



Guia Prático de Atualização

Departamento Científico
de Aleitamento Materno

Doenças maternas infecciosas e amamentação

Departamento Científico de Aleitamento Materno

Presidente: Elsa Regina Justo Giugliani

Secretária: Graciete Oliveira Vieira

Conselho Científico: Carmen Lúcia Leal Ferreira Elias, Claudete Teixeira Krause Closs, Roberto Mário da Silveira Issler, Rosa Maria Negri Rodrigues Alves, Rossiclei de Souza Pinheiro, Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva

Introdução

O aleitamento materno promove benefícios para a mulher¹⁻⁴, a criança⁵⁻⁸, a família⁹, e para o próprio ambiente¹⁰; desta forma, é recomendado até os 2 anos de idade ou mais, e de forma exclusiva até o 6º mês de vida da criança¹¹.

Uma das questões que podem determinar desmame precoce é a dúvida inerente à amamentação em mulheres que apresentam doenças infecciosas. O conhecimento sobre as repercussões dessas doenças para a saúde da criança serve para uma decisão esclarecida, com base teórica, em que a discussão sobre os potenciais riscos *versus* os benefícios do aleitamento materno devem sempre ser levados em consideração¹². A orientação adequada nessas situações é fundamental para evitar o desmame ou a introdução desnecessária de suplementos lácteos ou complementos alimentares.

Doenças bacterianas

A maioria das doenças infecciosas bacterianas maternas não contraindica o aleitamento ma-

terno¹²⁻¹⁴. Entretanto, em infecções graves e invasivas, tais como meningite, osteomielite, artrite séptica, septicemia ou bacteremia causadas por alguns organismos como *Brucella*, *Streptococcus* do Grupo B, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenza* Tipo B, *Streptococcus pneumoniae* ou *Neisseria meningitidis*, a interrupção temporária da amamentação se faz necessária por um período que varia de 24 a 96 horas após o início da terapia antimicrobiana e alguma evidência de melhora clínica¹².

A seguir, serão abordadas algumas infecções bacterianas em lactantes, que costumam provocar dúvidas quanto ao aconselhamento da manutenção do aleitamento materno.

Tuberculose

Crianças nascidas de mulheres consideradas abacilíferas ou tratadas por 2 ou mais semanas antes do nascimento de seus filhos devem ser orientadas a amamentar sem qualquer restrição. Seus filhos devem receber a vacina BCG logo após o nascimento^{12,14-16}.

Mulheres com sinais, sintomas e exames radiológicos consistentes com doença tuberculosa

ativa devem restringir o contato com a criança devido à transmissão potencial da doença por meio das gotículas do trato respiratório. Durante o período de investigação da doença, o leite materno pode ser ordenhado e oferecido à criança, por não haver risco de passagem do *Mycobacterium tuberculosis* pelo leite humano¹²⁻¹⁴. A ordenha deverá ser realizada no mínimo 6-8 vezes nas 24 horas seguindo as normas higiênicas como lavagem das mãos, proteção dos cabelos com touca e uso de máscara limpa cobrindo nariz e boca,¹⁷ e o leite humano ordenhado cru oferecido para a criança^{13,14}. Nas primeiras 2 semanas da terapia anti-tuberculose, a mãe poderá amamentar seu filho com uso de máscara (cobrindo nariz e boca). É necessário assegurar a aderência materna ao tratamento¹².

Recomenda-se para a criança o uso profilático de isoniazida, na dose de 10mg/Kg/dia^{15,16} até o 3º- 4º mês de vida, quando o teste tuberculínico deverá ser realizado. Se o teste for positivo, a criança deve ser avaliada, especialmente quanto ao acometimento pulmonar, porém outras formas de tuberculose deverão também ser pesquisadas. Caso a criança tenha contraído a doença, a terapêutica deverá ser instituída; caso contrário, a isoniazida deve ser mantida, com acompanhamento mensal. Se o resultado do teste tuberculínico for negativo aos 3 meses de idade, a isoniazida deverá ser descontinuada e o BCG aplicado^{12,14}. Quando a mãe for portadora de tuberculose multidroga resistente, a separação da criança do contato materno se faz necessária, pois nesse caso há maior infectividade e o período para a resposta ao tratamento se prolonga^{14,16}. Entretanto, o leite materno ordenhado poderá ser oferecido à criança até a mãe se tornar abacilífera¹⁶.

O *Mycobacterium tuberculosis* muito raramente causa mastite ou abscesso mamário. Mas, se isso ocorrer, o aleitamento materno deverá ser descontinuado, mantendo-se a ordenha para evitar a diminuição da produção láctea até que a mulher receba tratamento antituberculínico e seja considerada abacilífera¹⁴. Nesses casos, a criança também deverá receber isoniazida¹².

Mastite e abscesso mamário

Mastite e abscesso mamário não são consideradas infecções invasivas e não contraindicam a amamentação¹². De um modo geral, a presença de patógenos bacterianos no leite materno não representa risco para o lactente¹⁷⁻¹⁹. O aleitamento materno poderá ser mantido se a terapia antimicrobiana empírica for instituída e se o material drenado do abscesso não tiver contato direto com a boca da criança ou não tiver havido rompimento para o sistema ductal. Caso contrário, deve-se suspender temporariamente a amamentação na mama afetada, mantendo a ordenha da mesma e a amamentação na mama contralateral^{12,17}.

A interrupção da amamentação com manutenção da ordenha e descarte do leite materno tem sido recomendada para casos de infecções invasivas causadas por *Streptococcus* do Grupo B¹². Entretanto, com frequência a mulher já estará com cobertura antimicrobiana empírica por mais de 2 dias quando for conhecido o resultado da cultura da secreção drenada. Desta forma, de uma maneira geral não há indicação de suspensão do aleitamento materno, mesmo nesses casos¹².

Não há utilidade em se realizar a cultura do leite materno para orientar a decisão sobre a antibioticoterapia em mães lactantes com mastite ou abscesso mamário. Entretanto, se houver falha no tratamento empírico após 48 a 96 horas do seu início, se ocorrer recorrências frequentes da doença apesar de aparente terapia apropriada ou se a mulher experimentar dor fora do contexto dos sinais clínicos encontrados, a cultura do leite poderá ser solicitada. A coleta deve ser realizada após limpeza delicada do complexo aréolo-mamilar com água corrente, desprezando-se os primeiros jatos do leite ordenhado¹². A cultura de material advindo da drenagem cirúrgica de abscesso deve ser sempre realizada¹². Além do tratamento medicamentoso, os possíveis fatores predisponentes da mastite, como estase do leite e infecção¹⁸, devem ser abordados mediante ordenha frequente e aumento do número de mamas¹⁷.

Hanseníase contagiosa (virchowiana)

A hanseníase é transmitida pelo contato pessoal por meio das secreções nasais e da pele. O *M. leprae* pode ser isolado no leite de mulheres com a forma virchowiana não tratada ou com tratamento inferior a 3 meses de duração com sulfona (dapsona ou clofazamina) ou, ainda, com tratamento inferior a 3 semanas com rifampicina. Lesões de pele na mama também podem ser fonte de contaminação¹⁷. Se a lactante estiver sob tratamento adequado, não há contraindicação para a amamentação²⁰. Os fármacos usados para o tratamento da hanseníase não contraindicam a amamentação e o recém-nascido deverá ser precocemente tratado, simultaneamente ao tratamento materno¹⁷. A vacinação precoce com o BCG deverá ser instituída pela possibilidade de indução de proteção cruzada para a hanseníase na criança¹⁶. A mãe deverá ser aconselhada a diminuir, ao máximo, o contato com o seu filho; praticar medidas de higiene, tais como lavagem das mãos antes de manter contato com a criança, desinfecção de materiais que entram em contato com as secreções nasais maternas, uso de lenços descartáveis; além do uso de máscaras no momento da amamentação, quando esta já estiver indicada, ou durante o contato com a criança¹⁷.

A hanseníase não contagiosa não é contraindicação para a amamentação; entretanto, a criança, amamentada ou não, deverá ser submetida periodicamente a exames clínicos para possibilitar a detecção precoce de possíveis sinais clínicos da doença¹⁶.

Doença diarreica

O leite humano protege contra infecções do trato gastrointestinal^{5,12,15,21,22}. Nas crianças amamentadas, a incidência de diarreia é significativamente inferior, principalmente as causadas pelo vibrião colérico, *Shigella*, *Escherichia coli*, *Campylobacter* e *Giardia lamblia*²³. Como não há passagem desses microrganismos pelo leite humano, recomenda-se a manutenção da amamentação durante episódios de doença diarreica materna. Entretanto, os agentes etiológicos causadores da

doença diarreica materna podem ser importantes contaminantes externos, principalmente do leite materno ordenhado. Assim, deve-se orientar cuidados higiênicos, com ênfase especial na lavagem das mãos após o uso do sanitário^{15,17}.

Outras doenças

A transmissão de *Brucella* entre humanos é excepcionalmente rara, havendo a descrição de alguns poucos casos de brucelose na criança causada, provavelmente, pelo leite humano^{24,25}. De qualquer forma, se houver confirmação de brucelose materna, o tratamento antimicrobiano deverá ser instituído e o aleitamento interrompido por 72 a 96 horas. O leite materno poderá ser ordenhado, pasteurizado e oferecido à criança no período de interrupção da amamentação. Havendo melhora clínica, a amamentação deverá ser restabelecida^{15,17}.

Não há contraindicação para a amamentação em lactantes com listeriose¹². Em mulheres gravemente acometidas pela doença, recomenda-se a interrupção temporária da amamentação na fase aguda da doença, pelas condições clínicas maternas, podendo ser utilizado o leite materno ordenhado cru¹². Já na fase aguda da leptospirose, recomenda-se a interrupção da amamentação e uso de leite materno ordenhado pasteurizado^{15,17}.

Quando a mulher adquire coqueluche durante o período neonatal, a antibioticoterapia para a mãe e para o recém-nascido deverá ser iniciada¹⁶. A mulher deverá ser aconselhada a restringir o contato com o seu filho e a suspender temporariamente a amamentação por um período de 5 dias após o início da antibioticoterapia¹². Não há transmissão da *Bordetella pertussis* pelo leite humano, o contato se dá por gotículas do trato respiratório¹²; assim, recomenda-se o uso de máscara com cobertura do nariz e boca para evitar a contaminação do recém-nascido, mesmo após o início do contato com a criança e o reestabelecimento da amamentação¹⁷. O uso do leite materno ordenhado cru, seguindo as normas higiênicas da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, também é recomendado^{12,17}.

Quanto à sífilis, se houver lesões primárias e secundárias na aréola e/ou mamilo, a amamentação é contraindicada temporariamente na mama afetada, até a cicatrização das lesões mediante o uso da antibioticoterapia sistêmica¹². A criança deverá ser testada e tratada com antimicrobiano. A manutenção da amamentação na mama contralateral está indicada. A ordenha e o descarte do leite ordenhado da mama afetada deverão ser realizados para evitar estase do leite, com proteção das lesões para evitar contato com a criança^{12,16,17}.

tada como exemplo, pois essa doença parasitária não é transmitida entre humanos, tampouco pelo leite materno. Os fármacos usados para tratar a malária não contraindicam a amamentação, entretanto, deve-se evitar as sulfonamidas no período neonatal¹⁷.

Exceção ocorre na doença de Chagas, quando o parasita pode ser excretado no leite humano. Nota-se, entretanto, que a infecção aguda no lactente parece ter evolução benigna e a descrição de sequelas é rara. Assim, a amamentação deverá ser contraindicada apenas na fase aguda da doença ou quando houver lesão mamilar com sangramento^{15,17}.

O Quadro 1 resume as condutas quanto à amamentação de lactantes com doença bacteriana ou parasitária. Nota-se que não há contraindicação do aleitamento materno para a maioria das doenças infecciosas bacterianas e parasitárias.

Doenças parasitárias

De uma maneira geral, as doenças parasitárias não se configuram como contraindicação para a amamentação, visto que não há transmissão de parasita pelo leite humano. A malária pode ser ci-

Quadro 1. Conduta em relação à amamentação e uso do leite materno ordenhado cru em algumas infecções bacterianas e parasitárias na nutriz¹²⁻²⁰.

Infecção	Modo de transmissão	Conduta quanto à amamentação	Uso do leite materno ordenhado cru	Observação
<i>Staphylococcus aureus</i> : doença grave ou invasiva	Contato	Interrupção temporária por 24-48 após início da antibioticoterapia	Permitido, após 24-48 horas do início da antibioticoterapia	Doença materna grave, muitas vezes mediada por toxinas
<i>Streptococcus</i> do Grupo B doença grave ou invasiva	Contato	Interrupção temporária por 24-48 após início da antibioticoterapia	Permitido, após 24-48 horas do início da antibioticoterapia	Pode causar infecções recorrentes maternas
<i>Neisseria meningitidis</i> : doença grave ou invasiva	Gotículas respiratórias	Interrupção temporária por 24 horas após início da antibioticoterapia	Permitido, após 24 horas do início da antibioticoterapia	Uso de antibioticoterapia profilática nos contactantes
Tuberculose: lactantes abacilíferas ou tratadas há mais de 2 semanas antes do parto	–	Sem restrição	Permitido	Manutenção do tratamento da mulher
Tuberculose: lactantes com sinais, sintomas e exames radiológicos consistentes com doença tuberculosa ativa	Gotículas do trato respiratório	Suspender temporariamente até diagnóstico e início da terapia na lactante e terapia profilática na criança	Permitido	Seguir normas higiênic-sanitárias, em especial uso de máscara cobrindo nariz e boca Manter diminuição do contato mãe/filho por pelo menos 2 semanas após início do tratamento Investigar criança e iniciar isoniazida

continua...

... continuação

Infecção	Modo de transmissão	Conduta quanto à amamentação	Uso do leite materno ordenhado cru	Observação
Tuberculose: lactantes portadoras de tuberculose multidroga resistente	Gotículas do trato respiratório	Suspender temporariamente até início da terapia adequada e até a mulher se tornar abacilífera	Permitido	Seguir normas higiênic-sanitárias, em especial uso de máscara cobrindo nariz e boca Separação da mãe do seu filho até se tornar abacilífera Investigar a criança e iniciar antibioticoterapia
Mastite ou abscesso causado por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Contato	Interrupção temporária para tratamento	Contraindicado até resolução das lesões e cultura negativa	Investigar e iniciar tratamento da criança com isoniazida Manter ordenha para evitar estase e diminuição da produção de leite
Hanseníase não contagiosa	–	Sem restrição	Permitido	Submeter a criança a exames clínicos periódicos e realizar BCG
Hanseníase virchowiana não tratada ou com tratamento inferior a 3 meses com sulfona ou inferior a 3 semanas com rifampicina ou com lesões de pele na mama	Secreções nasais e pele	Interrupção temporária até tratamento corretamente instituído com duração superior a 3 meses com sulfona ou superior a 3 semanas com rifampicina, sem lesões na pele da mama	Contraindicado até tratamento corretamente instituído com duração superior a 3 meses com sulfona ou superior a 3 semanas com rifampicina, sem lesões na pele da mama	Submeter a criança a exames clínicos periódicos, realizar BCG e tratar a criança simultaneamente com a sua mãe Diminuir, ao máximo, o contato mãe/filho
Doença diarreica	–	Sem restrição	Permitido	Os agentes etiológicos da doença diarreica materna podem ser contaminantes externos Ênfase nos cuidados higiênicos, principalmente lavagem das mãos
Brucelose	Leite, contato	Interrupção temporária até 72-96 horas do início do tratamento	Contraindicado até 72-96 horas do início do tratamento Permitido, se pasteurizado	Mulher pode apresentar doença materna grave Avaliar estado clínico da lactante
Listeriose	Contato, perinatal	Sem restrição Em lactantes gravemente doentes, na fase aguda, interrupção temporária	Permitido Em lactantes gravemente doentes, contraindicado na fase aguda	
Leptospirose	Contato com urina de animais portadores, leite	Interrupção temporária na fase aguda	Contraindicado na fase aguda Permitido, se pasteurizado	Lactante pode apresentar doença materna grave. Nesse caso, ordenhar o leite para evitar estase e pasteurizá-lo Avaliar estado clínico da lactante
Coqueluche no período neonatal	Gotículas do trato respiratório	Interrupção temporária por 5 dias após início da terapia antimicrobiana	Permitido, com garantia de medidas higiênicas, com ênfase ao uso de máscara cobrindo nariz e boca	Iniciar antibioticoterapia para a lactante e criança Restrição de contato mãe/criança. Vacinar a criança
Doença de Chagas	Fezes de inseto (barbeiro), transfusão sanguínea, transmissão vertical via placenta, leite materno	Interrupção temporária na fase aguda da doença ou quando houver lesão mamilar com sangramento	Contraindicado na fase aguda da doença ou quando houver lesão mamilar com sangramento	Evolução benigna do lactante Rara descrição de sequelas

Doenças virais

Hepatite

Mães infectadas pelos vírus das hepatites A (VHA), B (VHB) ou C (VHC) podem transmitir esses vírus para as crianças durante a gravidez, parto ou período pós-parto. O VHA tem maior possibilidade de transmissão no momento do parto, se este for vaginal, devido à maior probabilidade de contaminação pelas fezes maternas infectadas. No entanto, vale ressaltar que a maioria das mulheres adultas já têm o anticorpo por infecção pregressa. Se o parto ocorrer na fase aguda da doença materna, é aconselhável que o recém-nascido receba imunoglobulina humana. Não é recomendado interromper a amamentação de mães infectadas por VHA^{12,15,26}.

A hepatite B é uma doença infecciosa causada pelo VHB, que pode estar presente no sangue, no esperma, no líquido amniótico, nos fluidos vaginais, no sangue do cordão umbilical e no leite materno. O maior risco de transmissão para o recém-nascido é durante o parto, quando a criança entra em contato com o sangue e secreções maternas infectadas. Tem sido discutido o nascimento por parto cesáreo eletivo como forma de reduzir o risco de transmissão vertical do VHB; no entanto, essa conduta não é recomendada quando esta for a única indicação da cesariana, uma vez que os dados disponíveis são conflitantes e com baixo grau de evidência científica²⁷. O Ministério da Saúde (MS) do Brasil não especifica o tipo de parto em suas recomendações²⁸.

O antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) foi detectado no leite de mulheres positivas para HBsAg. No entanto, estudos indicam que a amamentação por mulheres positivas para HBsAg não aumenta significativamente o risco de infecção para os seus filhos^{14,26,27}, apesar de existir o risco teórico de transmissão se a criança entrar em contato com o sangue materno existente em fissuras ou traumas mamilares²⁶.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Centro de Controle de Doenças e Prevenção de

Doenças dos Estados Unidos (CDC), a Academia Americana de Pediatria (AAP) e o MS do Brasil recomendam que as mães HBsAg positivas sejam encorajadas a amamentar, desde que o seu filho realize imunoprofilaxia, com administração da primeira dose da vacina contra hepatite B e simultaneamente o uso da imunoglobulina específica contra hepatite B, administradas ainda na sala de parto ou dentro das primeiras 12 horas de vida da criança^{14,26-30} concomitantemente, em locais de aplicação diferentes¹⁴. A dose de imunoglobulina para o recém-nascido é de 0,5 mL, via intramuscular, e o esquema vacinal segue o calendário básico da criança^{28,30}. Existe alto grau de evidência científica²⁷ de que essa medida efetivamente eliminará qualquer risco teórico de transmissão do VHB via amamentação¹⁴.

A hepatite C é adquirida mediante exposição a produtos de sangue contaminado, atividade sexual ou transmissão perinatal. O RNA do VHC e os anticorpos contra o vírus foram detectados no leite de mães infectadas; no entanto, a transmissão do HCV através da amamentação até o momento nunca foi documentada em mães com resultados positivos para o anti-VHC¹⁴. Revisão sistemática da literatura conduzida pela Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos com o objetivo de avaliar o risco de transmissão do VHC concluiu que a interrupção do aleitamento materno para reduzir o risco de transmissão vertical não se justifica³¹.

Evitar a amamentação não diminui a taxa de transmissão vertical do VHC^{14,31-33}, pois esse risco não é devido ao leite materno ou colostro, por conterem uma quantidade muito baixa de vírus e que são inativados no trato digestório da criança. A hepatite C não contraindica o aleitamento materno e mães infectadas com VHC devem ser encorajadas a amamentar^{26,32-34}. No entanto, sabe-se que o VHC é transmitido pelo sangue infectado; assim, se a mãe infectada tiver fissura de mamilo ou lesão na aréola circundante com sangramento, ela deve parar de amamentar temporariamente na mama com sangramento. Nesse período, ela deve ordenhar e descartar o leite da mama afetada. Logo que o trauma mamilar cicatrize e não apre-

sente sangramento, ela pode retomar o aleitamento materno na mama antes comprometida³⁴. A decisão de amamentar ou não em mães HCV positivas deve ser baseada em uma discussão informada entre a mãe e o profissional de saúde, após ela obter informações suficientes sobre os riscos e benefícios do aleitamento materno^{12,14,33}, além de ter conhecimento de que a transmissão do VHC pela amamentação é teoricamente possível, apesar de nunca documentada^{14,34}. A alta prevalência de infecção por VHC em todo o mundo requer esforços renovados na prevenção primária com o desenvolvimento de vacinas³².

Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)

O vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) pode ser transmitido da mãe para o filho durante a gestação, no momento do parto e através do leite materno. O risco de transmissão vertical do HIV, sem que ocorra qualquer intervenção durante a gestação para evitá-lo, situa-se entre 25% e 30%. Desse percentual, o risco de transmissão intraútero e intraparto é de 25% a 40% e 60% a 75%, respectivamente. A amamentação está associada a um risco adicional de transmissão, podendo chegar a 29% nos casos de infecção aguda³⁵. No recém-nascido, as portas de entrada do vírus são as mucosas da nasofaringe e do trato gastrointestinal.

Nas maternidades brasileiras, o teste rápido para diagnóstico de HIV deve ser realizado em todas as gestantes não testadas para o HIV durante o acompanhamento pré-natal, para a adoção de procedimentos de prevenção de transmissão vertical. É importante ressaltar que o MS não recomenda que o profissional de saúde contraindique a amamentação para aquelas mulheres que realizaram o teste anti-HIV e que ainda não possuam o resultado ou mesmo naquelas que não tiveram acompanhamento pré-natal, porquanto a contraindicação deve ser baseada em um diagnóstico de HIV reagente. Os serviços de saúde devem estabelecer uma logística para que o resultado esteja disponível no momento do parto, para que o início do aleitamento materno não seja poster-

gado. O teste rápido anti-HIV é tecnicamente simples, pode ser realizado por qualquer profissional de saúde capacitado e gera resultado em, no máximo, 30 minutos^{15,28,35}. Em mulheres com testes negativos ou com estado sorológico desconhecido, os profissionais de saúde devem incentivar o aleitamento materno e ajudar as mães a iniciarem a amamentação na primeira hora após o parto.

As condutas em relação à amamentação de mães soropositivas para o HIV devem seguir as diretrizes de cada país^{11-13,36,37}. No Brasil, é contraindicada a amamentação para as mães soropositivas para o HIV, bem como a amamentação cruzada, ou seja, a amamentação de uma criança por uma mulher que não seja sua mãe³⁵. O alojamento conjunto deve ser cumprido em tempo integral com a finalidade de estimular o vínculo mãe-filho. Nutrizes com diagnóstico de HIV devem realizar a inibição farmacológica da lactação nas primeiras horas após o parto, mediante a administração de cabergolina 1,0mg por via oral, em dose única. O enfaixamento das mamas representa uma medida de exceção, indicada apenas quando a cabergolina não estiver disponível^{28,35}. Os recém-nascidos das mulheres HIV positivas devem ser alimentados com fórmula infantil. Para as mães que não tenham condições financeiras de adquirir as fórmulas infantis, o MS do Brasil as disponibiliza.

A OMS, desde 2010, vem adotando uma abordagem de saúde pública, recomendando o aleitamento materno para todas as mulheres que vivem com HIV e fazem o uso de drogas antirretrovirais, como modo de prevenção da transmissão pós-natal do HIV através da amamentação. Essa recomendação se baseia em evidências científicas oriundas de revisões sistemáticas mostrando que o uso de drogas antirretrovirais pode reduzir significativamente o risco de transmissão pós-natal do HIV através do leite materno³⁶. Nos locais em que os antirretrovirais estão disponíveis, é recomendada a prática da amamentação exclusiva por 6 meses, seguida do uso de alimentos complementares e manutenção do aleitamento materno nos primeiros 12 meses de vida, pois, segundo a OMS, essa é uma medida segura que melhora a sobrevivência global e assegura bom crescimen-

to e desenvolvimento infantil^{36,37}. No quadro 2 estão sintetizadas as recomendações atuais da OMS em relação à amamentação de mães HIV positivas que vivem em locais onde as autoridades recomendam o aleitamento materno e o uso de antirretrovirais.

Quadro 2. Recomendações da OMS em relação à amamentação de mães HIV positivas que vivem em locais onde as autoridades recomendam o aleitamento materno de mães e o uso de antirretrovirais

Situação	Recomendação
Por quanto tempo uma mãe que vive com HIV pode amamentar?	Mães HIV positivas devem amamentar por pelo menos 12 meses e podem continuar a amamentação por até 24 meses ou mais, se tiverem total aderência ao uso dos antirretrovirais . Qualidade da evidência: baixa para até 12 meses; muito baixa para 24 meses.
Suporte às mães que vivem com HIV	As autoridades nacionais devem implementar ativamente ações de promoção, proteção e apoio à amamentação; nos serviços de saúde, locais de trabalho e na comunidade.
Conduta quando as mães HIV positivas não amamentam exclusivamente	Drogas antirretrovirais reduzem o risco de transmissão pós-natal do HIV mesmo no contexto de alimentação mista. Embora a amamentação exclusiva seja recomendada, a prática de alimentação mista não é uma razão para interrupção da amamentação quando estiverem em uso regular dessas drogas.

Para alguns países em desenvolvimento onde não há fácil acesso a medicamentos antirretrovirais e não há garantia de uma alimentação segura e sustentável para os filhos de mulheres soropositivas, a interrupção do aleitamento materno está associada a maior risco de mortalidade infantil por doenças infecciosas e desnutrição^{11-13,36,37}. Por isso, a OMS recomenda que os filhos de mulheres soropositivas sejam amamentados exclusivamente nos primeiros 6 meses de vida quando a dupla mãe-filho não tenha acesso a uma alimentação

que atenda aos critérios AFASS, ou seja, aceitável (a mãe não apresenta nenhuma barreira, por razões culturais ou sociais ou pelo medo do estigma e da discriminação, para escolha de outra opção de alimentação), factível (a mãe ou outro membro da família tem tempo, conhecimentos, habilidades e recursos adequados para preparar alimentos e para alimentar a criança), acessível (a mãe e a família, com o apoio da comunidade e/ou do sistema de saúde, podem pagar os custos de alimentos de substituição - incluindo todos os ingredientes, combustível e água limpa, sem comprometer o orçamento da família), sustentável (a mãe tem acesso ao fornecimento contínuo e ininterrupto de todos os ingredientes e produtos necessários para implementar a opção de alimentação com segurança, enquanto a criança precisar dela) e seguro (os alimentos de substituição são nutricionalmente adequados e preparados, armazenados e fornecidos na quantidade suficiente, de forma correta e higiênica, de preferência por copo)^{11,36,37}. O aleitamento materno deve ser exclusivo porque reduz o risco de transmissão do HIV da mãe para o filho em comparação com a alimentação mista^{13,36,37}, pelo maior dano à mucosa intestinal decorrente da alimentação artificial, fator que favorece a penetração do vírus³⁸. A amamentação não afeta negativamente a saúde da mãe infectada pelo HIV¹². **É importante destacar que esse não é o caso do Brasil, pois o Ministério da Saúde contraindica a amamentação em mulheres HIV positivas.** Esta orientação é válida para os países onde há acesso aos medicamentos antirretrovirais e há garantia de fórmula infantil para os filhos dessas mães durante os primeiros 6 meses de vida.

Evidências sobre o risco de transmissão do vírus da imunodeficiência humana tipo 2 (HIV-2) através da amamentação são muito limitadas. O aleitamento materno por mães com infecção confirmada pelo HIV-2 deve seguir as mesmas diretrizes existentes para o HIV-1.

Infecção pelo vírus T-linfotrófico humano (HTLV)

A HTLV é uma retrovírose classificada em dois grupos: HTLV-1 e HTLV-2. Pode causar doenças

neurológicas, oftalmológicas, dermatológicas, urológicas e hematológicas a exemplo de linfoma e leucemia associada ao HTLV^{12,13,35}. O HTLV-1 ou HTLV-2 pode ser transmitido da mãe para o filho através do leite materno^{12,13,35}. O risco de transmissão do vírus aumenta quando o aleitamento materno não é exclusivo e com a maior duração da amamentação³⁹. **O MS do Brasil contraindica a amamentação de mães portadoras do HTLV-1 ou HTLV-2.** Os recém-nascidos das mulheres soropositivas devem ser alimentados com fórmula infantil.

Citomegalovirose

O citomegalovírus (CMV) é um DNA vírus, membro da família *Herpesviridae*. É a causa mais comum de infecção congênita, afetando 0,3-2% dos nascidos vivos⁴⁰. Pode também ser transmitido às crianças por meio do contato com secreções genitais maternas durante o parto ou através do leite materno, que se constitui em uma frequente rota de transmissão^{41,42}. Recém-nascidos a termo saudáveis que adquirem CMV após o nascimento em geral apresentam infecções assintomáticas e sem complicações^{41,42}, provavelmente pela passagem de anticorpos maternos específicos transferidos de forma passiva e que protegem o lactente contra a doença sistêmica⁴¹. A AAP não considera a soropositividade materna para o CMV uma contraindicação para a amamentação⁴³.

Em contrapartida, recém-nascidos prematuros, sobretudo os de extremo baixo peso, apresentam maior risco de doença sintomática⁴⁴, com maior chance de apresentarem neutropenia, trombocitopenia, septicemia, pneumonia e infecção entérica⁴¹, além de possibilidade de sequelas neurológicas em longo prazo, e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor²⁶, devido às baixas concentrações de anticorpos maternos contra o CMV adquiridos via transplacentária.

Não existe consenso quanto ao limite de idade gestacional de maior risco de transmissão do CMV via leite materno. Para alguns pesquisadores, o maior risco de infecção grave por CMV pós-natal transmitida pelo leite materno seria para

os prematuros com idade gestacional menor que 30 semanas ou com peso de nascimento inferior a 1.000g^{41,45}, sem deixarem de chamar a atenção para uma possível superestimação dos riscos de doença adquirida através da amamentação^{45,46}. De acordo com a AAP, em recém-nascidos com peso inferior a 1.500 g, a decisão de alimentar a criança com o leite materno cru deve ser tomada depois de se pesar os benefícios do leite materno contra o risco de transmissão da infecção⁴³.

A infecção por CMV adquirida via leite materno é relativamente rara⁴⁷. Revisão sistemática da literatura constatou que a mediana de incidência da doença sintomática e de septicemia grave pelo CMV em recém-nascidos pré-termo adquiridas por meio do leite materno foi, respectivamente, 3,7% e 0,7%; o seguimento no longo prazo revelou baixo risco de sequelas neurológicas e cognitivas, sem prejuízo auditivo⁴⁶.

Com a finalidade de poder alimentar com leite materno o recém-nascido com mais segurança, tem sido propostos diversos métodos para eliminar ou diminuir a carga viral do CMV do leite materno. A pasteurização do leite humano com baixa temperatura e longa duração (62,5°C por 30 minutos), método mais utilizado nos bancos de leite humano do Brasil, bem como a pasteurização de curta duração e com alta temperatura (72°C por 5 segundos) eliminam totalmente a infecciosidade do CMV e impedem a transmissão do vírus, apesar de alterarem as propriedades imunológicas do leite^{14,41,44}. O processo de pasteurização rápido é menos nocivo para os constituintes imunológicos do leite humano^{14,45,48}. O congelamento do leite humano a 20°C negativos diminui os títulos virais, mas não erradica sua infecciosidade^{14,41,44}, apesar de preservar os componentes nutricionais e imunológicos do leite materno.

Recentemente, tem sido investigada uma nova técnica, que utiliza a irradiação ultravioleta-C a 254 nm como método alternativo para a pasteurização^{49,50}. Foi demonstrada melhor preservação de componentes do leite humano como lactoferrina, lisozima e IgA secretora, quando comparada ao método de pasteurização com baixa tempera-

tura e longa duração. No que diz respeito ao CMV, a replicação total foi afetada por várias doses de tratamento; contudo, persistiu a presença de proteínas virais dentro das células, indicando a possibilidade de transcrição de genes virais⁴⁹. São necessários novos estudos para que a irradiação ultravioleta-C seja indicada como método alternativo da pasteurização convencional.

A recomendação de fornecer leite de banco de leite humano quando o leite materno não estiver disponível ou quando contraindicado é uma conduta segura e garante os benefícios do leite materno; entretanto, nem sempre esse leite está disponível, por requerer uma estrutura física específica, instrumentos e recursos humanos que garantam a coleta, pasteurização e distribuição do leite humano ordenhado com qualidade.

Na tomada de decisão sobre alimentar com leite materno os recém-nascidos pré-termo, é preciso considerar os inúmeros efeitos benéficos desse leite para a saúde da criança e o risco potencial de transmissão de CMV (apesar de ser uma condição rara)⁴⁷. Faz-se necessário, ainda, avaliar a condição individual de saúde da díade mãe-filho^{41,45}, como o diagnóstico de outras afecções que comprometam o sistema imunológico, a exemplo de nutrizes HIV-positivas, condição comum na África, as quais apresentam maior secreção do CMV no leite materno e aumento de risco de doença sintomática^{51,52}. Estudos prospectivos são necessários para refinar as diretrizes de uso do leite de mulheres soropositivas para o CMV, para que não ocorra a interrupção desnecessária do aleitamento materno com base em fracas evidências dos seus malefícios para a saúde da criança.

Infecção pelo herpes simples tipo 1 e tipo 2

A infecção pelo herpes simples é causada por dois vírus da família *Herpesviridae*, tipo 1 e 2 (VHS-1 e VHS-2), responsáveis por infecções em humanos. O VHS-1 causa com maior frequência infecções orais e na face, manifestando-se por pequenos grupos de bolhas ou apenas inflamação local. O VHS-2 é o agente das infecções genitais, que pode apresentar sintomas quase insignificantes ou até

bolhas que se rompem e provocam pequenas úlceras. Os vírus são transmitidos pelo contato direto com fluidos corporais ou feridas de uma pessoa infectada. A doença é contagiosa mesmo nos períodos assintomáticos. O período mais comum de contaminação é durante o parto^{15,26}.

Existem casos descritos de infecções pelo herpes vírus em nutrizes com a presença de lesões herpéticas na mama. Quando a lactante apresenta sinais de infecção ativa por VHS, a amamentação deve ser mantida, exceto quando há vesículas herpéticas localizadas na pele da mama^{15,26}. A criança não deve sugar a mama afetada enquanto persistirem as lesões. Lesões herpéticas em outras localizações devem ser cobertas e a mãe deve ser orientada quanto à higiene criteriosa das mãos²⁶.

Varicela

O agente infeccioso responsável pela varicela é o vírus da varicela-zoster (VVZ), que é da família dos vírus herpes, sendo exclusivo dos humanos. Por causa da imunização universal, a varicela na gravidez e no parto é, atualmente, incomum⁵³. A transmissão pós-natal do vírus do VVZ ocorre através de secreções respiratórias (gotas) e por contato com as lesões cutâneas²⁶. O período de maior risco de contágio começa antes da erupção cutânea e se estende até que todas as bolhas formem crostas⁵⁴. Mãe com varicela cujo início ocorreu em mais de 5 dias antes do parto ou após o terceiro dia pós-parto produz e transfere anticorpos para o recém-nascido¹⁵. A AAP recomenda que as mães que desenvolvem varicela 5 dias antes até 2 dias após o parto devem ser separadas de seus filhos, e que o seu leite deve ser ordenhado e usado para alimentação do filho¹³, pois nessas circunstâncias não há tempo suficiente para as mulheres produzirem e transferirem via placentária os anticorpos VVZ.

A recomendação da AAP de separar mãe e recém-nascido foi considerada inapropriada em outra publicação da própria AAP, devido ao alto risco do recém-nascido ter adquirido a infecção via placentária e de existirem medidas eficazes que podem prevenir a forma grave da doença

caso o recém-nascido seja infectado após o parto. Esses lactentes podem receber uma única dose intramuscular de imunoglobulina varicela-zoster; se a imunoglobulina específica não estiver disponível, alternativamente pode-se utilizar a imunoglobulina intravenosa. Além disso, a díade deve permanecer junta em um quarto bem ventilado, para prevenir a transmissão nosocomial⁵³. Essa abordagem promove o aleitamento materno e permite ao recém-nascido receber os fatores de imunoproteção através do leite materno. A imunização contra varicela pós-exposição não é recomendada para recém-nascidos, apenas para crianças com 12 meses de idade ou mais^{14,15}.

Influenza pelo vírus H1N1

Os vírus influenza são transmitidos facilmente de pessoa a pessoa por gotículas respiratórias produzidas por indivíduos infectados ao tossir ou espirrar. Existem três tipos de vírus influenza: A, B e C. O vírus influenza C causa infecções respiratórias brandas, não possui impacto na saúde pública e não está relacionado com epidemias. Diferentemente, os vírus influenza A e B são responsáveis por epidemias sazonais, sendo o vírus influenza A responsável pelas grandes pandemias.

O subtipo H1N1 do vírus da influenza A se transmite de pessoa a pessoa, de forma semelhante à gripe comum, por gotículas respiratórias geradas pela tosse ou espirros^{55,56}. Foi detectado pela primeira vez em 2009 nos Estados Unidos; nesse ano, o CDC recomendou que as mães infectadas agudamente pelo vírus H1N1 fossem temporariamente isoladas de seus filhos até que se tornassem afebris, e que oferecessem leite ordenhado cru para a alimentação do seu filho nesse período⁵⁶, com o endosso da AAP¹³. No entanto, a necessidade de isolamento foi posteriormente questionada⁵³. Parece que as medidas de higienização das mãos e o uso de máscara facial pela mãe são suficientes para evitar a transmissão do vírus⁵³, não sendo necessário o isolamento, pois quando a mãe apresenta sinais da doença a criança certamente já foi exposta ao vírus. A mãe pode amamentar com máscara. Recomenda-se a lavagem das mãos com água e sabão e/ou uso do álco-

ol gel em seguida, principalmente antes de amamentar e após as crises de tosse e espirros; além de lavar as mãos depois de usar o banheiro, antes de comer, antes e depois de tocar os olhos, a boca e o nariz; evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies potencialmente contaminadas (corrimãos, bancos, maçanetas, dentre outras)⁵⁵. Se a mãe estiver muito debilitada e acamada, o leite materno pode ser ordenhado e oferecido ao lactente em um copinho ou xícara. O uso de mamadeira deve ser desaconselhado¹⁵.

Está comprovado os benefícios do fosfato de oseltamivir para os pacientes suspeitos de influenza, sobretudo quando administrado nas 48 horas após o início dos sintomas. O uso desse antiviral é considerado seguro durante a amamentação, assim como em lactentes com sinais de infecção. No entanto, a vacinação é a intervenção mais importante na redução do impacto da influenza, sendo indicada para todas as pessoas, incluindo as mulheres que amamentam e crianças maiores de 6 meses de idade⁵⁵.

Febre amarela

Até o momento, não há relato de transmissão do vírus da febre amarela via leite materno de uma mãe infectada pelo vírus, apesar de ser limitada a potencial proteção adquirida passivamente por anticorpos. Diante da bem documentada transmissão do vírus da febre amarela via mosquito e da lacuna de evidência de transmissão via leite materno, parece mais sensato proteger todas as crianças contra a picada de mosquito, do que interromper o aleitamento materno. A manutenção da amamentação ou o uso de leite materno ordenhado irá depender do estado de saúde da lactante durante a doença. Interromper temporariamente o aleitamento materno na fase aguda da doença por pelo menos 4 dias é uma precaução razoável, com a ordenha frequente da mama e simultâneo descarte do leite ordenhado³⁹.

A vacina contra a febre amarela está contraindicada para mães que estão amamentando até a criança completar 6 meses de idade. Caso exista indicação de vacinação (residir em local próximo

onde ocorreu a confirmação de circulação do vírus - epizootias, casos humanos e vetores na área afetada), a amamentação deve ser suspensa por 10 dias, segundo recente nota técnica do MS do Brasil⁵⁷. A criança poderá fazer uso de leite materno ordenhado previamente à vacinação, respeitando-se o prazo de validade do leite congelado de até 15 dias⁵⁷.

O Quadro 3 resume as condutas quanto ao aleitamento materno na vigência de algumas in-

fecções virais na nutriz. Nota-se que raras são as doenças que contraindicam a amamentação. Entretanto, sabe-se que as condutas podem mudar a qualquer momento, à medida que novas evidências científicas vão surgindo. Nesse sentido, o CDC pode auxiliar nas definições de condutas relativas ao aleitamento materno na presença de doenças infecciosas maternas: www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/other_mothers_milk.htm.

Quadro 3. Conduta em relação à amamentação em algumas infecções virais na nutriz

Infecção	Modo de transmissão	Conduta quanto à amamentação	Outras condutas	Observação
Varicela	Contato direto, via aérea	Permitida, exceto se a infecção for adquirida entre 5 dias antes e 2 dias após o parto	Isolamento de mãe e filho no período Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster, que deve ser administrada o mais precocemente possível, em até 96 horas do nascimento	A doença não é transmitida pelo leite materno O isolamento da díade tem sido questionado
Infecção pelo herpes simples tipos 1 e 2	Contato direto com fluidos corporais ou feridas de pessoa infectada	Permitida, exceto na mama que apresentar lesões	Cobrir as lesões herpéticas em outras localizações Orientar as mães a praticar higiene criteriosa das mãos	
Citomegalovirose	Secreções genitais maternas durante o parto ou através do leite materno	Permitida, exceto para recém-nascidos com peso <1.000g e/ou idade gestacional < 30 semanas	Alimentar o recém-nascido com leite humano ordenhado pasteurizado	Alguns pesquisadores contraindicam a amamentação para recém-nascidos pré-termo com peso <1500g
Rubéola	Secreções respiratórias	Permitida, sem restrições	—	A doença não é transmitida pelo leite materno
Caxumba	Contato direto com secreções respiratórias	Permitida, sem restrições		A doença não é transmitida pelo leite materno Os anticorpos específicos (IgA) passam para o recém-nascido por meio do leite
Sarampo	Contato com secreções respiratórias no período de incubação e durante o período da doença	Permitida, após isolamento da mãe nos primeiros 4 dias da doença	Alimentar o lactente com leite materno ordenhado cru durante o isolamento da mãe Uso de imunoglobulina pela criança	A doença não é transmitida pelo leite materno Presença de IgA contra o sarampo no leite materno

continua...

... continuação

Infecção	Modo de transmissão	Conduta quanto à amamentação	Outras condutas	Observação
Infecção pelo HIV	Vertical na gestação, parto e via leite materno	Varia de acordo com o país Contraindicada no Brasil		A alimentação alternativa deve ser aceitável, factível, acessível, sustentável e segura (AFASS) Aumento do risco de transmissão na presença de outras doenças infecciosas
Infecção pelo HTLV-1 e HTLV-2	Sangue, leite materno	Contraindicada		A alimentação alternativa deve ser AFASS Aumento de risco de transmissão na presença de outras doenças infecciosas
Hepatite A	Água, alimentos e fezes maternas contaminadas	Permitida	Imunoglobulina humana para o recém-nascido se o parto ocorrer na fase aguda	A doença não é transmitida pelo leite materno
Hepatite B	Vertical, sangue, fluidos corporais	Permitida	Administração da primeira dose da vacina contra hepatite B e imunoglobulina específica contra hepatite B, nas primeiras 12 horas de vida	A imunoprofilaxia elimina o risco teórico de transmissão do VHB através da amamentação
Hepatite C	Sangue, uso de drogas intravenosas	Permitida		O VHC não é transmitido pelo leite materno e sim pelo sangue infectado Aumento de risco de transmissão nos traumas mamilares com sangramento Discussão informada sobre os riscos e benefícios
Influenza H1N1	Contato com gotículas expelidas ao tossir ou espirrar	Permitida	Medidas de higienização das mãos e uso de máscara facial pela mãe	A doença não é transmitido pelo leite materno Não é necessário isolamento
Febre amarela	Picadas de mosquitos infectados	Permitida, se a condição clínica materna permitir	Se a nutriz for vacinada, a amamentação deve ser suspensa por 10 dias se criança menor de 6 meses	Doença não contagiosa O vírus vacinal pode ser transmitido pelo leite materno
Zika Vírus	Picada do <i>Aedes sp</i> infectado, vertical e sexual	Permitida, sem restrições		Não há evidências científicas de transmissão da doença pelo leite materno, apesar de identificado RNA viral no leite materno
Chikungunya	Picada do <i>Aedes sp</i>	Permitida	–	–
Dengue	Picada do <i>Aedes sp.</i>	Permitida, se a condição clínica materna permitir		A transmissão pelo leite humano é improvável

Candida Albicans

A *Candida albicans* é um fungo que vive em condições normais na boca e no sistema digestório humano, sem que isso provoque quaisquer consequências danosas à saúde do hospedeiro, apesar de, oportunamente, poder resultar em infecção oral ou vaginal. Em lactentes, a forma mais comum de infecção é a mucocutânea leve, embora os recém-nascidos de baixo peso e de extremo baixo peso apresentem maior morbidade devido à expressiva patogenicidade da cândida em hospedeiros imunodeprimidos. O meio propício para o crescimento de fungos é o úmido, quente e escuro; essas condições são encontradas nos mamilos, sobretudo se apresentarem algum tipo de trauma.

O aleitamento materno representa uma possível fonte de colonização e de reinfecção devido ao contato direto entre mãe e filho. Quando um ou ambos apresentam manifestação da doença, está recomendada a terapia medicamentosa simultânea da díade. A terapêutica da candidíase mucocutânea e candidíase mamária pode começar com medicamentos tópicos, incluindo nistatina, clotrimazol, miconazol, econazol, terconazol ou ciclopirox¹². Várias outras medicações tópicas (mupirocina ou misturas de mupirocina, betametazona e miconazol) estão sendo recomendadas para uso na mama afetada, embora não existem ensaios clínicos disponíveis que avaliem sua eficácia e toxicidade para o lactente. Acredita-se

que sejam compatíveis com a amamentação⁵⁸. O fluconazol oral, antifúngico compatível com a amamentação⁵⁸, é o medicamento mais indicado quando justificado o uso de terapia sistêmica. Está indicada a manutenção do aleitamento materno¹². Manter os mamilos secos e arejados é uma medida preventiva contra a instalação da cândida.

Considerações finais

Está bem fundamentado que o leite materno é a forma mais completa de nutrição dos lactentes, incluindo os recém-nascidos pré-termo. No entanto, existe um número limitado de doenças infecciosas maternas em que a amamentação está contraindicada, como na infecção pelo HIV-1 e HIV-2 (em países como o Brasil) e pelo HTLV-1 e HTLV-2. Em outras doenças infecciosas, intervenções preventivas podem ser tomadas com o intuito de garantir a manutenção do aleitamento materno, como o uso de imunoglobulina sérica, vacinação ou medicação antimicrobiana profilática, que protegem as crianças contra a transmissão vertical de doenças. Em algumas circunstâncias, a avaliação caso a caso pode ajudar o médico a decidir se a exposição a determinados vírus ou bactérias através do leite materno justifica a interrupção do aleitamento materno. O profissional de saúde deve despender esforços para que não seja realizada a interrupção desnecessária do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feng LP, Chowdhury R, Sinha B *et al.* Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104:96–113.
2. Sung HK, Ma SH, Choi JY *et al.* The Effect of Breastfeeding Duration and Parity on the Risk of Epithelial Ovarian Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Prev Med Public Health.* 2016; 49(6):349-366.
3. Jerônimo AF, Freitas AG, Weller M. Risk factors of breast cancer and knowledge about the disease: an integrative revision of Latin American studies. *Ciências & Saúde Coletiva.* 2017;22(1):135-149.
4. Aune D, Norat T, Romundstad P *et al.* Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *NMCD.* 2014;24:107–15.
5. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeed in infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet.* 2000;355(9202):451–5.
6. Victora CG, Barros MJD, França GVA *et al.* Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol. Serv. de Saúde.* 2016:1-24. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>.
7. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104:30–7.
8. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104:14-9.
9. Araujo MFM, Del Fiaco A, Pimentel LS *et al.* Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2004;4(2):14-9.
10. Albuquerque RMA. Aleitamento Materno: um Ato Ecológico. In: Rego JD. *Aleitamento Materno.* São Paulo: Atheneu; 2001;372-380.
11. World Health Organization. *Infant and young child feeding.* Geneva: World Health Organization; 2009.
12. Lawrence RM. Circumstances when breastfeeding is contraindicated. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(1):295-318.
13. American Academy of Pediatrics. Policy statement. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012;129(3): e827-e841.
14. American Academy of Pediatrics. Human milk. Transmission of infectious agents via human milk. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. *Red Book: 2012 Report of the Committee of Infectious Diseases.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2012:128-132.
15. Vieira GO, Issler H, Teruya KM. Amamentação e Doenças Maternas. In: Campos Junior D, Burns DAR. *Tratado de pediatria.* 3. ed. Barueri: Manole; 2014. 485-90.
16. Succi RCM. Aleitamento Natural e Infecções. In: Rego JD, editor. *Aleitamento Materno.* Rio de Janeiro: Atheneu; 2006. p. 193-205.
17. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bancos de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília: ANVISA; 2007. p. 67-85.
18. World Health Organization. *Mastitis: causes and management.* WHO/FHC/CAH.13. Geneva: WHO, 2000.
19. Vieira GO, Guigliani ERJ. Problemas com a mama puerperal e seu manejo. In: Lopez FA, Campos Junior D, organizadores. *Tratado de Pediatria.* Barueri: Manole, 2007. p. 287-91.
20. Lawrence RM. Transmission of infectious diseases through breast-milk and breast-feeding. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editor. *Breast-feeding: a guide for the medical profession.* St. Louis: Mosby, 1999. p. 563-616.
21. Quigley MA, Kelley YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics.* 2007;119(4):e837-e842.
22. Serva VMSBD. A primeira prevenção: aleitamento materno. In: Lima EJM, Souza MFTS, Brito RCCM, editores. *Pediatria ambulatorial.* 2. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2012. p. 57-63.
23. Vieira GO, Vieira TO. Aleitamento materno. In: Carvalho E, Ferreira CT, editores. *Gastroenterologia e nutrição em pediatria.* Barueri: Manole, 2012. p. 31-55.
24. Arroyo Carrera I, Lopez Rodrigues MJ, Sapina AM *et al.* Probable Transmission of brucellosis by breast milk. *J Trop Pediatr.* 2006; 52:380-1.
25. Tikare NV, Mantur BG, Bidari BH. Brucellar meningitis in an infant – evidence for human milk transmission. *J Trop Pediatr.* 2008; 54:272-4.

26. Garcia-Loygorri MC, de Luis D, Torreblanca B *et al.* La leche materna como vehículo de transmisión de virus. *Nutr Hosp.* 2015; 32(1): 4-10. DOI 10.3305/nh.2015.32.1.8794.
27. Tita ATN, Silverman NS. #38: Hepatitis B in pregnancy screening, treatment, and prevention of vertical transmission. *American J of Obstetrics & Gynecology.* 2016. DOI 10.1016/j.ajog.2015.09.100.
28. Brasil. Caderno de atenção básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
29. Chen X, Chen J *et al.* Breastfeeding is not a risk factor for mother-to-child transmission of Hepatitis B virus. *PLOS ONE.* 2013 Jan; 8(1): e55303. DOI 10.1371/journal.pone.0055303.
30. Brasil. Diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. 1. ed. Brasília: Editora MS; 2015.
31. Cottrell EB, Chou R, Wasson N *et al.* Reducing risk for mother-to-infant transmission of hepatitis C virus: a systematic review for the U.S preventive service task force. *Ann Intern Med.* 2013; 158: 103-13.
32. Yeung CY, Lee HC *et al.* Vertical transmission of hepatitis C virus: current knowledge and perspectives. *World J Hepatol.* 2014 Sep 27; 6(9): 643-51. DOI 10.4254/wjh.v6.i9.643.
33. Tosone G, Maraolo AE, Mascolo S *et al.* Vertical hepatitis C virus transmission: main questions and answers. *World J Hepatol.* 2014 Aug 27; 6(8): 538-48. DOI 10.4254/wjh.v6.i8.538.
34. Center of Disease Control and Prevention. Hepatitis B and C infections. 2015 [acesso em 2017]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/disease/hepatitis.htm>.
35. Brasil. Prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis congênita e hepatites B e C: guia para maternidades. Porto Alegre: Editora MS; 2016.
36. World Health Organization. Guidelines on HIV and infant feeding. Principles and recommendation for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva: World Health Organization; 2010.
37. World Health Organization. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016.
38. Kuhn L. Milk mysteries: why are women who exclusively breast-feed less likely to transmit HIV during breast-feeding? *Clin Infect Dis.* 2010 Mar 1; 50(5): 770-2. DOI 10.1086/650536.
39. Lawrence RA, Lawrence RM. Transmission of infectious disease through breast milk and breastfeeding. In: *Breastfeeding: a guide for the medical profession.* 8. ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 407-83.
40. Gamze D, Celik IH, Canpolat FE, Dilmen U. Cytomegalovirus infection in preterm triplets transmitted via breast milk. *Journal of Tropical Pediatrics.* 2014; 60(2): 168-70. DOI 10.1093/tropej/fmt087.
41. Lombardi G, Garofoli F, Manzoni P *et al.* Breast milk-acquired cytomegalovirus infection in very low birth weight infants. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012 Oct; 25(3): 57-62. DOI 10.3109/14767058.2012.712345.
42. Center for Disease Control and Prevention. Clinical Features for healthcare professionals: cytomegalovirus. 2016. [acesso em 2017]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/cmrv/clinical/features.html>.
43. Pietrasanta C, Ghirardi B, Manca MF *et al.* Herpesviruses and breast milk. *Med Surg Ped.* 2014; 6: 111-5.
44. Yoo HS, Sung SI, Jung YJ *et al.* Prevention of cytomegalovirus transmission via breast milk in extremely low birth weight infants. *Yonsei Med J.* 2015 July; 56(4): 998-1006. DOI 10.3349/yjmj.2015.56.4.998.
45. Resch B. The dilemma of breastfeeding very low birth weight infants at risk for symptomatic cytomegalovirus infection. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2013; 26(15): 1562. DOI 10.3109/14767058.2013.791272.
46. Kurath S, Halwachs-Baumann G, *et al.* Transmission of cytomegalovirus via breast milk to the prematurely born infant: a systematic review. *Clin Microbiol Infect.* 2010 Aug; 16(8): 1172-78. DOI 10.1111/j.1469-0691.2010.03140.x.
47. Lanzieri TM, Dollard SC, Josephson CD *et al.* Breast milk-acquired cytomegalovirus infection and disease in very low birth weight and premature infants. *Pediatrics.* 2013 June; 131(6): e1937-e1945. DOI 10.1542/peds.2013.0076.
48. Daniels B, Schmidt S, King T *et al.* The effect of simulated flash-heat pasteurization on immune components of human milk. *Nutrients.* 2017; 9(2): 1-12. DOI 10.3390/nu9020178.
49. Lloyd M, Hod N, Jayarsman J *et al.* Inactivation of cytomegalovirus in breast milk using ultraviolet-C irradiation: opportunities for a new treatment option in breast milk banking. *PLOS ONE.* 2016 Aug 18; 11(8): e0161116. DOI 10.1371/journal.pone.0161116.

50. Picaud JC, Buffin R. Human milk-treatment and quality of banked human milk. *Clin Perinatol*. 2017 Mar; 44(1): 95-119. DOI 10.1016/j.clp.2016.11.003.
51. Musonda KG, Nyonda M, Filteau S *et al*. Increased cytomegalovirus secretion and risk of infant infection by breastfeeding duration from maternal human immunodeficiency virus positive compared to negative mother in Sub-Saharan Africa. *J Ped Infect Dis Soc*. 2016; 5(2): 138-46. DOI 10.1093/jpids/piw015.
52. Chang TS, Wiener J, Dollard SC *et al*. Effect of cytomegalovirus infection on breastfeeding transmission of HIV and on the health of infants born to HIV- infected mothers. *AIDS*. 2015 Apr 24; 29(7): 831-36. DOI 10.1097/QAD.0000000000000617.
53. Sendelbach DM, Sanchez PJ. Varicella, influenza: not necessary to separate mother and infant. *Pediatrics*. 2012; 130: e464. DOI 10.1542/peds.2012-1647E.
54. Center for Disease Control and Prevention. About Chickenpox: transmission. 2016. [acesso em 2017]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/chickenpox/about/transmission.html>.
55. Brasil. Nota informativa e recomendações sobre a sazonalidade da influenza 2016. [acesso em 2017 Mar]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/414-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/influenza/22873-informacoes-sobre-gripe>.
56. Center for Disease Control and Prevention. Pregnancy? You need a flu shot!. 2016.
57. Sociedade Brasileira de Imunizações. Nota técnica sobre Febre Amarela; Abr 2017.
58. Hale TW, Rowe HE. *Medications & Mothers' Milk*. Springer Publishing Company: New York [online]; 2017. Disponível em: <http://www.medsmilk.com>.

PRESIDENTE:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Cláudio Hoinhoff (RJ)

2º SECRETÁRIO:
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Membros:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)
Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)
Alberto Jorge Félix Costa (MS)
Analiária Moraes Pimentel (PE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Nordeste:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste:
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

Sul:
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Centro-oeste:
Regina Maria Santos Marques (GO)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:

Assessoria para Assuntos Parlamentares:
Marun David Cury (SP)

Assessoria de Relações Institucionais:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

Assessoria de Políticas Públicas:
Mário Roberto Hirschheimer (SP)
Rubens Feferbaum (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e Adolescentes com Deficiência:
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

Assessoria de Acompanhamento da Licença Maternidade e Paternidade:
João Coriolano Rego Barros (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

Assessoria para Campanhas:
Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

GRUPOS DE TRABALHO:

Drogas e Violência na Adolescência:
Evelyn Eisenstein (RJ)

Doenças Raras:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Atividade Física

Coordenadores:
Ricardo do Rêgo Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

Membros:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)

Profissionais de Educação Física:
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

Colaborador:
Dirceu Solé (SP)

Metodologia Científica:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Christian Muller (DF)
João de Melo Régis Filho (PE)

Transplante em Pediatria:
Themis Reverbel da Silveira (RS)
Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)
Adriana Seber (SP)
Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)
Fabiana Carlese (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES:

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP:
Hélcio Villaga Simões (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Moraes (SP)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

REPRESENTANTE NO GPEC (Global Pediatric Education Consortium)
Ricardo do Rego Barros (RJ)

REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Francisco José Penna (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA
Marun David Cury (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL
Sidnei Ferreira (RJ)
Cláudio Barsanti (SP)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
Mário Roberto Hirschheimer (SP)
João Cândido de Souza Borges (CE)

COORDENAÇÃO VIGILASUS
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)
Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Célia Maria Stolze Silvanly ((BA)
Kátia Galeão Brandt (PE)
Elizete Aparecida Lomazi (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Jocileide Sales Campos (CE)

COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Álvaro Machado Neto (AL)
Joana Angélica Paiva Maciel (CE)
Cecim El Achkar (SC)
Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO
Normeide Pedreira dos Santos (BA)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES
Liliane dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL:
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA
Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA
Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia Resende S. Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Victor Horácio da Costa Júnior (PR)

PORTAL SBP
Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA
José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Altacilio Aparecido Nunes (SP)
João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)
Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)

Altacilio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA
Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO
Gil Simões Batista (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Amaral (RJ)
Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)
Maria de Fátima B. Pombo March (RJ)
Silvio Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)
Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA-ADJUNTA
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO
Rosana Fiorini Puccini (SP)

COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Gil Simões Batista (RJ)
Susana Maciel Wuillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL
Susana Maciel Wuillaume (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL
Herberto José Chong Neto (PR)

DIRETOR DE PATRIMÔNIO
Cláudio Barsanti (SP)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA
Gilberto Pascolat (PR)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)
Valmin Ramos da Silva (ES)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Marisa Lopes Miranda (SP)

CONSELHO FISCAL

Titulares:
Núbia Mendonça (SE)
Nelson Grisard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Presidente:
José Martins Filho (SP)

Vice-presidente:
Álvaro de Lima Machado (ES)

Secretário Geral:
Reinaldo de Menezes Martins (RJ)