



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

ALIMENTAÇÃO NO LACTENTE II

Versão eletrônica atualizada em
Maio - 2009

Relatores: Adalberto Stape (stape@einstein.br)

Maria Teresa Bechere Fernandes (mtbechere@einstein.br)

Núcleo de Pediatria Baseada em Evidências

Eduardo Juan Troster, Ana Claudia Brandão, Adalberto Stape, Fernanda M. Kamei, José Luiz Brant de C. Britto, Kristine Fahl, Márcio Caldeira A. Moreira, Marcela Moreira Preto, Maria Teresa Bechere Fernandes, Mariana Spadini dos Santos, Victor Nudelman.

2. Alimentação Complementar

MENSAGEM

- Alimentos complementares são definidos pela OMS como qualquer alimento ou líquido que não seja o leite materno. Entretanto, como muitos bebês recebem desde os primeiros dias de vida substitutos do leite materno, algumas autoridades têm sugerido como alimentos complementares qualquer alimento ou líquido que não seja o leite materno ou as fórmulas lácteas (1);
- Alimentos complementares são necessários para promover o adequado crescimento e desenvolvimento dos lactentes. Eles devem ser introduzidos idealmente a partir do 6º. mês de vida (1);
- É importante que os alimentos complementares forneçam quantidades adequadas de energia (mínimo de 25% de lipídios), e que as dietas contenham fontes adequadas de proteínas, ferro e zinco (1).

1. INÍCIO DA INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A recomendação atual da Organização Mundial da Saúde (OMS) é baseada no resultado da revisão sistemática de 2002, que tinha como objetivo avaliar a duração ótima para o aleitamento materno exclusivo. Os resultados revelaram não haver diferenças significativas no seguimento de crianças amamentadas exclusivamente por 4 meses versus 6 meses (2). Outras duas pesquisas obtiveram conclusões semelhantes (3,4). Baseado nesses dados o

Comitê de Nutrição da Sociedade Européia de Gastroenterologia, Nutrição e Hepatologia Pediátrica (ESPGHAN) incentiva o aleitamento materno exclusivo até 6 meses, porém, orienta quando necessário, a introdução de alimentos complementares entre 4 e 6 meses de vida (5). O Comitê considera que as funções do trato gastrointestinal e renal encontram-se suficientemente maduras ao redor de 4 meses e, portanto, aptas para o processo da alimentação complementar (5).

Tendo-se em vista a limitação das evidências científicas deste tema, já que a alimentação complementar tem recomendações variáveis nos diversos países, também porque envolve diferenças culturais, o objetivo deste documento é o de revisar e atualizar a prática médica sobre o início e composição da alimentação complementar no lactente em aleitamento materno exclusivo.

2. CARACTERÍSTICAS DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Uma alimentação complementar adequada compreende alimentos ricos em energia e micronutrientes (ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos), sem contaminação, sem muito sal ou condimentos, de fácil consumo e boa aceitação pela criança, fáceis de preparar a partir dos alimentos da família e com custo acessível (6).

A alimentação deve ser variada incluindo os seguintes grupos de alimentos: cereais ou tubérculos, leguminosas, carnes (vaca, frango, porco, peixe ou vísceras, em especial o fígado), hortaliças (verduras e legumes) e frutas. Dietas vegetarianas devem ser evitadas, assim como a ingestão de líquidos com baixo valor nutritivo como chás, café e refrigerantes (7). A Academia Americana de Pediatria recomenda, no máximo, 150ml/dia de suco de frutas, para evitar competição com alimentos nutricionalmente mais ricos (8).

A. Energia:

Em 2001, a OMS em conjunto com a FAO (Food and Agriculture Organization) e UNU (United Nations University), propôs novas recomendações de requerimentos energéticos baseados em estudos com isótopos estáveis e água duplamente marcada. A proposta de 2001

comparada à de 1985 evidencia uma redução importante da oferta energética para lactentes e crianças (9,10) (Anexo1).

Do ponto de vista prático, o consumo de alimentos complementares de alta densidade energética está associado a um risco 2-3 vezes maior de obesidade na infância. Desse modo, alimentos complementares hipercalóricos (1 Kcal/ml) utilizados em mamadeiras devem ter seu uso desencorajado (5).

B. Proteína:

Estudos recentes têm observado a associação entre consumo de proteína e risco de obesidade. Alguns dados sugerem que a ingestão de 4g de proteína/Kg/dia (16% do total de energia ingerida) no período de 8-24 meses de idade podem acarretar sobrepeso posteriormente. Nas dietas com 15% de proteína em relação ao total de energia consumida essa associação não foi observada (11). Em 2007 a OMS, FAO e UNU propuseram as novas recomendações de proteínas nos primeiros anos de vida. Assim como ocorreu com a ingestão de energia, também se pode observar uma diminuição na ingestão diária em relação à recomendação anterior (12) (Anexo 1).

Em termos gerais é importante oferecer proteínas de alto valor biológico e de melhor digestibilidade, presentes no leite humano e nos produtos de origem animal. Proteínas de alta qualidade também podem ser oferecidas através de misturas adequadas de vegetais, como por exemplo, arroz e feijão (6).

C. Lipídios:

As recomendações sugerem que 30-40% da energia total dos alimentos complementares seja proveniente dos lípidos, quantidade suficiente para assegurar a ingestão adequada de ácidos graxos essenciais, boa densidade de energia e absorção de vitaminas lipossolúveis (7). Estudos mostram que o crescimento é afetado em dietas com conteúdo de lipídios abaixo de 22% do total de energia recomendado (13). A ESPGHAN não recomenda a redução de lípidos

antes dos 3 anos de idade e também não determina um limite inferior de ingestão (5).

Os LC-PUFAS (ácidos graxos essenciais: linoléico = ômega 6 e linolênico = ômega 3) são importantes para a formação da membrana celular da retina e sistema nervoso central, além de atuarem na resposta inflamatória. Em relação à suplementação de LC-PUFAS, recente meta-análise reunindo dados de 901 crianças de 4 estudos clínicos randomizados utilizando leite com e sem LC-PUFAS, não detectou evidências quanto aos benefícios da suplementação para o crescimento de crianças até 18 meses de idade (14).

D. Micronutrientes (Minerais e Vitaminas):

Os micronutrientes compreendem os elementos-traço (micronutrientes essenciais inorgânicos) e vitaminas (micronutrientes essenciais orgânicos). Embora as necessidades diárias sejam pequenas, a sua presença é fundamental para a manutenção adequada do metabolismo. Normalmente, o aleitamento materno e a introdução de uma dieta complementar adequada fornecem as quantidades necessárias de micronutrientes (Anexo1). A seguir abordaremos sucintamente quatro micronutrientes.

Ferro: A recomendação para ingestão diária de ferro (IDR) para lactentes de 7-12 meses é de 11mg/dia e para crianças de 1-3 anos de idade é de 7mg/dia (8). As carnes e alimentos de origem animal oferecem uma melhor biodisponibilidade de ferro sobre o leite e seus derivados. A absorção de ferro dos alimentos de origem vegetal (feijão, lentilha, soja, vegetais verde-escuros) pode ser incrementada se ingeridos conjuntamente com carnes, peixes, frutose e ácido ascórbico (laranja, goiaba, limão, manga, mamão, melão, banana, maracujá, tomate) (6). O leite, ovos, chá e o café dificultam a absorção de ferro por formarem precipitados insolúveis com o mesmo. A ingestão de leite de vaca é o principal fator que contribui para a anemia no primeiro ano de vida (6).

Zinco: O zinco é fundamental para o crescimento e atua no metabolismo das proteínas e enzimas. O zinco proveniente de alimentos de origem animal, carnes e frutos do mar, é quatro vezes mais absorvido que o presente em

alimentos de origem vegetal (carnes: 5mg zinco/100g de carne bovina; 1 mg/100g de carne de frango; ostras e mariscos: 75mg zinco/100g de ostras). A densidade nutricional de zinco preconizada para a alimentação complementar é de 0,7mg/100Kcal (9).

Vitamina A: Se a mãe tem uma dieta com aporte adequado de vitamina A, a oferta de alimentos complementares supre as necessidades do bebê, porém se esta mãe habita área com deficiência endêmica é necessária a suplementação de vitamina A. Os principais alimentos fonte de vitamina A são: fígado, gema de ovo, folhas verde-escuras e vegetais e frutas de cor laranja (cenoura, abóbora, manga, maracujá, mamão, pimentão vermelho ou amarelo) (15).

Vitamina D: A quantidade de vitamina D no organismo depende primordialmente da exposição direta da pele à luz solar. A ingestão dietética se torna importante apenas em caso de produção endógena inadequada ou depleção das reservas corporais. Recomenda-se a exposição solar, a partir da segunda semana de vida, sendo suficiente a exposição semanal de 30 minutos, com a criança usando fraldas ou de 17 minutos/dia com exposição da face e mãos da criança (15).

Esquema para introdução dos alimentos complementares (15)

<i>Faixa etária</i>	<i>Tipo de alimento</i>
Até 6º. Mês	Leite materno
6º. Mês	Suco de frutas, papa de frutas
6º. ao 7º. Mês	Primeira papa salgada, ovo, suco de frutas
7º. ao 8º. Mês	Segunda papa salgada
9º. ao 11º. Mês	Gradativamente passar para comida da família (progredir na consistência dos alimentos)
12º. Mês	Comida da família (em grãos)

3. CONSISTÊNCIA ALIMENTAR

Gradualmente a consistência e a variedade dos alimentos vão se alterando, adaptando-se às necessidades e habilidades da criança. Os lactentes podem iniciar aos 6 meses com purês, alimentos amassados ou semi-sólidos. Aos 8 meses podem iniciar a “comer com os dedos” (alimentos em pedaços) e aos 12 meses podem ingerir os alimentos próprios da família (7).

O desenvolvimento neuromuscular da criança guia a capacidade de ingerir o alimento. Inicialmente os alimentos amassados (purês ou semi-sólidos) são mais adequados para os lactentes. Aos 6 meses, pode-se observar um padrão primitivo de mastigação. Até o 7º. mês a criança será capaz de retirar o alimento semi-sólido da colher. Esta função inicialmente reflexa aparece sob a forma de mordida repetitiva caracterizada por mordida fásica e estereotipada (16). Nesta fase não há eficiência da mastigação, mas a criança possui a capacidade de ingerir pequenos pedaços de alimentos sólidos.

Posteriormente, a capacidade de manipular o alimento na cavidade oral antes de degluti-lo ocorre por volta dos nove meses. Neste momento a criança é capaz de realizar movimentos verticais voluntários com movimentos diagonais e rotatórios da mandíbula, transferindo o alimento do lado ao centro da cavidade oral e vice-versa (17). Neste estágio é recomendável a introdução de diferentes sabores e texturas, com pedaços de semi-sólidos. Progressivamente a dieta vai se tornando similar às refeições familiares. Este processo deve ocorrer entre 9-12 meses (16).

4. FREQUÊNCIA ALIMENTAR

O número apropriado de refeições depende da aceitação da criança, da quantidade de aleitamento materno ingerido, da densidade energética dos alimentos locais e da quantidade ingerida em cada refeição (6).

A capacidade gástrica limita a quantidade de alimentos que o lactente pode ingerir, evoluindo de 10 a 20ml ao nascimento para 200ml ao fim do primeiro ano de vida. Dessa forma a criança consegue, paulatinamente, ingerir maior quantidade de alimentos e com um menor intervalo entre as refeições (16).

Em média crianças em aleitamento materno necessitam de 2-3 refeições/dia aos 6-8 meses e 3-4 refeições/dia aos 9-24 meses de idade, adicionando-se alguns alimentos nutritivos como, por exemplo, frutas, pães, mandioca, bolo caseiro, oferecidos 1-2 vezes ao dia (7).

Os lactentes possuem a capacidade de auto-regular a ingestão de alimentos. Embora a ingestão em refeições individualizadas possa ser irregular, o consumo energético em 24hs costuma ser adequado. Desta forma, atitudes excessivamente controladoras e impositivas podem induzir ao hábito de consumir porções mais volumosas do que o necessário e à preferência por alimentos hipercalóricos (15).

5. CONDIÇÕES ESPECIAIS

A. Glúten: Em populações afetadas por Doença Celíaca, o risco de doença eleva-se ao introduzir glúten antes dos 3 meses e após os 7 meses de idade. A introdução de glúten deve ser realizada em pequenas quantidades e gradualmente enquanto a criança estiver em aleitamento materno (1).

B. Alergias: Certos alimentos, incluindo ovos, amendoim e castanhas, peixes e frutos do mar são potencialmente alergênicos. As evidências de danos com a introdução destes alimentos não são convincentes, mesmo naquelas crianças com história familiar positiva para atopia. Desta forma, a exclusão de peixe, rico em ácidos graxos ômega 3, e ovos da dieta podem causar efeitos nutricionais indesejáveis.

O Comitê de Nutrição da ESPGHAN recomenda que a alimentação complementar não deve ser introduzida antes de 4 meses e os alimentos devem ser adicionados um a um nas refeições, permitindo assim a identificação de possíveis intolerâncias. Os alimentos considerados alergênicos não devem ser evitados por crianças com ou sem risco de atopias (1,5).

A Academia Americana de Pediatria segue as mesmas recomendações, porém, ainda que não haja evidências científicas

para as crianças de risco (pais ou irmãos com doença alérgica documentada), sugere cautela na introdução de alimentos alergênicos, de preferência ao redor de 1 ano de idade (18,19).

- C. Cáries Dentárias: A ingestão de açúcar é o fator de risco mais importante para a formação de cáries. A prevenção de cáries inclui a diminuição de ingestão de açúcar direta ou indiretamente, através de sucos, achocolatados e alimentos ricos em açúcares simples, além de desencorajar o uso de mamadeiras durante o sono e estimular a higiene bucal mesmo com a ausência de dentes (5).

6. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

- A. Recomenda-se introduzir os novos alimentos gradualmente, um de cada vez, a cada 3-7 dias, para que a criança identifique os vários sabores (6,15);
- B. Em média, a criança, precisa ser exposta a um novo alimento de oito a dez vezes para que o aceite bem (6,15);
- C. Os alimentos complementares devem ser oferecidos à criança em colher e copo. Deve-se evitar o uso de mamadeiras (6);
- D. Mel deve ser evitado antes de 1 ano de idade, já que o consumo de mel tem sido repetidamente associado com a presença de Botulismo. Quando o mel é industrializado o risco de Botulismo é menor, pois normalmente o produto é submetido a altas temperaturas e pressões, processo que inativa os esporos do *Clostridium botulinum* (5,15);
- E. É desaconselhável oferecer leite de vaca não modificado, cru ou puro, a menores de 1 ano, porque o seu uso está associado a perda sangüínea fecal e deficiência de ferro. Os estudos mostram que a ingestão acima de 500ml/dia está associada à deficiência de ferro (5,8,15).

7. SUPLEMENTAÇÃO:

- A. A vitamina K deve ser dada ao nascimento, na dose de 0,5 a 1mg por via intramuscular, para prevenir doença hemorrágica (20);
- B. No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza o uso de megadoses de vitamina A nas áreas de alta prevalência de deficiência desta vitamina (Nordeste e Minas Gerais). A vitamina A é fornecida sob a forma de cápsulas de 100.000 UI para lactentes de 6-11 meses de idade e 200.000 UI para crianças de 12-59 meses de idade a intervalos de 4-6 meses durante as campanhas de vacinação (20).
- C. A Sociedade Brasileira de Pediatria preconiza que não há necessidade de suplementação de vitamina D em lactentes em aleitamento materno com exposição regular ao sol (o leite materno contém 25 UI/L de vitamina D) e lactentes que recebem 500ml/dia de fórmula infantil. Nas demais situações é recomendada a suplementação de 200 UI/dia de vitamina D até 18 meses de idade (15). Diversamente, a Academia Americana de Pediatria, em documento de 2008, recomenda a suplementação de vitamina D, na dose de 400 UI/dia, para crianças amamentadas ao seio materno, para crianças não amamentadas que recebem menos de $\frac{1}{4}$ de fórmulas fortificadas com vitamina D/dia e também para adolescentes. O objetivo é o de diminuir a incidência de raquitismo e o risco de osteoporose (21).
- D. O Programa Nacional de Anemia Carencial do Ministério da Saúde recomenda a suplementação de ferro para lactentes nascidos a termo, adequados para a idade gestacional, a partir da introdução de alimentos complementares na dose de 1mg de ferro elementar/Kg/dia até 2 anos de idade, mesmo se em aleitamento materno ou com ingestão inferior a 500ml de fórmula por dia (20).

8. OS 10 PASSOS PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DA CRIANÇA MENOR DE DOIS ANOS (20):

1. Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento;
2. A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até dois anos de idade;
3. Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia para crianças em aleitamento materno, e cinco vezes ao dia para aquela não amamentada;
4. A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança;
5. A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; deve-se começar com consistência pastosa (papas e purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família;
6. Oferecer à criança diferentes alimentos ao longo do dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida;
7. Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;
8. Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;
9. Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequada;
10. Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual, seus alimentos preferidos e respeitando sua aceitação.

BIBLIOGRAFIA

1. Fewtrell M. Complementary Foods. In: Koletzko B. eds. Pediatric Nutrition In Practice. Switzerland: Karger; 2008: 102
2. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. WHO, 2002
3. Kramer MS, Guo T, Platt RW e cols. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003; 78: 291-295
4. Lanigan J, Bishop JA, Kimber AC e cols. Systematic review concerning the age of introduction of complementary food to the healthy full-term infant. *Eur J Clin Nutr* 2001; 55: 309-320
5. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary Feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *JPGN* 2008; 46 (1): 99-110
6. Giugliani ERJ, Monte CMG. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria* 2004; 80 (5)
7. PAHO/WHO. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed children. Division of Health Promotion and Protection. Food and nutrition Program. Washington/Geneva; 2003
8. Pediatric Nutrition Handbook. American Academy of Pediatrics. Ronald E. Kleinman ed. USA: AAP Press 6th edition: 2009
9. Sarni ROS, Souza FIS. Novos conceitos em alimentação e nutrição: impacto na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Temas de Pediatria-Nestlé Nutrition* 2008; 85: 7-32
10. Human Energy Requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Rome, 17-24 october 2001: 14
11. Agostoni C, Scaglioni S, Ghisleni D e cols. How much protein is safe? *Int J Obes* 2005; 29 (Suppl 2): S8-S13
12. Protein and Amino Acid Requirements in Human Nutrition : Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation, Geneva, 2007: 244-246

13. Uauy R, Mize CE, Castillo-Duran C. Fat intake during childhood: metabolic responses and effects on growth. *Am J Clin Nutr* 2000; 72 (Suppl 5): S1354-S1360
14. Rosenfeld E, Beyerlein A, Hadders-Algra M, Kennedy K, Singhal A, Fewtrell M, Lucas A, Koletzko B, von Kries R. IPD meta-analysis shows no effect of LC-PUFA supplementation on infant growth at 18 months. *Acta Paediatr* 2009; 98 (1): 91-7
15. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. Manual de Orientação: Alimentação do Lactente, Pré-Escolar, Escolar, Adolescente. São Paulo; 2006/2008.
16. Motta MEFA, Araújo CMT, Silva GAP. Bases conceituais da alimentação da criança. *Temas de Pediatria-Nestlé Nutrition* 2008; 84: 7-18
17. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Comitê de Motricidade Orofacial. Documento oficial 04/2007. São Paulo 2007
18. Sicherer SH, Burks W. Maternal and infant diets for prevention of allergic diseases: Understanding menu changes in 2008. *J Allergy and Clinical Immunology* 2008; 122 (1): 29-33
19. Greer F, Sicherer SH, Burks W. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: The role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008; 121 (1): 183-191
20. Brasil/Ministério da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Série A. Normas e manuais técnicos no. 107. Brasília, DF. Ministério da Saúde; 2002
21. News Guidelines double the amount of recommended vitamin D, 2008. <http://www.aap.org/pressroom/nce/nce08vitamind.htm>

ANEXO 1

1. Requerimentos energéticos no primeiro ano de vida (OMS/FAO/UNU-2001)

<i>Idade (meses)</i>	<i>FAO/OMS/UNU Meninos/Meninas (Kcal/dia)</i>
0-1	518/464
1-2	570/517
2-3	596/550
3-4	569/537
4-5	608/571
5-6	639/599
6-7	653/604
7-8	680/629
8-9	702/652
9-10	731/676
10-11	752/694
11-12	775/712

2. Níveis seguros de ingestão de proteínas para lactentes (OMS/FAO/UNU-2007)

<i>Idade (anos)</i>	<i>Níveis seguros de ingestão de proteínas (g/Kg/dia) Meninos/Meninas</i>
0,5	1,31/1,31
1	1,14/1,14
1,5	1,03/1,03

3. Ingestão Alimentar Diária (Dietary Reference Intakes- DRIs). Food and Nutrition Board, Institute of Medicine

	Lactentes (0-6meses)	Lactentes (7-12meses)	Crianças (1-3anos)	Crianças (4-8anos)
Vitamina A (µg/dia)	400	500	300	400
Vitamina C (mg/dia)	40	50	15	25
Vitamina D (µg/dia)	5	5	5	5
Vitamina E (mg/dia)	4	5	6	7
Vitamina K (µg/dia)	2,0	2,5	30	55
Tiamina (mg/dia)	0,2	0,3	0,5	0,6
Riboflavina (mg/dia)	0,3	0,4	0,5	0,6
Niacina (mg/dia)	2	4	6	8
Vitamina B6 (mg/dia)	0,1	0,3	0,5	0,6
Folato (µg/dia)	65	80	150	200
Vitamina B12 (mg/dia)	0,4	0,5	0,9	1,2
Ácido Pantotênico (mg/dia)	1,7	1,8	2	3
Biotina (µg/dia)	5	6	8	12
Calcio (mg/dia)	210	270	500	800
Colina (mg/dia)	125	125	200	250
Cromo (µg/dia)	0,2	5,5	11	15
Cobre (µg/dia)	200	220	340	440
Flúor (mg/dia)	0,01	0,5	0,7	1
Iodo (µg/dia)	110	130	90	90
Ferro (mg/dia)	0,27	11	7	10
Magnésio (mg/dia)	30	75	80	130
Manganês (mg/dia)	0,003	0,6	1,2	1,5
Molibdênio (µg/dia)	2	3	17	22
Fósforo	100	275	460	500

(mg/dia)				
Selênio	15	20	20	30
(µg/dia)				
Zinco (mg/dia)	2	3	3	5
Potássio	0,4	0,7	3,0	3,8
(g/dia)				
Sódio (g/dia)	0,12	0,37	1,0	1,2
Cloro (g/dia)	0,18	0,57	1,5	1,9

Esta tabela encontra-se no site: <http://www.iom.edu/CMS/3788/21370.aspx>
Recommended Dietary Allowances (RDAs) em negrito, o restante refere-se à Ingestão Adequada (Als).

RDAs e Als podem ser utilizadas como metas para a ingestão individual. RDAs correspondem às necessidades de ingestão de quase todos os indivíduos de um grupo (97-98%). Als correspondem à ingestão média de crianças saudáveis.