pela disponibilidade e carinho com que me receberam ao longo do Mestrado Acadêmico e Doutorado.

Registro meu agradecimento à Capes, pela bolsa de estudos, apoio essencial para o desenvolvimento desta tese.

Por fim, agradeço a todos que de forma direta ou indiretamente colaboraram para a elaboração deste trabalho.

*Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina. (Cora Coralina)*

## RESUMO

Raupp, Roberta Monteiro. **O lugar da comunicação no processo de construção da autossuficiência em leite humano no Distrito Federal**. Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

Em que pese o fato de o Brasil ter a maior Rede de Bancos de Leite Humano do mundo (rBLH-BR), realizar investimentos, campanhas e ações de comunicação para a doação de leite humano, o país opera com déficit estimado, em termos médios, na ordem de 45%. Nesse contexto, emerge a Rede de Bancos de Leite Humano do Distrito Federal (rBLH-DF), sendo essa a única região geográfica do mundo a atingir padrão de autossuficiência em leite humano. Por ser uma pesquisa que se ergue no campo da Informação e Comunicação em Saúde, buscou-se conhecer as práticas de comunicação dos BLHs do DF ao longo de sua história, partindo da pergunta norteadora - “Qual o lugar da comunicação no processo de construção da autossuficiência em leite humano na rBLH-DF? Utilizou-se como fontes primárias de informação os depoimentos de coordenadores de 15 BLHs. A opção metodológica ocorreu mediante análise de conteúdo, na modalidade temática, com entrevistas individuais semiestruturadas e pressupostos do modelo teórico-metodológico do Mercado Simbólico, aliado ao método qualitativo. Identificou-se 11 grupos temáticos e um conjunto de práticas específico a cada um deles, que foram assim agrupados: alcances e limites da prática de comunicação para a autossuficiência. Verificamos que a comunicação com as mães se configurou como o principal demarcador para a autossuficiência, mediante as seguintes práticas: visita do BLH ao Alojamento Conjunto, UCIN e UTI Neonatal (100%); atendimento especializado às doadoras e seus filhos (67%); eventos científicos e comemorativos (67%); contato telefônico com as mães e doadoras (60%); visita domiciliar às doadoras (60%); programas e grupos de apoio às mães e às doadoras (47%); materiais informativos (33%); visita das mães e doadoras às instalações do BLH e Maternidade (27%); palestras na comunidade (20%); atendimento com agenda aberta (20%); e pesquisas de satisfação com o cliente/usuário (7%). Uma característica da rBLH-DF é o trabalho em rede, sendo mencionada a parceria com outras equipes e com gestores por 87% dos entrevistados, e entre os BLHs por 73%. Observou-se também a comunicação com: Corpo de Bombeiros Militar (80%), Coordenação Distrital/SES-DF (67%); rBLH-BR (60%), Terceiro Setor (60%), Atenção Básica (47%), Mídia (40%); Postos de Coleta (20%); Administrações Regionais



(7%). Destacou-se a existência da produção, circulação e apropriação dos sentidos sociais, mediante: diálogo, inclusão, cuidado, acolhimento, leis, parcerias, conquistas de títulos e premiações. Localizou-se aspectos relacionados à universalidade, equidade e integralidade, princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, que indicam na Comunicação e Saúde, o direito à comunicação, acesso aos meios, canais e espaços de fala e escuta, e medidas mais equânimes no cuidado. Os princípios organizativos – descentralização, hierarquização e participação social – também foram identificados, com mecanismos redistributivos de comunicação e acesso à informação. Esta pesquisa proporciona subsídios para o planejamento de práticas de comunicação, remetendo a um novo ponto de vista ao campo da saúde, com amplitude para a comunicação. Espera-se contribuir para a autossuficiência em leite humano em outros territórios, em consonância com as políticas públicas, corroborando com o compromisso da rBLH-BR em reduzir os índices de mortalidade infantil.

**Palavras-chave:** Informação e Comunicação em Saúde; Produção de Sentidos Sociais; Práticas de Comunicação; Aleitamento Materno; Bancos de Leite Humano.

## ABSTRACT

Raupp, Roberta Monteiro. **The place of communication in the self-sufficiency of the construction process in human milk in the Federal District.** Rio de Janeiro, 2016. Thesis (Doctorate in Information and Communication in Health) - Institute of Communication and Information Science and Technology, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, 2016.

Despite the fact that Brazil has the highest Human Milk Banks Network World (rBLH-BR), make investments, campaigns and communication actions for the donation of human milk, the country operates with a deficit estimated on average, on the order of 45%. In this context, emerges the Human Milk Banks Network of the Federal District (rBLH-DF), the DF the only geographic region in the world to self-sufficiency standard to achieve in human milk. As a research stands in the field of Information and Communication in Health, sought to know the communication practices of the DF HMBs throughout its history, starting from the guiding question - "What is the place of communication in the process of building self-sufficiency in human milk in rBLH-DF? It was used as primary sources of information the testimonies of coordinators 15 HMBs. The methodological option was the semi-structured individual interviews, through content analysis, thematic modality, and assumptions of the theoretical and methodological model of the symbolic market, combined with the qualitative method. It identified 11 groups and a set of specific practices in each group, which were grouped as well: scope and limits of communication practice for self-sufficiency. We found that communication with mothers is configured as the primary path to self-sufficiency by the following practices: visit the HMB Rooming, NICU and Neonatal ICU (100%); specialized care to donors and their children (67%); scientific and anniversary celebrations (67%); telephone contact with mothers and donors (60%); home visits to donors (60%); programs and support groups for mothers and donors (47%); informational material (33%); visit mothers and donor to the facilities of HMB and Maternity (27%); lectures in the community (20%); compliance with open book (20%); and satisfaction surveys with the customer / user (7%). A feature of rBLH-DF is networking, and refers to partnership with other teams and managers by 87% of respondents, and among HMBs by 73%. There was also communication with: Fire Brigade (80%), District Coordination SES-DF (67%); rBLH-BR (60%), Third Sector (60%), primary care (47%), media (40%); Collection points (20%); Regional administrations (7%). He highlighted the existence of production, circulation and appropriation of social meanings by: dialogue, inclusion, care, laws, partnerships, titles and awards achievements. It was located aspects related to universality, equity and integrity,

doctrinal principles of the Unified Health System, which indicate the Communication and Health, the right to communication, access to media, channels and spaces of speaking and listening, and more equitable measures in care. The organizational principles - decentralization, hierarchy and popular participation - were also identified, with redistributive mechanisms of communication and access to information. This research provides support for the planning of communication practices, referring to a new point of view to the health field, with scope for communication. Expected to contribute to self-sufficiency in human milk in other territories, in line with public policy, confirming the commitment of rBLH-BR in reducing infant mortality rates.

**Keywords:** Communication and Health; Production of Social Meanings; Communication Practices; Breastfeeding; Human Milk Banks.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Bancos de Leite Humano no Brasil (2014) .....	p. 49
Figura 2: Modelo da Teoria Matemática da Comunicação .....	p. 57
Figura 3: Notícias em jornais sobre a inauguração do BLH-HRT .....	p. 87
Figura 4: Eventos comemorativos do BLH-HRT .....	p. 90
Figura 5: Rotary Club, Casa da Amizade e comunidade de Planaltina.....	p. 94
Figura 6: Convite do BLH-HRP para evento da SMAM .....	p. 97
Figura 7: Primeira ficha de doadora de leite humano do BLH-HMIB .....	p. 103
Figura 8: Informativo do Projeto Mãe-Nutriz Participante .....	p. 104
Figura 9: Projeto Mãos de Mães, conhecido como Cantinho da Cida .....	p. 105
Figura 10: Cartaz para o incentivo à amamentação .....	p. 107
Figura 11: Evento “Mãe Canguru Fashion Week” no HMIB .....	p. 108
Figura 12: Número de doadoras, leite coletado e (2006 a agosto de 2012) .....	p. 118
Figura 13: Diploma concedido às doadoras de leite humano .....	p. 121
Figura 14: Carta para evitar o desperdício do leite humano coletado .....	p. 122
Figura 15 Carta para a reunião educativa do BLH-HRBz .....	p. 123
Figura 16: Certificado concedido às doadoras de leite humano do HRS .....	p. 127
Figura 17: Quantitativo de leite coletado pelo BLH-HRG (2004 a agosto de 2012) .....	p. 137
Figura 18: Leite coletado pelo BLH-HRG em relação a todos os BLHs.....	p. 138
Figura 19: Atividades realizadas pelo NIAM/BLH-HUB .....	p. 141
Figura 20: Doadoras e volume de leite humano coletado - NIAM/BLH .....	p. 142
Figura 21: Série histórica - Produtividade por doadora de leite humano .....	p. 143
Figura 22: Série histórica dos dados de produção do BLH-HFA .....	p. 151
Figura 23: Comparativo dos dados de produção do BLH-Hospital Anchieta.....	p. 156
Figura 24: Projeto Corrente do Bem – Escola CEF 201 .....	p. 159
Figura 25: Voluntários em manhã de beleza .....	p. 163
Figura 26: Dados de produção do BLH-HRPa (2008 a setembro de 2012) .....	p. 167
Figura 27: Campanhas oficiais do Ministério da Saúde (2004 a 2015) .....	p. 173
Figura 28: Vídeo “A história de Lucas” para divulgação nas redes sociais .....	p. 178
Figura 29: Campanha de Doação de Leite Humano no DF 2009/2010 – cartaz .....	p. 181
Figura 30: Campanha de Doação de Leite Humano no DF 2009/2010 - adesivo para os meios de transporte .....	p. 182
Figura 31: Campanha de Doação de Leite Humano no DF 2011/2012 – cartaz .....	p. 183

Figura 32: Campanha de Doação de Leite Humano no DF 2011/2012 – folder .....	p. 184
Figura 33: Campanha de Doação de Leite Humano no DF 2013/2014 – cartaz .....	p. 184
Figura 34: Campanha de Doação de Leite Humano no DF 2015 – folder .....	p. 185
Figura 35: Campanha de Doação de Leite Humano no DF 2015 – cartaz .....	p. 186
Figura 36: Grupos temáticos que retratam as práticas de comunicação estabelecidas na rBLH-DF .....	p. 187
Figura 37: Mapa da Comunicação da rBLH-DF .....	p. 188

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Síntese dos principais demarcadores das práticas de comunicação dos BLHs do DF .....	p. 274
---	--------

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOBRAZ- Associação de Catadores e Recicladores de Brazlândia  
ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
ASCOM- Assessoria de Comunicação  
BLH- Banco de Leite Humano  
BLH-WEB- Sistema de Gerenciamento de Bancos de Leite Humano  
CBMDF- Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal  
CEBRAN- Centro Brasiliense de Neonatologia  
CNBLH- Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano  
CNS- Conferência Nacional de Saúde  
CRE- Centro de Referência Estadual  
CRN- Centro de Referência Nacional  
CTIBLHAM- Centro de Tecnologia e Informação em Bancos de Leite Humano e Aleitamento Materno  
DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil  
DF- Distrito Federal  
ENAM- Encontro Nacional de Aleitamento Materno  
ESCS- Escola Superior de Ciências da Saúde  
ESF- Estratégia Saúde da Família  
FACITEC- Faculdade de Ciências Sociais e Tecnológicas  
FEPECS- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde  
FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz  
FHDF- Fundação Hospitalar do Distrito Federal  
GDF- Governo do Distrito Federal  
HFA- Hospital das Forças Armadas  
HIV- Vírus da imunodeficiência humana  
HRC- Hospital Regional de Ceilândia  
HMIB- Hospital Materno-Infantil de Brasília  
HRAN- Hospital Regional da Asa Norte  
HRAS- Hospital Regional da Asa Sul  
HRBz- Hospital Regional de Brazlândia  
HRG- Hospital Regional do Gama  
HRP- Hospital Regional de Planaltina  
HRPa- Hospital Regional de Paranoá  
HRS- Hospital Regional de Sobradinho  
HRSAM- Hospital Regional de Samambaia  
HRSM- Hospital Regional de Santa Maria  
HRT- Hospital Regional de Taguatinga  
HUB- Hospital Universitário de Brasília  
IBCLE- International Board of Lactation Consultant Examiners  
IberBLH- Programa Ibero Americano de Bancos de Leite Humano  
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICICT- Instituto de Comunicação e Informação Científica em Saúde

IHAC- Iniciativa Hospital Amigo da Criança  
INAN- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição  
IFF- Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente  
Fernandes Figueira  
LBA- Fundação Legião Brasileira de Assistência  
LH- Leite Humano  
MS- Ministério da Saúde  
NIAM/BLH- Núcleo de Incentivo ao Aleitamento Materno e Banco de Leite  
Humano  
OMS- Organização Mundial de Saúde  
ONG- Organização não-governamental  
ONU- Organização das Nações Unidas  
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde  
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAI- Pronto Atendimento Infantil  
PAISC- Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança  
PCLH- Posto de Coleta de Leite Humano  
PCQBLH- Programa de Controle de Qualidade em Bancos de Leite Humano  
PDAD- Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios  
PIB- Produto Interno Bruto  
PNIAM- Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno  
POP - Procedimento operacional padrão  
PSE- Programa Saúde na Escola  
PSF- Programa Saúde da Família  
rBLH- Rede Latino-ibero-afro-americana de Bancos de Leite Humano  
rBLH-BR- Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano  
rBLH-DF- Rede de Bancos de Leite Humano do Distrito Federal  
SES-DF- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
SMAM- Semana Mundial do Aleitamento Materno  
SUS- Sistema Único de Saúde  
UBS- Unidade Básica de Saúde  
UCB- Universidade Católica de Brasília  
UCI- Unidade de Cuidados Intermediários  
UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais  
UNAAM- Unidade de Nutrição e Apoio à Amamentação  
UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância  
UTIN- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal  
UTI NEONATAL- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	23
<b>1.1 Apresentação do tema e delimitação do objeto de estudo</b> .....	23
<b>2- OBJETIVOS</b> .....	31
<b>3- QUADRO TEÓRICO E CONCEITUAL</b> .....	32
<b>3.1 Os caminhos da amamentação no Brasil: aspectos históricos e socioculturais</b> .....	32
<b>3.2 Um perfil da trajetória dos Bancos de Leite Humano no Brasil e a consolidação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano</b> .....	41
<b>3.3 Comunicação e Saúde: aspectos conceituais e possíveis articulações com o Sistema Único de Saúde</b> .....	51
3.3.1 Modelos e teorias da Comunicação .....	54
3.3.2 A comunicação vista pelo Modelo do Mercado Simbólico .....	59
3.3.3 A perspectiva relacional da comunicação e os princípios do Sistema Único de Saúde .....	59
<b>4- METODOLOGIA: O CAMINHO DO ESTUDO</b> .....	69
<b>5- RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	78
<b>5.1 Uma visão geral da Rede de Bancos de Leite Humano do Distrito Federal</b> .....	80
5.1.1 O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) .....	85
5.1.2 O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Planaltina (HRP) .....	93
5.1.3 O Banco de Leite Humano do Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMIB) .....	101
5.1.4 O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Ceilândia (HRC) .....	112
5.1.5 O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Brazlândia (HRBz) .....	119
5.1.6 O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Sobradinho (HRS) .....	125
5.1.7 O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Asa Norte (HRAN) .....	131
5.1.8 O Banco de Leite Humano do Hospital Regional do Gama (HUG) .....	135

5.1.9 O Banco de Leite Humano do Hospital Universitário de Brasília (HUB) .....	139
5.1.10 O Banco de Leite Humano do Hospital Santa Lúcia .....	144
5.1.11 O Banco de Leite Humano do Hospital das Forças Armadas (HFA) .....	149
5.1.12 O Banco de Leite Humano do Hospital Santa Luzia .....	152
5.1.13 O Banco de Leite Humano do Hospital Anchieta .....	155
5.1.14 O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) .....	157
5.1.15 O Banco de Leite Humano do Hospital Regional do Paranoá (HRPa).....	161
<b>5.2 O trabalho da comunicação na perspectiva da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal .....</b>	<b>168</b>
5.2.1 A rotina de trabalho da Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal .....	169
5.2.2 As campanhas oficiais do Ministério da Saúde em prol da doação de leite humano.....	172
5.2.3 As campanhas de incentivo à doação de leite humano no Distrito Federal.....	179
<b>5.3 Um perfil dos principais demarcadores das práticas de comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal .....</b>	<b>187</b>
<b>5.3.1 Grupo 1: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as mães em fase de amamentação .....</b>	<b>189</b>
5.3.1.1 Grupo 1: Visita da equipe do BLH ao Alojamento Conjunto, UCIN e UTI Neonatal.....	190
5.3.1.2 Grupo 1: Atendimento especializado às doadoras de leite humano e seus filhos .....	197
5.3.1.3 Grupo 1: Eventos científicos e comemorativos .....	200
5.3.1.4 Grupo 1: Contato telefônico com as mães após a alta hospitalar e com as doadoras de leite humano .....	204
5.3.1.5 Grupo 1: Visita domiciliar às doadoras de leite humano .....	207

5.3.1.6 Grupo 1: Programas e grupos de apoio às mães e às doadoras de leite humano.....	209
5.3.1.7 Grupo 1: Materiais informativos .....	213
5.3.1.8 Grupo 1: Visita das mães e doadoras às instalações do BLH e Maternidade .....	217
5.3.1.9 Grupo 1: Palestras na comunidade .....	219
5.3.1.10 Grupo 1: Atendimento com agenda aberta .....	220
5.3.1.11 Grupo 1: Pesquisas de satisfação com o cliente/ usuário .....	221
<b>5.3.2 Grupo 2: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os profissionais da mesma instituição .....</b>	<b>222</b>
5.3.2.1 Grupo 2: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com profissionais de setores não especificados .....	224
5.3.2.2 Grupo 2: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Direções .....	228
5.3.2.3 Grupo 2: Comunicação entre os profissionais pertencentes a um mesmo Banco de Leite Humano .....	230
5.3.2.4 Grupo 2: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as UTI Neonatais .....	233
5.3.2.5 Grupo 2: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Maternidades .....	236
5.3.2.6 Grupo 2: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Assessorias de Comunicação .....	237
<b>5.3.3 Grupo 3: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal .....</b>	<b>238</b>
<b>5.3.4 Grupo 4: Comunicação entre os Bancos de Leite Humano do Distrito Federal ..</b>	<b>242</b>

<b>5.3.5 Grupo 5: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Coordenação Distrital/ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal .....</b>	<b>246</b>
<b>5.3.6 Grupo 6: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano .....</b>	<b>248</b>
5.3.6.1 Grupo 6: Assessoria e Consultoria Técnica .....	249
5.3.6.2 Grupo 6: BLH-WEB .....	251
5.3.6.3 Grupo 6: Comunicação Científica .....	253
<b>5.3.7 Grupo 7: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com o Terceiro Setor .....</b>	<b>254</b>
5.3.7.1 Grupo 7: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com instituições de ensino .....	255
5.3.7.2 Grupo 7: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com o Rotary Club Internacional e Casa da Amizade .....	257
5.3.7.3 Grupo 7: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com empresas da sociedade civil .....	260
5.3.7.4 Grupo 7: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com pessoas de visibilidade pública .....	261
<b>5.3.8 Grupo 8: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Atenção Básica .....</b>	<b>262</b>
5.3.8.1 Grupo 8: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os Centros de Saúde .....	263
5.3.8.2 Grupo 8: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os Programas Saúde da Família .....	266

<b>5.3.9 Grupo 9: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Mídia .....</b>	<b>268</b>
<b>5.3.10 Grupo 10: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os Postos de Coleta de Leite Humano .....</b>	<b>270</b>
<b>5.3.11 Grupo 11: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Administrações Regionais .....</b>	<b>272</b>
<b>5.3.12 Síntese dos resultados dos principais demarcadores das práticas de comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal .....</b>	<b>273</b>
<b>6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>276</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>280</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>292</b>

## APRESENTAÇÃO

Os caminhos que me conduziram até o Doutorado foram resultado de um somatório de oportunidades e escolhas que surgiram ao longo da minha trajetória pessoal, profissional e acadêmica. A temática da Saúde, mais especificamente da Saúde da Criança e da Mulher, sempre esteve presente em minha vida, visto que pertenço a uma família de médicos atuantes nessas áreas.

O interesse pela pesquisa sobre o tema e a facilidade em me expressar, principalmente, por meio da redação de textos, talvez, tenham sido os maiores elementos motivadores para a opção pela graduação em Comunicação Social, com habilitação em Jornalismo.

A vida me apresentou, logo no início da minha carreira, a oportunidade de realizar estágio na Assessoria de Comunicação do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hupe/Uerj) e, posteriormente, trabalhar na Revista Ciência Hoje, da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC).

Em 2005, ingressei na Comunicação Social do, então, Instituto Fernandes Figueira (IFF), unidade materno-infantil da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), assumindo a coordenação das atividades de comunicação da instituição. Lá, a afeição pela pesquisa em saúde me impulsionou a buscar por novos conhecimentos e me direcionou para a academia.

Dentre as muitas temáticas referentes à área da Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente, que tive a oportunidade de conhecer, uma destacou-se: doação de leite humano. Sempre em busca de novos caminhos que envolvessem menos a prática diária do Jornalismo e mais a pesquisa, ingressei, em 2007, no Curso de Especialização em Comunicação e Saúde, no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), sendo a minha primeira aproximação com a teoria nas áreas da Comunicação e Saúde e do Aleitamento Materno.

As circunstâncias me conduziram a aprofundar cada vez mais as temáticas, resultando na minha aprovação para a primeira turma do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS/Fiocruz) e, em seguida, dar continuidade no Doutorado na mesma instituição.

Nos últimos anos, passei a acompanhar muito de perto o trabalho da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR), direcionar o meu olhar unicamente para as práticas de comunicação e a doação de leite humano, em um esforço de encontrar respostas para as perguntas que me acompanharam por muito tempo, e também para as novas que foram surgindo no decorrer do estudo.

Foram quatro anos de dedicação exclusiva, diversos encontros científicos e comemorativos, viagens, orientações e imersão na temática. No segundo ano do curso de Doutorado, passei da condição de pesquisadora a de mãe de primeira viagem. Recorri à assistência do BLH do IFF/Fiocruz e, posteriormente, passei a ser doadora de leite humano, ocupando um novo lugar de interlocução diante do contexto que passei a ocupar.

Ruptura com a teoria, mudança de posição no cenário da amamentação, quebra de paradigmas, muitas dúvidas, diversos questionamentos, novas responsabilidades e sentimento de culpa. Por vezes, me perguntava como todas aquelas novidades, nem tão novas para uma estudiosa do assunto, eram tão complicadas na prática, e a superação veio a partir de uma rede de apoio, fortalecida por meus familiares, amigos e profissionais de saúde.

Apoio emocional, discursos, acolhimento, vínculo, cuidado, humanização: tudo isso influenciou diretamente as minhas escolhas naquele momento. Percebi na prática, no cansaço e nos desafios diários, que os discursos das campanhas oficiais do Ministério da Saúde não fazem sentido sem esses conceitos. Por muitas vezes, do ponto de vista emocional, podem até afastar as mães que não se sentem representadas por tais mensagens e pelas imagens das “madrinhas” escolhidas para as peças publicitárias.

Quatro anos, um casamento que se fortaleceu e sobreviveu às minhas ausências, um filho gerado com muito amor, um prêmio com os resultados preliminares deste estudo, uma tese de Doutorado concluída e muito conhecimento acumulado. As próximas páginas que se seguem carregam um misto de sentimentos, de produção de sentidos e revelam a importância em proporcionar subsídios para o planejamento de práticas de comunicação para a doação de leite humano, remetendo a um novo ponto de vista ao campo da Saúde, com amplitude para a área da Comunicação.

## 1- INTRODUÇÃO

### 1.1 Apresentação do tema e delimitação do objeto de estudo

Apesar dos esforços e avanços no campo da Saúde da Criança, antigas questões envolvendo os elevados índices de mortalidade infantil permanecem presentes no cenário da saúde pública brasileira. Em 2013, o país apresentou 38.683 casos de mortes infantis (óbitos até um ano de vida), dos quais 26.500 foram de crianças com menos de um mês de vida (DATASUS, 2014).

Uma das principais ações para a redução desses índices, com ênfase no componente neonatal, é o aleitamento materno, que vem sendo incentivado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) desde o final da década de 1970.

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2013), o aleitamento materno é responsável pela redução da mortalidade infantil em 13% em todo o mundo. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio<sup>1</sup>, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), no ano 2000, previa a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos até o ano de 2015. O compromisso foi firmado por 189 países-membros das Nações Unidas, com o intuito de combater a extrema pobreza e outros males da sociedade. O Brasil superou em 33% a meta proposta, sendo um dos 62 países que a alcançaram, no sentido de reduzir a mortalidade infantil (UNICEF, 2013).

Desde o início dos anos 1980, ocorreu grande mobilização social em favor da amamentação no Brasil. Campanhas foram amplamente direcionadas para o público em geral e a Medicina redescobriu os benefícios da amamentação.

A superioridade do leite humano, como alimento, agente protetor de infecções e modulador do crescimento do lactente, está amplamente descrita na literatura científica do país. A recomendação da OMS e do Ministério da Saúde do Brasil, como medida de saúde pública, é que o leite humano seja o único alimento e oferecido sob livre demanda até os seis meses de idade, e sua manutenção, acrescida de outras fontes nutricionais, até a criança completar 24 meses ou mais.

---

<sup>1</sup> Em 2000, foram definidos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio pela Cúpula do Milênio, sendo eles: 1) Erradicar a extrema pobreza e a fome; 2) Atingir o ensino básico universal; 3) Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4) Reduzir a mortalidade na infância; 5) Melhorar a saúde materna; 6) Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; 7) Garantir a sustentabilidade ambiental; 8) Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento. Fonte: UNICEF BRASIL, <[http://www.unicef.org/brazil/pt/overview\\_9540.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/overview_9540.htm)>, acesso em 05 junho de 2013.



O Brasil tem ocupado lugar de destaque na redução da morbimortalidade infantil, com uma estratégia reconhecida e premiada pela OMS. Trata-se do trabalho desenvolvido pela Rede Brasileira de Banco de Leite Humano (rBLH-BR) (MAIA et al., 2006).

A criação dos Bancos de Leite Humano (BLH) é uma das ações do Ministério da Saúde, que se volta, principalmente, para a Atenção Neonatal. Trata-se de um serviço especializado, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, do seu processamento, controle de qualidade e distribuição (BRASIL, 2006).

As prioridades de atendimento são os portadores de necessidades nutricionais especiais: recém-nascidos prematuros, lactentes portadores de infecção e de deficiências imunológicas, e os casos considerados especiais. A OMS (OPAS, 2010), em estimativa para o ano 2010, revelou que 8,6% dos mais de 10 milhões de nascimentos na América Latina e Caribe foram de bebês prematuros.

A rBLH-BR se consolida de fato como rede, em 1998, por iniciativa do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Trata-se de uma das principais ações da política pública voltada para a área de Atenção à Saúde da Criança. A rBLH-BR está presente em todos os estados do país e no Distrito Federal e atua por meio de 217 unidades de BLHs e 146 postos de coleta de leite humano (PCLH) (RBLH-BR, 2015).

Além disso, atua mediante projetos de cooperação internacional, transferindo tecnologia para países das Américas, Europa e África (OPAS, 2010). Nesse sentido, a Rede Global de Bancos de Leite Humano, coordenada pela rBLH-BR, é considerada um exemplo resolutivo e de eficiência pelos organismos e fóruns internacionais. “A união de esforços, o compromisso e a atuação dos profissionais em favor da saúde pública são apontados por avaliadores externos como elementos centrais desse êxito” (RBLH-BR, 2015).

Por ano, cerca de 180 mil litros de leite humano são pasteurizados e distribuídos a mais de 180 mil recém-nascidos. O programa de doação envolve a participação voluntária de aproximadamente 160 mil mães e, a cada ano, mais de 1.450.000 gestantes e nutrizas buscam apoio assistencial (RBLH-BR, 2015). Cabe salientar que um litro de leite doado é suficiente para alimentar até 10 bebês prematuros internados em UTI Neonatais.

No entanto, “situações como prematuridade e baixo peso ao nascer comumente impedem a amamentação direta ao seio” (ALMEIDA, 1999, p. 104). Em contrapartida, mulheres que amamentam podem produzir leite para além das necessidades do filho. Cerca de 10% das mães em fase de amamentação apresentam excesso de produção de leite, podendo

causar diversos problemas à saúde materna, caso esse excedente não seja retirado de forma adequada (BOCCOLINI et al., 2011).

Contudo, são necessários diversos esforços para que o leite humano chegue aos BLHs, no sentido de informar às mulheres em fase de amamentação sobre a importância do ato de doar o excedente do leite humano. Em contrapartida, percebemos que, muitas vezes, o interesse em divulgar o assunto se limita a ocasiões sazonais.

As ações comunicativas ocorrem, principalmente, durante a Semana Mundial da Amamentação (SMAM), entre 1º e 7 de agosto, e no Dia Mundial de Doação de Leite Humano, em 19 de maio. Nessas datas, o Ministério da Saúde distribui materiais informativos, como cartazes e folderes, e veicula propagandas com discursos oficiais.

Além disso, profissionais de saúde e assessorias de comunicação de unidades materno-infantis promovem eventos institucionais e ações para a mídia. Sendo assim, os meios de comunicação exercem um papel fundamental na sociedade contemporânea, influenciando na produção de sentidos sociais e na opinião pública.

Entretanto, em outros meses do ano, as doações sofrem considerável queda. No Centro de Referência Nacional em BLHs (IFF/Fiocruz), por exemplo, principalmente nos períodos de férias, os estoques caem em 40%. Vale ressaltar que as práticas comunicativas não envolvem apenas ações dirigidas à mídia e precisam estabelecer comunicação com as mulheres em todo o ciclo gravídico puerperal, desde o pré-natal até o seguimento da criança na puericultura. “É pela comunicação que produzimos sentidos e são os sentidos que movem as relações sociais” (MARINS, 2009, p. 1).

Em que pese o fato de o Brasil ter a maior rede de BLH do mundo, realizar investimentos e desenvolver campanhas e ações de comunicação que visam promover a doação, o país opera com déficit estimado, em termos médios, na ordem de 45%, podendo variar de acordo com a região analisada (RBLH-BR, 2014).

Nesse contexto, emerge a Rede de Bancos de Leite Humano do Distrito Federal (rBLH-DF), parte integrante da rBLH-BR, sendo o DF a única região geográfica do mundo na qual foi atingido padrão de autossuficiência em leite humano. Entende-se por autossuficiência, a alimentação exclusivamente com leite humano de todos os recém-nascidos prematuros de baixo peso internados em unidades de terapia intensiva (UTI Neonatais). Esse fato levou o Ministério da Saúde a conferir o título de “A Capital Brasileira dos BLHs”.

Uma das oportunidades de aproximação com o tema ocorreu em 2012, quando participei do evento “Compreendendo e Construindo a Autossuficiência em Leite Humano de Brasília”. Gestores e profissionais, cada um com seus contextos e lugares de fala,

apresentaram seus espaços sociais e suas relações com outros setores, como órgãos públicos e privados, assim como os fatores que levaram o DF a alcançar esse êxito.

Partindo da condição de autossuficiência atingida pela rBLH-DF, percebemos que a investigação pode nos conduzir a vislumbrar as ações de comunicação trabalhadas no DF, como uma das possíveis causas para esse desfecho.

Diante do exposto, cabe questionar: De onde surge esta diferença na dinâmica de trabalho da rBLH-DF frente a toda rBLH-BR? Essa questão nos remete a pensar que o êxito pode ser resultante de um conjunto de fatores. Dentre as possíveis causas podem figurar as decisões políticas para definição de estratégias, investimento financeiro, suporte logístico, comportamento, relações humanas e mobilização de profissionais<sup>2</sup> (ALMEIDA, 2014).

Portanto, se o êxito da capital brasileira é inédito no cenário nacional e internacional, torna-se imprescindível para esta investigação conhecer como se alcançou um nível de qualificação que a torna a região que mais coleta leite humano no mundo e que alimenta com o mesmo todos os recém-nascidos prematuros internados em UTI Neonatais.

Para tanto, há de se considerar que o processo de doação é parte integrante de uma categoria mais ampla – a amamentação, que é biologicamente determinada e socioculturalmente condicionada. Almeida (1999) observou o processo de amamentação, tecendo a rede que miscigena fenômeno biológico e fato social, segundo a lógica proposta por Latour (1994), para compreender os híbridos que se formam entre os domínios da natureza e da cultura. É com essa mesma visão que este estudo se constrói, com ênfase nos aspectos sociais e culturais, dentre os quais estão inseridas as práticas de comunicação.

Do ponto de vista teórico, a Comunicação pertence a um campo interdisciplinar que, em geral, se associa a outras áreas. “Seu estudo leva a compreender as inter-relações com outras áreas da atividade humana, assim como o seu papel nas instituições e nos movimentos sociais” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007 p. 19). Segundo Araújo e Cardoso (2007, p.11), “a comunicação é essencialmente relação entre ideias, conceitos, fatos, campos, pessoas, vozes...”. Dessa forma, essa área do conhecimento não se limita somente à divulgação pela mídia, e sua articulação com o cenário do aleitamento materno, não seria diferente.

Os processos comunicativos se fazem presentes ao longo de toda a história das políticas de amamentação no Brasil, produzindo valores e sentidos sociais que influenciam diretamente no cotidiano dos cidadãos, tornando-se referência. Podem ser desenvolvidos por profissionais

---

<sup>2</sup> Entrevista concedida pelo coordenador da rBLH-BR, João Aprígio Guerra de Almeida, à autora deste estudo, em agosto de 2014.

de comunicação, como jornalistas, publicitários e relações públicas, ou por outros profissionais que estão em contato direto com o usuário nos serviços de saúde.

No caso dos BLHs, os profissionais de saúde assumem papel fundamental, no sentido de informar e esclarecer sobre a importância de amamentar e doar o excedente de leite humano. Entretanto, observa-se em grande parte dos serviços de saúde, o predomínio da perspectiva do Modelo Informacional, também chamado de Modelo da Teoria Matemática da Comunicação (SHANNON & WEAVER, 1949). Esse modelo de transferência de mensagens está presente na área da saúde brasileira desde o século XIX, herdado do movimento higienista, e trata a comunicação como processo linear e unidirecional de envio de mensagens de um emissor a um receptor, por meio de um canal, evitando, ao máximo, os ruídos.

A inflexibilidade do modelo “produz uma prática sem escuta e sem diálogo, que atribui o direito de voz e expressão apenas ao emissor (instituições de saúde ou meios de comunicação), silenciando a maioria” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 47).

A perspectiva teórica da Produção Social dos Sentidos é a base do Modelo do Mercado Simbólico, que faz parte do referencial teórico deste estudo. Proposto por Araújo (2002), esse modelo contempla a “proposta de um modelo de comunicação que possa ser apropriado pelas instituições produtoras ou gestoras de políticas públicas e que corresponda a concepções mais contemporâneas de comunicação” (ARAÚJO, 2003, p.46).

A perspectiva do Modelo de Mercado Simbólico é compreender como se formam os sentidos sociais, ou seja, como surgem as condições de percepção e ação das pessoas sobre o mundo (ARAÚJO, 2002). “Uma estratégia de comunicação é, então, o modo como se ativa algum fragmento desse circuito e como se participa do mercado simbólico, lugar onde os sentidos sociais são produzidos” (ARAÚJO, 2002, p. 292).

De acordo com Araújo (2002), a comunicação surge de um processo de produção, circulação e consumo dos sentidos sociais, no qual os indivíduos disputam os sentidos sobre temas que sejam de seu interesse e de acordo com o lugar de interlocução que ocupam na cena discursiva e social. Nesse contexto, torna-se relevante o lugar que as pessoas ocupam quanto ao seu poder de fala – o lugar de interlocução, sobre o que falam e como falam.

Os campos da Comunicação e da Saúde são permeados de teorias e modelos hegemônicos que, de tão naturalizados, passam a ser considerados como algo comum ao cotidiano dos indivíduos. Por sua vez, a Comunicação e Saúde, ao ser constituída por elementos das duas áreas – Comunicação e Saúde, em sua interface, busca “compreender e agir sobre os processos sociais de produção de sentidos, que afetam diretamente o campo da saúde” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 21).

Ao trabalhar a perspectiva relacional da comunicação, Araújo e Cardoso (2007) percebem a necessária relação entre a comunicação e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3</sup>. São eles: doutrinários - universalidade, equidade e integralidade - e organizativos - descentralização, hierarquização e participação social.

O princípio da universalidade corresponde ao conceito fundador do SUS, que é o da saúde como direito universal. Seu correspondente na comunicação seria a comunicação como direito de todos. “Isto implica, de um lado, no acesso aos meios, canais e espaços de fala e, de outro, na existência de canais e espaços de escuta” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 62).

O princípio da equidade aponta para as diferenças e a valorização do contexto em que as instituições de saúde e os usuários estão inseridos. “A equidade apresenta à Comunicação & Saúde o desafio de promover a redistribuição do poder de produzir e fazer circular suas ideias, de ser ouvido e levado em consideração” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 68).

A integralidade confere ao Estado o dever do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas. Desse princípio, emergem as múltiplas dimensões da comunicação: escuta e reconhecimento do outro; espaços de conversa e troca; articulação de práticas, saberes, memórias, expectativas, emoções e lugares de fala, o que também remete às múltiplas possibilidades de mobilização e de práticas comunicativas (GONÇALVES & MOCELIN, 2013).

O princípio da descentralização “pressupõe uma comunicação redistribuída, que não seja voltada apenas ao fortalecimento do modelo campanhista de saúde e comunicação” (GONÇALVES & MOCELIN, 2013, p.8).

O princípio da hierarquização “leva ao desenvolvimento de mecanismos redistributivos, para que as diversas comunidades discursivas possam cumprir adequadamente suas finalidades, nos níveis que lhes competem” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 81).

O princípio da participação social recomenda que a sociedade seja ativa no planejamento, na implantação e na fiscalização das políticas públicas de saúde. Aborda a importância do acesso à informação (ARAÚJO & CARDOSO, 2007).

Assim sendo, percebemos que a vida contemporânea exige novas formas de convocação e de mobilização das pessoas. A partir das práticas comunicativas, novos sentidos e reflexões surgem e passam a circular na sociedade. Portanto, a capacidade que a

---

<sup>3</sup> A implantação do SUS começou no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080, 1990) e complementada pela lei n.8.142, de 1990.

comunicação tem de produzir novos sentidos a associa a um mercado de trocas simbólicas, que concorrem em direção à legitimidade (ARAÚJO, 2002).

Face ao exposto, consideramos que a doação de leite humano está diretamente relacionada à comunicação, como processo de produção, circulação e apropriação dos sentidos sociais. Partimos do pressuposto de estudo que o DF dispõe de práticas de comunicação mais efetivas do que o resto do país para viabilizar as doações de leite humano.

Portanto, esta pesquisa tem como objetivo conhecer as práticas de comunicação dos BLHs do DF ao longo de sua história e parte da pergunta norteadora – “Qual o lugar da comunicação no processo de construção da autossuficiência em leite humano na rBLH-DF?”.

Para tanto, o estudo se apresenta dividido em seis capítulos. O primeiro se refere a esta introdução, que contempla a apresentação do tema e a delimitação do objeto. Esse capítulo abrange a temática desenvolvida no estudo e a problematização do assunto proposto, buscando propiciar uma visão inicial do campo investigado.

O Capítulo 2 engloba o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa. Por sua vez, o quadro teórico e conceitual foi apresentado no Capítulo 3. Buscou-se nos referenciais teóricos e conceituais do Aleitamento Materno e da Comunicação e Saúde ancoragem para conhecer as práticas de comunicação dos BLHs do DF ao longo de sua história. O terceiro capítulo foi dividido em três subcapítulos, discorrendo sobre os aspectos históricos e socioculturais da amamentação no Brasil e apresentando a trajetória dos BLHs no país, bem como a consolidação da rBLH-BR.

Nessa mesma parte do estudo, estão presentes ainda os subcapítulos que tratam dos aspectos conceituais da Comunicação e Saúde e as possíveis articulações com o SUS, onde são apresentados os modelos e teorias da comunicação, a comunicação vista pelo Modelo do Mercado Simbólico, com base na perspectiva teórica da Produção Social dos Sentidos, e a perspectiva relacional da comunicação e os princípios do SUS.

O caminho do estudo e a metodologia empregada foram trabalhados no Capítulo 4. Foram relatados a escolha do campo da pesquisa, os métodos e técnicas utilizados no estudo, o referencial teórico-metodológico, os procedimentos e instrumentos para a coleta, organização e análise dos dados.

O Capítulo 5 apresenta os resultados e discussão da pesquisa e se organiza em três subcapítulos. Procuramos, com base nos depoimentos contidos no DVD intitulado “Resgate da trajetória histórica dos Bancos de Leite Humano de Brasília” (rBLH-BR, 2012), discorrer sobre: a visão geral da rBLH-DF, o trabalho de comunicação na perspectiva da Secretaria de

Estado de Saúde do DF (SES-DF) e as campanhas oficiais do Ministério da Saúde e do Distrito Federal em prol da doação de leite humano.

Além disso, buscamos traçar um perfil dos principais demarcadores das práticas de comunicação dos BLHs do DF, por intermédio da técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, apresentando os alcances e limites das práticas de comunicação para a autossuficiência em leite humano identificadas na rBLH-DF, ou seja, as práticas que se mostraram favoráveis ou não para a autossuficiência.

O capítulo 6 apresenta as considerações finais desta tese de Doutorado. Por fim, esperamos que o caminho percorrido, a metodologia empregada e os resultados alcançados com esta tese de Doutorado somem esforços à reflexão sobre a aproximação da área da Comunicação e da Saúde, no que concerne a construção de estratégias para o alcance da autossuficiência em leite humano em território nacional, levando em consideração um cenário de rede, visto que tais práticas influenciam diretamente nas formas de trabalhar e construir a realidade.

## **2- OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral:**

Conhecer as práticas de comunicação dos BLHs do DF ao longo de sua história.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

- Traçar um perfil da história de construção da rBLH-DF.
- Identificar os fatos que podem ser considerados como demarcadores históricos das práticas de comunicação no DF.
- Analisar as possíveis relações entre as práticas de comunicação e a autossuficiência em leite humano alcançada pela rBLH-DF.



### 3- QUADRO TEÓRICO E CONCEITUAL

#### 3.1 Os caminhos da amamentação no Brasil: aspectos históricos e socioculturais

Muitos significados e conceitos têm sido apresentados na literatura científica sobre amamentação, com temas que abordam o assunto desde a fisiologia da amamentação até o seu impacto biopsicossocial para a sociedade. No entanto, para a consecução deste estudo, torna-se fundamental o olhar para além do prisma biológico, considerando os aspectos sociais, políticos, culturais e econômicos que o tema contempla.

Almeida (1999) observou o processo de amamentação, tecendo a rede desse fenômeno biológico e fato social, “segundo a lógica proposta por Latour (1994), para compreender os híbridos que se formam entre os domínios da natureza e da cultura” (ALMEIDA, 1999, p.11). É com essa visão de que a amamentação se configura como um híbrido natureza-cultura que este estudo se constrói.

A amamentação é permeada por discursos resultantes da condição social e cultural, com posicionamentos discursivos que nem sempre levam em conta os sentidos existentes nos processos individuais. “A espécie humana é a única entre os mamíferos em que a amamentação, além de ser biologicamente determinada, é fortemente influenciada por fatores socioculturais” (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 1). “Mais do que um fato social ou fenômeno biológico, a amamentação é uma categoria híbrida que se constrói com características, propriedades e atributos definidos tanto pela natureza como pela cultura” (ALMEIDA, 1999, p.23).

Muitos são os benefícios oferecidos pelo aleitamento materno, sendo reconhecido como um componente primordial para as estratégias de diminuição da mortalidade neonatal em todo o mundo. “Do ponto de vista nutricional, o fato de o leite humano conter nutrientes em quantidade e qualidade necessárias para propiciar um desenvolvimento adequado ao lactente” (ALMEIDA, 1999, p.16).

A superioridade do aleitamento materno é unanimidade no meio científico, estando amplamente descrita na literatura científica do país. Essa informação se confirma nas pesquisas bibliográficas em base de dados científicos, onde estão indexadas inúmeras publicações sobre o assunto.

Do ponto de vista econômico, “trata-se de um importante elemento de prevenção de doenças carenciais no primeiro ano de vida, a exemplo da desnutrição proteico-energética.

(...) Em relação à mulher, a recuperação pós-parto, associada à diminuição do sangramento e involução uterina, assim como a praticidade” (ALMEIDA, 1999, p.17).

Observa-se que a mulher, durante toda a história da civilização, contou com a influência do discurso dominante em relação à amamentação, recorrendo ou não a alternativas para alimentar seus filhos, a depender dos discursos cristalizados ou dados como novos de um determinado contexto histórico. “Ao contrário do que ocorreu por pelo menos dois milhões de anos ao longo da evolução da humanidade, a mulher opta (ou não) pela amamentação, e influenciada por uma infinidade de fatores, decide por quanto tempo vai amamentar” (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 1).

Vale destacar que a prática do aleitamento materno não se restringe apenas ao binômio mãe-filho e pode gerar consequências para a sociedade. Segundo a Opas (2013), o aleitamento materno é responsável pela redução dos índices de mortalidade infantil em todo o mundo.

“Ao longo da história do Brasil, a amamentação revelou diferentes significados e se configurou objeto de interesse para inúmeros atores e grupos sociais” (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 1). Em cada período, verifica-se que o comportamento da mulher em relação à amamentação segue os valores sociais e o pensamento ideológico dominante, e que, muitas vezes, os sentidos sobre o aleitamento materno se tornam naturalizados.

Almeida (1999, p. 7) ressalta que “ao se desconstruírem as representações da amamentação, pode-se perceber que esses sentidos socialmente construídos se erguem da fusão do biológico e da cultura”. Para tanto, uma análise exploratória das diferentes construções sobre a amamentação no Brasil, articulando a relação entre o biológico e o social se faz necessária.

O primeiro embate cultural em torno da amamentação talvez se situe na ocasião do Descobrimento do Brasil, visto que era uma prática socialmente difundida na comunidade Tupinambá (ALMEIDA, 1999). “O tupinambá, de certo, foi percebido pelos portugueses como um comportamento instintivo e natural, impróprio para o homem civilizado” (ALMEIDA, 1999, p. 29).

Na sociedade colonial, as mulheres brancas e pertencentes às classes mais favorecidas não tinham como comportamento amamentar e cuidar dos filhos. Essas funções ficavam para as escravas e índias, que representavam as amas-de-leite. “(...) o amor materno não tinha valor social e moral, fato que as levava a considerar a amamentação uma tarefa indigna para uma dama” (ALMEIDA, 1999, p. 30). Dessa forma, a figura da amas-de-leite representou uma alternativa socialmente aceita para garantir a alimentação dos bebês.

Um fator importante observado até o final do século XVIII e início do século XIX foi o lucro obtido com a comercialização do leite humano, que era exclusivo do proprietário das amas-escravas (SOUZA & ALMEIDA, 2005).

No início do século XIX, o Estado passou a atribuir significado econômico e político para a vida da criança, valorizando-a enquanto valor mercantil. “Ela representava uma riqueza econômica em potencial, não só porque o ser humano produzia riquezas, mas também porque era uma garantia de poderio militar” (NAKANO, 1996, p. 12).

No campo da saúde pública, observa-se a predominância de discursos embasados pelo conhecimento médico e científico, que, historicamente, influenciaram diretamente o comportamento humano. Tais discursos se tornam hegemônicos e passam a ser considerados como legítimos pela sociedade.

Marques (2001) salienta a imposição de regras e normas que foram institucionalizadas, em conjunto pela Medicina e pela Pedagogia, com o objetivo de disciplinar o relacionamento dos adultos com as crianças. Como estratégia de fortalecimento do discurso médico dominante, as publicações do período recomendavam que as mães cuidassem pessoalmente de seus filhos e incentivavam a amamentação (SOUZA, 2006).

Ao entendermos que os processos sociais são modificados de acordo com a realidade e o contexto em que estão inseridos, os discursos de cada época carregam os sentidos produzidos e determinados a cada situação de comunicação. Dessa forma, o discurso dominante passa a valorizar os laços entre mães e filhos, incluindo a amamentação. Surge, então, a Higiene, “um segmento da Medicina que começava a se especializar, tornando-se responsável por este binômio” (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 15).

O movimento higienista, que influencia os serviços de saúde no Brasil ao longo de toda a história, inaugurou uma nova fase, privilegiando a modulação do comportamento da mulher em favor da amamentação. “Ao conjunto de técnicas de persuasão e estratégias de ataque a que recorreu, a medicina social chamou de higiene familiar” (ALMEIDA, 1999, p. 32).

Formou-se uma aliança entre a Medicina e o Estado, estabelecida pela reciprocidade de interesses. A Medicina se beneficiava por seu fortalecimento enquanto ator social, passando a se relacionar diretamente com a população à saúde estatal, penetrando nos lares, ditando regras e modelos de comportamento. Para o Estado, que precisava instituir um sistema de controle da população, a aliança com a Medicina permitiu o surgimento de um processo de medicalização de suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas. A meta era converter a família ao Estado pela higiene (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p.15).

Desse modo, percebemos que a amamentação e a maternidade foram construídas socialmente no Brasil e permeadas pelos sentidos produzidos pelos discursos dominantes. Nesse contexto, Almeida (1999, p. 33) considera que “a amamentação foi transformada em um evento meramente biológico e diretamente relacionado aos interesses e expectativas do Estado e do poder médico”.

Em razão dessa realidade, questões emocionais e sociais foram desconsideradas, dando “ênfase ao significado do dever materno de amamentar e, assim, garantir a saúde do filho através da culpabilização da mulher” (SOUZA, 2003, p. 2). Foram condenados o aluguel de escravas como amas-de-leite, visão que coincidia com o movimento econômico do período (SOUZA & ALMEIDA, 2005).

A base da normalização do comportamento da mulher em favor da amamentação se fundamentava no estrito cumprimento das regras impostas, regras estas construídas de forma unilateral e de cunho reducionista, ou seja, mais uma vez direcionadas para a perspectiva biológica, implementadas de forma verticalizada e autoritária. Assim, as mulheres – reduzidas à condição de ser dócil e frágil – foram levadas a cumprir as prescrições e recomendações médicas sem o direito de receber o saber que as fundamentava (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 18).

“O médico era o único guia e, como tal, não aconselhava, dava ordens: o número, a duração e o intervalo das mamadas deveriam ser rigidamente estabelecidos em um período de vinte e quatro horas” (MARQUES, 2001, p. 43).

O discurso científico justificava a importância da amamentação, que carregava maior poder simbólico em relação aos demais discursos da sociedade. “Na lógica do paradigma da amamentação, as mulheres que não conseguiam amamentar eram consideradas desviantes da normalidade, caracterizando uma anomalia e não uma falha no modelo” (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 17). Percebe-se, então, no período, que a visão predominante se direcionava à Saúde da Criança, e não às mulheres, seus contextos, experiências e vivências.

Contudo, a rigidez imposta para o comportamento materno pelas normas médicas e o discurso verticalizado, provenientes do modelo higienista, na prática, não auxiliou nas condições biológicas e psicológicas para a decisão do querer ou poder amamentar. Nesse sentido, “as situações impossíveis de serem solucionadas com as regras propostas pelo modelo higienista, foram consideradas como uma nova patologia: a síndrome do leite fraco” (SOUZA & ALMEIDA, 2005).

O leite fraco assume, então, a posição de ator social, sendo responsabilizado pelo desmame precoce. Para esses casos específicos, a Medicina passou a aceitar o emprego das amas-de-leite (SOUZA & ALMEIDA, 2005).

No início do século XX, o modelo higienista permaneceu dominante no cenário da amamentação. “O médico dizia à mãe que ela devia amamentar, mas não falava como, não dando à mulher possibilidades de verbalizar a respeito das reais causas do fracasso como: não querer, não poder e não saber” (SILVA, 1990). “A mulher certamente precisava ser ouvida, muito mais do que ouvir, pois, por mais que o determinismo biológico fosse inerente à espécie, faltava-lhe o condicionamento cultural favorável” (ALMEIDA, 1999, p. 37).

Observa-se, no período em questão, “o predomínio das concepções e práticas transferenciais ocupadas em disseminar informações à população sobre os procedimentos a serem adotados” (ARAUJO et al., 2009, p. 11). Vale destacar que a comunicação ligada ao projeto sanitário e associada às práticas educativas era entendida como um conjunto de instrumentos voltados para informar e persuadir a população, tendo em vista a modificação dos hábitos e comportamentos (RIBEIRO & SANTOS, 2007).

No início do século XX a ascensão da burguesia brasileira e o advento da industrialização inauguraram uma sociedade de consumo na qual as classes dominadas incorporaram hábitos das classes dominantes. Nesse período, para auxiliar o Estado a redirecionar a mulher de volta ao lar, a fim de ampliar a inserção do homem no reduzido mercado de trabalho, a Medicina Social construiu novos atributos para categorizar a maternidade, todos voltados para a nutrição, o sentimento de amor ao filho e a necessidade de criação de homens saudáveis para o desenvolvimento da pátria (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 20).

A partir da década de 1920, mesmo com todos os esforços da Medicina para retomar a prática da amamentação, por intermédio do discurso ideológico, “(...) o aleitamento materno artificial ganhou força, a medida em que o médico se via a frente da recusa social e/ou da impossibilidade física de amamentar” (SOUZA & ALMEIDA, 2005). “Assim, a corporação médica passou da condenação do desmame ao total estímulo ao aleitamento artificial” (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 20).

A cultura dos leites industrializados no Brasil tem três importantes marcos referenciais no início do século XX (GOLDEMBERG, 1988 apud ALMEIDA, 1999, p. 39). O primeiro, registrado em 1912, refere-se à importação das primeiras remessas de leite condensado e farinha láctea da Suíça. O segundo diz respeito à ampliação do parque industrial brasileiro em 1921, e o terceiro, registrado no mesmo ano, delimita o começo da

fabricação dos leites Ninho e Lactogeno no país (FREDERICQ, 1982 apud ALMEIDA, 1999, p. 39).

A partir da década de 1930, muitas mudanças ocorreram no cenário do aleitamento materno no Brasil. Ocorreu a ampla instalação das fábricas de leites artificiais, apropriando-se do “conhecimento médico e influenciando temas de ensino, pesquisa e eventos” (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 21). “A prescrição frequente dos leites industrializados passou a figurar como elemento de profilaxia da desnutrição infantil” (ALMEIDA, 1999, p. 40). Em vista disso, tornou-se evidente o estímulo ao desmame precoce.

Os médicos eram diretamente influenciados pela estratégia promocional da indústria do leite artificial, que construiu elementos culturais de valorização do leite em pó, introjetados na sociedade brasileira por meio de táticas voltadas prioritariamente aos pediatras e às mães, elementos culturais que evocavam predicados como: pureza bacteriológica, inovação, modernidade, tecnologia, equilíbrio bioquímico, entre outros, inaugurando a vanguarda científica (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 21).

Nesse contexto, “a indústria trilhou um caminho de introjetar o valor cultural de seu produto como a opção ideal para a mulher urbana e moderna. (...) a estratégia de marketing adotada pelas indústrias deu certo, e o médico absorveu a ideia de que o leite materno precisava ser complementado” (SOUZA, 2003, p. 35).

Outros fatores também favoreceram o incentivo ao desmame entre as décadas de 1930 e 1970, como a formação da família nuclear, resultante do processo de urbanização. (...) o aumento dos partos hospitalares, com conseqüente medicalização do ato de nascer; a implantação de berçários para recém-nascidos normais nas maternidades; e a falta de conhecimento do profissional de saúde sobre dietética infantil facilitaram a implantação de normas e políticas de saúde obstaculizadoras do aleitamento materno” (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 22).

Para situações nas quais o modelo de desmame precoce e a utilização de alimentação artificial traziam efeitos adversos, identificou-se a necessidade de criação de BLHs. Nessa época, os BLHs não visavam a promoção e o estímulo à amamentação, tendo como objetivo somente o fornecimento de leite humano. Esse foco se manteve até meados da década de 1980, com a mudança de paradigma, conforme apresentamos no próximo subcapítulo deste estudo.

Em meio a essas mudanças, observou-se a “principal causa determinante das infecções intestinais: a contaminação manual do leite, ocorrida durante a preparação das mamadeiras e decorrente da manipulação inadequada de utensílios domésticos” (MARQUES, 2001, p. 48).

Estudos demonstraram que “especialmente nos países pobres, o risco da mortalidade entre crianças alimentadas artificialmente é superior, em duas ou três vezes, ao observado para os bebês alimentados ao seio” (MARQUES, 2001, p. 48).

“Nos anos 1970, abriu-se uma nova zona de confluência de conhecimentos e práticas obstétricos e pediátricos” (MARQUES, 2001, p. 59). Essa década foi marcada pelo retorno do aleitamento materno no “discurso da saúde pública internacional como estratégia importante para resolver questões de ordem biológica, como a morbidade e a mortalidade infantis decorrentes do desmame precoce” (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 23).

Ocorre, então, a valorização da amamentação e da maternidade, sendo necessários novos discursos e estratégias junto às mulheres, devido às novas exigências e interesses políticos vigentes. Nakano (1996, p.13) ressalta que “na determinação dos valores sociais, o papel dos filósofos, moralistas e dos médicos foram essenciais”.

“A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) iniciaram mobilização em todo o mundo com a finalidade de retomar a valorização do ato da amamentação” (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 24). Em 1980, foi então elaborado o projeto para o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam), cujo lançamento oficial ocorreu em 1981.

“As atividades do Pniam tinham o objetivo de atingir todos os grupos e segmentos sociais, como profissionais de saúde, serviços de saúde, inclusive os hospitais, a mãe e suas condições trabalhistas, escolas, comunidades etc” (SOUZA, 2006, p. 73). O programa estava estruturado com bases no condicionamento comportamental da mulher para que esta amamentasse, deixando sob sua responsabilidade o cuidado com a cria (SOUZA, 2006).

O meio científico confirmava a superioridade do aleitamento materno, divulgando-a fortemente para o público em geral, por intermédio de campanhas nos meios de comunicação de massa. “Representantes de movimentos sociais, tais como sindicalistas, feministas, entre outros, participavam dos grupos de discussão de instâncias decisórias, formados para projetar propostas assistenciais mais amplas para a política de saúde” (SOUZA, 2006, p. 70).

No entanto, “a valorização social da mulher pela maternidade imprimiu-lhe um dever, ou mesmo um destino, tendo apropriada a função de procriar e criar os filhos” (NAKANO, 1996, p. 13). Essa lógica de atuação segue os referenciais do paradigma de amamentação fundado pelo movimento higienista em vigor no Brasil desde o século XIX (ALMEIDA, 1999).

A mobilização pró-amamentação constituiu-se em um dos fatores de maior destaque no cenário da promoção do aleitamento materno no Brasil. O Alojamento Conjunto em maternidades; o estabelecimento de normas para a implantação e o funcionamento de bancos de leite humano; a instituição de um código de comercialização dos sucedâneos do leite materno; a licença-maternidade com duração de 120 dias; o direito das presidiárias, de permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação; a inclusão do tema em currículos escolares; a realização de programas de capacitação de recursos humanos; a implantação de centros de referência; a criação de grupos de apoio a mulheres que amamentam e o desenvolvimento de pesquisas e estudos em colaboração do tema foram as principais conquistas resultantes da mobilização em prol da amamentação (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 25).

O público em geral acompanhou as campanhas em favor do aleitamento materno, transmitidas pelas emissoras de televisão entre os anos de 1982 e 1983. Nesse momento, já eram utilizadas imagens de artistas e famosos. “Amamentação: seis meses que valem uma vida”. Entretanto, “o incentivo ao aleitamento materno sem a criação de condições para que o aleitamento se efetivasse, provocaria um brutal sentimento de culpa em mães impotentes para solucionar um problema do qual eram mais que tudo, vítimas” (SOUZA, 2006, p. 86).

Nesse cenário, a indústria novamente enfrentou resistência, perdendo seu espaço na sociedade. Para tanto, buscou-se alternativas para continuar no mercado. “(...) As situações particularmente ímpares na alimentação de recém-nascidos passaram a ser o principal alvo da indústria” (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 25), ou seja, prematuros extremos impedidos de alimentação diretamente ao seio da mãe.

“O início dos anos 1990 foi marcado por uma crescente e visível crise no paradigma da amamentação, que embasava a política estatal criada nos anos 1980, em que se proclamava a amamentação como um ato natural e instintivo, motivado acima de tudo pelo amor materno” (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 26). Vale ressaltar que “a abordagem biológica do processo de aleitar se constituía na principal fonte de referência para os profissionais de saúde que assistiam à mulher nas questões do aleitamento materno” (NAKANO, 1996, p. 4).

Nesse período, o Pniam estava desativado, retomando as atividades em 1993, por meio do apoio da OMS e do Unicef, tendo como linha de ação a implementação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) em território nacional (SOUZA & ALMEIDA, 2005).

Essa iniciativa, segundo Souza & Almeida (2005, p.26), “passou a incorporar os significados de proteção e apoio à amamentação, superando as formulações que anteriormente só contemplavam aspectos relativos à promoção”.



Ao se focalizar a amamentação com as lentes da relação promoção-proteção-apoio, tornam-se visíveis os contornos que a caracterizam como um fato social, cuja historicidade revela o equívoco das formulações políticas que a contemplam como uma prática natural e passível de resgate (ALMEIDA, 1999, p. 27).

A nova mentalidade em torno do aleitamento materno fez com que outras formas de tratar o assunto surgissem, trazendo a mulher para o centro da cena, levando em consideração a sua realidade social. “Mais do que colocar em crise o saber construído pela Medicina, o concreto vivido pelas mulheres colocou em crise o próprio paradigma da amamentação criado pela higiene” (SOUZA, 2003, p. 147).

Pela primeira vez, entendeu-se que o ato de amamentar não consiste num processo meramente biológico, instintivo, natural e livre de intercursos. Ao contrário, a vivência das mulheres revela ser a amamentação um processo complexo, que demanda aprendizado e apoio por parte dos seus familiares, de profissionais, de instituições de saúde e do Estado (SOUZA & ALMEIDA, 2005, p. 27).

No século XXI, a visão biológica da amamentação permanece presente em diversos programas de governo e discursos dos profissionais de saúde, permeados de ideias e valores oriundos do modelo médico hegemônico. Entretanto, “a amamentação, além de ser biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias<sup>4</sup> e determinantes que resultam das condições concretas de vida” (ALMEIDA, 1999, p.15).

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. (FOUCAULT, 1985, p. 80).

Desde 1985, a taxa de mortalidade infantil no Brasil caiu de 63,2 por mil nascimentos para 19,6 em 2013 (FIOCRUZ, 2014). Porém, “ainda é necessário um grande esforço para que o Brasil atinja índices de aleitamento materno compatíveis com a recomendação da OMS” (VENÂNCIO et al., 2010, p. 317).

---

<sup>4</sup> Segundo Fiorin (2000, p. 32), “a cada formação ideológica corresponde uma formação discursiva, que é o conjunto de temas e de figuras que materializa uma dada visão de mundo. Essa formação discursiva é ensinada a cada um dos membros de uma sociedade ao longo do processo de aprendizagem linguística”.

### **3.2. Um perfil da trajetória dos Bancos de Leite Humano no Brasil e a consolidação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**

É gratificante perceber que as dificuldades iniciais foram pouco a pouco superadas, e que a Rede segue crescendo quali-quantitativamente. Novos bancos de leite humano, novos hospitais, novas cidades, novas regiões, novos países, e o que mais importa – novas crianças, mães e famílias beneficiadas. Ao mesmo tempo, profissionais se qualificam mais, aumentam os trabalhos de pesquisa científica e de desenvolvimento tecnológico no âmbito da Rede, ampliando, dia a dia, as oportunidades de melhoria da qualidade dos serviços e produtos (RBLH-BR, 2015).

A Resolução nº 171, de 4 de setembro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico para instalação e funcionamento de BLH e posto de coleta de leite humano, entende por BLH “um serviço especializado, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, do seu processamento, controle de qualidade e distribuição” (BRASIL, 2006).

Por posto de coleta de leite humano, a Resolução nº 171 (BRASIL, 2006) o conceitua como “unidade, fixa ou móvel, intra ou extra hospitalar, vinculada tecnicamente ao BLH e administrativamente a um serviço de saúde ou ao próprio BLH, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz e sua estocagem”.

Os Bancos de Leite têm sido um dos mais importantes elementos estratégicos da política estatal em favor da amamentação, no decurso das duas últimas décadas no Brasil. Contudo, as percepções e construções sociais acerca dessas unidades de serviço estiveram sujeitas a uma série de flutuações ao longo da história. Desde a implantação da primeira unidade no país, atores e grupos sociais imputaram significados aos bancos de leite que permitiram caracterizá-los tanto como estruturas de apoio às situações de excepcionalidade do desmame comerciogênico, quanto como unidades de atendimento a serviço da amamentação, a depender do momento histórico que se considere (ALMEIDA, 1999, p. 91).

Diante disso, torna-se relevante resgatar a história dos BLHs no Brasil, desde a sua primeira unidade implantada. A trajetória dos BLHs no Brasil pode ser dividida em três períodos distintos, conforme demarca Maia et al. (2006, p. 286):

1943/1984 - fase inicial de consolidação com a implantação da primeira unidade; 1985/1997 - ampliação da forma de atuação, com a incorporação de atividades de promoção, proteção e apoio à amamentação; e a partir de 1998 – desenvolvimento do projeto da Rede Nacional cujo modelo instala um processo de crescimento pautado na descentralização e na construção de competência técnica nos estados e municípios (MAIA et al., 2006, p. 286).

A primeira fase teve início em 1943, com a implantação da primeira unidade no Instituto Nacional de Puericultura que, nos tempos atuais, é o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). O BLH tinha como principal objetivo coletar e distribuir leite humano para atender os casos considerados especiais, como prematuridade, perturbações nutricionais e alergias (ALMEIDA, 1999, p.91).

O BLH não visava promover à amamentação, tendo como único foco o fornecimento de leite humano, voltado para atender as necessidades especiais em que as fórmulas lácticas não apresentavam respostas adequadas. Nesse período, o aleitamento materno no Brasil passava por uma fase de declínio, devido à valorização dos leites industrializados.

Por ter sido a primeira unidade em funcionamento, entre as décadas de 1940 e 1970, serviu como modelo para outras instituições, repassando a proposta de operar exclusivamente com coleta e distribuição de leite humano, sem desenvolver atividades de promoção, proteção e apoio à amamentação. Nesse sentido, as doações de leite humano não eram feitas exclusivamente com finalidades solidárias.

Em 1985, o cenário do BLH do IFF/Fiocruz começou a mudar, sendo o “responsável pelo processo de reestruturação operacional que culminou no estabelecimento do atual paradigma para bancos de leite humano no país” (ALMEIDA, 1999, p. 99).

Assim sendo, “pode-se dizer com segurança que o Banco de Leite Humano do IFF ultrapassou a condição de ama-de-leite do século XX, para cumprir o papel de unidade de serviço de saúde voltado para a promoção, proteção e apoio à amamentação” (ALMEIDA, 1999, p.106).

Dessa forma, na década de 1980, iniciaram-se novas experiências no âmbito do BLH do IFF/Fiocruz, sobretudo, em relação ao processamento e controle de qualidade do leite humano. Esse modelo, que permite aliar baixo custo operacional ao rigor técnico, capaz de assegurar qualidade ao leite humano coletado, armazenado e distribuído, foi disseminado por todos os BLH no Brasil (ALMEIDA, 1999).

“O principal objetivo dos BLH, por mais de 40 anos (de 1943 a 1985), foi a coleta. A doação não resultava de um processo voluntário e consciente” (MAIA et al, 2006, p. 286). O grande apelo era feito por intermédio dos benefícios oferecidos pelas doações e não pelo espírito de solidariedade humana, como ocorre nos tempos atuais. Parte do leite coletado era destinada a pacientes internados no próprio Instituto.

Os receptores externos, após cadastro e com requisição médica, obtinham a maior parte do quantitativo de leite humano. Para esses receptores, o leite distribuído era pago (ALMEIDA, 1999).

Na década de 1980, o Brasil passou a experimentar importantes transformações sociais no cenário do aleitamento materno, com o desenvolvimento de uma política estatal focada na temática.

Em 1981, foi criado o Pniam, com diversas atividades em prol da amamentação, que tinha, segundo Souza (2006, p. 73), “o objetivo de atingir todos os grupos e segmentos sociais como profissionais e serviços de saúde, inclusive os hospitais, a mãe e suas condições trabalhistas, escolas, comunidades etc”.

“Contudo, a situação em que se encontrava a maioria dos poucos bancos de leite existentes no Brasil não era promissora, o que conduziu o Ministério da Saúde a mobilizar esforços em direção a mudança neste perfil” (ALMEIDA, 1999, p. 103).

Souza (2006) observa que a década de 1980 se caracterizou pela construção de fatos voltados para o contexto assistencial, buscando novas estratégias para retomada da amamentação. Ocorreu a primeira legislação que regulamentou a implantação e o funcionamento dos BLHs.

Essa legislação foi fruto de um convênio entre o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), autarquia do Ministério da Saúde, responsável pelo planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento natural, e a Fiocruz, em 1986, para a implantação do Centro de Referência Nacional para BLHs no IFF/Fiocruz.

Esse período foi marcado por um novo cenário para os BLHs na saúde pública brasileira. “Estrutura-se um novo modelo e ocorre também importante expansão do número de BLH instalados no Brasil” (MAIA et al., 2006, p. 286). O trabalho foi conduzido no sentido de “transformar o Banco de Leite em uma unidade a serviço da amamentação” (ALMEIDA, 1999, p. 104). Contudo, foi preciso romper completamente com o paradigma fundado em 1943. Inicia-se, então, a segunda fase da trajetória dos BLHs no Brasil.

A coleta, processamento e distribuição de leite humano passaram a assumir um papel secundário, constituindo apenas em uma parte das ações praticadas em favor do lactente clinicamente impossibilitado de ser amamentado pela própria mãe. Esta, por sua vez, tornou-se um dos principais alvos assistenciais do Banco de Leite Humano (ALMEIDA, 1999, p. 104).

Essa década se destacou ainda por apresentar uma expansão no número de BLHs, nunca antes registrada, na história dessas unidades de serviço. Maia (2004, p. 60) destaca que “no intervalo de cinco anos (1985 a 1990) foram identificados 47 novos serviços. Na década seguinte, esse número ultrapassaria 100 unidades”. “Esse novo modelo induziu um período de

franca expansão e viria mais tarde a se transformar na maior rede mundial de bancos de leite humano” (MAIA et al, 2006, p. 286).

A literatura é quase unânime em recomendar leite materno para os recém-nascidos prematuros, incluindo os de muito baixo peso. E isso se deve ao crescente número de evidências epidemiológicas que mostram a importância do leite humano – materno, de preferência – para esses recém-nascidos, não só para a sua sobrevivência, mas para a sua qualidade de vida (GIUGLIANI, 2002, p. 183).

A doação de leite humano passou a ter caráter voluntário, altruísta e não remunerado direta ou indiretamente, “sendo vedada a comercialização dos produtos coletados, processados e distribuídos pelo BLH e pelo Posto de Coleta de Leite Humano” (BRASIL, 2006). Entende-se por doadora de leite humano “a nutriz saudável que apresenta secreção láctea superior às exigências de seu filho, que se dispõe a ordenhar e a doar o excedente; ou aquela que ordenha o próprio leite para manutenção da lactação e/ou alimentação do seu filho” (BRASIL, 2006).

A literatura científica brasileira evidencia que o leite humano doado, após o processo de pasteurização, torna-se elemento vital e, portanto, a melhor opção para a alimentação do recém-nascido prematuro, nos casos em que a mãe biológica está impedida de amamentar, devido aos aspectos nutricionais não identificados em nenhuma fórmula em pó.

“Os BLHs e os postos de coleta de leite humano devem estabelecer programas capazes de garantir captação de número adequado de doadoras, para atender à demanda dos receptores das unidades assistidas” (ALENCAR, 2008, p.88). Percebe-se assim a presença de ações de comunicação para viabilizar novas doações, conforme enumera Alencar (2008, p.88):

Orientação pré-natal e/ou distribuição de material escrito contendo informações referentes a vantagens e manejo da amamentação, anatomia da mama, fisiologia da lactação, técnicas de ordenha do leite excedente, conservação e doação, entre outras. Orientação às puérperas internadas nas maternidades e/ou distribuição de material escrito contendo informações referentes às técnicas de ordenha manual do leite excedente, conservação, doação e outras. Orientação nos serviços de acompanhamento pós-natal das patologias relacionadas à amamentação. Orientação nos ambulatórios, Centros de Saúde, locais de atuação das equipes do Programa Saúde da Família e em outros serviços que acompanham crianças menores de seis meses, e/ou distribuição de material escrito contendo informações referentes às técnicas de ordenha manual do leite excedente, conservação, doação e outras. Divulgação em rádio, televisão, jornais, escolas, eventos, etc (ALENCAR, 2008, p.88).

Almeida (1999, p. 88) considera que diante dessa nova perspectiva, “há de se operar um novo paradigma, capaz de ir além das possibilidades apresentadas pela matriz biológica – que

se fundamenta na desconstrução do leite humano em favor da compreensão do significado social de seus constituintes”.

Em 1998, foi criada pelo Ministério da Saúde, através do Centro de Referência Nacional da Fiocruz, a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. O lançamento ocorreu durante o I Congresso da Rede, apresentando como temática central “Excelência em BLH – uma visão de futuro”.

O evento ampliou a visibilidade do modelo brasileiro. Na ocasião, foi atribuído ao IFF/Fiocruz a responsabilidade de desenvolver um programa de qualidade para as unidades que compõem a Rede e nortear a formulação, implantação e acompanhamento da política estatal, no âmbito de atuação dos BLHs no país.

Tal fato significou, por um lado, importante decisão de política pública no campo da saúde e, de outro, sedimentou um novo modelo de gestão mais apropriado à realidade de expansão que se verificava naquele momento. A ideia de trabalho em rede se apresentava como solução apropriada (MAIA et al., 2006, p. 286).

A consolidação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR) ocorre combinada com sua expansão e resulta de um processo histórico caracterizado pela busca da qualidade associada à experiência e conhecimentos acumulados no âmbito do BLH do IFF/Fiocruz. O novo modelo de atuação da rBLH-BR estabelece, então, articulações, de forma instucionalizada, com os Centros de Referência Estaduais (CRE) e suas respectivas Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano (MAIA et al., 2006).

Os CRE são responsáveis por implementar ações estratégicas para a sua área de abrangência, com objetivo de desenvolver educação permanente, pesquisas operacionais e prestar assessoria técnica aos BLHs (FIOCRUZ, 2012). Todos os estados brasileiros e o DF possuem um centro de referência, que são auxiliados pelo Centro de Referência Nacional e Iberoamericano para BLHs, localizado no IFF/Fiocruz, no Rio de Janeiro.

A rBLH-BR apresenta como objetivo nortear a formulação, implementação e acompanhamento da política estatal no âmbito de atuação dos BLHs em todo o território brasileiro. Tem a função ser uma ação estratégica da política pública para a saúde quanto a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no terceiro nível de atenção (RBLH-BR, 2014).

Em 2016, a rBLH-BR, além de funcionar como Centro de Referência Nacional e Iberoamericano para BLHs, garante um trabalho em rede, em articulação com os Centros de

Referência Estaduais, com as Comissões Estaduais em Banco de Leite Humano e com os respectivos BLHs das unidades federativas.

A política de atuação da rBLH-BR é sustentada por dois fundamentos: “a prática institucional com compromisso e responsabilidade social e o exercício de solidariedade social, que ocorre por meio das doações voluntárias de leite humano ordenado” (MAIA, 2004). Seu trabalho foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e contemplado com o prêmio Sasakawa de Saúde 2001, por ser o melhor projeto de saúde pública apresentado, em decorrência do impacto na redução da mortalidade infantil (MAIA, 2004).

A ação coordenada, a investigação e o desenvolvimento tecnológico são os elementos mais importantes de apoio da gestão da rBLH-BR, que possibilitam conciliar um alto rigor técnico com baixo custo operacional. Tais elementos garantem qualidade reconhecida internacionalmente e respostas para as diferentes demandas geradas pela sociedade brasileira (IBERBLH, 2014).

Em julho de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, “com orientação para ação de todos os profissionais que lidam com a criança, podendo esta se beneficiar com cuidado integral e multiprofissional. Entre as ações apresentadas no pacto está o incentivo ao aleitamento materno” (SOUZA, 2006, p. 80).

Na medida em que a rBLH-BR foi se ampliando, gestores perceberam a necessidade de criar espaços para o tratamento da difusão da informação científica e tecnológica em sua área de atuação. Por essa razão, a rBLH-BR buscou parceira com o Icict/Fiocruz, que passou a ser polo de articulação de todas as questões voltadas para as áreas da Comunicação e da Informação no âmbito da Rede.

Em 2005, foi criado o Centro de Tecnologia e Informação em Bancos de Leite Humano e Aleitamento Materno (CTIBLHAM), que formaliza a parceria entre a rBLH-BR e o Icict/Fiocruz, ou seja, a interação de informação e comunicação no campo da Ciência e Tecnologia em Saúde com a política de ampliação de BLHs (RBLH-BR, 2014).

O CTIBLHAM apresenta como objetivo: promover a extensão da cobertura da rBLH-BR com ênfase para as regiões de risco, com vistas a redução da mortalidade infantil e em atenção ao cumprimento dos objetivos do milênio. Além disso, o Centro realiza ações de ensino, capacitação e treinamento de recursos humanos, contribui para a ampliação do Sistema de Informação e Vigilância em BLHs, e busca desenvolver, difundir e implementar tecnologias no âmbito da América Latina (RBLH-BR, 2014).

A experiência da rBLH-BR inspirou a criação do Programa Iberoamericano de Bancos de Leite Humano (IberBLH) e, posteriormente, o surgimento da Rede Iberoamericana de Bancos de Leite Humano, aprovada em 2007, no Chile, durante a 17ª Cúpula Iberoamericana de Chefes de Estado e Governo.

Em busca de informação científica e tecnológica para dar sustentação aos seus procedimentos, os Bancos de Leite Humano do Brasil traçam linhas, firmam elos e constroem a concepção de trabalho em rede. Um verdadeiro tecido vem sendo costurado pelo conhecimento a partir de 1985. E hoje já atravessou as fronteiras brasileiras e caminha por 23 países da região ibero-americana, criando a rBLH (rBLH-BR, 2013).

A Rede IberBLH proporcionou a implantação de BLHs em 23 países, incluindo o Brasil, sendo eles: Argentina, Uruguai, Venezuela, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Espanha, Portugal, Panamá, Paraguai, Peru, Andorra, Chile, Nicarágua, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, República Dominicana, México e Cuba, e três países da África, além da formulação de projetos de cooperação com outros países da Iberoamérica (IBERBLH, 2015).

A Rede IberBLH apresenta como objetivo apoiar a implantação de pelo menos um BLH em cada país, capaz de atuar como núcleo de referência da Rede Iberoamericana e como um espaço de intercâmbio de conhecimentos e tecnologia no campo do aleitamento materno e BLHs, contribuindo para a redução da mortalidade infantil.

Por intermédio da Portaria nº 696<sup>5</sup>, de 16 de dezembro de 2010, a Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (SAS/MS) instituiu a Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH).

Esta comissão visa assessorar a Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, da SAS/MS, na formulação, controle e avaliação da política relativa aos BLHs, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros; discutir diretrizes, identificar necessidades e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos; assessorar o monitoramento das atividades, participar

---

<sup>5</sup> A Portaria nº 696, no Art. 2º estabelece que a CNBLH terá a seguinte composição: I - Coordenador da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno; II - Coordenador da rBLH-BR; III - Presidente da Associação Brasileira de Profissionais de BLHs; IV - Representante dos coordenadores dos BLHs da Região Sudeste; V - Representante dos coordenadores dos BLHs da Região Norte; VI - Representante dos coordenadores dos BLHs da Região Sul; VII - Representante dos coordenadores dos BLHs da Região Nordeste; e VIII - Representante dos coordenadores BLHs da Região Centro-Oeste;

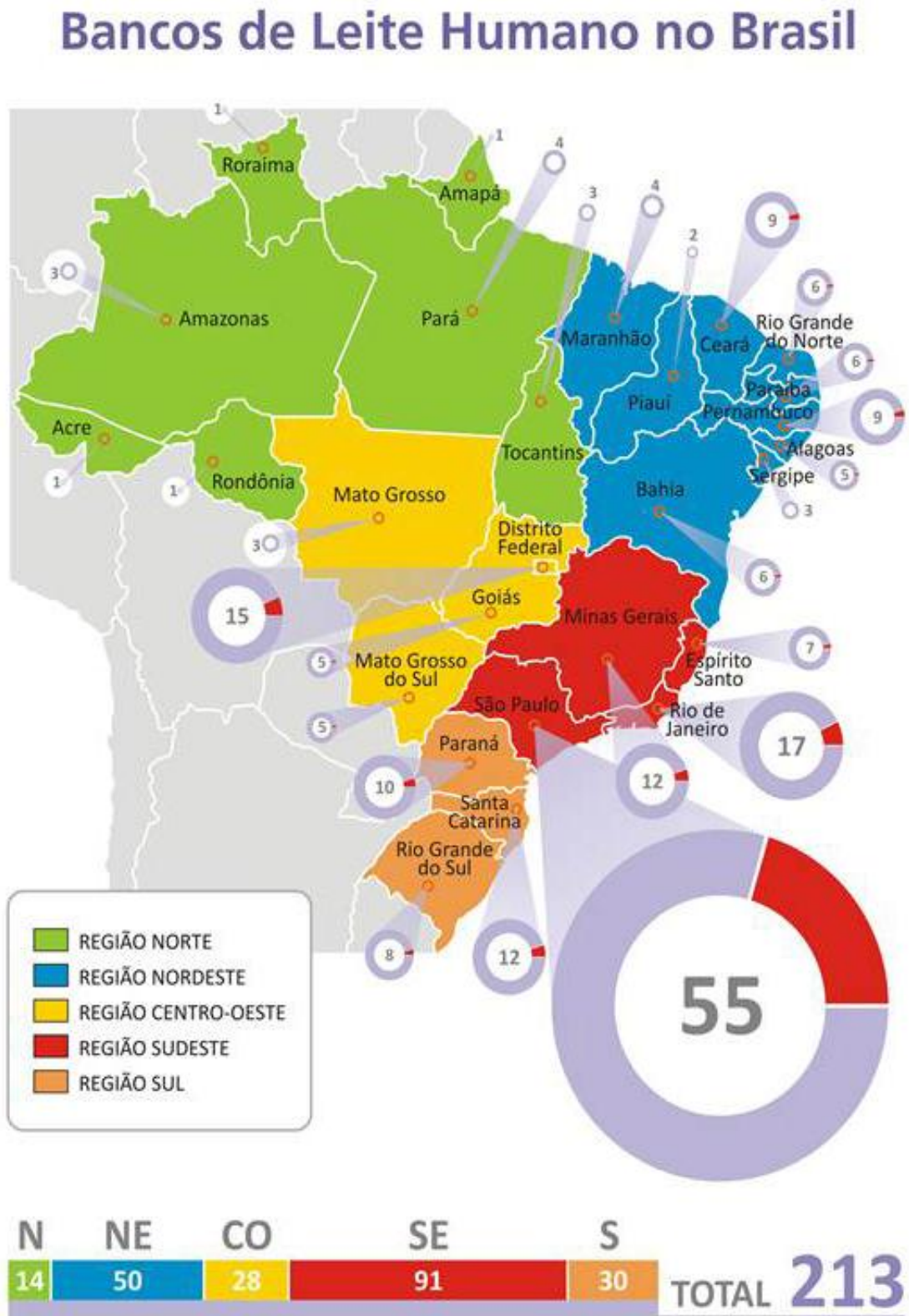


do redirecionamento de estratégias, apoiar o processo de articulação, mobilizando e sensibilizando setores do governo e da sociedade civil para o desenvolvimento de ações inerentes ao tema; e propor medidas sobre assuntos afetos submetidas à Comissão.

A Portaria nº 696 (BRASIL, 2010) considera que: o crescimento da rBLH-BR ocorre em decorrência da articulação bem sucedida entre política pública de saúde, integração interinstitucional e atendimento a demandas da sociedade por melhoria da qualidade de vida; que a expansão e a consolidação da rBLH-BR são delimitadas pela necessidade de capilarização das atividades de promoção do aleitamento materno e aumento do número de BLHs instalados; que o crescimento do número de BLHs no Brasil necessita de ordenamento para uma estruturação adequada aos princípios do SUS; que a necessidade de estabelecer condições que permitam a extensão da cobertura da rBLH-BR com ênfase para as regiões e populações de risco segundo os critérios estabelecidos pelas políticas públicas de saúde através da implantação de novos BLHs (BRASIL, 2010).

Até o ano de 2015, a rBLH-BR contemplava 217 unidades de BLH e 146 PCLH localizados em todo o país (RBLH-BR, 2015). A distribuição dos BLHs no Brasil pode ser conferida na figura 1.

Figura 1: Bancos de Leite Humano no Brasil (2014)



Fonte: rBLH-BR (2014). Elaborado por Vera Lúcia Fernandes de Pinho (Design Gráfico/Icict/Fiocruz)<sup>6</sup>

<sup>6</sup> O infográfico foi elaborado pela rBLH-BR em 2014, não tendo outras atualizações até o período de conclusão deste estudo.

O ano de 2015 marcou uma década de união de esforços para a construção da Rede Latino-ibero-afro-americana de Bancos de Leite Humano (rBLH). A Carta de Brasília de 2015 foi assinada durante o II Fórum ABC-Fiocruz-Ministério da Saúde de Cooperação Internacional em Bancos de Leite Humano, ocorrido de 21 a 24 de setembro de 2015, em Brasília-DF, ocasião em que foi anunciada a denominação “Rede Global de Bancos de Leite Humano”.

Em 2005, foi assinada a primeira Carta de Brasília, e a segunda em 2010, direcionando os trabalhos da rBLH rumo à consolidação e expansão no cenário internacional (RBLH-BR, 2015). A carta assinada em 2015, trata-se da terceira versão de um documento que estabelece as diretrizes para a política de expansão da rBLH para outros países.

### **3.3 Comunicação e Saúde: aspectos conceituais e possíveis articulações com o Sistema Único de Saúde**

A fundamentação teórica que orientou os caminhos deste estudo foi a da produção social dos sentidos, buscando compreender a comunicação como processo baseado na interlocução e na negociação de sentidos, sendo modelada pelas práticas sociais (ARAÚJO, 2009).

Parte-se do entendimento de que a articulação do contexto cultural e social pressupõe de um processo de negociação permanente dos sentidos sociais, que passa a estabelecer novos sentidos, de acordo com as experiências anteriores, a história particular de cada indivíduo e ao próprio lugar do sujeito no mundo. Portanto, este estudo reconhece que as práticas sociais do campo da saúde são permeadas de elementos da comunicação, em uma perspectiva relacional entre contextos e interlocutores para as ações de saúde.

Araújo (2002) considera a comunicação como um processo de produção, circulação e consumo dos sentidos sociais e destaca conceitos que se tornaram fundamentais para a consecução deste estudo, como a produção social dos sentidos, o lugar de interlocução, o contexto, as relações de poder, o discurso e o Modelo de Mercado Simbólico. A perspectiva teórica tem como contribuições autores como Orlandi (1983), Foucault (1985, 1986, 1996), Fairclough (2001), Araújo (2002) e Araújo e Cardoso (2007).

Em sua célebre aula inaugural “A Ordem do Discurso”, no Collège de France, em 2 de dezembro de 1970, Michel Foucault ressaltou a ideia de que o discurso sempre se produz em razão de relações de poder. Para Foucault, “tudo está imerso em relações de poder e saber, que se implicam mutuamente, ou seja, enunciados e visibilidades, textos e instituições, falar e ver constituem práticas sociais por definição permanentemente presas, amarradas às relações de poder” (FISCHER, 2001, p. 200).

Orlandi (1983, p. 158) ressalta que “falar em discurso é falar em condições de produção”. “Em toda a sociedade, a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada e redistribuída por certo número de procedimentos, que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório” (FOUCAULT, 1996, p.8). “Sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa” (FOUCAULT, 1996, p.9).

Gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da

prática discursiva. (...) não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irreduzíveis à língua e ao ato da fala. É esse mais que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (FOUCAULT, 1986, p.56).

“As práticas discursivas são moldadas e transformadas pelas relações e pela luta de poder. Este é um movimento dialético, que torna irrecusável a prática discursiva como um modo de ação / transformação sobre o mundo” (ARAÚJO, 2002, p. 41). Dessa maneira, as posições discursivas que os sujeitos ocupam ocorrem a partir das vozes que circulam em seus contextos e suas relações dialógicas.

Araújo (2002) destaca que o poder simbólico é um conceito referente à prática discursiva e que designa o tipo de poder pelo qual se luta e se conquista no âmbito dos sentidos sociais. A predominância dos discursos construídos para a sociedade deve-se, em grande parte, ao poder simbólico, conceito de Pierre Bourdieu (1989). Esse conceito é definido como “uma forma de construção da realidade e interação com o mundo”. O poder de fazer ver e crer é estruturante para as relações e práticas de comunicação (ARAÚJO & CARDOSO, 2007).

Araújo (2002, p.48) enfatiza que “uma forma de hegemonia é a naturalização (e consequente aceitação) de práticas discursivas estruturadas, em modos particulares, nas ordens de discurso. Essas adquirem materialidade através de formas textuais”. Desse modo, um discurso que está tão naturalizado na sociedade, não é visto como uma medida de controle e de interesses das vozes dominantes e autorizadas, e sim como algo natural.

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo, como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais que uma instância negativa que tem por função reprimir (FOUCAULT, 1985, p.8).

Outro conceito abordado neste estudo é o de discurso como espaço de mudança social e cultural. “O discurso é uma prática, não apenas de representação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado” (FAIRCLOUGH, 2001, p.91).

Ao usar o termo 'discurso', proponho considerar o uso de linguagem como forma de prática social e não como atividade puramente individual ou reflexo de variáveis situacionais. Isso tem várias implicações. Primeiro, implica ser o discurso um modo de ação, uma forma em que as pessoas

podem agir sobre o mundo e especialmente sobre os outros, como também um modo de representação. (...) Segundo, implica uma relação dialética entre o discurso e a estrutura social, existindo mais geralmente tal relação entre a prática social e a estrutura social (FAIRCLOUGH, 2001, p.91).

Orlandi (1983, p. 158) destaca que “o conceito de discurso é o da linguagem em interação, ou seja, aquele em que se considera a linguagem em relação às suas condições de produção”.

Como exposto por Pêcheux (1979), são formações imaginárias e nessas formações contam a relação de forças (os lugares sociais dos interlocutores e sua posição relativa no discurso), a relação de sentido (o coro de vozes, a intertextualidade, a relação que existe entre um discurso e outros), a antecipação (a maneira como o locutor apresenta as representações do seu interlocutor e vice-versa) (ORLANDI, 1983, p. 158).

“A relação dialética entre realidade e discurso é mediada pela linguagem, que não se dissocia das relações de poder” (ARAÚJO, 2011, p. 25). “O poder das palavras só se exerce sobre aqueles que estão dispostos a ouvi-las e a escutá-las, em suma, a crer nelas (...) Se o trabalho político é, quanto ao essencial, um trabalho sobre as palavras, é porque as palavras ajudam a fazer o mundo social” (BOURDIEU, 1989, p. 61).

“Os modelos de comunicação e os de saúde estiveram sempre associados aos interesses internacionais estratégicos no país, o que acentua seu caráter de espaço de lutas” (SANTOS, 2007, p. 23). “As regras do jogo, que são dadas pelos núcleos centrais, se naturalizam e, se não forem questionadas, serão o principal esteio da manutenção da ordem dominante” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 96).

Araújo e Cardoso (2007, p. 11) destacam “a permanente inquietação e uma desconfiança com o que está estabelecido, naturalizado, cristalizado, com as estruturas de poder, com os sistemas de dominação”. Araújo et al. (2009, p. 105) observam algumas características dos campos da Comunicação e da Saúde que conversam diretamente com a temática deste estudo:

Destacam o forte acento no indivíduo, como responsável por sua saúde; os determinantes sociais das doenças, assim como os econômicos, os políticos e os ambientais são ignorados, o privilegiamento das falas autorizadas, particularmente as institucionais que veiculam um saber médico-científico, a presença hegemônica dos discursos higienista e preventivista, a comunicação vista como transferência de informações de um polo detentor de conhecimentos para um polo receptor e desautorizado; e a abordagem campanhista, focada em investimentos sazonais ou emergenciais (ARAÚJO et al., 2009, p. 105).

### 3.3.1 Modelos e teorias da Comunicação

Os modelos e teorias da Comunicação são estudos acadêmicos que pesquisam os efeitos, origens e funcionamento do fenômeno da Comunicação Social e se desenvolveram em determinados contextos sociais, históricos e econômicos, em que as comunicações de massa apareceram ou se difundiram (WOLF, 1999).

De acordo com Araújo & Cardoso (2007, p.37), “teorias e modelos são objeto de disputa quando se trata da luta pelo poder simbólico, pelo poder de fazer as pessoas olharem o mundo e agirem sobre ele através de uma determinada ótica”. Dessa forma, a compreensão de determinados modelos se torna fundamental para entender as relações existentes entre as instituições de saúde e a população.

As teorias e modelos da Comunicação surgem no início do século XX e se dividem em duas fases, sendo a primeira com ênfase nas mensagens dos meios de comunicação de massa e seus efeitos sobre os indivíduos, e a segunda se detêm no processo de seleção, produção e divulgação de informação por intermédio da mídia. Para a reflexão sobre os objetivos deste estudo, elegemos traçar um panorama das teorias e modelos da comunicação da primeira fase.

Um modelo de teoria da comunicação amplamente difundido na década de 1940 foi a Teoria Hipodérmica, também conhecida como Teoria da Bala Mágica. Esse modelo foi desenvolvido no período entre guerras (entre a I e II Guerras Mundiais). Essa teoria descreve a ação comunicativa como uma mera “relação automática de estímulo e resposta, reduzindo a dimensão subjetiva da escolha em favor do carácter manipulável do indivíduo e, acima de tudo, reduzindo a ação humana a uma relação de causalidade linear” (WOLF, 1999, p. 26).

A Teoria da Bala Mágica trabalha com a ideia de que a mensagem transmitida pelos meios de comunicação de massa era aceita sem resistência entre todos os receptores e de forma idêntica, sendo dirigida às massas. Os indivíduos eram percebidos como alvos e seus comportamentos poderiam ser moldados por esses meios, mediante uma série de estímulos (ARAÚJO & CARDOSO, 2007).

“Além disso, pode descrever-se o modelo hipodérmico como sendo uma teoria da propaganda e sobre a propaganda; com efeito, no que diz respeito ao universo dos meios de comunicação, esse é o tema central” (WOLF, 1999, p. 7). Esse modelo de comunicação se mostra “uma herança forte e renitente e subsidiando muitas práticas atuais” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 40).

O Modelo de Lasswell surge da Teoria Hipodérmica, em 1948, buscando apresentar as falhas do modelo em questão. O Modelo de Lasswell explica que uma forma adequada para

descrever um ato de comunicação é responder cinco questões cruciais para a compreensão da mensagem midiática: “Quem? Diz o quê? Através de que canal? A quem? Com que efeito?” (WOLF, 1999).

A Teoria Empírico-Experimental, também conhecida como Teoria da Persuasão, desenvolvida a partir da década de 1940, baseia-se em aspectos psicológicos e entende “o processo comunicativo como uma relação mecanicista e imediata entre estímulo e resposta, o que torna evidente, pela primeira vez na pesquisa sobre os *mass media*, a complexidade dos elementos que entram em jogo na relação entre emissor, mensagem e destinatário” (WOLF, 1999, p. 12).

Assim sendo, a Teoria da Persuasão não corresponde a manipulação, como ocorre com a Teoria Hipodérmica, sendo a intenção persuadir, tendo em vista que opera com informação dentro do contexto sociocultural e político do indivíduo.

Persuadir os destinatários é um objetivo possível, se a forma e a organização da mensagem forem adequadas aos fatores pessoais que o destinatário ativa quando interpreta a própria mensagem. Por outras palavras, as mensagens dos meios de comunicação contêm características particulares do estímulo que interagem de maneira diferente com os traços específicos da personalidade dos elementos que constituem o público (WOLF, 1999, p. 12).

Outro modelo da Teoria da Comunicação é a Teoria Empírica de Campo, também conhecida como Teoria de Efeitos Limitados. Inspirada na Teoria da Persuasão, possui aspectos sociológicos e não psicológicos em sua fundamentação teórica. A teoria explicita que a mídia influencia de forma limitada à sociedade, sendo um dispositivo de persuasão.

“(…) esta teoria fala de influência e não apenas da que é exercida pelos *mass media*, mas da influência mais geral que perpassa nas relações comunitárias e de que a influência das comunicações de massa é só uma componente, uma parte” (WOLF, 1999, p. 18). Segundo Wolf (1999), esta teoria se situa em um contexto social, de influência indireta, sendo importante perceber que a mensagem midiática passa por diversos filtros do indivíduo antes de ser apropriada pelo mesmo.

Com o objetivo de compreender as funções exercidas pela comunicação de massa na sociedade e não mais apenas os seus efeitos, surge a Teoria Funcionalista. Segundo Wolf (1999), essa Teoria da Comunicação se distancia das teorias precedentes, por deixar de se concentrar no estudo do comportamento humano e passa a vê-lo por sua ação social. “Assim se completa o percurso seguido pela pesquisa sobre os *mass media*, que começara por se



concentrar nos problemas da manipulação para passar aos da persuasão, depois, à influência e para chegar precisamente às funções” (WOLF, 1999, p. 25).

A Teoria Crítica surge de um grupo de estudiosos da Escola de Frankfurt, baseada em teorias marxistas que tratam os meios de comunicação de massa como instrumentos de influência social capitalista. “Trata-se de instrumentos de reprodução de massa que, na liberdade aparente dos indivíduos, reproduzem as relações de força do aparelho econômico e social” (WOLF, 1999, p. 40). Da Teoria Crítica surge o fenômeno da indústria cultural<sup>7</sup> em que a arte passa a ser reproduzida tecnicamente como produto de consumo da massa.

A Teoria Culturoológica não diz diretamente respeito à comunicação de massa e aos seus efeitos sobre os destinatários. Parte da premissa de que a mídia não produz uma cultura de massa, mas que segue a tendência cultural já existente nas organizações sociais. Trata-se de uma teoria da comunicação cujo objeto de análise procura atingir a definição da nova forma de cultura da sociedade contemporânea (WOLF, 1999). “Não é admissível que se acredite poder reduzir a cultura de massa a uma série de dados essenciais que permitiram distingui-la da cultura tradicional ou humanística. Não se pode reduzir a cultura de massa a um ou a alguns dados essenciais” (WOLF, 1999, p. 43).

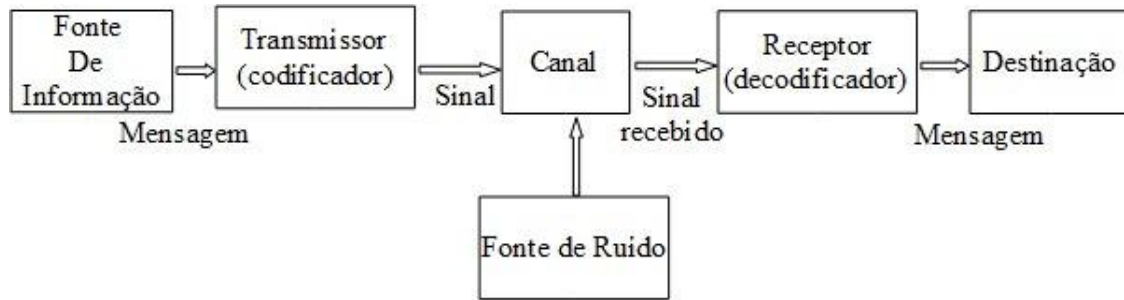
Por último, abordaremos o Modelo Informacional ou da Teoria Matemática da Comunicação (SHANNON & WEAVER, 1949). Trata-se de um dos modelos mais antigos da Teoria da Comunicação, que possui diversas influências nas práticas de comunicação desenvolvidas no âmbito da Saúde Pública e que são percebidas na sociedade contemporânea.

Esse modelo da comunicação, “de tão naturalizado virou matriz, processo que repercute fortemente no campo da saúde” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 37), que passou a ser percebido pelos indivíduos como algo natural e não construído pelas pessoas em determinada época e com determinado interesse. Assim sendo, o “modelo informacional, que diz que a comunicação é o processo linear e unidirecional de envio de mensagens de um emissor a um receptor, não corresponde à realidade” (ARAÚJO, 2005, p. 26).

---

<sup>7</sup> O termo indústria cultural foi utilizado pela primeira vez por Horkheimer e Adorno na *Dialética do Iluminismo* (1947). O termo equivale à cultura de massa, expressão que foi substituída por indústria cultural, que trata de uma cultura que nasce espontaneamente das próprias massas, de uma forma contemporânea de arte popular (WOLF, 1999).

**Figura 2: Modelo da Teoria Matemática da Comunicação**



**Fonte: Adaptado de SHANNON & WEAVER (1949).**

O modelo de Shannon e Weaver (1949) chama a atenção para a “tramitação do sinal ser unilateral, partindo da fonte e chegando ao destino, sem retroalimentação do sistema” (INAZAWA & BAPTISTA, 2012, p.172). “Seu ideal era, portanto, que a mensagem chegasse ao seu destino o mais fielmente possível à sua forma de origem” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 43).

A comunicação, grosso modo, nas ciências da comunicação, “transfere mensagens” sem se ater muito ao seu conteúdo, porquanto é direcionado à massa, com impessoalidade. Os receptores, nesse caso, são quase que ignorados em suas diferenças sociais e capacidades cognitivas individualizadas (INAZAWA & BAPTISTA, 2012, p.175).

“O domínio do processo está nas mãos do canal, que transfere mensagens a um público genérico, com a intenção de difundir os interesses de grupos, moldando, influenciando ou entreendo os receptores” (INAZAWA & BAPTISTA, 2012, p.174). Esse modelo acredita “que as pessoas nada sabem e nada têm a dizer” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 98) e não leva em conta que “cada pessoa possui seu próprio intertexto, produzido por suas condições particulares existenciais e situacionais, e esta é uma afirmação que tem implicações profundas na prática de intervenção social” (ARAÚJO, 2003, p. 49).

A inflexibilidade imposta pelo modelo segue a lógica da “maioria das políticas e estratégias de favorecer a concentração da produção e circulação da palavra, ignorar os contextos específicos (homogeneizando o “público-alvo”) e por entender participação como adesão” (ARAÚJO et al, 2009, p. 7).

O modelo da Teoria Matemática da Comunicação “produz uma prática sem escuta e sem diálogo, que atribui o direito de voz e expressão apenas ao emissor (instituições de saúde ou meios de comunicação), silenciando a maioria” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 47). Para Araújo (2002, p. 248), “modelos e métodos de planejamento estratégico são

instrumentos eficazes de intervenção na prática social, favorecendo a adoção de um modo específico de análise sobre a sociedade e as relações sociais”.

As características do modelo levaram – e ainda levam – educadores, comunicadores, planejadores e gestores de saúde a acreditarem que a prática comunicativa limita-se à transferência de informações a uma população que nada sabe de relevante sobre os assuntos que dizem respeito a sua saúde e sua vida. Se voltarmos aos modelos de saúde dominantes nesse período e subsequentes, veremos o quanto essa perspectiva da comunicação embasa e fortalece a da saúde (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 46).

Sendo assim, esse modelo não atende as atuais necessidades da rBLH-BR. Diante desse contexto, Araújo e Cardoso (p. 2007, p. 124) contribuem ao ressaltarem que raramente a comunicação é objeto de planejamento, sendo suas ações comumente decididas de modo circunstancial, entendidas e tratadas por uma perspectiva instrumental.

É necessário seguir uma lógica mais próxima da comunicação como direito de cidadania e uma visão processual, do que da comunicação como bem de consumo e uma visão instrumental, o que acaba por fortalecer, nas instituições, uma prática das “assessorias de comunicação”, ocupadas na visibilização dos atos de gestão, em detrimento da comunicação como espaço e processo de produção, circulação e apropriação de conhecimentos” (ARAÚJO et al., 2009, p. 83).

Em vista disso, a comunicação na sociedade contemporânea “não pode mais ser pensada de uma perspectiva difusionista e meramente instrumental. Não pode ser entendida apenas como um aparato de propaganda de ideias ou como uma estratégia de convencimento” (RIBEIRO & SANTOS, 2007, p. 9). Pelo contrário, a comunicação é o espaço em que a vida social é construída, de interlocução entre sujeitos e contextos, de troca de experiências, de interação, que possibilitam transformações sociais.

### 3.3.2 A comunicação vista pelo Modelo do Mercado Simbólico

A 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), realizada em 1986, é considerada um marco histórico, visto que consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária, ampliando o conceito de saúde, que passa a contemplar as condições de vida e não apenas à ausência de doenças. Ao incentivar a participação popular, a saúde passa a ser vista como direito de cidadania, sendo inseparável da democracia.

A Conferência também demarca o lugar da comunicação na área da saúde, como componente essencial do direito à saúde, que segundo Oliveira (2004, p.57), “reconhecia que o pleno exercício do direito à saúde implicava em garantir a educação, a informação, a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde”.

Ao propor uma lógica de pensar as práticas comunicativas nos processos de intervenção social, Araújo (2002) defende o Modelo do Mercado Simbólico, que contempla a “proposta de um modelo de comunicação que possa ser apropriado pelas instituições produtoras ou gestoras de políticas públicas e que corresponda a concepções mais contemporâneas de comunicação” (ARAÚJO, 2006, p.1).

O modelo do mercado simbólico consolida a perspectiva teórica da produção social dos sentidos; reafirma a ideia da comunicação em rede, multipolar, multidirecional; opera com a ideia da comunicação como o processo negociado de produção/circulação/apropriação dos bens simbólicos; considera que essa rede é operada por interlocutores, sempre contextualizados; situa esses interlocutores numa posição de poder mais central ou mais periférica, o seu lugar de interlocução (ARAÚJO, 2006, p.1).

Esse modelo remete para um olhar diferenciado e mais amplo em relação às teorias e modelos de comunicação apresentados anteriormente, e ressalta conceitos fundamentais para uma melhor compreensão do universo pesquisado, tais como: comunicação, mercado simbólico, interlocutores, comunidades discursivas, lugar de interlocução, posições de poder e mediação. De acordo com a autora (2002, p. 288):

- ✓ Comunicação é o processo de produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais, que se manifestam através de discursos.
- ✓ Esse processo caracteriza um mercado simbólico, no qual o circuito produtivo é mediado por uma permanente negociação.
- ✓ Esse mercado pode ser operado por indivíduos ou por comunidades discursivas.

- ✓ Comunidades discursivas são grupos de pessoas, organizados ou não de forma institucional, que produzem e fazem circular discursos, que neles se reconhecem e são por eles reconhecidos. Uma pessoa pode ser, sob determinadas condições, uma comunidade discursiva.
- ✓ Cada pessoa ou cada comunidade discursiva ocupa nesse mercado uma posição, que se localiza entre centro e periferia discursivos, posição que corresponde ao seu lugar de interlocução e lhe confere poder de barganha no mercado simbólico.
- ✓ Cada pessoa ou comunidade discursiva desenvolve estratégias de trânsito entre posições, visando sempre uma maior aproximação com o Centro. Essas estratégias se apoiam em fatores de mediação, que são os fatores que favorecem ou dificultam o fluxo entre as posições.
- ✓ Os fatores de mediação são de ordem pessoal/ existencial, coletiva, organizacional, material e simbólica e ocorrem em contextos, cuja articulação determina o lugar de interlocução.

Assim sendo, torna-se relevante refletir sobre o conceito de “contexto”, que se configura nas condições de produção, onde os sentidos são produzidos, e determinantes para a posição dos interlocutores na rede simbólica (ARAÚJO, 2002).

Araújo (2002) propõe considerar como relevantes para a prática comunicativa, no mínimo, quatro contextos: textual, intertextual, existencial e situacional. Nas palavras da autora, o contexto textual trata da posição de cada enunciado em relação ao que está ao seu redor, que determina a condição de produção de sentidos possíveis, ou seja, é a forma como o texto se relaciona com os outros.

O contexto intertextual se refere às relações dialógicas entre os textos, estando relacionado à memória discursiva. Cada interlocutor, a depender de seus conhecimentos e experiências particulares, proporcionará um contexto diferente. Dessa forma, um texto jamais terá um só sentido, sendo influenciado pelos contextos existencial e situacional (ARAÚJO, 2002).

O contexto existencial diz respeito à posição dos interlocutores como pessoas no mundo, situados em um tempo e espaço particular: história de vida, grupos, gênero, classe, idade, experiência anterior, entre outros (ARAÚJO, 2002).

O contexto situacional referencia o lugar social em que os interlocutores se comunicam e participam da disputa de sentidos. Cada pessoa ocupa muitas posições, dependendo dos diferentes lugares de interlocução, ou seja, do contexto situacional (ARAÚJO, 2002).

Portanto, o Modelo de Mercado Simbólico salienta que “as instituições produzem sentidos através de seus discursos, na tentativa de tornar dominante seu modo de perceber e classificar a realidade. (...) os sentidos são produzidos, circulam e são consumidos” (ARAÚJO, 2002, p. 30). Assim, a maneira como os sentidos sociais serão consumidos dependerá dos diferentes contextos acima mencionados em que o indivíduo está inserido.

Se pensarmos num cenário mais complexo, diríamos que as condições e os processos de produção de conhecimentos passam, rigorosamente, por instituições que ora operam como produtoras, ora como mediadoras, e noutras circunstâncias, até mesmo como receptoras de conhecimentos (NETO, 1999, p.13).

Araújo (2009) percebe a comunicação como um processo baseado na interlocução e na negociação de sentidos. O lugar de interlocução é representado por pessoas que ocupam uma posição entre centro e periferia discursivos dentro do mercado simbólico, supondo “um fluxo contínuo de informação e saberes entre pessoas e comunidades discursivas, desfazendo a polaridade produção-recepção característica dos modelos informacionais” (ARAÚJO, 2009, p. 44).

O espaço da comunicação constitui um mercado simbólico, onde os sentidos são produzidos, circulam e são consumidos. Nesse mercado, os atores sociais negociam seu modo de perceber e classificar o mundo e a sociedade, em busca do poder de fazer ver e fazer crer, ou seja, o poder de constituir a realidade. Temos aqui uma lição da antropologia – fenômenos culturais funcionam sob uma lógica de mercado: a lógica da produção, circulação e consumo dos seus produtos – articulada à teoria do poder simbólico, de Bourdieu (1989) (ARAÚJO, 2003, p. 49).

A perspectiva do Mercado Simbólico é um modo de compreender como se formam os sentidos sociais, portanto, como se formam as condições de percepção e ação das pessoas sobre o mundo (ARAÚJO, 2002, p. 292). Todavia, “uma estratégia de comunicação é, então, o modo como se ativa algum fragmento desse circuito e como se participa do mercado simbólico, lugar onde os sentidos sociais são produzidos” (ARAÚJO, 2002, p. 292).

### 3.3.3 A perspectiva relacional da comunicação e os princípios do Sistema Único de Saúde

Araújo e Cardoso (2007), em sua obra *Comunicação e Saúde*, percebem a necessária relação entre a Comunicação e os princípios do SUS. As autoras defendem a ideia de uma comunicação nas políticas públicas que atendam melhor às necessidades sentidas pelas organizações e pelos segmentos sociais, superando os impasses produzidos pelos modelos dominantes.

Seis pilares estruturam a construção do SUS, sendo eles os princípios doutrinários - universalidade, equidade e integralidade - e os princípios organizativos - descentralização, hierarquização e participação social. “Cada um desses princípios tem uma finalidade e expressa alguma transformação em relação ao modelo de atenção existente até então” (ABRUNHOSA, 2011, p.19).

“A Constituição Federal de 1988 traz o direito à saúde como elemento fundamental da cidadania. (...) Dessa forma, coroa muitos dos anseios almejados pelo movimento da Reforma Sanitária” (ABRUNHOSA, 2011, p.18).

O artigo 196 da Constituição traz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Nesta reestruturação do modelo assistencial, a saúde tomou um novo rumo e as ações nesta área passaram a ter um enfoque mais voltado para a ideia de prevenção e de promoção da saúde. No entanto, os profissionais que deveriam trabalhar sob este novo enfoque seriam os mesmos. Isto trouxe novos desafios para o sistema de saúde, sobretudo no que diz respeito à formação de trabalhadores para o SUS (ABRUNHOSA, 2011, p.18).

Segundo Oliveira (2000, p. 7), ao propor a universalidade, o acesso gratuito e a participação da comunidade no sistema de saúde, o SUS cria um novo paradigma na relação da sociedade com as instituições públicas e privadas.

O princípio da universalidade corresponde ao conceito fundador do SUS, que é o da saúde como um direito universal, direito de todos. Seu correspondente na comunicação seria, segundo as autoras, comunicação como direito de todos. “Isto implica, de um lado, no acesso aos meios, canais e espaços de fala e, de outro, na existência de canais e espaços de escuta” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 62).

De acordo com as autoras, a resolução do problema do acesso contempla não apenas a exclusão digital, mas também o conceito de apropriação. “Apropriar-se de algo é tornar este algo próprio e isto só é possível à medida que o dispositivo de comunicação é adequado aos seus destinatários” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 63).

O princípio da universalidade, no ponto de vista da comunicação, nos remete à ideia de rede, multidirecional, multipolar e descentralizada, que se diferem da prescrição de modelos comportamentais e da concentração ao direito à comunicação, conforme explicam as autoras:

No contraponto de uma comunicação linear, bipolar e unidirecional, podemos pensar em uma comunicação em rede, um tecido formado por muitos fios. Os fios da rede correspondem a vozes sociais e circulam em várias direções, conduzindo múltiplos discursos, ideias, propostas, opiniões, saberes, sentimentos... Essa rede é operada por interlocutores, que produzem e fazem circular seus discursos, ao mesmo tempo em que se apropriam de outros discursos circulantes. Desta rede resultam os sentidos sociais da saúde (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p.63).

Cabe salientar que “a ideia de que a comunicação é um instrumento de “transmissão” de informação, pronta e acabada, ainda predomina na saúde, reforçando-se o papel passivo dos sujeitos e enfraquecendo os princípios do SUS” (SILVA, 2013, p. 29).

“O princípio da equidade aponta para diferenças, por exemplo, nas condições de vida e saúde, necessidades e possibilidades das pessoas e a necessidade de tratar diferentemente os desiguais” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 64). Portanto, respeitar as diferenças e valorizar os contextos se apresentam como ações relevantes para o cenário das instituições de saúde do país.

O termo equidade se refere ao direito de todos e dever do Estado em assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Dentro desse princípio, “os contextos ocupam lugar de destaque e as diferenciações sociais exigem práticas que atendam a essa diversidade” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 65).

Dessa forma, “os enunciados, textos e discursos ao mesmo tempo que são possibilitados pela existência de um contexto, produzem um efeito constitutivo sobre estes mesmos contextos, pelo poder que a linguagem tem de constituir realidades”. (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 65).

Perceber que as pessoas se relacionam num espaço que traz um certo número de pré-construídos, que definem em parte o modo como elas participam da comunicação. Estes pré-construídos trazem para a cena relações de poder, condições de vida, expectativas (moldadas por experiências anteriores,



palavra autorizada por legitimidade, conceitos de saúde), saberes e redes de pertencimento que, associados aos contextos situacionais, definem as possibilidades de circulação, compreensão e apropriação, básicas para qualquer estratégia comunicativa (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 65).

A noção de contexto está diretamente relacionada à apropriação dos produtos comunicacionais que as instituições de saúde desejam transmitir. O princípio da equidade, na comunicação, reforça a produção dos sentidos sociais, possibilitando a circulação de ideias e saberes e a participação nas políticas públicas de saúde.

No processo de circulação da informação, percebe-se que “as vozes são amplificadas ou silenciadas e que a desigualdade se manifesta mais fortemente” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 66).

Nesse sentido, observamos que a centralização da comunicação possibilita o exercício de práticas autoritárias às instituições de saúde, fazendo com que a população ocupe um espaço apenas de escuta, sem direito a fala e ao diálogo. “Assim, a equidade apresenta à Comunicação & Saúde o desafio de promover a redistribuição do poder de produzir e fazer circular suas ideias, de ser ouvido e levado em consideração” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 68).

A integralidade, segundo o artigo 198, confere ao Estado o dever do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, em relação ao acesso que todo e qualquer cidadão tem direito.

Desse princípio, emergem as múltiplas dimensões da comunicação: “escuta e reconhecimento do outro; espaços de conversa e troca; articulação de práticas, saberes, memórias, expectativas, emoções e lugares de fala, o que também remete às múltiplas possibilidades da mobilização e das práticas comunicativas”. (GONÇALVES & MOCELIN, 2013, p.8).

“O princípio da integralidade permite perceber um processo que contempla a formação dos sentidos sociais na sua inteireza, permite compreender a comunicação como espaço da produção social dos sentidos, no qual se verifica a produção, a circulação e a apropriação de bens simbólicos” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 74).

Bens simbólicos são ideias, opiniões, conhecimentos, sentimentos etc, que se organizam em vários formatos e gêneros, como materiais impressos e audiovisuais, alto-falantes, músicas e uma infinidade de outras formas. São simbólicos, mas precisam de suportes materiais para circular. Estão, portanto, sujeitos às regras e lógicas capitalistas de produção, circulação e consumo (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 74).

Percebemos que, do ponto de vista histórico, “a comunicação sempre foi prerrogativa das instituições de saúde, que dela se valeram para apoiar a implantação de suas políticas, divulgando ações e prescrevendo comportamentos” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 62).

O princípio da descentralização está relacionado à necessidade de redistribuir o poder de expressão, ou seja, de promover espaços de fala e escuta. “Pressupõe uma comunicação redistribuída, que não seja voltada apenas ao fortalecimento do modelo campanhista de saúde e comunicação” (GONÇALVES & MOCELIN, 2013, p.8).

Vale destacar que esse modelo na comunicação, baseado no campanhismo, predomina na prática comunicativa da Saúde Pública, sendo permeado por discursos verticalizados e falas autorizadas que, muitas vezes, não são capazes de serem apropriadas pelos receptores e mascaram as reais necessidades de saúde da população.

A centralização da comunicação se expressa de forma primeira e determinante na gestão dos recursos: o Ministério da Saúde detém a maior parte dos destinados à comunicação. Os municípios, justamente onde se tem uma maior proximidade com os contextos locais, são pouco aquinhoados. Outra face da desigualdade são as raras oportunidades que setores não governamentais têm de fazer circular suas vozes no âmbito da saúde (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p.76).

Assim sendo, percebemos que as campanhas de incentivo à amamentação e doação de leite humano, promovidas pelo Ministério da Saúde, em âmbito nacional, acontecem em uma perspectiva instrumental, baseada em discursos hegemônicos, ou seja, “discursos que por uma razão ou outra obtiveram uma condição de legitimidade maior que os demais” (ARAÚJO, 2002, p. 39). Segundo Nakano (1996, p. 136), essas ações apenas “transferem às mães a solução dos problemas, encobrendo-se as contradições e assegurando a continuidade da estrutura social”.

Dessa forma, o papel da comunicação seria “uma variável responsável para criar um clima favorável à recepção das mensagens ou informações, definidas como relevantes pelo polo emissor” (OLIVEIRA, 2004, p. 59). Percebe-se, então, que os discursos transmitidos nos materiais de promoção e orientação ao aleitamento materno têm se mostrado pouco polifônicos.

Vale destacar que quando nos referimos às práticas comunicativas não englobamos apenas as ações voltadas para a grande mídia, mas sim a uma comunicação diretamente relacionada às mulheres em todo ciclo gravídico puerperal, desde o pré-natal até o seguimento da criança na puericultura. Nesse sentido, os profissionais de saúde assumem papel

fundamental para informar e esclarecer sobre a importância do ato de doar o excedente de leite aos BLHs.

Os profissionais que atuam na área da saúde trabalham de forma direta com as relações humanas. “Desta forma, não se pode pensar na ação profissional sem levar em conta a importância do processo comunicativo nela inserido” (SILVA, 2006, p. 13).

“Apesar dos grandes avanços nas práticas de Comunicação e Saúde na tentativa de ampliar o diálogo com a população, ainda é muito presente a tendência histórica de prescrição de comportamentos e centralização da palavra autorizada” (VASCONCELLOS, 2013, p. 15). Observa-se a constante “retransmissão de fluxos verticalizados de informações, cuja preocupação nunca ultrapassa a simples adequação de conteúdos ao universo cognitivo dos participantes” (PITTA, 2007, p. 47).

Assim, a preocupação básica que norteia esse tipo de modelo de comunicação e de informação é a de se obter o máximo de rendimento na transmissão das mensagens para determinados públicos e limitando as possibilidades de negociação dos sentidos, ou seja, da dimensão de alteridade que deveria acompanhar o conceito de comunicação (OLIVEIRA, 2004, p. 59).

O princípio da hierarquização, em harmonia com os outros princípios, “leva ao desenvolvimento de mecanismos redistributivos, para que as diversas comunidades discursivas possam cumprir adequadamente suas finalidades, nos níveis que lhes competem” (GONÇALVES & MOCELIN, 2013, p.9). Nesse ponto, Araújo e Cardoso (2007, p. 81) explicam sobre as comunidades discursivas da saúde:

São todos aqueles que incluem nas suas atividades a produção e a circulação de discursos. São os que desenvolvem alguma forma de comunicação: o Ministério da Saúde, suas autarquias, as secretarias estaduais e municipais, os conselhos da saúde, as ONGs, os movimentos diversos, todos são potenciais comunidades discursivas. Embora em cada núcleo desses encontremos um certo número de comunidades, disputando a prerrogativa de fazer valer sua percepção da realidade, na maioria dos casos o discurso que circula ‘para fora’ apresenta uma aparência de unidade, o que as caracteriza como uma comunidade discursiva. Essas comunidades ocupam posições mais centrais ou mais periféricas, correspondendo estas ao seu acesso às condições de produção e circulação dos discursos que produzem (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p.81).

O princípio da participação social recomenda que a sociedade seja ativa no planejamento, na implantação e na fiscalização das políticas públicas de saúde. A participação social aborda “a importância da informação e da comunicação, não sob uma visão instrumental ou funcionalista, mas levando em consideração as possibilidades de acesso à

informação e a participação por parte da população” (SILVA, 2013, p. 29). A comunicação pode tanto facilitar quanto dificultar o processo, conforme explica as autoras:

Dificultará se a única prática concebida for a produção e circulação de materiais que se destinem a disseminar a voz dos profissionais da saúde, sem considerar seus conhecimentos ou lhes oferecer interlocução; que apresentem os problemas de saúde como decorrentes do comportamento individual, ocultando seus determinantes sociais, econômicos e políticos. (...) Em contrapartida, facilitará se a estratégia principal for desenvolver espaços, processos e práticas que ampliem as vozes mais periféricas, sejam das comunidades discursivas, dos trabalhadores da saúde ou da população (...) se forem oferecidos a essa população, de forma adequada, conhecimentos sobre seus direitos e outras informações que facilitem sua relação com as instituições e os serviços de saúde, favorecendo que ela se aproprie e potencialize as iniciativas surgidas (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p.84-85).

Nessa perspectiva, há de se considerar que a comunicação permeia e interliga os princípios do SUS, sendo fundamental para o êxito das ações em saúde. Em relação ao objeto deste estudo, percebemos que a perspectiva relacional da comunicação com os princípios do SUS tem se mostrado presente no sentido de promover a amamentação e viabilizar novas doações de leite humano. Portanto, uma cultura de maior participação de governantes e cidadãos, torna-se fator decisivo para a ampliação de espaços de fala e escuta, permitindo novos modos de expressão para as necessidades reais de saúde.

Percebemos que muitas ações realizadas pelo Ministério da Saúde brasileiro seguem o formato de campanhas oficiais, sendo fortemente veiculadas pela mídia durante o período de datas comemorativas e repletas de falas autorizadas.

Em relação ao apoio da mídia, vale salientar que essa traz visibilidade para temas que influenciam diretamente no comportamento e hábitos dos cidadãos, como é o caso da doação de leite humano, sendo importante aliada no processo de conscientização e valorização de ações de saúde.

Em contrapartida, a comunicação midiática, ou seja, “o que circula pela TV, pelo rádio e pela imprensa escrita” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 99), possui caráter campanhista e não se sustenta o ano todo, visto que está focada em investimentos sazonais ou emergenciais. “Qualquer produto midiático – notícias, reportagens etc – resulta sempre de múltiplas vozes e enunciações e os sentidos possíveis não estão localizados apenas nele, mas na sua articulação com os múltiplos contextos de produção, circulação e apropriação” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 102).

Nos tempos atuais, em 2016, torna-se notório a existência de grupos sociais, indivíduos e instituições que se mobilizam com a finalidade de dar visibilidade as suas causas. “A saúde é uma das questões de interesse público que faz parte do cotidiano da população de maneira geral e, constantemente, está na pauta de políticos, meios de comunicação e atores da sociedade civil” (GONÇALVES & MOCELIN, 2013, p.1).

“Mobilizar é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma interpretação e um sentido também compartilhados” (TORO & WERNECK, 1997, p.11). Segundo Gonçalves e Mocelin (2013, p. 5), “cada processo de mobilização requer um modelo de comunicação específico, de acordo com o tipo de projeto e propósitos buscados”. Em relação à mobilização social, Araújo (2003, p. 52) observa que:

A prática de intervenção das nossas organizações usa e abusa do termo mobilização, aplicando-o, porém, ao inverso, pelo menos no que concerne à população que, em tese, deveria ser mobilizada (mobilizar = pôr em movimento). Às pessoas se pede que ajam como autômatos, que façam tudo igual, que se disponham a obedecer, seguir regras, adotar procedimentos padrões. (...) Toro entende a mobilização como a possibilidade de fazer circular sentidos de forma mais ampla, sentidos que habitualmente se encontram restringidos e dominados pelos discursos dominantes.

“Quando se fala em mobilização social, não se trata apenas de convencer a qualquer preço, mas sim propor boas razões para as pessoas aderirem à causa, seja acionando um raciocínio ou um sentimento em uma situação de comunicação” (GONÇALVES & MOCELIN, 2013, p.6).

Diante do exposto, percebemos que as condições de produção, circulação e apropriação dos sentidos entre os interlocutores (indivíduos ou comunidades discursivas que operam a rede de sentidos), em articulação com a perspectiva relacional da comunicação com o SUS, destacam-se como referenciais fundamentais na direção de responder a pergunta deste estudo: “Qual o lugar da comunicação no processo de construção da autossuficiência em leite humano na rBLH-DF?”

#### 4- METODOLOGIA: O CAMINHO DO ESTUDO

O presente estudo consiste em uma pesquisa de natureza qualitativa, inserida no campo da Comunicação e Saúde, com o objetivo de conhecer as práticas de comunicação dos BLHs do DF ao longo de sua história. A escolha da abordagem metodológica se deve ao fato de a “pesquisa qualitativa responder questões muito particulares, se preocupando, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, sendo um método muito utilizado na análise de comunicações nas ciências humanas e sociais” (MINAYO, 1994, p. 21).

A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que posiciona o observador no mundo. Ela consiste em um conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível. (...) Isso significa que os pesquisadores desse campo estudam as coisas em seus contextos naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem (FLICK, 2009, p. 16).

Tendo em vista a pergunta norteadora do estudo – “Qual o lugar da comunicação no processo de construção da autossuficiência em leite humano na rBLH-DF? – os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa auxiliaram na construção deste estudo, visto que “trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1994, p. 22).

O campo de estudo foi composto pelos 15 BLHs que integram a rBLH-DF, pertencentes à SES-DF, à rede federal e à rede privada de saúde do DF, localizados nos seguintes hospitais: Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Hospital Regional de Planaltina (HRP), Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Hospital Regional de Ceilândia (HRC), Hospital Regional de Brazlândia (HRBz), Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Regional do Gama (HRG), Hospital Universitário de Brasília (HUB), Hospital das Forças Armadas (HFA), Hospital Santa Lúcia, Hospital Santa Luzia, Hospital Anchieta, Hospital Regional de Santa Maria (BLH-HRSM) e Hospital Regional de Paranoá (HRPa).

Cabe salientar que Brasília é a única região geográfica do mundo a conquistar a autossuficiência em leite humano e, portanto, conhecer as práticas de comunicação trabalhadas pelos BLHs da rBLH-DF, tornou-se indispensável para a consecução do estudo.

Em 25 de outubro de 2012 foi realizado o Seminário “Compreendendo e Construindo a Autossuficiência em Leite Humano de Brasília”, no Hotel Nacional, em Brasília-DF. Tive a

oportunidade de presenciar as conferências proferidas por gestores e profissionais que compõem a rBLH-DF.

A programação englobou, além da participação de coordenadores dos 15 BLHs do DF, palestras ministradas por um representante do Corpo de Bombeiros Militar do DF (CBMDF), pela coordenadora da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no DF, e pelos coordenadores do Departamento de Comunicação e Publicidade da Ascom da SES-DF.

A mesa de abertura foi composta pela Coordenação de Aleitamento Materno e Bancos de Leite Humano da SES-DF, pelo chefe do Núcleo de Saúde da Criança da SES-DF, pelo coordenador da rBLH-BR, e pela coordenadora substituta da Área Técnica da Saúde da Criança do Ministério da Saúde, cujos discursos auxiliaram no resgate da história de construção da rBLH-DF presente neste estudo.

Esta pesquisa foi conduzida utilizando como fontes primárias de informação os depoimentos dos responsáveis pelos 15 BLHs do DF, bem como os recursos visuais, tais como ilustrações e fotografias, apresentados com o auxílio do programa Power Point e expostos durante o Seminário.

A opção metodológica se deu pela entrevista individual semiestruturada, como técnica de coleta de dados da pesquisa de campo. Minayo (1994, p. 51) argumenta que o trabalho de campo se apresenta como “uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo”.

Por meio da entrevista semiestruturada, tornou-se possível coletar dados objetivos obtidos através de fontes secundárias, tais como as estatísticas em relação ao quantitativo de leite humano doado e o número de atendimentos assistenciais realizados em determinados períodos por cada BLH do DF, e também dados subjetivos, relacionados aos valores e opiniões próprios de cada um dos sujeitos entrevistados.

As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. (...) Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados (BONI & QUARESMA, 2005, p.74).

O roteiro temático utilizado para este estudo foi desenvolvido pela Coordenação da rBLH-BR para a ocasião do Seminário e encaminhado previamente para todos os conferencistas. Os entrevistados tiveram a liberdade de discorrer sobre os temas propostos, porém, 100% dos entrevistados optaram pelo recurso visual Power Point como ferramenta de apoio às apresentações. O roteiro contemplou as seguintes questões norteadoras, apresentadas em 10 temáticas:

### **Temática 1 - Resgate da trajetória histórica dos BLHs de Brasília**

Para além de tudo aquilo que for considerado como importante por você(s), profissional(ais) responsável(eis) pela reconstituição da trajetória histórica, inclua também em sua apresentação:

- 1.1. A data da implantação do seu BLH.
- 1.2. O que motivou a implantação?
- 1.3. Qual era o principal foco do trabalho e quais as principais atividades desenvolvidas no início? Ao longo do tempo, o que mudou e por que mudou?
- 1.4. Na reconstituição da linha do tempo do seu BLH, localize temporalmente tudo aquilo que você considera como importante e por quê?
- 1.5. Ao longo do tempo, quais foram as principais dificuldades enfrentadas e como o seu BLH buscou a superação?
- 1.6. Relacione e localize no tempo, em ordem decrescente de prioridade (do mais importante para o menos importante), os três fatores considerados por você como determinantes do êxito de seu BLH.
- 1.7. Relacione e localize no tempo, em ordem decrescente de prioridade (do mais importante para o menos importante), os três fatores que impediram/impedem o avanço do seu BLH.
- 1.8. Apresente a série histórica dos dados de produção de seu BLH e identifique os fatores que influenciaram nos resultados obtidos ao longo do tempo.

### **Temática 2 - Resgate da construção do trabalho em rede da rBLH-DF**

Esta temática foi desenvolvida com a perspectiva de resgatar a história da construção coletiva da rBLH-DF, reunindo todos os demarcadores históricos dessa trajetória. Não se trata



de uma forma diferente de contar a história de cada BLH, e sim de como seu deu a articulação entre os BLHs, seus profissionais, o SUS, a rBLH-BR, a Fundação Hospitalar do DF (FHDF/Secretaria Distrital), Centro de Referência, Comissões e demais instâncias de articulação.

Das temáticas 2 a 10, foram sugeridos que para além de tudo aquilo que foi considerado como importante a apresentação contemplasse também:

- 1- quando e onde começou;
- 2- o que motivou;
- 3- o foco inicial e mudanças subsequentes;
- 4- principais demarcadores;
- 5- dificuldades enfrentadas e estratégias para superação;
- 6- avanços alcançados
- 7- determinantes do êxito;
- 8- principal obstáculo a superar hoje;
- 9- os três principais ganhos.

**Temática 3 - Resgate da história da articulação da rBLH-DF com o terceiro setor**

**Temática 4 - Resgate da história da articulação dos BLH-DF com o Corpo de Bombeiros Militar de Brasília**

**Temática 5 - Resgate da história da IHAC com a rBLH-DF**

**Temática 6 - Resgate da história das ações assistências na rBLH-DF**

**Temática 7 - Resgate da articulação da rBLH-DF com o Poder legislativo**

**Temática 8 - Resgate da história dos BLHs com a iniciativa privada no DF**

**Temática 9 - Resgate da trajetória da gestão do nível central da rBLH-DF**

**Temática 10 - Resgate da trajetória das estratégias de Comunicação Social da rBLH-DF e das campanhas do Dia Nacional Doação de Leite Humano a partir de 2004**

Os dados qualitativos foram coletados a partir de registros de áudio e vídeo que, posteriormente, foram trabalhados para o formato digital pela equipe do Laboratório de Telessaúde (rBLH-BR/IFF/Fiocruz), originando o DVD intitulado “Resgate da trajetória histórica dos Bancos de Leite Humano de Brasília” (rBLH-BR, 2012). O material está disponível para domínio público. Todos os entrevistados foram notificados sobre a utilização dos dados para trabalhos acadêmicos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados realizada a partir dos vídeos e das apresentações de Power Point envolveu as seguintes etapas: 1) transcrição na íntegra dos depoimentos; 2) definição dos grupos temáticos com base no roteiro; 3) descrição e interpretação em articulação com os referenciais teóricos da pesquisa. Os tempos de apresentação variaram de 07 a 34 minutos, conforme expostos a seguir.

- ✓ BLH do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) – 00:23:52
- ✓ BLH do Hospital Regional de Planaltina (HRP) – 00:34:21
- ✓ BLH do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) – 00:27:30
- ✓ BLH do Hospital Regional de Ceilândia (HRC) – 00:24:38
- ✓ BLH do Hospital Regional de Brazlândia (HRBz) – 00:20:44
- ✓ BLH do Hospital Regional de Sobradinho (HRS) – 00:28:24
- ✓ BLH do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) – 00:21:54
- ✓ BLH do Hospital Regional do Gama (HRG) – 00:13:40
- ✓ BLH do Hospital Universitário de Brasília (HUB) – 00:18:26
- ✓ BLH-Hospital Santa Lúcia – 00:17:26
- ✓ BLH do Hospital das Forças Armadas (HFA) – 00:09:17
- ✓ BLH-Hospital Santa Luzia – 00:07:33
- ✓ BLH-Hospital Anchieta – 00:08:45
- ✓ BLH do Hospital Regional de Santa Maria (BLH-HRSM) – 00:16:51
- ✓ BLH do Hospital Regional de Paranoá (HRPa) – 00:21:11

A transcrição das conferências ocorreu na íntegra, de forma ética e fiel ao que foi dito por cada um dos palestrantes, gerando um documento de 263 laudas para a análise de conteúdo. Nesse sentido, Bourdieu (1999) aponta que uma transcrição de entrevista não é só um ato mecânico de passar para o papel o discurso gravado do informante, pois de alguma forma o pesquisador tem que apresentar os silêncios, gestos, risos, a entonação de voz do informante durante a entrevista.

Uma vez assistidos exaustivamente os vídeos e transcritos todos os depoimentos na íntegra, foram submetidos à análise de conteúdo. Essa técnica é definida por Bardin (1977, p.42) como:

(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

Segundo Minayo (1994, p.74), há duas funções na aplicação dessa técnica: a primeira delas se refere à “verificação de hipóteses e/ou questões” e a segunda à “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos”. Nesse cenário, a análise de conteúdo permite tanto encontrar respostas para as questões formuladas quanto ir além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, 1994).

Bardin (1977) destaca que a análise de conteúdo pode abranger as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Para a autora, a primeira fase se refere à organização do material. Na fase seguinte, os dados são codificados a partir das unidades de registro, que “se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem” (MINAYO, 1994, p.75). Na última etapa ocorre a categorização, que consiste na classificação dos dados de acordo com suas semelhanças e diferenças, com posterior reagrupamento, em função de características comuns (CAREGNATO & MUTTI, 2006, p.683). Caregnato e Mutti (2006) explicam que essa técnica pode ser empregada em pesquisas quantitativas e qualitativas.

Na abordagem quantitativa se traça uma frequência das características que se repetem no conteúdo do texto. Na abordagem qualitativa se considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem (CAREGNATO & MUTTI, 2006, p.683).

Sampieri et al. (2006, p. 357) destacam que a análise de conteúdo ocorre por intermédio da codificação, ou seja, um processo no qual as características relevantes do conteúdo da mensagem se transformam em unidades que permitem a sua descrição e análise precisa. Nesse sentido, Bardin (1979, p. 105) ressalta que a técnica de análise temática “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Seguindo o modelo de análise *a posteriori*, que emerge do contexto dos depoimentos dos participantes da pesquisa, Simões (2015, p. 60) ressalta que “o analista deve percorrer a trajetória de análise através do material analisado e das teorias embasadoras, além de manter o foco de análise nos objetivos da pesquisa”.

Desse modo, optou-se por utilizar para a análise dos dados os pressupostos do Modelo Teórico-Metodológico do Mercado Simbólico (ARAÚJO, 2002), aliado ao método qualitativo. O Modelo do Mercado Simbólico contempla a “proposta de um modelo de comunicação que possa ser apropriado pelas instituições produtoras ou gestoras de políticas públicas e que corresponda a concepções mais contemporâneas de comunicação” (ARAÚJO, 2003, p.1).

Tendo como base a perspectiva teórica da Produção Social dos Sentidos, o modelo busca compreender como se formam os sentidos sociais, ou seja, como surgem as condições de percepção e ação das pessoas sobre o mundo (ARAÚJO, 2002). Diferentemente de um mercado comercial, onde se objetiva o lucro, no Mercado Simbólico se negociam e circulam sentidos, formas de perceber e produzir realidades.

Nessa perspectiva, segundo Araújo (2002), a comunicação surge de um processo de produção, circulação e consumo dos sentidos sociais, no qual os indivíduos disputam os sentidos sobre temas que sejam de seu interesse e de acordo com o lugar de interlocução que ocupam na cena discursiva e social.

Com o objetivo de conhecer as práticas de comunicação dos BLHs do DF ao longo de sua história e responder à pergunta norteadora do estudo – “Qual o lugar da comunicação no processo de construção da autossuficiência em leite humano na rBLH-DF? – mediante o apoio dos preceitos metodológicos da análise de conteúdo, fez-se necessário o desenvolvimento de três subcapítulos, que compõem o capítulo 5 deste estudo.

Esta pesquisa citou os nomes reais das fontes primárias e as instituições as quais estavam vinculadas, visto que os dados analisados se referem a material de domínio público e disponível em formato digital, previamente autorizado por todos os entrevistados.

O primeiro subcapítulo do capítulo de Resultados e Discussão, intitulado “Uma visão geral da Rede de Bancos de Leite Humano do Distrito Federal”, discorreu sobre o panorama da trajetória histórica de cada um dos BLHs que integram a rBLH-DF. Este subcapítulo se tornou fundamental para conhecer a história de construção dos BLHs do DF na fase de pré-análise do material coletado.

Todos os depoimentos foram concedidos por profissionais que vivenciaram a história de construção da rBLH-DF, sendo fruto do concreto vivido, ou por coordenadores de BLHs mais recentes, que resgataram a historicidade por fontes experientes ainda atuantes na área.

Os dados apresentados neste subcapítulo foram extraídos unicamente dos depoimentos concedidos no Seminário e dos slides de Power Point apresentados, não sendo realizadas entrevistas complementares com outros profissionais atuantes nos BLHs do DF.

As fotografias, gráficos e outras ilustrações de arquivos pessoais dos entrevistados foram utilizadas neste subcapítulo, assim como as falas na íntegra, auxiliando na perspectiva dos contextos e da produção de sentidos sociais.

O segundo subcapítulo “O trabalho de comunicação na perspectiva da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal” abrangeu a visão da SES-DF sobre o trabalho de comunicação exercido por eles para o fortalecimento dos BLHs e incentivo à doação de leite humano no DF.

Para tanto, foram utilizadas como fontes primárias os depoimentos dos coordenadores do Departamento de Comunicação e Publicidade, contidos no DVD “Resgate da História dos Bancos de Leite Humano de Brasília” (rBLH-BR, 2012). Além disso, foram contempladas as campanhas oficiais do Ministério da Saúde e do Distrito Federal em prol da doação de leite humano.

No terceiro subcapítulo “Um perfil dos principais demarcadores das práticas de comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal”, buscou-se identificar nos depoimentos dos entrevistados elementos comuns em relação às práticas de comunicação desenvolvidas pelos profissionais atuantes nos BLHs do DF. Tratou-se de uma tentativa de destacar nos textos onde as ações de comunicação apareceram de forma mais nítida.

Araújo (2002, p. 314) considera que “a metodologia de um trabalho deve guardar coerência com a teoria que o fundamenta, sendo ambas perpassadas pelos mesmos princípios epistemológicos”. Dessa forma, os conceitos que estruturaram teoricamente a análise deste estudo também condicionaram a escolha do método. Foram eles: produção social dos sentidos, lugar de interlocução, contexto, relações de poder, discurso, práticas discursivas e Modelo de Mercado Simbólico.

Para a análise de conteúdo, os conceitos acima se tornaram fundamentais para conhecer, por intermédio das falas dos entrevistados, o lugar da comunicação no processo de construção da autossuficiência em leite humano no DF.

Além disso, as análises foram articuladas com o pensamento desenvolvido por Araújo & Cardoso (2007), na obra “Comunicação & Saúde”, na qual foi trabalhada a perspectiva para a comunicação nas políticas públicas que atendam melhor às necessidades sentidas pelas organizações e pelos segmentos sociais, superando os impasses produzidos pelos modelos dominantes. Sendo assim, seguindo a lógica das autoras, este estudo buscou considerar a Comunicação e Saúde nos mesmos parâmetros dos princípios do SUS (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 125).

Para tanto, foram criados grupos temáticos que, embora não pertençam unicamente à área da Comunicação, possuem elementos diretamente relacionados ao processo de construção da autossuficiência em leite humano.

Por considerarmos que o fato de doar está diretamente relacionado à Comunicação, como processo de produção, circulação e apropriação dos sentidos sociais, tornou-se fundamental conhecer os aspectos determinantes do êxito e os que dificultaram o avanço de cada BLH estudado.

Cabe salientar que essa análise permitiu a reunião dos temas a partir da criação de 11 grupos temáticos e por um conjunto de práticas de comunicação específico a cada grupo, que foram estabelecidos na rBLH-DF até o período da investigação.

Além disso, a análise das falas dos entrevistados sugeriu agrupá-las em dois elementos relacionados às práticas de comunicação, sendo eles: “Alcances da prática de comunicação para a autossuficiência em leite humano” e “Limites da prática de comunicação para a autossuficiência em leite humano”. Os grupos temáticos e suas respectivas práticas de comunicação foram apresentados no Capítulo 5, referente aos resultados e discussão.

## 5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os elementos históricos podem nos conduzir à compreensão de como se constituem a formação discursiva e os discursos na sociedade contemporânea (FOUCAULT, 1996). Portanto, para conhecer o lugar da comunicação no processo de construção da autossuficiência em leite humano no DF, procuramos apresentar um perfil da história de construção da rBLH-DF, identificar os fatos que podem ser considerados como demarcadores históricos das práticas de comunicação na região estudada e analisar as possíveis relações entre as práticas de comunicação e a autossuficiência em leite humano conquistada pela rBLH-DF.

A partir da perspectiva de que o processo de doação do leite humano não pode ser deslocado de seu contexto social, este trabalho nos conduz a um olhar direcionado aos BLHs do DF em sua dimensão de reconstrução social e histórica, visto que se trata de um ato socialmente construído e relacionado à realidade.

Dessa forma, tendo como pergunta norteadora de estudo – “Qual o lugar da comunicação no processo de construção da autossuficiência em leite humano na rBLH-DF? – mediante o apoio dos preceitos metodológicos da análise de conteúdo, na modalidade temática, tomou corpo três subcapítulos, que fazem parte do capítulo referente aos Resultados e Discussão.

O primeiro subcapítulo intitulado “Uma visão geral da Rede de Bancos de Leite Humano do Distrito Federal” discorreu sobre a trajetória histórica dos 15 BLHs do DF e buscou resgatar a história de construção de cada BLH, ainda na fase de pré-análise do material coletado.

O segundo subcapítulo “O trabalho de comunicação na perspectiva da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal” se refere à visão da própria SES-DF sobre o trabalho de comunicação executado para o fortalecimento dos BLHs e incentivo à doação de leite humano no DF. Para tanto, foram utilizadas como fontes primárias os depoimentos dos dois coordenadores do Departamento de Comunicação e Publicidade no período de investigação, contidos no DVD “Resgate da História dos Bancos de Leite Humano de Brasília” (rBLH-BR, 2012). Nesse subcapítulo, também apresentamos as campanhas oficiais do Ministério da Saúde e as ações específicas para o cenário do DF em prol da doação de leite humano.

No terceiro subcapítulo “Um perfil dos principais demarcadores das práticas de comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal”, buscou-se identificar nos depoimentos elementos comuns em relação às práticas de comunicação desenvolvidas pelos

profissionais atuantes nos BLHs do DF. Tratou-se de uma tentativa de destacar nos textos onde as ações de comunicação apareceram de forma mais nítida, localizando os interlocutores que participaram das tramas comunicacionais, em um esforço de reuni-los em grupos temáticos e conhecer suas respectivas práticas de comunicação.



### **5.1. Uma visão geral da Rede de Bancos de Leite Humano do Distrito Federal**

Brasília é a capital federal do Brasil e a sede do governo do DF. Inaugurada em 1960, a cidade está localizada na Região Centro-Oeste do país, conhecida como Planalto Central. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) revelam que a população abrangia 2.852.372 habitantes em 2014, sendo a quarta cidade de maior densidade demográfica do país.

No que concerne a temática deste estudo, o DF se destaca por ser a única região geográfica do mundo na qual foi atingido um padrão de autossuficiência em leite humano (RBLH-BR, 2014), capaz de alimentar exclusivamente com leite humano todos os recém-nascidos prematuros de baixo peso internados em UTI Neonatais da região. Esse fato levou o Ministério da Saúde a conferir o título de “A Capital Brasileira dos Bancos de Leite Humano”. Em 2011, o DF registrou uma média de 17 mil litros de leite coletado, sete mil doadoras e 12 mil bebês receptores (FIOCRUZ, 2012).

A rBLH-DF contempla 15 BLHs, sendo 10 BLHs da SES-DF, dois BLHs da rede federal, três BLHs da rede privada, e três PCLH, dentre os quais dois pertencem à SES-DF e um à rede privada (RBLH-BR, 2014).

Os BLHs da SES-DF estão localizados nos seguintes hospitais: Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Hospital Regional de Planaltina (HRP), Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Hospital Regional de Ceilândia (HRC), Hospital Regional de Brazlândia (HRBz), Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Regional do Gama (HRG), Hospital Regional de Santa Maria (BLH-HRSM) e Hospital Regional de Paranoá (HRPa).

Os dois BLHs da rede federal se situam no Hospital Universitário de Brasília (HUB) e no Hospital das Forças Armadas (HFA). Os três BLHs da rede privada de saúde pertencem aos seguintes hospitais: Santa Lúcia, Santa Luzia e Anchieta.

Os três PCLH localizados no DF são: PCLH do Hospital Regional de Samambaia (HRSAM) e PCLH Unidade Mista São Sebastião, ambos ligados ao BLH-HMIB, e PCLH do Hospital São Francisco, vinculado ao BLH-HRBz.

A trajetória da rBLH-DF se iniciou em 1978, com a inauguração do primeiro BLH do DF, no HRT, sendo o quarto em funcionamento em território nacional. Esse BLH funciona como Centro de Referência para todos os BLHs do DF.

O Rotary Club Internacional se tornou parceiro da rBLH-DF desde a implantação do BLH-HRT, sendo responsável, na época, pela doação de equipamentos e fornecimento de cestas alimentícias às mulheres em fase de amamentação em troca do leite humano. Na década de 1970, o leite humano ainda não tinha caráter altruísta e voluntário.

Em 1988, um novo foco surgiu para o trabalho desenvolvido pelos BLHs do país, a partir da assinatura da Portaria MS nº 322/88, de 26 de maio de 1988. Trata-se do primeiro instrumento legal, que reuniu todas as etapas de implantação e funcionamento de BLHs, caracterizando-os como polos de incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 1988).

Os BLHs passaram, então, a serem considerados como estabelecimentos sem fins lucrativos, sendo vedada a compra e a venda da aquisição e distribuição de seus produtos. Nesse sentido, tornou-se necessário regular a instalação e o funcionamento dos BLHs em todo o território brasileiro, mediante a licença dos órgãos competentes de vigilância sanitária das secretarias de saúde (BRASIL, 1988).

Para tanto, os BLHs deveriam ser providos de instalações e equipamentos adequados, recursos humanos qualificados, e satisfazer as condições de higiene, inclusive para os casos de coleta domiciliar. Estabeleceu-se, nesse período, a obrigatoriedade da realização de exames clínicos pelas doadoras de leite humano (BRASIL, 1988).

Em 1991, iniciou-se a parceria dos BLHs da SES-DF com o CBMDF para a coleta domiciliar de leite humano. O programa atendia, em 2013, os 10 BLHs pertencentes aos hospitais da rede pública do DF. O Relatório de Gestão do Exercício de 2013 do CBMDF revela que a média de visitas domiciliares, em 2013, foi de 26 mil, totalizando mais de 15 mil litros de leite humano coletados.

Em 1993, foi instaurada a Lei Distrital nº 454/93, que dispõe sobre a Política de Aleitamento Materno para o DF. Essa lei define, entre outras questões, a garantia de Alojamento Conjunto, a obrigatoriedade de consumo do leite humano para recém-nascidos hospitalizados, com medidas que assegurem a presença das mães-nutriz no hospital e a proibição de chucas e mamadeiras (BRASIL, 1993).

Em relação à doação de leite humano, essa lei instituiu dotação orçamentária para campanhas educativas dirigidas à população, com o intuito de promover, proteger e incentivar o aleitamento materno, e ações educativas nas redes de ensino e de saúde do DF, nos locais de trabalho e nos espaços comunitários, que estimulem o aleitamento materno e a doação de leite materno (BRASIL, 1993).

Além disso, os meios de comunicação, ONGs, instituições privadas de prestação de serviços de saúde ou de assistência social e fabricantes de alimentos para lactentes, bem como entidades comunitárias e associações que congreguem profissionais de saúde passaram a ser estimulados a colaborar com o sistema público de saúde na implantação dessa política de aleitamento materno do DF e seu cumprimento (BRASIL, 1993).

O primeiro hospital do DF a ser certificado pela IHAC foi o HRT em 1993. Essa iniciativa conta, em 2016, com 335 hospitais credenciados no Brasil. Sua idealização teve início, a partir de 1990, pela OMS e Unicef, com o objetivo de mobilizar as equipes a adaptar condutas e rotinas para reduzir os índices de desmame precoce (UNICEF, 2015).

Ao assinar, em 1990, a Declaração de Innocenti, em encontro em Spedale degli Innocenti, na Itália, o Brasil, um dos 12 países escolhidos para dar partida à IHAC, formalizou o compromisso de fazer dos Dez Passos<sup>8</sup> uma realidade nos hospitais do país. Em março de 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), deram os primeiros passos (UNICEF, 2015).

Em 1998, o CBMDF recebeu do Unicef o título de “Bombeiro Amigo da Criança”, pelo trabalho pioneiro de coleta do leite humano. Nesse mesmo ano, foi inaugurado o primeiro BLH da rede privada do DF, situado no Hospital Santa Lúcia.

Em 2005, Brasília foi um dos territórios nacionais a receber do Ministério da Saúde o Prêmio Bíbi Vogel (BRASIL, 2004), destinado ao reconhecimento dos locais que se destacaram em ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, assim como estímulo a experiências de sucesso. O prêmio foi destinado ao trabalho realizado pelo BLH-HRS.

Outra contribuição para a reestruturação dos BLHs do DF foi a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento dos BLHs do Brasil.

Esse regulamento foi elaborado a partir de trabalho conjunto de técnicos da Anvisa, profissionais de vigilâncias sanitárias estaduais, da rBLH-BR e do Ministério da Saúde, visando estabelecer os requisitos para instalação e funcionamento de BLHs e PCLH em todo o país, para garantir a segurança sanitária do leite humano ordenhado (RDC 171, 2006).

Outra lei sancionada importante para a consecução das atividades dos BLHs do DF se refere à Lei da Semana Distrital de Doação de Leite Materno (Lei nº 5.154/2013), de 19 de agosto de 2013. De autoria do deputado distrital Wasny de Roure, essa lei institui a Semana

---

<sup>8</sup> Anexo A – Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Distrital de Doação de Leite Materno, a ser realizada na semana que incluir o dia 19 de maio, e a inclui no calendário oficial de eventos do DF. Abrange a realização de campanhas, debates, palestras e seminários, promovendo iniciativas para aumentar a doação de leite humano.

Percebemos que a trajetória histórica da rBLH-DF foi marcada por parcerias, leis e conquistas de títulos e premiações, conforme mencionamos anteriormente. No entanto, partimos do princípio que cada um dos 15 BLHs do DF, com suas próprias características e peculiaridades, possuem forte contribuição para a autossuficiência em leite humano no DF.

Portanto, tornou-se fundamental apresentar o perfil da trajetória histórica dos BLHs do DF, do ponto de vista dos profissionais de BLH, tendo com base o material transcrito a partir dos vídeos que documentaram o Seminário “Compreendendo e Construindo a Autossuficiência em Leite Humano de Brasília”, realizado em 25 de outubro de 2012, em Brasília-DF. Os depoimentos foram concedidos pelos responsáveis por cada BLHs do DF, a saber:

- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Taguatinga (HRT). Vídeo apresentado por Sandi Sato. Tempo da conferência: 00:23:52
- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Planaltina (HRP). Vídeo apresentado por Fernanda Viana e Maria Stael Mallosto. Tempo da conferência: 00:34:21
- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) . Vídeo apresentado por Patrícia Schimin. Tempo da conferência: 00:27:30
- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Ceilândia (HRC). Vídeo apresentado por Derlucy Gomes. Tempo da conferência: 00:24:38
- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Brazlândia (HRBz). Vídeo apresentado por Maria Angela Monteiro. Tempo da conferência: 00:20:44
- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Sobradinho (HRS). Vídeo apresentado por Ana Célia Brito. Tempo da conferência: 00:28:24
- ✓ BLH do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). Vídeo apresentado por Soyama Brasileiro. Tempo da conferência: 00:21:54
- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital Regional do Gama (HRG). Vídeo apresentado por Lilian Duarte. Tempo da conferência: 00:13:40
- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Vídeo apresentado por José Alfredo Lacerda. Tempo da conferência: 00:18:26
- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital Santa Lúcia. Vídeo apresentado por Fábria Queiroga. Tempo da conferência: 00:17:26

- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital das Forças Armadas (HFA). Vídeo apresentado por Marta Moura. Tempo da conferência: 00:09:17
- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital Santa Luzia. Vídeo apresentado por Maria Tereza Aguiar. Tempo da conferência: 00:07:33
- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital Anchieta. Vídeo apresentado por Renata Damasceno. Tempo da conferência: 00:08:45
- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Santa Maria (BLH-HRSM). Vídeo apresentado por Flávia Costa. Tempo da conferência: 00:16:51
- ✓ O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Paranoá (HRPa). Vídeo apresentado por Cristiane Medeiros. Tempo da conferência: 00:21:11

### 5.1.1 Hospital Regional de Taguatinga (HRT)

A cidade de Taguatinga está situada a oeste do DF, do ponto de vista geográfico, e ocupa um território, cuja extensão corresponde a 121,34 quilômetros quadrados. Tem como característica ser a região responsável pelo maior Produto Interno Bruto (PIB) do DF. A cidade contava com uma população estimada em 222.901 habitantes em 2011, composta por 35% de mulheres em idade fértil e 6,7% de crianças menores de um ano de idade.

O Hospital Regional de Taguatinga (HRT) atendia, em 2012, diversas especialidades médicas, sendo considerado um hospital geral. Além da população de Taguatinga, também prestava atendimento às regiões administrativas de Águas Claras e Vicente Pires, que juntas somavam aproximadamente 210 mil habitantes em 2011.

No que se refere ao atendimento materno-infantil, o HRT contava, em 2012, com oito leitos ativos na UTI Neonatal, 10 na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), seis do método canguru, 36 na Maternidade, 12 de gestantes de alto risco e 10 salas de parto no Centro Obstétrico. Os dados de 2011 registraram a realização de 4.987 partos, sendo 54% de partos normais.

O BLH-HRT foi inaugurado em 19 de setembro de 1978. A motivação para a implantação foi o elevado número de crianças internadas na Unidade Pediátrica em decorrência de doenças infectocontagiosas, como diarreias e pneumonias. Esse cenário ocasionou um aumento no índice de mortalidade neonatal no hospital, fato intimamente relacionado ao desmame precoce.

O principal foco do trabalho era coletar e distribuir leite humano aos recém-nascidos internados. Nesse período, as ações de comunicação com as mães em fase de amamentação, no sentido de estimular e apoiar a amamentação, não se faziam muito presentes. O leite humano não passava por nenhum processo de controle de qualidade.

Era quase só um intermediário da ama-de-leite, então, não tinha muita preocupação com o processamento. E esse produto era distribuído para bebês doentes internados na Pediatria, não tinha uma ênfase no componente neonatal até então. E por dez anos, o Banco de Leite funcionou dessa forma (SATO, 2012).

A doação de leite humano ainda não tinha caráter voluntário e altruísta e era incentivada no HRT mediante a troca de benefícios às doadoras, como cestas básicas, vale-transporte e lanches, que eram entregues no momento da doação.

Um dos responsáveis pela inauguração do BLH-HRT foi o Rotary Club de Taguatinga Norte. A parceria aconteceu por meio de doações dos primeiros equipamentos, do veículo para o início da coleta domiciliar e de cestas básicas para as doadoras de leite humano.

Então, isso era um grande atrativo. Nessa época, o Banco de Leite de Taguatinga chegou a receber mais de cento e cinquenta mães no intuito de doar leite em apenas um dia. Então, era um grande atrativo na época (SATO, 2012).

Nesse período, as ações de comunicação realizadas focavam unicamente a doação de leite humano, com pouca ênfase ao incentivo e promoção do aleitamento materno.

Figura 3: Notícias em jornais sobre a inauguração do BLH-HRT



Fonte: SATO, 2012<sup>6</sup>

O BLH-HRT passou por algumas modificações em seu funcionamento a partir da assinatura da Portaria nº 322/88, de 26 de maio de 1988, na qual o Ministério da Saúde aprovou as normas gerais para regular a instalação e o funcionamento dos BLHs em todo o território nacional. Vale destacar que a Portaria instituiu o reconhecimento do BLH como um estabelecimento sem fins lucrativos, sendo vedada a compra e venda na aquisição e distribuição dos seus produtos (BRASIL, 1988). Sendo assim, foram suspensas a distribuição de cestas básicas e outros benefícios às mães doadoras de leite humano.

E a portaria veio para ajudar a normatizar as condições dos bancos de leite humano, porém, trouxe dois resultados infelizes, particularmente, para o

Banco de Leite, que foi a grande queda da coleta de leite humano. As mulheres deixaram de doar porque elas não estavam mais recebendo a cesta básica. A ruptura, graças a Deus, foi curta com o Rotary Club, porque naquele momento, às vezes, eles não conseguiam entender bem o porquê de não poder doar, já que a grande maioria das mulheres doadoras era de baixo poder aquisitivo e a cesta ia fazer falta na prática, no dia a dia delas (SATO, 2012).

O processo de controle de qualidade do leite humano teve início em 1992, com o apoio do Centro de Referência Nacional em BLHs do IFF/Fiocruz aos profissionais do HRT. Na ocasião, foi ministrada uma palestra no HRT pelo engenheiro de alimentos da Fiocruz, Franz Novak, na qual apresentou a proposta inicial do controle de qualidade em leite humano, compartilhando a informação com os profissionais atuantes no HRT.

(...) outro grande processo que o Banco de Leite de Taguatinga passou foi a implementação do controle de qualidade e com ele a gente teve o ganho da Doutora Eli Mendes. Então, aqui eu coloquei uma frase dela, em que ela conta que em mil novecentos e noventa e dois, a convite do Doutor Renato, então chefe do Banco de Leite, assistindo a palestra no Hospital Regional de Taguatinga, ministrada pelo Franz, com a proposta de implementar o controle de qualidade de Banco de Leite Humano. Até esse momento, a Doutora Eli não tinha nenhum conhecimento de Banco de Leite, só que ela abraçou a causa com “unhas e dentes”. E até hoje ela é a responsável pelo controle microbiológico do Banco de Leite de Taguatinga (SATO, 2012).

Com a finalidade de conseguir elevar o número de doações de leite humano, procurou-se intensificar a coleta domiciliar do HRT. Foi formalizado, então, em 1992, um convênio com o CBMDF. A parceria foi concretizada através do “Projeto Bombeiro Amigo do Peito”, no qual os bombeiros destinados à coleta de leite humano passaram a compor a equipe do BLH, no sentido de coletar e orientar às mães sobre a amamentação e doação de leite humano.

(...) passaram a fazer parte da equipe de Banco de Leite não só na coleta, mas também nas orientações das mães, de ordenha, armazenamento, e também davam suporte nas intercorrências da mama (SATO, 2012).

Em 1994, um novo convênio foi firmado entre o CBMDF e o BLH-HRT, intitulado “Projeto Amamentação - CBMDF e BLH unidos por uma causa”. Esse projeto designava 10 bombeiros para integrar a equipe do BLH, permitindo o funcionamento do serviço em período integral.

Então, à noite, se aparecer uma mãe com algum tipo de dificuldade, algum problema relacionado à amamentação, elas serão atendidas pelas socorristas do bombeiro (SATO, 2012).



Entre 1993 e 1994, o HRT passou a apoiar, incentivar e promover o aleitamento materno no Alojamento Conjunto, fornecendo orientações às gestantes sobre a importância dos controles laboratoriais durante o pré-natal, garantindo, assim, um aumento nas doações e maior controle de qualidade do leite humano ordenhado. Com isso, houve o fortalecimento do incentivo às doações de leite humano.

O processo de implantação da IHAC no HRT teve início em 1992. O título foi conquistado em 1994, sendo o primeiro hospital do DF a se tornar Amigo da Criança. Para celebrar o título, o BLH reuniu em um evento comemorativo, em 2010, as crianças que nasceram no HRT desde 1994, bem como os profissionais que atuaram ao longo dos anos frente à IHAC no hospital e os filhos dos funcionários.

Diante das significativas modificações que marcaram o BLH-HRT no início da década de 1990, tanto no processo de controle de qualidade, como em relação ao aumento da demanda de trabalho, surgiu a necessidade de ampliação e reforma da área física para melhor atender as mães e seus bebês, inclusive com espaços de acolhimento, reuniões e rodas de conversa.

Essa discussão foi retomada em 2003, quando o BLH passa a ser reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência em Bancos de Leite Humano do DF. Vale ressaltar que a reforma no BLH ocorreu em 2012.

Um fato favorável para a coleta de leite humano aconteceu em 2009, com a inauguração do PCLH do Hospital Regional de Samambaia, que era vinculado ao HRT.

De 2005 a 2012, o BLH passou a funcionar em uma área provisória, no Ambulatório de Pediatria. A ampliação e modernização do BLH ocorreram em 2012, quando o BLH passou a ocupar a área física de 240 metros quadrados e a cumprir todas as exigências da RDC 171/2006.

A estrutura física do BLH passou a contemplar dois consultórios, sala de acolhimento, que também era usada como sala de aula, duas áreas de coordenações, sala de coleta, um depósito, e uma área de processamento do leite humano, que respeitava todo o fluxo.

No Banco de Leite de Taguatinga, desde preparar o frasco, a lavagem, a limpeza e a esterilização do material, tudo é feito dentro do Banco de Leite de Taguatinga, até o porcionamento desse leite (SATO, 2012).

Em 2012, o BLH contava com uma equipe composta por duas enfermeiras, bioquímica, pediatra, psicóloga, fonoaudióloga, e 18 integrantes da equipe técnica, sendo técnicos e auxiliares de enfermagem.

O que é muito importante e que a gente sempre procura é manter toda a equipe habilitada para todas as atividades do Banco de Leite, seja atendimento ambulatorial, intercorrências na amamentação, assistência ao Alcon, assistência à unidade neonatal, processamento do leite humano ordenhado, os treinamentos de estágio, os cursos. Toda a equipe está gabaritada para dar apoio nessas atividades. Então, se falta um, sempre tem o outro qualificado para assumir a posição dele (SATO, 2012).

O primeiro determinante do êxito do BLH-HRT se deve à equipe qualificada e comprometida em todos os níveis de assistência.

E eu tomo por exemplo a Romilda que está aqui. Ela é a funcionária mais antiga de Banco de Leite do Distrito Federal, posso dizer até do Brasil. A Romilda é técnica. Eu me emociono porque muito do que eu aprendi não só com a Doutora Sonia, com a Doutora Miriam, mas foi com a equipe do Banco de Leite, eu sou o que sou pela equipe que eu conheci ainda na minha época de residência (SATO, 2012).

Outro fator de potencialidade do BLH está relacionado ao engajamento da equipe nas Políticas de Aleitamento Materno. Cabe destacar a presença dos funcionários do BLH no XXI Congresso Brasileiro de Pediatria, ocorrido de 2 a 5 de outubro de 1979, um ano após a inauguração do BLH.

Além disso, participaram ativamente também dos eventos realizados na SMAM e no Dia Nacional de Doação de Leite Humano, e produziram encontros internos no BLH em datas comemorativas para as doadoras de leite humano, como, por exemplo, o dia do aniversário do BLH-HRT e a festa natalina.

A equipe não perde a oportunidade de valorizar todas as políticas de aleitamento materno. (...) E ali eu coloquei uma foto da gente no Congresso Nacional, onde houve uma movimentação de tentar retirar a frase dos rótulos de leite, que informavam sobre os benefícios do aleitamento materno, em que eu e algumas meninas do Banco de Leite, algumas meninas doadoras fomos para o Congresso, sentávamos lá, colocávamos os peitos para fora, colocávamos os meninos para mamar. E a gente viu o grande poder que nós como cidadãos temos e às vezes a gente não utiliza. A gente entrava e os lobistas saíam. Se a gente entrava antes deles, eles nem chegavam a entrar. E ficou por meses a gente fazendo esse movimento. E olha que não éramos tantas, éramos quatro ou cinco, mas a gente estava lá todas as vezes. Doutora Sonia botava no carro e carregava a gente (SATO, 2012).

**Figura 4: Eventos comemorativos do BLH-HRT**



Fonte: SATO, 2012<sup>6</sup>

Outro fator favorável ao êxito do BLH se refere às parcerias estabelecidas ao longo da trajetória, como o Rotary Club de Taguatinga Norte e a Casa da Amizade Taguatinga Norte, que além de apoiarem com a doação de equipamentos e recursos financeiros, se fizeram presentes nas ações de incentivo ao aleitamento materno.

O Rotary Club prepara todos os anos o Natal da doadora, onde as doadoras recebem uma homenagem. Nós realizamos um almoço e elas ganham um presente simbólico em agradecimento a tudo que ela nos prestou durante todo o ano. Eu coloquei aqui, eu acho que foi um dos mais bonitos, que foi uma camisetinha que as crianças receberam em que vinha esta inscrição: eu divido o meu leite. Então, nós vemos um bebezinho ali da UTI Neonatal que recebeu sua camisetinha também e elas recebiam a camiseta e tiravam foto. Era colocada em porta-retratos e elas recebiam esses mimos (SATO, 2012).

A parceria com o CBMDF, firmada desde 1992, permitiu a realização da coleta domiciliar do leite humano pelos bombeiros e também a prestar assistência à mãe sobre eventuais dificuldades em relação ao aleitamento materno.

(...) e aqui eu tenho que lembrar desde os primeiros tempos até os bombeiros que estão hoje. Eles não simplesmente coletam o leite, batem na porta da mãe e trazem o leite. Eles conversam, perguntam, orientam. Se eles veem que alguma coisa não está acontecendo de forma adequada, eles me ligam: 'Doutora, essa mãe está precisando de apoio!' E a gente traz essa mãe para dentro do Banco de Leite. Então, eles fazem esse *feedback* positivo para

gente diretamente com a própria doadora e semanalmente. E isso é muito importante (SATO, 2012).

O HRT também contou com parcerias com a comunidade local, como a Escola de Casa de Brinquedos, que contribuiu com a campanha de doação de vidros.

Eu tenho aqui a Escola de Casa de Brinquedos, que é uma escola de ensino fundamental que há oito anos faz no Dia dos Avós a campanha de doação de vidros. Não tem nada mais doce que os avós, que fazem todas as vontades da criança. Então, o número de coleta nesse evento é muito grande. O número de frascos que a gente recebe é muito grande (SATO, 2012).

Outra parceria com a comunidade se refere à empresa Papel Art Caixas, que produziu todo o material gráfico necessário para a divulgação do BLH. Além disso, foram realizadas frequentes palestras na comunidade, sendo feitas ações em igrejas, escolas e no metrô.

(...) aonde quer que tenha alguém para nos ouvir a gente está, a gente se faz presente (SATO, 2012).

Outros parceiros conquistados pelo BLH-HRT foram a Administração da Regional de Taguatinga, que apoiou as ações de valorização e incentivo ao aleitamento materno do BLH na cidade, e as jogadoras da Seleção Brasileira de Vôlei, Leila e Ricarda, que realizaram um trabalho de inclusão social pelo esporte, e participaram de eventos da SMAM.

A Administração de Taguatinga que fez o nosso evento do miss doadora. Acho que a gente pode valorizar a mulher que doa e prestigiá-la de forma importante, porque geralmente a mulher que amamenta, que acabou de ter neném, ela se acha feia, mas a gente viu que a beleza dela independe disso (SATO, 2012).

Outro determinante do êxito se refere à acessibilidade da população ao atendimento do BLH. O atendimento ambulatorial era realizado com agenda aberta, oferecendo apoio às mães doadoras em qualquer horário que se faça necessário.

Eu coloquei essa foto desse neném, que foi encaminhado para a gente com problema no desenvolvimento. Esse bebê tem seis meses de idade e doze quilos em seio materno exclusivo. Eles estavam preocupados e a gente festejou a preocupação (SATO, 2012).

Um dos obstáculos na trajetória de construção do BLH-HRT foi o longo tempo para a readaptação da área física, fato que prejudicou a manutenção do fluxo e a garantia do controle de qualidade do leite humano.

Outro fator limitante para o avanço do BLH foi a falta de comprometimento com o aleitamento materno por parte de outros profissionais do HRT, que atendiam ao binômio mãe e filho, considerando o BLH como o único responsável pelo apoio, incentivo e promoção ao aleitamento materno.

Isso dificulta o nosso trabalho, enquanto a gente poderia atender necessidades pontuais, acabamos tendo que fazer atividades que qualquer outro profissional deve estar habilitado a fazer (SATO, 2012).

O déficit de recursos humanos também foi considerado um fator que impediu o êxito do BLH. Em 2012, o quadro de profissionais contemplava 24 funcionários, mas devido a problemas de saúde, até mesmo por excesso de trabalho, e um grande número em fase de aposentadoria, o BLH contava com 18 profissionais no período.

Em relação à série histórica dos dados de produção, observou-se a diminuição na coleta de leite humano a partir de 2008, perfil semelhante ao que acontecia em todo o DF no mesmo período. Verificou-se que em 2006 e 2007 o BLH chegou a coletar 4.500 litros de leite humano ao ano, e que em 2011, o quantitativo caiu pela metade, porém, ainda suficiente para suprir a demanda do HRT.

Nós temos uma situação bastante confortável. Na grande parte do ano a gente consegue ajudar não só as mães que estão na Maternidade, mas também as mães que chegam ambulatoriamente com subnutrição, desnutrição e a gente dá apoio até que reestabeleça a amamentação. O número de atendimentos individuais também é bastante grande (SATO, 2012).

O número de atendimentos também sofreu considerável queda, atingindo o seu auge em 2007 e 2008, com cerca de 55 mil atendimentos. Em 2011, a média dos atendimentos individuais foi de 35 mil atendimentos.

### 5.1.2 Hospital Regional de Planaltina (HRP)

Planaltina é considerada a cidade mãe de Brasília, uma vez que a região já era habitada antes da instalação da capital federal. Possui uma área geográfica de 1.534 quilômetros quadrados (IBGE, 2011), sendo uma das maiores do DF, por abranger a zona rural, e é a porta de entrada do DF para as regiões Norte e Nordeste do Brasil.

A cidade contava com uma população estimada de 171.303 habitantes em 2011 (IBGE, 2012), sendo 80.512 homens e 90.791 mulheres, dentre as quais 42,6% estavam em idade reprodutiva.

Uma característica própria da população de Planaltina era que 89% dos residentes não tinham plano de saúde, sendo um diferencial em relação às outras regiões administrativas do DF. Portanto, grande parte da população se tornou usuária do HRP, por ser o único hospital localizado na cidade.

O HRP era credenciado como hospital de Atenção Primária. Entretanto, pela própria demanda existente, o hospital funcionava como Atenção Secundária. Em 2012, o HRP estava em fase de credenciado pelo Ministério da Saúde.

O número de partos no HRP variou em torno de três mil a 3.300 partos ao ano, sendo 35% de cesarianas. O percentual de recém-nascidos prematuros oscilou entre 3% a 7%, a depender do ano analisado. A partir do ano 2000, o HRP passou a contar com 28 leitos de Maternidade, 12 de UCIN e 15 de Mãe-Nutriz, o que facilitou a oferta do leite da própria mãe para o filho internado no hospital. Para tanto, as mães contavam com a Sala de Amamentação, onde eram feitas as ordenhas do leite.

Essa proporção entre mãe-nutriz e leito de UCIN traz um privilégio para as nossas usuárias, que podem ofertar o leite ordenhado e fresco, o seu próprio leite, para o seu bebê. Então, elas têm essa oportunidade. E o Banco de Leite funciona como o grande apoiador desse processo (MALLOSTO, 2012).

O BLH-HRP foi inaugurado em 1984 e teve como motivação para a implantação o oferecimento de leite humano contra a morbimortalidade infantil. Nesse período, observou-se um aumento no número de recém-nascidos prematuros e portadores de patologias internados no Berçário que, posteriormente, passou a ser a Unidade Neonatal do HRP.

O BLH, no início, ocupava um espaço físico de 32,5 metros quadrados e contemplava sala de ordenha e atendimento, e chuveiro para a higienização das doadoras. Porém, o BLH não contava com uma equipe específica. O atendimento era realizado pelos servidores do Berçário e da Maternidade, de acordo com a demanda e disponibilidade.

O principal foco, no início, era fornecer leite humano aos recém-nascidos e realizar a coleta domiciliar e no Berçário. Os recém-nascidos recebiam o leite materno cru e na “chuca”.

A parceria com o Rotary Club de Planaltina teve início desde a inauguração do BLH. O Rotary Club oferecia cestas básicas para 30 doadoras de leite humano a cada 15 dias. Além disso, as doadoras recebiam ovos, óleo de soja e frango de comerciantes e pessoas da comunidade, além de lanches e vale-transporte no ato da doação de leite humano.

(...) só quero colocar aqui que essa troca perdurou por algum tempo. Lá na nossa regional, a gente tem registro que até meados de mil novecentos e noventa e oito ainda havia um pouco essa coisa de ofertar alimentos para as doadoras (MALLOSTO, 2012).

**Figura 5: Rotary Club, Casa da Amizade e comunidade de Planaltina**



Fonte: VIANA & MALLOSTO, 2012<sup>7</sup>

Em 1987, com o apoio da Área da Criança na extinta Fundação Hospitalar (FHDF), buscou-se recursos junto à Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) para a implantação dos BLHs no modelo recomendado pelo Ministério da Saúde. O BLH-HRP recebeu equipamentos como freezer, geladeira, banho-maria e mobiliários.

No mesmo ano, foi iniciado o tratamento térmico ao leite humano, não tendo campo de chama. Era realizada apenas a coagem do leite para eliminar a sujidade.

Em 1990, foi assinada a Declaração de Innocenti, em encontro em Spedale degli Innocenti, na Itália, e o Brasil foi um dos 12 países escolhidos para dar início à IHAC, formalizando o compromisso de tornar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno uma realidade nos hospitais do país (UNICEF, 2015).

Nesse mesmo ano, o BLH-HRP passou a contar com a sua primeira equipe, composta por três auxiliares de enfermagem e uma auxiliar de nutrição, que recebiam supervisão da enfermeira do Berçário.

O foco inicial era a implementação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno no HRP. Para tanto, foram feitos treinamentos de todos os servidores a partir de um curso, com carga horária de 18 horas, ministrado de junho a dezembro de 1996. Todas as atividades que envolviam a IHAC estavam centralizadas e eram da responsabilidade do BLH. Sendo assim, foram abolidas as práticas contrárias ao sucesso do aleitamento materno e a consolidação do Alojamento Conjunto como fatores favorecedores do aleitamento materno.

Embora fosse uma sobrecarga, era também uma garantia de que as coisas iam acontecer e, principalmente, naquele momento em que realmente as coisas se centravam no Banco de Leite (MALLOSTO, 2012).

O ano de 1995 foi bastante favorável e produtivo para o BLH-HRP, quando ocorreu maior incentivo e apoio às atividades voltadas ao aleitamento materno. O BLH passou a contar com uma coordenação, nutricionista, assistente social, auxiliares de enfermagem e auxiliar de Nutrição. Em 2006, a equipe passou a contar também com uma enfermeira, que passou a cumprir parte da carga horária no BLH.

Ainda em 2005, ocorreu a I Comemoração da Semana Mundial de Aleitamento Materno no HRP e a equipe do BLH participou, pela primeira vez, do Encontro Nacional de Aleitamento Materno (IV Enam).

Foram definidos os membros da primeira Comissão da IHAC do HRP, que foi nomeada em 1996. A partir de então, foram iniciados os treinamentos, inclusive para 14 equipes de PSFs. O HRP conquistou o título em 19 de dezembro de 1996.

Um fato marcante da época foi o início do Programa de Peito Aberto, que prevê para todas as mães de primeiro filho a realização de uma consulta agendada no BLH para avaliação nos primeiros 10 dias após o parto, assim como as mães que apresentavam fatores de risco para o desmame precoce.

Em 20 de maio de 1997, foi inaugurada a nova instalação do BLH-HRP, que passou a ocupar uma área física de 85 metros quadrados, com recepção, Sala de Coleta, Sala de Higienização, Sala de Pasteurização e banheiro. A inauguração foi realizada com o apoio da Associação de Saúde Integral, entidade sem fins lucrativos da comunidade local e também por recursos da extinta FHDF.



De fevereiro a junho de 1999, parte da equipe do BLH participou do Curso de Capacitação em Processamento de Leite Humano, com duração de 40 horas, no HRT.

Foi implementado o Ambulatório dos Recém-Nascidos Prematuros e inaugurada a Sala de Amamentação na Maternidade em 2001. Além disso, iniciou-se o controle microbiológico do leite humano pasteurizado, o teste de acidez dornic e o crematócrito, utilizando as centrífugas doadas pelo HRS e pelo laboratório do HRP. Em 2001, o Lactário, através da empresa Sanoli, passou a ser responsável pela distribuição do leite humano pasteurizado.

(...) o controle microbiológico nos Bancos de Leite, e eu me lembro muito bem disso (...) a gente sempre amigas e participando das coisas que aconteciam, e era graças a empréstimos e doações que esse controle microbiológico, para mim, pelo menos, foi uma coisa vitoriosa, porque a gente não tinha como fazer nada nesse sentido, e foi conseguido com a doação de cada um (MALLOSTO, 2012).

Em 2003, ocorreu uma nova mudança na coordenação do BLH, e o BLH passou a contar com uma enfermeira, com carga horária de 40 horas semanais.

Quando eu vim para o Banco de Leite, eu era do Centro Obstétrico e não sabia nada. Para mim, foi um ganho porque existiam os moldes anteriores. Eu desconhecia, então, eu não tinha qualquer dúvida, eu fui aprender ali e dali para frente era tocar dentro dos moldes da Rede. Então, foi realmente muito bom que eu não tivesse noção de Banco de Leite até aquele momento (VIANA, 2012).

As duas profissionais participaram, no final de 2003, do Curso de Capacitação do PCQBLH, ministrado pelo IFF/Fiocruz, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, e ambas conquistaram o Certificado Internacional de Consultor em Lactação, considerado um selo de qualidade do profissional que atua na área de aleitamento materno, mediante aprovação no exame do IBCLE (International Board of Lactation Consultant Examiners), em 2004.

Nesse período, iniciou-se uma parceria entre o HRS e os BLHs do HRP e de Planaltina de Goiás, cidade localizada a 17 quilômetros de Planaltina, para receber treinamentos do PCQBLH. Com isso, o BLH-HRP passou a fazer triplicata de acidez dornic e crematócrito.

Além disso, o BLH contou com a instalação de ar condicionado e revestimento em fórmica das bancadas da Sala de Pasteurização e foi iniciado o controle de temperatura de todos os freezers. Vale destacar que o BLH passou a ter um motorista fixo para a coleta domiciliar de leite humano.

Em 2004, ocorreu a parceria do BLH-HRP com o Centro de Saúde 2 para o atendimento às gestantes de primeiro filho, que estavam em acompanhamento pré-natal, no intuito de apresentá-las às instalações do BLH-HRP, Unidade Neonatal, Maternidade e Centro Obstétrico e, sobretudo, orientá-las sobre o aleitamento materno e a possibilidade de doação do leite humano.

Em 2005, a SES-DF doou ao BLH-HRP um freezer vertical e toda a equipe teve a oportunidade de participar do II Congresso de BLH, em Brasília. A equipe do BLH também esteve presente no Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno. Em 2006, o BLH-HRP passou a contar com um veículo locado pela SES-DF para a coleta de leite humano.

No ano seguinte, ocorreu o treinamento em manejo de aleitamento materno para a equipe de enfermagem do PSF de Formosa, cidade do estado de Goiás, localizada no entorno de Planaltina. Ainda em 2007, ocorreu o cadastramento do BLH-HRP no Sistema BLH-WEB e, para tanto, o diretor do HRP concedeu ao BLH um computador e acesso à internet. Nesse mesmo ano, o BLH organizou no HRP um evento em comemoração à SMAM.

**Figura 6: Convite do BLH-HRP para evento da SMAM**



Fonte: VIANA & MALLOSTO, 2012<sup>7</sup>

Em 2008, o BLH-HRP participou da II Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Planaltina e contou com a inauguração de mais três salas para atendimento no BLH. Em 2009, a equipe do BLH participou da Oficina de Formação de Tutores da Rede Amamenta Brasil e, posteriormente, transmitiu o aprendizado no HRP. Além disso, a equipe recebeu treinamento da rBLH-BR para o uso do BLH-WEB, tornando-

se possível o cadastro das primeiras fichas de doadoras de leite humano no sistema. Uma dificuldade que o BLH-HRP enfrentou se refere à instalação da rede elétrica na sala de freezers, fato que foi resolvido com o apoio do Rotary Club de Planaltina.

Em 2010, foram capacitados mais sete tutores da Rede Amamenta Brasil, sendo dois pediatras, três enfermeiros e dois nutricionistas, melhorando a assistência, inclusive na Atenção Básica. O BLH-HRP, em parceria com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), realizou treinamentos da equipe de enfermagem para o atendimento de crianças nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Foram coordenadas pelo BLH-HRP oficinas da Rede Amamenta Brasil nos Centros de Saúde 1, 3 e 5 e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) 4 e 5. Em 2010, parte da equipe participou do V Congresso Brasileiro de BLHs, em Brasília.

No mesmo ano, o BLH-HRP recebeu a visita da equipe do Hospital São Camilo e do Rotary Club de Formosa, com o objetivo de firmar parceria para a instalação de um BLH no hospital de Formosa, cidade do entorno de Planaltina.

Em 21 de novembro de 2010, a equipe do BLH participou da confraternização dos BLHs do DF, no Parque dos Pioneiros, que foi promovido pela SES-DF. Em 2011, ocorreu uma reunião na Prefeitura Municipal de Formosa, com a presença de representantes do Rotary Club de Brasília e Formosa, da Coordenação de Aleitamento Materno e Bancos de Leite Humano da SES-DF, do prefeito, da administração do Hospital São Camilo e da representante do BLH-HRP. Nesse mesmo ano, o BLH-HRP recebeu seis freezers verticais, cinco deles doados pela SES-DF e um pelo Rotary Club de Planaltina e a Casa da Amizade de Planaltina. Além disso, a SES-DF doou duas centrífugas para o BLH.

Em outubro de 2011, o HRP recebeu a visita técnica da Anvisa, na qual foi informado sobre as condições precárias das instalações do BLH e a necessidade de adequação da área física, de acordo com a RDC 171/2006. A equipe se mobilizou no sentido de conseguir a reforma, solicitando à Comissão de Infecção Hospitalar do HRP um relatório comparativo sobre a realidade do BLH e o que é preconizado pela RDC 171/2006. Além disso, ocorreu uma reunião na Subsecretaria de Logística e Infraestrutura (Sulis) da SES-DF, para solicitar prioridade no processo de reforma do BLH. O Rotary Club de Planaltina se responsabilizou pela produção da planta baixa para o novo BLH-HRP.

A gente recebeu no último mês equipamentos novos que a gente não pôde instalar porque a área de pasteurização é muito pequena e a instalação elétrica é catastrófica. Então, essa é uma parte das nossas dificuldades, vocês

podem observar que não é o mais feio. Quem sabe do Banco de Leite dá para ter uma ideia do que seja isso infelizmente (VIANA, 2012).

Outra dificuldade enfrentada pelo BLH-HRP se refere à equipe restrita, que contava com pediatra, enfermeira e técnicos de enfermagem, não sendo, portanto, multidisciplinar. Outros fatores que dificultaram o trabalho do BLH foram: não relevância atribuída ao BLH e grande quantitativo de leite humano desperdiçado.

A gente tem uma perda grande que eu acho que coincide com a maioria das dificuldades dos outros bancos, que é uma presença de sujidade, sobretudo no período de seca que a gente tem, de descamamento de pele e tal. Então, a gente tem também desperdício de leite humano por solicitações equivocadas, pois ainda o bebê mal acabou de nascer, já vem gente pedindo para prevenir hipoglicemia, não sei o quê. Então a gente tem desperdício também por isso (VIANA, 2012).

Além disso, observou-se o déficit de conhecimento dos profissionais de outros setores em manejo de lactação.

(...) tem gente que não tem conhecimento de manejo e também atribui ao Banco de Leite toda a responsabilidade, tudo que disser respeito ao leite e ao aleitamento (VIANA, 2012).

Um fator considerado determinante do êxito se refere à chegada de uma profissional atuante do PAISC, a partir de 2010, que possibilitou o trabalho da Atenção Básica em cooperação com o BLH-HRP. Outros fatores para o êxito estiveram relacionados ao bom relacionamento com as equipes de setores afins do HRP e ao empenho, dedicação, disponibilidade e capacitação da equipe.

As atividades realizadas diariamente pelo BLH-HRP e que contribuíram para o êxito do BLH foram: visitas diárias à Maternidade e à Unidade Neonatal, com atendimento individual; atendimento no Ambulatório de Prematuros e a todos os usuários que necessitam do serviço prestado pelo BLH, com agenda aberta, incluindo o atendimento especializado às doadoras e seus filhos, além do Programa de Peito Aberto.

Outros fatores que contribuíram para o êxito do BLH-HRP foram: treinamentos e monitoramento da IHAC, integração e valorização dos BLHs pela Coordenação Distrital.

As oficinas da Rede Amamenta Brasil em todos os Centros de Saúde da Regional de Planaltina também contribuíram para o bom desempenho do trabalho do BLH-HRP. Outros determinantes do êxito foram: trabalho em rede, contando com o apoio de toda a rBLH-DF,

suporte técnico acessível e confiável do Centro de Referência Nacional em BLHs do IFF/Fiocruz, e apoio das parcerias com o Rotary Club de Planaltina, o CBMDF e a Sanoli.

E entre os principais ganhos que a gente tem é a manutenção do título Hospital Amigo da Criança e os benefícios que advém disso, dessa prática ao binômio mãe e filho, como continuidade de todas as práticas favorecedoras do aleitamento materno, e a maior atividade no cuidado ao binômio, com menor sobrecarga da equipe em decorrência da incorporação das normas preconizadas pela IHAC à rotina do serviço (MALLOSTO, 2012).

Em relação aos fatores que dificultaram o avanço, destacaram-se: inexistência de equipe multidisciplinar, insuficiência de recursos humanos, instalações físicas inadequadas e falta de apoio do hospital ao BLH. Para a superação, o BLH ofereceu treinamentos de funcionários, não mais apenas centrado no hospital, incluindo o PSF, e foi nomeada uma Comissão da IHAC.

### 5.1.3 Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMIB)

O Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) foi inaugurado em 22 de novembro de 1966, na área central do DF, conhecida como Asa Sul. Em 1987, foi concedida ao HRAS destinação específica, tornando-o hospital materno-infantil, com ampliação da Emergência da Pediatria e a reforma da UTI Neonatal. Em 8 de novembro de 1996, ocorreu a alteração da denominação de HRAS para Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) (SES-DF, 2015).

Até 2012, o HMIB tinha como público-alvo a população de várias regiões do DF, tais como Asa Sul, Lago Sul, Guará, Núcleo Bandeirante, Candangolândia, Riacho Fundo e Parkway. Habitantes de outros estados próximos ao DF também recorriam à assistência no HMIB, como Goiás, Minas Gerais e Bahia, que juntos totalizavam mais de 20% do atendimento do hospital.

O HMIB apresentava como característica ser especializado nas seguintes modalidades: UTI Neonatal, sendo referência para o atendimento de recém-nascidos prematuros e portadores de malformações congênitas, UTI Pediátrica, Emergência Pediátrica de Alta Complexidade, UTI Adulto e assistência às vítimas de violência. Além disso, prestava atendimento às mulheres e às crianças usuárias de crack.

A UTI Neonatal do HMIB contava, em 2012, com 45 leitos, dos quais cinco estavam inativos, devido à falta de funcionários e de manutenção dos equipamentos. Em média, de cinco a 10 bebês permaneciam no aguardo de leitos na UTI Neonatal, na chamada Ala Roxa do Centro Obstétrico.

Além disso, o HMIB contava, no mesmo período, com 20 leitos de UCIN, com 15 em funcionamento, 51 leitos de Alojamento Conjunto, 32 leitos da Policlínica, com média de 10 duplas mãe-bebê, e 28 leitos de Alto Risco, com média de quatro duplas mãe-bebê.

Desde a sua inauguração até 2012, o HMIB registrou mais de 306 mil nascimentos. Ao longo de sua trajetória, o hospital aumentou consideravelmente o número de leitos para internação, passando de 150 para 326 leitos em 2012.

Com isso, a gente pode ver que já nasceu muita gente lá. (...) Bom, tínhamos que ter um Banco de Leite (SCHIMIN, 2012).

A primeira reunião para a implantação do BLH ocorreu em 11 de julho de 1984 e sua inauguração foi em 13 de março de 1985. O principal foco de trabalho era coletar leite humano para alimentar os recém-nascidos com intolerâncias alimentares. A área física contava com 18,6 metros quadrados e duas dependências. A média de doadoras do BLH era

de três a cada dia e o volume coletado era de 250 mililitros por dia, ou seja, cerca de seis litros por mês.

Hoje, para vocês terem uma noção de comparação, coletamos duzentos e oitenta litros/mês. Passamos de seis litros para duzentos e oitenta, então, cresceu bastante (SCHIMIN, 2012).

A partir de 1984, a equipe passou a ser composta por um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e uma assistente social, que realizavam atividades voltadas ao recrutamento de doadoras de leite humano.

Nesse período, as doações eram incentivadas com o fornecimento de cestas básicas, fraldas, lanches e vale-transporte. Observou-se que o foco apenas na doação não incentivava a amamentação, visto que muitas mães deixavam de amamentar os próprios filhos para doar o leite e, com isso, receber os benefícios.

O leite humano ainda não passava pelo processo de pasteurização. O tratamento era o congelamento por três dias no BLH e, posteriormente, era feita a distribuição para os bebês internados no HMIB. A coleta acontecia, principalmente, na Maternidade do hospital.

(...) elas relatavam que coletavam com bombinha elétrica na Maternidade e iam passando nos leitos de cinco mães, uma atrás da outra, até encher aquele frasquinho. Então, fazia-se aquele tour, enchiam o frasquinho e já iam direto lá para o outro bebezinho que estava precisando e sem controle de qualidade. Isso eu acho que é a realidade de muitos de vocês aqui (SCHIMIN, 2012).

A primeira doação de leite humano ocorreu em 13 de março de 1985. As principais estratégias para captar doadoras de leite humano eram: confecção de faixas disponibilizadas na frente do HMIB e a divulgação pela mídia.

As doadoras eram recrutadas com faixas na frente do hospital, então, normalmente, a gente colocava faixas, e além das outras coisas que eram feitas, como televisão, rádio e jornal (SCHIMIN, 2012).

Figura 7: Primeira ficha de doadora de leite humano do BLH-HMIB

GDF - SECRETARIA DE SAUDE FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO DISTRITO FEDERAL UNIDADE DE PEDIATRIA		FICHA DE DOADORA		HRAS Hospital
Nome:		Registro Clínico N.:	Doadora N.: 01	
Filiação:				
Endereço:				
Nacionalidade:		Nacionalidade:	Ocupação Habitual:	
Ceará		Bras.		
Local de Trabalho:				
Local de Colheita: BLH - HRAS				
Data: 13.03.85		Data de Nasc. do R. N. (Idade do Leite):	13.03.85 07.03.85	
Doação Anterior: não		Data: 13.03.85		
Gestação: normal		Altura: 1.53		
Malaíta: não		Peso: 48		
Ictericia/Hepatite: não		Temperatura: -		
Alergia: a poeira		Pulso: -		
Cont./Barbeiro: não		P. Arterial: -		
Uso Droga/Qual: não		Hemoglobina: -		
Lipotímia: não		Hematócrito: -		
		V D R L: n reag.		
		Proteínas: -		
		Raios X Tórax: normal		
		30A = + Reagente		

Mod. 01.12 - Gráfica Central da FHDF

Fonte: SCHIMIN, 2012<sup>8</sup>

Inicia-se, então, o incentivo e apoio à amamentação no HMIB e o estímulo para a mãe oferecer o próprio leite para o seu bebê internado na UTI Neonatal. Dessa maneira, foi idealizado em 1990, o Projeto Mãe-Nutriz Participante, com início em 1992. Tratava-se de um projeto de apoio às mães acompanhantes que amamentavam seus recém-nascidos internados, que garantia às mães alojamento dentro do hospital durante o período de internação do bebê.

Inicialmente, essas mães eram diaristas, então, passavam o dia no hospital com direito à refeição, e à noite iam para casa e voltavam no dia seguinte. Hoje, boa parte dessas mães estão alojadas dentro do hospital (SCHIMIN, 2012).



Figura 8: Informativo do Projeto Mãe-Nutriz Participante

**EM CASO DE DOAÇÃO FAÇA CONTATO COM OS BANCOS DE LEITE EXISTENTES NOS SEQUENTES LUGARES:**

Hospital Regional de Asa Sul	Tel: 243-3332 F. 250 ou 244-3358
Hospital Regional de Asa Norte	Tel: 201-6500 F. 345
Hospital Regional de Brásias	Tel: 201-6510 F. 543
Hospital Regional de Colúmbia	Tel: 201-6333 F. 248
Hospital Regional do Gama	Tel: 556-1409 F. 225
Hospital Regional de Planaltina	Tel: 289-2412 F. 184
Hospital Regional de Sudoeste	Tel: 691-4330 F. 235
Hospital Regional de Taguatinga	Tel: 561-6880 F. 267

**CENTRO DE LACTAÇÃO BANCO DE LEITE HUMANO**

**MÃE NUTRIZ PARTICIPANTE**

FHDF - Hospital Regional do Asa Sul  
Fone: 244 3358 ou 243 3332 Anexo 250

**Mãe**  
Este livro está destinado a você e ao seu bebê para ajudá-lo a criar o leite materno.  
Crianças mais saudáveis e fortes se alimentam exclusivamente com o leite materno até os seis meses.  
O leite que você amamenta é o melhor leite para seu bebê. É o melhor porque tem o direito de ser amamentado, porque dá o melhor sustento e porque dá o melhor começo à vida do seu bebê.  
No seu Centro de Lactação a equipe vai ajudá-lo a produzir o leite materno, como tomar e guardar seu leite.

**PARA FACILITAR SUA PRESENÇA NO HOSPITAL, É BOM QUEM VOS AJUDE COMO:**

Sejam as visitas para seu bebê, para amamentar, para fazer o teste de urina e para o banho. Não é permitido o uso de celular por aqui. Depois de você a sua convivência e a convivência do bebê. Uma parte de Apoio ao Paciente. Há um espaço para você onde você pode fazer um trabalho em grupo, um livro para sua família ou amigos.

do hospital) orientando sobre a lactação de acompanhamento. Para os alunos é no período de 06 a 12 horas, sendo 06 horas de acompanhamento ao parto.

A Associação Nacional do Centro de Lactação recebe diariamente as mães que necessitam de apoio e principalmente aquelas que tenham dificuldades em acompanhar seu bebê durante os dias de internação.

**ATENÇÃO:**  
para receber, fazendo contato a internet que você tenha um e-mail e uma assinatura.  
MÃE NUTRIZ PARTICIPANTE  
Você pode entrar no hospital.

**NÃO É PERMITIDO FUMAR NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL.**

Fonte: SCHIMIN, 2012<sup>8</sup>

Em contrapartida, observou-se a necessidade de criar artifícios para aproveitar o tempo das mães alojadas no hospital e minimizar a ansiedade ocasionada pela internação dos bebês, o que, algumas vezes, prejudicava a produção do leite humano e a própria amamentação. Iniciou-se, então, o Projeto Mãos de Mães, que tinha como objetivo ser um espaço de conversa e orientação para as mães, e de oficinas para a realização de trabalhos manuais.

(...) nesse grupo de trabalho e que a Cida foi quem começou a fazer o trabalho, ela conversava com as mães sobre a produção de leite, o incentivo para que ela começasse a ordenhar, a retirar aquele leite, a importância do próprio leite para o seu bebê. (...) e esse cantinho ficou conhecido como o Cantinho da Cida, que, na verdade, a gente conhece assim até hoje aqui em Brasília. Há há alguns anos, a gente tenta mudar para Mãos de Mães, mas ainda é o Cantinho da Cida (SCHIMIN, 2012).

**Figura 9: Projeto Mãos de Mães, conhecido como Cantinho da Cida**



Fonte: SCHIMIN, 2012<sup>8</sup>

O projeto era mantido por doações e pela venda dos objetos produzidos, tornando-se uma alternativa para aumentar a renda familiar.

(...) essas mães, elas aprendiam a confeccionar as peças e faziam normalmente duas peças. Uma para ela mesma, para o seu bebê, e a outra peça para vender e adquirir novos materiais, mantendo a oficina funcionando (SCHIMIN, 2012).

Em 2000, o BLH passou a contar com uma nova área física, sendo transferido para o Bloco Materno-Infantil. Novos funcionários foram incorporados à equipe do BLH e os profissionais de outros setores do HMIB começaram a perceber o leite humano como o melhor alimento aos recém-nascidos.

A coleta domiciliar contava com o apoio da Rede Globo, que disponibilizou um veículo para o BLH-HMIB. No entanto, o carro emprestado apresentava frequentes problemas de manutenção e havia muita dificuldade em relação à renovação do contrato. Dessa forma, a solução encontrada foi a utilização do transporte cedido pela SES-DF.

Como marcos do período, destacaram-se: capacitação dos coordenadores do BLH para o processo de pasteurização do leite humano, realizada pela equipe do Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (IFF/Fiocruz); reorganização do organograma hospitalar, com subordinação do BLH à Direção do HMIB e não mais à Gerência de Enfermagem; e criação do trabalho terapêutico com as mães dos bebês internados na UTI Neonatal.

De 2003 a 2009, o foco do BLH passou a ser o processo de pasteurização do leite humano, adequando-se às normas do Manual Técnico para Bancos de Leite Humano- Anvisa. O BLH contou com uma reforma em 2009, possibilitando a organização do fluxo de trabalho. No entanto, muitos problemas persistiram em relação à rede elétrica, à falta de vestiário de barreira e à ausência de fluxo separado para material sujo e leite humano pasteurizado.

A reinauguração do BLH aconteceu em 4 de outubro de 2009, e a equipe passou a ser composta por pediatra, enfermeiro, nutricionista e técnicos de enfermagem. Iniciou-se a marcação de consultas ambulatoriais com as doadoras de leite humano, sempre com a presença do pediatra do BLH.

A reforma do BLH garantiu o fluxo correto, o que otimizou o tempo de serviço e possibilitou melhorias nas condições de trabalho dos funcionários e, conseqüentemente, as atividades passaram a se desenvolver com maior agilidade. A distribuição do leite humano, anteriormente realizada pelo Lactário, passou a ser de responsabilidade da equipe do BLH.

A gente começou a ser palco de visitas e treinamentos. Aqui a gente vê o Doutor João Aprígio e a Doutora Elsa Giuliani na nossa inauguração, e profissionais da Angola que vieram treinar conosco. Tivemos visitas importantes de cantores, como a Dionne Warwick, e a primeira dama da Colômbia. Então, a gente consegue estar em fatos importantes (SCHIMIN, 2012).

Entre os desafios enfrentados em 2012 pelo BLH-HMIB, destacou-se a necessidade de conseguir o volume de 10 litros de leite humano pasteurizado por dia para suprir a demanda da UTI Neonatal e da UCIN. Para solucionar essa questão, o BLH promoveu diferentes ações junto às mães dos bebês internados no HMIB e com as doadoras externas do hospital.

Observou-se que a falta de espaço para acomodar as mães no hospital se tornou um elemento limitante para o êxito do BLH, tendo em vista que 20% das mães não residiam no DF e muitas delas moravam em cidades satélites.

Além das cinco vagas do Projeto Mãe-Nutriz Participante, a Direção disponibilizou leitos do hospital para alojar 10 mães do projeto. Porém, a expectativa seria de 15 vagas para garantir a permanência das mães no HMIB. Outro fator que dificultava conseguir o quantitativo de leite humano necessário no HMIB se refere à falta de envolvimento da equipe de outros setores do hospital e à falta de comunicação entre os funcionários da UTI Neonatal e o BLH.

(...) a gente tem que estar trabalhando em conjunto e a comunicação entre a UTI e o Banco de Leite também ficava muito aquém. A gente conseguiu superar, em parte estamos conseguindo, principalmente com uma servidora

que foi encaminhada ao Banco de Leite. Ela trabalha em dois locais (SCHIMIN, 2012).

Outro elemento que se apresentou como grande desafio foi controlar o desperdício de leite humano. Como estratégia de superação, investiu-se na comunicação com os profissionais da UTI Neonatal.

A gente distribui aqueles cartazes com a quantidade do que foi desperdiçada de ontem de leite, porque elas não avisaram que a mãe estava lá. Então, a gente começou a conseguir desperdiçar menos (SCHIMIN, 2012).

A produção de cartazes afixados na UTI Neonatal passou a se configurar como prática cotidiana desse BLH. Além de conter dados sobre a quantidade de leite desperdiçada diariamente, também abordavam mensagens sobre o compromisso com a causa, como, por exemplo, o reforço para a não utilização de chupetas e outros bicos.

**Figura 10: Cartaz para o incentivo à amamentação**

**BEBÊ COM DIETA POR TRANSLACTAÇÃO**  
 Não oferecer chupeta ou dedo de luva.



**O SUCESSO DEPENDE DE TODOS NÓS!**  
**Banco de Leite - HMIB**

Fonte: SCHIMIN, 2012<sup>8</sup>

O apoio e incentivo às mães dos bebês internados no HMIB também envolveu ações de estímulo ao método canguru. O BLH passou a promover o evento “Mãe Canguru Fashion Week”, onde essas recebiam os cuidados de profissionais de beleza e, posteriormente, participavam de desfile no corredor de acesso à UTI Neonatal.

(...) elas adoraram e cada uma querendo ficar mais presente agora do que a outra (SCHIMIN, 2012).

**Figura 11: Evento “Mãe Canguru Fashion Week” no HMIB**



**Fonte: SCHIMIN, 2012<sup>8</sup>**

Entre as dificuldades enfrentadas pelo BLH-HMIB, destacaram-se: falta de equipe do BLH, principalmente, no período noturno, e prescrições consideradas fora do padrão adequado em relação ao incentivo à amamentação.

Então, para a gente melhorar a situação, a gente treina efetivamente a copeira para que ela tenha a sensibilidade mesmo de falar com a mãe para ela tirar aquele leite, que está desperdiçando ali e o porquê de estar desperdiçando com as auxiliares de enfermagem. Então, a gente conta mesmo com as copeiras. E restrição um pouco das prescrições com os staffs, sendo mais incisivos com relação aos residentes que, normalmente, estavam prescrevendo fora do padrão normal (SCHIMIN, 2012).

O HMIB contava, em 2012, com uma área de abrangência vasta para a coleta de leite humano, que contemplava Vicente Pires, Taguatinga, Samambaia, Recanto das Emas, Estrutural, SIA, Águas Claras, Guará I, Guará II, Candango, Núcleo Bandeirante, SMPW, Riacho Fundo, com exceção de Ceilândia.

Para tanto, a coleta domiciliar do leite humano acontecia todos os dias da semana, contando com o apoio do CBMDF, da SES-DF e dos BLHs do HRBz e HRPa, que disponibilizavam suas duplas de bombeiros para a coleta no PCLH São Sebastião.

A parceria do BLH-HMIB com o PCLH São Sebastião para a coleta de leite humano teve início em 2001, com o incentivo do Setor de Nutrição da Unidade Mista de Saúde. O posto se situa na cidade de São Sebastião, cidade satélite do DF, que contava com população

estimada de 127 mil habitantes em 2012. O atendimento de saúde era feito a partir do Centro de Saúde e da Unidade Mista de Saúde, também conhecida como Casa de Parto.

Em contrapartida, o BLH-HMIB passou a oferecer treinamentos aos envolvidos e a realizar a coleta domiciliar na região. Em 2004, houve tentativa de mudança do nome do PCLH para Unidade de Nutrição e Apoio à Amamentação (UNAAM), visto que não funcionava apenas como PCLH e sim como casa de apoio à amamentação.

A coleta na cidade de São Sebastião contribuiu com cerca de 80 litros de leite humano por mês para o HMIB em 2012. Inicialmente, a visita domiciliar era feita por um técnico de nutrição, no veículo cedido pela SES-DF. Posteriormente, passou a contar com o apoio de uma dupla de bombeiros cedida pelo HRPa, um dia a cada semana.

Para estimular as doações de leite humano no âmbito da Atenção Básica, realizavam-se palestras do recém-nascido com até 10 dias de vida e a marcação da primeira consulta com o pediatra, oportunidades ricas em orientações sobre a extração do leite humano e o fornecimento de kits para o armazenamento do leite humano coletado.

Essas mães que doam leite para lá, normalmente, eram captadas naquela primeira palestra do recém-nascido, onde eram mostrados os cuidados com o recém-nascido. Agora, essa palestra não funciona tanto, então, funciona mais a palestra no corredor mesmo, as mães são captadas no corredor para a doação (SCHIMIN, 2012).

Outro desafio do BLH-HMIB se refere à realização da coleta de leite humano junto ao PSF. Para tanto, o HMIB planejava preparar um projeto piloto para a cidade de São Sebastião, com foco na orientação sobre a coleta de leite humano. Nesse piloto, o PSF deveria realizar visita até 10 dias após o parto e a expectativa seria coletar pequenos volumes de leite humano durante esses encontros. Tratava-se de um PSF bastante abrangente, que cobria 49,35% da população, ou seja, 63,5 mil habitantes em 2012.

As estratégias para a captação de doadoras no HMIB ocorriam, em 2012, por intermédio de visitas às enfermarias, carimbando os cartões da criança e da gestante com os contatos do BLH e distribuindo panfletos com o telefone do BLH. Também eram feitos contatos telefônicos com as mães após a alta hospitalar.

(...) a gente tentou listar os telefones de várias mães que tiveram bebês lá para depois ligar, como o Banco de Leite da Ceilândia muitas vezes faz. Agora, várias mães nossas são de fora da nossa região, então, a gente não conseguia alcançar essa mãe depois. Então, não deu tanto efeito (SCHIMIN, 2012).

Outra forma de captação de doadoras se refere às parcerias com os profissionais que atuavam nos Ambulatórios de Revisão, com a Residência de Ginecologia e com a Residência de Pediatria. Esses ambulatórios foram criados pela Direção do hospital, com o objetivo de verificar a situação de infecção no pós-parto e avaliar as condições de amamentação. No entanto, as mães que residiam em locais distantes do HMIB, muitas vezes, não conseguiam comparecer a essas consultas, o que dificultava a adesão ao atendimento.

Aí, o que a gente faz então? Na verdade, essas doadoras que doam para nós, elas têm que ser valorizadas, para que cada vez mais elas doem mais, e de boca a boca elas consigam fazer a nossa propaganda. Então, a gente faz festinhas para as doadoras, onde eu acho interessante essa doadora se encontrar com a receptora. E assim surgiam essas frases, muito obrigada. Você ajudou o meu filho a viver, sem vocês não sei o que seria do meu filho (SCHIMIN, 2012).

Além de promover encontros das mães dos bebês internados com as doadoras de leite humano, outra ação de valorização das doadoras era oferecer visita às instalações da UTI Neonatal e o acompanhamento de todo o processo de pasteurização do leite humano no BLH.

(...) a gente levou essas doadoras para dentro do Banco de Leite mesmo e fizemos uma prática de leite, com o leite que a gente ia jogar fora, leites que foram desprezados, e mostramos para elas o que é feito em cada etapa da pasteurização. Elas ficaram muito sensibilizadas. Levamos também na UTI Neonatal e saíram doando mais do que doavam e fazendo a propaganda (SCHIMIN, 2012).

Um fator que impedia o avanço do BLH-HMIB foi em relação às perdas de leite humano, principalmente, por sujidades. A solução encontrada foi a realização de visitas de enfermagem à residência da doadora e posterior contato telefônico para reforçar as orientações. Uma ação de superação foi a visita domiciliar de técnicos de laboratório do BLH-HMIB para a realização de exame de sangue nas doadoras de leite humano que não tinham apresentado exames clínicos.

Outro elemento que dificultava o avanço do BLH se refere à ausência de quadro de servidores suficiente à necessidade do serviço. Para a superação, o BLH-HMIB passou a contar com um servidor, com carga horária de 40 horas semanais para a IHAC, e a realizar treinamentos com foco diferenciado para cada setor do hospital. Destacou-se o comprometimento da Direção do HMIB em relação ao apoio à IHAC e às ações de incentivo à amamentação.

Eu acredito que a IHAC no hospital serve para que todos os setores estejam engajados com a amamentação e não que o Banco de Leite tenha que estar em todos os setores. (...) E implantamos a ideia de criar um setor IHAC. Então, a gente está tentando criar este setor que está funcionando mais ou menos assim, mas a gente vai conseguir um lugarzinho para a IHAC funcionar, independentemente, com a ajuda é lógico por trás do Banco de Leite, mas que o hospital entenda que ele tem que funcionar todo como um Hospital Amigo da Criança (SCHIMIN, 2012).

Em relação à série histórica do volume de leite coletado, o BLH-HMIB iniciou a coleta domiciliar em 1989, contando com aproximadamente 500 litros de leite humano coletados nesse ano. A coleta se manteve crescente ao longo dos anos, atingindo seu auge em 2002, quando teve início firmou parceria com a Rede Globo para o transporte destinado à coleta domiciliar. Nesse período, o BLH registrou o quantitativo de 3.500 litros de leite humano coletados.

No ano seguinte, o número sofreu considerável queda, sendo mantida até 2007 uma média de 2.500 a três mil litros de leite humano coletado. Em 2008, a coleta foi de mais de 3.500 litros de leite humano, e em 2011, manteve-se em, aproximadamente, dois mil litros, número semelhante à coleta realizada de janeiro a agosto de 2012.

As visitas domiciliares no período de 2006 a agosto de 2012 variaram de duas mil a três mil ao ano, apresentando considerável aumento a partir de 2010, quando ocorreu o retorno da coleta domiciliar pelo CBMDF.

Em relação aos atendimentos individuais, os números se apresentaram sempre crescentes no decorrer dos anos, totalizando mais de 10 mil atendimentos de janeiro a agosto de 2012.

Então, na nossa conclusão, do HMIB, como hospital, somos autossuficientes? Que o João Aprígio tanto fala essa palavra. Na visão do HMIB ainda não, mas a gente caminha com a certeza de que temos o amor sim suficiente para amamentar essa ideia (SCHIMIN, 2012).



### 5.1.4 Hospital Regional de Ceilândia (HRC)

Ceilândia é uma cidade satélite do DF, localizada na periferia, na Região Oeste, a 24 quilômetros do centro de Brasília. Sua fundação data de 27 de março de 1971. Com uma população estimada de 402.729 habitantes em 2011 (IBGE, 2012), a cidade é considerada a mais populosa do DF. Uma característica própria de Ceilândia se deve ao fato de contar o maior número de habitantes vindos da Região Nordeste do Brasil, sendo 160 mil habitantes que mantêm a tradição e os hábitos nordestinos.

O Hospital Regional de Ceilândia (HRC) registrou a média de 700 a 900 partos por mês em 2012, totalizando 7.200 nascimentos ao ano, sendo considerada a região com a maior taxa de natalidade do DF. Do total de partos realizados, 14,7% foram de mulheres entre 10 e 19 anos. A taxa de nascidos vivos por prematuros era em torno de 5 a 7%, e a cobertura pré-natal representava 65,45%, com média de sete consultas no mesmo período.

Em relação aos dados neonatais, de janeiro a setembro de 2012 foram realizados 4.123 partos, dos quais 70,3% foram de partos normais e 29,7% de cesarianas. Os nascimentos prematuros representaram 5% dos partos ocorridos, no mesmo período, e os recém-nascidos a termos 95% dos nascimentos.

A história do BLH-HRC se iniciou em 1985, tendo como principal motivação a necessidade de oferecer leite humano exclusivo aos recém-nascidos prematuros internados no hospital. Nesse período, o tratamento do leite humano era somente a técnica do congelamento, sendo oferecido o leite cru aos recém-nascidos prematuros. A preocupação com o controle de qualidade e a mudança de pensamento em relação aos critérios sanitários do leite humano surgiram, principalmente, devido ao surgimento do vírus HIV/Aids na década de 1980.

(...) como já sou formada há muito tempo, nós aprendemos que o leite materno era inviolado, era o melhor produto e continua sendo, e era incontaminado. Então, na verdade, nós sabíamos pouco do leite humano, que tirou, congelou e dificilmente nós teríamos problemas com esse leite (GOMES, 2012).

Na década de 1980, a captação de doadoras de leite humano passou a ser feita pelos próprios funcionários, que se comunicavam com as mães no corredor da Maternidade.

(...) eu tive essa prática de recrutar a mãe naquele momento. ‘E vamos lá, tira um pouquinho de leite para o bebê da UTI’. Era essa a nossa prática. (...) já tirava e eu passava pela sonda daquele ‘prematurozinho’. As pessoas mais jovens ficam pasmas de ouvir. Meu Deus! Mas era essa a nossa prática. A ciência evoluiu, ela tem todo um ciclo, então, a história é a história (GOMES, 2012).

Diante da necessidade de coletar leite humano para os recém-nascidos prematuros, foi instalada uma Sala de Coleta dentro do Berçário, onde as mães eram orientadas a ordenhar o leite para o seu bebê ou para doar aos recém-nascidos internados na UTI Neonatal. A seleção dos receptores era feita de acordo com o quadro clínico, sendo prioridade os bebês em situação mais grave. Nesse período, todo o processo era realizado sem que as doadoras de leite humano passassem por exame clínico de saúde.

Em 1986, teve início o “embrião” para a criação dos BLHs, com a identificação dos profissionais que atuavam na área de BLHs e reuniões mensais.

Na figura da Doutora Marli Simões, começou-se a identificar quem eram as pessoas que trabalhavam, que tinham Banco de Leite para agregar e começar a, talvez, o que hoje nós somos: a Rede. Porque nós não trabalhávamos em rede, eu era da Ceilândia, não conhecia a colega da Asa Sul, não conhecia quem era de Taguatinga. Vivíamos no nosso mundinho fechado. Cada um dentro, na época, do seu Berçário, fazendo o que achava que era melhor para o seu paciente (GOMES, 2012).

Em 1986, foi desenvolvido um planejamento para a implantação da Sala de Amamentação, em busca de incentivar as próprias servidoras do HRC a ordenharem o excedente de leite e doá-lo aos recém-nascidos internados.

Em 1987, foi definida a composição do grupo do DF para a visita técnica ao IFF/Fiocruz, no Rio de Janeiro, para a implantação do controle sanitário do leite humano no DF. Na ocasião, foi definido que o HRC reunia todas as condições para ser o primeiro BLH do DF a seguir o novo modelo proposto.

(...) onde nós tivemos o privilégio de sermos treinados por Doutor João Aprígio e Franz. No início, eles também estavam iniciando as atividades como centro de referência. Nós não dávamos nenhum tratamento sanitário ao leite. Então, nós queríamos saber o que nós podíamos fazer. Tem Aids? Não tem Aids? Como é isso? E as diarreias? Porque nós tínhamos surtos de diarreias dentro das unidades. Então, eu fiz parte desse grupo que foi a Doutora Marli, nós já tínhamos feito um convênio com a Legião Brasileira de Assistência para a construção dos Bancos de Leite no Distrito Federal, que foi a LBA (GOMES, 2012).

Em 1988, com a regulamentação da Portaria nº 322/88<sup>9</sup> e o treinamento oferecido pelo IFF/Fiocruz, iniciou-se o processo de pasteurização no BLH-HRC.

---

<sup>9</sup> Portaria nº 322/88: Trata-se do primeiro instrumento legal, que reuniu todas as etapas de implantação e funcionamento de BLHs, caracterizando-os como polos de incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 1988).

(...) e já naquele momento, foram destinadas duas auxiliares de enfermagem, que foram treinadas por mim para começar as suas atividades exclusivas, atendendo às mães e fazendo aquela pasteurização ainda, como diz João Aprígio, meio tupiniquim, que nós só dávamos um tratamento térmico ao leite (GOMES, 2012).

Em 1992, as doadoras de leite humano do BLH-HRC passaram a contar com avaliação de saúde e com ficha de cadastro obrigatório. Além disso, a coleta de leite humano passou a ser feita de forma domiciliar, com a suspensão da distribuição de cestas básicas.

Nós levamos ainda um tempo porque a doação de leite não era altruísta, era vinculada, era moeda de troca. Como outros colegas aqui já colocaram, nós sofremos também um baque na nossa coleta. Nós também, enquanto coordenadores, chefes de Banco de Leite, resistíamos à ideia a não doar, não ter essa troca, porque nós falávamos, nós não teremos doadoras de leite, porque as nossas doadoras só nos doavam sob condição (GOMES, 2012).

Em 1993, foram desenvolvidos artifícios no sentido de conscientizar às mães em relação à doação altruísta, caracterizada pela ausência de fins lucrativos.

E fizemos uma ampla divulgação por meio da mídia, captando doadoras, explicando a necessidade e vários manejos que até hoje utilizamos, contas telefônicas, cartazes, enfim (GOMES, 2012).

Em 1994, iniciaram-se os treinamentos da IHAC e a capacitação da equipe do BLH, sendo um grande marco na história do BLH-HRC.

Porque abríamos os horizontes também de outros profissionais sobre o que era o leite materno. Nós tínhamos um capítulo na IHAC que falávamos do Banco de Leite, de como fazíamos, e as pessoas saíam muito sensibilizadas desse treinamento, sobretudo o pessoal das unidades básicas, dos Centros de Saúde (GOMES, 2012).

Nesse período, foi incorporada à equipe do BLH uma nutricionista com carga horária exclusiva para o BLH-HRC.

(...) somos muito assoberbados até hoje porque nós somos apenas três profissionais de nível superior e seis técnicos. Seis funcionários de nível médio. Então, a nossa luta é árdua e nós não temos um Banco de Leite estruturado (GOMES, 2012).

O título da IHAC foi conquistado em 1996. No mesmo ano, o BLH-HRC ofereceu treinamentos aos funcionários do Centro de Saúde e do próprio HRC. Além disso, foi implantada, no mesmo ano, a Sala da Mãe-Nutriz no hospital.

---

(...) tivemos a implantação da Sala da Mãe-Nutriz, porque nós víamos também que o volume de leite que era solicitado pela Unidade Neonatal era muito grande e o aproveitamento do leite das mães dos prematuros internados, minimamente. Então, nós, em discussão com a equipe da Neonatologia, vimos que era muito necessária a permanência e a presença daquelas mulheres no hospital (GOMES, 2012).

Em 1997, iniciou-se a reunião mensal, com a presença de doadoras de leite humano. Esses encontros contavam com rodas de conversa, onde eram debatidos temas como a importância da doação de leite humano e o controle de qualidade do leite humano. Além disso, eram realizadas visitas guiadas das doadoras de leite humano às instalações do hospital e do BLH.

É muito interessante e curioso que, embora, muitas vezes, a mãe doando leite tem uma introdução precoce de outros alimentos no filho. Então, ela passa por um processo de desmame e que o profissional de Banco de Leite tem que estar atento. Nessa roda de conversa participa a enfermeira, o médico e a nutricionista e nós damos informações que são muito relevantes. Então, vai o marido e, muitas vezes, elas levam as vizinhas. Elas se conscientizam também da importância do controle higiênico e sanitário do leite que elas estão coletando (GOMES, 2012).

Em 1998, ocorreu a simplificação da tabela para o cálculo do crematócrito, que foi distribuída para todos os BLHs do DF. O tema foi apresentado no I Congresso Brasileiro de Bancos de Leite Humano, no trabalho intitulado “Avaliação do valor calórico do crematócrito do leite pasteurizado e cru”, na cidade de Petrópolis, no Rio de Janeiro.

Hoje, eu sei que o Brasil todo utiliza já aquela continha pronta. Essa atitude, essa iniciativa foi do nosso Banco de Leite. Doutor Cláudio Viana, ele fez essa tabela e simplificou. (...) E ele falou: ‘Não, eu vou simplificar isso’. E fez e a gente doou. O DF todo usa hoje essa tabela, que simplificou muito o nosso trabalho e hoje nós sabemos que o Brasil utiliza, mas esse feito foi nosso, da Ceilândia (GOMES, 2012).

Os fatores determinantes para o êxito do BLH-HRC se referem a três elementos: gestão, equipe e coordenação central. O primeiro determinante - gestão - abrange a sensibilização da Direção do hospital sobre a importância e relevância do BLH, uma vez que nem sempre o BLH era visto como uma unidade necessária, o que dificultava os investimentos e reformas para o bom desempenho das atividades. Ainda contemplando o primeiro determinante do êxito destacaram-se: parceria com o CBMDF, fato que possibilitou o início da coleta sistemática, e consolidação da proposta da rBLH-DF.

O segundo determinante - equipe - diz respeito ao comprometimento da equipe com as atividades de pasteurização e controle sanitário. Destaca-se a capacitação de toda a equipe pelo Centro de Referência para Bancos de Leite Humano do DF, o BLH-HRT.

(...) eu fui aqui coroada a rainha do 'muquifo', porque não tinha outro Banco de Leite em condições piores que o nosso, mas também dizer para vocês que isso não impediu o nosso crescimento, porque quando você tem uma equipe motivada, você vai aonde tem a doadora, você se desdobra, nós nos desdobrávamos em mil, porque eu achava que a nossa área física era inadequada, nossos riscos muitos maiores, e na avaliação que a Ana Célia, colega de Sobradinho, mostrou que teve um estudo de controle da qualidade do leite distribuído, Ceilândia estava entre os melhores, tiramos dez, entenderam? (GOMES, 2012).

O terceiro determinante do êxito - coordenação central - engloba o investimento para a aquisição de equipamentos, com subsídios de fornecedores para a compra, a reestruturação do BLH e o fortalecimento da rede local.

Hoje, nós trabalhamos em rede. Quando temos uma dificuldade, nós repassamos aquilo que é bom, que deu certo no Banco de Leite. Nós repassamos para os colegas de forma bem dinâmica (GOMES, 2012).

O BLH-HRC enfrentava, em 2012, algumas dificuldades, que se encontravam no caminho para a superação. A primeira delas se refere à área física, cujo novo espaço foi cedido pela Direção do hospital, com o acompanhamento da coordenação central para a readequação da área física. Essa reforma foi aguardada por 26 anos e sua aprovação ocorreu após a apresentação de cinco projetos.

O BLH firmou parceria com a Universidade Católica de Brasília (UCB), mediante a realização de atividades acadêmicas, o que possibilitou o início da reforma do BLH. Nesse período, o HRC funcionava como hospital-escola, acolhendo os alunos da UCB. A inauguração estava prevista para o final de 2012.

Outras dificuldades do BLH que estavam a caminho da superação em 2012 foram: busca da autossuficiência em leite humano e acolhimento das mães com dificuldades na amamentação.

Esse é o ponto X porque quando você tem um bom atendimento o Banco de Leite faz esse acolhimento, você capta a doadora ali e se ela não for a doadora, ela vai estar divulgando o seu Banco de Leite. Então, é isso que eu acho que seja o sucesso na Ceilândia, porque nós trabalhamos com condições muito desfavoráveis e temos uma boa captação de doadora (GOMES, 2012).

Outra dificuldade em fase de superação em 2012 foi a ação conjunta com os Centros de Saúde, fornecendo treinamentos aos funcionários da Atenção Básica.

Temos que investir na Atenção Básica, capacitando a mãe quando chega no Centro de Saúde, porque ali é o primeiro profissional que a atende, para ele ter resolutividade e favorecer essa mãe no atendimento e diagnosticar bem o ingurgitamento, se ela tem uma estase, se ela tem que ir ao Banco de Leite ou começar a ir a esse atendimento (GOMES, 2012).

Verificaram-se algumas estratégias que envolveram todos os 15 BLHs do DF e que permitiram a superação das dificuldades do BLH-HRC mencionadas anteriormente. A primeira estratégia reuniu as seguintes ações: aliança entre os BLHs no repasse de leite humano, indicação de doadoras de leite, capacitação e treinamento das equipes.

(...) fizemos um mutirão com o hospital de Brazlândia, do Gama e de Ceilândia, com treinamento para conseguir lactaristas para manuseio desse leite (GOMES, 2012).

A segunda estratégia desenvolvida foi a realização de bazares beneficentes para a compra de insumos para as festas de final de ano. Houve também o envolvimento da comunidade local nas campanhas de doação de vidros para o armazenamento do leite humano e o contato telefônico com as puérperas após a alta hospitalar.

E nós temos uma coisa que consideramos um ponto forte. É a doação. Cada mulher que sai de alta nós temos o telefone dessa puérpera. E cerca de três a quatro dias, nós ligamos para essa mãe. Não para perguntar se ela quer ser doadora de leite, mas para perguntarmos como vai a amamentação. E podem ter certeza, nós captamos muitos problemas. Muitas vezes, a mãe não tem condições de ser doadora, mas ela está desmamando, está fazendo aleitamento misto e nós fazemos uma intervenção. Essa foi a forma que nós temos encontrado e repassamos para os outros Bancos de Leite. E as pessoas têm conseguido doação (GOMES, 2012).

O BLH-HRC realizou ações educativas por meio de ferramentas de divulgação, como impressos, mala direta, cartazes e folhetos, e pela mídia. O propósito dessas estratégias foi esclarecer a comunidade, fortalecer a doação altruísta e sensibilizar a permanência das mães dos bebês internados na UTI Neonatal, para favorecer o aleitamento materno e a doação do leite materno para o próprio filho.

A nossa conclusão é que as dificuldades enfrentadas se devem em razão da falta de prioridade no projeto de incrementação e construção do Banco de Leite, e os avanços se devem em razão da motivação dos profissionais que

atuam no Banco de Leite e que se empenharam na sua execução (GOMES, 2012).

Outra questão superada pelo BLH-HRC se refere à captação de doadoras de leite humano, conforme indicaram os dados de produção referentes aos últimos anos de trabalho até 2012.

Ceilândia é a localidade com o maior número de doadoras do Distrito Federal. Ceilândia doa leite para o Distrito Federal todo. Então, nós somos um celeiro aqui no Distrito Federal (GOMES, 2012).

Em relação à série histórica dos dados de produção, de 2006 a agosto de 2012, o número de doadoras de leite humano sofreu considerável queda a partir de 2008, voltando a subir em 2011. Entretanto, o quantitativo de leite humano coletado se manteve em constante diminuição, mesmo em 2011, quando o BLH conquistou um elevado número de doadoras. Em contrapartida, o volume de leite distribuído se manteve semelhante em todo o período analisado.

**Figura 12: Número de doadoras, leite coletado e distribuído (2006 a agosto de 2012)**

Dados de produção – série histórica				
2006	→			2012
Ano	N. de Doadoras	Leite Coletado	Leite Distribuído	
2006	423	1950,7 ml	975,2 ml	
2007	545	1907,4 ml	1139,7 ml	
2008	360	1796,3 ml	1185,3 ml	
2009	299	1795,9 ml	1279,7 ml	
2010	331	1535,0 ml	1167,0 ml	
2011	430	1155,0 ml	1201,3 ml	
2012	293	1091,6 ml	854,4 ml	

Fonte: GOMES, 2012<sup>9</sup>

Os objetivos são nobres, os obstáculos conhecidos e a vontade muito grande de vencer é da equipe do Banco de Leite. Então, a vontade de vencer é o melhor combustível (GOMES, 2012).

### 5.1.5 Hospital Regional de Brazlândia (HRBz)

Brazlândia é a segunda cidade mais antiga do DF, sendo mais nova apenas que Planaltina. Fundada em 1933, até 1958 era um antigo município do estado de Goiás, sendo a menor cidade do DF. Em Brazlândia estão localizadas as nascentes do Lago Descoberto, que é responsável por 60% da água potável do DF.

A cidade era considerada uma potência agrícola, sendo responsável por 50% dos hortifrutigranjeiros do DF. Contava com uma população estimada em 58.427 habitantes (IBGE, 2011), sendo 50,7% de mulheres, das quais 67,6% estavam em idade fértil. 1,6% da população eram menores de um ano de idade em 2012 (SES-DF, 2011).

O Hospital Regional de Brazlândia (HRBz) era considerado um hospital geral, de pequeno porte, em 2012. Contava com uma Maternidade, que abrangia 27 leitos ativos de Alojamento Conjunto e oito de UCIN. Em relação aos dados produtivos, em 2011, foram realizados 1.765 partos, dos quais 67,8% foram partos normais, 32,2% de cesarianas e 8,54% de partos prematuros.

O BLH-HRBz foi inaugurado em 1987, com o objetivo de oferecer leite humano aos recém-nascidos prematuros internados no hospital, que estavam impossibilitados de receber leite humano diretamente de suas mães. O principal foco de trabalho, no início, era a coleta e a distribuição de leite humano para os recém-nascidos prematuros internados no Berçário.

Até 1990, a equipe do BLH-HRBz era composta por duas auxiliares operacionais de serviços diversos e de enfermagem, e uma nutricionista, que representava o BLH nas reuniões do nível central. Em relação à área física, o BLH contava com duas salas, sendo a primeira para a manipulação do leite humano e a outra para o atendimento e a realização de atividades burocráticas.

As principais atividades desenvolvidas no início do BLH eram: captação de doadoras de leite humano realizada diariamente na Maternidade; coleta domiciliar de leite humano, que era feita com a viatura do próprio hospital e pela equipe do BLH; e pasteurização do leite materno coletado.

A Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) possuía oito leitos ativos em 2012, fato que possibilitava ao BLH-HRBz oferecer leite humano pasteurizado para todos os recém-nascidos internados no hospital e também para os bebês localizados no Alojamento Conjunto, que ainda não estavam sendo amamentados.

(...) regularmente a gente tem excedente de leite, nós somos mães de leite principalmente do HMIB. A gente sempre, aqui em Brasília,



trabalha nesse sentido então, às vezes, as meninas me ligam: ‘Tem leite?’ ou, às vezes, eu ligo: ‘Tem leite aqui, querem?’ Pergunta que não precisa resposta (MONTEIRO, 2012).

Entre 1990 e 1992, o Setor de Vigilância Epidemiológica do HRBz passou a funcionar perto do BLH, o que possibilitou o apoio da enfermeira daquele setor para os assuntos burocráticos referentes ao BLH. Nesse período, a equipe passou a contar com duas auxiliares de enfermagem e houve a ampliação da área física em 30 metros quadrados. No ano seguinte, o BLH passou a contar com uma enfermeira para supervisionar a equipe.

(...) antes eu era do Centro de Saúde e fui trabalhar como responsável pela parte de Saúde Pública da Regional. Fui colocada dentro da sala da Vigilância Epidemiológica. Logo, a enfermeira da Vigilância Epidemiológica me passou a faixa de Banco de Leite (MONTEIRO, 2012).

A equipe passou a ser composta, então, por duas auxiliares de enfermagem e uma assistente social, que prestava apoio ao BLH, principalmente, nas atividades de educação em saúde e nos eventos comemorativos. Nesse período, ocorreu a visita técnica da Anvisa, que observou que a planta física do BLH não era adequada.

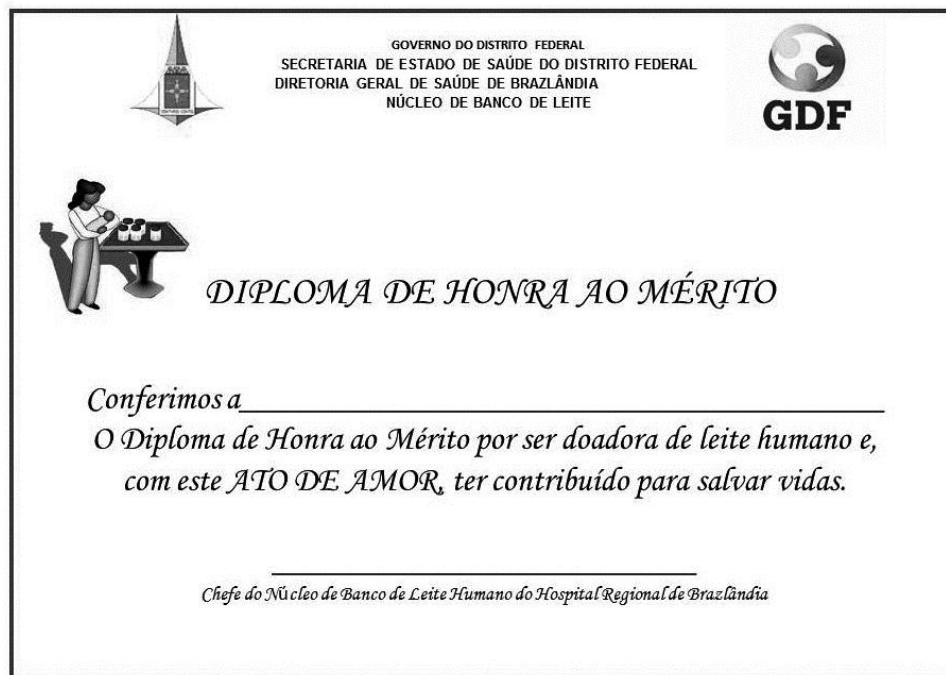
Em 1998, o HRBz conquistou o título de IHAC e a equipe do BLH passou a oferecer treinamentos para a manutenção do título no hospital. O BLH promoveu eventos comemorativos, com a participação efetiva das doadoras de leite humano, no sentido de valorizá-las e estimulá-las a permanecer com a doação. Além disso, realizava reuniões educativas para as gestantes a cada 15 dias.

A partir de 2000, a equipe passou a ser composta pela coordenação, três técnicas de enfermagem e nutricionista. O BLH teve a ampliação e reforma na área física, passando a ocupar um espaço de 60 metros quadrados.

Uma das estratégias utilizadas para a captação de doadoras foi a visita diária ao Alojamento Conjunto. Na ocasião, utilizava-se um formulário para registro do nome, data do parto e telefone das usuárias. Após a alta hospitalar, a equipe entrava em contato com as mães, com o intuito de identificar possíveis doadoras de leite humano. Todas as doadoras de leite humano recebiam diploma confeccionado pelo BLH-HRBz.

(...) nessa visita além do apoio e incentivo ao aleitamento materno, a gente já começa a observar aquelas mães que já têm apoiadura, que já têm um certo volume de leite, que a gente já precisa intervir, orientando a massagem e a ordenha. A gente tem um formuláriozinho próprio para pegar o contato para ligar posteriormente e saber se ela se interessa em ser doadora (MONTEIRO, 2012).

**Figura 13: Diploma concedido às doadoras de leite humano**



Fonte: MONTEIRO, 2012<sup>10</sup>

Outro fator que contribuiu para o aumento da coleta de leite humano para o BLH-HRBz foi a parceria estabelecida com a equipe do PSF da cidade de Águas Lindas, em Goiás, localizado próximo à cidade de Brazlândia.

(...) existem duas profissionais da área de enfermagem que anteriormente eram funcionárias de um PCLH que existia nessa cidade, que era inclusive subordinado ao Banco de Leite de Brazlândia, e que por motivos políticos, infelizmente, foi fechado, mas essas duas funcionárias continuam com esse trabalho durante os momentos de consulta. Elas já conseguem captar doadoras e encaminham para a gente. A gente mantém um contato com elas através dos bombeiros, que regularmente levam vidraria, máscara, gorro para as possíveis doadoras que eles conseguem captar (MONTEIRO, 2012).

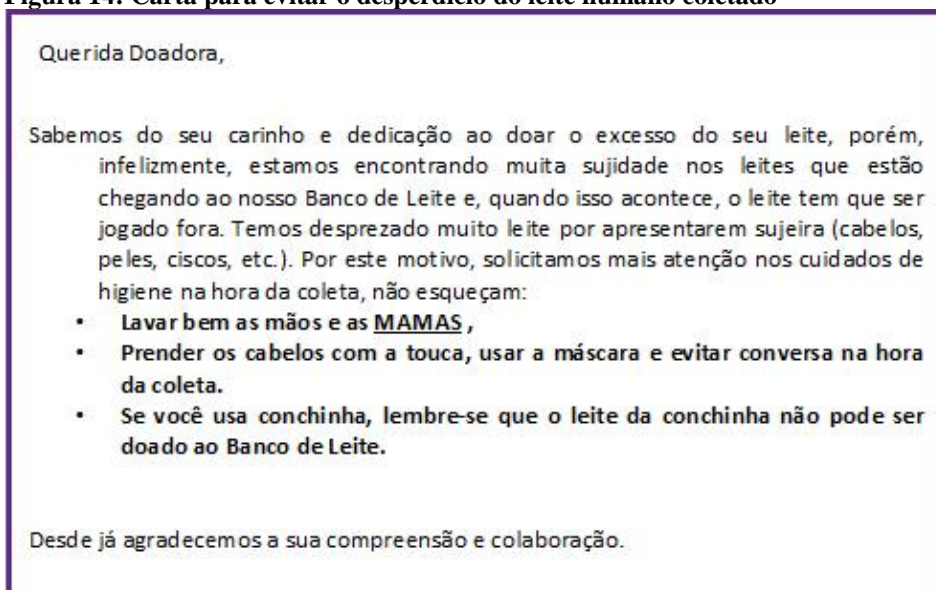
Outra estratégia para a captação de doadoras de leite humano ocorreu por meio de sensibilização da comunidade através da mídia local, mais especificamente pelo Jornal de Notícias de Brazlândia e pela Rádio Cultura FM. Cabe destacar a parceria firmada com o CBMDF, em 2010, para a coleta domiciliar.

Vocês já viram que mania de Banco de Leite usar os serviços voluntários dos maridos e eu já estou usando até o do marido dos outros, porque tem uma amiga minha que é casada com um moço que é dono de um jornal lá em Brazlândia e também trabalha em uma rádio. Então, todas as vezes que eu necessito, ele faz campanha para captar doadoras (MONTEIRO, 2012).

Uma dificuldade identificada pelo BLH-HRBz se relacionou ao desperdício de leite humano. Algumas estratégias foram realizadas no sentido de superar a questão, como a distribuição do folder da SES-DF e a elaboração pelo BLH de uma carta para as doadoras de leite humano, que passaram a ser entregues no momento da coleta domiciliar.

(...) a gente encaminha durante a visita do bombeiro, principalmente, para aquelas mães em que o leite está apresentando maior sujidade. Então, além do folder, a bombeira conversa e aí entrega a cartinha (MONTEIRO, 2012).

**Figura 14: Carta para evitar o desperdício do leite humano coletado**



Fonte: MONTEIRO, 2012<sup>10</sup>

O BLH passou a ser responsável pelo mapa de distribuição e cadastro dos receptores do leite humano. Dessa forma, tornou-se possível o cruzamento dos dados de prescrição e de visita diária na Maternidade.

A gente consegue observar se as crianças que estão sendo prescritas complementos, elas realmente estão necessitando. E quando não estão, a gente questiona a equipe porque que está prescrevendo o leite para uma mãe que está inclusive, às vezes, até ordenhando (MONTEIRO, 2012).

A distribuição do leite humano no HRBz era feita, em 2012, pela equipe da Sanoli, sendo oferecido treinamentos às lactaristas, no intuito de evitar o desperdício. Também eram realizadas reuniões com os profissionais da UCIN, com o propósito de mobilizá-los para o incentivo e apoio ao aleitamento materno. Outras estratégias do BLH foram: bazares beneficentes para arrecadar fundos para as atividades comemorativas ou para outras

necessidades do BLH; parcerias para a aquisição de vidros, com escolas e com a Associação de Catadores e Recicladores de Brazlândia (Acobraz). O BLH-HRBz também promoveu reuniões educativas com as gestantes e a entrega uma carta convite.

A forma de captar esta gestante é através das Unidades Básicas de Saúde e a gente manda uma cartinha convite onde a gente coloca a pauta e ainda coloca que elas vão conhecer a Maternidade e o pré-parto, no sentido de que elas se sintam curiosas e tenham interesse em participar da reunião (MONTEIRO, 2012).

**Figura 15: Carta para a reunião educativa do BLH-HRBz**

Mamãe, você está convidada para Reunião Educativa do Banco de Leite Humano/HRBz.

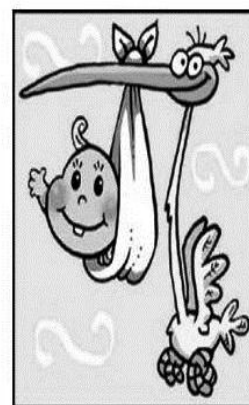
Conversaremos e tiraremos dúvidas sobre:

- ♥ Vantagens da Amamentação,
- ♥ Preparo da mama,
- ♥ Pertences a serem trazidos para o Hospital,
- ♥ Orientações para acompanhantes,
- ♥ Orientação alimentar para gestantes (nutricionista)
- ♥ E mais ->Visita para conhecer o pré-parto e maternidade.

Local -> Auditório do Hospital de Brazlândia

Hora->14:00h Data -> \_\_\_\_\_

Fonte: MONTEIRO, 2012<sup>10</sup>



Cabe destacar a participação do BLH em atividades comemorativas e os treinamentos oferecidos a todos os membros da equipe.

Esses treinamentos são realizados ou pelas equipes do hospital, como no caso da mãe-canguru, ou as equipes do hospital e as Unidades Básicas de Saúde, como a IHAC, e também alguns exclusivos para as unidades básicas, com o incentivo ao aleitamento e o manejo (MONTEIRO, 2012).

Entre os fatores que dificultaram o avanço do BLH-HRBz, destacaram-se: área física inadequada, escassez de recursos humanos e falta de envolvimento dos demais profissionais do hospital com os assuntos referentes ao aleitamento materno. Em relação à área física inadequada, existia um projeto de construção de um novo BLH em 2012, com localização próxima à Maternidade e espaço físico de 120 metros quadrados, atendendo todas as exigências da RDC 171/2006.

Como determinantes do êxito para o BLH-HRBz, destacaram-se: comprometimento da equipe, apoio do nível central, trabalho integrado com a rBLH-DF e aumento do quadro de recursos humanos.

Em relação à série histórica dos dados de produção do BLH-HRBz, de 2006 a 2012, verificou-se que a média do volume de leite humano coletado era em torno de 400 a 500 litros de leite humano, com exceção do ano de 2010, que registrou o quantitativo de 688 litros de leite humano. Esse fato ocorreu, principalmente, devido à parceria com o PCLH de Águas Lindas antes do seu fechamento. Observou-se o aumento em escala crescente do número de atendimentos individuais no período de 2006 a 2012, passando de 3.592 para 7.663 atendimentos.

O sucesso não vem do quanto você trabalha e sim da eficiência da sua equipe. (...) se não fosse o envolvimento da nossa equipe, tudo é conseguido à custa de muito empenho e muito amor, nada disso seria possível acontecer (MONTEIRO, 2012).

### 5.1.6 Hospital Regional de Sobradinho (HRS)

A Região Administrativa de Sobradinho foi fundada em 1965 e se situa na Região Norte do DF. A cidade de Sobradinho se divide em Sobradinho I e Sobradinho II e contava com uma população estimada de 190.854 habitantes (IBGE, 2015) em 2011.

A Regional de Saúde de Sobradinho é composta pela Coordenação Geral de Saúde, por um hospital – o HRS, três Centros de Saúde, três Programas de Atenção Comunitária de Saúde, 14 equipes da ESF e quatro postos rurais.

O HRS se apresentava como um hospital de atenção secundária em 2012. A partir de 2009, com a reforma para a construção do Bloco Materno-Infantil, houve a redução no número de partos realizados no hospital. A expectativa para a nova estrutura física seria de 4.200 partos por ano. Do total de partos ocorridos no HRS até o ano de 2012, de 7 a 9% foram de recém-nascidos prematuros.

Em 2005, o HRS recebeu junto com a SES-DF o Prêmio Bíbi Vogel, concedido pelo Ministério da Saúde pelo trabalho de incentivo, promoção e apoio à amamentação.

Essa regional é diferente, em termos, das demais de Brasília. Nós temos uma história de construção muito forte na amamentação (BRITO, 2012).

Em 2008, o Ministério da Saúde realizou a “Pesquisa Nacional das Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida” e a cidade de Sobradinho conquistou o primeiro lugar no DF. Na ocasião, Brasília ocupou a quarta colocação no país. Em 1999, Brasília ocupava o quinto lugar no país, e a cidade de Sobradinho, já se destacava com o primeiro lugar na prevalência do aleitamento materno.

O BLH-HRS foi criado em 14 de janeiro de 1991. A principal motivação foi a necessidade de oferecer um leite considerado mais adequado para os recém-nascidos prematuros internados no hospital. A primeira doação de leite humano do BLH-HRS ocorreu em 1991. No início da década de 1990, a coleta de leite humano era realizada duas vezes por semana e contava com a parceria do Rotary Club de Sobradinho, que fornecia cestas básicas para as doadoras de leite humano.

Isso foi interrompido porque muitas doadoras (...) paravam de amamentar os seus bebês para continuar recebendo as cestas básicas. Então, às vezes, elas adicionavam água no leite. Então, na época nós como Banco de Leite, a gente não tinha condições tecnológicas de saber e de avaliar isso. Então, realmente foi algo que foi retirado (BRITO, 2012).

De 1991 a 1995, as atividades do BLH eram restritas à visita às mães internadas no Alojamento Conjunto e ao tratamento do leite humano coletado. O controle de qualidade microbiológico foi implantado no BLH-HRS em 1996.

(...) hoje nós chamamos de processamento de leite humano, mas na época era chamada somente de pasteurização porque era só isso que a gente fazia. Nós misturávamos leite, nós coávamos com peneirinha para retirar as sujeiras. Então, quer dizer, era ainda uma situação inicial (BRITO, 2012).

Em 2000, iniciou-se o processamento do leite humano no BLH-HRS, inserindo o crematócrito e a acidez dornic ao controle sanitário.

Então, hoje, se houver fraude, se houver adição de alguma coisa no leite doado para o Banco de Leite, nós temos todos os recursos tecnológicos para detectar (BRITO, 2012).

A captação de doadoras de leite humano acontecia através de palestras nas UBSs e no Ambulatório de Sete Dias. A coleta de leite humano ocorria três vezes na semana e o atendimento individual passou a ser mais efetivo nessa época. O BLH-HRS também promoveu eventos comemorativos e educativos, com a participação dos Centros de Saúde.

De 1991 a 1996, o BLH ocupava uma área física de 26,5 metros quadrados e a equipe era composta por assistente social, pediatra, enfermeira, três auxiliares de enfermagem e nutricionista. Em 1996, houve a mudança da área física para um espaço mais amplo. A equipe passou a contar com uma coordenação, assistente social, técnicos de enfermagem e de nutrição e agente administrativo.

Área física. Eu diria que é uma dificuldade muito importante, é uma localização muito distante, como vocês viram, do bloco hospitalar, é uma área vulnerável a assaltos, a alagamentos, queda de energia, não temos internet, não temos ramal. Tudo isso que eu estou falando aqui já aconteceu, assaltos e tudo mais (BRITO, 2012).

Essa estrutura se manteve até 2006, quando o BLH passou a ocupar uma área física de 70 metros quadrados, e a contar com nutricionista, médico, técnicas de enfermagem e de nutrição e pediatra.

Em setembro de 2009, com a construção do bloco materno-infantil, o BLH foi transferido de ambiente e passou a ocupar uma área física de 160 metros quadrados, adequada às exigências da RDC 171/2006.

Além das atividades mencionadas anteriormente, a equipe do BLH atuava, em 2012, como instrutores dos cursos da IHAC, participava da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável, da Rede Amamenta Brasil, de eventos do Programa Saúde na Escola (PSE), de pesquisas do Ministério da Saúde, da Universidade Nacional de Brasília (UNB), e da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/SES-DF). Além disso, organizava os eventos comemorativos do BLH-HRS durante a SMAM, realizava os treinamentos das lactaristas e respondia pelo porcionamento e distribuição do leite humano.

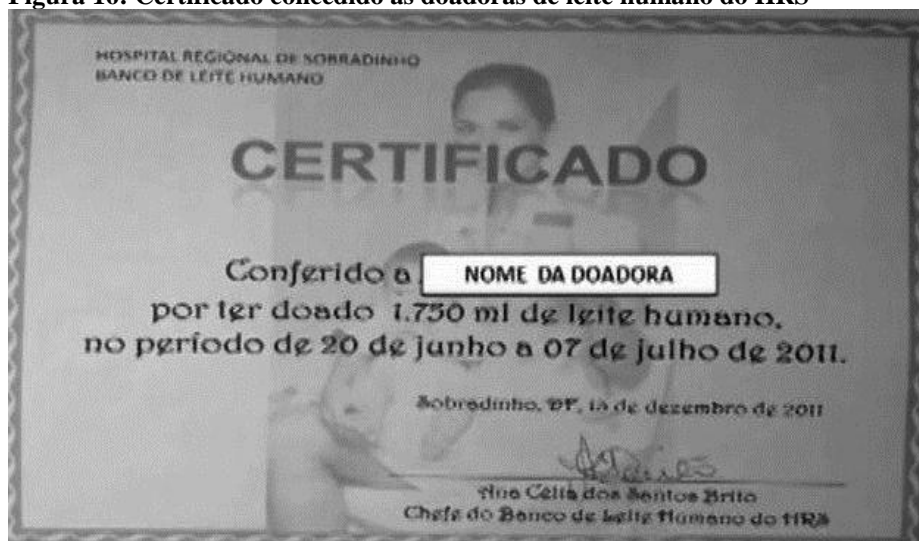
A parceria com o CBMDF teve início em 16 de junho de 2010. Inicialmente, a dupla de bombeiros cedida para o HRS era a mesma que atuava no HRP, sendo a coleta de leite realizada três vezes por semana.

A captação de doadoras de leite humano era feita, em 2012, por intermédio de visitas ao Alojamento Conjunto e no Ambulatório de Recém-Nascidos dos Centros de Saúde. Vale ressaltar que os Centros de Saúde recebiam do BLH-HRS as fichas para o cadastro de doadoras e os vidros para armazenamento do leite humano.

A partir de 2011, as doadoras de leite humano passaram a receber um certificado, como forma de agradecimento, com dados sobre a quantidade de leite doado e o período da doação.

(...) é muito gostoso a gente trabalhar em rede, veio do Banco de Leite de Ceilândia, que realmente nos deu essa ideia e nunca mais nós tivemos problemas com doadoras, porque a gente faz a captação direto no Alojamento Conjunto, no ambulatório do recém-nascido dos Centros de Saúde (BRITO, 2012).

**Figura 16: Certificado concedido às doadoras de leite humano do HRS**



Fonte: BRITO, 2012<sup>11</sup>



Outras formas de captação de doadoras ocorriam no momento do atendimento no próprio BLH e por intermédio de estratégias de conscientização da população divulgadas pela mídia.

(...) muitas vezes, a gente atende ela, no início, com dificuldade, e daqui a pouco essa dificuldade é superada e ela passa a doar. E através de campanhas que Doutora Miriam faz na mídia e acaba também chegando para nós (BRITO, 2012).

A compreensão e condução do tratamento da candidíase mamária era considerada como grande dificuldade do BLH ainda a ser superada.

Em julho de dois mil e quatro, fiz um protocolo nutricional para o tratamento da candidíase mamária. Nesse protocolo, onde a gente dá todas as orientações, não só nutricionais como também as higiênicas. Então, nós damos uma sugestão de cardápio para essa mãe que está com candidíase mamária, porque a dieta dela é diferenciada sim (BRITO, 2012).

Em junho de 2006, foi realizado pelas chefias do Serviço de Ginecologia e do BLH, com a colaboração de um mastologista, a rotina do tratamento das intercorrências benignas da mama puerperal.

Em dois mil e oito, a minha monografia da especialização foi 'A nutrição funcional no tratamento da candidíase mamária', que é uma queixa extremamente prevalente nos serviços de Banco de Leite e a gente precisava de uma resposta para essas mulheres (BRITO, 2012).

Entre os fatores que dificultavam o avanço do BLH-HRS, destacou-se a carência de recursos humanos, com a falta de equipe multidisciplinar e de técnicos de enfermagem e nutrição próprios para o serviço. Outro fator que impediu o avanço do BLH se refere à falta de pesquisas dos profissionais do HRS sobre leite humano e manejo da amamentação.

(...) a gente fica sempre pedindo às pessoas ajuda, à nutrição, e a gente tem sempre essa dificuldade porque não tem um quadro de fato de técnico em Banco de Leite. (...) Quer dizer, de nível superior estou eu só e tem as técnicas de enfermagem e as técnicas de nutrição, então a gente precisa dividir mais, ouço muita reclamação delas quanto a isso (BRITO, 2012).

Em relação aos determinantes do êxito, o primeiro deles se relaciona à forma como a primeira equipe, no período da inauguração, conduziu a construção do BLH.

Para mim, o primeiro fator de sucesso é como a construção de uma casa. A gente tem que começar com um bom alicerce. E aí, eu quero fazer a minha homenagem à Dona Olinda e à Paulina, que são pessoas que tinham o respeito profissional, tinham porque as duas são aposentadas. O respeito profissional pela sua competência técnica, o respeito que elas tinham na

regional. Então, quando o alicerce começa bem, você pode construir o que quiser em cima disso. Então, Paulina. E isso é tão verdadeiro, isso é tão de dentro da Paulina, que a filha dela hoje, Cristiane, é a chefe do Banco de Leite do Paranoá. Olha que bacana essa história (BRITO, 2012).

O segundo fator determinante do êxito do BLH se refere ao fato de ser um Hospital Amigo da Criança, ou seja, uma regional amiga da amamentação. O HRS conquistou o título da IHAC em 1995 e desde então realizava, todos os anos, cursos da IHAC, no auditório do HRS e nos Centros de Saúde. Outro fator para o êxito do BLH diz respeito ao atendimento nas UBSs e no Ambulatório de Recém-Nascidos. Esse atendimento incluía uma oficina de conversa com agentes de saúde e com as mães sobre todas as dificuldades relacionadas à amamentação, além da assistência oferecida nos serviços de Pediatria e Ginecologia.

Na verdade, essa mãe, naquela manhã, ela tem o privilégio e oportunidade de passar por todos esses profissionais. Então, isso é muito interessante e, na verdade, a introdução do ‘Gineco’ nesse momento, de uma avaliação de parto, foi inclusive ideia inovadora da Doutora Paula, que coincidência ou não, o Ministério depois fez para todo o país (BRITO, 2012).

As parcerias firmadas com a Sanoli e com o Serviço de Nutrição contribuíram para a qualidade do serviço do BLH no hospital. Em 2008, foi realizada pela ESCS a pesquisa “Análise da qualidade microbiológica do leite humano pasteurizado e distribuído na rede”, na qual o HRS recebeu nota máxima.

A parceria com o Rotary Club de Sobradinho também foi considerada como determinante do êxito do BLH, que contribuiu com doações de equipamentos, organização de eventos comemorativos, apoio para reformas, entre outras necessidades do BLH.

(...) essa parceria não é só fornecendo equipamentos. É uma parceria onde a área física deles, muitas vezes, nós usamos para fazer as nossas atividades com as doadoras, as nossas festas e confraternizações. Eles participam das semanas mundiais e dos eventos que nós organizamos, e também participamos com eles quando organizam um evento (BRITO, 2012).

Uma parceria positiva ocorreu com a Escola Santa Rita de Cássia, que realizou a arrecadação de frascos de vidros com o apoio dos alunos.

(...) na verdade, eu descobri também que vem do Rotary, porque, na verdade, a diretora é casada com um membro do Rotary. Então é uma parceria também de longa data da Escola Santa Rita de Cássia (BRITO, 2012).

Outro fator determinante do êxito se deve ao fato de integrar a rBLH-BR, que assessorava tecnicamente o trabalho realizado pelo BLH-HRS e garantia a visibilidade nacional e internacional dos serviços do BLH.

(...) Na verdade, ela é na pessoa do Doutor João Aprígio Guerra de Almeida, em junho de dois mil e um, ele recebeu o Prêmio Sasakawa, que é um prêmio que é dado pela Organização Mundial de Saúde, e foi um trabalho que concorreu com mais de trinta e dois países. Na verdade, esse prêmio, que ele recebeu pela Rede de Bancos de Leite, pela diminuição da mortalidade e pelo impacto que tem a amamentação nessa medida. Então, para ele eu faço a minha grande honra (BRITO, 2012).

Vale destacar o apoio e parceria com a Coordenação de Aleitamento Materno e Bancos de Leite Humano da SES-DF.

(...) nos sentimos extremamente privilegiadas por ela ser a nossa coordenadora e por estar aqui. E eu queria também fazer jus à Soyama<sup>10</sup> que, na verdade, por um tempo essa coordenação, essa rede, sentiu um pouco um barco à deriva e que Soyama resgatou, tomou o leme desse barco e depois entregou para a Miriam<sup>11</sup> já bem conduzido. (...) a Derlucy<sup>12</sup> aqui é a pessoa mais antiga, não gosto da palavra, a pessoa mais experiente, mais fortalecida com todo esse conhecimento, a quem eu sempre recorri nas horas de angústia, de dúvida e de falta de leite (BRITO, 2012).

Ter uma equipe comprometida e engajada com todas as ações do BLH também foi considerado um determinante do êxito do BLH-HRS.

Em relação à série histórica dos dados de produção, observa-se um aumento considerável do quantitativo de leite coletado e do número de receptores beneficiados pelo leite humano no HRS de 1991 a 2006. De 1991 a 1996, a média do volume de leite humano coletado foi de 746 litros por ano e, de 1996 a 2006, foi de 1.600 litros. O número de receptores passou de 1.400 ao ano no período de 1991 a 1996 para 3.600 receptores ao ano de 1996 a 2006.

O meu sentimento de gratidão por esse momento, pelo privilégio de exercer esse trabalho, que não só como profissional, mas como mãe, de agradecer por ter conseguido amamentar meu filho e, hoje, ele ser esse resultado de sucesso, como também toda a história da Rede de Bancos de Leite (BRITO, 2012).

---

<sup>10</sup> Derlucy Gomes - coordenadora do Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Ceilândia (HRC).

<sup>11</sup> Soyama Brasileiro - coordenadora do Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Asa Norte (HRAN).

### 5.1.7 Hospital Regional de Asa Norte (HRAN)

A Regional de Asa Norte contava com uma população estimada de 100.911 habitantes em 2009 (CENSO, 2009), sendo localizada na Região Norte do DF. O HRAN era dividido em departamentos, dentre os quais cada um deles se localizava em área física específica, ou seja, as áreas de administração, ambulatórios, pronto-socorro e obstetrícia funcionavam em locais distintos. Em 2011, o HRAN realizou 2.109 partos, sendo, em média, 175 partos mensais.

O BLH-HRAN foi inaugurado em 10 de outubro de 1992, no segundo andar do hospital, próximo à Maternidade e ao Berçário, por iniciativa de profissionais que atuavam no mesmo. O motivo da implantação foi a necessidade de oferecer leite humano de qualidade para garantir a sobrevivência de lactentes internados no hospital e possibilitar a manutenção do Alojamento Conjunto mãe-bebê.

O principal foco de trabalho era garantir a permanência de todos os recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo e proporcionar que a mãe e o recém-nascido tivessem alta hospitalar sem intercorrências com a amamentação, que colocassem em risco a saúde dessa díade. Nesse período, o BLH realizava treinamentos para a equipe do Berçário, no sentido de orientar às mães a retirar o leite para doação e como posicionar o bebê para a amamentação.

(...) elas contavam que as mães ficavam separadas dos bebês e elas com a mama lactante pegavam os bebezinhos, os pacientes, e amamentavam. Então, eu ficava falando: 'eu não acredito nisso'. Então, tamanha realidade a que a gente vive de alguns anos para cá (BRASILEIRO, 2012).

Em 1999, o HRAN conquistou o título da IHAC, mas, desde 1992, existia forte luta por parte da equipe em se tornar Hospital Amigo da Criança.

(...) a diferença da IHAC no HRAN é que quando o hospital ganhou o título, a Direção passou a olhar para o Banco de Leite Humano. Então, foi uma coordenação que eu fiz questão de abraçar e até hoje eu sou a coordenadora da Iniciativa Hospital Amigo da Criança do HRAN (BRASILEIRO, 2012).

O BLH-HRAN sempre trabalhou em parceria com outros setores do hospital, como a IHAC, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), Maternidade, Centro Obstétrico e Pediatria. A parceria com a equipe da Neonatologia foi considerada um determinante do êxito do BLH, uma vez que o atendimento à amamentação se fazia presente desde o Centro Obstétrico.

Todos os dias, eu passo visita na UCI porque o Banco de Leite é do lado da UCI e é muito fácil. Todos os dias, eu vou falar com os pediatras, mesmo sabendo que existe um técnico de enfermagem triando todas as mães para o Banco de Leite, para o atendimento individual (BRASILEIRO, 2012).

A partir de 1999, ocorreu o treinamento da equipe para o controle de qualidade do leite humano e o BLH passou a contar com nova coordenação.

(...) eu era coordenadora da IHAC e trabalhava sempre junto com a equipe do Banco de Leite e todo o materno-infantil. (...) Eu fui para o Banco de Leite em dois mil e um. Como eu era a mais nova no HRAN, eles não queriam que eu fosse para o Banco de Leite porque era visto como um setor muito fácil de se trabalhar, como se não tivesse nenhuma atividade importante para o hospital, mas a gente provou que é diferente (BRASILEIRO, 2012).

Outro marco da época se refere à informatização dos dados, que ocorreu mediante treinamento oferecido pelo Centro de Referência Nacional para BLHs (IFF/Fiocruz).

(...) a questão da informatização, que foi um aprendizado muito grande e a gente deve muito isso ao João<sup>13</sup>, à equipe toda que compõe o Fernandes Figueira, e Miriam, que começou a organizar tudo em relação às nossas estatísticas, e a gente vê a história toda da gente, o resultado do nosso trabalho. Então, eu queria muito agradecer a vocês, João, Miriam, a todos que passaram por essa história (BRASILEIRO, 2012).

Houve a parceria com o CBMDF para a realização da coleta domiciliar, que inicialmente, dividia a mesma equipe de bombeiros com o HMIB. O HRAN contemplava uma área de abrangência extensa para a coleta de leite humano, sendo a mesma do HMIB. Ao longo do tempo, a Coordenação de Aleitamento Materno e Bancos de Leite Humano da SES-DF organizou o esquema de coleta domiciliar, com foco em algumas regionais, para evitar prejuízos para outros hospitais.

Outro fator de destaque foi o recebimento de equipamentos para o BLH. Com a área física de 24 metros quadrados, não foi possível instalar os novos equipamentos, surgindo a necessidade de ampliação e reforma da área física. A equipe do BLH ofereceu treinamentos em aleitamento materno e cursos da IHAC a todos os alunos, residentes e profissionais da área materno-infantil do HRAN.

Antes do técnico de enfermagem que é aluno, antes do residente médico ou nutricionista começar a atuar no materno-infantil, ele passa pela parte do aleitamento materno. E esse ano a gente tem melhorado pela parceria com os

---

<sup>13</sup> João Aprígio Guerra de Almeida é o coordenador da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR).

preceptores de nutrição, preceptores de medicina e os outros coordenadores em relação aos cursos técnicos. Então, essa equipe toda ela passa por orientações e o bom é que a gente está no mesmo andar (BRASILEIRO, 2012).

Os três fatores considerados como determinantes do êxito foram: trabalho e compromisso da equipe, unificação da linguagem e a parceria com as áreas de Pediatria e Neonatologia.

(...) sem avaliação do Banco de Leite Humano, eles não liberam uma mãe, eles sempre esperam o nosso parecer. Se eles têm dúvidas, eles sempre procuram pelo Banco de Leite e sempre estão apoiando o aleitamento materno (BRASILEIRO, 2012).

Em relação ao trabalho em equipe, destacaram-se a união dos profissionais para a resolução das questões e o comprometimento com o aleitamento materno.

(...) sem essa equipe eu não sou nada, sem eles eu não estaria aqui. Então, eu agradeço muito a possibilidade de estar sempre junto com eles. Eu sempre agradeço, sempre estou junto. A gente sempre discute todos os casos, os casos mais complicados do Alojamento Conjunto, e uma postura que eu ensinei a eles: se eu não estiver aqui, vocês são os meus olhos, a minha boca, tudo (BRASILEIRO, 2012).

A carência de recursos humanos foi um fator que dificultou o avanço do BLH-HRAN, uma vez que por se tratar de um hospital geral, o BLH prestava atendimento em todos os serviços em que tinham lactantes e lactentes presentes, fato que aumentava a demanda de trabalho. Outro obstáculo a ser superado, em 2012, se refere à área física inadequada e a conscientização da ideia de que o aleitamento materno se tratava de um compromisso de todos.

(...) eu acho que no materno-infantil, por existir Banco de Leite Humano, os profissionais de certa forma se acomodam e acham que tudo é o Banco de Leite Humano que tem que resolver, e isso é falado nos treinamentos (BRASILEIRO, 2012).

A série histórica dos dados de produção do BLH-HRAN apresentou flutuações ao longo dos anos em relação ao quantitativo de leite humano coletado. Nos períodos de queda da coleta, o BLH registrou o menor volume em 2003, totalizando 1.192 litros de leite humano. Em contrapartida, 2008 foi o ano em que mais se coletou leite humano, sendo 1.759 litros.

(...) mesmo a gente tendo tido alguma queda na coleta, mas eu fico orgulhosa que a gente sempre está mantendo uma média na nossa coleta e não está deixando os nossos 'prematuinhos' sem leite (BRASILEIRO, 2012).

O BLH realizava em média 600 atendimentos individuais por mês até 2012, com exceção de 2011, que registrou 450 atendimentos por mês.

Então, somos uma família só perante a divina providência e estamos todos interligados com o dever da assistência mútua. A evolução é nossa lenta caminhada de retorno para Deus. Os que mais emanam vão à frente, traçando caminhos aos seus irmãos. É por isso que a gente de Banco de Leite Humano consegue conquistar os objetivos, porque a gente não desiste de forma alguma (BRASILEIRO, 2012).

### **5.1.8 Hospital Regional do Gama (HRG)**

A Região Administrativa do Gama foi fundada em 12 de outubro de 1960 no DF. A cidade ocupava uma área geográfica de 276,34 quilômetros quadrados (IBGE, 2011), situando-se entre as zonas urbana e rural. Dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD, 2011) revelam que a cidade do Gama contava com uma população estimada de 127,121 habitantes, dos quais 20,4% tinham idade até 14 anos, 61,1% de 15 a 59 anos, e 18,5% acima de 60 anos. 52,4% da população era composta por mulheres.

O Hospital Regional do Gama (HRG) é localizado no Setor Central do Gama. Contava, em 2012, com sete Centros de Saúde na área urbana e quatro na zona rural. De janeiro a setembro de 2012, foram realizados 2.496 partos normais, 1.580 partos cirúrgicos e 129 internações no Berçário.

A história do HRG com o aleitamento materno teve início em 21 de março de 1987, com a implantação da Sala de Amamentação para incentivar o aleitamento materno das próprias funcionárias do hospital. Em 1993, foi firmada a parceria com o CBMDF para a coleta domiciliar de leite humano. Nesse período, foram elaboradas as diretrizes para adequar os oito BLHs da extinta FHDF, de acordo com a Portaria n° 322/1988, dentre os quais o BLH-HRG fazia parte.

Para a instalação e o funcionamento do BLH, fez-se necessário contar com uma equipe mínima composta por três auxiliares de enfermagem e uma enfermeira, além da adequação da área física, que era de 57 metros quadrados. Após o período de licitação, execução e reforma do BLH-HRG, ocorreu, em 21 de dezembro de 1993, a inauguração do BLH.

A motivação para a implantação foi promover e apoiar o aleitamento materno e dispor de tratamento adequado ao leite humano, por meio do processo de pasteurização, para posterior distribuição para os recém-nascidos internados no Berçário. Nesse período, as principais atividades do BLH eram: realização de visitas às enfermarias, atendimento às mães no próprio BLH, coleta domiciliar mediante parceria com o CBMDF, pasteurização e distribuição do leite humano para os bebês internados no Berçário.

O relatório de atividades de 2008 ressalta a ocorrência da redução de procedimentos, interrupção de treinamentos para os servidores e queda de produtividade dos serviços prestados. Essa exposição do HRG diante do país inteiro, por intermédio da mídia, ocasionou transtornos gerais, entre eles, a saída de muitos servidores do hospital. A superação ocorreu devido ao resgate da credibilidade junto aos usuários do HRG.

Entre as principais atividades realizadas, em 2012, pela equipe do BLH-HRG, destacaram-se: visitas às enfermarias e em outros setores do hospital que tenham a presença



de mães lactantes, como no Pronto Atendimento Infantil (PAI) e na UTI Neonatal; atendimento no próprio BLH; coleta domiciliar realizada três vezes na semana; processamento e controle de qualidade do leite humano; e distribuição adequada do leite humano para a Maternidade, Centro Obstétrico, Ginecologia e Berçário.

A equipe, em 2012, era composta por médico, nutricionista, três enfermeiras, seis auxiliares de enfermagem, três auxiliares de serviços gerais, e técnica de administrativa. O BLH se localizava distante da área Materno-Infantil, porém, passou a ocupar um espaço de 100 metros quadrados.

Como diferenciais do BLH-HRG, destacaram-se: registros de temperatura, de tempo de pasteurização e de distribuição do leite humano para os recém-nascidos. Todos esses dados eram transmitidos pela equipe às doadoras de leite humano por meio de contato telefônico.

Passamos se o leite está com sujidade, se o leite está com acidez alta ou baixa, como que está, se está adequado ou não. E aí as doadoras acabaram que já se acostumaram com isso e quando a gente liga: ‘Podemos passar aí para buscar o leite na semana que vem?’ Elas falam: ‘Então, como que está o meu leite, está com muita sujeira, está com uma acidez boa ou baixa?’ Então, elas vão entendendo o que acontece no próprio Banco de Leite, porque, às vezes, elas entendem que o trabalho delas é só dar o leite, dar para o bombeiro. Mas não, o trabalho delas vai até a administração do recém-nascido, e isso é importante para dar o *feedback* a elas (DUARTE, 2012).

Outro diferencial do BLH-HRG se refere ao acompanhamento médico oferecido a todas as doadoras de leite humano, com a realização de exames e participação em consultas com a ginecologista do HRG, com abordagem e acolhimento humanizados.

E, às vezes, o tempo da consulta é maior que o de uma consulta normal, mas ela acaba descobrindo dificuldades na amamentação ou no processo ali de mãe e filho que é, na verdade, uma dificuldade secundária a um problema social, a um problema familiar, a um problema com a vizinhança. Então, essa abordagem que ela tem e esse momento entre profissional e doadora nas consultas são muito importantes (DUARTE, 2012).

O BLH-HRG firmou parceria com a Faculdade de Ciências Sociais e Tecnológicas (Facitec) para a doação de vidros para o armazenamento do leite humano, e com o CBMDF para a coleta domiciliar. Além disso, recebia alunos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), que se interessavam em desenvolver estudos em cursos de pós-graduação sobre a temática.

Outro determinante do êxito do BLH-HRG foi o surgimento de novos projetos no hospital, em 2011, que visavam a melhoria do atendimento às mães dos bebês internados e às

doadoras de leite humano. O primeiro projeto contemplou: reinauguração do PAI, início do parto humanizado e implementação do Programa PPP (pré-parto, parto e pós-parto).

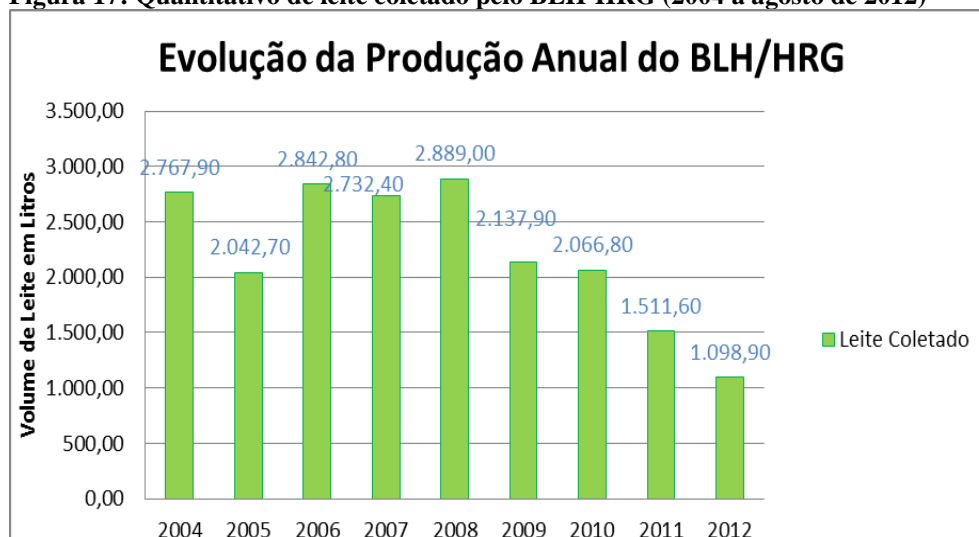
No mesmo ano, começou o Projeto de Distribuição de Leite Materno pelo Lactário, pleiteado desde 2009, e que possibilitou garantir a qualidade do leite distribuído e a adequação às normas, seguindo os manuais da Anvisa. Com isso, o projeto contribuiu para a redução do desperdício do leite humano distribuído.

A expectativa da equipe do BLH-HRG, em 2012, era investir em profissionais empenhados na captação de novas doadoras e na coleta domiciliar, por meio do fortalecimento no relacionamento dos profissionais e das doadoras de leite humano. Como exemplo, foi mencionada a realização de uma sessão de fotografias de uma doadora de leite humano e seu bebê, logo após a participação em um evento da SMAM.

Então, eu acho que esse relacionamento de profissional e doadora faz com que ela se sinta mais confiante, que ela tenha maior satisfação em doar o seu leite para ajudar a vida de outros recém-nascidos (DUARTE, 2012).

Em relação à série histórica dos dados de produção do BLH-HRG, verificou-se que o quantitativo de leite coletado sofreu considerável queda a partir de 2009. Em 2008, o BLH registrou 2.889 litros de leite humano, enquanto em 2011, o volume coletado foi de aproximadamente 1.511 litros de leite. A produção anual do BLH-HRG acompanhou a média coletada pelos BLHs em todo o DF.

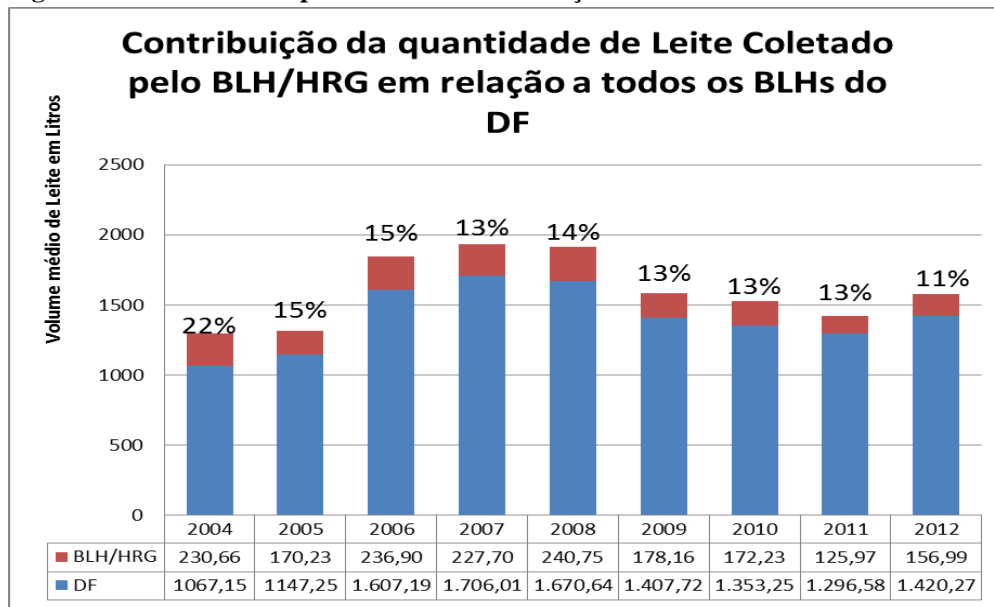
**Figura 17: Quantitativo de leite coletado pelo BLH-HRG (2004 a agosto de 2012)**



Fonte: (DUARTE, 2012)<sup>13</sup>

A contribuição da quantidade de leite humano coletado pelo BLH-HRG em relação a todos os BLHs do DF evidencia que, em 2004, o HRG contribuiu com 22% do volume total de leite coletado em todo o DF. Em contrapartida, em 2011, o HRG representou 11% do volume total do DF.

**Figura 18: Leite coletado pelo BLH-HRG em relação a todos os BLHs**



Fonte: (DUARTE, 2012)<sup>13</sup>

Nós vimos os projetos, vimos tudo que foi feito aqui no hospital para melhorar essa captação de doadoras, então, precisamos usar estratégias para que esses onze por cento possa chegar a vinte e dois por cento novamente (DUARTE, 2012).

### 5.1.9 Hospital Universitário de Brasília (HUB)

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) pertence à Universidade de Brasília (UNB). Trata-se de um hospital universitário, de atenção terciária, que apresenta características próprias por estar vinculado a uma universidade. Apesar de estar inserido na Rede SUS, o hospital possuía, em 2012, administração própria e não estava vinculado à Rede do Governo do Distrito Federal (GDF), o que impedia a inclusão em ações realizadas por outros hospitais pertencentes à Rede do GDF.

Outras características que diferenciavam o HUB dos outros hospitais públicos do DF se referem aos recursos financeiros e licitações, que estavam vinculados ao orçamento da UNB, e a presença de estudantes e internos das diferentes áreas da saúde, que acabavam por imprimir grande rotatividade na assistência oferecida pelo hospital.

Até 1980, a Unidade de Neonatologia do HUB funcionava no HRS. Nesse período, o hospital iniciou a cultura do aleitamento materno, recebendo forte influência da Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho. A Unidade de Neonatologia foi, então, inaugurada em 1982.

No começo da década de 1980, o HUB realizava basicamente assistência ao parto de baixo risco e oferecia atendimento aos recém-nascidos prematuros com mais de 1.500 gramas, devido ao quadro insuficiente de médicos. Essa situação perpetuou até a regulamentação da obrigatoriedade da assistência ao recém-nascido por um médico, com residência nas especialidades de Pediatria e Neonatologia, não sendo permitido o atendimento unicamente por residentes do hospital.

Em 2012, o hospital realizou cerca de 1.500 partos, oferecendo atendimento à gestante e ao recém-nascido. O número de atendimentos e de partos realizados no HUB variou de acordo com fatores atrelados ao próprio funcionamento da universidade.

Por exemplo, agora nós tivemos três meses de greve, então, isso reduz drasticamente o volume de atendimento, a capacidade de atendimento, isso varia de acordo com a conjuntura que nós vamos encontrando (LACERDA, 2012).

Em 1992, foi implantado o Núcleo de Incentivo ao Aleitamento Materno do HUB. No ano seguinte, iniciou-se o processo de adequação às Normas Gerais e Recomendações Técnicas para o Funcionamento do BLH e à Norma Brasileira para a Comercialização de Alimentos para Lactentes.

Em 5 de setembro de 1994, foi inaugurado o Núcleo de Incentivo ao Aleitamento Materno e Banco de Leite Humano (NIAM/BLH), ocupando uma área física de 100 metros quadrados, sendo responsável apenas pela coleta de leite humano. A pasteurização do leite humano era realizada pelos BLHs do HRAN, HMIB e HRS.

Entre as principais motivações para a implantação do NIAM/BLH, destacaram-se: as políticas de incentivo ao aleitamento materno do Ministério da Saúde e do extinto Pniam; conter as diarreias na Unidade Neonatal por uso de fórmula infantil; propiciar uma alimentação do prematuro com leite humano exclusivo; preocupação com o surgimento do vírus HIV/Aids e a possibilidade de transmissão por aleitamento cruzado; a implantação do Alojamento Conjunto em 1982; e os trabalhos acadêmicos dos professores José Martins Filho e João Aprígio Guerra de Almeida. Outras questões que motivaram a implantação do NIAM/BLH foram: Declaração de Innocenti e a IHAC, que levou para o HUB os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”.

No início, o principal foco de trabalho do NIAM/BLH era o incentivo e a promoção do aleitamento materno para as mães e seus familiares, a alimentação dos prematuros internados na Unidade Neonatal com leite humano e a formação continuada de recursos humanos dos níveis médio e superior da área da saúde em aleitamento materno.

Em 1996, o NIAM/BLH implantou o processo de pasteurização do leite humano e participou do I Encontro de BLHs do DF, realizado no HUB. No ano seguinte, foi criado o Projeto de Incentivo às Mães Doadoras.

Em 1998, foi iniciado o crematócrito no HUB, visando cumprir às normas de controle de qualidade do leite humano. Em 2000, o NIAM/BLH participou do Concurso de Fotografias da rBLH-DF, cujo tema foi “Amamentar é um direito humano”, que contou com ações para a mídia, e apoio do Ministério da Saúde para a produção de materiais de divulgação.

A partir de 2001, começou o processo de consolidação do NIAM/BLH, visando a reestruturação da área física, a ampliação dos recursos humanos, treinamento continuado das equipes e de médicos residentes, cumprimento das normas para funcionamento, prevenção e controle de risco da Anvisa, e a reavaliação do HUB pela IHAC.

As principais atividades realizadas pelo NIAM/BLH, ao longo dos anos, se referem à coleta e processamento do leite humano, atendimento e captação de futuras doadoras no pré-natal, formação continuada em recursos humanos, o Projeto Mãe Canguru, palestras para a comunidade e a formação continuada em todos os níveis de graduação e na comunidade.

**Figura 19: Atividades realizadas pelo NIAM/BLH-HUB**



Fonte: LACERDA, 2012<sup>14</sup>

Uma dificuldade a ser superada pelo NIAM/BLH, em 2012, se refere aos recursos humanos, devido à alta rotatividade de funcionários e pela dificuldade dos profissionais de outros setores em compreender a importância das atividades do NIAM/BLH. Outros obstáculos foram: equipamentos obsoletos do NIAM/BLH e com constante solicitação de compras.

(...) nosso hospital tem metade de seus funcionários ‘precarizados’ e, agora, vamos enfrentar a implantação de uma nova etapa administrativa, que é a implantação dessa empresa brasileira de serviços hospitalares. Isso tem causado uma certa comoção de todo o hospital universitário porque prevê, inclusive, a substituição de praticamente metade dos nossos funcionários, e a outra metade está sobre àquela situação de aderir a um novo plano de gestão administrativa, que pode trazer prejuízos para alguns (LACERDA, 2012).

Entre os fatores considerados como determinantes do êxito, destacaram-se: envolvimento dos recursos humanos em todos os níveis, inclusive de voluntários; área física; recebimento de equipamentos e a coleta domiciliar própria do NIAM/BLH; apoio técnico científico da rBLH-BR; e sensibilização das doadoras e da sociedade.

A gente tem uma dificuldade porque a gente, todo o DF, praticamente metade das nossas usuárias são de fora do DF. Felizmente, nós temos coleta própria, então a gente tem essa acessibilidade e temos um funcionário disponível só para isso (LACERDA, 2012).

Os fatores que limitavam o avanço do NIAM/BLH-HUB foram relacionados, principalmente, à crise dos hospitais universitários; à dificuldade de inserção da rotina do

NIAM/BLH entre os profissionais de outras áreas e especialidades, inclusive da UTI Neonatal; e à desmotivação dos funcionários do NIAM/BLH frente às conjunturas adversas.

Entre os principais obstáculos ainda a serem superados, em 2012, destacaram-se: a definição dos rumos institucionais frente à empresa responsável pela administração do HUB a partir de 2012; a deficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos, com a falta de psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, farmacêutico, bioquímico, entre outros profissionais; a adequação e ampliação da área física; e a educação continuada em aleitamento materno.

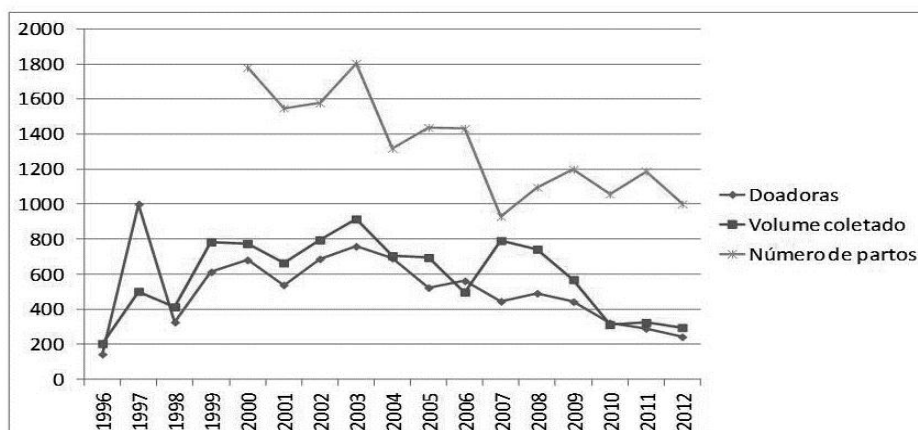
Em relação aos avanços do NIAM/BLH, destacaram-se: autossuficiência em leite humano; alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo em 99% dos recém-nascidos; economia em uso de fórmulas infantis; e a educação continuada em saúde.

Então, diante disso, a gente verifica que nós tivemos uma eficácia muito grande na questão da coleta e do processamento do aleitamento materno (LACERDA, 2012).

Em relação à série histórica do NIAM/BLH-HUB, observa-se que o volume de leite humano coletado se manteve maior que o número de doadoras, com exceção para o ano de 1997, quando o número de doadoras de leite humano superou o quantitativo de leite coletado.

**Figura 20: Doadoras e volume de leite humano coletado - NIAM/BLH**

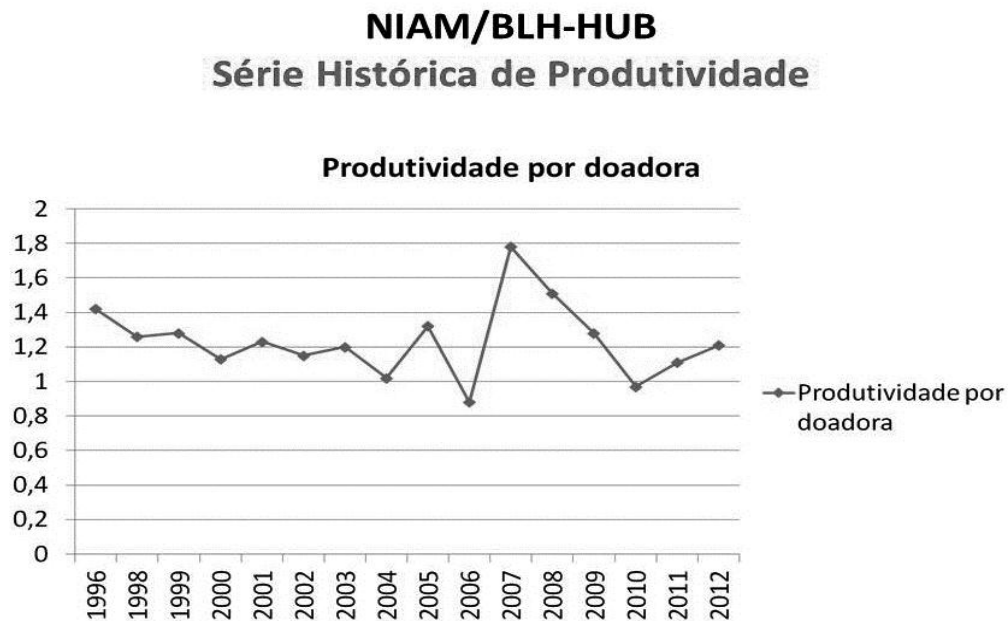
**NIAM/BLH-HUB**  
**Série Histórica de Doadoras e Volume Coletado**



Fonte: LACERDA, 2012<sup>1</sup>

Verifica-se que o número de partos realizados no HUB não manteve uma frequência linear, tendendo a cair a partir de 2004. Esse fato ocorreu devido à melhoria na qualidade da assistência obstétrica oferecida à população habitante da periferia do DF.

Figura 21: Série histórica - Produtividade por doadora de leite humano



Fonte: LACERDA, 2012<sup>14</sup>

O NIAM/BLH trabalhava, até 2012, com uma média de 1,2 litros de leite humano por doadora. Vale destacar o ano de 2007, no qual a produtividade subiu para 1,8 por doadora.



### 5.1.10 Hospital Santa Lúcia

O Hospital Santa Lúcia foi inaugurado em 1966. Trata-se de um hospital privado de atenção terciária, que apresentava como característica, até 2012, prestar assistência à gravidez de alto risco, atendendo muitos casos de gestações múltiplas. Por essa peculiaridade, grande parte dos partos realizados correspondia a cesarianas, sendo em média 20% de partos normais.

Desde 1979, o Centro Brasiliense de Neonatologia (Cebran) passou a ser responsável pela área de Neonatologia do Hospital Santa Lúcia. Ao longo da trajetória histórica do hospital, ocorreram três grandes expansões, que ampliaram o número de leitos ativos para 173, dos quais 19 são de maternidade, 83 de UTI adulto e 13 de UTI Neonatal.

Antes da inauguração do BLH-Hospital Santa Lúcia, os recém-nascidos internados na UTI Neonatal eram alimentados com o leite humano em *pool*, ou seja, “a mistura de leite humano ordenhado proveniente de diferentes doações” (BRASIL, 2008, p.127), sem passar por nenhum processo de controle de qualidade.

Em 1986, mediante informação da dissertação de mestrado do coordenador do Centro de Referência Nacional para BLHs, João Aprígio Guerra de Almeida, surgiu no Hospital Santa Lúcia, a consciência da necessidade da pasteurização do leite humano. Diante disso, em 1990, iniciou-se o processo no hospital, mas ainda sem o controle de qualidade adequado.

Em 1992, as atividades realizadas no BLH passaram a contar com uma enfermeira responsável, que atuava em uma sala conjunta à UTI Neonatal. Essa situação permaneceu até que, em 1996, quando ocorreu a mudança para um espaço físico mais amplo, para melhor atendimento às usuárias, e o BLH-HRT passou a oferecer treinamentos intensivos aos funcionários do Hospital Santa Lúcia. Nesse sentido, foram adquiridos materiais para o processo de pasteurização, incluindo os procedimentos necessários para o controle de qualidade.

O BLH-Hospital Santa Lúcia foi inaugurado em 1998, tendo como principal motivação alimentar os recém-nascidos internados na UTI Neonatal com leite humano para combater o surto de diarreias no hospital. No mesmo período, o BLH se tornou o primeiro hospital da rede privada de saúde a ser cadastrado no sistema BLH-WEB.

A partir de 2000, houve investimentos para o processo de pasteurização do leite humano, com treinamentos, rotinas e aquisição de novos equipamentos. Vale destacar que a coleta domiciliar do leite humano era feita de forma irregular, sem um veículo próprio para a função.

Nós não somos atendidos pelo Corpo de Bombeiros. E hospital privado, vocês sabem que é assim. Na realidade, o Banco de Leite, nós somos meio que um peso para o hospital porque nós não geramos um ganho direto financeiro, a gente gera gastos. Mas, com tudo isso, nós conseguimos um motoboy. É um serviço terceirizado e nós fazemos a coleta domiciliar, que não é fixa, não é em horários e dias fixos, então, praticamente todos os dias, de acordo com a demanda, a gente tem essa coleta (QUEIROGA, 2012).

Em 2006, a equipe do BLH contou com a inclusão de uma médica, que passou a ser a coordenadora do setor. Em 2010, o BLH foi aprovado no processo de Acreditação Hospitalar e foi certificado novamente em 2012.

O foco do trabalho do BLH, em 2012, passou a ser o incentivo ao aleitamento materno a todas as parturientes do hospital e a prática de doação de leite materno, além do uso exclusivo de leite humano com controle de qualidade na dieta dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal, como parte relevante do tratamento dos bebês prematuros. Cabe salientar a existência de uma sala de coleta dentro da UTI Neonatal em 2012.

Uma dificuldade a ser superada pelo BLH em 2012 estava relacionada à área física inadequada, mesmo após três mudanças de espaço. Em 2012, o BLH estava situado dentro da Maternidade. O espaço abrangia uma sala, onde eram realizados os serviços burocráticos e se localizavam os freezers, e uma área destinada ao processamento do leite humano.

E a gente se vira assim, nós não temos uma sala de coleta dentro do banco, nós não temos uma sala de recepção para as mães, nós não temos onde colocar um bercinho para um bebê. Então, é muito restrito o nosso espaço (QUEIROGA, 2012).

Os recursos humanos também representaram uma dificuldade do BLH, devido à alta rotatividade de funcionários, por se tratar de um hospital privado. A equipe era composta, em 2012, por três técnicas de enfermagem, uma enfermeira com escala dividida entre BLH e a UTI Pediátrica, uma pediatra e um motorista. Para a superação, buscou-se otimizar as escalas das técnicas e da enfermeira do BLH, visando cumprir todas as atividades do setor.

E os determinantes do êxito, sem dúvida, eu acho que é o esforço mútuo da equipe do Banco de Leite e da UTI no trabalho e nas negociações junto ao hospital (QUEIROGA, 2012).

Outra dificuldade se refere à falta de vidros para o armazenamento do leite humano doado. A tentativa de superação ocorreu a partir de estratégias com os pais dos recém-nascidos internados e funcionários do próprio hospital, além da compra de vidros pela Direção do hospital.

(...) foram feitas campanhas com os pais, nós tivemos um pai de uma bebê que ficou lá muito tempo. Ele disse que nunca imaginou que um vidro com tampa de plástico fosse um problema e fosse uma coisa de tamanha importância para o leite. Então, ele fez campanhas e campanhas. Essa neném já deve estar com três anos e ainda hoje ele traz caixas e caixas de vidro do Ministério Público, que é aonde ele trabalha. Então, eu acho que, às vezes, falta um pouco de divulgação da importância de todo o processo (QUEIROGA, 2012).

A falta de estoque de leite humano também foi considerada uma dificuldade enfrentada pela equipe, que tentou superá-la com a realização de estratégias de comunicação no hospital e com o apoio do Departamento de Comunicação e Publicidade do hospital, para a divulgação interna e para a mídia impressa.

Nós temos um fator de grande dificuldade porque nós não ficamos com essas mães internadas, então, elas vão para casa, elas muitas vezes esquecem que elas precisam estar estimulando suas mamas e tentando captar doadoras também. Então, a gente tem feito uma sensibilização tão logo esse bebê seja admitido. E o jornal, às vezes, o hospital consegue também junto ao Departamento de Comunicação publicidade em jornais escritos e no jornal interno do próprio hospital (QUEIROGA, 2012).

Outra dificuldade relatada pelo BLH se referiu à falta de investimentos no BLH..

Isso é consequência da não cobertura dos planos de saúde, a gente sabe que todo o processo de tratamento do leite gera despesas, gera custos, e isso não é repassado para o hospital. Então, a gente tem que estar convencendo o hospital que existe um ganho indireto. Então, você evita o gasto com compra de fórmulas e diminui o tempo de internação hospitalar e tudo isso (QUEIROGA, 2012).

Entre as principais atividades desenvolvidas pelo BLH, em 2012, destacaram-se: visitas diárias ao Alojamento Conjunto; atendimento à demanda externa, principalmente das mães procedentes de outros hospitais privados com dificuldades em aleitamento materno; e a participação no Curso de Gestantes, incentivando o aleitamento materno, a doação de leite humano e esclarecendo dúvidas das mulheres em fase de amamentação.

Além disso, foram citadas como práticas comuns ao BLH: realização de contato telefônico com as mães 10 dias após o parto; captação domiciliar de leite humano e no hospital; processo de pasteurização e distribuição de leite humano; controle das doadoras e dos receptores por fichas de cadastro; e participação em eventos, como a SMAM.

Nós fazemos também o contato telefônico em torno de dez dias após o parto, mas ao contrário do que a Derlucy falou a respeito da Ceilândia, lá no nosso hospital, a gente não observa que isso seja um, que faça muita diferença.

Talvez pelo próprio público diferente, muitas vezes, você liga e a mãe não atende ao telefone, ela diz que está almoçando, está repousando, está na massagem, tá não sei aonde. Então, a gente não notou impacto com essa atitude, mas a gente continua, até para tentar identificar alguma dificuldade que essa mãe esteja tendo (QUEIROGA, 2012).

Por se tratar de um hospital da rede privada de saúde, havia constantes dificuldades em manter a internação de pacientes com problemas na amamentação. Muitas vezes, a alta obstétrica ocorria entre 24 a 36 horas após o parto, mesmo sem o bebê apresentar alimentação satisfatória.

Então a gente tem essa dificuldade porque os planos de saúde glosam as internações e além de todo aquele conflito pessoal mesmo com a mãe que já recebeu alta. Então, você vê que manter no hospital é mais difícil (QUEIROGA, 2012).

Outra dificuldade estava relacionada ao estigma de que a rede pública necessita mais de doação que a rede privada.

Então, a gente luta também contra essa informação. Só para vocês terem uma ideia, não tem muito tempo, nós tínhamos uma mãe com o bebê internado na UTI que disse que estava doando leite para o HMIB porque ela achava que o HMIB, como é hospital público, precisa mais de doação do que o hospital privado. Então, a gente tem que estar constantemente informando que não é um produto comprado (QUEIROGA, 2012).

Entre as principais estratégias do BLH para superar as dificuldades e conquistas do BLH, destacaram-se: apresentar ao hospital que o BLH gera um ganho indireto; aquisição de uma sala de coleta e atendimento para a demanda externa próxima ao BLH; inauguração de uma sala de coleta na UTI Neonatal; organização das atividades do BLH de acordo com a escala da enfermagem; e treinamento sobre o uso do leite ordenhado, evitando o desperdício do leite humano pasteurizado.

Como essas mães não ficam internadas, a gente tem que estar estimulando que elas vão pelo menos a cada três ou quatro horários para fazer ordenha e para o bebê poder receber leite fresco nesse horário (QUEIROGA, 2012).

Em relação aos avanços do BLH ao longo de sua trajetória, destacaram-se: perda mínima de leite humano procedente da coleta domiciliar; uso de leite humano pasteurizado para praticamente 100% dos bebês internados na UTI Neonatal; e conscientização de toda a equipe envolvida nos cuidados do binômio mãe-recém-nascido sobre a importância do aleitamento materno.

(...) o uso do leite humano para praticamente cem por cento dos bebês, e esse praticamente é porque como nós temos muita gravidez múltipla, de bebês que ficam muito tempo e, muitas vezes, a gente realmente não consegue diretamente dessa mãe o leite e nenhuma doadora que seja mais dirigida para ele, às vezes, a gente usa a fórmula e aí a gente escolhe aqueles bebês com mais peso, mais velhinhos e tudo, mas a gente chega muito próximo de cem por cento (QUEIROGA, 2012).

Os principais obstáculos a serem superados, em 2012, se referem à cobertura pelos convênios de despesas referentes ao processamento do leite humano, liberação por parte da Direção do hospital de espaço físico para execução da planta já aprovada pela Anvisa e aquisição de uma enfermeira exclusiva para o BLH. Como meta a ser alcançada pelo BLH em 2012, destacaram-se: abolição do uso de fórmula láctica, inclusive no Alojamento Conjunto, salvo em casos de indicação médica, e oferecimento de leite diferenciado para cada prematuro.

Em relação à série histórica dos dados de produção do BLH, o volume de leite coletado no BLH foi de aproximadamente 500 litros ao ano, no período de 2006 a 2012. O número de atendimentos individuais variou bastante de acordo com o período analisado. Em 2006, foram mais de três mil atendimentos individuais realizados, sendo a maior média apresentada pelo BLH. O número de atendimentos sofreu considerável queda ao longo dos anos, chegando a menos que mil atendimentos em 2010. Entretanto, retornou a crescer em 2012, com aproximadamente 2.500 atendimentos individuais realizados, no período de janeiro a setembro do mesmo ano.

### 5.1.11 Hospital das Forças Armadas (HFA)

O Hospital das Forças Armadas (HFA) foi inaugurado em março de 1972, na Região Sudoeste do DF. Trata-se de um hospital militar terciário, vinculado ao Ministério da Defesa. O hospital oferecia, em 2012, atendimento aos funcionários do Exército, Marinha, Aeronáutica, Ministério da Defesa, Presidência da República, Superior Tribunal Militar, Infraero, além de todos os funcionários do HFA e corpo diplomático. Além disso, oferecia apoio aos hospitais menores da Rede Militar, Aeronáutica e Marinha.

Em 2011, foram realizados 523 partos no HFA, sendo 40% de partos normais e 9% de partos prematuros. Em relação aos recém-nascidos, no mesmo período, 12,7% receberam atendimento na UTI Neonatal e foram registrados seis óbitos.

A Maternidade do HFA foi inaugurada em 21 de novembro de 1972, e até 1998, ano de criação do BLH, realizou 26.247 partos. Esse número chamou a atenção da equipe de Neonatologia, que estava sensibilizada pelos programas de orientação e reforço ao aleitamento materno e em busca da autossuficiência em leite humano para o hospital.

Em 1998, iniciou-se o processo de estruturação da Unidade Neonatal para a implantação do BLH, que contou com o apoio e supervisão da Coordenação da rBLH-DF. A Unidade Neonatal do HFA é pequena em comparação às outras unidades do DF, dispondo de seis leitos, sendo dois deles de UTI Neonatal e quatro de UCIN.

Antes da inauguração do BLH, o hospital contava com uma Unidade de Coleta, onde as mulheres eram orientadas a realizar a ordenha para oferecer o próprio leite aos seus bebês. O atendimento do HFA não era aberto ao público, sendo dirigido apenas às mulheres que permaneciam internadas no hospital.

No período da inauguração do BLH, foram realizadas novas contratações de profissionais, cujo treinamento foi feito pela equipe do HRT. Em 1999, o HFA se tornou o primeiro hospital militar terciário a conquistar o título de IHAC e, desde então, vem mantendo o apoio e incentivo ao aleitamento materno.

Em 2002, o HFA recebeu novos servidores, inclusive para a Unidade Neonatal, sendo necessário o treinamento da equipe do BLH. Vale ressaltar que a enfermeira Derlucy Gomes, coordenadora do BLH-HRC em 2012, era a responsável pelo BLH-HFA no período em questão. Ainda em 2002, teve início a coleta domiciliar do leite humano, com apoio da Direção do hospital para o serviço de transporte.

Em 2007, a Unidade Neonatal precisou ser fechada, devido, principalmente, ao desligamento de funcionários, retornando às atividades em 2009, após a realização de novo

concurso público. Sendo assim, a nova equipe do BLH precisou ser treinada no sentido de manter o título de IHAC no HFA.

Temos uma característica muito forte. Por sermos uma unidade pequena, noventa e oito por cento dos nossos bebês saem de lá e são alimentados exclusivamente ao seio. A gente faz ligação, o Banco de Leite entra em contato com essas mães e todos os bebês dentro da nossa unidade usam leite humano. Não utilizamos fórmula para os nossos bebês prematuros internados na terapia intensiva (MOURA, 2012).

O primeiro fator determinante do êxito do BLH se refere à permanência das mães internadas no hospital durante todo o período de internação do bebê, o que facilitava a alimentação pelo leite da própria mãe.

Além de elas ficarem internadas, elas têm direito a um acompanhante, então, elas podem ser acompanhadas pela mãe, por algum parente. Elas têm uma rede de apoio importante (MOURA, 2012).

Outro determinante do êxito está relacionado ao Programa de Banco de Dados com o Cadastro das Doadoras, que mesmo em fase de implantação em 2012, já era utilizado pela equipe do BLH desde 2010. O Programa registrou o perfil das mulheres e bebês atendidos pelo BLH-HFA, incluindo os atendimentos externos e internos.

Uma dificuldade enfrentada pelo BLH se refere ao fato de ser um hospital militar, no qual, a cada dois anos, ocorrem mudanças no comando e na Direção do hospital.

Então, dois anos passa a ser o Exército, dois anos Marinha, dois anos Aeronáutica. E aí a prioridade do Exército não é a mesma da Marinha, não é a mesma da Aeronáutica, então, a cada dois anos, a gente tem que estar sensibilizando a Direção da importância do Banco de Leite dentro da instituição e a manutenção da Unidade Neonatal (MOURA, 2012).

O quadro de recursos humanos também foi considerado como uma dificuldade, devido à exoneração dos servidores.

A maioria do nosso grupo de profissionais, eles entram e saem muito, então, isso atrapalha a construção e continuação da unidade (MOURA, 2012).

Outra questão que dificultou o serviço do BLH se refere à falta de veículo exclusivo destinado à coleta domiciliar do leite humano.

(...) e como a gente fica aqui situado bem no centro, a gente divide essas doadoras com vários outros Bancos de Leite, que tem o apoio do Corpo de Bombeiro, porque, como eu falei, como é um quartel, às vezes, o transporte que está destinado ao Banco de Leite, se surge uma outra demanda, o

motorista é dispensado para atender essa demanda, esse outro serviço (MOURA, 2012).

Outras dificuldades ainda a serem superadas em 2012 foram: criação do quadro de funcionários específico para o BLH; reforma para adequação do BLH, de acordo com as normas da RDC 171/2006; e aquisição de novos equipamentos.

Em relação à série histórica dos dados de produção do BLH, o número de doadoras de leite humano se manteve semelhante no período de 2006 a 2012, com exceção para os anos 2008 e 2009, períodos nos quais a Unidade Neonatal precisou ser fechada. Nesses anos, houve considerável queda no número de doadoras de leite humano.

**Figura 22: Série histórica dos dados de produção do BLH-HFA**



Fonte: MOURA, 2012<sup>16</sup>

A gente já teve bons momentos de número de doadoras, mas no final do ano passado para cá, a gente passou a não mais precisar do apoio de outros bancos da rede para suprir as necessidades da nossa unidade. Então, esse ano, a gente não precisou de nenhum leite de fórmula para conseguimos a autossuficiência (MOURA, 2012).



### **5.1.12 O Banco de Leite Humano do Hospital Santa Luzia**

O Hospital Santa Luzia é uma instituição privada de saúde. O BLH foi inaugurado em 25 de novembro de 2002, após a aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o funcionamento.

Para a inauguração, o Hospital Santa Luzia contou com a parceria de profissionais de outros BLHs de hospitais da rede pública do DF, como o HRAN, que auxiliou na compra dos equipamentos, na implantação da área física e nas primeiras rotinas descritas; o HRT, para o início do controle de qualidade do leite humano; e o HMIB, HRC e Hospital Santa Lúcia para todas as atividades realizadas pelo BLH. Além disso, recebeu apoio da Coordenação de Aleitamento Materno e Bancos de Leite Humano da SES-DF.

A implantação do BLH-Hospital Santa Luzia teve como principal motivação a necessidade de alimentar os recém-nascidos, em especial, os prematuros internados na UTI Neonatal, com leite humano de qualidade, que até então recebiam o leite humano sem nenhum controle de qualidade ou eram alimentados por fórmulas lácticas.

Nós tivemos a felicidade de quando implantar o Banco de Leite, implantar todas as rotinas também. Então, desde o início, nós fizemos um Banco de Leite de verdade e já com um resultado bem de qualidade (AGUIAR, 2012).

O principal foco de trabalho do BLH-Hospital Santa Luzia, no início, e que permaneceu até 2012, refere-se à captação de doadoras de leite humano e ao incentivo ao aleitamento materno, que acontecia diariamente por meio de visitas diárias às mães internadas.

(...) diariamente nós passamos no Alojamento Conjunto, fazendo orientação dessas mães e já a orientação para a captação do leite, a divulgação e o incentivo à doação (AGUIAR, 2012).

A partir da inauguração do BLH no Hospital Santa Luzia, tornou-se visível a melhoria na saúde dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal. A dieta com leite humano exclusivo foi inserida precocemente e, com isso, observou-se a ausência de distensão abdominal, vômitos, resíduo gástrico, além de um considerável ganho de peso em espaço curto de tempo e a redução dos dias de internação na UTI Neonatal. Outra mudança se deve ao comprometimento da mãe em relação à dieta do filho internado no hospital.

As questões relativas às dificuldades do BLH se assemelhavam às existentes em outros BLHs da rede privada de saúde do DF, como o limitado quadro de funcionários para a grande procura por atendimento, a competição com a rede pública para a doação de leite humano e o transporte para a coleta domiciliar.

Em relação à doação de leite humano, observou-se predomínio de mães internadas que demonstraram preferência em doar o excedente de leite para os hospitais da rede pública de saúde, sendo uma grande dificuldade a ser superada em 2012.

A mãe chega no hospital, ela já tem na cabeça que vai doar para a rede pública porque lá tem mães carentes. Só que ela não sabe que nós do Banco de Leite da rede privada não temos excesso de leite. Na UTI Infantil, UTI Neonatal, nós temos bebês prematuros, filho de enfermeira, filho de médico, filho de professor. Então, a gente tem que ter um jogo de cintura para convencer essas mães a doar o leite aos Bancos de Leite (AGUIAR, 2012).

O transporte para a coleta do leite materno também representou um obstáculo a ser superado pelo BLH, que contava, em 2012, apenas com apoio dos motoristas do hospital.

E o que mais a gente sente é a falta de parceria, como é exemplo da rede pública, que tem a parceria do Rotary Club, do Corpo de Bombeiro. Não! Nós somos sozinhos (AGUIAR, 2012).

Os fatores considerados como determinantes do êxito do BLH foram: comprometimento da equipe, capacitação de todos os profissionais, incluindo as auxiliares de enfermagem, e apoio institucional.

O primeiro fator que dificultou o avanço do BLH foi a escassez de investimentos, por ser considerado uma área não produtiva do hospital. Assim sendo, a produção do BLH podia ser vista de forma indireta e ocorria por intermédio de benefícios que o leite humano oferecia para a melhoria da saúde dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal. O hospital, a partir de 2012, foi incorporado à Rede D'Or, considerada, na época, a maior operadora independente de hospitais do Brasil, com unidades em outros estados brasileiros.

O segundo elemento que impediu o avanço do BLH foi a falta de divulgação do BLH junto à mídia, por se tratar de um serviço da rede privada de saúde.

A falta de divulgação dos Bancos da rede privada. Então, a gente sente isso na pele, essa divulgação para comunidade, principalmente, junto à mídia (AGUIAR, 2012).

O número de doações de leite humano variou de acordo com a demanda por atendimento do hospital.

Esse número de doadoras é sempre variável, depende muito do hospital, da clientela do hospital. Nós recebemos mães que têm muita boa vontade no atendimento ao Banco de Leite, mas também têm mães que rejeitam o Banco de Leite. O número de atendimento e a divulgação do serviço. Então, sempre

que podemos, nós estamos divulgando o nosso Banco de Leite (AGUIAR, 2012).

Em relação à série histórica dos dados de produção, observa-se que no ano da inauguração, em 2002, foram coletados no mês de dezembro, 6.200 litros de leite humano, dos quais foram pasteurizados seis mil litros. O atendimento no Alojamento Conjunto totalizou 113 mães assistidas por mês pelo BLH. Em 2012, a coleta mensal foi de 41.700 litros, dos quais 36 mil litros foram pasteurizados. O atendimento mensal foi de 427 mães.

### 5.1.13 O Banco de Leite Humano do Hospital Anchieta

O Hospital Anchieta é uma instituição privada de saúde. A inauguração do BLH ocorreu em 2002 e teve como principal motivação o aumento no número de recém-nascidos prematuros internados na UTI Neonatal. Por se tratar de um hospital da rede privada de atendimento à saúde, comumente, eram realizadas pesquisas de satisfação com os clientes. Com base nessas pesquisas, observaram-se constantes sugestões para a criação de um BLH para atender a demanda de leite humano necessária para o hospital.

Entre as dificuldades do BLH, destacaram-se: área física limitada, que ocupava 10 metros quadrados; recursos humanos, considerado como questão primordial para a produção do serviço e que contava com alta rotatividade de colaboradores; e resistência de profissionais de outros setores do hospital, como os de enfermagem, em lidar com questões referentes ao aleitamento materno.

(...) é importante que se fale, a resistência na rede privada não vem só da doadora, não vem só da puérpera, da 'mãezinha', ela vem também da equipe de enfermagem, que ainda tem resistência, principalmente, pela questão da dificuldade de recursos humanos, não só das mães, mas também tem as orientações que são passadas com dificuldades (DAMASCENO, 2012).

O BLH contava, em 2012, com a enfermeira responsável pela Gerência do Setor, uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem. Essas últimas eram responsáveis pelo processo de pasteurização do leite humano, além da triagem das doadoras e entrevistas individuais no Alojamento Conjunto.

No final de 2012, o Hospital Anchieta reinaugurou o seu BLH, com mudança da área física para o primeiro andar, dentro do espaço onde se situava a UTI Neonatal e a Maternidade. Além do BLH, situavam-se no primeiro andar do hospital os serviços de Maternidade, Pediatria, Clínica Cirúrgica e Oncologia.

Outra dificuldade enfrentada pelo BLH se deve ao fato de pertencer a uma instituição da rede privada de saúde, na qual o funcionamento ocorre de acordo com os pagamentos por parte dos planos de saúde. Outro fator comum aos hospitais da rede privada era lidar com o argumento das novas tecnologias que, supostamente, eram utilizadas para auxiliar na amamentação ou até mesmo substituí-la.

(...) tem 'mãezinha' que chega lá que não quer nem pegar em seio. E chegam lá com a bombinha, com a conchinha, com tudo que tem. E tem coisa que a gente nem nunca viu, que elas chegam dizendo que já é novo no mercado, então, é importante sim a conscientização também da equipe de enfermagem (DAMASCENO, 2012).

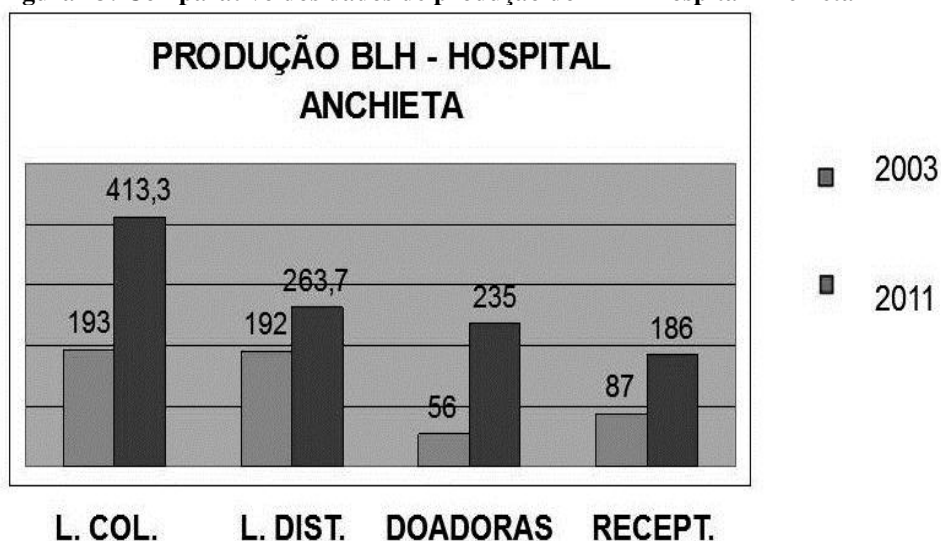
A triagem das doadoras de leite humano acontecia diariamente, no período da manhã, por meio de contato telefônico, após sete dias da alta hospitalar. As visitas ao Alojamento Conjunto ocorriam três vezes por semana, durante a manhã e a tarde. A pasteurização do leite humano e o treinamento da equipe eram feitos às terças e quintas-feiras, de acordo com a demanda existente no hospital.

As mães são orientadas durante a alta e recebem uma cartilha de informação com o telefone para contato, quando elas precisam vêm ao hospital e utilizam as orientações das nossas técnicas e da equipe numa sala de ordenha separada. A partir daí passam a doar o nosso leite que é recolhido, como eu já falei, de acordo com a demanda pelo motoboy do hospital. E também tem a dificuldade do Santa Lúcia que é a divisão desse motoboy com outros serviços (DAMASCENO, 2012).

Em relação aos dados de produção do BLH, houve considerável crescimento ao longo de sua trajetória. Em 2003, após um ano da inauguração do BLH, foram coletados 193 litros de leite humano, volume que passou a ser de 413 litros em 2011. A quantidade de leite distribuído, o número de doadoras e de receptores também acompanhou o crescimento da produção do BLH.

A quantidade de doadoras, a gente pode observar que era bem menor e, com isso, a gente faz as mesmas pontuações das colegas dos outros bancos de leite privados (DAMASCENO, 2012).

**Figura 23: Comparativo dos dados de produção do BLH-Hospital Anchieta**



Fonte: DAMASCENO, 2012<sup>17</sup>

#### 5.1.14 Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)

A cidade de Santa Maria foi fundada em 10 de fevereiro de 1993, por meio do Programa de Assentamento de Famílias de Baixa Renda. Intitulada como a 13ª Região Administrativa do DF, ocupava uma área geográfica de 211 quilômetros quadrados em 2012 (IBGE, 2011) e se situava a 26 quilômetros de Brasília. Santa Maria é rodeada por dois ribeirões, sendo eles o de Alagados e o de Santa Maria, que deu origem ao nome da cidade. Contava com população estimada de 123.956 habitantes (IBGE, 2011), que residiam nas áreas rural, urbana e militar.

A caracterização por faixa etária se equilibrava em 2011, sendo 23,2% até 14 anos, 20,5% de 15 a 24 anos, 22,9% de 25 a 39 anos, 25,4% de 40 a 59 anos, e 8% com 60 anos ou mais. Em relação à caracterização por sexo, a população feminina era um pouco maior em comparação à masculina, sendo 51,3% do sexo feminino e 48,7% do masculino.

Outra característica da população de Santa Maria era que 53,2% do total de habitantes eram naturais do DF e 46,8% imigrantes de outros estados. Além disso, 75,4% da população possuía rendimento salarial entre um e cinco salários mínimos, sendo a média de 2,5 salários mínimos por família.

O HRSM foi inaugurado em 30 de abril de 2008, como um hospital terceirizado, cuja administração era de responsabilidade da Organização Social Real Espanhola. A partir de dezembro de 2011, passou a ser administrado pela SES-DF.

A Maternidade do hospital funcionava com 12 enfermarias, compostas por 60 leitos ativos até 2011. A partir desse ano, os leitos de Maternidade foram restritos, por ser referência em UTI, passando a contar com 40 leitos de Maternidade e 20 leitos para UTI adulto.

Dados do HRSM de 2010 revelam que o Centro Obstétrico realizava em média de 1.224 partos anuais, sendo, predominantemente, partos normais. Esse número aumentou consideravelmente e, em 2011, passou a realizar 4.212 partos. A UTI Neonatal contava com 18 leitos ativos, dos quais oito eram de UCIN e 10 de UTI Neonatal. Além disso, possuía Sala de Coleta de leite humano e Alojamento de Mãe-Nutriz, com sete leitos.

Essa é a Sala de Coleta está dentro da unidade de UTI Neonatal. E nessa sala também a gente tem a oportunidade de acompanhar as mães-nutrizes, realizar algumas orientações no momento da ordenha (COSTA, 2012).

O BLH-HRSM foi inaugurado em 1º de fevereiro de 2010. Sua implantação teve início em setembro de 2009, tendo como principal motivação o cumprimento da RDC nº 171/2006 para atender os setores interdisciplinares, visto que o hospital estava estruturado para oferecer

atendimento materno-infantil. O principal foco de trabalho do BLH era a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno.

Após quatro meses da inauguração, o BLH implantou o processo de pasteurização do leite humano. Antes da implantação, o leite humano coletado era pasteurizado no BLH-HRG, uma vez que o HRSM ainda não tinha os equipamentos necessários instalados e a equipe não estava qualificada. No início, o BLH contava com uma equipe composta pela coordenadora do serviço, duas enfermeiras, três auxiliares de enfermagem, nutricionista, bioquímica e pediatra.

Em 2012, a equipe passou a ser composta pela coordenadora do BLH, oito auxiliares de enfermagem, duas técnicas administrativas, nutricionista, bioquímico, pediatra e uma copeira, que ficava responsável pela distribuição do leite humano no período noturno.

O BLH se localizava, em 2012, no bloco administrativo do HRSM, ao lado do Lactário. Com área física de 210 metros quadrados, o BLH se dividia em *hall* de entrada, onde as mães aguardavam por atendimento, corredor, sala de material estéril, Laboratório com estufa e geladeira, consultório, sala de coleta de leite humano, berçário para os bebês das mães em atendimento, porta de barreira, sala de recebimento de leite cru, sala de pasteurização e sala de distribuição.

Entre as atividades realizadas pela equipe do BLH-HRSM, de 2010 a 2012, destacaram-se: elaboração e implementação de procedimentos operacionais padrão (POP) e rotinas no BLH; atendimento na Maternidade, que resultou na captação das primeiras doadoras de leite humano; e realização de ações para a doação de frascos de vidros e de leite humano.

Em dezembro de 2010, o BLH-HRSM firmou parceria com o CBMDF para a coleta domiciliar do leite humano.

Isso resultou também no aumento da coleta e diminuição também de encaminhar as servidoras do banco, aproveitar melhor as funcionárias do banco para outras atividades, ao invés delas terem que ir para a coleta (COSTA, 2012).

Em fevereiro de 2011, estabeleceu-se a parceria com a Secretaria de Estado de Educação do DF, através do Projeto Corrente do Bem. Tratava-se de um projeto, coordenado pela Escola CEF 201, de conscientização dos alunos para o tema e estímulo para a arrecadação de frascos de vidro e até mesmo de doadoras de leite humano para o BLH-HRSM. Como resultado, o BLH recebeu mais de mil frascos de vidro para o armazenamento do leite doado.

**Figura 24: Projeto Corrente do Bem – Escola CEF 201**



Fonte: COSTA, 2012<sup>18</sup>

Em junho de 2011, foi implementado o Sistema BLH-WEB e, em agosto, aconteceu a I Festa do Aleitamento Materno para as doadoras de leite humano no HRSM. Em maio de 2011, foi ministrado o I Curso de Manejo à Amamentação no HRSM, com o apoio da Coordenação de Aleitamento Materno e Bancos de Leite Humano da SES-DF, das coordenadoras dos BLHs do HRT e do HRAN, e com a participação de profissionais da área.

Na festa, a gente já começou a entregar o certificado e passamos a implementá-lo como forma de recompensa às doadoras quando elas se tornam inativas. Eles vão na coleta, já ficam no carro dos bombeiros, já vão pré-assinados pela Doutora Miriam e por mim. A entrega também rendeu frutos positivos e as doadoras se sentem tão lisonjeadas que se tornam multiplicadoras, elas falam para as outras, e isso aumentou o número de ligações para o Banco de Leite porque elas nos procuram se oferecendo para serem doadoras (COSTA, 2012).

Em relação à dificuldade enfrentada pelo BLH-HRSM, destacou-se a falta de equipe capacitada. Para a superação, o BLH encaminhou as servidoras para a capacitação e passou a trabalhar com o processo de educação continuada. A captação de doadoras não representava mais uma dificuldade para o BLH-HRSM em 2012.

(...) hoje veio a superação com o trabalho na Maternidade, que também nós pegamos a ideia que veio da rede de fazer o registro na Maternidade dos números de telefone. Cerca de uma semana após a alta hospitalar, nós fazemos a ligação, e já captamos ali algumas doadoras. Isso melhorou bastante e aumentou muito o número de captação (COSTA, 2012).



Outras dificuldades do BLH-HRSM se referem à falta de recursos humanos e de estoque de frascos de vidros para armazenamento de leite humano. O último foi superado com a parceria do Projeto Corrente do Bem.

(...) nós também vamos até a escola para falar, apoiar, e eles vão até o Banco de Leite. E a gente está sempre fazendo essa troca (COSTA, 2012).

Outra dificuldade superada foi a interação com a equipe de Atenção Básica, que passou a entregar folderes às usuárias no Centro de Saúde.

Os fatores considerados como determinantes do êxito do BLH-HRSM foram: contar com uma equipe motivada e capacitada, ter infraestrutura adequada e a interação das equipes do BLH e dos Bombeiros com as doadoras de leite humano.

Entre os fatores que limitavam o avanço do BLH-HRSM, destacaram-se: a inexistência da implementação da IHAC no HRSM, por se tratar de um hospital novo, e a continuidade da assistência por parte de profissionais de outros setores.

(...) devido a essa conscientização da educação permanente nos outros setores, eles não têm o mesmo comprometimento com o aleitamento materno. Eles acabam referenciando isso só mesmo como uma atribuição do Banco de Leite. E isso ainda é um ponto negativo (COSTA, 2012).

Em relação à série histórica dos dados de produção do BLH-HRSM, em 2010, foram coletados 450 litros de leite humano. Em fevereiro de 2010, quando se deu o início da coleta de leite humano, o volume coletado era de aproximadamente seis litros. Entretanto, em dezembro do mesmo ano, o quantitativo aumentou para mais de 50 litros de leite humano.

De janeiro a dezembro de 2011, houve um aumento considerável no volume de leite coletado, totalizando mais de mil litros de leite humano no ano. De janeiro a julho de 2012, observou-se a manutenção da média coletada ao longo dos meses, sendo registrados 645 litros de leite humano.

### **5.1.15 Hospital Regional de Paranoá (HRPa)**

O Paranoá se tornou Região Administrativa a partir do ano de 2005. Sua história teve início em 1957, com a chegada dos primeiros trabalhadores para a construção de Brasília, mais especificamente para as obras da barragem do Paranoá. Na ocasião, foi criada a Vila Paranoá, localizada a 28 quilômetros de Brasília, na Região Leste do DF.

A cidade contava com 58 mil habitantes em 2011, sendo que desses 36% foram de mulheres em idade fértil e 1,7% de crianças menores de um ano. O Paranoá contava ainda com a população do Itapoã, que se iniciou em decorrência de uma invasão irregular nas proximidades da Região do Paranoá, surgindo, então, em 2005, a Região Administrativa do Itapoã, que contava com uma população de 47 mil habitantes, sendo 36% de mulheres em idade fértil e 2,4% de crianças menores de um ano de idade.

O Hospital Regional do Paranoá (HRPa) foi inaugurado em 2002 e tinha como público-alvo a população da Região Leste do DF, que abrangia a população do Paranoá, de Itapoã e também da cidade de São Sebastião, que se localiza à 14 quilômetros do Paranoá.

O hospital contava, em 2012, com uma unidade física e uma Casa de Parto, que recebia suporte da equipe do HRPa, para os casos em que eram necessários a assistência hospitalar. Em relação ao número de leitos ativos, o HRPa abrangia 32 leitos de Alojamento Conjunto em 2012, dos quais oito eram destinados para a mãe-nutriz, quatro para o método canguru, 15 para a UTIN e oito para o pré-parto.

O hospital realizou, em 2012, uma média de 270 partos por mês, dos quais 58% foram de partos normais e 10,7% de nascimentos prematuros. Em relação aos partos realizados, segundo a localidade de residência, 54% foram de moradoras do Paranoá e Itapoã e 28% da cidade de São Sebastião.

O BLH-HRPa foi inaugurado em 31 de maio de 2011 e teve como motivação o atendimento da demanda neonatal da regional e a necessidade em rever práticas e buscar rotinas hospitalares facilitadoras para o aleitamento materno, por intermédio da implantação da IHAC.

Embora o BLH só tenha sido inaugurado no hospital em 2011, sua história se iniciou em 2005, quando funcionava ainda como PCLH. Nesse período, era gerenciado pela Unidade Neonatal do HRPa, que ficava responsável pela captação de doadoras, coleta e armazenamento do leite humano.

No início, a equipe da unidade neonatal do HRPa encaminhava o leite humano ao BLH-HRAN, parceira da instituição, onde ocorria o processamento do leite humano. Após esse

processo, o leite humano retornava ao HRPa, ficando sob a responsabilidade da unidade neonatal realizar o porcionamento e a distribuição para os recém-nascidos prematuros internados.

Em 2006, iniciou-se o planejamento para a implementação da IHAC no HRPa, com o desenvolvimento de atividades de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. A equipe do PCLH passou a desenvolver atividades no Ambulatório de Primeira Semana, no Centro de Saúde do Paranoá e a realizar visitação com gestantes pelo HRPa, prestar atendimento aos filhos das doadoras, captar doadoras de leite humano, coletar e armazenar o leite e encaminhar o produto coletado para o HRAN, para a pasteurização do leite. A técnica de enfermagem passou a ser responsável pelo retorno do leite ao HRPa, pelo porcionamento e distribuição do leite humano.

Em 2009, ocorreu o primeiro treinamento de grupos de profissionais para a implantação da IHAC no HRPa. Em dezembro, ocorreu uma nova mudança na composição da equipe do PCLH, que passou a contar com a coordenação, pediatra e quatro técnicas de enfermagem. Iniciou-se, então, o planejamento para a implantação do processamento de leite humano e controle de qualidade para o HRPa.

Em 2010, o BLH-HRAN começou a oferecer treinamentos à equipe do PCLH do HRPa para a implantação do processamento e controle de qualidade do leite humano no HRPa, mas devido à falta dos equipamentos necessários, era preciso o deslocamento da equipe e a realização do procedimento no BLH-HRAN.

Foi uma época difícil. Utilizávamos recursos próprios para nos deslocar. Durou onze meses. Como PCLH do HRAN, colaborávamos com uma porcentagem para a regional, então, setenta por cento restantes do leite processado nem sempre eram suficientes para a nossa demanda. Então, foi uma fase um pouco complicada, mas foi uma fase de muita mobilização da própria Rede de Bancos de Leite do DF, não só com o treinamento em especial da equipe do HRAN. Eu gosto muito de falar isso, porque sem a equipe do HRAN não teria dado para começar a pensar em treinar a equipe (MEDEIROS, 2012).

Nesse período, a rBLH-DF começou a se mobilizar, no sentido de compor uma estrutura necessária, inclusive com o empréstimo de equipamentos, para a implantação do processamento do leite humano no HRPa.

E também a Rede nos ajuda no fornecimento de leite pasteurizado porque nem sempre nós tínhamos o volume suficiente para a nossa demanda.

Costumo dizer que nós somos de fato filhos dessa Rede (MEDEIROS, 2012).

O primeiro processamento de leite humano realizado no HRPa aconteceu em 30 de novembro de 2010 e a inauguração oficial do BLH foi em 30 de maio de 2011. Em 2011, ocorreu o Curso de Processamento e Controle de Qualidade para a equipe técnica e o BLH recebeu equipamentos, tais como freezers e centrífugas, fornecidos pela SES-DF. No mesmo ano, o BLH recebeu equipamentos de banho-maria e resfriador, licitados pela SES-DF para testagem e aprovação.

O BLH passou a desenvolver atividades de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, com visita diária ao Alojamento Conjunto e atendimento com agenda aberta. Além disso, iniciou-se o atendimento médico-pediátrico aos filhos das doadoras e consultas de enfermagem. A equipe também realizou atividades educativas para as mães-nutrizes e doadoras de leite humano com acadêmicos de enfermagem e outros estagiários em treinamento no HRPa.

**Figura 25: Voluntários em manhã de beleza**



Fonte: MEDEIROS, 2012<sup>19</sup>

A equipe do BLH-HRPa era responsável pela captação e cadastro de doadoras e de receptores, bem como pela coleta, armazenamento, processamento e controle de qualidade do leite humano.

A equipe confeccionava diariamente o mapa de distribuição do leite humano pasteurizado e efetuava o porcionamento e distribuição de leite humano pasteurizado para os receptores do HRPa. Além disso, a equipe era instrutora nos cursos da IHAC e participava da

Rede AD, que era uma rede formada por profissionais de vários setores do hospital, que prestavam assistência à mulher usuária de álcool e drogas.

Algumas dificuldades foram superadas e outras se encontravam em processo até 2012. As questões superadas foram: parceria com o CBMDF, participação da empresa Sanoli, adequação da área física, coleta de leite humano suficiente para o hospital e trabalho em rede.

Todas as dificuldades mencionadas como superadas foram consideradas como determinantes para o êxito do BLH-HRPa. A primeira delas se refere à parceria estabelecida com o CBMDF para a coleta domiciliar de leite humano.

(...) porque até dois mil e dez, nós assumimos essa coleta, não temos uma viatura. Então, é um pouco mais difícil. Agora, com a equipe, a gente percebe o quanto que o trabalho melhorou, até mesmo para liberar a equipe para outras atividades. (...) A gente vê muita diferença quando a dupla de Bombeiros é engajada, é comprometida, realiza o seu trabalho de fato com muita responsabilidade. A gente tem um resultado bem diferente (MEDEIROS, 2012).

A segunda superação foi a participação dos profissionais da Sanoli na distribuição de leite humano para os setores do HRPa. No entanto, a distribuição somente era realizada a cada três horas, sendo almejado o aumento da cobertura para a distribuição.

A terceira dificuldade foi a adequação da estrutura física. O BLH se localiza em uma área de 249 metros quadrados, de acordo com as normas da RDC 171/2006, contemplando recepção, sala de espera, corredor com acesso às Salas de Coleta Externa, Vestiário de Barreira, Processamento, Laboratório de Microbiologia e Distribuição, Sala da Mãe Doadora e consultório de Pediatria.

(...) em dois mil e onze, a estrutura já era boa, mas ela ficou melhor. Foi construído um vestiário de barreira, toda a rede elétrica foi modificada, a canalização do gás, a estrutura realmente permitiu um trabalho de qualidade. (...) Recebemos os nossos equipamentos e outros estão por vir e nós temos conseguido realmente fazer um trabalho muito mais qualificado de processamento e controle de qualidade (MEDEIROS, 2012).

A quarta dificuldade superada se refere à coleta de leite humano, que se mostrou suficiente para atender à demanda do hospital e até mesmo para compartilhar o excedente com outras unidades de leite humano.

Outra dificuldade decorrida é relacionada à coleta de leite insuficiente, também superado, mas é um trabalho de formiguinha. Nós fazemos uma captação ostensiva de doadoras no Alcon e contato telefônico após a alta

hospitalar, na tentativa de manter a nossa coleta, e hoje nós já temos também comportamento de rede, mandando o nosso excedente para outros bancos que necessitam (MEDEIROS, 2012).

A última dificuldade superada se refere ao trabalho em rede, característica presente no BLH-HRPa. Esse trabalho foi fruto da parceria com os demais hospitais do DF.

A questão da consultoria em rede, sempre que nós temos dificuldade, ligamos no celular das nossas consultoras. (...) a gente sempre entra em contato para realizar o serviço de forma adequada (MEDEIROS, 2012).

Em relação aos determinantes para o êxito do BLH-HRPa, além dos anteriormente mencionados, incluem-se: modelo original seguido, equipe participativa, trabalho em equipe interinstitucional, apoio da rBLH-DF e parcerias firmadas.

Em relação aos fatores determinantes do êxito, sem dúvida, o êxito do Banco de Leite do Paranoá tem a ver com a sua própria origem. Trabalho que foi começado por um profissional tão competente e tão responsável como o Doutor Renato tinha que dar continuidade seguindo esse mesmo modelo (MEDEIROS, 2012).

Outro elemento determinante para o êxito do BLH foi ter uma equipe participativa e responsável, presente em todas as tomadas de decisão e que contava com uma coordenação com carga horária de 40 horas semanais. Outro fator positivo foi o trabalho em equipe interinstitucional, com o apoio das UBSs, que repassavam, por meio de contato telefônico, os dados pertencentes às doadoras de leite humano.

Outro fator de êxito tem a ver com a Rede de Bancos de Leite Humano. Nós temos uma coordenação, na pessoa da Doutora Miriam, muito comprometida, muito presente, muito crítica, mas muito incentivadora. Ela elogia quando tem que elogiar. E ela não imagina o quanto isso é importante para gente (MEDEIROS, 2012).

O último fator determinante para o êxito do BLH se refere às parcerias firmadas, principalmente com a Cooperativa de Catadores de Lixo, em 2010, o Rotary Club e a Casa da Amizade Lago Sul, desde 2011, escolas, desde 2009, e voluntários, em 2012.

Nós tivemos uma parceria importante em dois mil e dez com a cooperativa de catadores de lixo na campanha de coleta de frasco, as escolas que também nos ajudam com essas campanhas, Rotary Club e Casa da Amizade Lago Azul estão presentes com a gente desde a inauguração e nos nossos eventos e voluntários que também participam dos nossos eventos.

As principais dificuldades ainda a serem superadas em 2012 foram: implantação da IHAC, escassez de recursos humanos, doação de frascos para armazenamento do leite, desperdício do leite cru e leite pasteurizado, e suporte dado às mães no Alojamento Conjunto.

A implantação da IHAC e a escassez de recursos humanos foram consideradas também como fatores que limitavam o avanço do BLH-HRPa.

Ainda é necessário avançar para a implantação da IHAC. É momento de diagnosticar problemas e planejar novas estratégias para reiniciar, então, os nossos trabalhos. (...) tentamos superar dando continuidade aos treinamentos dos profissionais para a implementação em dois mil e onze, mas ainda estamos caminhando para que o credenciamento chegue (MEDEIROS, 2012).

Em relação aos recursos humanos, o BLH contava com uma enfermeira e quatro técnicas de enfermagem, que contribuía com 24 horas cada.

O nosso recursos humanos que é muito escasso, nós almejamos um dia colocar esse Banco de Leite para funcionar aos fins de semana. Hoje, nós só conseguimos funcionar de segunda a sexta, aumentar o número de ciclos de processamento, ter equipe exclusiva para distribuição do leite humano e ter equipe multidisciplinar com outras categorias e profissionais (MEDEIROS, 2012).

A compra de frascos para o armazenamento do leite humano ainda era uma dificuldade que caminhava para a superação em 2012, uma vez que a SES-DF realizou licitação para a compra dos recipientes. Outra dificuldade a ser superada se relaciona ao desperdício do leite cru, devido à sujidade encontrada no leite doado.

Temos buscado reforçar as nossas orientações no ato da captação da doadora. Fazer atividade educativa no próprio Banco de Leite antes da consulta com o Pediatra, que é o momento que as mães vão até o Banco de Leite. E estamos fazendo a consulta de enfermagem por telefone, com utilização de um novo instrumento, que ainda está em fase de teste, mas ele direciona a gente a essa consulta para o levantamento dos problemas, tentando identificar em que momento da coleta que essa mulher não está seguindo a orientação adequadamente, e o próprio check list contém as orientações apropriadas, até porque essa consulta é feita por mais de um profissional e a gente espera manter uma linguagem mais uniforme nessa orientação, para que ela seja mais eficaz (MEDEIROS, 2012).

Outra dificuldade decorrida se refere ao desperdício de leite pasteurizado após a distribuição para os setores do HRPa. Para a superação, foi criado pela equipe do BLH o Protocolo de Prescrição de Leite Humano. Além de ter contribuído para a queda do volume de leite humano desperdiçado, o protocolo salientava que o binômio mãe-filho precisava ser

reavaliado após três horários de oferta de complemento de leite humano, visando evitar a complementação desnecessária e o desperdício do leite humano.

Para que ele funcione é necessária a conscientização da equipe, principalmente dos profissionais neonatologistas, esse também é um trabalho de formiga, é um acompanhamento cotidiano (MEDEIROS, 2012).

Outra questão ainda não superada no BLH, em 2012, foi o suporte às mães-nutrizes do Alojamento Conjunto. Como a prioridade era a oferta de colostro da mãe para o próprio filho, a mãe era orientada a utilizar a Sala da Mãe-Nutriz, localizada no mesmo corredor da Unidade Neonatal, para a retirada do leite para o próprio filho, com a ajuda da equipe do BLH.

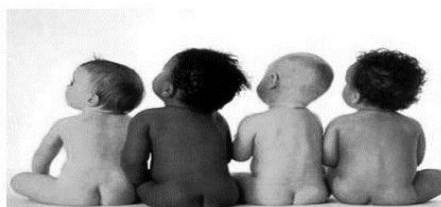
Nós oferecemos ajuda prática. Hoje, nós já temos leitos reservados para mães-nutrizes e elas permanecem também próximas ao filho, e isso é muito vantajoso. Em todos os aspectos, tanto para o bebê quanto para a mãe, mas, com isso, também a gente utiliza muito menos leite do banco e oferece leite padrão ouro para o bebê, que é o leite da própria mãe (MEDEIROS, 2012).

A série histórica dos dados de produção apresentou grande aumento do número de atendimentos individuais e do volume de leite humano coletado a partir de 2010, fato relacionado às mudanças na equipe do BLH e na forma de captação de doadoras de leite humano.

Figura 26: Dados de produção do BLH-HRPa (2008 a setembro de 2012)

## Série Histórica

	2008	2009	2010	2011	2012 (janeiro à setembro)
Atendimento individual	1642	2801	8927	7983	6631
Volume Coletado(litros)	390	280	571	775	676



Fonte: MEDEIROS, 2012<sup>19</sup>

Para a gente realmente era um sonho levar o processamento para o Paranoá. Parecia algo que nós não alcançaríamos, mas esse sonho foi realizado. Então, o que eu digo para vocês é isso, apreciem sonhos, porque são esses sonhos que alimentam esse desejo de mudança (MEDEIROS, 2012).



## **5.2 O trabalho de comunicação na perspectiva da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**

O Brasil tem uma posição de liderança internacional na questão de Bancos de Leite Humano. Na área biológica, na área de controle de qualidade, na área físico-química, na área de clínica. Isso daria a chance da gente também ocupar essa posição na comunicação. Isso é extremamente importante porque é um produto Brasil, é um produto SUS-Brasil, é um produto construído em uma das unidades, por isso, é politicamente, absolutamente palatável (ALMEIDA, 2012).

A fala acima extraída do DVD “Resgate da trajetória histórica dos Bancos de Leite Humano de Brasília” (rBLH-BR, 2012) retrata a posição da coordenação da rBLH-BR frente ao reconhecimento da importância das ações de comunicação para o campo do aleitamento materno e doação de leite humano. Nos estudos de Raupp (2011), torna-se evidente o quanto a rBLH-BR valoriza a produção científica ancorada nos referenciais da Informação e Comunicação em Saúde e o desenvolvimento de práticas de comunicação para o processo de crescimento da rBLH-BR (RAUPP, 2011).

Tornou-se fundamental o desenvolvimento deste subcapítulo, com o intuito de auxiliar em respostas para a pergunta norteadora deste estudo - “Qual o lugar da comunicação no processo de construção da autossuficiência em leite humano na rBLH-DF? Este subcapítulo visou conhecer a experiência de comunicação da SES-DF para o fortalecimento dos BLHs e estímulo à doação de leite humano, visto que o DF é a única região geográfica do mundo a alcançar autossuficiência em leite humano. Além disso, foram apresentadas todas as campanhas oficiais do Ministério da Saúde pelo Dia Nacional de Doação de Leite Humano e as ações produzidas pela SES-DF, específicas para a população do DF.

Os depoimentos foram concedidos pelo então coordenador do Departamento de Assessoria de Comunicação (Ascom) da SES-DF, Leonardo Ribbeiro, e pela então coordenadora do Núcleo de Publicidade, Priscila Audi, no Seminário “Compreendendo e Construindo a Autossuficiência em Leite Humano de Brasília”, ocorrido em 25 de outubro de 2012, em Brasília-DF.

### 5.2.1 A rotina de trabalho da Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Há notícias de grande impacto local, regional, nacional ou internacional que jamais seriam publicadas na mídia impressa e nem veiculadas na mídia eletrônica, se não fosse a atividade de assessoria de imprensa (VIVEIROS & EID, 2007, p. 22).

O Departamento de Assessoria de Comunicação (Ascom) da SES-DF se dividia em quatro núcleos: Cerimonial, Agência de Notícias, Relacionamento com a Imprensa e Publicidade, sendo responsável pelo monitoramento e divulgação de ações e objetivos estratégicos da SES-DF para os públicos interno e externo. Todos os núcleos possuíam vínculos entre si e exerciam atividades de comunicação em parceria com os BLHs que integram a rBLH-DF (RIBBEIRO, 2012).

De acordo com o Manual de Assessoria de Imprensa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2009, P. 71), “o assessor de imprensa é um investigador: está sempre em busca de informações com potencial de se transformarem em notícias<sup>14</sup>”. Nesse contexto, Ribbeiro (2012) destaca que o Núcleo de Relacionamento com a Imprensa produzia diariamente o “Cardápio da Saúde”, que contava sempre com pelo menos uma nota<sup>15</sup> sobre os BLHs do DF.

Ribbeiro (2012) menciona que a Ascom estabelecia parceria com os portais G1: O Portal de Notícias da Globo ([www.g1.globo.com](http://www.g1.globo.com)), e R7.com ([www.r7.com](http://www.r7.com)), pertencente ao Grupo Record, oferecendo dados sobre o percentual de leite humano nos BLHs do DF e o quantitativo de frascos para armazenamento do leite doado durante o ano todo, tendo em vista o tratamento sazonal, muitas vezes, dado pelos meios de comunicação (RIBBEIRO, 2012).

De janeiro a dezembro, vocês têm que achar alguma alternativa de tratar o assunto aleitamento materno, seja estimulando a doação, seja promovendo eventos e debates, e até sensibilizando a população com as temáticas ligadas ao aleitamento, à mulher e à criança (RIBBEIRO, 2012).

---

<sup>14</sup> “Notícia é todo fato relevante que desperte interesse público, ensinam os manuais de jornalismo. Fora dos manuais, notícia, na verdade, é tudo o que os jornalistas escolhem para oferecer ao público” (NOBLAT, 2002, p. 31).

<sup>15</sup> “Nota: subverte o texto jornalístico, devendo ser escrita com o estilo da própria coluna. Pressupõe exclusividade e é mais fácil de emplacar quando se tem um contato direto com o jornalista. Para uma nota mais atraente aos olhos dos colunistas, é recomendável pesquisar sobre o assunto e destacar as informações mais relevantes. Ao enviá-las, o assessor precisa ficar atento aos horários de fechamento de cada coluna” (FIOCRUZ, 2009, p. 59).

Assim sendo, Ribbeiro (2012) ressalta que temas referentes aos três tipos de doação (leite, sangue e órgãos), representaram juntos em torno de 55% das demandas de imprensa positivas que a Ascom da SES-DF apresentou em 2012.

Era algo semelhante ao que acontecia na campanha de doação de sangue. Doação de sangue, nas férias e véspera de feriado, toda a imprensa dá, fora disso, ela não dava mais doação de sangue porque eram os períodos mais críticos e tudo mais. Com o leite aconteceu a mesma coisa. A gente teve épocas que a mídia comprava mais o assunto e outras que ela acabava esquecendo. Era uma queda na arrecadação de leite e uma queda no percentual de notícias positivas que a Secretaria de Saúde tinha (RIBBEIRO, 2012).

O Núcleo de Publicidade responde pela produção de peças institucionais e campanhas publicitárias voltadas para o fortalecimento dos BLHs do DF e incentivo à doação de leite humano (AUDI, 2012). Audi (2012) menciona que, em paralelo ao trabalho de relacionamento com a imprensa, a Ascom da SES-DF produz vídeos para veiculação nas redes sociais e nos canais de comunicação como o Youtube, e até mesmo em elevadores de prédios comerciais, com o objetivo de sensibilizar a população para a doação de leite humano.

Os vídeos produzidos pelo Núcleo de Publicidade, em 2012, ajudaram a aumentar em 40% a doação de leite humano para os BLHs do DF no período em que foram veiculados. O trabalho da Ascom da SES-DF tem como elemento motivador a promoção da saúde, sugerindo mudanças de comportamento, por intermédio de medidas preventivas (AUDI, 2012).

Claro que a gente teve cartazes espalhados pela cidade inteira, folderes espalhados em todos os hospitais da rede de saúde do DF e também nas unidades privadas e em alguns parceiros que a gente tem, mas, acima de tudo, a conscientização que a gente consegue botar na população que está doando e na mãe que está amamentando. Ou seja, eu aprendi nesse pouco tempo que eu tenho de Secretaria de Saúde que a gente tem que prevenir para conseguir fazer uma saúde pública efetiva. Então, eu imagino que uma mulher que não é mãe ainda, que pretende amamentar quando ela for, pensa: estou com muito leite, não custa nada doar um potinho. Ela vai lembrar (AUDI, 2012).

Além das campanhas publicitárias específicas para o cenário do DF, na perspectiva de Ribbeiro (2012), as principais razões para o êxito na divulgação do trabalho dos BLHs que integram a rBLH-DF estão associadas ao vínculo e ao engajamento no relacionamento dos profissionais que atuam nesta área com o trabalho da Ascom.

Eu quero falar para vocês o quanto a Doutora Miriam Santos<sup>16</sup> é engajada no relacionamento com a Ascom. Está lá quase que diariamente, passando para gente as sugestões, encaminhando as demandas e, de certa forma, cobrando resultados por parte da comunicação (RIBBEIRO, 2012).

Audi (2012) também destaca como importante estratégia de comunicação a parceria estabelecida com os profissionais da SES-DF, com a finalidade de comunicar, informar, divulgar e promover todo o tipo de ação em prol da população e da melhoria dos serviços ofertados (AUDI, 2012).

(...) e é com essa motivação que a gente trabalha lá. (...) Somos quatro departamentos que não trabalham sozinhos de forma alguma. É todo mundo se ajudando o tempo todo, a gente passa informação para a imprensa, a imprensa nos dando informação para fazer as campanhas, e a gente conta também com a Secretaria de Publicidade do GDF e a Secretaria de Comunicação (AUDI, 2012).

Ribbeiro (2012) e Audi (2012) mencionam os caminhos para um bom trabalho da Comunicação na área da Saúde, conforme observamos nos dois depoimentos a seguir.

Esses caminhos envolvem o relacionamento com as autoridades para a definição de uma fatia de recurso, o relacionamento com a assessoria de comunicação, e mesmo ali, um relacionamento de cúmplice, ou seja, tem que estar frequentemente em contato com a comunicação para cobrar alguma alternativa de visibilidade dos Bancos de Leite ou da necessidade de arrecadação. Feito isso, o trabalho da comunicação começa a se desenvolver com uma certa facilidade. Aí a gente tem dinheiro e tem apoio da área técnica, que é a informação, para poder reproduzir isso. Depois disso, é só a criatividade (RIBBEIRO, 2012).

Não seria possível realizar nada disso que vocês viram aqui se não houver o engajamento da área técnica, no sentido de cobrar das assessorias de comunicação, e também cobrar das autoridades uma fatia do recurso para a execução desse trabalho. O próprio pessoal da Agência chegou lá e disse que existe uma lei distrital que obriga um valor X para ser destinado à publicidade ou às campanhas ligadas ao aleitamento materno. Realmente existe. Então, graças ao empenho dessas pessoas que também vão em busca desses recursos, a gente hoje consegue desenvolver campanhas como essas. Não adianta a gente querer, mas também não ter como fazer. É fundamental que cada um de vocês, onde quer que estejam, busquem junto às autoridades locais as alternativas e os caminhos para que a comunicação também execute esse serviço (AUDI, 2012).

---

<sup>16</sup> Em 2012, Miriam Santos exercia o cargo de coordenadora de Aleitamento Materno e Bancos de Leite Humano da SES-DF e permanece até a data de conclusão deste estudo (2016).

### **5.2.2 As campanhas oficiais do Ministério da Saúde em prol da doação de leite humano**

A primeira comemoração pelo Dia Nacional de Doação de Leite Humano ocorreu em 1º de outubro de 2004. A data foi instituída pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.893, de 2 de outubro de 2003, Art. 1. Com a lei nº 13.227<sup>17</sup>, de 28 de dezembro de 2015, a celebração passou a ser no dia 19 de maio, e a Semana Nacional de Doação de Leite Humano, a ser comemorada todos os anos, na semana que incluir a mesma data (RBLH-BR, 2015).

Nesse período, o Ministério da Saúde é o responsável por produzir e distribuir material de divulgação, que conta geralmente com cartazes e folderes, para os serviços de saúde dos diferentes estados e municípios brasileiros. Também são realizadas ações e estratégias de comunicação locais pelos profissionais que atuam nos BLHs, como, por exemplo, a promoção de eventos sobre a temática, sejam eles científicos ou comemorativos.

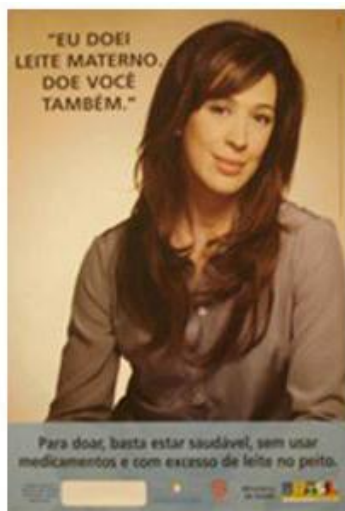
As campanhas lançadas pelo Ministério da Saúde ocorrem por intermédio da rBLH-BR e são permeadas de sentidos e intencionalidades para conscientizar a sociedade sobre a importância da doação de leite humano. Neste sentido, uma análise aprofundada das campanhas e dos discursos presentes não contempla os objetivos deste estudo.

Portanto, como pretendemos conhecer as práticas de comunicação dos BLHs do DF ao longo de sua história, a apresentação de um panorama das campanhas do Ministério da Saúde, a fim de contextualizar o cenário da doação de leite humano em âmbito nacional, fez-se necessária.

---

<sup>17</sup> A lei nº 13.227 institui o Dia Nacional de Doação de Leite Humano e a Semana Nacional de Doação de Leite Humano a serem comemorados anualmente.

Figura 27: Campanhas oficiais do Ministério da Saúde (2004 a 2015)



Cartaz 2004



Cartaz 2005



Cartaz 2006



Cartaz 2007



Cartaz 2008



Cartaz 2009



Cartaz 2010



Cartaz 2011



Cartaz 2012



Cartaz 2013



Cartaz 2014



Cartaz 2015

Fonte: Ministério da Saúde, rBLH-BR (2015)

A primeira campanha do Ministério da Saúde foi lançada em 2004, tendo como protagonista a atriz Cláudia Raia, cujo slogan foi "Eu doei leite materno. Doe você também". Além da foto da “madrinha” e do slogan, a peça publicitária expõe a seguinte mensagem: “Para doar, basta estar saudável, sem usar medicamentos e com excesso de leite no peito”.

No Brasil, a cada ano, o Ministério da Saúde conta com o apoio para a campanha de doação de leite humano de uma personalidade da televisão, seguindo, em muitas delas, o modelo preconizado pelas campanhas da SMAM<sup>18</sup>. Cabe destacar que os cartazes e folderes foram produzidos pelas agências de publicidade que atendem a conta do Ministério da Saúde.

Em 2005, o ator Rodrigo Faro e sua mulher, Vera Viel, apadrinharam a campanha de doação de leite humano, que teve a participação da filha de três meses do casal sendo amamentada. A ação teve como slogan “Doe leite materno. Toda mãe faz tudo por um bebê”. Nessa peça publicitária, podemos observar a figura do frasco de armazenamento de leite humano para a doação, pela primeira vez, em uma campanha pelo Dia Nacional de Doação de Leite Humano. A peça também conta com a figura do “pai presente” nos atos de amamentar e doar leite humano.

A partir de 2006, o frasco de armazenamento de leite humano e a presença do bebê ganharam destaque nas campanhas do Ministério da Saúde. As protagonistas foram a atriz e humorista Heloísa Périssé e sua filha Antônia. Com o frasco de leite humano em primeiro plano, teve como slogan “Doe leite materno: o seu leite pode ajudar a salvar a vida de um recém-nascido”.

Em 2007, a campanha contou com uma nova abordagem, trazendo para o centro da cena a mãe que amamenta e doa leite humano. Com o slogan “Para você é leite, para a criança é vida. Doe leite, a vida agradece”, a protagonista foi a doadora Vanessa Macedo Mota, mãe de Miguel, que aparece em três imagens: a primeira com destaque para a amamentação, a segunda, sendo realizada a ordenha manual para a retirada do leite excedente após a mamada, e por último, o leite sendo armazenado no frasco de vidro, com os procedimentos necessários de higiene, coleta e armazenamento.

Em 2008, o Ministério da Saúde retorna ao conceito da “madrinha conhecida” em âmbito nacional, trazendo a atriz Camila Pitanga. A atriz aparece em duas cenas: a primeira amamentando sua filha Antônia e a segunda após ter amamentado, apresentando o frasco de vidro com o leite armazenado. O slogan permaneceu o mesmo do ano anterior: “Para você é leite, para a criança é vida. Doe leite, a vida agradece”.

A campanha de 2009 seguiu a mesma lógica de composição de 2008, ao convidar a atriz Samara Felippo e sua filha sendo amamentada, e o mesmo slogan utilizado nos dois anos anteriores. O frasco de vidro com o leite humano armazenado aparece em primeiro plano, indicando a amamentação e a doação como atos complementares e indissociáveis.

---

<sup>18</sup> A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) criou a “campanha da madrinha SMAM” em 1999, que foi também adotada na maior parte das campanhas de doação de leite humano do país.



Em 2010, o Ministério da Saúde convidou a jogadora de vôlei de praia Renata Trevisan Ribeiro para protagonizar a peça publicitária, que foi composta pela figura da “madrinha” segurando um frasco de vidro com o leite doado e inclui a presença do seu filho.

No ano seguinte, em 2011, o foco da campanha de doação de leite humano permaneceu o mesmo dos anos anteriores, contando com a presença da apresentadora de televisão Luciana Gimenez, do seu filho e do frasco de vidro com o leite doado. O slogan “Para você é leite. Para a criança é vida. Doe leite materno” também seguiu o modelo dos anos anteriores.

Em 2012, observa-se mudança na forma de apresentação do conceito das peças publicitárias. O frasco de vidro com o leite humano doado sai do centro da cena e passa a compor as assinaturas das peças, o que também ocorre nos anos seguintes até a data de conclusão deste estudo.

A “madrinha” permanece em cena, mas surge a figura de duas crianças que, na verdade, são as verdadeiras protagonistas da ação: o filho que foi amamentado e que compartilhou o excedente do leite de sua mãe e a menina que foi receptora do leite materno enquanto recém-nascida. O cenário retrata o universo infantil, abordando a saúde das crianças e não a patologia.

Além das duas crianças, a campanha teve como protagonista a atriz e humorista Maria Paula, que recebeu, em 2012, o título de “Embaixadora da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano”, devido ao seu envolvimento e dedicação à amamentação e à doação de leite humano. A mudança também ocorreu no slogan “Doe leite materno, a vida agradece” e “Para você é leite, para a criança é vida”, que deram lugares a outras mensagens menos verticalizadas e moduladoras de comportamento. A mensagem dessa ação foi “Doar leite materno é multiplicar vida com esperança”.

Em 2013, o Ministério nomeou dois “padrinhos” para a campanha de doação de leite humano. A peça publicitária enfoca o encontro entre o produtor musical João Marcelo Bôscoli, filho da cantora Elis Regina, e Ilza Pereira da Silva, que foi doadora de leite humano na década de 1960, período em que Bôscoli precisou de leite humano doado para ser alimentado. A ação contou com o slogan “Doe leite materno e ajude a mudar o futuro de muitas crianças”.

Em 2014, a campanha nacional teve como slogan “Quando você doa leite materno, doa vida para o bebê e força para a mãe”. A peça publicitária enfatiza que o leite doado salva vidas de recém-nascidos prematuros que, por alguma razão, não podem ser amamentados pela própria mãe.

A campanha contou com a presença de duas “madrinhas”: mãe doadora e mãe receptora de leite humano. As protagonistas foram Andréa Santa Rosa, casada com ator Márcio Garcia, e Rany Souza. Vale ressaltar que a doadora Andréa também precisou de doação de leite humano quando o seu último filho, João, nasceu prematuro. Pela primeira vez, o receptor de leite humano deixa de ser invisível ao público e sua imagem passa a ser contemplada.

Em 2015, as celebridades deixam de ser foco da campanha para dar destaque ao receptor de leite humano, que se torna o único protagonista. A campanha teve como slogan "Seja doadora de leite materno e faça a diferença na vida de muitas crianças", fazendo menção à futura profissão da recém-nascida Camila e acompanha o seguinte texto: “Camila, prematura de 7 meses e futura cantora”. Essa ação marca as comemorações dos 30 anos de êxito de políticas públicas em defesa dos bebês recém-nascidos e prematuros do país.

Além da produção de folderes e cartazes, foi produzido o vídeo “A história de Lucas” para divulgação por meio das redes sociais – Facebook, Twitter e Youtube, sobre a história de Lucas. O vídeo retrata a vida de uma criança que depende do leite doado para sobreviver.

*Olá, meu nome é Lucas e eu vou contar a minha história para vocês. Eu sempre tive um sonho, me aventurar e conhecer o mundo. Quis desvendar os mistérios da terra, navegar em alto mar, ganhar o céu. Era tanta vontade de fazer tanta coisa, que eu nem sabia por onde começar. Foi quando eu descobri que antes de tudo, eu ainda tinha um grande desafio pela frente: eu precisava nascer. Não dava para realizar meus sonhos preso na barriga da minha mãe. Eu queria começar a aventura da vida o quanto antes. Forcei tanto que consegui. O problema é que fiz isso cedo demais. Não estava pronto e outra vez fiquei preso. Eu era menor do que imaginava. Como ia conseguir realizar os meus sonhos daquele jeito? Fui perdendo as esperanças. Foi quando descobri que tinha uma coisa que podia me ajudar muito: leite materno. Mas a minha mãe ainda não podia me dar. E com a doação de outras mulheres eu poderia ser salvo. E foi assim, com a ajuda delas, que eu consegui vencer e ganhar forças para a aventura da vida. Inclusive essa aventura não pode parar. Precisa ser aproveitada a cada segundo. E você também pode fazer a sua doação compartilhando essa postagem. É o Governo Federal trabalhando para o Brasil avançar. Ministério da Saúde, Governo Federal.*

Figura 28: Vídeo “A história de Lucas” para divulgação nas redes sociais



Fonte: Ministério da Saúde (2015)

### 5.2.3 As campanhas de incentivo à doação de leite humano no Distrito Federal

Mesmo com as campanhas oficiais realizadas em âmbito nacional a partir de 2004, torna-se notório que o processo de doação de leite humano se configura em um tema ainda desconhecido por grande parte da população brasileira. Ao localizarmos todas as campanhas pelo Dia Nacional de Doação de Leite Humano, apresentadas no subcapítulo anterior, tornou-se evidente o quanto a temática ainda precisa ser trabalhada e planejada, para que as mulheres não cheguem aos serviços de saúde sem ao menos conhecer sobre a importância da doação do seu excedente de leite humano.

As campanhas produzidas pelo Ministério da Saúde abordam o tema sem considerar os diferentes contextos existentes, fundamentais para a produção, circulação e apropriação das mensagens pelos receptores. A preocupação com a circulação dos sentidos sociais, por meio das campanhas, somente pode ser identificado na ação de 2015, cuja estratégia foi produzir um vídeo para circular nas redes sociais.

Ao considerarmos que a constante captação de doadoras de leite humano é fundamental para que a rBLH-DF mantenha sua posição de autossuficiência em leite humano e entender qual o lugar da comunicação no processo de construção dessa autossuficiência, buscamos, neste estudo, conhecer as práticas de comunicação dos BLHs do DF ao longo de sua história. Além de artifícios de comunicação e de mobilização social para dar visibilidade ao trabalho dessa rede, realizadas pelos profissionais atuantes nos 15 BLHs do DF, observamos ações publicitárias dirigidas especificamente à população do DF.

Essa iniciativa é fruto de uma parceria da rBLH-DF com a SES-DF que, desde 2009, vem apresentando estratégias locais de sensibilização da sociedade para a doação de leite humano. Além da confecção de folderes e cartazes, o DF inova por seu pioneirismo na produção de ações que envolvem peças publicitárias para os meios de comunicação, preocupando-se também com a apropriação e circulação dos sentidos sociais para a mídia local. De 2009 a 2015, foram produzidas quatro estratégias de comunicação, todas contemplando cartazes, banners, folderes, *spots* para rádio e vídeos para televisão.

Podemos verificar que essas formas de se comunicar levaram em conta os contextos específicos da região do DF, tratando-se de uma iniciativa de conscientizar a população para a importância do ato. Os discursos presentes nas ações de doação de leite humano foram constituídos no contexto social, carregados de valores e ideologias da sociedade em questão, e apresentaram marcas regionais e culturais.

Dessa forma, é possível constatar que a rBLH-DF tem procurado se articular no sentido de romper com a perspectiva de transferência linear de mensagens, de um polo emissor, detentor do conhecimento, para um polo receptor, que nada tem a dizer a respeito do assunto.

Torna-se evidente que a rBLH-DF trilha um caminho de planejamento de comunicação diferenciado do restante do país, atuando na perspectiva da produção e circulação do conhecimento sobre o tema. Segundo dados da SES-DF (2014), para alcançar a autossuficiência em leite humano, esse território brasileiro necessita coletar 1,5 mil litros por mês, para atender cerca de 150 bebês internados em UTI Neonatais e para alimentá-los exclusivamente com leite humano<sup>19</sup>.

A primeira campanha lançada pelo DF aconteceu em 2009 e apresentou uma característica peculiar em comparação às demais realizadas por outros estados e pelo próprio Ministério da Saúde. Além da produção de *spot* para rádio, cartaz e banner, os anos de 2009 e 2010 contaram com peças publicitárias para os meios de transporte. Foram confeccionados adesivos para carros e ônibus, com a finalidade de levar uma comunicação integrada e inclusiva, capaz de ampliar o acesso à informação para as pessoas que circulam nas ruas, não se restringindo à população que frequenta os serviços de saúde.

Nesse sentido, percebemos que a rBLH-DF se mobiliza para trabalhar o tema “Doação de Leite Humano”, mediante a realização de estratégias de comunicação que vão além do modelo clássico do Ministério da Saúde, que prioriza a produção de cartazes e folderes para distribuição nos serviços de saúde de todo o país. Assim sendo, a partir do levantamento das peças publicitárias dirigidas à população do DF, observa-se que a forma de se comunicar com a população rompe com a lógica do modelo informacional da comunicação, colocando-se como intermediador do processo.

A seguir, destacaremos as quatro campanhas realizadas pela rBLH-DF, com o apoio da SES-DF. Entretanto, ressaltamos que este estudo não tem como objetivo analisar os discursos e os efeitos de cada campanha na população do DF, mas conhecer a forma como elas se apresentaram ao longo da trajetória de construção da rBLH-DF.

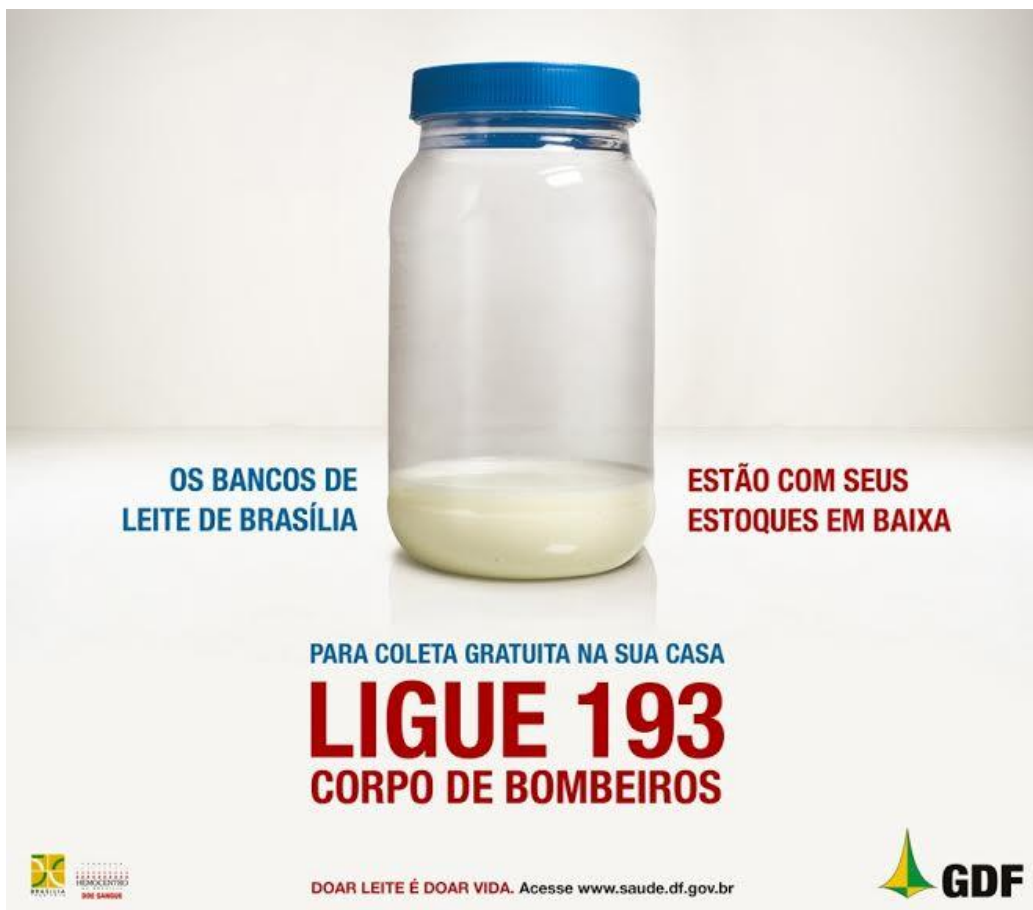
A figura 29 se refere ao banner produzido para circulação nos anos de 2009 e 2010 e indica o apoio para a coleta domiciliar realizada pelos militares do CBMDF. Já a figura 30 faz

---

<sup>19</sup> Dados fornecidos pela a coordenadora do Programa de Aleitamento Materno e dos Bancos de Leite Humano da Secretaria de Estado de Saúde, Miriam Santos (2016).

parte da mesma ação, mas se direciona às pessoas que circulam nas ruas, sendo uma peça criada para os meios de transporte, em formato de adesivo para carros e ônibus. Portanto, podemos observar que o DF inova, em relação aos outros estados brasileiros, na forma de se comunicar com a população, não se limitando à distribuição de materiais informativos apenas aos usuários dos serviços de saúde.

**Figura 29: Campanha de Doação de Leite Humano no DF 2009/2010 - cartaz**



Fonte: SES-DF (2009)

Figura 30: Campanha de Doação de Leite Humano no DF 2009/2010 - adesivo para os meios de transporte



Fonte: SES-DF (2009)

Em 2009 e 2010, também foram produzidos *spot* para rádio e vídeo para veiculação em televisão. No último caso, é possível observar o frasco de vidro com o leite humano doado enchendo de leite humano, enquanto o seguinte texto é proferido:

*Dizem que quem não chora não mama. Então resolvemos fazer esse apelo a você que é mãe e possui excesso de leite. Os bancos de leite de Brasília estão com seus estoques em baixa. Doe leite materno e ajude a salvar vidas. As doações podem ser feitas nos bancos de leite ou você pode pedir para o Corpo de Bombeiros buscar na sua casa, ligando grátis para o número 193. Não custa nada. Doar leite é doar vida. GDF: um novo tempo.*

Em 2011 e 2012, a SES-DF lançou um folder para distribuição nos BLHs do DF, com instruções de como doar, indicações sobre como se tornar doadora, as técnicas de doação, como esterilizar o frasco para a doação do leite coletado e os contatos para a coleta domiciliar na região do DF (Ligue 193). Além disso, foram feitos *spot* para rádio e vídeo para veiculação na televisão.

*O bebê precisa do aleitamento materno para se desenvolver. Quando você faz uma doação ao banco de leite, você está doando saúde, felicidade e carinho para muitas crianças. A prioridade são os bebês internados. Não custa nada doar e salvar vidas. Vá a um banco de leite ou ligue 193 para a coleta em sua casa. Doe leite materno e alimente a vida de muitas crianças. GDF: juntos por um novo DF. (Vídeo, 2011, 2012)*

*O aleitamento materno é muito importante para o bebê. Quando você faz uma doação ao banco de leite, você está doando saúde, felicidade e carinho para muitas crianças. A prioridade são os bebês internados. Não custa nada doar e salvar vidas. Vá a um banco de leite ou ligue 193 para a coleta em sua casa. Doe leite materno e alimente a vida de muitas crianças. Secretaria de Saúde - GDF: juntos por um novo DF. (Spot, 2011, 2012)*

Essas ações retratam um esforço da rBLH-DF, em parceria com a SES-DF, em inserir novos elementos para intermediar a comunicação com a população. O frasco de armazenamento do leite humano ganha vida e voz. Cabe salientar que a figura da mãe, dita como “perfeita”, capaz de amamentar e doar leite humano, não faz parte das peças publicitárias específicas para o DF.

**Figura 31: Campanha de Doação de Leite Humano no DF 2011/2012 – cartaz**



Fonte: SES-DF (2011)



Figura 32: Campanha de Doação de Leite Humano no DF 2011/2012 – folder

A amamentação tem importância vital no desenvolvimento das crianças. Quando você faz uma doação ao banco de leite, está dando saúde, felicidade e carinho para muitas crianças. A paciência das mães e bebês internados. Não custa nada doar e salvar vidas. Os bancos de leite do DF asseguram o fornecimento de leite materno de qualidade às crianças.

Se você deseja doar leite, precisa de orientação sobre amamentação ou tem problemas nas mamas, procure o banco de leite ou posto de coleta mais perto de sua casa.

HLAJ H78-Faixas Armadas	3690-2250
HLAJ H78H-Sua Voz	3235-4207
HLAJ H78AS-Sua Saúde	3445-7297
HLAJ H78Z-Braziliândia	3479-0643
HLAJ H78C-Cellândia	3278-0652
HLAJ H78G-Sama	3284-0237
HLAJ H78P-Planaltina	3284-0794
HLAJ H78PA-Paraná	3264-0980
HLAJ H78S-Subsídulo	3287-3993
HLAJ H78M-Santa Maria	3282-4287
HLAJ H78Y-Yagoá	3252-0200
HLAJ H78U-Universidade de Brasília	3449-5201
P. de Coleta de São Sebastião	3238-1125
P. de Coleta H78AN-Sambaíba	3458-8811

PROCURE OS BANCOS DE LEITE OU  
**LIGUE 193**  
PARA COLETA EM SUA CASA

Secretaria de Saúde  
**GDF**  
GOV. DO DISTRITO FEDERAL

**Doe leite materno e alimente a vida de muitas crianças.**

Fonte: SES-DF (2011)

Segundo o coordenador da Ascom da SES-DF, Leonardo Ribbeiro, as campanhas de incentivo para a doação de leite humano específicas para o DF buscam mexer com o emocional e sensibilizar as pessoas. “Às vezes, mesmo o marido ou o cunhado, o homem, acaba ficando mais sensível e, quem sabe, até estimulando a mulher a doar leite diante de uma campanha como essa. Ela não mexe só com a mulher, ela mexe com a sociedade como um todo” (RIBBEIRO, 2012).

Em 2013 e 2014, a peça publicitária permanece com o frasco de vidro como elemento principal, apresenta o contato de como doar (Ligue 160 - opção 4), e traz como slogan “Doe leite materno! Uma ligação pode salvar vidas”.

Figura 33: Campanha de doação de leite humano no DF 2013/2014 – cartaz

**Doe leite materno!**  
**Uma ligação pode salvar vidas.**

Ligue **160** opção 4

Fonte: SES-DF (2013)

Nesses anos, a campanha veiculada em televisão introduziu novos elementos para levar a comunicação à população. Dessa forma, traz o lúdico e retrata os bebês saudáveis brincando, sem abordar a perspectiva da doença, expondo o bebê prematuro de baixo peso. O fundo musical infantil, bastante conhecido pela geração atual de mães, ganhou nova letra, conforme apresentamos a seguir.

*Um, dois, três bebezinhos. Quatro, cinco, seis bebezinhos. Sete, oito, nove, bebezinhos. 10 e o mesmo pote. Um potinho de leite materno ajuda até 10 recém-nascidos crescerem fortes e saudáveis. Por isso, se você está amamentando, seja uma doadora. Ligue 160, opção 4, para o bombeiro coletar em sua casa. 10 e o mesmo pote”. Governo do Distrito Federal. (Vídeo, 2013, 2014)*

A peça publicitária produzida em 2015 contou com uma concepção inovadora. O frasco de armazenamento do leite humano deu lugar aos bebês que precisam do leite humano para conseguir lutar pela vida e conquistar seus sonhos, como ter uma profissão.

**Figura 34: Campanha de Doação de Leite Humano no DF 2015 – folder**

ELA QUER SER BAILARINA QUANDO CRESCER. MAS, ANTES DISSO, ELA SÓ QUER CRESCER.

Doe leite materno. Doe o melhor de você e faça a vida acontecer.

LIGUE 160, OPÇÃO 4 E AGENDE SUA COLETA

Quem é mãe sabe a importância da amamentação para todos os bebês. O leite materno é o alimento mais completo para os bebezinhos, ajuda a reduzir a mortalidade infantil e é fundamental para o desenvolvimento nos primeiros meses. Cada litro doado pode salvar a vida de até 10 recém-nascidos. Doe leite materno e ajude o futuro de muitas crianças acontecer.

**Siga as instruções de coleta, armazenamento e entrega:**

- É importante tirar o leite em um lugar limpo e tranquilo da casa;
- Use um pote de vidro com tampa plástica;
- Ferva o pote por 15 minutos e deixe secar sobre um pano limpo;
- Use uma touca ou um lenço na cabeça;
- Coloque uma máscara ou amarre uma fralda sobre o nariz e a boca;
- Lave as mãos e os braços até o cotovelo com bastante água e sabão;
- Lave as mamas apenas com água;
- Seque as mamas e as mãos com pano limpo;
- Massageie as mamas com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares e inicie a coleta no pote;
- Guarde no congelador. Encha até faltar 2 dedos para completar e comece encher outro pote de vidro;
- Identifique com o seu nome e a data que você retirou pela primeira vez o leite;
- O leite para doação pode ficar até 10 dias no congelador ou no freezer. Ligue para o 160 e escolha a Opção 4;
- O corpo de bombeiros buscará a doação em sua casa.

Se precisar de ajuda para amamentar, procure o Banco de Leite na maternidade pública mais próxima de sua casa.

Acesse [www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br) e saiba mais.




**Fonte: SES-DF (2015)**

Figura 35: Campanha de Doação de Leite Humano no DF 2015 - cartaz



Fonte: SES-DF (2015)

*Ela quer ser médica quando crescer, mas antes disso acontecer, ela só quer crescer. Doe leite materno. Quem é mãe sabe a importância da amamentação para todos os bebês. Cada litro doado, pode salvar a vida de até 10 recém-nascidos. Doe leite materno. Doe o melhor de você e faça a vida acontecer. Ligue 160, opção 4, e agende sua coleta. Governo de Brasília. (Spot, 2015).*

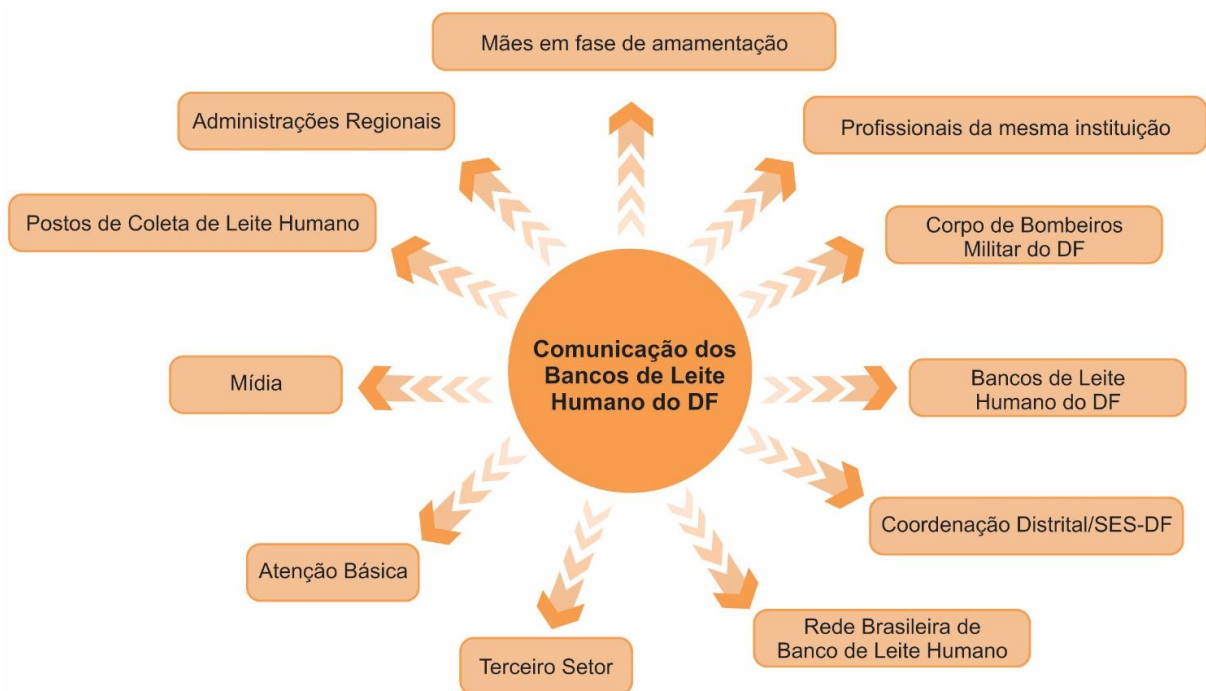
### 5.3 Um perfil dos principais demarcadores das práticas de comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal

Então, sempre que podemos, nós estamos divulgando o nosso Banco de Leite. O que foi de importante nisso? É visível a melhora dos bebês na UTI Neonatal (AGUIAR, 2012).

O depoimento da entrevistada do BLH-Hospital Santa Luzia (AGUIAR, 2012) evidencia a importância da comunicação no cenário da rBLH-DF. Com o intuito de nortear a apresentação das conferências proferidas no Seminário “Compreendendo e Construindo a Autossuficiência em Leite Humano de Brasília”, realizado em 25 de outubro de 2012, em Brasília, um dos assuntos sugeridos pela Coordenação da rBLH-BR foi “Estratégias de Comunicação Social da rBLH-DF e das campanhas do Dia Nacional Doação de Leite Humano”, fato que contribuiu para a identificação de elementos para a construção deste subcapítulo.

Nesse contexto, após a transcrição na íntegra das falas dos entrevistados e leitura do material gerado, todas foram submetidas à análise de conteúdo, na modalidade temática. Essa análise nos permitiu reunir os temas a partir da identificação de 11 grupos temáticos, representados na figura 36, que retratam as práticas de comunicação que foram estabelecidas na rBLH-DF até o período da investigação.

**Figura 36: Grupos temáticos que retratam as práticas de comunicação estabelecidas na rBLH-DF**

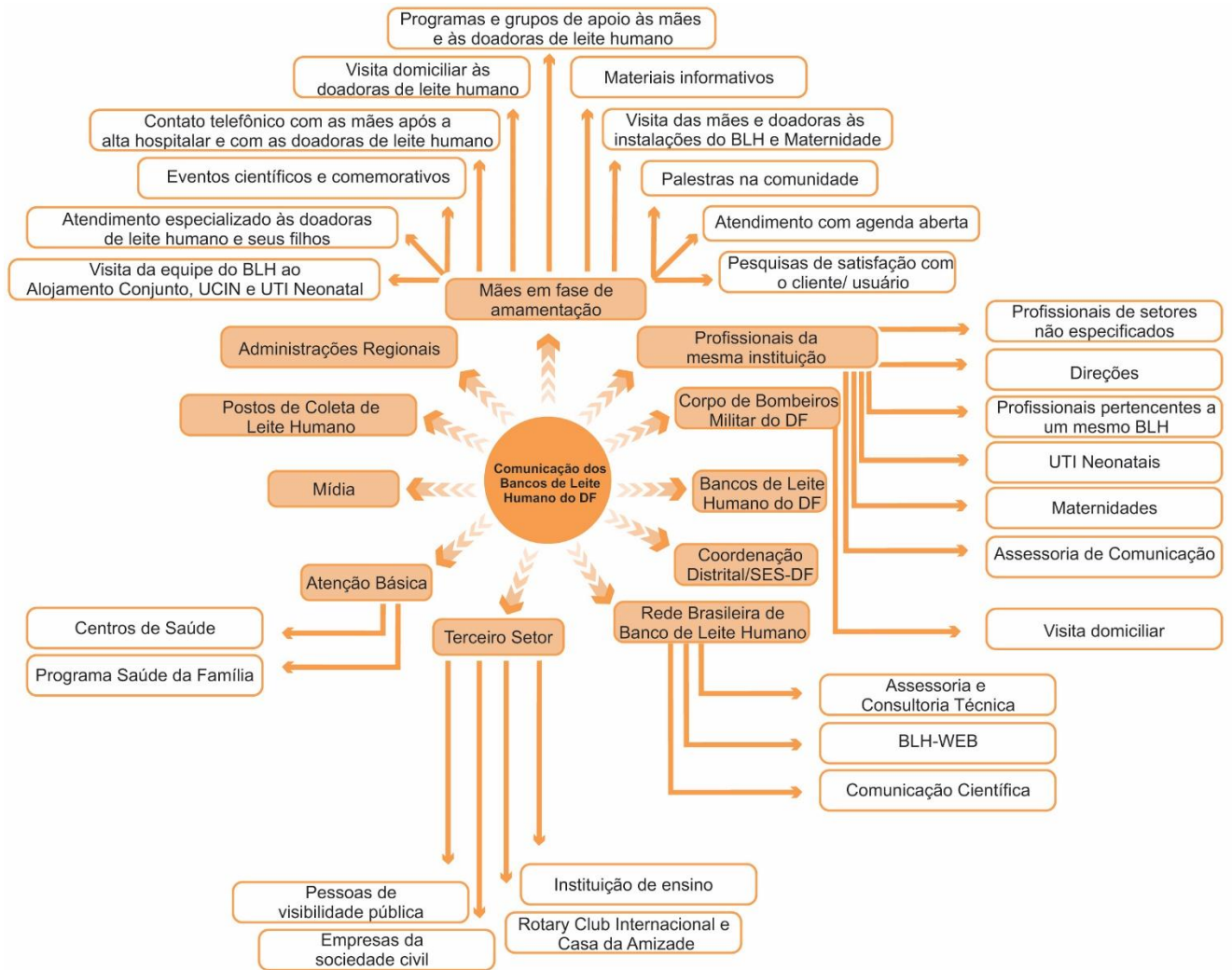


Fonte: Elaborado pela própria autora. Arte: Fernanda Canalonga (Design Gráfico)

Tendo em vista que os sentidos se constroem a cada situação de comunicação, a análise das falas dos entrevistados sugeriu agrupá-las em dois elementos relacionados às práticas de comunicação, sendo eles: “Alcances da prática de comunicação para a autossuficiência em leite humano” e “Limites da prática de comunicação para a autossuficiência em leite humano”.

Cabe salientar que, ao construir o Mapa da Comunicação da rBLH-DF, foi possível conhecer, além dos 11 grupos temáticos, suas respectivas práticas de comunicação, conforme apresentamos na figura 37.

**Figura 37: Mapa da Comunicação da rBLH-DF**



**Fonte:** Elaborado pela própria autora. **Arte:** Fernanda Canalonga (Design Gráfico)

### **5.3.1 Grupo 1: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as mães em fase de amamentação**

O grupo 1 se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as mães em fase de amamentação”. Esse grupo engloba um conjunto de práticas comunicacionais, que foram assim estabelecidas: Visita da equipe do BLH ao Alojamento Conjunto, UCIN e UTI Neonatal; Atendimento especializado às doadoras de leite humano e seus filhos; Eventos científicos e comemorativos; Contato telefônico com as mães após a alta hospitalar e com as doadoras de leite humano; Visita domiciliar às doadoras de leite humano; Programas e grupos de apoio às mães e às doadoras de leite humano; Materiais informativos; Visita das mães e doadoras às instalações do BLH e Maternidade; Palestras na comunidade; Atendimento com agenda aberta; e Pesquisas de satisfação com o cliente/ usuário.

100% dos entrevistados mencionaram realizar práticas de comunicação com as mães em fase de amamentação, relacionando-as aos fatores que permitiram aos BLHs do DF a conquistar situação de autossuficiência em leite humano.

Observamos aspectos relacionados à universalidade, equidade e integralidade, princípios doutrinários do SUS que indicam, na Comunicação e Saúde, o direito à comunicação e o acesso aos meios, aos canais e espaços de fala e escuta, e medidas mais equânimes no cuidado às mães em fase de amamentação, considerando-as como um todo e atendendo as suas distintas necessidades. Os três princípios organizativos do SUS – descentralização, hierarquização e participação social – também foram identificados nas ações dos BLHs do DF.

### **5.3.1.1 Grupo 1: Visita da equipe do BLH ao Alojamento Conjunto, UCIN e UTI Neonatal**

A realização de visitas às mães e aos recém-nascidos internados no Alojamento Conjunto, UCIN e UTI Neonatal foi uma prática de comunicação referida por 100% dos entrevistados. De acordo com os depoimentos analisados, essa prática contemplou não apenas a dimensão biológica do ato de amamentar, mas abrangeu também aspectos psicológicos, sociais e culturais.

Segundo a entrevistada do BLH-HRT, as visitas ao Alojamento Conjunto fizeram parte da rotina dos profissionais do BLH desde a sua inauguração, com foco na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, o que permitiu o fortalecimento de ações de incentivo à doação de leite humano.

A qualificação do apoio, incentivo e a promoção do aleitamento materno, fazendo orientações às puérperas no Alojamento Conjunto, orientações para gestantes, começou a acontecer em mil novecentos e noventa e três, mil novecentos e noventa e quatro. Isso fortaleceu as campanhas de incentivo às doações de leite materno e ajudando a aumentar o número da coleta no nosso banco (SATO, 2012).

A presença da equipe do BLH no Alojamento Conjunto e na UTI Neonatal foi relatada pelas entrevistadas dos BLHs dos seguintes hospitais do DF: HRBz, HRS, HRG, Hospital Santa Lúcia, Hospital Anchieta, HRSM e HRPa.

A captação de doadora, que era feita na Maternidade, através da visita diária (MONTEIRO, 2012).

Na verdade, como é que nós fazemos a captação das nossas doadoras? Através do Alojamento Conjunto (BRITO, 2012).

Na UTI, também vamos para fazer a extração manual do leite e outros setores, como CO também e outros (DUARTE, 2012).

(...) nós fazemos visitas diárias no Alojamento Conjunto (QUEIROGA, 2012).

É feito também nos dias de segunda, quarta e sexta as visitas, de manhã e de tarde, no Alcon, das mães puérperas e das mães parturientes (DAMASCENO, 2012).

(...) em março, começou os primeiros atendimentos no Setor de Maternidade, onde resultou na captação das primeiras doadoras. (...) Também era difícil a questão de captação de doadoras e, hoje, veio a superação com o trabalho na Maternidade (COSTA, 2012).

Nós fazemos uma captação ostensiva de doadoras no Alcon (MEDEIROS, 2012).

As estratégias para a captação de doadoras de leite humano com as mães internadas nos hospitais apresentaram mudanças ao longo da trajetória dos BLHs do DF. As entrevistadas dos BLHs dos hospitais HMIB, HRC e HRAN relataram que, no período da inauguração, as visitas às mães internadas na Maternidade e às acompanhantes dos bebês localizados nas UTI Neonatais já aconteciam, mas eram direcionadas apenas para a coleta do leite humano.

(...) elas relatavam que coletavam com bombinha elétrica na Maternidade e iam passando nos leitos de cinco mães, uma atrás da outra, até encher aquele frasquinho. Então, fazia-se aquele tour, enchiam o frasquinho e já iam direto lá para o outro bebezinho que estava precisando e sem controle de qualidade. Isso eu acho que é a realidade de muitos de vocês aqui (SCHIMIN, 2012).

(...) eu tive essa prática de recrutar a mãe naquele momento. ‘E vamos lá, tira um pouquinho de leite para o bebê da UTI’. Era essa a nossa prática. (...) já tirava e eu passava pela sonda daquele prematurinho. As pessoas mais jovens ficam pasmas de ouvir. ‘Meu Deus!’ Mas era essa a nossa prática. A ciência evolui, ela tem todo um ciclo, então, a história é a história. Então, surge no Banco de Ceilândia a necessidade de montar uma salinha de coleta que era dentro do Berçário, onde essas mães eram recrutadas, tiravam o seu leite in natura, sem nenhum exame clínico de saúde e já passávamos para esse bebê (GOMES, 2012).

Nessa época, assim como a história dos outros Bancos de Leite, o leite era retirado com os cuidados higiênicos que a enfermeira Neli sempre teve. Ela treinava toda a equipe do Berçário, colocava todo mundo para ver quais eram as mães que tinham bastante leite, que poderiam ser doadoras, e faziam a captação dessas mães (BRASILEIRO, 2012).

A lógica de trabalho dos BLHs do DF, até 1985, seguia o modelo adotado pela primeira fase dos BLHs, que tinha como principal objetivo coletar e distribuir leite humano para atender os casos considerados especiais, como prematuridade, perturbações nutricionais e alergias.

Almeida (1999) ressalta que nessa fase, os BLHs não visavam promover a amamentação, mas, simplesmente, o fornecimento de leite humano, tendo como propósito funcionar como “pronto-socorro dietético”, voltado para atender as necessidades em que as fórmulas lácticas não apresentavam respostas adequadas (ALMEIDA, 1999).

As falas das entrevistadas dos BLHs dos hospitais HRP, HMIB, Hospital Santa Lúcia, HFA, Hospital Santa Luzia e HRPa retratam os diferentes momentos em que a visão dos profissionais atuantes nos BLHs do DF passou a não ser apenas na doação de leite humano, e sim, um olhar para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Almeida (1999)



considera que a segunda fase dos BLHs passou a ocorrer a partir de 1985, com a constituição de um novo paradigma, que trabalha a amamentação como um híbrido natureza-cultura.

Os depoimentos deixaram claro o esforço para romper com o paradigma anterior e o trabalho dos BLHs do DF passou a ser conduzido no sentido de se tornar unidade de serviço de saúde. Essas mudanças podem ser verificadas nos discursos de alguns entrevistados, que passaram a fornecer orientações, inclusive para a ordenha do próprio leite para o filho, fato que favoreceu a autossuficiência em leite humano nos hospitais mencionados, conforme podemos conferir nas falas a seguir.

Essa proporção entre mãe-nutriz e leite de UCIN traz um privilégio para as nossas usuárias, que podem ofertar o leite ordenhado e fresco, o seu próprio leite, para o seu bebê. Então, elas têm essa oportunidade. E o Banco de Leite funciona como o grande apoiador desse processo (MALLOSTO, 2012).

Então, normalmente, a gente tem que consumir, em média, dez litros de leite pasteurizado dia para conseguir esse volume. Primeiro, a gente tem que incentivar aquelas mães dos bebezinhos que estão internados para dar o seu próprio leite para o bebê, para tentar diminuir um pouquinho esse volume, para que elas mesmas deem o leite para o bebê, além de ser, lógico, o melhor leite para aquele bebê (SCHIMIN, 2012).

A gente tem procurado incentivar o uso do leite ordenhado e evitar o desperdício do leite pasteurizado. Então, como essas mães não ficam internadas, a gente tem que estar estimulando que elas vão pelo menos a cada três ou quatro horários para fazer ordenha e para o bebê poder receber leite fresco nesse horário (QUEIROGA, 2012).

Antes disso, tinha uma unidade de coleta, onde as mães que tinham bebês internados eram orientadas a fazer ordenha e a oferecer esse leite para os seus bebês. (...) elas são incentivadas e a gente consegue que isso seja feito. Elas ordenham leite para os seus próprios filhos porque elas estão lá sempre (MOURA, 2012).

(...) a captação do Banco de Leite. Diariamente, nós passamos no Alojamento Conjunto, fazendo orientação dessas mães e já a orientação para a captação do leite, a divulgação e o incentivo à doação. E o incentivo ao aleitamento materno no Alcon, para que não fique apenas visível a captação do leite. Nós também fazemos grande investimento do aleitamento materno junto ao Alojamento Conjunto (AGUIAR, 2012).

Outra questão é o suporte às mães-nutriz no Alcon, que eu não classificaria como dificuldade decorrida, mas como meta a ser alcançada diariamente. Nós temos como prioridade a oferta de colostro da mãe para o seu próprio filho, tem uma sala com o mínimo de estrutura necessária, que nós denominamos 'sala da mãe-nutriz', no Alcon, que fica no mesmo corredor da Unidade Neonatal, para que essa mulher, então, consiga retirar o seu leite (MEDEIROS, 2012).

Nós oferecemos ajuda prática. Hoje, nós já temos leitos reservados para mães-nutrizes e elas permanecem também próximas ao filho, e isso é muito vantajoso. Em todos os aspectos, tanto para o bebê quanto para a mãe, mas, com isso, também a gente utiliza muito menos leite do banco e oferece leite padrão ouro para o bebê, que é o leite da própria mãe (MEDEIROS, 2012).

A realização de atendimentos individuais às mães em fase de amamentação, visando promover, proteger e apoiar o aleitamento materno e, conseqüentemente, captar novas doadoras de leite humano, foi mencionado pelos entrevistados dos BLHs dos hospitais HRP, HRS, HRG e Hospital Anchieta. Esse espaço de comunicação permitiu o estreitamento dos laços entre as mães em fase de amamentação e os profissionais de saúde, levando em conta as particularidades, esclarecendo dúvidas e minimizando as angústias provenientes do processo de amamentação.

A gente faz uma visita diária à Maternidade com atendimento individual. A gente continua com o ambulatório de prematuros (VIANA & MALLOSTO, 2012).

Nós fazemos hoje a coleta três vezes por semana, atendimento individual, que antes a gente era muito incipiente, muito preliminar, e aí, a partir desse momento, já era muito mais efetivo. (BRITO, 2012).

(...) nós fazíamos visitas às enfermarias, atendimento no próprio Banco de Leite Humano (DUARTE, 2012).

(...) fazem a triagem das doadoras, fazem as entrevistas individuais no Alojamento Conjunto (DAMASCENO, 2012).

Almeida (1999, p. 88) considera que, diante dessa nova perspectiva, “há de se operar um novo paradigma, capaz de ir além das possibilidades apresentadas pela matriz biológica – que se fundamenta na desconstrução do leite humano em favor da compreensão do significado social de seus constituintes”.

A partir desse momento, um novo olhar sobre a mulher começou a ser estabelecido, uma vez que não poderia continuar sendo vista somente como mãe-nutriz, considerada a única responsável pela saúde do bebê e culpada pelo desmame precoce. Dessa forma, a assistência às mães para o aleitamento materno, e não apenas para a doação de leite humano, foi localizada nas falas dos entrevistados.

Eu vou querer falar agora um pouquinho, principalmente, das estratégias que a gente tem procurado utilizar para aumentar a nossa captação de doadoras. Uma delas é a visita diária ao Alojamento Conjunto, onde ou eu ou uma das profissionais faz a visita e a gente, nessa visita, além do apoio e incentivo ao aleitamento materno, a gente já começa a observar aquelas mães que já têm

uma apoiadura, que já têm um certo volume de leite, que até a gente já está precisando intervir, orientando a massagem e a ordenha (MONTEIRO, 2012).

Uma característica de Brazlândia, que existe até hoje, é que nós, normalmente, a gente sempre coleta mais do que a nossa demanda. Por a gente ser um hospital em que a nossa unidade de cuidados intermediários consta de apenas de oito leitos, então, a gente consegue oferecer apenas leite humano pasteurizado para todos os nossos recém-nascidos da UTI e também conseguimos complementar alguma mãe que esteja no Alojamento Conjunto, que ainda não iniciou a apoiadura (MONTEIRO, 2012).

Visita às enfermarias e outros setores. Existem mulheres que estão no PAI, que é o Pronto Atendimento Infantil, e nós vamos lá para atendê-las, com alguma dificuldade na amamentação, algum filho (DUARTE, 2012).

(...) o trabalho no pré-natal, captação de futuras doadoras. O principal foco foi o incentivo e promoção do aleitamento materno para mães e familiares (LACERDA, 2012).

As atividades desenvolvidas atualmente são as de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, com visita diária ao Alcon (MEDEIROS, 2012).

Observou-se a presença de estratégias específicas para o próprio BLH, de acordo com o público e as necessidades de comunicação. Carimbar o cartão da criança e da gestante com os telefones do BLH para contato após a alta hospitalar e entregar cartilhas de informação do BLH foram mencionados pelos entrevistados dos BLHs do HMIB e Hospital Anchieta.

No HMIB, resumindo, nós captamos as doadoras, conforme o HRT falou também, na própria enfermaria, carimbando o cartão da criança com o nosso telefone ou o cartão da gestante. A gente faz um carimbinho (SCHIMIN, 2012).

As mães são orientadas durante a alta e recebem uma cartilha de informação com o telefone para contato, quando elas precisam vão ao hospital e utilizam as orientações das nossas técnicas e da equipe em uma sala de ordenha separada. A partir daí, passam a doar o leite que é recolhido (...) (DAMASCENO, 2012).

As ações para a coleta de vidros, em parceria com os pais dos recém-nascidos internados em UTI Neonatais do DF, foram relatadas pela entrevistada do BLH-Hospital Santa Lúcia.

(...) foram feitas campanhas com os pais, nós tivemos um pai de uma bebê que ficou lá muito tempo. Ele disse que nunca imaginou que um vidro com tampa de plástico fosse um problema e fosse uma coisa de tamanha importância para o leite. Então, ele fez campanhas e campanhas. Essa neném já deve estar com três anos e ainda hoje ele traz caixas e caixas de vidro do

Ministério Público, que é aonde ele trabalha. Então, eu acho que, às vezes, falta um pouco de divulgação da importância de todo o processo (QUEIROGA, 2012).

Em relação aos limites para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, 20% destacaram a resistência ao diálogo sobre a amamentação e/ou doação de leite humano com as mães internadas no Alojamento Conjunto ou acompanhantes de bebês na UTI Neonatal, sendo eles: BLH-Hospital Santa Lúcia, BLH-Hospital Santa Luzia e BLH-Hospital Anchieta.

Os depoimentos evidenciaram a estreita relação com equidade, princípio do SUS, que preconiza o respeito às diferenças. A prática de comunicação utilizada pelos demais hospitais pertencentes à rede pública de saúde não se apresentou da mesma forma quando desenvolvida no serviço privado, devido ao público assistido.

E nós temos também o estigma de que a rede pública precisa mais de doação do que a rede privada. Então, a gente luta também contra essa informação. Só para vocês terem uma ideia, não tem muito tempo, nós tínhamos uma mãe com o bebê internado na UTI que disse que estava doando leite para o HMIB porque ela achava que o HMIB, como é hospital público, precisa mais de doação do que o hospital privado. Então, a gente tem que estar constantemente informando que não é um produto comprado (QUEIROGA, 2012).

Nessa perspectiva, a fala da entrevistada do BLH-Hospital Santa Luzia esclarece que na rede privada também há recém-nascidos prematuros internados que necessitam do leite humano doado tanto quanto na rede pública e que os profissionais precisam recorrer a estratégias de convencimento para captar doadoras de leite humano.

A competição com a rede pública no convencimento da mãe para a doação. Aqui é um jogo, é uma luta de braço. A mãe chega no hospital, ela já tem na cabeça que vai doar para a rede pública porque lá tem mães carentes. Só que ela não sabe que nós do Banco de Leite da rede privada não temos excesso de leite. Na UTI Infantil, UTI Neonatal, nós temos bebês prematuros, filho de enfermeira, filho de médico, filho de professor. Então, a gente tem que ter um jogo de cintura para convencer essas mães a doar o leite aos Bancos de Leite (AGUIAR, 2012).

Outros fatores limitantes à comunicação com as mães em fase de amamentação dos hospitais privados, na perspectiva dos entrevistados, se devem a não permanência da mãe no ambiente hospitalar durante o período de internação do bebê e ao uso de instrumentos disponíveis no mercado para “facilitar” a amamentação, como bombas elétricas, conchas, entre outros.

O argumento das tecnologias para a amamentação, ele traz uma série de dificuldades, principalmente, na rede privada, porque tem ‘mãezinha’ que chega lá que não quer nem pegar em seio. E chegam lá com a bombinha, com a conchinha, com tudo que tem, e tem coisa que a gente até nem nunca viu que elas chegam dizendo que já é novo no mercado. Então, é importante sim a conscientização também da equipe de enfermagem (DAMASCENO, 2012).

Nós temos um fator de grande dificuldade porque nós não ficamos com essas mães internadas, então, elas vão para casa, elas muitas vezes esquecem que elas precisam estar estimulando suas mamas e tentando captar doadoras também. Então, a gente tem feito uma sensibilização tão logo esse bebê seja admitido. E o jornal, às vezes, o hospital consegue também junto ao Departamento de Comunicação publicidade em jornais escritos e no jornal interno do próprio hospital (QUEIROGA, 2012).

Vale ressaltar que para os bebês prematuros internados nas UTI Neonatais, o leite humano é um elemento vital, visto que seus componentes nutricionais não correspondem aos fornecidos por nenhum leite industrializado.

### 5.3.1.2 Grupo 1: Atendimento especializado às doadoras de leite humano e seus filhos

Oferecer atendimento especializado às doadoras de leite humano e seus filhos foi uma prática de comunicação citada por 67% dos entrevistados. No entanto, considerá-la como espaço de fala e escuta, que possibilitou a orientação sobre eventuais barreiras com a amamentação e, conseqüentemente, o alcance da autossuficiência em leite humano, foi mencionado por 60% dos entrevistados, sendo eles: BLH-HRT, BLH-HRP, BLH-HMIB, BLH-HRC, BLH-HRS, BLH-HRG, BLH-Hospital Santa Lúcia, BLH-HFA e BLH-HRPa.

A entrevistada do BLH-HMIB ressaltou a importância das consultas ambulatoriais ampliadas para as doadoras de leite humano e seus filhos, com a presença de um pediatra, e atribuindo o fato a uma evolução da assistência no HMIB.

A gente teve um novo no consultório, então, acolhedor àquelas mães com problemas da amamentação. Começamos a marcar consultas ambulatoriais com as doadoras de leite, com a presença da pediatra. Com isso, a gente vê que a evolução da assistência realmente está acontecendo (SCHIMIN, 2012).

O atendimento pediátrico foi considerado pelas entrevistadas do BLH-HRP como um diferencial oferecido pelo hospital, no que se refere à possibilidade de comunicação para sensibilizar as gestantes e as mães para a amamentação e doação de leite humano.

(...) uma coisa muito marcante desse ano foi o início de um programa que é chamado de Programa de Peito Aberto, que foi idealizado por um colega, meu marido, pediatra, Marcelo Ruperto, e esse programa prevê que toda mãe de primeiro filho deve ter uma consulta agendada no Banco de Leite nos primeiros dez dias e outras mães que tenham sido identificadas como fator, que tenham algum fator de risco para o desmame precoce. E aí, vai ser avaliado se essa mãe vai para uma avaliação. E, às vezes, ela continua acompanhando de acordo com a necessidade. (...) E a gente tem esse diferencial. Ela faz atendimento médico para os bebês, filhos das doadoras, não que não diga respeito a aleitamento, atendimento pediátrico mesmo (VIANA & MALLOSTO, 2012).

As consultas especializadas às doadoras de leite humano e seus filhos, incluindo as equipes de Enfermagem, Ginecologia e Pediatria, foram mencionadas pelas entrevistadas dos BLHs dos seguintes hospitais do DF: HRS, HRG, Hospital Santa Lúcia e HRPa.

O pediatra voluntário, que é o Doutor Marconi, meu esposo, e que a gente almoça todo dia junto, e aí, ele passa pelo Banco de Leite e a gente não perde a oportunidade de ele atender os bebês quando necessário (...) eles depois passam pelo pediatra, passam pelo ginecologista aqui, que inclusive é a Paula, pela enfermeira, que é a Cristina, que está aposentada já também.

Então, na verdade, essa mãe, naquela manhã, tem o privilégio e oportunidade de passar por todos esses profissionais (BRITO, 2012).

(...) também o acompanhamento médico para as doadoras, todas as doadoras devem ter. A gente colhe exames e elas realmente não teriam exames, elas são obrigadas a participar da consulta com a Doutora, Doutora ginecologista Eliana Hamidah, que ela já está no Banco de Leite há muito tempo (DUARTE, 2012).

Bom, esses acompanhamentos médicos são para as doadoras e a abordagem que elas têm é um acolhimento muito humanizado. E, às vezes, o tempo da consulta é maior que o de uma consulta normal, mas ela acaba descobrindo dificuldades na amamentação ou no processo ali de mãe e filho que é, na verdade, uma dificuldade secundária a um problema social, a um problema familiar, a um problema com a vizinhança. Então, essa abordagem que ela tem e esse momento entre profissional e doadora nas consultas são muito importantes (DUARTE, 2012).

(...) nós fazemos atendimento à demanda externa, principalmente, das mães procedentes de outros hospitais privados (QUEIROGA, 2012).

(...) atendimento médico-pediátrico aos filhos das doadoras, consultas de enfermagem (MEDEIROS, 2012).

O atendimento especializado às mães com dificuldades na amamentação foi considerado pelas entrevistadas dos BLHs do HRT, HRC e HRS como um fator de sucesso para a captação de doadoras de leite humano. Segundo Moraes et al. (2009, p. 394), “o acolhimento deve ser utilizado para desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência e vincular o usuário ao sistema de saúde”.

Nós temos uma situação bastante confortável. Na grande parte do ano a gente consegue ajudar não só as mães que estão na Maternidade, mas também as mães que chegam ambulatoriamente com subnutrição, desnutrição e a gente dá apoio até que reestabeleça a amamentação. O número de atendimentos individuais também é bastante grande (SATO, 2012).

Então em mil novecentos e noventa e dois, nós, já com manual, com a portaria três dois dois, nós damos início a avaliação da saúde de toda doadora, ela passava por avaliação, tínhamos um médico. (...) Esse é o ponto X porque quando você tem um bom atendimento o Banco de Leite faz esse acolhimento, você capta a doadora ali e se ela não for a doadora, ela vai estar divulgando o seu Banco de Leite. Então, é isso que eu acho que seja o sucesso na Ceilândia, porque nós trabalhamos com condições muito desfavoráveis e temos uma boa captação de doadora (GOMES, 2012).

Através do nosso atendimento no Banco de Leite é outra forma de captar doadora, muitas vezes, a gente a atende, no início, com dificuldade, e daqui a pouco essa dificuldade é superada e ela passa a doar. (BRITO, 2012).

Em relação aos limites dessa prática de comunicação para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, 13% mencionaram dificuldades de comunicação com as mães para o atendimento no BLH. O relato a seguir foi concedido pela entrevistada do BLH-Hospital Santa Luzia, pertencente à rede privada de saúde do DF.

Nós recebemos mães que têm muita boa vontade no atendimento ao Banco de Leite, mas também têm mães que rejeitam o Banco de Leite (AGUIAR, 2012).

Outro fator considerado limitante para a autossuficiência em leite humano foi relatado pela entrevistada do BLH-HMIB. Em seu depoimento, embora o hospital oferecesse atendimento especializado às mães no período pós-parto, o fato de as residências delas se localizarem distantes do hospital influenciava diretamente no não comparecimento para o acompanhamento médico.

Uma coisa que a gente tinha colocado, no ambulatório de revisão pós-parto, ele foi muito importante, mas o que aconteceu era um ambulatório de revisão, que foi montado até pela Direção, que queria ver como estava a situação de infecção pós-parto dessa mulher. E a gente aproveitava, nesse ambulatório, e fazia a captação de doadora porque era atendido pela Residência da Ginecologia parte da infecção pós-parto, e a Residência de Pediatria atendia a mamada do bebê, e pegar essas mães doadoras para nós. Mas o desafio era com essas mães que moram longe. Então, muitas mães que tem parto no HMIB não são da região nossa. Então, para ela voltar para a nossa região para ir a essa consulta, muitas faltavam. Então, a gente não conseguia tanta adesão (SCHIMIN, 2012).



### 5.3.1.3 Grupo 1: Eventos científicos e comemorativos

No que tange a participação em eventos, 67% dos entrevistados mencionaram estar presentes e participar da organização tanto de eventos científicos como comemorativos para o incentivo, apoio e promoção do aleitamento materno e doação de leite humano. Essa prática de comunicação foi considerada como contribuinte para a autossuficiência em leite humano pelos entrevistados. Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

Sobre a organização e a participação em eventos científicos, 33% dos entrevistados citaram a presença dos profissionais atuantes em BLHs do DF em congressos, fóruns, encontros, entre outros. Foram eles: BLH-HRT, BLH-HRP, BLH-HRS, BLH-HUB e BLH-Hospital Santa Lúcia.

Esses eventos também envolveram a participação de mães em fase de amamentação. Os encontros localizados nos depoimentos foram: XX Congresso Brasileiro de Pediatria, IV Encontro Nacional de Aleitamento Materno (Enam), Congressos da rBLH-BR e eventos da Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM).

A equipe toda é engajada na Política de Aleitamento Materno e isso é muito importante. Então, aqui eu coloquei uma foto do vigésimo primeiro congresso de Pediatria, brasileiro de Pediatria, em mil novecentos e setenta e nove. Então, um ano depois da inauguração do Banco de Leite, ele já se fazia presente (SATO, 2012).

Em mil novecentos e noventa e cinco, foi assim um ano muito produtivo para o Banco de Leite de Planaltina. Foi a primeira vez que o Banco de Leite participou de Semana Mundial (VIANA E MALLOSTO, 2012).

Em noventa e cinco (...) foi a primeira participação do Banco de Leite no Quarto Enam. Aqui é uma foto, eu amamentando a minha filha do meio, e nesse evento, a gente participando (VIANA & MALLOSTO, 2012).

(...) e organização da Semana Mundial de Amamentação dessa regional (BRITO, 2012).

Também participamos do primeiro congresso (...) o Primeiro Congresso de Bancos de Leite (LACERDA, 2012).

A participação em eventos como a Semana Mundial do Aleitamento Materno (QUEIROGA, 2012).

Dessa maneira, Marchiori (2006, p. 8) enumera as principais funções da participação em eventos científicos: criar oportunidades para a troca de experiências entre pesquisadores;

atualizar e sistematizar progressos recentes de uma área; divulgar novos conhecimentos; traçar diretrizes e metas para futuros empreendimentos de uma determinada área do saber.

Em relação aos eventos comemorativos, 60% dos entrevistados referiram organizar encontros para as mães em fase de amamentação, considerando-os como prática de comunicação que contribuiu para a autossuficiência em leite humano. Foram eles: BLH-HRT, BLH-HRP, BLH-HMIB, BLH-HRC, BLH-HRBz, BLH-HRS, BLH-HRG, BLH-HUB e BLH-HRSM.

Foram citadas como datas motivadoras para a realização dos eventos comemorativos, os aniversários de implantação da IHAC e dos BLHs, o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, as festas natalinas e a SMAM.

Essa foto foi tirada há dois anos, quando nós reunimos crianças que nasceram no hospital desde mil novecentos e noventa e quatro, funcionários, filhos de funcionárias, para comemorar esse aniversário do Banco de Leite da Iniciativa (SATO, 2012).

Nas semanas mundiais, no dia de doação de leite, a equipe está toda lá no incentivo, no apoio, nas festas internas do Banco de Leite, seja no aniversário do Banco de Leite, natal, que a gente proporciona para doadora. A equipe não perde a oportunidade de estar valorizando todas as políticas de aleitamento materno (SATO, 2012).

Esse é um convitinho da SMAM, que a gente fez lá (VIANA & MALLOSTO, 2012).

A valorização das mães em fase de amamentação, por meio de eventos realizados nos hospitais, foi mencionada pelos entrevistados dos BLHs do HMIB, HRC, HRBz, HRS, HRG, HUB e HRSM.

Nós realizamos várias atividades comemorativas, envolvendo as doadoras, trazendo para participar de vários eventos, no sentido de valorizá-las e estimulá-las a continuar com a doação (MONTEIRO, 2012).

A entrevistada do BLH-HMIB destacou o convite feito pela equipe do BLH aos profissionais de um salão de beleza, para cuidar das mães acompanhantes dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal. Além disso, ressaltou as confraternizações para promover o encontro entre mães receptoras e doadoras de leite humano.

Nós temos também o resgate da mãe canguru. Então, a gente fez essa semana da Mãe Canguru Fashion Week, que as mães tiveram o kit de beleza, foi lá o pessoal do salão de beleza, arrumou as mães e fizemos desfile com elas ali no corredor da UTI, e que elas adoraram, e cada uma querendo ficar mais presente agora do que a outra (SCHIMIN, 2012).

Aí, o que a gente faz então? Na verdade, essas doadoras que doam para nós, elas têm que ser valorizadas, para que cada vez mais elas doem mais, e de boca a boca elas consigam fazer a nossa propaganda. Então, a gente faz festinhas para as doadoras, onde eu acho interessante essa doadora se encontrar com a receptora. E assim surgiam essas frases: ‘muito obrigada!’. ‘Você ajudou o meu filho a viver, sem vocês não sei o que seria do meu filho’ (SCHIMIN, 2012).

A realização de bazares beneficentes fez parte da rotina de trabalho dos profissionais que atuavam no BLH-HRC e BLH-HRBz. Já a entrevistada do BLH-HRC referiu a organização de gincanas no hospital para a arrecadação de vidros para o armazenamento do leite humano doado.

Fazemos bazar beneficente para a compra de alguns insumos que faltam para as doadoras também para a manutenção dessa festa no final do ano. E envolver a comunidade local. E a doação de vidros pela comunidade. Tivemos uma gincana recente no hospital e que foram mobilizados os próprios funcionários para essa doação (GOMES, 2012).

(...) a gente tem realizado alguns bazares beneficentes para angariar fundos para as atividades comemorativas ou alguma outra necessidade do Banco de Leite. A gente também fornece o certificado para as doadoras. (...) E nós temos participado e aqui também feito algumas atividades comemorativas (MONTEIRO, 2012).

De acordo com a entrevistada do BLH-HRS, os eventos comemorativos contaram com a participação de profissionais dos Centros de Saúde, tendo como estratégia de agradecimento a entrega de certificados às doadoras de leite humano.

Na verdade, também os servidores dos Centros de Saúde participam dos nossos eventos, não só comemorativos, como educativos, de incentivo e apoio à amamentação (BRITO, 2012).

A partir de dois mil e onze, nós estamos entregando para as doadoras (...) nós estamos conferindo um certificado, onde ela recebe com o nome dela, quanto ela doou e que período ela doou (BRITO, 2012).

Como forma de estimular a inclusão dos profissionais para assuntos referentes à temática, o entrevistado do BLH-HUB destacou a produção de um concurso de fotografias para os funcionários dos BLHs do DF.

Em dois mil, fizemos um concurso de fotografia na Rede de Bancos de Leite do DF (LACERDA, 2012).

Nessa sequência, a entrevistada do BLH-HRSM destacou a festa do aleitamento materno realizada para as doadoras de leite humano, que contou com a presença de alunos de uma escola do DF, apoiadora do BLH.

Em agosto do ano passado, aconteceu a primeira festa do aleitamento materno para a doadora. (...) Em agosto também nós realizamos a segunda festa do aleitamento materno para as doadoras e teve a presença dos alunos também do Projeto Corrente do Bem. (...) e na festa a gente já começou a entregar o certificado (COSTA, 2012).

O Rotary Club Internacional foi citado pela entrevistada do BLH-HRS como parceiro em confraternizações com as doadoras de leite humano e eventos da SMAM.

[Rotary Club] uma parceria onde a área física deles, muitas vezes, nós usamos para fazer as nossas atividades com as doadoras, as nossas festas e confraternizações. Eles participam das Semanas Mundiais e dos eventos que nós organizamos e também participamos com eles quando eles organizam um evento (BRITO, 2012).

Segundo a entrevistada do BLH-HRG, os encontros comemorativos possibilitaram uma aproximação entre doadora de leite humano e profissional de saúde, tornando a mulher mais autoconfiante sobre o seu papel fundamental no ato de doar o seu excedente de leite humano.

Nós precisamos manter um relacionamento profissional com as doadoras. Aqui foram os momentos lá da Semana da Amamentação, da SMAM, em agosto. Essa aqui embaixo é uma doadora, a última foto é uma doadora, que ela não tinha nenhuma foto com o filho dela e foi o hospital do Banco de Leite do Gama que, neste momento aqui, depois dessa programação, nós fizemos um book, com ela e o filho, de fotografias. Então, eu acho que esse relacionamento de profissional-doadora faz com que ela se sinta mais autoconfiante, que ela tenha maior satisfação em doar o seu leite para ajudar a vida de outros recém-nascidos (DUARTE, 2012).

#### **5.3.1.4 Grupo 1: Contato telefônico com as mães após a alta hospitalar e com as doadoras de leite humano**

A quarta prática de comunicação diz respeito ao “Contato telefônico com as mães após a alta hospitalar e com as doadoras de leite humano”, sendo descrita por 60% dos entrevistados. No entanto, considerá-la como um espaço de fala e escuta, de troca e acolhimento, que resulta no alcance da autossuficiência em leite humano, foi mencionada por 47% dos entrevistados. Foram eles: BLH-HRC, BLH-HRBz, BLH-HRG, BLH-HFA, BLH-Hospital Anchieta, BLH-HRSM e BLH-HRPa.

O contato telefônico após a alta hospitalar propicia às mães um relacionamento mais próximo com os serviços e profissionais de BLHs, em termos de orientação, incentivo e apoio ao aleitamento materno. Nos primeiros dias após a alta hospitalar, é comum o surgimento de dúvidas e conflitos que, segundo os entrevistados, podem ser minimizados com um simples contato telefônico dos profissionais atuantes em BLHs.

Os depoimentos revelaram que o BLH-HRC foi o pioneiro na execução dessa prática, compartilhando a ideia com os demais BLHs do DF. Nesse sentido, observou-se a presença do trabalho em rede entre os BLHs do DF.

(...) nós pegamos a ideia que veio da rede de fazer o registro na Maternidade dos números de telefone. Cerca de uma semana após a alta hospitalar, nós fazemos a ligação, e já captamos ali algumas doadoras. Isso melhorou bastante e aumentou muito o número de captação (COSTA, 2012).

Segundo a entrevistada do BLH-HRC, o foco principal da realização de contato telefônico após a alta hospitalar se refere ao apoio à amamentação e ao enfrentamento ao desmame precoce, ações que acabam por resultar na captação de novas doadoras de leite humano. Percebemos que essa forma de atuação rompe com os referenciais do paradigma de amamentação fundado pelo movimento higienista e trabalha com uma lógica mais próxima da comunicação como direito de cidadania, e não, simplesmente, uma estratégia de convencimento.

(...) vários manejos que até hoje utilizamos, contas telefônicas, cartazes, enfim. (...) E nós temos uma coisa que consideramos um ponto forte. É a doação. Cada mulher que sai de alta nós temos o telefone dessa puérpera. E cerca de três a quatro dias, nós ligamos para essa mãe. Não para perguntar se ela quer ser doadora de leite, mas para perguntarmos como vai a amamentação. E podem ter certeza, nós captamos muitos problemas. Muitas vezes, a mãe não tem condições de ser doadora, mas ela está desmamando, está fazendo aleitamento misto e nós fazemos uma intervenção. Essa foi a

forma que nós temos encontrado e repassamos para os outros Bancos de Leite. E as pessoas têm conseguido doação (GOMES, 2012).

Essa prática de comunicação foi revelada pela entrevistada do BLH-HFA como um elemento fundamental para a autossuficiência em leite humano do hospital.

A gente faz ligação, o Banco de Leite entra em contato com essas mães e todos os bebês dentro da nossa unidade usam leite humano. Não utilizamos fórmula para os nossos bebês prematuros internados na terapia intensiva (MOURA, 2012).

A partir da análise das entrevistas, percebemos com clareza que essa prática de comunicação foi desenvolvida em cada BLH de forma singular, levando em consideração as características próprias e os seus públicos específicos. Essa prática permitiu estabelecer um diálogo mais eficaz com as mães, conforme explicado pela entrevistada do BLH-HRBz.

A gente tem um formulariozinho próprio para pegar o contato para ligar posteriormente e saber se ela se interessa em ser doadora (MONTEIRO, 2012). (...) Esse é o modelinho do formulário que a gente usa quando vai fazer a visita lá na Maternidade, onde a gente anota o nome, a data do parto e o telefone e faz a ligação posteriormente para conseguir saber se aquela mulher se interessa em ser doadora (MONTEIRO, 2012).

No caso do BLH-HRPa, o contato telefônico após a alta hospitalar se realizou com o propósito de oferecer consulta de enfermagem, preocupando-se com o emprego da linguagem apropriada para a comunicação com as mães.

(...) contato telefônico após a alta hospitalar na tentativa de manter a nossa coleta. (...) E estamos fazendo a consulta de enfermagem por telefone, com utilização de um novo instrumento, que ainda está em fase de teste, mas ele direciona a gente a essa consulta para o levantamento dos problemas, tentando identificar em que momento da coleta que essa mulher não está seguindo a orientação adequadamente, e o próprio check list contém as orientações apropriadas, até porque essa consulta é feita por mais de um profissional e a gente espera manter uma linguagem mais uniforme nessa orientação, para que ela seja mais eficaz (MEDEIROS, 2012).

A entrevistada do BLH-Hospital Anchieta salientou a realização dessa prática de comunicação com as mães em fase de amamentação após sete dias da alta hospitalar.

A triagem, hoje, das doadoras do Banco de Leite do Hospital Anchieta é feita diariamente, pela manhã, a gente faz o contato telefônico com as mães após sete dias da alta (DAMASCENO, 2012).

Na perspectiva da entrevistada do BLH-HRG, o contato telefônico com as mães após a alta hospitalar também contribuiu para auxiliar no controle de qualidade do leite humano coletado, evitando desperdícios.

Nós fazemos controle de qualidade e registros de temperatura, de tempo de pasteurização, qual é o leite que vai para qual recém-nascido, tudo isso é registrado, e nós passamos isso para as doadoras através de telefone. Passamos se o leite está com sujidade, se o leite está com acidez alta ou baixa, como que está, se está adequado ou não. E aí as doadoras acabaram que já se acostumaram com isso e quando a gente liga: ‘Podemos passar aí para buscar o leite na semana que vem?’ Elas falam: ‘Então, como que está o meu leite, está com muita sujeira, está com uma acidez boa ou baixa?’ Então, elas vão entendendo o que acontece no próprio Banco de Leite, porque, às vezes, elas entendem que o trabalho delas é só dar o leite, dar para o bombeiro. Mas não, o trabalho delas vai até a administração do recém-nascido, e isso é importante para dar o *feedback* a elas (DUARTE, 2012).

Em contrapartida, 13% dos entrevistados que afirmaram trabalhar com essa prática de comunicação mencionaram limites para a autossuficiência em leite humano. Os depoimentos de Schimin (2012) e Queiroga (2012) trazem questões referentes ao contexto existencial (ARAÚJO, 2000), que assume sua importância no cenário da comunicação entre os profissionais de BLHs e as possíveis doadoras de leite humano. Foram eles: BLH-HMIB e BLH-Hospital Santa Lúcia.

Assim sendo, fatores como a distância da residência das usuárias em relação aos hospitais e o público atendido em um hospital particular estiveram entre os principais motivos expostos como limitadores dessa prática. Tornou-se fundamental, segundo os entrevistados, considerar a história de vida, as condições de moradia, as experiências pessoais e em relação à própria maternidade, para o êxito da comunicação com as usuárias após a alta hospitalar.

(...) a gente tentou listar os telefones de várias mães que tiveram bebês lá para depois ligar, como o Banco de Leite da Ceilândia muitas vezes faz. Agora, várias mães nossas são de fora da nossa região, então, a gente não conseguia alcançar essa mãe depois. Então, não deu tanto efeito (SCHIMIN, 2012).

Nós fazemos também o contato telefônico em torno de dez dias após o parto, mas ao contrário do que a Derlucy falou a respeito da Ceilândia, lá no nosso hospital, a gente não observa que isso seja um, que faça muita diferença. Talvez pelo próprio público diferente, muitas vezes, você liga e a mãe não atende ao telefone, ela diz que está almoçando, está repousando, está na massagem, tá não sei aonde. Então, a gente não notou impacto com essa atitude, mas a gente continua, até para tentar identificar alguma dificuldade que essa mãe esteja tendo (QUEIROGA, 2012).

### 5.3.1.5 Grupo 1: Visita domiciliar às doadoras de leite humano

Realizar visitas domiciliares às doadoras de leite humano foi relatado por 60% dos entrevistados, que consideraram essa prática de comunicação como um fator que contribuiu para a autossuficiência em leite humano. Foram eles: BLH-HRT, BLH-HRP, BLH-HRC, BLH-HRBz, BLH-HMIB, BLH-HUB, BLH-Santa Lúcia, BLH-Santa Luzia e BLH-Hospital Anchieta.

Cabe ressaltar que essa prática não se refere à parceria dos BLHs com o CBMDF para a coleta domiciliar de leite humano e sim de visitas às residências realizadas pelos profissionais atuantes nos BLHs do DF, visando o incentivo e apoio ao aleitamento materno. Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

Os depoimentos das entrevistadas dos BLHs dos hospitais HRT, HRP, HRC e HRBz evidenciaram que as visitas domiciliares já eram feitas no período da inauguração dos BLHs em questão, não deixando claro em suas falas a permanência dessas ações ao longo dos anos, mesmo após a parceria com o CBMDF.

Qual foi a solução encontrada? Foi intensificar a coleta domiciliar do leite humano. Já que elas não iam até o Banco de Leite, o Banco de Leite começou a ir até a casa da doadora (SATO, 2012).

O foco principal era fornecer leite materno aos recém-nascidos. Era feita uma coleta domiciliar e também na sala do Berçário, sem nenhuma regularidade. Não havia uma instalação de Banco de Leite (VIANA & MALLOSTO, 2012).

(...) e passamos a fazer coleta sistemática à residência das doadoras (GOMES, 2012).

(...) a coleta domiciliar de leite humano, que era feita pela equipe de enfermagem e um motorista com a viatura do próprio hospital e, a partir dos anos mil novecentos e oitenta e sete e oitenta e oito, a pasteurização do leite coletado (MONTEIRO, 2012).

Percebemos no depoimento da entrevistada do BLH-HMIB que essa prática de comunicação persistiu ao longo da trajetória do BLH, com a visita da equipe de enfermagem e da técnica de laboratório às residências das mães ainda no ano de 2012. Vale destacar que o BLH-HMIB também contava com a parceria com o CBMDF para a coleta domiciliar do leite humano até o período da realização da entrevista.



Primeiro, o que a gente fez foi visita da enfermeira às casas das doadoras. Então, a enfermeira foi à casa ver como que ela estava fazendo. Realmente, a gente já tinha falado no telefone e não tinha surtido efeito. Além disso, agilizar a liberação daquele leite que chega e a gente não tinha o exame ainda da doadora, esse leite não pode ficar guardado lá. Como que a gente faz? Tem bebê precisando do leite na UTI. Então, a gente agilizou também o processo com a ida de uma técnica de laboratório à casa da doadora para coletar o sangue dela e a gente conseguia uma agilidade maior (SCHIMIN, 2012).

Os entrevistados dos BLHs do HUB, Hospital Santa Lúcia, Hospital Santa Luzia e Hospital Anchieta mencionaram disponibilizar profissionais dos BLHs para as visitas domiciliares como rotina de trabalho, visto que não contavam com a parceria com o CBMDF para a coleta domiciliar de leite humano.

Felizmente, nós temos coleta própria, então a gente tem essa acessibilidade e temos um funcionário disponível só para isso (LACERDA, 2012).

A captação domiciliar e no hospital (...) Mas, com tudo isso, nós conseguimos um motoboy. É um serviço terceirizado e nós fazemos a coleta domiciliar, que não é fixa, não é em horários e dias fixos, então, praticamente todos os dias, de acordo com a demanda, a gente tem essa coleta (QUEIROGA, 2012).

O transporte, para nós, é uma dificuldade que a gente enfrenta diariamente, mas a gente conta, principalmente, com a ajuda do chefe do transporte e dos motoristas. Todos os motoristas são grandes amigos, grandes parceiros do Banco de Leite (AGUIAR, 2012).

(...) a coleta do leite das doadoras externas é feita diariamente, a partir da demanda que é colocada para a gente (DAMASCENO, 2012).

### 5.3.1.6 Grupo 1: Programas e grupos de apoio às mães e às doadoras de leite humano

A sexta prática de comunicação se refere aos “Programas e grupos de apoio às mães e às doadoras de leite humano”. Essa forma de se comunicar foi mencionada por 47% dos entrevistados, dentre os quais 40% a identificaram como espaços que permitiram a fala e a escuta, o acolhimento e o vínculo entre as mães em fase de amamentação e os profissionais de saúde.

Os entrevistados que associaram o alcance da autossuficiência em leite humano, por meio dessa prática foram: BLH-HMIB, BLH-HRC, BLH-HRBz, BLH-HRS, BLH-Hospital Santa Lúcia e BLH-HRPa.

Ao analisar essa prática, percebemos a possibilidade de ampliação do diálogo e de trocas singulares, a partir das linguagens verbal e gestual, comumente utilizadas na comunicação face a face. “Conversar vai muito além de falar, é interagir, é deixar fluir palavras e códigos” (TORRES, 2012, p. 33).

Essa prática, segundo a entrevistada do BLH-HMIB, rompe com a lógica do BLH ser apenas um serviço de captação de doadoras de leite humano e privilegia o apoio ao aleitamento materno.

E começou, então, a se entender que o incentivo ideal era o apoio à amamentação e não à doação. E, principalmente, oferecer o seu próprio leite ao bebê porque o leite dela é o mais importante, é o melhor. Então, para isso, em mil novecentos e noventa, foi desenvolvido no nosso hospital o Projeto Mãe-Nutriz Participante. Era assim chamado. Ele foi idealizado em noventa e começou a funcionar em noventa e dois. Esse programa é de apoio às mães acompanhantes que amamentavam seus recém-nascidos internados (SCHIMIN, 2012).

Observa-se que seguir os modelos informacional e higienista não corresponde à intensa negociação de sentidos sociais existente na comunicação dos BLHs com as mães em fase de amamentação, visto que tendem a considerá-las como sujeitos passivos, e não como pessoas que agem de acordo com a sua realidade. No Modelo do Mercado Simbólico, “a noção de sentidos sociais se opõe ao de mensagem, característica dos modelos dominantes” (ARAÚJO, 2002, p. 294).

Os participantes dos espaços de fala e escuta, proporcionados por seis BLHs do DF, tiveram a oportunidade de trocar experiências, compartilhar sentimentos, angústias, medos, esclarecer dúvidas sobre o aleitamento materno, além de receber orientação sobre a

manutenção da amamentação e a possibilidade de doação de leite humano. Nesse contexto, ações educativas e humanizadas passaram a ser fundamentais para a captação de doadoras de leite humano, conforme observamos na fala da entrevistada do BLH-HMIB.

Precisava incentivar que elas, dentro do hospital, pudessem dar seu leite para o bebê. Muitas delas ficavam ansiosas, nervosas, com aquele bebezinho lá na UTI e isso prejudicava um pouco a parte da produção de leite, o aleitamento materno. Então, para a gente minimizar essa ansiedade e até com relação à saúde do bebê, a gente começou a incentivar esses trabalhos manuais com elas. Então, elas começaram a fazer trabalhos manuais e nesse grupo de trabalho, e que a Cida que foi quem começou muito a fazer este trabalho, ela conversava com as mães sobre a produção de leite, o incentivo a que ela começasse a ordenhar, a retirar aquele leite, a importância do seu próprio leite para o seu bebê. A Cida foi aquela que sempre fez esse trabalho. (...) Bom, essas mães aprendiam a confeccionar as peças e faziam normalmente duas peças. Uma para ela mesma, para o seu bebê e a outra peça seria para vender para adquirir novos materiais e continuar a oficina funcionando. Essa era uma alternativa ótima para a mãe conseguir aumentar a renda familiar quando tivesse alta do hospital (SCHIMIN, 2012).

“Na assistência em UTI Neonatal, um dos aspectos relevantes no cuidado aos bebês prematuros se refere à alimentação, em virtude de suas limitações gástricas, digestivas e nutricionais” (SERRA & SCOCHI, 2004, p. 598). Portanto, assegurar infraestrutura mínima e acomodações para a permanência da mãe junto ao filho proporciona uma assistência mais integral e humanizada. Essa preocupação foi relatada pela entrevistada do BLH-HMIB.

(...) e a essa criação do trabalho terapêutico com as mães, então, que faziam com que aquelas mães ficassem mais em prol do seu bebê com relação à amamentação. (...) a gente está conseguindo alojar algumas mães em outras, a gente tem cinco vagas nesse projeto mãe-nutriz, então, pouquíssimo, e a gente consegue alojar outras mães nos leitos do hospital mesmo, a Direção proporciona isso, tem que alojar. E estamos construindo uma nova, na verdade, não é construção, estamos reformando uma arezinha para abrigar dez mães. Então, seriam quinze vagas. Melhora um pouquinho (SCHIMIN, 2012).

Os grupos de apoio criados pelos BLHs do DF receberam também as famílias das mulheres envolvidas no processo, fortalecendo a rede de apoio à amamentação. Essa forma de trabalhar foi mencionada de diferentes maneiras pelos entrevistados, sendo as principais: encontros para as doadoras, reuniões e atividades educativas, rodas e oficinas de conversa, cursos de gestante e palestras do recém-nascido, conforme exemplificado nas falas dos entrevistados dos BLHs do HRS e do Hospital Santa Lúcia.

O ambulatório do recém-nascido que, desde mil novecentos e oitenta e nove, existe aqui nessa regional, que é toda quinta-feira, pela manhã, onde nós temos uma oficina de conversa, uma roda de conversa, com agentes de saúde e com as mães sobre todas as dificuldades da amamentação (BRITO, 2012).

(...) a participação no curso de gestantes, incentivando o aleitamento e a doação de leite (QUEIROGA, 2012).

As atividades educativas para as mães em fase de amamentação, promovidas pelos profissionais de BLHs, foram citadas pelos entrevistados dos BLHs do HRPa e do HRC.

(...) atividade educativa com mães-nutrizas e doadoras. (...) Também fazemos atividades educativas com os acadêmicos de enfermagem e outros estagiários que estão treinando no nosso hospital. (...) Temos buscado reforçar as nossas orientações no ato da captação da doadora. Fazer atividade educativa no próprio Banco de Leite antes da consulta com o Pediatra, que é o momento que as mães vão até o Banco de Leite. (MEDEIROS, 2012).

(...) fizemos grupo de doadoras. (...) Então, o que nós estamos fazendo? Esclarecendo, fazendo campanhas educativas (GOMES, 2012).

Nessa perspectiva, Serra e Scochi (2004) ressaltam que uma das formas de sucesso na manutenção da lactação, no período da hospitalização do recém-nascido, é garantir orientação e apoio tanto de sua família quanto dos profissionais de saúde. Segundo os autores, os profissionais “devem se organizar para que possam fornecer às mães informação, orientação e aconselhamento sobre amamentação” (SERRA & SCOCHI, 2004, p. 598).

A entrevistada do BLH-HRC destacou que as atividades educativas funcionavam como espaço de orientações sobre os procedimentos corretos de retirada do leite materno para a doação, tendo em vista a redução do desperdício do mesmo. Além disso, os encontros permitiram conversas com profissionais de diversas áreas da saúde.

Nessa sequência, tornou-se evidente a importância para a manutenção do aleitamento materno e da doação de leite humano, não apenas do suporte social e familiar, mas também do institucional. “O conceito de saúde como qualidade de vida requer a passagem de um trabalho individual, compartimentado para uma ação coletiva” (ARAÚJO & ROCHA, 2007, p. 461).

Em noventa e sete, nós tivemos o início da reunião mensal com as doadoras de leite. Nós fazemos roda de conversa até hoje e isso é muito interessante. Todas as nossas doadoras voltam ao Banco de Leite, nós temos essa reunião mensal. É muito interessante e curioso que, embora, muitas vezes, a mãe doando leite tem uma introdução precoce de outros alimentos no filho. Então, ela passa por um processo de desmame e que o profissional de Banco de Leite tem que estar atento. Nessa roda de conversa participa a enfermeira, o médico e a nutricionista e nós damos informações que são muito relevantes. Então, vai o marido e, muitas vezes, elas levam as vizinhas. Elas

se conscientizam também da importância do controle higiênico e sanitário do leite que elas estão coletando (GOMES, 2012).

Outra prática de comunicação observada se refere à elaboração de uma carta-convite, que era entregue nas residências das doadoras de leite humano, convidando-as a participar das reuniões educativas. Além disso, a entrevistada do BLH-HRBz mencionou a produção de diplomas distribuídos durante os encontros promovidos pelo BLH, como forma de agradecimento e homenagem às doadoras de leite humano.

(...) começamos com uma reunião educativa para as gestantes, que acontece até hoje, quinzenalmente (...) até hoje, tem a reunião educativa com as gestantes e a gente tem uma cartinha-convite. Esse é o modelinho do convitinho que a gente manda para as gestantes para participarem da nossa reunião. Esse é o modelo do nosso diploma, que nós entregamos para as nossas doadoras (MONTEIRO, 2012).

7% dos entrevistados relataram a existência de limites para a autossuficiência em leite humano com essa prática de comunicação em seus BLHs. Foi o caso da entrevistada do BLH-HMIB, que destacou não ter tido êxito com as palestras do recém-nascido para a captação de doadoras de leite humano. Entretanto, a mesma entrevistada expressou satisfação com a criação de programas e grupos de apoio às mães acompanhantes que amamentavam seus recém-nascidos internados na UTI Neonatal.

Essas mães que doam leite para lá, normalmente, eram captadas naquela primeira palestra do recém-nascido, onde eram mostrados os cuidados com o recém-nascido. Agora, essa palestra não funciona tanto, então, funciona mais a palestra no corredor mesmo, as mães são captadas no corredor para a doação (SCHIMIN, 2012).

### 5.3.1.7 Grupo 1: Materiais informativos

O uso de materiais informativos como prática de comunicação com as mães em fase de amamentação foi relatado por 33% dos entrevistados. Todos os depoimentos se referem aos alcances obtidos com essa prática para a autossuficiência em leite humano. Foram eles: BLH-HRT, BLH-HMIB, BLH-HRBz, BLH-HRSM e BLH-Hospital Anchieta.

De acordo com Araújo (2002), os materiais de divulgação e informativos fazem parte de um conjunto de textos, dentre os quais as instituições de saúde se instituem como sujeito social e constroem suas imagens, a de seus interlocutores e a cena social pela qual disputa o poder simbólico.

A capacidade de tornar legítimo o que está ali expresso é uma medida do poder. Quando um discurso – conjunto de textos relacionados em uma prática – se naturaliza, é bem provável que a comunidade discursiva que o produz e faz circular tenha atingido uma posição favorável na disputa hegemônica (ARAÚJO, 2002, p. 47).

Segundo os entrevistados, os materiais informativos impressos, nos formatos de cartazes, folderes, cartilhas e carta-convite, foram expostos nas maternidades e UTI Neonatais e entregues às usuárias, ou funcionaram como auxiliares no reforço de orientações durante as consultas, sendo parte da mediação entre profissionais de saúde e usuários das respectivas instituições.

A entrevistada do BLH-HRT explicou que o BLH recebeu apoio na produção de materiais informativos de uma empresa particular de Brasília, mas não especificou em seu depoimento o tipo de material gráfico que foi produzido, o conteúdo disponibilizado, assim como os sentidos sociais que circularam e em que contexto foi distribuído.

O Papel Art Caixas. Ele é um empresário da cidade, que qualquer coisa que eu precise em nível de material gráfico, ele está sempre prontamente a nos servir. Eu peço quinhentos, ele manda mil, eu peço mil, ele me manda dois mil. É extremamente parceiro (SATO, 2012).

Em relação às estratégias de comunicação para a doação de leite humano para as mães internadas no Alojamento Conjunto e acompanhantes dos recém-nascidos localizados na UTI Neonatal dos hospitais mencionados, observamos nos depoimentos dos BLHs do HMIB e do HRSM, a utilização de faixas, cartazes e informativos impressos. Os materiais informativos referidos pela entrevistada do BLH-HMIB incluíram orientações para a não utilização de bicos (chupetas e mamadeiras).

As doadoras eram recrutadas com faixas na frente do hospital, então, normalmente, a gente colocava faixas (SCHIMIN, 2012).

Um exemplo de interação que a gente tem aqui, a gente está com bebês com translactação lá dentro da UTI, então, a gente está começando a colocar cartazinho, incentivando também. A gente sabe que o Hospital Amigo da Criança não usa chupeta etc, mas a gente tem que colocar lá porque sempre tem um ou outro que quer burlar a regra, então, a gente está colocando para ver se para de vez com essa atividade errada (SCHIMIN, 2012).

A entrevistada do BLH-HMIB apresentou um exemplo de material informativo distribuído para as usuárias do hospital, conforme mostramos no subcapítulo 5.1.3. Já a entrevistada do BLH-HRSM destacou a parceria com a equipe de Atenção Básica, por meio dos Centros de Saúde, para a entrega dos materiais informativos.

E outra superação também foi a interação com a equipe de Atenção Básica de Saúde, que é o Centro de Saúde, através da entrega de folderes, cartazes (...) (COSTA, 2012).

Entretanto, a distribuição desses materiais para as mães em fase de amamentação nem sempre é garantia da apreensão das mensagens presentes nos informativos. Isso porque podem não refletir a realidade das mulheres, limitando à apropriação dos sentidos sociais dessa prática de comunicação. Essa lógica, muitas vezes, segue o modelo informacional da comunicação, comumente utilizado pelos serviços de saúde. Nesse contexto, os espaços para a negociação de sentidos não foram oferecidos ao usuário, visto que, muitas vezes, os sentidos seriam considerados unívocos pelos próprios produtores dos materiais informativos.

Por esse olhar, a equidade, princípio do SUS, não se faz presente nessa ação de comunicação, uma vez que os informativos disponíveis nos hospitais, de certa forma, tendem a considerar o público como homogêneo e não atenta para as diferenças e a valorização do contexto em que os usuários estão inseridos. “A equidade apresenta à Comunicação & Saúde o desafio de promover a redistribuição do poder de produzir e fazer circular suas ideias, de ser ouvido e levado em consideração” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 68).

Observa-se na fala da entrevistada do BLH-HRBz a preocupação em orientar individualmente cada mãe no ato da entrega do folder, juntamente com uma carta produzida pelo próprio BLH-HRBz.

Nós elaboramos uma cartinha para doadora, então, além do folder que é entregue da própria Secretaria, (...) tem um modelo de uma cartinha que eu até coloquei na minha apresentação, que a gente encaminha durante a visita do bombeiro, principalmente, para aquelas mães em que o leite está apresentando maior sujidade. (...) Esse é o modelo da cartinha que a gente

manda para elas e algumas outras estratégias que nós temos utilizado (...) a gente tem uma cartinha convite (MONTEIRO, 2012).

O folder utilizado pelo BLH-HRBz foi produzido pela SES-DF, contendo dados gerais sobre amamentação e doação de leite humano. Portanto, percebe-se a preocupação com o diálogo, o respeito às diferenças e aos hábitos culturais de cada mulher no depoimento acima.

A entrevistada do BLH-HMIB revelou que a utilização de materiais informativos na Maternidade contava com o apoio de profissionais de saúde atuantes no local, que orientavam as mães sobre a importância de doar leite humano para os recém-nascidos internados.

Bom, isso é só ilustração, os informativos que elas recebiam. (...) na verdade a gente tirou uma xerox da ocorrência, mostrando que essa sementinha funciona, então, gerando frutos. As auxiliares de enfermagem e residentes de enfermagem avisando: ‘existem mães que estão tirando leite, avisem ao Banco de Leite’. Isso antes da gente ter essa sementinha não acontecia (SCHIMIN, 2012).

Verifica-se, na fala acima, a presença de uma comunicação mais dialógica e mediada, não favorecendo o discurso “naturalizado”, comumente localizado no discurso biomédico.

No Hospital Anchieta, a equipe do BLH tinha como rotina a entrega de cartilhas com dados sobre os serviços prestados pelo BLH no momento da alta hospitalar, visando o retorno das mães para eventuais problemas na amamentação e a possível doação de leite humano. Dessa forma, as orientações passaram a ser feitas por contato telefônico ou face a face, possibilitando uma maior interação entre profissional de saúde e usuária.

As mães são orientadas durante a alta e recebem uma cartilha de informação com o telefone para contato (DAMASCENO, 2012).

Já o BLH-HRSM utilizou como prática de comunicação materiais informativos impressos, como folders e cartazes, disponibilizados no Centro de Saúde. Essa prática facilitou a circulação dos materiais impressos, visando levar informação sobre o aleitamento materno e a doação de leite humano à mulher desde o início do pré-natal.

Em setembro [2011], começou a realizar as primeiras campanhas de doação de frascos de vidros e de leite materno. Aqui, é um exemplo de um cartaz anexado no hospital, fazendo um apelo mesmo às mães para a doação de leite (COSTA, 2012).

Portanto, tornou-se possível perceber o cuidado dos BLHs do DF em se comunicar sobre a temática, por meio de materiais informativos, ampliando as chances de identificação dos sujeitos com o assunto e a apropriação dos sentidos sociais contidos no material



distribuído. Observou-se também a importância da utilização desses materiais, como prática de comunicação auxiliar ao diálogo dos profissionais de saúde com as mães em fase de amamentação.

### 5.3.1.8 Grupo 1: Visita das mães e doadoras às instalações do BLH e Maternidade

Convidar as gestantes durante o acompanhamento pré-natal, mães no pós-parto e doadoras de leite humano para conhecer as instalações e o trabalho desenvolvido pela equipe dos BLHs, assim como a Maternidade, o Centro Obstétrico e a UTI Neonatal, foram mencionados por 27% dos entrevistados como prática de comunicação utilizada pelos BLHs. Os BLHs que revelaram ter alcances para a autossuficiência em leite humano com essa prática foram: BLH-HRP, BLH-HMIB, BLH-HRBz e BLH-HRPa. Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

Com base nos depoimentos, essa forma de comunicação favoreceu o estreitamento dos laços de confiança entre os profissionais dos BLHs e as usuárias dos serviços, ampliando as possibilidades de diálogo sobre amamentação e doação do excedente do leite humano, além de estimular a participação da mãe em fase de amamentação em todo o processo. Esse espaço de circulação dos sentidos sociais rompe com a lógica transferencial de mensagens e se aproxima de uma comunicação mais horizontal, em consonância com os princípios do SUS.

As atividades desenvolvidas (...) visitação das gestantes ao HRPa (MEDEIROS, 2012).

E a gente começou a receber as primigestas, então, que estavam fazendo acompanhamento pré-natal lá para uma visita ao Banco de Leite, à Unidade Neonatal, à Maternidade, ao Centro Obstétrico e também, sobretudo, ao aleitamento materno, e já falando para elas também de doação, da possibilidade de doação (VIANA & MALLOSTO, 2012).

Como estratégia de incentivar as mães em fase de amamentação a procurar pela assistência do BLH, o BLH-HRBz passou a enviar cartas-convites, informando sobre a realização da visita às instalações do hospital.

(...) a gente manda uma cartinha-convite, onde a gente coloca a pauta e ainda que elas vão conhecer a Maternidade e o pré-parto, no sentido de que elas se sintam curiosas e tenham interesse em participar da reunião (MONTEIRO, 2012).

Nessa perspectiva, a coordenadora do BLH-HMIB referiu que todas as etapas pelas quais o leite humano doado passa até chegar aos recém-nascidos internados na UTI Neonatal foram apresentadas às doadoras de leite humano durante a visita ao hospital. A entrevistada afirmou que essa ação sensibilizava as mães, que se tornavam apoiadoras do serviço do BLH, ajudando na divulgação em seu convívio social e familiar.

(...) a gente levou essas doadoras para dentro do Banco de Leite mesmo e fizemos uma prática de leite, com o leite que a gente ia jogar fora, leites que foram desprezados. E mostramos para elas o que é feito em cada etapa da pasteurização. Elas ficaram muito sensibilizadas. Levamos também na UTI Neonatal e saíram doando mais do que doavam e fazendo a propaganda (SCHIMIN, 2012).

### 5.3.1.9 Grupo 1: Palestras na comunidade

As palestras realizadas na comunidade para a orientação da população local sobre o aleitamento materno e a doação de leite humano se configuram em uma prática de comunicação descrita por 20% dos entrevistados, sendo eles: o BLH-HRT, BLH-HRP e BLH-HUB. Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

Aqui são as atividades realizadas (...) palestras na comunidade (LACERDA, 2012).

A entrevistada do BLH-HRT destacou a realização de palestras em igrejas, escolas e no metrô, levando informação sobre o aleitamento materno à população local.

(...) e palestras nas comunidades, então, seja na igreja, seja na escola, seja no metrô, aonde quer que tenha alguém para nos ouvir, a gente está, a gente se faz presente (SATO, 2012).

Já as entrevistadas do BLH-HRP ressaltaram a participação ativa da SES-DF nas palestras para a comunidade. Cabe salientar a parceria com o CBMDF e com o Rotary Club Internacional no encontro mencionado no depoimento a seguir.

Dentro das atividades da Secretaria, a gente andou participando de uma confraternização no Parque dos Pioneiros. Essa era a nossa viatura antiga. A Tania, que está de azul, é uma funcionária nossa e também do Banco de Leite do Paranoá. A Iara, que era a primeira bombeira que fez coleta com a gente e, mais uma vez, o Rotary participando (VIANA & MALLOSTO, 2012).

### 5.3.1.10 Grupo 1: Atendimento com agenda aberta

O atendimento com agenda aberta foi uma prática de comunicação relatada nos depoimentos de 20% dos entrevistados como favorável à autossuficiência em leite humano. Foram eles: BLH-HRT, BLH-HRP e BLH-HRPa. Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

Nesse contexto, percebemos que essa ação permitiu às mães em fase de amamentação buscarem por orientações no momento em que julguem necessário, possibilitando, inclusive, a captação de doadoras de leite humano para os BLHs. Portanto, verifica-se nessa prática a integralidade, princípio do SUS, com atendimento integral e prioridade para as atividades preventivas.

Outro motivo de obter o êxito é a acessibilidade da população ao Banco de Leite. Então, apoio às mães doadoras a qualquer momento que ela necessite e o atendimento ambulatorial com agenda aberta (SATO, 2012).

A gente atende todas as mães no ambulatório aberto, com agenda aberta e continuamos com o Programa de Peito Aberto (VIANA & MALLOSTO, 2012).

(...) atendimento com agenda aberta no Banco de Leite (MEDEIROS, 2012).

O Ministério da Saúde (2000) preconiza aos hospitais públicos “ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado caso a criança necessite” (BRASIL, 2000, p. 4). Dessa forma, a universalidade, princípio do SUS, também passa a ser seguido pelas instituições de saúde acima citadas, visto que se referem à comunicação como o direito de acesso aos meios, aos canais e espaços de fala e de escuta (ARAÚJO & CARDOSO, 2007).

### **5.3.1.11 Grupo 1: Pesquisas de satisfação com o cliente/ usuário**

A prática 11 se refere às “pesquisas de satisfação com o cliente/usuário”. Trata-se de um sistema de administração de informação que continuamente capta a voz do cliente, através da avaliação da performance da empresa, a partir do ponto de vista do cliente” (ROSSI & SLONGO, 1998, p. 102).

Segundo Rossi e Longo (1998), essa ação proporciona conhecer as necessidades dos clientes e permite aproximar a empresa e o cliente, estando intimamente ligada aos processos de qualidade. Esse espaço de fala e escuta com o cliente foi mencionado como prática de comunicação favorável à autossuficiência em leite humano por 7% dos entrevistados, sendo desenvolvida pelo Hospital Anchieta, pertencente à rede privada de saúde.

A partir de pesquisas de satisfação com os clientes, já que a gente se trata de uma rede privada de atendimento à saúde, constantemente passamos por pesquisas de satisfação, onde houve constantes sugestões de criação desse Banco de Leite para atender a demanda de leite do hospital (DAMASCENO, 2012).

Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

### **5.3.2 Grupo 2: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os profissionais da mesma instituição**

O grupo 2 se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os profissionais da mesma instituição”. A partir da análise das entrevistas, tornou-se possível identificar as seguintes práticas comunicacionais: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com profissionais de setores não especificados; Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Direções; Comunicação entre os profissionais pertencentes a um mesmo Banco de Leite Humano; Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as UTI Neonatais; Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Maternidades; e Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Assessorias de Comunicação.

Os depoimentos revelaram que 87% dos entrevistados referiram se comunicar com os profissionais atuantes da própria instituição, ressaltando alcances e limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano no DF. A relação entre diferentes profissionais da mesma instituição se origina de uma “ação interdisciplinar, que pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos” (ARAÚJO & ROCHA, 2007, p. 456).

A comunicação entre os profissionais atuantes na área da saúde é ressaltada por um dos princípios doutrinários do SUS – a integralidade. Esse princípio “pode incluir os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação/relação dos atores em suas práticas no cotidiano das instituições” (ARAÚJO & ROCHA, 2007, p.456). Assim, a abordagem integral dos indivíduos é facilitada pelo somatório de olhares dos diferentes profissionais que integram as equipes interdisciplinares.

Manter uma relação dialógica no interior das unidades de saúde pode contribuir para a superação de relações hierarquizadas, em que os profissionais raramente conhecem as potencialidades dos outros (ARAÚJO & ROCHA, 2007). Nesse sentido, o trabalho dos BLHs, em parceria com as equipes de outros setores dos hospitais, pressupõe, portanto, uma relação recíproca de comunicação e interação por uma mesma causa: a saúde das mães em fase de amamentação e de seus bebês. Nessa sequência, “a comunicação em busca de consenso entre os profissionais se traduz em qualidade na atenção integral às necessidades de saúde da clientela” (ARAÚJO & ROCHA, 2007, p.459).

O trabalho em equipe dos BLHs com os profissionais da mesma instituição emergiu nos depoimentos dos entrevistados como modalidade de trabalho coletivo, por intermédio do diálogo e consenso, que foram considerados elementos imprescindíveis para o bom

desenvolvimento das rotinas dos serviços. Portanto, “o trabalho em equipe ‘provoca’ a escuta do outro, o que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação” (ARAÚJO & ROCHA, 2007, p.463).



### 5.3.2.1 Grupo 2: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com profissionais de setores não especificados

A primeira prática de comunicação do grupo 2 abrange a “Comunicação dos profissionais dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com profissionais de setores não especificados”, que foi relatada por 73% dos entrevistados. No entanto, considerá-la como prática favorável à autossuficiência em leite humano foi mencionada por 47%, sendo eles: BLH-HRP, BLH-HMIB, BLH-HRC, BLH-HRBz, BLH-HRS, BLH-HRAN e BLH-Hospital Santa Lúcia.

(...) essa é uma frase da chefe da época, a enfermeira Fátima, ela falou que eles começaram a amamentar mesmo, todos os funcionários do HMIB com essa ideia de que o leite materno era cem por cento melhor do que outro alimento. Então, vê que desde aí surge o amor pela causa, uma escuta pelo espaço que o Banco de Leite deveria realmente ocupar (SCHIMIN, 2012).

Houve um bom relacionamento com as equipes afins, dos setores afins dentro da regional (VIANA & MALLOSTO, 2012).

As entrevistadas do BLH-HRP ressaltaram os treinamentos oferecidos pelos BLHs aos profissionais atuantes no hospital, valorizando o aleitamento materno nas instituições.

(...) a necessidade de implementar os dez passos do sucesso do aleitamento materno, foi feito o treinamento maciço de todos os servidores no curso de dezoito horas, de junho a dezembro, olha, vocês não têm ideia do que isso foi para gente, loucura de treinamento todo dia, eu não aguentava mais, perdi a voz e tudo. (...) Embora fosse uma sobrecarga, era também uma garantia de que as coisas iam acontecer e, principalmente, naquele momento em que realmente as coisas se centravam no Banco de Leite (VIANA & MALLOSTO, 2012).

A gente consegue fazer o treinamento dos funcionários de toda a regional, que antes era centrado só no hospital, então, toda regional é treinada e o Programa de Família Saudável também (VIANA & MALLOSTO, 2012).

O comprometimento e o apoio dos funcionários de outros setores da instituição foram referidos pelas entrevistadas dos BLHs do HRP, Hospital Santa Lúcia e HMIB. A última descreveu a implantação da IHAC como fator motivador para despertar o envolvimento de outros setores para a temática do aleitamento materno.

O que a gente considera como determinante do êxito? É o compromisso da equipe do Banco de Leite e o apoio de funcionários de outros setores (VIANA & MALLOSTO, 2012).

A conscientização de toda a equipe envolvida nos cuidados do bebê e da mãe, e a importância do aleitamento materno (QUEIROGA, 2012).

Eu acredito que a IHAC no hospital serve para que todos os setores estejam engajados com a amamentação e não que o Banco de Leite tenha que estar em todos os setores. (...) Vamos começar treinamentos *in loco* em cada setor focando aquela ação da amamentação na primeira hora de vida (SCHIMIN, 2012).

A implantação de salas de amamentação no hospital foi mencionada pela entrevistada do BLH-HRC. O depoimento revelou a existência de incentivo das funcionárias do hospital em retirar o próprio leite, durante o expediente, para beneficiar o filho e os bebês internados na UTI Neonatal.

E, com isso, trouxe a ideia de implantar a sala de amamentação, incentivando as próprias servidoras na época, que elas pudessem retirar o seu excedente e voltar para aqueles recém-nascidos (GOMES, 2012).

A entrevistada do BLH-HRAN explicou que, por se tratar de um hospital geral, existiam no HRAN mães em fase de amamentação em diversos setores e não apenas na Maternidade e na UTI Neonatal. Portanto, fez-se necessário ampliar o olhar para o hospital como um todo, com o intuito de identificar as mulheres que precisavam da assistência do BLH.

A gente tem puérperas e lactantes no hospital inteiro. Então, geralmente, quando os treinamentos são feitos, de aleitamento, todos esses setores são convidados a participar, e eles gostam de participar (BRASILEIRO, 2012).

Além disso, o BLH-HRAN oferecia treinamentos em aleitamento materno a todos os alunos e residentes da área Materno-Infantil, fortalecendo os laços entre as equipes.

Existe uma rotina no HRAN, que nós recebemos todos os profissionais, alunos, residentes, nós treinamos todos esses profissionais em aleitamento materno. Então, antes do técnico de enfermagem que é aluno, antes do residente, médico, nutricionista começar a atuar no materno-infantil, ele passa pela parte do aleitamento materno. E, esse ano, a gente tem melhorado mais pela parceria com os preceptores de nutrição, preceptores de medicina, e os outros coordenadores em relação aos cursos técnicos. Então, essa equipe toda passa por orientações e o bom é que a gente está no mesmo andar (BRASILEIRO, 2012).

Em contrapartida, 53% dos entrevistados relataram limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano no DF, sendo eles: BLH-HRT, BLH-HRP, BLH-HMIB, BLH-HRBz, BLH-HRAN, BLH-HUB, BLH-Hospital Anchieta e BLH-HRSM.

A fragmentação das tarefas ainda é muito comum no trabalho em equipe, havendo uma divisão de responsabilidades específicas para cada profissional, sem que haja suficiente conhecimento e participação de todos os envolvidos. Dessa forma, os profissionais de saúde têm dificuldade em considerar o trabalho em sua totalidade, continuando a valorizar as especialidades e a hierarquia de conhecimentos (CARDOSO & NASCIMENTO, 2010, p. 1517).

Entre os fatores citados como limitantes dessa prática de comunicação, segundo os entrevistados, destacaram-se: falta de comprometimento de profissionais do hospital com a temática aleitamento materno; desperdício de leite humano, atribuindo toda a responsabilidade sobre a amamentação e o cuidado com o leite humano à equipe do BLH; e prescrições de complementos aos bebês internados.

A falta de comprometimento do aleitamento materno de outros profissionais do HRT, que atendem ao binômio mãe-filho, considerando o Banco de Leite como o único responsável pelo apoio, incentivo e promoção ao aleitamento materno (SATO, 2012).

A gente tem uma perda grande que eu acho que coincide com a maioria das dificuldades dos outros bancos, que é uma presença de sujidade, sobretudo no período de seca que a gente tem, de ‘descamamento’ de pele e tal. Então, a gente tem também desperdício de leite humano por solicitações equivocadas, pois ainda o bebê mal acabou de nascer, já vem gente pedindo para prevenir hipoglicemia, não sei o quê. Então a gente tem desperdício também por isso (VIANA, 2012).

(...) e restrição um pouco das prescrições com os *staffs*, sendo mais incisivos com relação aos residentes que, normalmente, estavam prescrevendo fora do padrão normal (SCHIMIN, 2012).

(...) outra dificuldade é a falta de envolvimento dos demais profissionais que lidam com a mãe e o bebê, no sentido de estarem apoiando e incentivando à amamentação. A gente tem tentado superar essas dificuldades, como eu já falei anteriormente, através dos treinamentos que temos realizado (MONTEIRO, 2012).

Como eu era a mais nova no HRAN, eles não queriam que eu fosse para o Banco de Leite porque era visto como um setor muito fácil de se trabalhar, como se não tivesse nenhuma atividade importante para o hospital, mas a gente provou que é diferente (...) E a conscientização da ideia de que o aleitamento materno é um compromisso de todos. Eu acho que no materno-infantil, por existir Banco de Leite Humano, os profissionais, de certa forma, se acomodam e acham que tudo é o Banco de Leite Humano que tem que resolver. E isso é falado nos treinamentos (BRASILEIRO, 2012).

Fatores que impediram os avanços: às crises nos hospitais, dificuldade de inserção na rotina, como foi falado por todos vocês aqui, na interface com profissionais de outras áreas e até mesmo da unidade intensiva e outras especialidades, e a desmotivação dos funcionários frente a toda essa conjuntura que nós falamos anteriormente (LACERDA, 2012).

(...) em relação à continuidade da assistência por parte de outros setores, porque acaba, devido a essa conscientização da educação permanente nos outros setores, eles não têm o mesmo comprometimento com o aleitamento materno. Eles acabam referenciando isso só mesmo como uma atribuição do Banco de Leite. E isso ainda é um ponto negativo (COSTA, 2012).

A não continuidade das ações recomendadas pela IHAC foi citada pelas entrevistadas do BLH-HRP, como fator que limitou a autossuficiência em leite humano.

(...) dentro de IHAC e Banco de Leite, a gente enfrentou, assim, algumas dificuldades, que no início houve uma grande mobilização de toda a regional para obter o título de Hospital Amigo da Criança, mas, ao longo do tempo, não houve empenho necessário dos gestores e setores afins também para a continuidade dessas ações favorecedoras do aleitamento materno. O Banco de Leite continuou a frente dos treinamentos de pessoal e monitoramento dos Dez Passos, apesar de todas as dificuldades, ainda hoje, o que é o grande pilar da IHAC no HRP, é o Banco de Leite (VIANA & MALLOSTO, 2012).

Além disso, o depoimento concedido pela entrevistada de um hospital privado de saúde do DF evidenciou a dificuldade de parceria e comprometimento por parte de outras equipes para o incentivo ao aleitamento materno.

É uma luta diária, foi uma conquista muito importante para o Hospital Anchieta e para equipe de enfermagem também, até porque a resistência, é importante que se fale, a resistência na rede privada não vem só da doadora, não vem só da puérpera, da 'mãezinha', ela vem também da equipe de enfermagem, que ainda tem resistência, principalmente, pela questão da dificuldade de recursos humanos, não só das mães, mas também tem as orientações que são passadas com dificuldades (DAMASCENO, 2012).

O argumento das tecnologias para a amamentação, ele traz uma série de dificuldades, principalmente, na rede privada, porque tem 'mãezinha' que chega lá que não quer nem pegar em seio. E chegam lá com a bombinha, com a conchinha, com tudo que tem, e tem coisa que a gente até nem nunca viu que elas chegam dizendo que já é novo no mercado. Então, é importante sim a conscientização também da equipe de enfermagem (DAMASCENO, 2012).

### 5.3.2.2 Grupo 2: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Direções

A segunda prática de comunicação identificada a partir dos depoimentos analisados abrange a comunicação dos profissionais dos Bancos de Leite Humano com as Direções dos hospitais em que atuavam. Essa prática foi destacada por 67% dos entrevistados.

No entanto, considerá-la como prática favorável à autossuficiência em leite humano foi mencionada por 47% dos entrevistados, sendo eles: BLH-HMIB, BLH-HRC, BLH-HRS, BLH-HRAN, BLH-Hospital Santa Lúcia, BLH-HFA e BLH-HRSM.

Uma reorganização também no organograma hospitalar. Nós éramos subordinados à gerência de enfermagem, passamos a ser subordinados à Direção do hospital. Então, ficou um pouco mais fácil esse elo entre a Direção e o Banco de Leite (SCHIMIN, 2012).

A presença dos diretores em eventos comemorativos dirigidos às doadoras de leite humano, a valorização do trabalho realizado, os investimentos nas instalações dos BLHs, a compra de vidros para armazenamento do leite humano doado e a disponibilização de transporte para a coleta domiciliar foram as principais ações destacadas pelos entrevistados em relação a essa prática de comunicação.

O comprometimento da Direção foi um fato marcante. Então, aqui é o diretor entregando um certificado para a nossa doadora. Então, realmente ele está sempre presente (SCHIMIN, 2012).

Em relação aos gestores, a sensibilização da Direção do hospital da importância e da relevância do Banco de Leite porque, até então, não enxergavam o Banco de Leite como uma unidade necessária e que precisaria de uma obra, de uma construção (GOMES, 2012).

(...) há um reconhecimento da regional, da valorização do trabalho que é desenvolvido por esse serviço (BRITO, 2012).

(...) a diferença da IHAC no HRAN é que quando o hospital ganhou o título, a Direção passou a olhar para o Banco de Leite Humano. (...) a esperança aumentou, porque realmente chegou um diretor que mandou fazer a planta, colocou uma engenheira e a gente vai para o térreo (BRASILEIRO, 2012).

Nós conseguimos também com o hospital, depois de uma longa luta, a compra de vidros. (...) a liberação por parte da Direção do hospital de um espaço físico para a execução da planta (QUEIROGA, 2012).

E em dois mil e dois (...) implementou a coleta domiciliar com o acordo com a Direção do hospital de fazer a coleta. Você tem que ter um serviço de transporte para coletar esse leite (MOURA, 2012).

Em contrapartida, 20% relataram limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano no DF, devido à dificuldade de estabelecer comunicação com a Direção dos hospitais, sendo eles: BLH-Hospital Santa Lúcia, BLH-HFA e BLH-HRSM. Foram citados o fato de o BLH não gerar ganhos diretos às instituições, nos casos de BLHs pertencentes a hospitais da rede privada de saúde, e a falta de recursos humanos disponibilizados aos serviços de BLHs.

A entrevistada do BLH-Hospital Santa Lúcia destacou que, por se tratar de um hospital particular e pelo fato do BLH não gerar ganhos diretos ao hospital, o mesmo passou a ser considerado um peso para o hospital, sendo necessário o convencimento sobre a importância das atividades para investimentos no serviço. Outra questão limitante do serviço ressaltada pela entrevistada se refere à falta de recursos humanos para o BLH e as mudanças no comando da Direção.

Na realidade, o Banco de Leite, nós somos meio que um peso para o hospital porque nós não geramos um ganho direto financeiro, a gente gera gastos. (QUEIROGA, 2012).

As nossas dificuldades enfrentadas, atualmente, então, é a falta de investimento por parte do hospital. (...) Então, a gente tem que estar convencendo o hospital de que existe um ganho indireto (QUEIROGA, 2012).

(...) a gente, então, procura mostrar ao hospital que o Banco de Leite gera um ganho indireto (QUEIROGA, 2012).

As nossas maiores dificuldades são porque como é um hospital militar, a cada dois anos é mudado o comando e a Direção do hospital. Então, dois anos passa a ser o Exército, dois anos Marinha, dois anos Aeronáutica. E aí a prioridade do Exército não é a mesma da Marinha, não é a mesma da Aeronáutica, então, a cada dois anos, a gente tem que estar sensibilizando a Direção da importância do Banco de Leite dentro da instituição e a manutenção da Unidade Neonatal (MOURA, 2012).

(...) o hospital ainda carece de parte do apoio dos gestores, no que se refere ao quadro de pessoal (COSTA, 2012).

### 5.3.2.3 Grupo 2: Comunicação entre os profissionais pertencentes a um mesmo Banco de Leite Humano

A terceira prática de comunicação do grupo 2 se refere aos profissionais pertencentes a um mesmo BLH. 53% dos entrevistados mencionaram se comunicar com a própria equipe do BLH e consideraram essa prática como fator que contribuiu para a autossuficiência em leite humano. Foram eles: BLH-HRT, BLH-HRP, BLH-HMIB, BLH-HRC, BLH-HRBz, BLH-HRAN, BLH-HRSM e BLH-HRPa. Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

A concepção de trabalho em equipe está vinculada a de processo de trabalho e vem, portanto, sofrendo transformações ao longo do tempo. Historicamente, surge da necessidade do homem de somar esforços para alcançar objetivos de forma mais fácil e de atender às exigências do processo de produção moderno (ARAÚJO & ROCHA, 2007, p. 460).

Como exemplos de práticas de comunicação identificadas nas falas dos entrevistados podemos citar: treinamentos, cursos, oficinas e qualificação da equipe em todas as atividades que envolvem os serviços prestados pelos BLHs. Os profissionais das áreas mais especializadas ofereciam suporte às equipes de BLH, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde, conforme verificamos nos depoimentos das entrevistadas dos BLHs do HRT, HRP e HRC.

O que é muito importante e que a gente sempre procura é manter toda a equipe habilitada para todas as atividades do Banco de Leite, seja atendimento ambulatorial, intercorrências na amamentação, assistência ao Alcon, assistência à unidade neonatal, processamento do leite humano ordenhado, os treinamentos de estágio, os cursos. Toda a equipe está gabaritada para dar apoio nessas atividades. Então, se falta um, sempre tem o outro qualificado para assumir a posição dele (SATO, 2012).

A gente fez um curso de aconselhamento em aleitamento materno para toda a nossa equipe. (...) E depois que a gente fez a oficina para todos aqui e reproduzimos isso na regional, a gente observou que, embora ninguém tenha nos dito isso, a gente observou uma redução muito grande mesmo no número de problemas de mama que chegavam na Regional, lá no Banco de Leite, porque nós éramos referência (VIANA & MALLOSTO, 2012).

Começamos também a capacitar a nossa equipe do Banco de Leite, conhecer a matéria-prima que nós trabalhávamos, com o leite humano, o manejo com este leite e, com isso, nós tivemos ganhos e melhorias (GOMES, 2012).

Como diferenciais apresentados pelo BLH-HMIB, destacaram-se: treinamento oferecido às copeiras para a cobertura do atendimento no horário noturno e discussão de todos os casos diários com toda a equipe do BLH.

De acordo com Campos (1999, 2003), o compartilhamento de saberes em seus núcleos e campos de atuação reforça o poder interdisciplinar. A análise dos depoimentos também nos permitiu observar a existência de treinamento às lactaristas pelo BLH-HRBz e BLH-HRS, no sentido de reduzir o desperdício de leite humano doado.

O nosso desafio constante é na falta de pessoal noturno. Então, a gente não tem Banco de Leite noturno funcionando, somente a copeira que fica lá. Então, para a gente melhorar a situação, a gente treina efetivamente a copeira para que ela tenha a sensibilidade mesmo de falar com a mãe para ela tirar aquele leite, que está desperdiçando ali e o porquê de estar desperdiçando com as auxiliares de enfermagem. Então, a gente conta mesmo com as copeiras. E restrição um pouco das prescrições com os staffs, sendo mais incisivos com relação aos residentes, que normalmente estavam prescrevendo fora do padrão normal (SCHIMIN, 2012).

Essa parceria é de um serviço realmente também muito bacana. Então, nós fazemos sempre treinamentos com as lactaristas e supervisão (BRITO, 2012).

Outra coisa que a gente tem feito regularmente é treinamento para as lactaristas. A distribuição do nosso leite é feita pela mesma equipe que as meninas já falaram anteriormente, é a equipe da Sanoli, e a gente faz esses treinamentos para além da parte técnica, principalmente, conscientizá-las também da necessidade do cuidado com o produto e com o que diz respeito ao desperdício (MONTEIRO, 2012).

No que tange o comprometimento da equipe de BLH com o trabalho, todos os entrevistados que relataram exercer essa prática de comunicação atribuíram esse fato como sendo um dos fatores que contribuíram para o êxito dos BLHs do DF. Dessa forma, as diferentes ações dos BLHs passaram a ser realizadas em conjunto com todos os funcionários, sendo motivadas pelo trabalho em equipe e pela valorização dos profissionais atuantes em cada um dos BLHs mencionados a seguir.

Essa é a nossa equipe e é graças a ela, (...) à dedicação, empenho e disponibilidade que a gente consegue tocar e fazer direito. Todas elas são capacitadas (VIANA & MALLOSTO, 2012).

(...) quando você tem uma equipe motivada, você vai aonde tem a doadora, você se desdobra, nós nos desdobrávamos em mil (GOMES, 2012).

(...) se não fosse o envolvimento da nossa equipe, tudo é conseguido à custa de muito empenho e muito amor, nada disso seria possível acontecer (MONTEIRO, 2012).

(...) sem essa equipe eu não sou nada, sem eles eu não estaria aqui. Então, eu agradeço muito a possibilidade de estar sempre junto com eles. Eu sempre agradeço, sempre estou junto. A gente sempre discute todos os casos, os casos mais complicados do Alojamento Conjunto, e uma postura que eu ensinei a eles: se eu não estiver aqui, vocês são os meus olhos, a minha boca,



tudo. Então, eu fico orgulhosa dessa equipe pelo fato da gente ter liberdade um com o outro, da gente discutir juntos, da gente pensar no que o outro está falando (BRASILEIRO, 2012).

Realmente, quem trabalha no Banco de Leite abraça a causa, mesmo com todas as dificuldades, todo mundo veste a camisa e realiza o trabalho. Então, nós temos uma equipe motivada, capacitada, que realmente gosta do que faz e que ajuda a proporcionar esse êxito (COSTA, 2012).

(...) nós temos uma equipe muito participativa, muito responsável, participa das nossas tomadas de decisão (MEDEIROS, 2012).

#### **5.3.2.4 Grupo 2: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as UTI Neonatais**

A quarta prática de comunicação diz respeito à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as equipes das UTI Neonatais”, sendo referida por 47% dos entrevistados. Foram eles: BLH-HMIB, BLH-HRC, BLH-HRBz, BLH-HRAN, BLH-Hospital Santa Lúcia, BLH-HFA e BLH-HRPa. Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

(...) e os determinantes do êxito, sem dúvida, eu acho que é o esforço mútuo da equipe do Banco de Leite e da UTI no trabalho (QUEIROGA, 2012).

A entrevistada do BLH-HMIB ressaltou que a comunicação com a equipe da UTI Neonatal permitiu reduzir o desperdício de leite humano no hospital. “(...) o trabalho interdisciplinar tem como significado: a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto onde estão inseridas” (ARAÚJO & ROCHA, 2007, p. 461).

(...) a gente distribui lá aqueles cartazes com a quantidade do que foi desperdiçado, ontem, de leite, porque elas não avisaram que a mãe estava lá. Então, a gente começou a conseguir desperdiçar menos (SCHIMIN, 2012).

Já a entrevistada do BLH-HRBz relatou a realização de reuniões com os profissionais atuantes na UTI Neonatal, favorecendo a manutenção do aleitamento materno. Nesse mesmo sentido, a entrevistada do BLH-HFA também destacou os treinamentos oferecidos aos novos funcionários atuantes na UTI Neonatal.

A gente também tem realizado reuniões com os profissionais da UTIN, no sentido de mobilizá-los para estarem estimulando, incentivando e apoiando o aleitamento materno (MONTEIRO, 2012).

Em dois mil e dois, houve um reforço no quadro de funcionários do hospital e da Unidade Neonatal, então, o Banco de Leite forneceu treinamento para esses novos servidores (MOURA, 2012).

A entrevistada do BLH-HRC explicou que o diálogo entre o BLH e a equipe da UTI Neonatal permitiu implantar a Sala da Mãe-Nutriz e, com isso, proporcionar às mães acompanhantes dos recém-nascidos internados um espaço para a ordenha do leite para o seu próprio filho. Por sua vez, a entrevistada do BLH-HRAN referiu a presença de uma funcionária do BLH na UTI Neonatal, responsável pela orientação sobre amamentação e prática de doação de leite humano.

(...) tivemos a implantação da Sala da Mãe-Nutriz, porque nós víamos também que o volume de leite que era solicitado pela Unidade Neonatal era muito grande e o aproveitamento do leite das mães dos prematuros internados, minimamente. Então, nós, em discussão com a equipe da Neonatologia, vimos que era muito necessária a permanência e a presença daquelas mulheres no hospital (GOMES, 2012).

Ela ensinava todo mundo do Berçário a orientar às mães e atender às mães, como retirar o leite para doação e como posicionar esses bebês. Proporcionar que a mãe e o recém-nascido saíssem do hospital sem intercorrências com a amamentação que colocassem em risco a saúde dessa díade (BRASILEIRO, 2012).

No HRBz, a entrevistada explicou que o mapa da distribuição do leite humano e o cadastro dos receptores eram feitos pela equipe do BLH e não pelos profissionais da UTI Neonatal. A preocupação com a prescrição de complementos aos recém-nascidos internados na UTI Neonatal também foi ressaltada pela entrevistada do BLH-HRPa. Essa parceria permitiu reduzir o uso de fórmulas lácticas artificiais no interior das UTI Neonatais dos dois hospitais referidos.

Outra estratégia que nós temos usado é que na nossa regional quem faz o mapa da distribuição do leite humano e o cadastro dos receptores somos nós do Banco de Leite. E assim a gente consegue cruzar o dado da prescrição com o dado da visita diária na Maternidade. A gente consegue observar se as crianças que estão sendo prescritos complementos, se elas realmente estão necessitando. E quando não estão, a gente questiona a equipe porque que está prescrevendo o leite para uma mãe que está inclusive, às vezes, até ordenhando (MONTEIRO, 2012).

Hoje, nós mantemos cobertura também no Alcon e CO, o que foi permitido depois que foi lançado o protocolo, mas, dentro dele, a gente estabelece que o binômio precisa ser reavaliado após três horários de oferta de complemento de leite humano, já para garantir que não haja nem complementação desnecessária e nem desperdício. Para que ele funcione, é necessária a conscientização da equipe, principalmente, dos profissionais neonatologistas, esse também é um trabalho de formiga, é um acompanhamento cotidiano (MEDEIROS, 2012).

A entrevistada do BLH-HRAN destacou a parceria com a equipe da Neonatologia como um dos fatores que permitiu a autossuficiência em leite humano no DF. Diálogo, bom relacionamento entre as equipes e unificação da linguagem, segundo a entrevistada, foram os principais motivos que levaram o BLH-HRAN a conquistar a autossuficiência.

Todos os dias, eu passo visita na UCI porque o Banco de Leite é do lado da UCI e é muito fácil. Todos os dias, eu vou falar com os pediatras, mesmo sabendo que existe um técnico de enfermagem triando todas as mães para o Banco de Leite, para o atendimento individual (BRASILEIRO, 2012).

Então, um perfil forte do HRAN é essa parceria com a Neonatologia e esse atendimento ao leite do 'atermo', que começamos do Centro Obstétrico. Então, as mães que têm mais dificuldades, a gente direciona como que deve ser a assistência a essas mães (BRASILEIRO, 2012).

A equipe 'parceirona' da Neonatologia, que é um fator determinante. Eles não, sem a avaliação do Banco de Leite Humano, eles não liberam uma mãe, eles sempre esperam o nosso parecer. Se eles têm dúvidas, eles sempre procuram pelo Banco de Leite e sempre estão apoiando o aleitamento materno. (...) então, eu não posso jamais esquecer toda a equipe da Neonatologia (...). A unificação da linguagem e a parceria com a área da criança e Neonatologia (BRASILEIRO, 2012).

### **5.3.2.5 Grupo 2: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Maternidades**

A quinta prática de comunicação do grupo 2 se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Maternidades”, que foi destacada por 13% dos entrevistados. Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

A entrevistada do BLH-HRP mencionou a parceria com a equipe da Maternidade do hospital, considerando-a como prática favorável à promoção e incentivo ao aleitamento materno, enquanto a entrevistada do BLH-HRAN destacou a aproximação dos trabalhos entre BLH e outras equipes afins, conforme expostos nos depoimentos abaixo.

(...) houve uma consolidação imensa do Alcon como fator favorecedor do aleitamento materno (VIANA & MALLOSTO, 2012).

No decorrer desses anos, Banco de Leite, IHAC, UCI, Maternidade, Centro Obstétrico, Pediatria. A gente passou a trabalhar mais perto um do outro, a gente passou a olhar para o serviço do outro (BRASILEIRO, 2012).

### **5.3.2.6 Grupo 2: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Assessorias de Comunicação**

A sexta e última prática de comunicação pertencente ao grupo 2 se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Assessorias de Comunicação”, que foi mencionada por 13% dos entrevistados. Foram eles: BLH-HRP e BLH-Hospital Santa Lúcia. Em relação aos limites dessa comunicação para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

Como exemplos dessa interação, foram relatadas reportagens em jornais internos dos próprios hospitais, conforme os depoimentos do BLH-HRP e BLH-Hospital Santa Lúcia.

Essa é uma foto, não é bem um documento, é a comunicação social que fez uma reportagem a respeito disso (VIANA & MALLOSTO).

E o jornal, às vezes, o hospital consegue também junto ao Departamento de Comunicação publicidade em jornais escritos e no jornal interno do próprio hospital (QUEIROGA, 2012).

### 5.3.3 Grupo 3: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

O grupo 3 se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal”. Essa prática foi referida por 80% dos entrevistados. Porém, considerá-la como prática de comunicação favorável à autossuficiência em leite humano foi mencionada por 60%, sendo eles: BLH-HRT, BLH-HRP, BLH-HRC, BLH-HRBz, BLH-HRS, BLH-HRAN, BLH-HRG, BLH-HRSM e BLH-HRPa.

Os militares do CBMDF realizavam, em 2012, coleta e transporte de leite humano, por intermédio de uma parceria com a SES-DF (Lei 454, de 15 de junho de 1993). Essa parceria conferiu à Corporação, em 1998, o título de “Corpo de Bombeiros Amigo da Criança”, premiação concedida pela Unicef, tornando-se a única instituição não hospitalar a receber essa comenda (BRASIL, 2013).

O trabalho pioneiro surgiu, em Brasília, no início da década de 1990. Cabe destacar que o compromisso do CBMDF não se limita apenas à coleta e ao transporte do leite humano, mas em prestar orientações e assistência às mães em fase de amamentação.

(...) em mil novecentos e noventa e dois, com o projeto Bombeiro Amigo do Peito, em que os bombeiros passaram a fazer parte da equipe de Banco de Leite, não só na coleta, mas também como nas orientações das mães, de ordenha, armazenamento e também davam suporte nas intercorrências da mama (SATO, 2012).

Parceria do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e aqui eu tenho que lembrar desde os primeiros tempos até os bombeiros que estão hoje. Eles não simplesmente coletam o leite, batem na porta da mãe e trazem o leite. Eles conversam, perguntam, orientam. Se eles veem que alguma coisa não está acontecendo de forma adequada, eles me ligam: Doutora, essa mãe está precisando de apoio! E a gente traz essa mãe para dentro do Banco de Leite. Então, eles fazem esse *feedback* positivo para gente diretamente com a própria doadora e semanalmente. E isso é muito importante (SATO, 2012).

E a parceria com o Corpo de Bombeiros. Isso aqui foi dito e ainda vai ser dito por muitas pessoas porque nós passamos a ter coleta sistemática (GOMES, 2012).

No dia dezesseis de seis de dois mil e dez, houve o início da coleta aqui no nosso Banco de Leite pelos Bombeiros do DF (BRITO, 2012).

A entrevistada do BLH-HRT enfatizou que os integrantes do CBMDF passaram a compor a equipe do BLH, trabalhando em prol da promoção, proteção e apoio à amamentação.

(...) foi firmado o Projeto Amamentação, onde o convênio firmado novamente com o Corpo de Bombeiros Militar e o Banco de Leite passam a trabalhar juntos por uma mesma causa. Então, dez bombeiros passam a integrar a equipe do Banco de Leite de Taguatinga, o funcionamento, vinte e quatro horas por dias, nos sete dias da semana. Então, à noite, se aparecer uma mãe com algum tipo de dificuldade, algum problema relacionado à amamentação, elas serão atendidas pelas socorristas do bombeiro (SATO, 2012).

Segundo a entrevistada do BLH-HRBz, na ocasião da coleta domiciliar, os bombeiros procuravam esclarecer as eventuais dúvidas em relação à amamentação. Para tanto, eram entregues folderes e uma carta produzida pela equipe do BLH-HRBz.

E a coleta domiciliar do leite humano que desde dois mil e dez é realizada pelos Bombeiros aqui do DF. (...) Então além do folder, a bombeira conversa e aí entrega a cartinha (MONTEIRO, 2012).

A parceria com o CBMDF também ocorria na participação em eventos comemorativos, conforme mencionaram as entrevistadas do BLH-HRP.

A gente tem o Rotary, o pessoal da Sanoli e Corpo de Bombeiros. (...) Dentro das atividades da Secretaria, a gente andou participando de uma confraternização no Parque dos Pioneiros. Essa era a nossa viatura antiga. A Tania, que está de azul, é uma funcionária nossa e também do Banco de Leite do Paranoá. A Iara, que era a primeira bombeira que fez coleta com a gente e, mais uma vez, o Rotary participando (VIANA & MALLOSTO, 2012).

As entrevistadas dos BLHs do HRAN e HRG ressaltaram o comprometimento e a dedicação da equipe do CBMDF com o trabalho desenvolvido pelos BLHs do DF.

Em dois mil e seis e dois mil e sete, eu solicitei uma homenagem a esse bombeiro porque ele fazia de manhã toda a coleta do HMIB. (...) Então, ele fazia de manhã HMIB e de tarde HRAN e eu ficava impressionada com o pique desse bombeiro. (...) o Anderson é o novo bombeiro, maravilhoso, ele é parceiro de uma outra bombeira, que é uma dupla. E, nossa, eu nunca vi um bombeiro tão bom como esse rapaz. As doadoras adoram e, assim, só elogios em relação ao Anderson (BRASILEIRO, 2012).

Em noventa e dois e noventa e três, aproximadamente, tivemos a parceria do Corpo de Bombeiros. (...) coletas domiciliares com a ajuda dos bombeiros. (...) E aqui nós queremos também destacar o nosso bombeiro, não temos



uma dupla, é o bombeiro Osman, que ele faz um trabalho com muito empenho. Se ele pudesse fazer coleta todos os dias, ele iria todos os dias (DUARTE, 2012).

O apoio do CBMDF foi referido pelas entrevistadas dos BLHs do HRSM e HRPa como fundamental para o aumento da coleta de leite humano e o melhor aproveitamento da equipe, que antes era deslocada para a visita domiciliar. Além disso, o bom relacionamento da equipe de bombeiros com os funcionários do BLH-HRSM e com as doadoras contribuiu muito, segundo as entrevistadas, para a autossuficiência em leite humano no BLH-HRSM.

(...) outro fator também é a boa relação da equipe de bombeiros com as doadoras e da equipe do banco também (COSTA, 2012).

(...) e só no final mesmo de dezembro de dois mil e dez que introduziu a equipe dos bombeiros como parceiro. E isso resultou também no aumento da coleta e diminuição também de encaminhar as servidoras do Banco, aproveitar melhor as funcionárias do banco para outras atividades, em vez de elas terem que ir para a coleta (COSTA, 2012).

(...) passamos a implementá-lo como forma de recompensa às doadoras quando elas se tornam inativas. Eles vão na coleta, já ficam no carro dos bombeiros, já vão pré-assinados pela Doutora Miriam e por mim. A entrega também rendeu frutos positivos e as doadoras se sentem tão lisonjeadas que se tornam multiplicadoras, elas falam para as outras, e isso aumentou o número de ligações para o Banco de Leite porque elas nos procuram se oferecendo para serem doadoras (COSTA, 2012).

Foi um ganho a participação do CBMDF na coleta de leite humano porque, até dois mil e dez, nós assumimos essa coleta, não temos uma viatura. Então, é um pouco mais difícil. Agora, com a equipe, a gente percebe o quanto que o trabalho melhorou, até mesmo para liberar a equipe para outras atividades (MEDEIROS, 2012).

E o CBMDF. A gente vê muita diferença quando a dupla de Bombeiros é engajada, é comprometida, realiza o seu trabalho de fato com muita responsabilidade. A gente tem um resultado bem diferente (MEDEIROS, 2012).

Em contrapartida, 20% relataram limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano no DF, sendo eles: BLH-HFA, BLH-Hospital Santa Luzia e BLH-Hospital Santa Lúcia.

Ainda não temos um veículo exclusivo destinado à coleta domiciliar desse leite e, como a gente fica aqui situado bem no centro, a gente divide essas doadoras com vários outros Bancos de Leite, que tem o apoio do Corpo de Bombeiro, porque, como eu falei, como é um quartel, às vezes, o transporte que está destinado ao Banco de Leite, se surge uma outra demanda, o motorista é dispensado para atender essa demanda, esse outro serviço (MOURA, 2012).

E o que mais a gente sente é a falta de parceria, como é exemplo da rede pública, que tem a parceria do Rotary Club, do Corpo de Bombeiro. Não! Nós somos sozinhos (AGUIAR, 2012).

Nós não somos atendidos pelo Corpo de Bombeiros e hospital privado, vocês sabem como é (QUEIROGA, 2012).

### 5.3.4 Grupo 4: Comunicação entre os Bancos de Leite Humano do Distrito Federal

O grupo 4 se refere à “Comunicação entre os Bancos de Leite Humano do Distrito Federal”. 73% dos entrevistados relataram estabelecer comunicação com outros BLHs que integram à rBLH-DF e consideraram essa prática comunicativa como um elemento que contribuiu para a autossuficiência em leite humano no DF. Foram eles: BLH-HRP, BLH-HMIB, BLH-HRC, BLH-HRBz, BLH-HRS, BLH-HRAN, BLH-HUB, BLH-HFA, BLH-Hospital Santa Luzia, BLH-HRSM e BLH-HRPa. Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

O trabalho integrado na Rede de Bancos de Leite, como já foi falado aqui anteriormente, nós realmente trabalhamos muito juntas (MONTEIRO, 2012).

(...) a minha vivência no HRAN foi graças a todos os outros Bancos de Leite e que a gente tem convivido até hoje (BRASILEIRO, 2012).

Claro, uma equipe de ouro como a que a gente tem, a gente não se encontra, é realmente como a Doutora Joana falou, é uma família, a gente se encontra não só nesse momento de trabalho, de labuta, mas também em eventos festivos, de momentos bem agradáveis (BRITO, 2012).

E dizer para o João Aprígio que ele está com um problema sério, que é avaliar o sucesso do aleitamento materno no DF. Porque, na verdade, isso é um fenômeno sociológico, isso é o resultante de uma espiral que começou aqui no DF (LACERDA, 2012).

O BLH-HRT, Centro de Referência em BLHs para o DF, e o BLH-HRS realizaram a capacitação em processamento do leite humano e treinamento para os funcionários do BLH-HRP, BLH-HFA e BLH-Hospital Santa Luzia.

Em noventa e nove, (...) o que foi mais marcante, que aconteceu, foi a capacitação de parte da equipe do Banco de Leite em processamento de leite humano, no curso de quarenta horas no Hospital de Referência em Taguatinga. (...) Então, nós começamos fazendo uma parceria com o Hospital de Sobradinho, como a Ana Célia disse na apresentação dela, nós somos da ponta Norte, somos mais próximos, então, a gente fez o treinamento lá em Planaltina das equipes dos Bancos de Leite de Planaltina, Sobradinho e Planaltina de Goiás, que é do entorno, fica a dezessete quilômetros de Planaltina (VIANA & MALLOSTO, 2012).

(...) o HRT cedeu algumas técnicas. Ela estava até por aqui ainda há pouco, a Romilda foi para lá, foi contratada, passou a ser do quadro do hospital para construção do Banco de Leite. Então, eles fizeram o treinamento amplo de toda a equipe (MOURA, 2012).

O Centro de Referência de HRT também foi muito importante, principalmente, junto à bioquímica na qualidade do leite. E também a

parceria com o Banco de Leite da rede pública, principalmente, nos que ficam mais próximos da gente, que é o HRAS, na pessoa da Doutora Fátima, e mais distantes, na Ceilândia, na Derlucy. Todos, às vezes que eu liguei, assim, desesperada, socorro, me socorre, e ela está sempre te ajudando. E ainda o nosso vizinho, que é grande parceiro, que é o Banco de Leite do Hospital Santa Lúcia e ainda atualmente (AGUIAR, 2012).

A entrevistada do BLH-HMIB destacou a parceria com os BLHs do HRBz e HRPa no que se refere à coleta domiciliar de leite humano realizada pelo CBMDF. A divisão da dupla de bombeiros para a coleta domiciliar de leite humano também foi referida pela entrevistada do BLH-HRS, que compartilhava com o BLH-HRP, e pela entrevistada do BLH-HRAN, que trabalhava com a mesma dupla do BLH-HMIB.

(...) no fundo a gente recebe ajuda de outros hospitais. O Hospital de Brazlândia nos cede um dia de dupla de bombeiros e o hospital do Paranoá também cede um dia de dupla de bombeiros, na verdade, do posto de coleta (SCHIMIN, 2012).

A nossa dupla é dividida com o Banco de Leite de Planaltina. Eles fazem a coleta segunda, quarta e quinta, pela manhã, aqui, e segunda, quarta e quinta, à tarde, em Planaltina. Mas é uma divisão que está dando certo (BRITO, 2012).

(...) início da parceria através do Corpo de Bombeiros. Então, nesse período, o Corpo de Bombeiros, a gente tinha o bombeiro do HMIB, era o mesmo bombeiro do HRAN (BRASILEIRO, 2012).

Na perspectiva da entrevistada do BLH-HRC, os BLHs do DF apresentavam como característica, em 2012, o trabalho em rede. Nesse cenário, foi compartilhado com os demais BLHs do DF a tabela do cálculo do creatinínico, com a finalidade de simplificar o trabalho de todos os integrantes da rBLH-DF.

A Rede, porque nós não trabalhávamos em rede, eu era da Ceilândia, não conhecia a colega da Asa Sul, não conhecia quem era de Taguatinga. Vivíamos com o no nosso mundinho fechado. Cada um dentro, na época, do seu Berçário, fazendo o que achava que era melhor pro seu paciente. (...) Então, simplificaram-se a tabela do cálculo do creatinínico. Hoje, eu sei que o Brasil todo utiliza já aquela continha pronta. (...) O DF todo usa hoje essa tabela, que simplificou muito o nosso trabalho e, hoje, nós sabemos que o Brasil utiliza, mas esse feito foi nosso, da Ceilândia (GOMES, 2012).

Além disso, as entrevistadas dos BLHs do HRC, HRS e Hospital Santa Luzia ressaltaram que o trabalho em rede permitiu a ajuda mútua e a troca de experiências com os outros BLHs do DF, facilitando a condução das atividades diárias.

Hoje, nós trabalhamos em rede, quando nós temos uma dificuldade, nós repassamos aquilo que é bom, que deu certo no Banco de Leite. Nós repassamos para os colegas de forma bem dinâmica (GOMES, 2012).

É muito gostoso a gente trabalhar em rede. Veio do Banco de Leite de Ceilândia, que realmente nos deu essa ideia e nunca mais nós tivemos problemas com doadoras (BRITO, 2012).

E também fazer uma homenagem a todas nós. A foto está ruim, mas aqui está presente Cristiane, está presente Débora, está presente Soyama, Derlucy, que é talvez, a Derlucy aqui é a pessoa mais antiga, não gosto da palavra, a pessoa mais experiente, mais fortalecida com todo esse conhecimento, a quem eu sempre recorri nas horas de angústia, de dúvida e de falta de leite (BRITO, 2012).

Na implantação do Banco de Leite, nós contamos com a ajuda muito próxima da enfermeira Soyama. Eu considero a Soyama a fada madrinha do Hospital Santa Luzia (AGUIAR, 2012).

A questão da consultoria em Rede, sempre que nós temos dificuldade, ligamos no celular das nossas consultoras (MEDEIROS, 2012).

Outra característica proveniente do trabalho em rede mencionada pela entrevistada do BLH-HRC foi o fato do BLH repassar o excedente de leite humano para outros BLHs do DF, além de treinamentos oferecidos às demais equipes dos hospitais do DF.

Ceilândia é a localidade com o maior número de doadoras do Distrito Federal. Ceilândia doa leite para o Distrito Federal todo. (...) O conglomamento entre os Bancos de Leite, repasse de doadoras e leite humano, a capacitação. Fizemos um mutirão com o hospital de Brazlândia, Gama e Ceilândia, treinando a conseguir lactaristas também para o manuseio desse leite (GOMES, 2012).

Esse compartilhamento do estoque de leite humano também foi relatado pelas entrevistadas dos BLHs do HRBz e HRSM, como forma de manter a autossuficiência em leite humano em outros BLHs do DF.

(...) regularmente a gente tem excedente de leite, nós somos mães de leite, principalmente, do HMIB. A gente sempre, aqui em Brasília, trabalha nesse sentido, então, às vezes, as meninas me ligam: 'Tem leite?', ou, às vezes, eu ligo: 'Tem leite aqui, querem?' Pergunta que não precisa resposta (MONTEIRO, 2012).

A entrevistada do BLH-HRPa enfatizou o recebimento de leite humano pasteurizado cedido pelo BLH-HRAN e de outros BLHs do DF. Entretanto, até o período da entrevista, Medeiros (2012) deixou claro que o BLH-HRPa já tinha alcançado a autossuficiência em leite

humano no HRPa e passou a também compartilhar o excedente de leite humano com outros BLHs do DF.

A própria equipe encaminhava esse leite ao Hospital Regional da Asa Norte, onde ele era, então, processado, retornava ao hospital. (...) E também a Rede nos ajuda no fornecimento de leite pasteurizado porque nem sempre nós tínhamos o volume suficiente para a nossa demanda. Costumo dizer que nós somos de fato filhos dessa Rede (MEDEIROS, 2012).

(...) nos sentimos lisonjeados por participar desse processo junto com outros consultores da Rede de Bancos do DF. E esses equipamentos já foram adquiridos, já foram entregues nesse último mês de setembro e estão funcionando a pleno vapor (MEDEIROS, 2012).

O depoimento da entrevistada do BLH-HFA revelou que o serviço também recebia apoio de outros BLHs, no que se refere ao compartilhamento do leite humano coletado, mas que, até o momento da entrevista, também tinha alcançado a autossuficiência em leite humano no hospital.

A gente já teve bons momentos de número de doadoras, mas no final do ano passado para cá, a gente passou a não mais precisar do apoio de outros bancos da rede para suprir as necessidades da nossa unidade. Então, esse ano, a gente não precisou de nenhum leite de fórmula para conseguimos a autossuficiência (MOURA, 2012).

A entrevistada do BLH-HRSM citou o trabalho em rede como estratégia de captação de doadoras de leite humano e apoio à amamentação, destacando a participação da coordenadora de Aleitamento Materno e Bancos de Leite Humano da SES-DF e das responsáveis pelos BLHs do HRT e HRAN, como apoio fundamental em todo o processo de construção do BLH.

(...) nós pegamos a ideia que veio da rede de fazer o registro na Maternidade dos números de telefone. Cerca de uma semana após a alta hospitalar, nós fazemos a ligação, e já captamos ali algumas doadoras. Isso melhorou bastante e aumentou muito o número de captação (COSTA, 2012).

### **5.3.5 Grupo 5: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Coordenação Distrital/ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**

O grupo 5 se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Coordenação Distrital/ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal”. Entre os entrevistados, 67% referiram estabelecer comunicação com a Coordenação Distrital/SES-DF. Desse total, 60% relacionaram essa prática à autossuficiência em leite humano, sendo eles: BLH-HRP, BLH-HMIB, BLH-HRC, BLH-HRBz, BLH-HRS, BLH-HRAN, BLH-HFA, BLH-Hospital Santa Luzia e BLH-HRPa.

Dos 15 BLHs do DF, 10 BLH pertencem à SES-DF, dois à rede federal e três à rede privada (RBLH-BR, 2015), conforme descritos no subcapítulo 5.1 - Uma visão geral da Rede de Bancos de Leite Humano do Distrito Federal.

Outro grande determinante de sucesso para a gente é a integração e a valorização de todos os Bancos de Leite por parte da Coordenação Distrital (VIANA & MALLOSTO, 2012).

Também às coordenações dos Bancos de Leite (...) a Doutora Marly que foi a primeira coordenadora dos Bancos de Leite, antiga Fundação Hospitalar do Distrito Federal, que foi também um alicerce muito importante da nossa história e a atual, Doutora Miriam, coordenadora dos Bancos de Leite, e que é, para ela, assim, é como se fosse um sacerdócio essa questão da Coordenação. Nós nos sentimos extremamente privilegiadas por ela ser a nossa coordenadora e por ela estar aqui (BRITO, 2012).

(...) a ajuda da Doutora Miriam que está sempre por perto (AGUIAR, 2012).

Outro fator de êxito tem a ver com a Rede de Bancos de Leite Humano. Nós temos uma coordenação, na pessoa da Doutora Miriam, muito comprometida, muito presente, muito crítica, mas muito incentivadora. Ela elogia quando tem que elogiar. E ela não imagina o quanto isso é importante para gente (MEDEIROS, 2012).

A entrevistada do BLH-HMIB relatou que o hospital permaneceu recebendo apoio da Coordenação Distrital/SES-DF para a coleta domiciliar de leite humano, mesmo após a parceria entre o hospital e o CBMDF.

E a gente solucionava esses problemas com a ajuda do transporte da Secretaria de Saúde, então, que sempre esteve presente e até hoje ajuda a solucionar os nossos problemas. (...) A gente não tem que coletar esse leite todo? Como é que a gente vai fazer para coletar? Então, a nossa coleta é realizada com os bombeiros e também com a SES (SCHIMIN, 2012).

O apoio da Coordenação Distrital/SES-DF também foi mencionado no que diz respeito aos equipamentos cedidos para o funcionamento adequado dos BLHs.

E em nível da Coordenação Central foram: o investimento na aquisição de equipamentos foi muito bom com subsídios de fornecedores. (...) Então, com essa adequação, com esse comando no nível central, isso facilitou bastante a nossa vida (GOMES, 2012).

(...) o comprometimento da nossa equipe, o apoio do nível central que está sempre nos apoiando, nos ajudando, nos equipando (MONTEIRO, 2012).

(...) a questão da informatização, que foi um aprendizado muito grande e a gente deve muito isso ao João, à equipe toda que compõe o Fernandes Figueira, e Miriam, que começou a organizar tudo em relação às nossas estatísticas, e a gente vê a história toda da gente, o resultado do nosso trabalho. Então, eu queria muito agradecer a vocês, João, Miriam, a todos que passaram por essa história (BRASILEIRO, 2012).

(...) contamos com todo apoio e supervisão de toda a rede da Coordenação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, apoiando a construção desse Banco de Leite (MOURA, 2012).

Este ano, o Banco de Leite recebeu novos equipamentos licitados pela SES. (...) A compra de frascos ainda é uma dificuldade caminhando para a superação porque agora nós conseguimos através da SES-DF licitar esses recipientes (MEDEIROS, 2012).

A comunicação dos BLHs do DF com a Coordenação Distrital/SES-DF foi considerada como um fator que não favoreceu a autossuficiência em leite humano por 7% dos entrevistados. Nesse sentido, o entrevistado do BLH-HUB relatou o fato de o hospital não ser vinculado à rede do GDF e, portanto, não estar envolvido nas ações promovidas pela mesma.

Ele é um hospital que, apesar de inserido no SUS, ele é um hospital que tem administração própria, que não está vinculado à rede do GDF. Por isso, ele fica um pouco, às vezes, isolado daquelas ações todas que foram faladas anteriormente aqui, que eu não vou repetir (LACERDA, 2012).



### **5.3.6 Grupo 6: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**

O grupo 6 se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano”. Esse grupo foi mencionado por 60% dos entrevistados e contempla três práticas comunicativas: Assessoria e Consultoria Técnica; BLH-WEB - Sistema de Gerenciamento e Produção de Bancos de Leite Humano; e Comunicação Científica. Os três foram mencionados pelos entrevistados como elementos que favoreceram a autossuficiência em leite humano no DF. Em relação aos limites dessas práticas de comunicação para a autossuficiência, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

### 5.3.6.1 Grupo 6: Assessoria e Consultoria Técnica

A primeira prática de comunicação dos BLHs do DF com a rBLH-BR engloba a assessoria e consultoria técnica prestada pela rBLH-BR a todos os BLHs do país, incluindo os 15 situados no DF. Essa prática foi relatada por 40% dos entrevistados, sendo eles: BLH-HRT, BLH-HRP, BLH-HMIB, BLH-HRC, BLH-HRS e BLH-HUB.

A rBLH-BR opera com quatro eixos: Gestão e Informação da rBLH-BR, Qualificação de Recursos Humanos para processos de trabalho em BLH, credenciamento e certificação dos BLHs e Assessoria Técnica às Unidades Federadas (RBLH-BR, 2015). O CRNBLH transmite aos estados as instruções normativas e os avanços científicos e recebe demandas dos mesmos, buscando desenvolver soluções para as questões que emergem do cotidiano dos serviços de BLHs (MAIA et al., 2006).

Também outro fator de grande sucesso, a meu ver, é ter uma Rede de Bancos de Leite que respalde tecnicamente as nossas atividades e que dá visibilidade do nosso trabalho no Brasil e no mundo. Na verdade, ela é na pessoa do Doutor João Aprígio Guerra de Almeida (BRITO, 2012).

Além das instruções normativas, o CRNBLH ofereceu treinamentos e capacitação a todos os BLHs do Brasil, incluindo toda a rBLH-DF.

E a capacitação. Toda a nossa equipe foi capacitada pelo Centro de Referência, todo mundo passou por esse treinamento (GOMES, 2012).

Todo o suporte técnico que a Referência Nacional dá para a gente, que é acessível e confiável, e apoio dos parceiros (VIANA & MALLOSTO, 2012).

A gente começou a ser palco de visitas e treinamentos. Aqui a gente vê o Doutor João Aprígio e a Doutora Elsa Giuliani na nossa inauguração, e profissionais da Angola que vieram treinar conosco (SCHIMIN, 2012).

(...) em mil novecentos e noventa e dois, a convite do Doutor Renato, então, chefe do Banco de Leite, assistindo a palestra no Hospital Regional de Taguatinga, ministrada pelo Franz, com a proposta de implementar o controle de qualidade de Banco de Leite Humano (SATO, 2012).

A capacitação dos coordenadores do BLH pela Fiocruz, que começou a ter novo enfoque a partir da pasteurização (SCHIMIN, 2012).

Então, em oitenta e sete, foi tirada a composição de um grupo aqui do Distrito Federal para irmos ao Rio de Janeiro, para o IFF, onde nós tivemos, assim, o privilégio de sermos treinados por Doutor João Aprígio e Franz. No início, eles também estavam iniciando as atividades deles como Centro de Referência, porque nós não dávamos nenhum tratamento sanitário ao leite (GOMES, 2012).

Então, Aprígio esteve lá no nosso hospital à convite da Doutora Ione, que era a responsável pela implantação do Banco de Leite na época. (...) e uma coisa importante foi a adesão à Rede de Bancos de Leite do Brasil (LACERDA, 2012).

### 5.3.6.2 Grupo 6: BLH-WEB

A segunda prática de comunicação dos BLHs do DF com a rBLH-BR se refere ao BLH-WEB. Trata-se de um sistema de gerenciamento e produção de BLHs desenvolvido no ano 2000, fruto de uma parceria entre o Datasus e o Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH) do IFF/Fiocruz.

Do total de entrevistados que fizeram referência a esse grupo, 27% destacaram o ambiente BLH-WEB como um sistema facilitador do trabalho, sendo eles: BLH-HRP, BLH-HRAN, BLH-Hospital Santa Lúcia e BLH-HRSM. A rBLH-BR ofereceu treinamento para todos os BLHs do Brasil para a utilização do sistema, conforme observaram as entrevistadas do BLH-HRP e do BLH-HRAN.

(...) a gente fez o treinamento BLH-WEB e foram então cadastradas as primeiras fichas de doadoras no BLH-WEB (VIANA & MALLOSTO, 2012).

(...) a questão da informatização que foi um aprendizado muito grande e a gente deve muito isso ao João, à equipe toda que compõe o Fernandes Figueira, à Miriam, que começou a organizar tudo em relação as nossas estatísticas, e a gente vê a história toda da gente, o resultado do nosso trabalho (BRASILEIRO, 2012).

O objetivo do BLH-WEB é dinamizar o planejamento, a gestão e os processos de trabalho na rBLH-BR, respondendo a demanda da Política Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde. O sistema possibilita acesso amplo a todos que têm interesse em obter informação acerca dos produtos e processos relacionados. Sendo assim, o ambiente permite aos BLHs internalizarem procedimentos, diretrizes e normas técnicas de controle de qualidade e processos de trabalho (DATASUS, 2008).

Em junho, nós implementamos o sistema BLH-WEB de todo o processamento, tudo passou a funcionar, agora, pelo sistema (COSTA, 2012).

Os BLHs do DF pertencentes aos hospitais da rede privada de saúde também foram contemplados pelo BLH-WEB, sendo o BLH-Hospital Anchieta o primeiro a ser inserido no sistema.

(...) foi o primeiro Banco de Leite da rede privada a ser cadastrado na Rede no Brasil (QUEIROGA, 2012).

O ambiente BLH-WEB possibilita diversos benefícios aos coordenadores dos BLHs, como o gerenciamento da produção, processos de trabalho, informação de cadastro de produção, distribuição e processamento do produto. Permite também agilizar o processo de trabalho, garantindo a qualidade da informação relacionada a leite doado, além de gerar relatórios para monitoramento e tomada de decisão (DATASUS, 2008).

### 5.3.6.3 Grupo 6: Comunicação Científica

A terceira e última prática de comunicação desse grupo reúne as falas dos entrevistados referentes à comunicação científica. A análise dos depoimentos revelou que 20% dos BLHs do DF tiveram participação ativa em congressos, fóruns e encontros organizados pela rBLH-BR. Foram eles: BLH-HRP, BLH-HRC e BLH-HUB.

Em relação aos congressos realizados pela rBLH-BR de 1998 a 2010, Maia (2004) destaca que esses encontros estão inseridos no novo paradigma da amamentação, que privilegia a qualificação dos profissionais inseridos na rBLH-BR.

O autor considera ainda que as redes se configuram como locais de articulação que agregam diversos indivíduos, cujo engajamento coletivo favorece o estabelecimento de vínculos, oportuniza espaço para reflexão, troca de experiências e busca de soluções para problemas comuns (MAIA, 2004; RAUPP, 2011). Portanto, torna-se um espaço que possibilita a produção, circulação e apropriação dos sentidos sociais.

Em dois mil e cinco, a gente recebeu o freezer vertical, todo mundo participou do congresso aqui em Brasília (VIANA & MALLOSTO, 2012).

Todos nós participamos, todos não, uma parte da equipe participou do Quinto Congresso Brasileiro, que foi aqui em Brasília (VIANA & MALLOSTO, 2012).

E nós fizemos em noventa e oito também um trabalho que foi apresentado no Primeiro Congresso de Bancos de Leite Humano: Avaliação do valor calórico do crematócrito do leite pasteurizado e cru, que foi apresentado em Petrópolis (GOMES, 2012).

(...) também participamos do primeiro congresso patrocinado em novembro de noventa e seis (LACERDA, 2012).

### **5.3.7 Grupo 7: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com o Terceiro Setor**

O grupo 7 se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com o Terceiro Setor”, sendo mencionado por 60% dos entrevistados. Para a compreensão desse grupo, tornou-se fundamental o conhecimento sobre o funcionamento do Terceiro Setor no Brasil.

O cenário atual da sociedade brasileira é composto por empresas e entidades pertencentes ao Primeiro, Segundo e Terceiro Setor, conforme explica Souza (2012, p. 106):

O Primeiro tem a finalidade de promover o atendimento às demandas públicas, como à saúde, educação e segurança, de modo a proporcionar o bem-estar para toda a sociedade. Essas atividades são mantidas através da arrecadação tributária, sendo o estado responsável por administrar os recursos públicos e prover os direitos e garantias fundamentais contidos na constituição federal. O Segundo Setor, tem-se o mercado ou as entidades privadas, cujo objetivo é a obtenção de lucro, decorrente de suas atividades operacionais, baseadas na venda de bens ou na prestação de serviços. Já o Terceiro Setor pode ser caracterizado como aquele constituído a partir de iniciativas da sociedade civil (SOUZA, 2012, p.106).

O Terceiro Setor se constitui por “iniciativas privadas que não visam lucros ou iniciativas na esfera pública que não são feitas pelo Estado. São cidadãos participando de modo espontâneo e voluntário em ações que visam ao interesse comum” (ROTHGIESSER, 2002, p. 2).

A comunicação dos BLHs do DF com o Terceiro Setor ocorreu por intermédio de iniciativas privadas, como as instituições de ensino, empresários da sociedade civil, pessoas de visibilidade pública (celebridades e atletas), e entidades sem fins lucrativos, como o Rotary Club Internacional e a Casa da Amizade. Assim sendo, identificamos quatro práticas de comunicação realizadas pelos BLHs do DF com o Terceiro Setor, conforme apresentamos a seguir.

### 5.3.7.1 Grupo 7: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com instituições de ensino

A primeira prática de comunicação do grupo 7 se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com instituições de ensino”. Essa comunicação foi destacada por 40% dos entrevistados, sendo eles: BLH-HRT, BLH-HRBz, BLH-HRG, BLH-HRS, BLH-HRSM e BLH-HRPa. Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

A parceria entre os BLHs com algumas escolas do DF ocorreu através da mobilização de alunos para a doação de frascos para o armazenamento do leite humano doado, conforme os depoimentos a seguir.

Nós temos uma parceria para a aquisição de vidros com as escolas de Brazlândia (MONTEIRO, 2012).

Nós temos o apoio da Facitec, com as doações de vidros, quando a gente está com falta de vidros. (...) A Fepecs realizou um trabalho muito importante no nosso Banco de Leite e alguns alunos próprios foram lá para se interessar sobre o que a gente faz lá dentro para fazer cursos de monografia, cursos de pós-graduação (DUARTE, 2012).

As parcerias com a comunidade, então, aqui eu tenho alguns exemplos. Eu tenho aqui a Escola de Casa de Brinquedos, que é uma escola de ensino fundamental que há oito anos faz no Dia dos Avós a campanha de doação de vidros. Não tem nada mais doce que os avós, que fazem todas as vontades da criança. Então, o número de coleta nesse evento é muito grande. O número de frascos que a gente recebe é muito grande (SATO, 2012).

A parceria com a Escola Santa Rita de Cássia (...) eles fazem a captação de vidros e isso, na verdade, eu descobri também que vem do Rotary, porque, na verdade, a diretora é casada com um membro do Rotary, então, é uma parceria também de longa data da Escola Santa Rita de Cássia (BRITO, 2012).

Em fevereiro de dois mil e onze, nós tivemos a parceria com a Secretaria de Educação através do Projeto Corrente do Bem. Esse Projeto Corrente do Bem, ele é coordenado pela professora Margareth da Escola CEF Duzentos e Um e tenta provar que essa parceria dá certo. E esse projeto conscientiza os alunos e estimula para arrecadar vidros e até mesmo doadoras para o Banco de Leite. E a gente teve um resultado bastante positivo porque teve gincanas na escola e, com isso, resultou na arrecadação de mais de mil frascos já para a gente lá em Santa Maria, além de algumas doadoras (COSTA, 2012).

(...) outra dificuldade era a falta de estoque de vidros, mas após a parceria com o Projeto Corrente do Bem houve uma grande melhora. Esse aqui é o projeto que foi mencionado, nós também vamos até a escola para falar,



apoiar, e eles vão até o Banco de Leite, e a gente está sempre fazendo essa troca (COSTA, 2012).

(...) as escolas que também nos ajudam com essas campanhas (MEDEIROS, 2012).

O BLH-HRC destacou a parceria com a Universidade Católica de Brasília, que ajudou, inclusive, na construção do BLH.

E a parceria com a Universidade Católica de Brasília, no repasse dessas verbas, só assim nós conseguimos a construção do nosso Banco de Leite. Eles utilizam o hospital de Ceilândia como hospital-escola (GOMES, 2012).

### **5.3.7.2 Grupo 7: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com o Rotary Club Internacional e Casa da Amizade**

A segunda prática de comunicação mencionada pelos entrevistados se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com o Rotary Club Internacional e a Casa da Amizade”, sendo referida por 33% dos entrevistados. No entanto, considerá-la como prática favorável à autossuficiência em leite humano foi destacada por 27%, sendo eles: BLH-HRT, BLH-HRP, BLH-HRS e BLH-HRPa.

O Rotary Club Internacional tem por objetivo prestar serviços à comunidade local e internacional. Seu lema principal é “Dar de si antes de pensar em si”. O Rotary Club Internacional e a Casa da Amizade são instituições que fizeram parte do processo de formação de alguns BLHs do DF, como a implantação do BLH-HRT, em setembro de 1978.

Então, essa foto da inauguração, onde a gente tem o Doutor Wilson Marra, bem do lado direito da placa, que era pediatra, era rotariano, e que foi um dos médicos que encabeçou essa empreitada. Então, aqui a gente vê notícias da época, que falavam sobre a inauguração do banco e a forte presença do Rotary desde então, que acontece até hoje dentro do Banco de Leite (SATO, 2012).

A parceria do Rotary Club de Taguatinga Norte para a inauguração do primeiro BLH do DF teve como fator motivador o crescente número de internações de bebês com quadro de diarreia e pneumonia. Dentre as principais causas de internações, destacava-se a deficiência de leite humano.

O Rotary Club de Planaltina e de Sobradinho, durante a fase inicial dos BLHs HRP e HRS, contribuíram com a doação de equipamentos e o fornecimento de cestas alimentícias às mães em fase de amamentação em troca do leite humano. Essas parcerias foram referidas pelas entrevistadas do BLH-HRP e BLH-HRS.

(...) o Rotary doava uma cesta básica para em torno de trinta doadoras a cada quinze dias (VIANA & MALLOSTO, 2012).

Nós fazíamos coleta duas vezes por semana e o Rotary Club, que também Seu Perez, a Dona Adalgisa, a Dona Maria do Carmo estão aqui representando o Rotary, nos prestigiando também. Eles faziam a doação de cestas básicas para as doadoras (BRITO, 2012).

A partir de 1988, um novo foco surgiu para o trabalho desenvolvido pelos BLHs do país, a partir da assinatura da Portaria MS nº 322/88, de 26 de maio de 1988. Os BLHs passaram, então, a serem considerados como estabelecimentos sem fins lucrativos, sendo vedada a compra e a venda na aquisição e distribuição dos seus produtos (BRASIL, 1988). A

doação de leite humano mediante troca por cestas alimentícias foi proibida em âmbito nacional, o que causou a breve ruptura na parceria com o Rotary Club de Taguatinga Norte.

A ruptura, graças a Deus, foi curta com o Rotary Club, porque naquele momento, às vezes, eles não conseguiam entender bem o porquê de não poder doar, já que a grande maioria das mulheres doadoras era de baixo poder aquisitivo e a cesta ia fazer falta na prática, no dia a dia delas (SATO, 2012).

Entretanto, a parceria com o Rotary Club ainda permaneceu até o período de investigação deste estudo, incluindo a doação de equipamentos, recursos financeiros, apoio às ações de incentivo ao aleitamento materno, participação em eventos comemorativos, entre outros, conforme exposto nas falas das entrevistadas do BLH-HRT, BLH-HRP, BLH-HRS e BLH-HRPa.

É de conhecimento de todos, a grande parceria que a gente tem do Rotary Club de Taguatinga Norte, da Casa da Amizade Taguatinga Norte, que não só nos abastece de equipamento, de recurso financeiro, mas que eu quero fazer uma panfletagem no semáforo, ela está lá do lado panfletando junto com a gente. (...) Então, eles ajudam nessa parte de incentivo do aleitamento materno. O Rotary Club prepara todos os anos o Natal da doadora, onde as doadoras recebem uma homenagem. Nós realizamos um almoço e elas ganham um presente simbólico em agradecimento a tudo que ela nos prestou durante todo o ano. Eu coloquei aqui, eu acho que foi um dos mais bonitos, que foi uma camisetinha que as crianças receberam em que vinha esta inscrição: eu divido o meu leite. Então, nós vemos um bebezinho ali da UTI Neonatal que recebeu sua camisetinha também e elas recebiam a camiseta e tiravam foto. Era colocada em porta-retratos e elas recebiam esses mimos (SATO, 2012).

A gente tem o Rotary, o pessoal da Sanoli e Corpo de Bombeiros. (...) Dentro das atividades da Secretaria, a gente andou participando de uma confraternização no Parque dos Pioneiros. Essa era a nossa viatura antiga. A Tania, que está de azul, é uma funcionária nossa e também do Banco de Leite do Paranoá. A Iara, que era a primeira bombeira que fez coleta com a gente e, mais uma vez, o Rotary participando (VIANA & MALLOSTO, 2012).

Outra questão muito importante que eu também considero o sucesso dessa história é a parceria com o Rotary Club de Sobradinho, porque, na verdade (...) essa parceria não é só fornecendo equipamentos, é uma parceria onde a área física deles, muitas vezes, nós usamos para fazer as nossas atividades com as doadoras, às nossas festas e confraternizações (BRITO, 2012).

(...) Rotary Club e Casa da Amizade Lago Sul estão presentes com a gente desde a inauguração e nos nossos eventos, e voluntários que também participam dos nossos eventos (MEDEIROS, 2012).

Em contrapartida, 7% dos entrevistados relataram limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano no DF, sendo destacada pela entrevistada do BLH-Hospital Santa Luzia, instituição pertencente à rede privada de saúde do DF.

E o que mais a gente sente é a falta de parceria, como é o exemplo da rede pública que tem a parceria do Rotary Club, do Corpo de Bombeiro, não, nós somos sozinhos (AGUIAR, 2012).

### **5.3.7.3 Grupo 7: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com empresas da sociedade civil**

A terceira prática de comunicação destacada pelos entrevistados se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com empresas da sociedade civil”. Essa comunicação foi destacada por 27% dos entrevistados. Foram eles: BLH-HRT, BLH-HMIB, BLH-HRBz e BLH-HRPa. Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

O Papel Art Caixas. Ele é um empresário da cidade, que qualquer coisa que eu precise em nível de material gráfico, ele está sempre prontamente a nos servir. Eu peço quinhentos, ele manda mil, eu peço mil, ele me manda dois mil. É extremamente parceiro (SATO, 2012).

Bom, na época a gente conseguiu até apoio da Rede Globo, então, a Rede Globo doou um carro, na verdade um empréstimo (SCHIMIN, 2012).

As entrevistadas do BLH-HRBz e BLH-HRPa mencionaram a parceria com associações e cooperativas de catadores de lixo para a arrecadação de frascos de vidro para o armazenamento de leite humano.

Então, nós tivemos uma parceria importante, em dois mil e dez, com a Cooperativa de Catadores de Lixo, na campanha de coleta de frasco (MEDEIROS, 2012).

Nós temos uma parceria para a aquisição de vidros (...) com a Associação de Catadores e Recicladores de Brazlândia (MONTEIRO, 2012).

#### **5.3.7.4 Grupo 7: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com pessoas de visibilidade pública**

A quarta prática de comunicação desse grupo se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com pessoas de visibilidade pública”, que foi destacada por 13% dos entrevistados, sendo eles: BLH-HRT e BLH-HMIB. Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

Nos depoimentos a seguir, observamos que o BLH-HRT contou com o apoio de jogadoras da Seleção Brasileira de Vôlei, que cederam suas imagens em prol do incentivo ao aleitamento materno.

E o exemplo também das amigas do vôlei que é o trabalho das jogadoras Leila e Ricarda, que foram da seleção brasileira de vôlei, e que elas trabalham a inclusão social através do esporte. E elas participaram de eventos da Semana Mundial com a gente (SATO, 2012).

Ainda em relação a essa prática de comunicação, a entrevistada do BLH-HMIB ressaltou visitas importantes às instalações do BLH, que incluíram cantores e representantes do Governo da Colômbia.

(...) tivemos visitas importantes de cantores, a Dionne Warwick, e a primeira dama da Colômbia. Então, a gente consegue estar em fatos importantes (SCHIMIN, 2012).

### **5.3.8 Grupo 8: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Atenção Básica**

O grupo 8 se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Atenção Básica”. 47% dos entrevistados mencionaram estabelecer comunicação com a Atenção Básica, o que inclui os Centros de Saúde e os PSFs.

De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, “a Atenção Básica se caracteriza como a porta de entrada e contato preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo” (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011). Portanto, trata-se do primeiro contato com os usuários do SUS, onde o acolhimento e a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários se estabelecem.

Se pensarmos que a maioria das práticas de saúde inclui um forte componente de comunicação, seus profissionais, sejam da atenção básica ou da especializada, da prevenção ou da promoção da saúde, estão diretamente implicados neste campo e desenvolvem estratégias de comunicação, mesmo que não seja de forma planejada e ‘autorizada’ (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 73)

### 5.3.8.1 Grupo 8: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os Centros de Saúde

A primeira prática de comunicação referente ao grupo 8 diz respeito à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os Centros de Saúde”, sendo referida por 40% dos entrevistados. Todos que fizeram menção a essa prática a consideraram favorável à autossuficiência em leite humano. Foram eles: BLH-HRP, BLH-HRC, BLH-HRBz, BLH-HRS, BLH-HRSM e BLH-HRPa.

A comunicação estabelecida entre os BLHs do DF e os Centros de Saúde se mostrou fundamental para a captação de doadoras de leite humano, assim como para a promoção, apoio e incentivo à amamentação.

Viana e Mallosto (2012) destacaram a parceria com o Centro de Saúde II para a captação de leite humano para o BLH-HRP. Já Gomes (2012) mencionou o investimento na informação para as gestantes, logo nos primeiros contatos com o Centro de Saúde.

Temos que investir na ação básica, capacitando a mãe quando chega no Centro de Saúde, porque ali é o primeiro profissional que a atende, para ele ter resolutividade e favorecer essa mãe no atendimento e diagnosticar bem o ingurgitamento, se ela tem uma estase, se ela tem que ir ao Banco de Leite ou começar a ir a esse atendimento (GOMES, 2012).

Monteiro (2012) ressaltou o bom relacionamento com os funcionários da UBS de Brazlândia e a constante comunicação entre eles, como estratégia de captação de novas doadoras de leite humano.

A forma de captar esta gestante é através das unidades básicas de saúde (...) existem duas profissionais da área de enfermagem que anteriormente eram funcionárias de um PCLH que existia nessa cidade, que era inclusive subordinado ao Banco de Leite de Brazlândia, e que por motivos políticos, infelizmente, foi fechado, mas essas duas funcionárias continuam com esse trabalho durante os momentos de consulta. Elas já conseguem captar doadoras e encaminham para a gente. A gente mantém um contato com elas através dos bombeiros, que regularmente levam vidraria, máscara, gorro para as possíveis doadoras que eles conseguem captar (MONTEIRO, 2012).

Foram estabelecidas parcerias entre os BLHs do DF com os Centros de Saúde, visando promover, apoiar e inventivar o aleitamento materno e a doação de leite humano desde o pré-natal, conforme apresentados nos depoimentos dos BLH-HRBz, HRS e HRPa.

A gente começou a fazer uma parceria com o Centro de Saúde número dois. (...) a nossa cobertura em termos de Rede Amamenta e melhorou a assistência também em nível de Atenção Básica, e a gente fez uma parceria com o PAISMC para treinar pessoas que atendiam a Saúde da Criança nas



Unidades Básicas. (...) Nós temos cinco Centros de Saúde. Nós fizemos então em três. No um, três e cinco e nos PACS quatro e cinco. (...) um grande diferencial para a gente foi a chegada da Doutora Fátima do PAISMC, no final de dois mil e nove, no começo de dois mil e dez, porque aí a Atenção Básica começou a entrar, fazendo uma cooperação junto com a gente (VIANA & MALLOSTO, 2012).

A forma de captar esta gestante é através das Unidades Básicas de saúde (MONTEIRO, 2012).

(...) nós fazíamos palestras de captação de doadoras nas Unidades Básicas, no ambulatório de sete dias. Eu no Centro 2, Heloisa no Centro 3 e Paulina no Centro 1, às quintas-feiras Paulina, a gente ia cada uma para um Centro de Saúde (BRITO, 2012).

As atividades desenvolvidas, no início, eram de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, participação do ambulatório de primeira semana no Centro de Saúde do Paranoá e visitação com gestantes no HRPa (MEDEIROS, 2012).

O trabalho em equipe interinstitucional, nós temos o apoio das Unidades Básicas de Saúde que sempre nos ligam passando as doadoras captadas (MEDEIROS, 2012).

A capacitação dos profissionais atuantes nos Centros de Saúde foi referida pelas entrevistadas dos BLHs do HRP, HRC e HRBz. Araújo e Rocha (2007) explicam que uma das maiores dificuldades na implementação da ESF diz respeito à carência de profissionais para atender à nova realidade. Para tanto, sugerem que seja “necessário o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos” (ARAÚJO & ROCHA, 2007, p.456).

Também a história da gente ter feito oficina da Rede Amamenta Brasil em todos os Centros de Saúde, o trabalho em rede do DF faz diferença para a gente (VIANA & MALLOSTO, 2012).

Nós tínhamos um capítulo na IHAC que nós falávamos do Banco de Leite, de como fazíamos, e as pessoas saíam muito sensibilizadas desse treinamento, sobretudo, o pessoal das Unidades Básicas, dos Centros de Saúde. (...) Em noventa e seis, nós recebemos o título de Hospital Amigo da Criança, ficamos dois anos treinando uma equipe vasta, entre Centro de Saúde e hospital (GOMES, 2012).

(...) uma das coisas que é um grande diferencial também são os treinamentos que nós temos realizado no sentido de apoiar, de fazer com que os demais membros da equipe apoiem e incentivem o aleitamento materno. Esses treinamentos são realizados ou pelas equipes do hospital, como no caso da mãe-canguru, ou as equipes do hospital e Unidades Básicas de Saúde, como a IHAC, e também alguns exclusivos para as Unidades Básicas, com o incentivo ao aleitamento e o manejo (MONTEIRO, 2012).

A entrevistada do BLH-HRS também destacou os cursos e treinamentos oferecidos aos profissionais dos Centros de Saúde, considerando-os como diferenciais para o serviço prestado à população. Além disso, o BLH-HRS realizava visitas em alojamentos conjuntos e ambulatórios de recém-nascidos dos Centros de Saúde, com o objetivo de apoiar o aleitamento materno e captar doadoras de leite humano.

E tanto que quando nós fazemos os cursos da IHAC, nós não são somente no hospital, nós fazemos no hospital em loco, aqui nesse auditório, e também nos Centros de Saúde. Eu acredito que isso é um grande diferencial. (...) a gente faz a captação direto no Alojamento Conjunto, no ambulatório do recém-nascido dos Centros de Saúde. Na verdade, os Centros de Saúde eles têm uma ficha, que a gente é dá para eles, eles levam vidros, fica lá, eles entregam já quando eles captam as doadoras, já mandam para a gente, esse é um excelente serviço (BRITO, 2012).

Além da capacitação dos profissionais, o BLH-HRS convidava os profissionais dos Centros de Saúde a participarem dos eventos comemorativos e educativos promovidos pelo BLH do hospital.

(...) na verdade, também os servidores dos Centros de Saúde participam dos nossos eventos, não só comemorativos como educativos de incentivo e apoio à amamentação. (...) Outros fatores de sucesso são as Unidades Básicas de Saúde (BRITO, 2012).

O depoimento da entrevistada do BLH-HRSM revelou algumas práticas de comunicação com as mães em fase de amamentação desenvolvidas pelos Centros de Saúde. Dentre as ações de comunicação, destacaram-se: a entrega de folderes, cartazes e contato telefônico dos profissionais de saúde com as usuárias.

E outra superação também foi a interação com a equipe de Atenção Básica de Saúde, que é o Centro de Saúde, através da entrega de folderes, cartazes, a gente começou agora, recentemente, contatar com o Centro de Saúde, ainda está em crescimento esse processo, para a gente poder começar as palestras e o trabalho de educação permanente, mas também já começou a render frutos positivos, a gente deixou frascos já na unidade, já temos procura por doadoras e somos referenciados pelo Centro de Saúde (COSTA, 2012).

### 5.3.8.2 Grupo 8: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os Programas Saúde da Família

A segunda prática de comunicação do grupo 8 se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os Programas Saúde da Família”, que foi exposta por 20% dos entrevistados. Todos os BLHs que mencionaram essa prática a destacaram como favorável à autossuficiência em leite humano, sendo eles: BLH-HRP, BLH-HMIB e BLH-HRBz.

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no cenário brasileiro em 1994, tendo sido desenvolvido a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) de 1991. O PSF passou a ser considerado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, a partir da Atenção Básica, apresentando como pressupostos a implementação dos princípios do SUS. “É inegável, porém, que não havia uma preocupação maior com relação aos atores que concretamente operariam essas mudanças” (ARAÚJO & ROCHA, 2007, p.457).

“Na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem” (ARAÚJO & ROCHA, 2007, p.459). Portanto, atuam com mecanismos de acolhimento e inclusão.

Em dois mil e sete, a gente seguiu sempre, como a gente tem uma demanda grande no entorno, Formosa é do entorno, a gente foi convidado e acabou indo fazer um treinamento em aleitamento materno para uma equipe de Saúde da Família em Formosa (VIANA & MALLOSTO, 2012).

Essa foto de interação do Banco de Leite com o BLH e o nosso desafio principal, agora, é a coleta junto com os PSFs, com o Programa Saúde da Família, então, a gente quer montar um projeto piloto lá em São Sebastião, ainda com enfoque na orientação desses PSFs, para que eles possam orientar a mãe de como fazer a coleta e, de repente lá, até coletar mesmo volumes menores com caixinhas pequenas. Então, é o que a gente está estudando. O PSF de São Sebastião cobre quase cinquenta por cento da população, então, é um PSF grande (SCHIMIN, 2012).

Sendo assim, a integração e a comunicação dos profissionais atuantes em BLHs e nos PSFs facilitaram a captação de novas doadoras de leite humano, uma vez que as equipes passaram a trabalhar em parceria pela mesma causa.

Nós temos uma parceria com uma equipe do PSF da cidade de Águas Lindas em Goiás. É uma cidade do Goiás, mas que é próxima à Brazlândia, e que

absorve muito da demanda da cidade de Brazlândia. E nessa equipe existem duas profissionais da área de enfermagem que, anteriormente eram funcionárias de um PCLH que existia nessa cidade, que era inclusive subordinado ao Banco de Leite de Brazlândia, e que por motivos políticos, infelizmente, foi fechado, mas essas duas funcionárias continuam com esse trabalho durante os momentos de consulta. Elas já conseguem captar doadoras e encaminham para a gente. A gente mantém um contato com elas através dos bombeiros, que regularmente levam vidraria, máscara, gorro para as possíveis doadoras que eles conseguem captar (MONTEIRO, 2012).

### 5.3.9 Grupo 9: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Mídia

A mídia se caracteriza por sua visibilidade pública e legitimidade das forças atuantes na sociedade, sendo reconhecida pela influência que exerce na cultura e no comportamento da população. A mídia brasileira é organizada em forma de rede e concentrada em algumas grandes empresas. No final da década de 1980, a comunicação midiática foi a responsável pelo termo SUS ser incorporado ao vocabulário da população, como uma referência concreta para a resolução de problemas cotidianos ligados à saúde (OLIVEIRA, 2000).

A comunicação dos BLHs do DF com a mídia foi mencionada por 40% dos entrevistados. Essa prática de comunicação foi citada por 27% dos entrevistados como um elemento que contribuiu para a autossuficiência em leite humano, sendo eles: BLH-HMIB, BLH-HRC, BLH-HRBz e BLH-HRS.

E as doadoras eram recrutadas (...) e além das outras coisas que eram feitas, como televisão, rádio e jornal (SCHIMIN, 2012).

E trabalhamos a conscientização da doação altruísta. E fizemos uma ampla divulgação por meio da mídia, captando doadoras, explicando a necessidade e vários manejos que até hoje utilizamos, contas telefônicas, cartazes, enfim (GOMES, 2012).

Partindo do entendimento da noção de direito à comunicação como inerente ao direito à saúde, a mídia contribui com a produção social dos sentidos da saúde, imprimindo novos conceitos e pontos de vista para a reflexão, podendo favorecer a ampliação ou restrição desse direito (ARAÚJO & CARDOSO, 2007). A utilização da mídia local, como estratégia para captar novas doadoras de leite humano, foi destacada pela entrevistada do BLH-HRBz.

(...) outra coisa que a gente tem feito é sensibilizar a comunidade através da mídia local. Vocês já viram que mania de Banco de Leite usar os serviços voluntários dos maridos, e eu já estou usando até o do marido dos outros, porque tem uma amiga minha que é casada com um moço que é dono de um jornal lá em Brazlândia e também trabalha em uma rádio. Então, todas as vezes que eu necessito, ele faz campanha para captar doadoras (MONTEIRO, 2012).

Segundo Peruzzo (2003), a mídia local tende a reproduzir a lógica dos grandes meios de comunicação, no que se refere ao sistema de gestão e aos interesses em questão. “Sua diferenciação ocorre em relação ao conteúdo, que prestigia as especificidades de cada região,

enquanto a mídia em geral pretende atingir um maior número de pessoas, com temas de interesse nacional e internacional” (PERUZZO, 2003, p. 10).

Os BLHs do DF, em 2012, contavam com o apoio da SES-DF, por meio da Assessoria de Comunicação, para as ações junto à mídia, conforme mencionamos no subcapítulo 5.2.1 - A rotina de trabalho da Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Na perspectiva dos entrevistados, tais estratégias refletiram diretamente no quantitativo de leite doado para os BLHs do DF.

(...) através de campanhas que Doutora Miriam faz na mídia e acaba também chegando para nós (BRITO, 2012).

Em contrapartida, 13% dos entrevistados mencionaram limites para a autossuficiência em leite humano em relação à comunicação com a mídia. Esse fato foi justificado pela entrevistada do BLH-Hospital Santa Luzia, reforçando a falta de interesse da mídia em divulgar ações dos hospitais pertencentes à rede privada de saúde.

A falta de divulgação dos bancos da rede privada. Então, a gente sente isso na pele, essa divulgação para comunidade, principalmente, junto à mídia (AGUIAR, 2012).

A entrevistada do BLH-HRG também relatou limites dessa prática para a autossuficiência. Nesse sentido, Oliveira (2000, p. 7) explica que muitas vezes a mídia “se mostra mais preocupada em produzir notícias que revelem os desvios do SUS do que as mudanças substantivas que ele pode provocar no cenário social”.

(...) o Hospital Regional do Gama sofria muita exposição pela mídia porque havia redução de procedimentos, interrupções de treinamentos para servidores, queda da produtividade e qualidade dos serviços prestados. Foram todos ficando ruins. E, com isso, a mídia começou a atacar o Hospital Regional do Gama e as pessoas começaram a querer não trabalhar mais lá (DUARTE, 2012).

### **5.3.10 Grupo 10: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os Postos de Coleta de Leite Humano**

O grupo 10 se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os Postos de Coleta de Leite Humano”. Por PCLH, a Resolução nº 171 (BRASIL, 2006) o conceitua como uma “unidade fixa ou móvel, intra ou extra hospitalar, vinculada tecnicamente ao BLH e administrativamente a um serviço de saúde ou ao próprio BLH, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz e sua estocagem”.

20% dos entrevistados mencionaram a existência de práticas de comunicação com os PCLH. Foram eles: BLH-HRT, BLH-HMIB e BLH-HRBz. Em relação aos limites dessa prática de comunicação para a autossuficiência em leite humano, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

O BLH-HRT ressaltou a parceria com o PCLH do Hospital Regional de Samambaia, o BLH-HMIB com o PCLH da Unidade Mista São Sebastião e o BLH-HRBz com o PCLH de Águas Lindas, em Goiás. De acordo com a entrevistada do BLH-HRT, a relação com o PCLH proporcionou um incentivo para a coleta de leite humano na Regional de Taguatinga.

Em dois mil e nove, também teve um fato importante para a gente que foi a inauguração do posto de coleta do Hospital Regional de Samambaia, que é ligado ao Hospital Regional de Taguatinga, que nos deu um apoio maior para o incentivo na coleta de leite humano aqui na nossa região (SATO, 2012).

Para a entrevistada do BLH-HMIB, trata-se de uma importante parceria com a Atenção Básica, onde a coleta de leite humano passou a ser fortalecida pelos treinamentos feitos com a equipe do PCLH.

É o posto de coleta, que eu vou falar agora, que é a nossa ligação com a Atenção Básica, que é uma coisa muito importante que a gente fez. Na verdade, ele se iniciou em dois mil e um, na cidade de São Sebastião, uma cidade satélite aqui de Brasília. (...) Então, em dois mil e um, o setor de Nutrição do hospital, da unidade mista de saúde, da Casa de Parto, que quis fazer este posto de coleta e quis fazer um pouquinho mais do que fazia. Vamos coletar leite? E começaram a coletar leite na cidadezinha de São Sebastião e mandar para o HMIB. E se tornou real muito pelo apoio do HMIB, do Banco de Leite do HMIB, que apoiou com treinamentos e também com a coleta domiciliar (SCHIMIN, 2012).

Então, aqui é só um postinho de coleta, enfim, mas era um Banco de Leite porque a gente apoiava a mãe na amamentação também (SCHIMIN, 2012).

A entrevistada do BLH-HRBz destacou a continuidade de parceria com os profissionais atuantes no PCLH de Águas Lindas, mesmo após o fechamento do mesmo.

(...) existem duas profissionais da área de enfermagem que, anteriormente, eram funcionárias de um PCLH que existia nessa cidade, que era inclusive subordinado ao Banco de Leite de Brazlândia, e que por motivos políticos, infelizmente, foi fechado, mas essas duas funcionárias continuam com esse trabalho durante os momentos de consulta. Elas já conseguem captar doadoras e encaminham para a gente. A gente mantém um contato com elas através dos bombeiros, que regularmente levam vidraria, máscara, gorro para as possíveis doadoras que eles conseguem captar (MONTEIRO, 2012).

Eu quero chamar atenção apenas para o ano de dois mil e dez, quando a nossa coleta aumentou consideravelmente e isso foi possível graças aquele posto de coleta de Águas Lindas que, infelizmente, foi fechado (MONTEIRO, 2012).



### **5.3.11 Grupo 11: Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Administrações Regionais**

O grupo 11 se refere à “Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Administrações Regionais”. Essa prática de comunicação foi mencionada por 7% dos entrevistados como um dos elementos que favoreceu a autossuficiência em leite humano no DF. Em relação aos limites dessa prática para a autossuficiência, na perspectiva dos entrevistados, não houve relatos.

O DF é a única unidade federativa brasileira que não tem municípios. Sua divisão é feita por meio de 30 regiões administrativas, também conhecidas como cidades-satélites, exceto Brasília, a capital federal e sede do Governo do DF.

A entrevistada do BLH-HRT destacou o apoio da Administração Regional de Taguatinga na realização de eventos de apoio e promoção ao aleitamento materno. Nesse sentido, verifica-se a existência de ações promovidas no DF, na direção de mobilizar a sociedade para a importância do aleitamento materno e da doação de leite humano.

A Administração de Taguatinga que fez o nosso evento Miss Doadora. Acho que a gente pode valorizar a mulher que doa e prestigiá-la de forma importante, porque geralmente a mulher que amamenta, que acabou de ter neném, ela se acha feia, mas a gente viu que a beleza dela independe disso (SATO, 2012).

### **5.3.12 Síntese dos resultados dos principais demarcadores das práticas de comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal**

Após revisitar as práticas de comunicação pertencentes aos diferentes grupos temáticos durante o processo de análise de conteúdo, detectamos a necessidade de produzir uma síntese desse cenário tão plural. Na tabela 1, podem ser observados o conjunto de grupos temáticos e sua composição quantitativa.

A coluna relativa a “alcances” abrange as práticas consideradas favoráveis para a autossuficiência em leite humano e a referente a “limites” engloba as práticas que, de certa forma, dificultaram essa autossuficiência. A tabela apresenta ainda a coluna “total”, que contempla o quantitativo de BLHs do DF referidos pelos entrevistados e o percentual, ou seja, a frequência relativa dos BLHs que adotaram essas práticas de comunicação.

Tabela 1: Síntese dos principais demarcadores das práticas de comunicação dos BLHs do DF

Grupos temáticos	Alcances		Limites		Total	
	Nº de BLH	%	Nº de BLH	%	Nº de BLH	%
<b>Comunicação dos Bancos de Leite do Distrito Federal com as mães em fase de amamentação - 100% dos entrevistados</b>						
Visita da equipe do BLH ao Alojamento Conjunto, UCIN e UTI Neonatal	15	100%	3	20%	15	100%
Atendimento especializado às doadoras de leite humano e seus filhos	9	60%	2	13%	10	67%
Eventos científicos e comemorativos	10	67%	----	----	10	67%
Contato telefônico com as mães após a alta hospitalar e com as doadoras de leite humano	7	47%	2	13%	9	60%
Visita domiciliar às doadoras de leite humano	9	60%	----	----	9	60%
Programas e grupos de apoio às mães e às doadoras de leite humano	6	40%	1	7%	7	47%
Materiais informativos	5	33%	----	----	5	33%
Visita das mães e doadoras às instalações do BLH e Maternidade	4	27%	----	----	4	27%
Palestras na comunidade	3	20%	----	----	3	20%
Atendimento com agenda aberta	3	20%	----	----	3	20%
Pesquisas de satisfação com o cliente/ usuário	1	7%	----	----	1	7%
<b>Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os profissionais da mesma instituição - 87% dos entrevistados</b>						
Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com profissionais de setores não especificados	7	47%	8	53%	11	73%
Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Direções	7	47%	3	20%	10	67%
Comunicação entre os profissionais pertencentes a um mesmo BLH	8	53%	----	----	8	53%
Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as UTI Neonatais	7	47%	----	----	7	47%
Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Maternidades	2	13%	----	----	2	13%
Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Assessorias de Comunicação	2	13%	----	----	2	13%
<b>Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal - 80% dos entrevistados</b>						
Comunicação com as mães durante a visita domiciliar	9	60%	3	20%	12	80%

Fonte: Elaborado pela própria autora. Arte: Fernanda Canalonga (Design Gráfico)

Tabela 1: Síntese dos principais demarcadores das práticas de comunicação dos BLHs do DF

<b>Comunicação entre os Bancos de Leite Humano do Distrito Federal – 73% dos entrevistados</b>						
	11	73%	----	----	11	73%
<b>Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Coordenação Distrital/ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – 67% dos entrevistados</b>						
	9	60%	1	7%	10	67%
<b>Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano – 60% dos entrevistados</b>						
Assessoria e Consultoria Técnica	6	40%	----	----	6	40%
BLH-WEB	4	27%	----	----	4	27%
Comunicação Científica	3	20%	----	----	3	20%
<b>Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com o Terceiro Setor – 60% dos entrevistados</b>						
Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com instituições de ensino	6	40%	----	----	6	40%
Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com o Rotary Club Internacional e Casa da Amizade	4	27%	1	7%	5	33%
Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com empresas da sociedade civil	4	27%	----	----	4	27%
Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com pessoas de visibilidade pública	2	13%	----	----	2	13%
<b>Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Atenção Básica – 47% dos entrevistados</b>						
Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os Centros de Saúde	6	40%	----	----	6	40%
Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os Programas Saúde da Família	3	20%	----	----	3	20%
<b>Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com a Mídia – 40% dos entrevistados</b>						
	4	27%	2	13%	6	40%
<b>Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com os Postos de Coleta de Leite Humano – 20% dos entrevistados</b>						
	3	20%	----	----	3	20%
<b>Comunicação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal com as Administrações Regionais – 7% dos entrevistados</b>						
	1	7%	----	----	1	7%

Fonte: Elaborado pela própria autora. Arte: Fernanda Canalonga (Design Gráfico)

## 6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo, a partir da identificação de 11 grupos temáticos, permitiu-nos concluir que o lugar da comunicação no processo de construção da autossuficiência em leite humano no DF é central e que as práticas desenvolvidas foram permeadas por elementos da comunicação. Observamos a forte presença da comunicação como processo relacional, que atribui relevância ao outro, seja ao indivíduo ou ao grupo, no qual produz seus próprios sentidos e interferem na realidade.

Verificamos que a constante comunicação com as mães em fase de amamentação se configurou como o principal demarcador para a autossuficiência em leite humano, estando presente nas ações diárias de todos os BLHs do DF. Entre as práticas utilizadas pelos BLHs do DF para a comunicação com as mães estão: visita da equipe do BLH ao Alojamento Conjunto, UCIN e UTI Neonatal (100%); atendimento especializado às doadoras de leite humano e seus filhos (67%); eventos científicos e comemorativos (67%); contato telefônico com as mães após a alta hospitalar e com as doadoras de leite humano (60%); visita domiciliar às doadoras de leite humano (60%); programas e grupos de apoio às mães e às doadoras de leite humano (47%); materiais informativos (33%); visita das mães e doadoras às instalações do BLH e Maternidade (27%); palestras na comunidade (20%); atendimento com agenda aberta (20%); e pesquisas de satisfação com o cliente/ usuário (7%)

Cabe salientar que essas práticas fortaleceram a rede de apoio familiar e ampliaram o diálogo e a troca de experiências, tornando visível a produção, circulação e apropriação dos sentidos sociais. A valorização da mulher sem a rigidez dos modelos informacionais, com normas e regras impositivas ao ato de amamentar e doar leite humano, mostrou-se presente como estratégia favorável à doação de leite humano.

Uma forte característica observada na rBLH-DF se refere ao trabalho em rede, sendo mencionado por 87% dos entrevistados. Nesse contexto, observou-se o empenho dos profissionais atuantes em BLHs do DF em trabalhar em parceria com outras equipes do hospital e com os gestores. O trabalho em rede se estendeu para além das equipes pertencentes a uma mesma instituição, através da ajuda mútua e do compartilhamento de conhecimentos, técnicas, equipamentos e até mesmo do excedente de leite humano para melhoria do serviço de outros BLHs da região. Essa peculiaridade do DF foi relatada por 73% dos entrevistados.

A comunicação entre os BLHs do DF existe independente do BLH pertencer à rede pública ou privada, evidenciando o vínculo e o sentimento de pertencimento à rBLH-DF. Em relação à doação de leite humano, observamos a necessidade de realizar práticas de

comunicação específicas para os usuários de hospitais da rede pública e privada, devido à resistência existente por parte das mães em doar o excedente de leite humano para os hospitais da rede privada. Nesses casos, a mídia também não se mostrou parceira na divulgação de ações para captação de doadoras de leite humano.

Outro demarcador fundamental para a autossuficiência foi a parceria com o CBMDF (80%), não apenas para a coleta domiciliar de leite humano, mas em relação ao acolhimento e orientações transmitidas na ocasião da visita.

O apoio e proximidade da Coordenação Distrital da SES-DF com os BLHs do DF (67%) refletiu no fortalecimento da rBLH-DF, proporcionando suporte para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à doação de leite humano, e a integração entre os 15 BLHs pertencentes ao DF.

Os BLHs do DF receberam apoio da Assessoria de Comunicação da SES-DF, com ações dirigidas à mídia local e aos grandes meios de comunicação. Observou-se o esforço do DF em romper com a lógica campanhista adotada pelo Ministério da Saúde e priorizar a equidade, princípio do SUS, produzindo peças publicitárias específicas para a região do DF. As ações junto à mídia local somadas às peças produzidas favoreceram, na perspectiva dos entrevistados, a circulação dos sentidos sociais sobre a importância da doação de leite humano para a população em questão.

O Centro de Referência Nacional para BLHs, sede da rBLH-BR, foi mencionado como parceiro presente por 60% dos entrevistados, no que se refere à promoção de canais de informação e tecnologias para os BLHs que trabalham em rede. Dessa forma, proporcionou o Sistema de Gerenciamento e Produção de Bancos de Leite Humano (BLH-WEB), assessoria e consultoria técnica e o incentivo à produção científica, por meio de congressos e eventos.

Os BLHs também buscaram parcerias com o Terceiro Setor (60%), por intermédio de iniciativas privadas, como as instituições de ensino, empresários locais do setor privado, indivíduos da sociedade civil, como as pessoas de visibilidade pública (celebridades e atletas), e entidades sem fins lucrativos, como o Rotary Club Internacional e a Casa da Amizade.

Entre os demarcadores das práticas de comunicação menos citados e não menos importantes, destacaram-se: estabelecer laços com a Atenção Básica (47%), por meio dos Centros de Saúde e dos PSFs, no sentido de manter o vínculo e possibilidades de acolhimento, oferecendo um cuidado mais integral à saúde das usuárias; oferecer treinamento de equipes e subsídios para os PCLH (20%); e a parceria com as Administrações Regionais (7%), no que se refere à realização de eventos para a promoção do aleitamento materno e doação de leite humano.

As assessorias de comunicação não se mostraram predominantes na rBLH-DF, existindo em 13% dos hospitais do DF. Dessa forma, percebe-se que os materiais informativos e outras práticas de comunicação foram produzidos, em grande parte, pelos profissionais de saúde atuantes na área.

Conclui-se, assim, que a preocupação com a produção, circulação e apropriação dos sentidos sociais, e não apenas a mera transferência de informação, com práticas de comunicação que valorizam o diálogo, a inclusão, o cuidado e o acolhimento foram fundamentais para a captação de doadoras de leite humano e, conseqüentemente, para a autossuficiência em leite humano na região estudada.

Além disso, verifica-se a existência de leis, parcerias e conquistas de títulos e premiações que fortaleceram as ações de comunicação em prol do aleitamento materno e da doação de leite humano.

Os resultados encontrados evidenciam a força da comunicação no âmbito da rBLH-DF, configurando-se como um dos elementos estruturantes da mesma, uma vez que demonstra um elevado nível de interlocução entre os BLHs do DF e os 11 grupos temáticos identificados neste estudo. Foram localizados aspectos relacionados à universalidade, à equidade e à integralidade, princípios doutrinários do SUS, que indicam na Comunicação e Saúde, o direito à comunicação e o acesso aos meios, aos canais e espaços de fala e escuta, e medidas mais equânimes no cuidado às mães em fase de amamentação, considerando-as como um todo e atendendo às suas distintas necessidades.

Observou-se também a presença dos três princípios organizativos do SUS – descentralização, hierarquização e participação social – nas ações dos BLHs do DF. Entende-se que a rBLH-DF procura trabalhar com mecanismos de comunicação mais redistributivos, não se voltando ao fortalecimento do modelo campanhista de saúde. Dessa forma, favorece que cada interlocutor possa cumprir adequadamente suas finalidades, nos níveis que lhe compete.

Além disso, a comunicação no âmbito da rBLH-DF valoriza o acesso à informação, recomendando que a sociedade seja ativa no planejamento, na implantação e na fiscalização das políticas públicas de saúde.

Diante do exposto, podemos afirmar que esta pesquisa proporciona subsídios para o planejamento de práticas de comunicação para a doação de leite humano a serem desenvolvidas pelos profissionais de BLHs, remetendo a um novo ponto de vista ao campo da saúde, com amplitude para a área da Comunicação.

Por fim, cabe enfatizar o quanto a Comunicação tem fortalecido o trabalho da rBLH-DF e, por consequência, contribuído para a autossuficiência em leite humano no DF. Espera-se que os resultados obtidos neste estudo possam contribuir para a implementação de práticas de comunicação em favor da doação de leite humano, em consonância com as políticas públicas de saúde, corroborando com o compromisso da rBLH-BR em reduzir os índices de mortalidade infantil no Brasil.



## REFERÊNCIAS

ABRUNHOSA, M.A. **A Informação e a Comunicação no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz.

AGUIAR, M.T. **O Banco de Leite Humano do Hospital Santa Luzia**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

ALENCAR, S.M.S.M. Doadoras e Doações. Banco de Leite Humano: Funcionamento, Prevenção e Controle de Riscos. Anvisa. Brasília, 2008. Disponível em <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2014.

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

\_\_\_\_\_. **Resgate da trajetória histórica dos Bancos de Leite Humano de Brasília**. Brasília: entrevista com João Aprígio Guerra de Almeida. Brasília: 2012.

\_\_\_\_\_. **Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano/ Fundação Oswaldo Cruz**. entrevista com João Aprígio Guerra de Almeida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

ALMEIDA, J.A.G; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 5, p. 119-125. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02>>. Acesso em: 15 mar.2013.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC-ANVISA n°. 171, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. ANVISA: resoluções, Brasília, DF, 4 set. 2006. Disponível em: <[http://www.redeblh.fiocruz.br/media/rdc\\_171.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/rdc_171.pdf)>. Acesso em: 09 jan. 2013.

ARAÚJO, I.S. **Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas**. Rio de Janeiro, 2002. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. Razão Polifônica: a negociação de sentidos na intervenção social. **Revista Perspectivas em Ciência da Informação**, Minas Gerais, v.8, p. 46-57. 2003. Disponível em

<<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/651>>. Acesso em 20 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. **RECIIS** – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.3, n.3, p.42-50. set, 2009. Disponível em <[http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/827/2/Araujo\\_Contextos,%20media%C3%A7%C3%B5es.pdf](http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/827/2/Araujo_Contextos,%20media%C3%A7%C3%B5es.pdf)>. Acesso em: 01 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Avaliação de políticas públicas e estratégias de comunicação:** a pesquisaid. Comunicaid: políticas públicas e estratégias para o controle social. Org. Alessandra Nilo et al. São Paulo: Ágil, 2005.

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M; MURTINHO, R. A Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**, v. 6, p. 104-115. 2009. Disponível em <http://www.alaic.org/revistaalaic/index.php/alaic/article/view/88/83>. Acesso em: 02 ago 2014.

ARAÚJO, M.B.S; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia Saúde da Família: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022)>. Acesso em 22 abr 2015.

ARAÚJO, N.M.S. **Viver Mais e Melhor:** O Programa Globo Repórter e as Redes de Sentido da Saúde. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz.

AUDI, P. **A comunicação como agente para o fortalecimento da arrecadação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA, 2012, Brasília. Conferência...Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

BARDIN. L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/>> Acesso em: 01 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 171, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 setembro 2006. Seção 1, p. 33. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d02994804745973f9fa1df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+DE+171-2006.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 05 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 setembro 1990. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 09 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2011). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Sociais. Portaria. 696, de 16 de dezembro de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 dezembro 2010. Seção 1, p. 154. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/legislacao/2010/dezembro/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude-n-239-17.12.2010/legislacaofederal/u\\_pt-ms-sas-696\\_161210.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/legislacao/2010/dezembro/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude-n-239-17.12.2010/legislacaofederal/u_pt-ms-sas-696_161210.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Prêmio Bibi Vogel. Portaria. 1.907, de 13 de setembro de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.radaroficial.com.br/d/1433267>>. Acesso em 05 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº. 322/88 de 26 de maio de 1988. Primeira legislação federal para Bancos de Leite Humano. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Secretaria de Programas Especiais. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 maio 1988. Disponível em: <[http://www.redeblh.fiocruz.br/media/p322\\_1988.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/p322_1988.pdf)>. Acesso em: 2 mar. de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição-INAN. Secretaria de Programas Especiais-SPE. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam). Normas Gerais para Bancos de Leite Humano. Brasília. Ministério da Saúde. 1993.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 454/93 de 14 de junho de 1993. Dispõe sobre a Política de Aleitamento Materno para o Distrito Federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 de junho 1993. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/74756081/dodf-secao-01-13-08-2014-pg-4>>. Acesso em: 2 mar. de 2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 5.154/2013 de 19 de agosto de 2013. Institui a Semana Distrital de Doação de Leite Materno e a inclui no calendário oficial de eventos do Distrito Federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 de agosto 2013. Disponível em: [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/sedlh\\_distritofederal.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/sedlh_distritofederal.pdf)>. Acesso em: 18 mar. de 2014.

BOCCOLINI, C.S; REZENDE, E.P; SILVA, C.T. Evolução do aleitamento materno em município do Estado do Rio de Janeiro. In: Congresso Nacional da Sociedade Brasileira De Alimentação e Nutrição, 11, 2011, Fortaleza: SBAN, 2011.

BONI, V; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Santa Catarina, v. 2, n. 1, p. 68-80. 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>>. Acesso em: 01 jul. 2015.

BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

\_\_\_\_\_. **A miséria do mundo**. Tradução de Mateus S. Soares. 3a edição. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASILEIRO, S. **O Banco de Leite Humano do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência...Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2012.

BRITO, A.C. **O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Sobradinho (HRS)**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência...Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

CARDOSO, A.S.; NASCIMENTO, M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p. 1509-1520. 2010. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700063](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700063)>.  
Acesso em: 15 dez. 2015.

CAREGNATO, R.C.A; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso *versus* Análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, p. 679-84. 2006 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

CBMDF. Corpo de Bombeiro Militar do Distrito Federal. Relatório de gestão do exercício de 2013, Brasília, DF, fev. 2004. Disponível em: < <https://www.cbm.df.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

COSTA, F. **O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Santa Maria (BLH-HRSM)**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência...Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

DAMASCENO, R. **O Banco de Leite Humano do Hospital Anchieta**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência...Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 09 ago. 2014.

DUARTE, L. **O Banco de Leite Humano do Hospital Regional do Gama (HRG)**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA, 2012 - DVD, Brasília. Conferência. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

FAUSTO, A. **Comunicação & Mídia Impressa: estudo sobre a AIDS**. São Paulo: Hacker Editores, 1999.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora da UnB, 2001.

FIORIN, J.L. **Linguagem e Ideologia**. São Paulo: Editora Ática, 2000.

FISCHER, R.M.B. Foucault e a Análise do Discurso em Educação. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, v. 9, n. 114. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a09n114.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 5 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985, 295p.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1986.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Boletim da Rede de Bancos de Leite Humano. Brasil 2014: Profissionais da Universidade de Michigan conhecem o modelo brasileiro de BLH. Rio de Janeiro, n. 208, 2014. Disponível em: [http://www.iberblh.org/images/boletim\\_pt/208port.pdf](http://www.iberblh.org/images/boletim_pt/208port.pdf). Acesso em: 13 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Manual de Assessoria de Imprensa. Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

\_\_\_\_\_. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: < <http://www.fiocruz.br/icict>>. Acesso em: 24 out 2012.

\_\_\_\_\_. REDEBLH. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em: <[www.redeblh.fiocruz.br](http://www.redeblh.fiocruz.br)>. Acesso em: 11 jul 2014.

\_\_\_\_\_. REDEBLH. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Programa IBERBLH. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: < <http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/>> Acesso em: 7 mar. 2014.

FREDERICQ, A. **A babá dos brasileiros: uma multinacional do setor leiteiro**. In: CORADINI, O.L. & FREDERICQ, A. (Orgs.). Agricultura, Cooperativa e Multinacionais. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

FREYRE, G. **Casa Grande e Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.

GIUGLIANI, E.R.J. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil: tecnologia para exportar. *Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria*. v. 78, nº3, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/jped/v78n3/v78n3a01.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014.

GOLDEMBERG, P. **Repensando a Desnutrição como Questão Social**. Campinas: Unicamp, 1988.

GOMES, D. **O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Ceilândia (HRC)**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

GONÇALVES, A.O; MOCELIN, T. Mobilização, Comunicação e Saúde: possíveis aproximações teóricas. VII Jornada de Sociologia da Saúde: Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura. Curitiba, 2013. Disponível em: < <http://www.humanas.ufpr.br/portal/sociologiasaude/files/2013/12/MOBILIZA%C3%87%C3%83O-SOCIAL-COMUNICA%C3%87%C3%83O-E-SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 01 jul.2014.

IBFAN BRASIL. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar. São Paulo, 2015. Disponível em: < <http://www.ibfan.org.br/site/eventos/folder-de-acao-semana-mundial-da-amamentacao-smam-2015-waba.html>> Acesso em: 30 jul. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

INAZAWA, F.K; BAPTISTA, S.G. Modelo conceitual de comunicação da informação para estudos de interação informacional baseado em competências conversacionais em serviço de referência. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Minas Gerais, v.17, n.1, p.169-184. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pci/v17n1/a10v17n1.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

LACERDA, J.A. **O Banco de Leite Humano do Hospital Universitário de Brasília (HUB)**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência...Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

LATOURET, B. **Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica**. Rio de Janeiro: 34 Literatura S/C, 1994.

MAIA, P.R.S. **Geração, difusão e apropriação do conhecimento na Rede Nacional de Bancos de Leite Humano**. Rio de Janeiro, 2004. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

MAIA, P.R.S. et al. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 3. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31899.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2012.

MARQUES, M.B. **Discursos Médicos sobre Seres Frágeis**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

MARCHIORI, P.Z et al. Fatores motivacionais da comunidade científica para publicação e divulgação de sua produção em revistas científicas. In: VII Simpósio Regional da Pesquisa em Comunicação, 2006, Campo Grande, MS.

MARINS, B.R. **A vigilância sanitária, o cidadão e o direito à comunicação: um estudo sobre a rotulagem de alimentos**. Rio de Janeiro, 2009. Tese (Doutorado em Vigilância Sanitária) - Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.

MEDEIROS, C. **O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Paranoá (HRPa)**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência...Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 19ª ed., 1994.

MONTEIRO, M.A. **O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Brazlândia (HRBz)**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência...Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

MORAES, S.D.T.A. et al. Acolhendo o acolhedor: o caminho mais curto para a humanização da assistência. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.** 2009; 19(2): 393-402.

MOURA, M. **O Banco de Leite Humano do Hospital das Forças Armadas (HFA)**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

NAKANO, A.M.S. **O aleitamento materno no cotidiano**. Ribeirão Preto, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo.

NOBLAT, R. **A arte de fazer um jornal diário**. São Paulo: Editora Contexto, 2002.



OLIVEIRA, V. C. Media communication and the Single Healthcare System, **Interface** \_ Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v.4, n.7, p.71-80. 2000. <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v4n7/06.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. **Revista Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 13, n.2, p. 56-69. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000200006&script=sci_arttext)>.

Acesso em: 20 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Programa de Cooperação Internacional em Saúde: melhores iniciativas da cooperação Sul-Sul. Brasília: OPAS, 2010. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=948:melhores-iniciativas-cooperacao-sul-sul&Itemid=643](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=948:melhores-iniciativas-cooperacao-sul-sul&Itemid=643)>. Acesso em: 8 jul. 2015.

ORLANDI, E. **A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

PECHEUX, M. et al. Un exemple d'ambiguite ideologique: le rapport Mansholt. **Technologies Ideologies**, e1 Pratiques, 1 (2): 1-83, 1979.

PERUZZO, C.M.K. Mídia local e suas interfaces com a mídia comunitária. In: INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação - Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 26, 2003, Belo Horizonte: INTERCOM, 2003.

PITTA, A.M.R. Políticas de comunicação comparadas: comunicação e democracia na saúde em dois municípios em gestão plena. **ECO-PÓS**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 45-63. 2007. Disponível em: <[https://revistas.ufrj.br/index.php/eco\\_pos/article/view/1040](https://revistas.ufrj.br/index.php/eco_pos/article/view/1040)>. Acesso em: 01 abr.2014.

QUEIROGA, F. **O Banco de Leite Humano do Hospital Santa Lúcia**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA, 2012 - DVD, Brasília. Conferência...Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

RAUPP, R.M. **Uma visão panorâmica do conhecimento construído no âmbito da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz.

RESGATE da trajetória histórica dos Bancos de Leite Humano de Brasília. Fundação Oswaldo Cruz/ Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Brasília: 2012. 1 DVD.

RIBEIRO, A.P.G; SANTOS, S. Editorial. **ECO-PÓS**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 9-11. 2007. Disponível em: [http://www.portalcomunicacion.com/ocs/esp/esp\\_det.asp?esp\\_clau=307&id\\_especial\\_serie=0](http://www.portalcomunicacion.com/ocs/esp/esp_det.asp?esp_clau=307&id_especial_serie=0) >. Acesso em: 01 abr. 2015.

RIBBEIRO, L. **A comunicação como agente para o fortalecimento da arrecadação dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência...Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

ROSSI, C.A.V; SLONGO, L.A. Pesquisa de Satisfação de Clientes: o Estado da Arte e Proposição de um Método Brasileiro. **RAC**, v.2, n.1, p. 101-125. 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rac/v2n1/v2n1a07>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

ROTHGIESSER, T.L. Sociedade Civil Brasileira e o Terceiro Setor. Disponível em: <<http://www.terceirosetor.org.br>> Acesso em: 15 jun. 2015.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.E; LÚCIO, P.B. **Metodología de la Investigación**. 4ª Ed. México: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, S.B. **Comunicação, ciência e saúde: uma proposta de indicadores de comunicação para os projetos de pesquisa do centro de pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz**, Recife, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz.

SATO, S. **O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Taguatinga (HRT)**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

SEMINÁRIO COMPREENDENDO E CONSTRUINDO A AUTOSSUFICIÊNCIA EM LEITE HUMANO DE BRASÍLIA, 2012, Brasília: Ministério da Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz Fiocruz/ Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, 2012.

SERRA, S.O.A.; SCOCHI, C.G.S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI Neonatal. **Ver. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 597-605. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400004). Acesso em: 25 jun. 2013.

SHANNON, C. E.; WEAVER, W. **The Mathematical Theory of Communication**. Urbana: University of Illinois Press, 1949.

SIMÕES, M.B. **O capital social da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano sob a perspectiva informacional**, Rio de Janeiro, 2015. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz.

SCHIMIN, P. **O Banco de Leite Humano do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB)**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência...Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

SILVA, A. A. **Amamentação: Fardo ou Desejo?** Estudo Histórico Social dos Saberes e Práticas sobre Aleitamento na Sociedade Brasileira. São Paulo, 1990. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Editora Loyola, 2006.

SILVA, T. P. **Ambientes de interação em rede para a saúde: a prática de educação e pesquisa do núcleo de experimentação de tecnologias interativas da Fiocruz no Facebook**. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz.

SOUZA, F.J.V. et al. Prestação de contas no terceiro setor: uma análise das entidades possuidoras do título de utilidade pública federal no estado do Rio Grande do Norte. **Contexto**, Porto Alegre, v. 12, n. 21. 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/ConTexto/article/view/26037>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

SOUZA, K.S. **A Enfermagem Brasileira tecendo as redes do conhecimento no assistir em amamentação**. Rio de Janeiro, 2006. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz.

SOUZA, L.M.B.M. **Do leite fraco à biologia da excepcionalidade: as múltiplas faces da mesma moeda**. Rio de Janeiro, 2003. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz.

SOUZA, L.M.B.M.; ALMEIDA, J.A.G. **História da Alimentação do Lactente no Brasil: Do leite fraco à biologia da excepcionalidade**. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda, 2005.

TORO, J. B. A.; WERNECK, N. M.D. Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação social. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, Recursos Hídricos e Amazônia Legal, Secretaria de Recursos Hídricos, Associação Brasileira de Ensino Agrícola Superior – ABEAS, UNICEF, 1997.

TORRES, M.M. **O campo da Comunicação & Saúde no Brasil:** mapeamento dos espaços de discussão e reflexão acadêmica, Rio de Janeiro, 2012. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz.

UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9994.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm)>. Acesso em: 13 jun. 2014.

VASCONCELLOS, M.S. **Comunicação e saúde em jogo:** os vídeo games como estratégia de promoção da saúde. Rio de Janeiro, 2013. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz.

VENÂNCIO, S.I. et al. Prática do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria. v. 86, n. 4. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n4/a12v86n4.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014.

VIANA, F; MALLOSTO, M.S. **O Banco de Leite Humano do Hospital Regional de Planaltina (HRP)**. In: RESGATE DA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS BANCOS DE LEITE HUMANO DE BRASÍLIA - DVD, 2012, Brasília. Conferência...Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

VIVEIROS, C.; EID, M.A. **O signo da verdade: Assessoria de Imprensa feita por jornalistas**. São Paulo: Summus Editorial, 2007.

WOLF, M. **Teorias da Comunicação**. Lisboa: Presença, 1999.

## ANEXO

### **Anexo A – Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.**

#### **Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**

- 1- Ter uma norma escrita sobre o AM, que deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
- 2- Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar essa norma.
- 3- Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do AM.
- 4- Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.
- 5- Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 6- Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
- 7- Praticar o Alojamento Conjunto – permitir que as mães e bebês permaneçam juntos – vinte e quatro horas por dia.
- 8- Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
- 9- Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
- 10- Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.