

# Alimentação nos primeiros 1000 dias

Um presente para o futuro!

[WWW.APN.ORG.PT](http://WWW.APN.ORG.PT) | [GERAL@APN.ORG.PT](mailto:GERAL@APN.ORG.PT)

Apoios institucionais:



ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA  
DE NUTRIÇÃO

# Ficha técnica

---

**TÍTULO:** Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro

**COLEÇÃO E-BOOKS APN:** E-book n.º 53

**DIREÇÃO EDITORIAL:** Célia Craveiro

**CONCEÇÃO:** Teresa Carvalho

**CORPO REDATORIAL:** Teresa Carvalho

**CRIAÇÃO GRÁFICA:** Cooperativa 31

**PROPRIEDADE:** Associação Portuguesa de Nutrição

**REDAÇÃO:** Associação Portuguesa de Nutrição

**REVISÃO INTERNA:** Helena Real, Teresa Mariano

**REVISÃO EXTERNA:** Ana Gomes, Carla Rêgo, Elisabete Pinto, Inês Tomada

**ISBN:** 978-989-8631-45-9

Junho de 2019

© APN

Este e-book aborda os aspetos gerais e normais que ocorrem no período entre a preconceção e o 2.º ano de vida. Para situações específicas e individuais (p. ex.: alimentação vegetariana, adolescência, pós-cirurgia bariátrica, obesidade e/ou outras patologias), aconselhamos a consulta de um profissional de saúde.

O conteúdo final do trabalho poderá não incluir a totalidade das propostas efetuadas pelos revisores.

Interdita a reprodução integral ou parcial de textos ou fotografias, sob quaisquer meios e para quaisquer fins, inclusive comerciais.

Como citar: Associação Portuguesa de Nutrição. Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro. E-book n.º 53. Porto: Associação Portuguesa de Nutrição; 2019.

# Índice

**01. A IMPORTÂNCIA DOS PRIMEIROS 1000 DIAS DE VIDA**

**02. PRECONCEÇÃO: CUIDADOS NUTRICIONAIS**

**03. PRIMEIROS 1000 DIAS DE VIDA: RECOMENDAÇÕES E CUIDADOS NUTRICIONAIS**

**> Mãe**

Gravidez

Aleitamento materno

**> Bebê**

Primeiro ano de vida

Segundo ano de vida

Suplementação

Metais pesados e os 1000 dias

**04. FAQs**

**05. GLOSSÁRIO**

**06. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



01

A importância dos  
primeiros 1000 dias  
de vida

# A importância dos primeiros 1000 dias de vida

273/dias

Gravidez

+

365/dias

1.º ano

+

365/dias

2.º ano

=

*Primeiros*  
1000/dias



## A importância dos primeiros 1000 dias de vida

- > Os primeiros **1000 dias** de vida correspondem ao período entre a **conceção e os dois anos de vida** da criança.
- > Este período constitui **uma janela de oportunidade ímpar na otimização do crescimento e desenvolvimento**, bem como na modelação da saúde futura, nomeadamente na prevenção de doenças crónicas não transmissíveis. A **alimentação e a nutrição** disponibilizada/oferecida ao indivíduo durante estes 1000 dias são fatores determinantes.
- > É, pois, fundamental que tanto a futura mãe como a criança tenham uma **nutrição adequada**. Sabe-se hoje que uma má nutrição desde o início da vida fetal pode ter impacto negativo e irreversível na saúde da criança no futuro, não só a nível do seu desenvolvimento cognitivo, mas também no aumento da predisposição para doenças crónicas não comunicáveis como a obesidade, a diabetes, a hipertensão, a doença cardiovascular e o cancro.
- > Daqui se depreende que experiências nutricionais precoces inadequadas – por excesso, por carência ou por desequilíbrio – resultam, em última instância, no aumento dos **custos económicos**, seja pela redução de indivíduos ativos saudáveis como pelos custos associados à doença.



> A programação fetal (*programming*) e a impressão (*imprinting*) ilustram eventos que ocorrem durante o desenvolvimento embrionário e fetal com repercussões no futuro. Em termos gerais, a programação refere-se a um processo dinâmico de acontecimentos cujos efeitos a longo prazo dependem do momento crítico de desenvolvimento intrauterino em que ocorrem, enquanto que a impressão associa-se ao reflexo desses acontecimentos nas características no genoma.

> No final do séc. XX, Barker postulou a teoria da “**Origem Fetal das Doenças do Adulto**”, que quando ocorrem num momento crítico do desenvolvimento, nomeadamente no período de diferenciação celular, predispõem o feto à doença no futuro. A definição desta teoria correspondeu a uma mudança de paradigma, na medida que as doenças tipicamente do adulto - tais como diabetes, hipertensão arterial, entre outras - associadas a alguns estilos de vida característicos da faixa etária em que surgia a doença, passaram a ser relacionadas com agressões do meio ambiente que ocorreram tão longinquamente como na vida intrauterina.

> O estado nutricional comprometido da mãe, assim como uma alimentação inadequada, são dois dos principais fatores comprometedores do desenvolvimento fetal. Mais, o estado nutricional da mulher no início da gravidez pode ser tão crítico para o crescimento fetal como a adequação nutricional durante a gestação, não sendo no entanto clara a sua associação ao risco de doenças crónicas. Note-se que alguns dos principais determinantes do peso ao nascimento são: a estatura da mulher, o Índice de Massa Corporal (IMC) no início da gravidez e o ganho de peso neste período.



> Importa, pois, ter claramente presente que os compromissos nutricionais (por défice ou por excesso), quer ocorram numa fase precoce da gravidez quer ao longo de toda a gestação, se relacionam com o risco aumentado de doenças crónicas não-transmissíveis. Quanto mais precoce é o compromisso, mais ampla a repercussão a nível de número de órgãos alvo atingidos.

> Sendo o peso ao nascimento um bom marcador da oferta nutricional e da saúde *in útero*, é fácil de perceber os resultados de estudos científicos recentes que evidenciam uma associação entre o peso do recém-nascido e o desenvolvimento de doenças crónicas (p. ex.: doenças cardiovasculares, hipertensão, resistência à insulina). Note-se que, em caso de baixo peso ao nascimento (recém-nascidos de termo com peso inferior a 2500 g) ou de retardo de crescimento intrauterino (peso e/ou comprimento abaixo do percentil 5 para a idade gestacional), é importante que os pais/cuidadores recebam orientações específicas para prevenir um rápido ganho de peso (evento designado por crescimento de recuperação, *catch-up growth*). Efetivamente, esta tentativa de compensar o comprometimento do crescimento intrauterino está fortemente associada a risco aumentado de obesidade a curto e a médio prazos.

3-5, 9



# 02

## Preconceção: cuidados nutricionais



## Preconceção: cuidados nutricionais

- > O planeamento de uma **gravidez** é elementar para assegurar a saúde futura da criança e garantir a da mãe. Deste modo, é importante que, antes da gravidez, os futuros pais se aconselhem junto de profissionais de saúde especializados sobre os cuidados a ter nessa fase das suas vidas, realizando, se necessário, exames médicos e ajustes ao estilo de vida para garantir uma gravidez bem sucedida.
- > A nível nutricional, além de se corrigirem eventuais erros alimentares, é importante compreender se há algum **desequilíbrio nutricional**, sendo o **ferro**, o **ácido fólico**, a **vitamina B12**, a **vitamina D**, o **iodo** e o **cálcio** alguns dos nutrientes mais relevantes. Assegurar um bom estado nutricional é determinante para garantir o bom desenvolvimento de processos inerentes à gravidez (p. ex.: formação da placenta, implantação da placenta, diferenciação celular, crescimento fetal, correto encerramento do tubo neural).
- > Além do despiste e da correção de défices nutricionais, também é fundamental avaliar se a futura grávida não apresenta ou tem potencial risco de desenvolver algumas patologias, por exemplo: **diabetes**, **hipertensão** e **obesidade**. Nestes casos, é essencial procederem-se às devidas medidas acauteladas pela equipa de profissionais de saúde (p. ex.: médico de família, ginecologista/obstetra, nutricionista).

2, 10-12

> Alguns dos conselhos alimentares para esta fase são:

Tomar diariamente o **pequeno-almoço** e realizar **pequenas refeições intercalares**

Consumir **laticínios**  
(p. ex.: leite, iogurte, queijo)

Incluir **peixe gordo**  
2 a 3 vezes, por semana, variando o tipo de peixe

Ingerir 1,5 L de **água**, por dia

**Evitar eliminar grupos alimentares**

(p. ex.: carne, pescado e ovos; laticínios; cereais e derivados, tubérculos)

Acompanhar as refeições com uma **sopa à base de hortícolas**

Incluir as **leguminosas** nas refeições diárias e preferir os **cereais pouco refinados ou mesmo integrais**

Consumir **fruta** fresca e da época

**NOTA:** Estes conselhos gerais são baseados nas recomendações de uma alimentação saudável, conforme preconizado pela Roda da Alimentação Mediterrânica. A avaliação das especificidades individuais e das necessidades energéticas e nutricionais, bem como a adaptação da alimentação diária, deve ser determinada pelo nutricionista que acompanha a grávida.

13

# 03.1

Da conceção aos  
1000 dias de vida:  
recomendações e  
cuidados nutricionais

**Mãe:**

> Gravidez

> Aleitamento materno

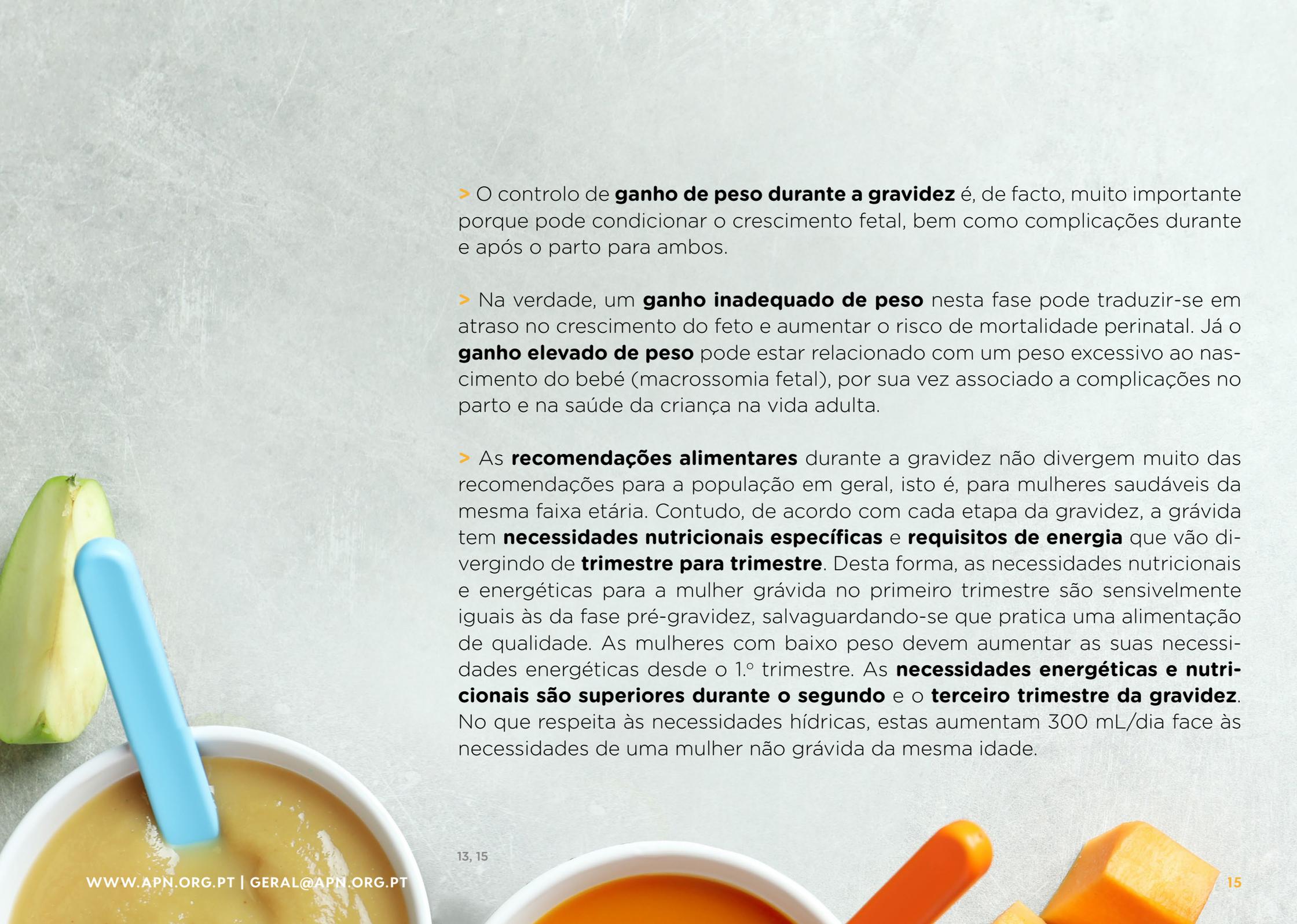
# Gravidez

- > A **gravidez**, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), consiste num período de **nove meses (40 semanas)** ou mais, durante o qual ocorre o desenvolvimento e a maturação do embrião no útero da mulher.
- > Os primeiros 300 dias, os quais correspondem ao período de gravidez e as 3 primeiras semanas de vida, são uma **janela de oportunidade para a saúde**. Esta fase do ciclo de vida, conotada habitualmente como um momento de grande felicidade, requer cuidados especializados mais de perto, dado ser uma fase de grande vulnerabilidade a riscos, tanto para a mulher como para o seu filho.
- > Ao longo da gravidez, a mulher apercebe-se de um conjunto de **alterações** que vão surgindo no seu corpo. Uma das principais alterações é a mudança no peso corporal. O quase que inevitável **aumento do peso corporal** na grávida é motivado por dois fatores: os **produtos da conceção** (placenta, líquido amniótico e feto) e o **incremento dos tecidos corporais maternos** (volume do útero e do sangue, do fluído amniótico, do tecido mamário e das reservas de gordura).

> As recomendações ideais para o aumento do peso corporal durante a **gravidez** de feto único são as seguintes:

Gravidez		
IMC pré-gravidez	Ganho de peso recomendado	Aumento/semana 2.º e 3.º Trimestre
<b>Baixo peso</b> ( $<18,5$ Kg/m <sup>2</sup> )	12,5 a 18 Kg	0,5 Kg
<b>Normoponderal</b> (18,5 a 24,9 Kg/m <sup>2</sup> )	11,5 a 16 Kg	0,4 Kg
<b>Excesso de peso</b> (25,0-29,9 Kg/m <sup>2</sup> )	7 a 11,5 Kg	0,3 Kg
<b>Obesidade</b> (25,0-29,9 Kg/m <sup>2</sup> )	5 a 9 Kg	0,2 Kg

ADAPTADO DE: Teixeira et al, 2015



> O controlo de **ganho de peso durante a gravidez** é, de facto, muito importante porque pode condicionar o crescimento fetal, bem como complicações durante e após o parto para ambos.

> Na verdade, um **ganho inadequado de peso** nesta fase pode traduzir-se em atraso no crescimento do feto e aumentar o risco de mortalidade perinatal. Já o **ganho elevado de peso** pode estar relacionado com um peso excessivo ao nascimento do bebé (macrossomia fetal), por sua vez associado a complicações no parto e na saúde da criança na vida adulta.

> As **recomendações alimentares** durante a gravidez não divergem muito das recomendações para a população em geral, isto é, para mulheres saudáveis da mesma faixa etária. Contudo, de acordo com cada etapa da gravidez, a grávida tem **necessidades nutricionais específicas** e **requisitos de energia** que vão divergindo de **trimestre para trimestre**. Desta forma, as necessidades nutricionais e energéticas para a mulher grávida no primeiro trimestre são sensivelmente iguais às da fase pré-gravidez, salvaguardando-se que pratica uma alimentação de qualidade. As mulheres com baixo peso devem aumentar as suas necessidades energéticas desde o 1.º trimestre. As **necessidades energéticas e nutricionais são superiores durante o segundo e o terceiro trimestre da gravidez**. No que respeita às necessidades hídricas, estas aumentam 300 mL/dia face às necessidades de uma mulher não grávida da mesma idade.

> Alguns fatores a considerar para um **período de gravidez positivo**:

Preservar a **atividade sociocultural regular**

Manter a **prática regular de atividade física** de intensidade moderada, salvo contra-indicação médica

Manter a **mãe e o bebê saudáveis** durante todo o período

(inclui prevenção e tratamento de risco, doença e morte)

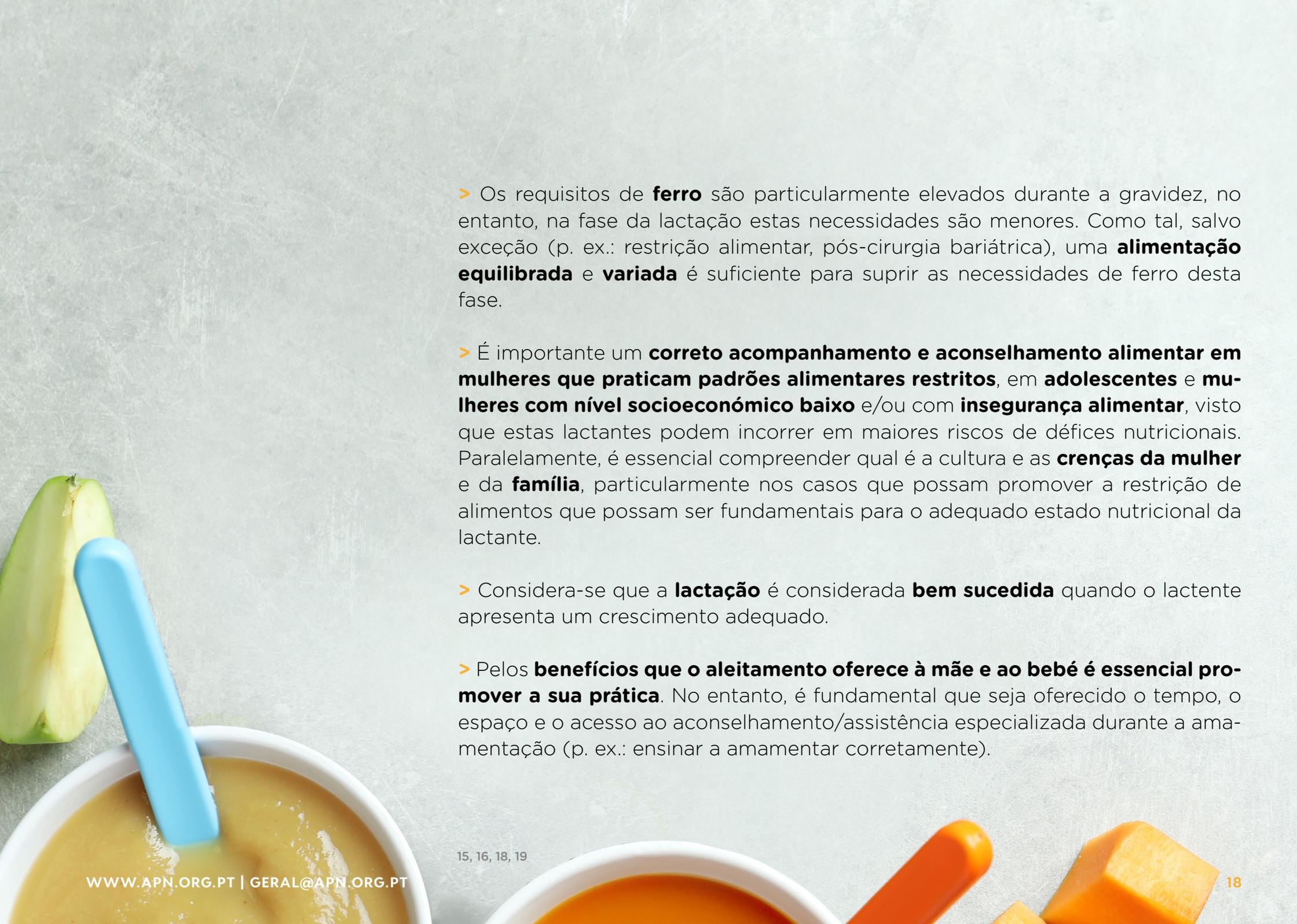
Assegurar a **transição favorável** para o trabalho de **parto e nascimento**

Ter uma **maternidade serena**

(p. ex.: manter a autoestima, ser autónoma e competente)

## Aleitamento materno

- > Durante esta fase, é necessário assegurar o correto **equilíbrio** entre o **gasto energético** necessário para manter o peso corporal saudável da mãe, a sua composição corporal e os seus níveis de atividade física, e o volume e composição do leite produzido **para assegurar a adequada alimentação do lactente**. Note-se que, durante a gravidez, há a acumulação de reservas energéticas, principalmente, sob a forma de gordura. Estas reservas serão utilizadas durante o período da amamentação, ocorrendo a perda ponderal após o parto.
- > A **produção de leite** varia entre mulheres, no entanto, a média diária é de 780 mL. Relativamente ao conteúdo nutricional do leite humano, este não só difere de mulher para mulher, como também do estadio da lactação, das várias mamadas ao longo do dia, do número de lactentes e da oferta de outros líquidos/alimentos sólidos.
- > Quanto às **necessidades energéticas**, estas **umentam** consideravelmente face ao período da gravidez (principalmente nos primeiros 6 meses). As **necessidades nutricionais maternas também se alteram**, sendo superiores as necessidades em: proteína, vitamina A, vitamina E, vitamina B1, vitamina B6, vitamina D, ácido fólico, cálcio e zinco. No que respeita às necessidades hídricas, estas aumentam 700 mL/dia face às necessidades de uma mulher não lactante da mesma idade.



> Os requisitos de **ferro** são particularmente elevados durante a gravidez, no entanto, na fase da lactação estas necessidades são menores. Como tal, salvo exceção (p. ex.: restrição alimentar, pós-cirurgia bariátrica), uma **alimentação equilibrada e variada** é suficiente para suprir as necessidades de ferro desta fase.

> É importante um **correto acompanhamento e aconselhamento alimentar em mulheres que praticam padrões alimentares restritos**, em **adolescentes e mulheres com nível socioeconómico baixo** e/ou com **insegurança alimentar**, visto que estas lactantes podem incorrer em maiores riscos de défices nutricionais. Paralelamente, é essencial compreender qual é a cultura e as **crenças da mulher** e da **família**, particularmente nos casos que possam promover a restrição de alimentos que possam ser fundamentais para o adequado estado nutricional da lactante.

> Considera-se que a **lactação** é considerada **bem sucedida** quando o lactente apresenta um crescimento adequado.

> Pelos **benefícios que o aleitamento oferece à mãe e ao bebé é essencial promover a sua prática**. No entanto, é fundamental que seja oferecido o tempo, o espaço e o acesso ao aconselhamento/assistência especializada durante a amamentação (p. ex.: ensinar a amamentar corretamente).

## Recomendações energéticas

> Seguidamente, são apresentadas as recomendações da *European Food Safety Authority* (EFSA, 2013), relativamente ao acréscimo em energia diária ao longo da gravidez e lactação.

	Energia (kcal/d)
1.º Trimestre	+70
2.º Trimestre	+260
3.º Trimestre	+500
0-6 meses, pós-parto	+500
6-12 meses, pós-parto	—

ADAPTADO DE: EFSA, 2013

**NOTA:** Estas recomendações são as mais recentes e têm como público-alvo a população europeia, na qual Portugal se insere. Além disso, estas recomendações apresentam uma metodologia bem estruturada, abrangendo e tendo em consideração as recomendações do *Food and Nutrition Board/Institute of Medicine* (2005) e as da *FAO/OMS* (2004).  
17, 20

# Recomendações nutricionais

## > Macronutrientes e Ingestão Hídrica

> Seguidamente, são apresentadas as recomendações da *European Food Safety Authority* (EFSA, 2013), relativamente às recomendações nutricionais ao longo da gravidez e lactação.

\*PRI

Proteína	
Gravidez	1.º T: + 1,0 g/dia 2.º T: +9,0 g/dia 3.º T: +28 g/dia
Amamentação	0-6 m: +19 g/dia > 6 m: +13 g/dia

\*AI

Ingestão Hídrica	
Gravidez	2,3 L/dia
Amamentação	2,7 L/dia

Fibra	
Gravidez	ND
Amamentação	ND

\*PRI

Gordura	
Gravidez	[20-35] E%
Amamentação	[20-35] E%

\*AI

ALA	
Gravidez	0,5 E%
Amamentação	0,5 E%

Hidratos de Carbono	
Gravidez	ND
Amamentação	ND

\*AI

EPA e DHA	
Gravidez	+ [100-200] mg/d DHA
Amamentação	+ [100-200] mg/d DHA

\*AI

LA	
Gravidez	4 E%
Amamentação	4 E%

AI: Adequate Intake

ALA: Ácido alfa-linolénico

DHA: Ácido docosaexaenoico

E%: Percentagem de Energia Ingerida

EPA: Ácido Eicosapentaenoico

LA: Ácido Linoléico

m: Meses

ND: Não definido

PRI: Population Reference Intake

T: Trimestre

VET: Valor Energético Total

# Recomendações nutricionais

## > Vitaminas

\*PRI

Vitamina A	
Gravidez	700 µg RE/dia
Amamentação	1300 µg RE/dia

\*AI

Vitamina E	
Gravidez	11 mg/dia
Amamentação	11 mg/dia

\*AI

Vitamina D	
Gravidez	15 µg/dia
Amamentação	15 µg/dia

\*PRI

Vitamina B6	
Gravidez	1,8 mg/dia
Amamentação	1,7 mg/dia

\*AI (Gravidez) | \*PRI (Amamentação)

Folato	
Gravidez	600 µg DFE/dia
Amamentação	500 µg DFE/dia

\*PRI

Vitamina B2	
Gravidez	1,9 mg
Amamentação	2,0 mg

\*AI

Vitamina B12	
Gravidez	4.5 µg/dia
Amamentação	5 µg/dia

\*AI

Colina	
Gravidez	480 mg/dia
Amamentação	520 mg/dia

AI: Adequate Intake  
DFE: Dietary folate equivalent

PRI: Population Reference Intake  
RE: Retinol equivalent

# Recomendações nutricionais

## > Minerais

\*PRI

Ferro	
Gravidez	16 mg/dia
Amamentação	16 mg/dia

\*PRI

Zinco	
Gravidez	+ 1,6 mg/dia
Amamentação	+2,9 mg/dia

\*AI

Magnésio	
Gravidez	300 mg/dia
Amamentação	300 mg/dia

\*AI

Fósforo	
Gravidez	550 mg/dia
Amamentação	550 mg/dia

\*AI

Iodo	
Gravidez	200 µg/dia
Amamentação	200 µg/dia

\*PRI

Cálcio	
Gravidez	18-24 anos: 1000 mg/dia +25 anos: 950 mg/dia
Amamentação	18-24 anos: 1000 mg/dia +25 anos: 950 mg/dia

\*AI

Selénio	
Gravidez	70 µg/dia
Amamentação	85 µg/dia

*AI: Adequate Intake*

*PRI: Population Reference Intake*

## 03.2

Da conceção aos  
1000 dias de vida:  
recomendações  
e cuidados  
nutricionais

### **Bebé:**

- > Primeiro ano de vida
- > Segundo ano de vida
  - > Suplementação
- > Metais pesados e os 1000 dias

# Primeiro ano de vida

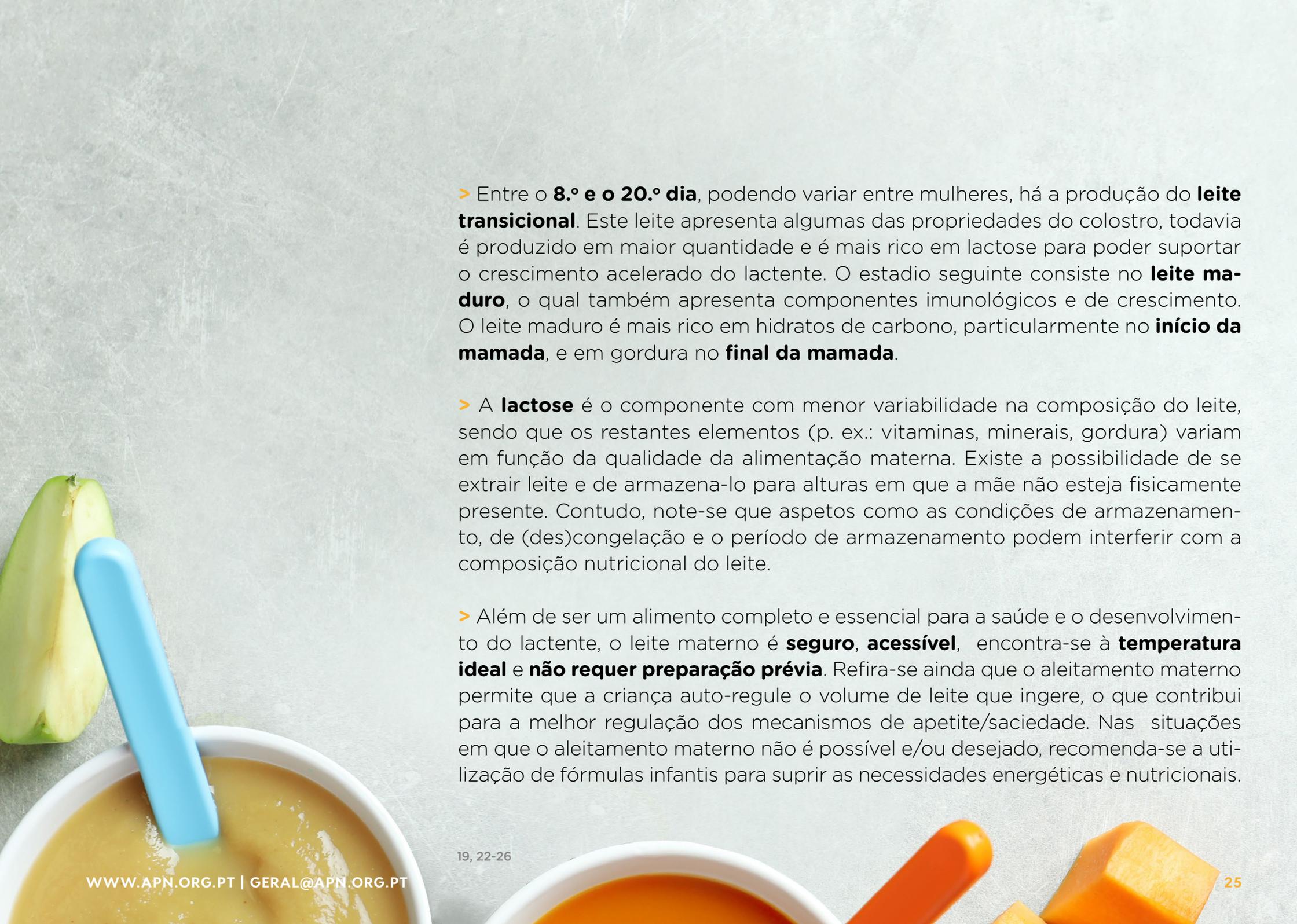
## > Leite humano

> O **leite humano** é manifestamente o alimento de excelência a fornecer ao bebé, devendo ser oferecido pela primeira vez **até à primeira hora após o nascimento**. De facto, o leite materno varia em **quantidade** e **composição nutricional** ao longo da mamada, do dia, da fase da mamada, do período de lactação, entre mães e entre populações, ao contrário da fórmula infantil que é padronizada dentro de uma gama estreita de valores.

> Tendo por base a sua segurança e adequação nutricional, mas também as vantagens demonstradas na prevenção de algumas doenças, a OMS estabeleceu como recomendação o **aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses** de vida e a sua **manutenção até aos 2 de idade**, enquanto decorre a diversificação alimentar.

> O aleitamento materno, além de **estreitar os laços** entre a mãe e o bebé, é conveniente, seguro, nutritivo e desempenha um **papel protetor** relativamente a várias patologias/doenças (p. ex.: asma, dermatite atópica, gastroenterite aguda, enterocolite necrotizante). Está em estudo a sua associação a menor risco de diabetes tipo 1 e 2 e de obesidade.

> A **composição do leite humano**, numa **fase inicial** (nos primeiros 7 dias após o parto), é maioritariamente composta por proteína, baixa componente lipídica e glicídica, rico em componentes imunológicos (p. ex.: IgA secretora, lactoferrina, leucócitos) e fatores de crescimento (p. ex.: fator de crescimento epidérmico). Quanto aos minerais, este leite tem maiores concentrações de sódio, cloreto e magnésio. Este leite inicial, designado por **colostró**, tem essencialmente funções imunológicas e tróficas, além de funções nutricionais.



> Entre o **8.º e o 20.º dia**, podendo variar entre mulheres, há a produção do **leite transicional**. Este leite apresenta algumas das propriedades do colostro, todavia é produzido em maior quantidade e é mais rico em lactose para poder suportar o crescimento acelerado do lactente. O estadio seguinte consiste no **leite maduro**, o qual também apresenta componentes imunológicos e de crescimento. O leite maduro é mais rico em hidratos de carbono, particularmente no **início da mamada**, e em gordura no **final da mamada**.

> A **lactose** é o componente com menor variabilidade na composição do leite, sendo que os restantes elementos (p. ex.: vitaminas, minerais, gordura) variam em função da qualidade da alimentação materna. Existe a possibilidade de se extrair leite e de armazená-lo para alturas em que a mãe não esteja fisicamente presente. Contudo, note-se que aspetos como as condições de armazenamento, de (des)congelação e o período de armazenamento podem interferir com a composição nutricional do leite.

> Além de ser um alimento completo e essencial para a saúde e o desenvolvimento do lactente, o leite materno é **seguro, acessível**, encontra-se à **temperatura ideal** e **não requer preparação prévia**. Refira-se ainda que o aleitamento materno permite que a criança auto-regule o volume de leite que ingere, o que contribui para a melhor regulação dos mecanismos de apetite/saciedade. Nas situações em que o aleitamento materno não é possível e/ou desejado, recomenda-se a utilização de fórmulas infantis para suprir as necessidades energéticas e nutricionais.

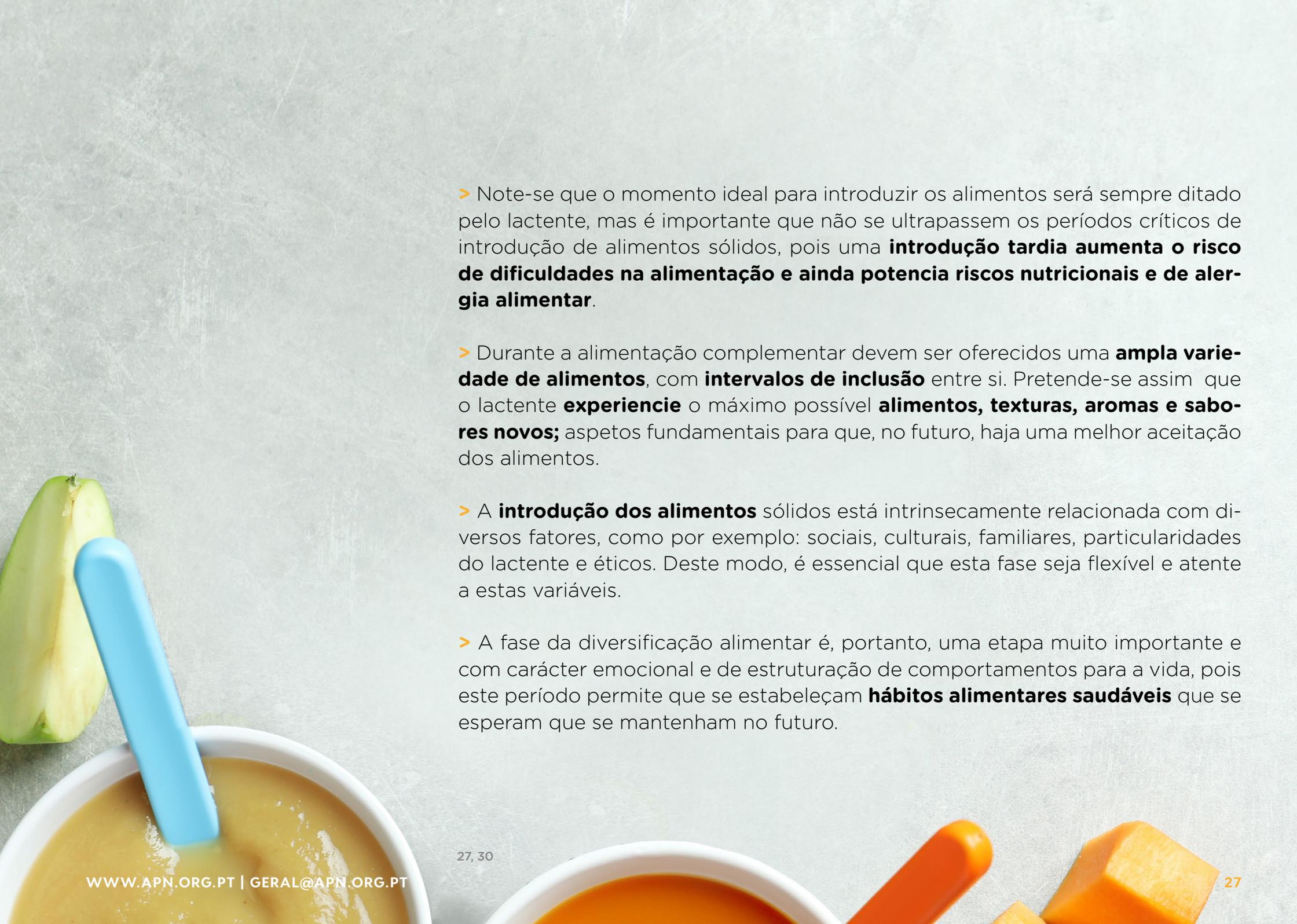
## Primeiro ano de vida

### > Diversificação alimentar

> A **alimentação complementar** define-se como o processo que se inicia com a introdução de outros alimentos para além do leite e resulta do facto de o **leite (materno e/ou fórmula)** já **não ser, por si só, suficiente** para satisfazer as **exigências nutricionais do lactente**.

> A alimentação complementar deve iniciar-se entre os **4 e os 6 meses de idade, sempre depois do 4.º mês e o mais próximo possível do 6.º mês**. Para além de aspetos nutricionais, **a sua introdução implica uma avaliação** da maturidade do lactente (p.ex.: segurar perfeitamente a cabeça, começar a demonstrar capacidade de “varrer” a colher) e implica a avaliação regular da evolução ponderal.

> Ressalve-se que os **alimentos sólidos nunca devem ser introduzidos numa fase anterior às 17 semanas** (4 meses), devido à imaturidade do sistema gastrointestinal do bebé, além disso, apenas a partir dos 4 meses é que o lactente adquire maior estabilidade do maxilar e do pescoço e ocorre modificação no padrão primitivo de sucção. Esta fase também implica, além da adaptação orgânica, adaptações hormonais devido à transição para uma alimentação com mais hidratos de carbono.

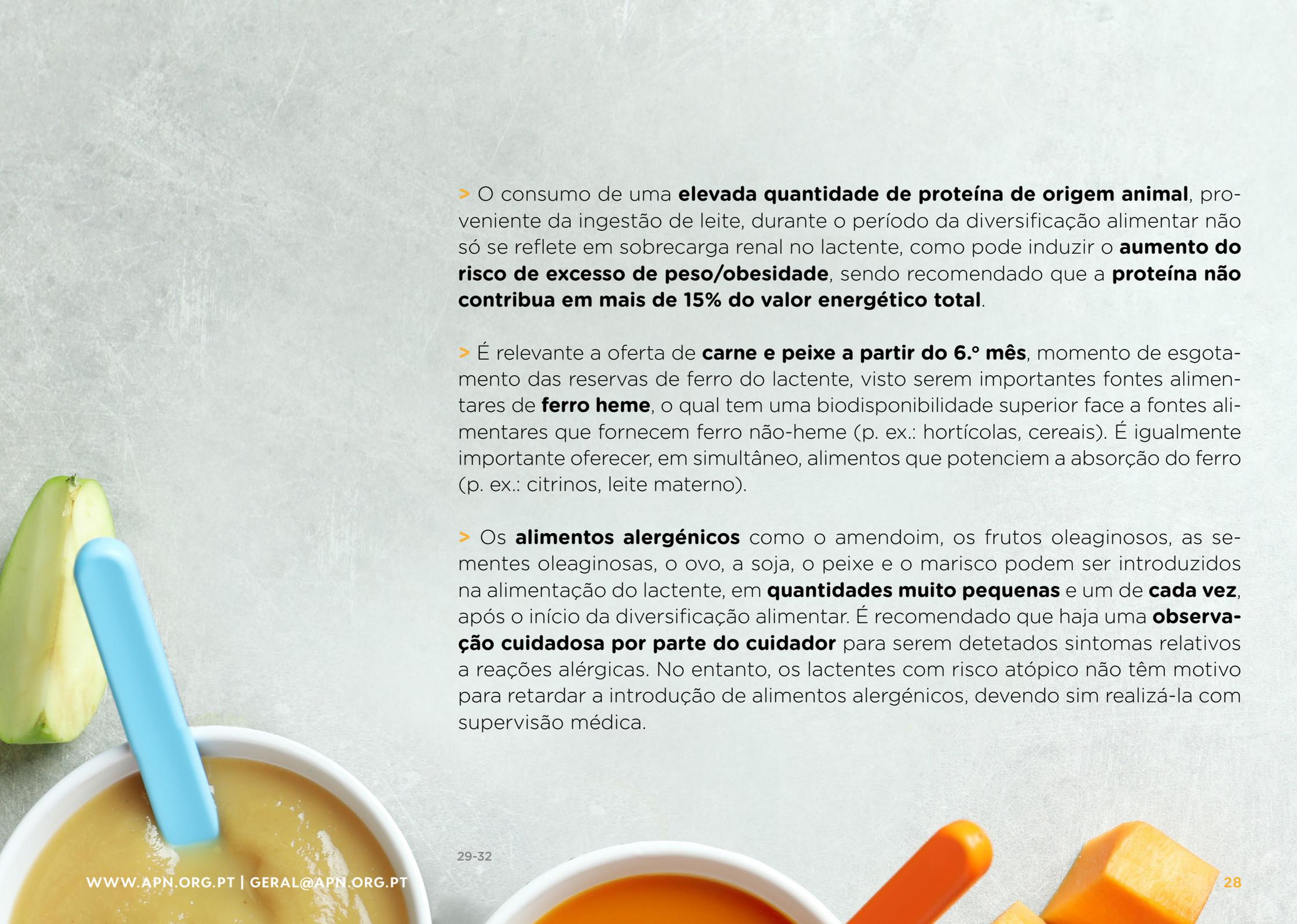


> Note-se que o momento ideal para introduzir os alimentos será sempre ditado pelo lactente, mas é importante que não se ultrapassem os períodos críticos de introdução de alimentos sólidos, pois uma **introdução tardia aumenta o risco de dificuldades na alimentação e ainda potencia riscos nutricionais e de alergia alimentar.**

> Durante a alimentação complementar devem ser oferecidos uma **ampla variedade de alimentos**, com **intervalos de inclusão** entre si. Pretende-se assim que o lactente **experiencie** o máximo possível **alimentos, texturas, aromas e sabores novos**; aspetos fundamentais para que, no futuro, haja uma melhor aceitação dos alimentos.

> A **introdução dos alimentos** sólidos está intrinsecamente relacionada com diversos fatores, como por exemplo: sociais, culturais, familiares, particularidades do lactente e éticos. Deste modo, é essencial que esta fase seja flexível e atente a estas variáveis.

> A fase da diversificação alimentar é, portanto, uma etapa muito importante e com carácter emocional e de estruturação de comportamentos para a vida, pois este período permite que se estabeleçam **hábitos alimentares saudáveis** que se esperam que se mantenham no futuro.



> O consumo de uma **elevada quantidade de proteína de origem animal**, proveniente da ingestão de leite, durante o período da diversificação alimentar não só se reflete em sobrecarga renal no lactente, como pode induzir o **aumento do risco de excesso de peso/obesidade**, sendo recomendado que a **proteína não contribua em mais de 15% do valor energético total**.

> É relevante a oferta de **carne e peixe a partir do 6.º mês**, momento de esgotamento das reservas de ferro do lactente, visto serem importantes fontes alimentares de **ferro heme**, o qual tem uma biodisponibilidade superior face a fontes alimentares que fornecem ferro não-heme (p. ex.: hortícolas, cereais). É igualmente importante oferecer, em simultâneo, alimentos que potenciem a absorção do ferro (p. ex.: citrinos, leite materno).

> Os **alimentos alergénicos** como o amendoim, os frutos oleaginosos, as sementes oleaginosas, o ovo, a soja, o peixe e o marisco podem ser introduzidos na alimentação do lactente, em **quantidades muito pequenas** e um de **cada vez**, após o início da diversificação alimentar. É recomendado que haja uma **observação cuidadosa por parte do cuidador** para serem detetados sintomas relativos a reações alérgicas. No entanto, os lactentes com risco atópico não têm motivo para retardar a introdução de alimentos alergénicos, devendo sim realizá-la com supervisão médica.



> O **glúten** pode ser introduzido, a qualquer momento do início da diversificação alimentar, entre os **4 e os 12** meses de idade. Contudo, deve ser evitado o consumo elevado nas primeiras semanas após a sua introdução.

> O **sal** e o **açúcar** não devem ser consumidos durante o 1.º ano de vida, assim como todos os alimentos que os contenham adicionados, como por exemplo, bebidas açucaradas, bolos e bolachas. As bebidas açucaradas também devem ser evitadas durante este período, incluindo os sumos de fruta naturais. Não se recomenda o uso de chás.

> O **consumo de açúcar**, além das implicações em termos dos hábitos alimentares, é um dos principais fatores de risco para a formação de **cáries dentárias**. Como tal, é importante que os pais/cuidadores reduzam a exposição das crianças ao açúcar sob as suas mais variadas formas, nomeadamente em mel, sumos de fruta ou outras bebidas com açúcares naturalmente presentes ou adicionados. De maneira a diminuir a presença de cáries, a par da limitação dos alimentos cariogénicos, também é adequado que as crianças sejam desencorajadas a dormir sem a chupeta e a terem uma boa higiene oral desde o primeiro dente. No caso particular do mel, este não deve ser oferecido antes do primeiro ano de vida devido à possibilidade de presença de esporos de *Clostridium botulinum*, um microrganismo patogénico associado ao **botulismo infantil**.

> Deve ser **desencorajada a oferta de alimentos como uma forma de recompensa/punição**, assim como a promoção da distração da criança com meios/materiais lúdicos durante a refeição (p. ex.: desenhos animados, jogos, fotografias, imagens). Pois, é fundamental que a criança esteja atenta ao momento da refeição, de modo a reconhecer os sinais de fome e saciedade.

> Seguidamente, expõem-se **algumas das características de dois métodos de diversificação alimentar: o método tradicional e o *baby-led weaning***. Em ambos, recomenda-se a correta e atenta verificação por parte dos pais/cuidadores no momento da refeição, para assegurar as condições de higiene e segurança, bem como o reconhecimento dos sinais de fome e saciedade da criança.

# Primeiro ano de vida

## > Diversificação alimentar

### Tradicional

- > Adaptação das texturas, ao longo do período da diversificação alimentar e até à total autonomia:
  - 1.º: Textura cremosa (puré);
  - 2.º: Textura pastosa,
  - 3.º: Pequenos pedaços de comida que a criança pode pegar e começar a treinar a mastigação, sendo alimentos designados por: *finger foods*.
- > Ainda que a criança possa exercer pressão para não comer, a quantidade ingerida é, de certa forma, mais controlada pelos cuidadores/pais. É importante que os pais/cuidadores analisem os sinais de saciedade e fome.
- > Habitualmente, as refeições oferecidas têm a presença de alimentos ricos em ferro (p. ex.: puré de vegetais e cereais com carne/peixe) e papas infantis fortificadas neste mineral.
- > A refeição é facultada com uma colher específica para a idade.
- > Acompanhamento e supervisão das refeições pelos pais/cuidadores.
- > Promoção das refeições em família.
- > Controlo dos pais/cuidadores do risco de engasgamento.

### Baby-led weaning

- > Os alimentos facultados são iguais aos alimentos da família. Estes alimentos são oferecidos em forma de “*finger foods*”, de modo a que a criança leve os alimentos à boca com as próprias mãos.
- > São disponibilizados vários alimentos à criança e ela pega nos alimentos que prefere e come a quantidade que quiser. Desta forma, é importante que os pais/cuidadores analisem os sinais de saciedade e fome.
- > Não ocorre oferta de alimentos através de colher.
- > É importante a oferta de alimentos ricos em ferro na forma de “*finger foods*” devidamente cozinhados.
- > As crianças podem estar mais expostas a uma variedade de alimentos pouco saudáveis, procedentes das refeições familiares.
- > Acompanhamento e supervisão das refeições pelos pais/cuidadores.
- > Promoção das refeições em família.
- > Se a criança apresentar uma capacidade motora e/ou função oral mais tardias não é aconselhado atrasar a introdução de alimentos complementares.
- > É necessário maior controlo dos pais/cuidadores nas quantidades ingeridas e de risco de engasgamento. Também devem garantir a ausência de monotonia alimentar, caso a criança opte sempre pelos mesmos alimentos (risco de inadequação nutricional).

**NOTA:** Existem profissionais que defendem o *baby-led weaning* modificado, o qual conjuga o método tradicional com o *baby-led weaning*. Deste modo, há garantia do aporte nutricional mínimo através de alimentos fornecidos à colher e promove-se precocemente os alimentos dados à mão (p. ex.: hortícolas cozinhados como a couve-flor, o brócolo e a cenoura).

33

# > Alimentação passo a passo

Adaptação  
gradual

4 aos 6 meses

> **Entre os 4 e os 6 meses**, substituir **uma refeição à base de leite por outro alimento**. Geralmente, opta-se por introduzir entre o 5.º e o 6.º mês:

> **Caldo ou puré de três a quatro hortícolas, podendo incluir batata, sem adição de sal**. Adicionar a cada dose 5 mL de azeite em cru, ou seja, no final da cozedura.

> **Papa de cereais** sem açúcar ou sal, preparada com o leite materno/fórmula infantil (papas não lácteas) ou com água (papas lácteas). Podem ser utilizadas papas com mistura de cereais com glúten, mas nas primeiras vezes é importante que sejam utilizadas pequenas quantidades.

**NOTA:** é importante estimular o paladar de alimentos que não sejam doces, sendo o caldo ou o puré de hortícolas com tubérculos frequentemente escolhido para iniciar a diversificação alimentar.

> **2 a 3 dias** após a inclusão da papa de cereais e da sopa: introduzir a **fruta**.

> As primeiras frutas são, culturalmente, a **maçã**, a **pera** e a **banana**, as quais são reduzidas a puré. Até ao 6.º mês, a maçã e a pera podem ser cozidas com casca e caroço e, preferencialmente, ao vapor. Após cozedura, retirar a casca antes de reduzir a puré.

> As frutas devem ser **oferecidas individualmente**, e não em purés com diferentes frutas, para familiarizar o lactente com os vários sabores. Devem constituir uma sobremesa e não uma refeição pelo elevado conteúdo de fibra e açúcares simples.

Com  
tranquilidade

7 meses

> Aos **6 meses**: incluir a **carne** ou o **peixe triturados** numa quantidade de cerca de 30 g/dia no final da cozedura da sopa. Iniciar com as carnes magras (p. ex.: frango, coelho) e, mais próximo dos 12 meses incluir outras variedades (p. ex.: vaca, borrego). Também pode ser oferecido **peixe magro** (p. ex.: pescada, linguado). Os lactentes vegetarianos podem incluir tofu fresco e ao natural (30 g/dia).

**NOTA:** Se o lactente consumir fórmula infantil, esta deve ser enriquecida em ferro, tal como as papas lácteas ou não lácteas. Oferecer 4 vezes por semana carne e 3 vezes peixe, atendendo aos requisitos nutricionais inerentes a esta etapa.

> No **7.º mês**, os elementos proteicos (carne, peixe e tofu) podem ser oferecidos sob a forma de **farinha de pau** ou **açorda** (pão sem sal) com hortícolas para se iniciar o treino de texturas.

> As **leguminosas** podem ser introduzidas entre os **7 e os 8 meses**, em pequenas quantidades, bem demolhadas ou na forma germinada e sem casca. Iniciar com lentilhas, feijão *azuki*, feijão frade, branco ou preto. Progressivamente, podem ser incluídas as restantes.

Respeito pelo ritmo  
do bebé

## > Alimentação passo a passo

### 8 meses

> Alterar, aos poucos, a **textura** da sopa, tornando-a **mais granulosa** para facilitar a inclusão de alimentos mais sólidos. Oferecer arroz e massa bem cozidos (com hortícolas).

> **Facultar água durante e entre as refeições.**

> A **proteína de cânhamo** pode ser introduzida, a partir do 8.º mês (máx.: 1 colher de café por refeição e 1 colher de sobremesa aos **9 meses**).

### 9 meses

> **Entre os 8 e os 9 meses:** oferecer o **iogurte**, o qual deve ser **natural, sem aroma e sem natas** (cremoso), em substituição de uma refeição de leite ou papa. Pode ser introduzido o preparado fermentado de soja, nos lactentes vegetarianos.\*

> **Aos 9 meses:** inserir a **gema de ovo uma vez por semana**, em substituição da carne ou do peixe numa refeição. Nos lactentes ovovegetarianos, pode ser incluída aos 8 meses e a clara de ovo aos 9 meses. Esquema de introdução da gema: primeira vez: 1/2 gema → segunda vez: 1 gema → terceira vez: 1 ovo inteiro. Não devem ser excedidos 3 ovos/semana.

\*O iogurte e o preparado fermentado de soja nutricionalmente não são equivalentes, sendo que os preparados exigem uma leitura atenta e criteriosa da lista de ingredientes.

### 10 meses

> **Aos 9 meses:** incluir os frutos oleaginosos (p. ex.: noz, amêndoa), o amendoim, o coco e as sementes oleaginosas (p. ex.: abóbora, girassol) ao natural, sem sal e/ou açúcar, triturados.

> **A partir do 9.º mês**, na alimentação do lactente vegetariano, podem ser incluídas as **algas** em doses pequenas como complemento da sopa e no max. 3 a 4 vezes por semana. Privilegiar a *nori*, a *wakame* e a arame pelo menor teor de iodo e sódio.

### 11 meses

> **Aos 10 meses:** introduzir o **peixe gordo** (p. ex.: sardinha, cavala), em pequenas quantidades até 30 g.

> **A partir dos 10 meses** pode ser oferecido ao almoço e ao jantar o 1.º e o 2.º prato, sendo recomendado retirar a carne/peixe/ovo da sopa, se o prato incluir estes elementos proteicos. Não exceder as 30 g/dia de proteína animal.

> **Entre os 11 e os 12 meses:** *tempeh* e *seitan* podem ser incluídos na alimentação do lactente vegetariano.

## Primeiro ano de vida

### > Alimentação passo a passo

# 1 ano

A partir do 1.º ano de vida

- > **O leite de vaca nunca deve ser introduzido no 1.º ano de vida. Após os 12 meses**, muito embora haja vantagens em manter o leite materno ou uma fórmula infantil, **poderá** ser oferecido **leite de vaca gordo/meio-gordo**. No entanto, atendendo que o leite de vaca é uma fonte pobre de ferro e oferece uma quantidade excessiva de proteína, gordura e energia se dado em doses elevadas, é aconselhado o uso de fórmulas infantis até aos 24 a 36 meses de vida. O volume diário de lácteos (leite, iogurte e queijo) não deve ultrapassar os 500 mL.
- > Iniciar a **alimentação familiar**. É indicado que esta seja uma alimentação saudável, equilibrada e variada e que prima pelo uso de alimentos frescos, locais e sazonais. O recurso ao sal deve ser minimizado e o açúcar evitado até aos 2 anos de vida, sendo o seu consumo reservado para momentos de festa após essa idade.
- > As refeições devem ser realizadas em **ambiente calmo**, de **partilha de cultura e valores** associados ao momento da refeição.
- > É fundamental que, desde cedo, se inculquem conceitos relacionados com a culinária regional, confeccionada de forma saudável, para se **compartilharem tradições gastronómicas familiares e locais** à criança.

# Recomendações energéticas e nutricionais

	0 - 6 meses		7 - 11 meses		1 ano		2 anos	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Energia (kcal/d)					788,14 (AR)	716,49 (AR)	1026,97 (AR)	955,32 (AR)
Proteína (g/kg/d)			1,31 (PRIs)			1,14 (dos 12 aos 17 meses) 1,03 (dos 18 aos 23 meses) 0,97 (dos 24 aos 36 meses) (PRIs)		
Gordura (E%)			40 (AI)		35-40 (RI)		35-40 (RI)	
Hidratos de carbono (E%)			n.d.		45-60 (RI)		45-60 (RI)	
Fibra (g/d)			n.d.		10 (AI)		10 (AI)	
Água (L/d)			0,8-1,0 (AI)		1,1-1,2 (AI)		1,3 (AI)	
Cálcio (mg/d)		LM	280 (AI)		450 (PRIs)		450 (PRIs)	
Fósforo (mg/d)			160 (AI)		250 (AI)		250 (AI)	
Magnésio (mg/d)			80 (AI)		170 (AI)		170 (AI)	
Potássio (mg/d)			750 (AI)		800 (AI)		800 (AI)	
Ferro (mg/d)			11 (PRIs)		7 (PRIs)		7 (PRIs)	
Zinco (mg/d)			2,9 (PRIs)		4,3 (PRIs)		4,3 (PRIs)	
Cobre (mg/d)			0,4 (AI)		0,7 (AI)		0,7 (AI)	
Selénio (µg/d)			15 (AI)		15 (AI)		15 (AI)	
Iodo (µg/d)			70 (AI)		90 (AI)		90 (AI)	

AI: Adequate Intake  
AR: Average requirement  
d: Dia  
20, 21

E%: Percentagem de energia ingerida  
F: Feminino  
LM: Leite materno

M: Masculino  
PRI: Population Reference Intake  
RI: Reference intake range

NOTA: Os lactentés até aos 6 meses de idade têm as suas necessidades energéticas e nutricionais asseguradas pela ingestão do leite materno, exceto para a vitamina D e vitamina K (esta apenas nas primeiras semanas de vida).

# Recomendações energéticas e nutricionais

	0 - 6 meses		7 - 11 meses		1 ano		2 anos	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Vitamina A (µg RE/d)			250 (PRIs)		250 (PRIs)		250 (PRIs)	
Vitamina D (µg/d)			10 (AI)		15 (AI)		15 (AI)	
Vitamina E (mg TE/d)			5 (AI)		6 (AI)		6 (AI)	
Vitamina K (µg/d)			10 (AI)		12 (AI)		12 (AI)	
Vitamina B1 (mg/MJ)			0,1 (AI)		0,1 (PRIs)		0,1 (PRIs)	
Vitamina B2 (mg/d)			0,4 (AI)		0,6 (PRIs)		0,6 (PRIs)	
Vitamina B3 (mg NE/d)		LM	1,6 (PRIs)		1,6 (PRIs)		1,6 (PRIs)	
Vitamina B5 (mg/d)			3 (AI)		4 (AI)		4 (AI)	
Vitamina B6 (mg/d)			0,3 (AI)		0,6 (PRIs)		0,6 (PRIs)	
Biotina (µg/d)			6 (AI)		20 (AI)		20 (AI)	
Folato (µg DFE/d)			80 (AI)		120 (PRIs)		120 (PRIs)	
Vitamina B12 (µg/d)			1,5 (AI)		1,5 (AI)		1,5 (AI)	
Vitamina C (mg/d)			20 (PRIs)		20 (PRIs)		20 (PRIs)	

AI: Adequate Intake  
d: Dia  
DFE: Dietary folate equivalent

E%: Percentagem de energia ingerida  
F: Feminino  
LM: Leite Materno

M: Masculino  
NE: Niacin equivalent  
PRI: Population Reference Intake

RE: Retinol equivalent  
TE: Tocopherol equivalent

## Suplementação

- > O primeiro **primeiro ano de vida corresponde a uma fase de rápido crescimento e desenvolvimento**, pelo que os lactentes podem ser mais suscetíveis a desequilíbrios nutricionais. De entre os vários nutrientes, a suplementação universal em **vitamina D** é recomendada e a suplementação em **ferro** como medida preventiva de anemia, em casos particulares.
- > A suplementação em **vitamina D** indicada é de **400 UI por dia** e desempenha um importante papel na saúde óssea e metabólica. **Após os 12 meses**, deverá ser garantido um aporte de **600 UI por dia**, particularmente nos meses com menor exposição à luz solar.
- > Os lactentes pré-termo e com **baixo peso ao nascimento** (<2500 g) podem ter a necessidade de realizar a suplementação em **ferro** até **1-2 a 3 mg/Kg/dia**. Após os **6 meses**, todos os lactentes deverão receber alimentos ricos em ferro, incluindo carne e alimentos fortificados em ferro, como medida preventiva de ferropénia (com ou sem anemia) e em casos selecionados poderá ser necessária suplementação oral.
- > Os lactentes que praticam **dietas vegetarianas** e os lactentes amamentados ao seio materno de mães vegetarianas apresentam mais riscos de défice em nutrientes como a **proteína**, os **ácidos gordos polinsaturados ómega-3**, a **vitamina A**, a **vitamina B2**, a **vitamina B12** e a **vitamina D**. Relativamente aos minerais, o **ferro**, o **zinco**, o **cálcio** e o **iodo** são os que representam maior risco de deficiência nestes lactentes.

29, 34, 36

# Suplementação

> No caso dos **lactentes vegetarianos** é, recomendado o seguinte esquema de suplementação, quando avaliados e identificados desequilíbrios nutricionais que não podem ser corrigidos por via alimentar:

## Vitamina B12

- > Lactente em aleitamento materno exclusivo: 0,4 µg por dia (desde o nascimento e até ao início da diversificação alimentar)
- > Início da diversificação alimentar: 0,5 µg por dia (até aos 12 meses)
- > Crianças veganas: 0,9 µg por dia (entre os 12 e os 36 meses)

## Vitamina D

- > 1.º ano de vida: 400 UI por dia (transversal a todos os lactentes)
- > 12 meses até ao final da adolescência: 600 UI por dia, principalmente nos meses de menor incidência solar

## Ferro

- > Lactentes pré-termo e com baixo peso ao nascimento: 2 a 3 mg/Kg/dia
- > Lactentes de termo: 1 a 2 mg/Kg/dia (a partir da 2.ª a 6.ª semana de vida)
- > Entre os 6 e os 12 meses: 0,9 a 1,3 mg/Kg/dia (especial cuidado nos lactentes veganos)

## Zinco

- > Até aos 6 meses: 4 mg por dia (lactentes com alimentação pobre neste mineral)
- > Após os 7 meses e até aos 3 anos: 5 mg por dia (lactentes com alimentação pobre neste mineral)

## Cálcio

- > Após a diversificação alimentar: aporte regular de leite, fórmula infantil ou alimentos de origem vegetal como, por exemplo, o tofu, as leguminosas, as sementes oleaginosas e os frutos oleaginosos.

## Iodo

- > Aporte por via do aleitamento materno ou artificial, o qual deve ser mantido até aos 12 meses. Pode ser considerado o aporte deste mineral por via da ingestão de algas.

## Metais pesados e os 1000 dias

> Os **metais pesados** são metais que apresentam altas densidades, pesos atômicos ou números atômicos. Há metais pesados que têm um papel importante para a saúde do organismo, tais como o ferro, o cobalto e o zinco. Contudo, podem ser **tóxicos** em **altas quantidades** ou se apresentarem **diferentes formas químicas**. Outros exemplos de metais pesados e que apresentam um **papel muito tóxico** são: o **cádmio**, o **chumbo**, o **mercúrio** e o **arsénio**.

> Os metais pesados são **encontrados sob diversas formas** (p. ex.: ar, água, solo). Deste modo, a exposição dos alimentos aos metais pesados é uma possibilidade, levando a que estes tenham **pequenas quantidades** destes contaminantes. Por vezes, a combinação de vários alimentos ingeridos com níveis baixos de metais pesados podem aumentar o nível de preocupação relativamente a estes contaminantes. Contudo, é sempre necessário ter em linha de conta fatores como: a **quantidade** a que se está exposto, o **modo de exposição**, a **forma química do metal**, a **idade** do indivíduo e o **estado nutricional** e de **saúde**.

> Na **União Europeia** encontra-se legislado que os operadores devem garantir a segurança alimentar e o cumprimento da legislação vigente relativamente ao assunto e, por isso, é **proibida a comercialização de alimentos com quantidades toxicologicamente inaceitáveis para a saúde**, sendo o pretendido a manutenção de níveis baixos destes contaminantes em todas as fases de produção do género alimentício.

# Metais pesados e os 1000 dias

> ○ **Regulamento (CE) n.º 1881/2006 de 19 de dezembro e o Regulamento (EU) 2015/1006 da Comissão de 25 de junho** fixam os **teores máximos** de certos contaminantes permitidos nos géneros alimentícios, nomeadamente de **metais pesados** (chumbo, cádmio, mercúrio, estanho na forma inorgânica e arsénio na forma inorgânica). Alguns exemplos de alimentos monitorizados quanto aos teores destes metais pesados são:

## Chumbo

- > Leite cru, leite tratado termicamente e leite para o fabrico de produtos lácteos;
- > Fórmulas para lactentes e fórmulas de transição;
- > Carne (com exceção de miudezas) de bovino, ovino, suíno e aves de capoeira;
- > Parte comestível de peixe;
- > Sumos de frutos, sumos de frutos concentrados reconstituídos e néctares de frutos.

## Cádmio

- > Carne (com exceção de miudezas) de bovino, ovino, suíno e aves de capoeira;
- > Parte comestível de peixe (p. ex.: atum, biqueirão, sargo-safia);
- > Rim de bovinos, ovinos, suínos, aves de capoeira e equídeos;
- > Parte comestível de espadarte;
- > Grãos de soja;
- > Produtos hortícolas e frutos, com exceção de produtos hortícolas de folha, plantas aromáticas frescas, cogumelos, produtos hortícolas de caule, pinhões, raízes e batatas.

## Mercúrio

- > Produtos de pesca e parte comestível do peixe;
- > Parte comestível de peixes (p. ex.: espadarte, peixe-espada, atum, raia).

## Estanho, na forma inorgânica

- > Géneros alimentícios enlatados;
- > Bebidas em lata, incluindo sumos de frutos e de produtos hortícolas;
- > Alimentos para bebés e alimentos à base de cereais transformados em lata destinados a lactentes e crianças jovens, com exceção de produtos desidratados e em pó;
- > Fórmulas para lactentes em lata e fórmulas de transição em lata (incluindo leite para bebés e leite de transição), com exceção de produtos desidratados e em pó;
- > Alimentos dietéticos em lata destinados a fins medicinais específicos e especificamente destinados a lactentes, com exceção de produtos desidratados e em pó.

## Arsénio, na forma inorgânica

- > Arroz branqueado não estufado (arroz polido ou branco);
- > Arroz estufado e arroz descascado;
- > Waffles de arroz, wafers de arroz, biscoitos de arroz e bolos de arroz;
- > Arroz para a produção de alimentos destinados a lactentes e crianças jovens.

**NOTAS:** É importante que também seja monitorizada a presença de arsénio nas algas. Consulte os Regulamentos para a análise integral dos alimentos monitorizados.  
41, 42

## Metais pesados e os 1000 dias

> Atendendo que o pescado é uma fonte alimentar que pode ser veículo de metais pesados, principalmente mercúrio (maioritariamente na forma de metilmercúrio), é importante conhecer o que a evidência científica mostra relativamente à segurança do seu consumo. Segundo a EFSA (2004), a **exposição ao metilmercúrio varia de país para país** e as **estimativas de consumo na Europa estão de acordo com os limites de ingestão segura estabelecidos internacionalmente**. Mas, são ainda necessários mais estudos relativos ao consumo alimentar nos grupos populacionais mais vulneráveis, tais como as mulheres em idade fértil que pretendem engravidar, as grávidas, as lactantes, os lactentes e as crianças.

> O pescado é um **excelente alimento**, do ponto de vista **nutricional**, devido a aspetos, como, por exemplo, a baixa quantidade de gordura, nomeadamente saturada, a riqueza de ácidos gordos polinsaturados nos peixes gordos e a presença de minerais como o zinco e o ferro. Deste modo, **não deve ser desencorajado o consumo de pescado junto dos grupos populacionais mais vulneráveis**. Sendo aconselhado para a grávida o **consumo de pescado de, pelo menos, duas a três vezes por semana**.

> Recomenda-se que sejam realizadas **escolhas mais conscientes quanto ao tipo de pescado consumido**, privilegiando peixes não predadores, ou seja, com potenciais teores de mercúrio mais baixos. Assim, é fundamental que sejam observados **aspetos** como: **local da captura, tamanho da espécie, tamanho da porção consumida e variedade de peixes consumidos**.



04  
FAQS

## FAQS

### > Gravidez e aleitamento materno

#### **Posso beber café durante a gravidez e a amamentação?**

> A cafeína é a substância presente no café que permite conferir algumas das propriedades reconhecidas à toma de café, como por exemplo, diminuição da sensação de fadiga, aumento dos níveis de alerta e de atenção. O **teor de cafeína do café é dependente de um conjunto de fatores** (p. ex.: variabilidade da planta do café, método de preparação, quantidade de café utilizada na preparação, grau de torra e moagem). Em média, o **teor de cafeína de um café expresso, em Portugal, é de 74,5 mg por chávena de café expresso**. Sendo que, no café cheio (88 mg de cafeína, por chávena de café expresso) há maior teor de cafeína do que no café curto (62 mg de cafeína, por chávena de café expresso).

> As **mulheres** que **pretendem engravidar**, as **mulheres grávidas ou a amamentar** podem consumir um **teor total de cafeína máximo, por dia, de 200 mg**. Pois, a cafeína é uma substância que atravessa a barreira placentária e que, como tal, pode afetar o feto.

> Para além do café, há **outros alimentos**, como por exemplo, os chocolates e outros alimentos com cacau, os refrigerantes e os chás (à base de chá preto, chá branco, chá vermelho, chá verde e chá *oolong*), **que contêm cafeína**. Por isso, o seu **consumo** deve ser **controlado** e **moderado** para não se extrapolar a dose de consumo segura.



## É aconselhado ingerir bebidas alcoólicas, como o vinho, durante a gravidez?

- > **Não é recomendado** que as **mulheres que pretendem engravidar, grávidas e lactantes consumam qualquer género de bebida alcoólica**. O álcool deve ser completamente abolido porque se encontra associado à presença de anomalias no feto, nomeadamente a Síndrome Alcoólica Fetal. As crianças com esta Síndrome manifestam dificuldades no crescimento, anomalias faciais e problemas de aprendizagem e de comportamento.
- > É sabido que diferentes consumos se associam a diferentes respostas adversas. Contudo, **ainda não foi determinada uma dose segura**, pelo que a recomendação é que não sejam ingeridas bebidas alcoólicas. No caso da amamentação é referido que caso a lactante queira, por exemplo, ingerir um copo de vinho esse consumo deve acontecer no final de uma mamada, para que ocorra um intervalo mínimo de duas horas até à próxima mamada.



## Como posso contornar as náuseas durante a gravidez?

> As alterações hormonais que ocorrem durante o período de gravidez podem induzir nas mulheres sintomas como as náuseas, os vômitos e a azia, principalmente na fase inicial da gravidez devido ao relaxamento do esfíncter gastro-esofágico e à compressão do estômago pelo útero. Contudo, **estes sintomas podem ser contornados realizando pequenas adaptações durante as refeições**, tais como por exemplo:

- > Preferir locais ventilados para as refeições;
- > Realizar refeições de volumes mais pequenos e com maior frequência;
- > Evitar alimentos com odor e sabor mais intenso (p. ex.: queijos, pescado cru, marisco, vísceras, alimentos aquecidos);
- > Evitar alimentos/refeições ricas em gordura (p. ex.: manteiga, margarinas, confeções com natas, assados com gordura);
- > Evitar alimentos ácidos e irritantes para a mucosa gastrointestinal (p. ex.: tomate, pimento, café, chá, refeições muito condimentadas como o caril e o *chili*);
- > Optar por alimentos, como por exemplo, torradas secas (sem manteiga), pão simples (ou com um pouco de doce), carne magra, frutas cozinhadas (p. ex.: maçã assada sem açúcar, puré de pera cozida sem açúcar), batata cozida, batata-doce cozida e produtos hortícolas mais suaves (p. ex.: cenoura, abóbora, chuchu, curgete).



## Posso comer saladas e outros alimentos crus durante a gravidez?

- > A correta e adequada higienização dos alimentos é fundamental para se evitarem toxinfecções alimentares, muito particularmente pelos grupos de risco (grávidas, recém-nascidos, pessoas idosas e imunossuprimidos).
- > Entre as várias toxinfecções alimentares, destacam-se:
  - > **Listeriose** – provocada pela bactéria patogénica *Listeria monocytogenes*, a qual é transmitida por alimentos contaminados (principal origem), por contaminação do recém-nascido durante o parto e por infeção cruzada no hospital. Evitar alimentos como os laticínios não pasteurizados, enchidos, fumados (incluindo peixe fumado), carnes e peixes mal cozinhados, alimentos crus prontos a consumir armazenados há algum tempo, alimentos crus consumidos fora de casa e patés caseiros ou não enlatados;
  - > **Salmonelose** – causada pela *Salmonella* spp. Pode ser transmitida por alimentos como, por exemplo, carnes e ovos mal cozinhados, molhos, doces com recheio, manteiga de amendoim e água contaminada;
  - > **Campilobacteriose** – provocada pelo *Campylobacter*. Pode ser transmitida por carnes de aves mal cozinhadas, água contaminada e leite não pasteurizado;
  - > **Toxoplasmose** – ocasionada pelo parasita *Toxoplasma gondii*. A transmissão de toxoplasmose acontece quando há a ingestão de alimentos crus ou mal cozinhados que contenham a forma inativa deste parasita ou em contacto com terrenos ou outros materiais que contenham ovos do parasita nas fezes do gato. O parasita reproduz-se nas células que revestem o intestino dos gatos, estando os ovos presentes nas fezes destes animais.



Devem ser tomadas algumas medidas durante a preparação dos alimentos, de modo a prevenir a **toxoplasmose**, tais como:

- > Ingerir alimentos bem cozinhados, particularmente a carne;
- > Lavar os utensílios após as refeições;
- > Higienizar as mãos após a preparação de carne e pescado crus, assim como, antes das refeições;
- > Evitar levar as mãos aos olhos ou à cara, enquanto decorre a preparação da carne ou pescado crus;
- > Higienizar devidamente os alimentos crus, como é o caso dos hortofrutícolas;
- > Lavar devidamente as mãos, após o manuseamento de alimentos crus;
- > Evitar os laticínios não pasteurizados.

Paralelamente, é fundamental que se tenham certos cuidados no contacto com os animais e os solos, tais como, por exemplo: usar luvas; lavar as mãos devidamente após o contacto com o solo ou o local das fezes dos animais; limpar diariamente a zona de fezes dos gatos, com luvas e posterior higienização das mãos; desinfetar a zona das fezes dos gatos e não alimentar os gatos com carne crua.

**NOTA:** As grávidas realizam o diagnóstico de imunidade ao *Toxoplasma gondii*, através de exames serológicos específicos.

## FAQS

### > Primeiro ano de vida

**Durante o primeiro ano de vida, não podemos oferecer alimentos açucarados, como por exemplo, bolos, bolachas, iogurtes açucarados, chocolates e rebuçados. Contudo, como o mel é um açúcar natural posso dar ao meu bebé?**

> **Durante o primeiro ano de vida não devem ser oferecidos alimentos com açúcar adicionado**, assim como, após o primeiro ano de vida devem ser mantidos hábitos alimentares saudáveis, onde não é aconselhado o consumo de alimentos açucarados, ainda que sejam de origem natural como o mel. No caso específico do **mel**, este **não deve ser introduzido antes do primeiro ano de vida** porque há a possibilidade de presença de esporos de *Clostridium botulinum*, um microrganismo patogénico associado à presença de **botulismo infantil**. Recomenda-se ainda cuidado com a **contaminação por via cruzada**, devido ao contacto do manipulador ou dos utensílios com mel com o lactente ou os seus utensílios.



**Gostava de introduzir frutos oleaginosos e secos. Qual é o momento mais indicado para o fazer?**

> Os **frutos oleaginosos** e o **amendoim**, segundo as novas recomendações da *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition* (ESPGHAN) (2017), podem ser incluídos na alimentação dos lactentes durante o período de diversificação alimentar, o qual deve iniciar-se entre o 4.º e 6.º mês de vida. No entanto, os lactentes com risco elevado de atopia devem introduzir estes alimentos com supervisão médica, enquanto que os restantes lactentes podem introduzi-los em casa com a supervisão dos pais/cuidadores, adaptando a sua textura (p. ex.: reduzir a pó).

> Relativamente aos **frutos secos** (p. ex.: uva passa, figo, tâmara, alperce), estes alimentos são dispensáveis durante este período de vida porque apresentam açúcar a envolver o fruto para auxiliar na preservação do mesmo e têm um teor de fibra elevado (o que pode fragilizar o intestino da criança).



**Quando o lactente apresentar cólicas ou algum mal-estar digestivo, posso oferecer infusão de funcho?**

> A infusão à base de funcho pode, por vezes, auxiliar na diminuição da sensação de mal-estar digestivo. No entanto, segundo a Agência Europeia do Medicamento, **não é aconselhável introduzir a infusão de funcho em crianças menores de 4 anos de idade** devido à ausência de informação científica suficientemente adequada para garantir a segurança da ingestão do funcho, atendendo à presença de estragol, um componente natural da planta, que apresenta potencial carcinogénico e genotóxico.

### Posso oferecer bebidas de arroz ao meu bebê?

> O arroz é um dos alimentos com níveis superiores de arsénio inorgânico, o qual é considerado carcinogénico. De modo a reduzir a exposição infantil ao arsénio, a **ESPGHAN (2017) recomenda que não sejam oferecidas bebidas de arroz aos lactentes e crianças**. Relativamente ao consumo de alimentos infantis à base de arroz, a EFSA refere que o consumo de **três porções de alimentos infantis à base de arroz** (90 g/dia) podem ser uma fonte importante de arsénio inorgânico (a forma mais tóxica).



## Posso oferecer sumos de fruta naturais ao bebé?

> Os **sumos de fruta**, ainda que naturais, **devem ser excluídos da alimentação do lactente** porque apresentam elevada osmolaridade, elevada acidez, efeito laxante e cariogénico. São ainda uma forma de deseducação do paladar, incentivando o consumo de alimentos doces, mais propriamente bebidas, o que pode levar à rejeição da água.





**Somos pais vegetarianos e gostaríamos de introduzir a alimentação vegetariana ao nosso filho. Podemos dar-lhe uma dieta vegetariana, desde bebé? Ou há uma fase da vida mais indicada?**

> Uma **dieta vegetariana devidamente planeada e suplementada** pode suportar o crescimento e desenvolvimento adequado da criança. Contudo, é basilar a **consulta regular do pediatra e do nutricionista** para avaliarem os parâmetros de crescimento e o aporte nutricional, particularmente nos nutrientes críticos nesta dieta (p. ex.: ácidos gordos ómega-3, cálcio, ferro, zinco, vitamina B12, vitamina D). Uma inadequada oferta nutricional pode induzir consequências graves e, inclusivamente, morte.

## FAQS

### > Segundo ano de vida

#### **Quando é que posso oferecer água num copo?**

> A partir dos 12 meses, as crianças já podem ingerir água a partir de um copo, ao invés de uma garrafa adaptada. Inicialmente, podem ser utilizados copos de treino para adaptação a esta nova etapa. Deste modo, no segundo ano de vida a criança já deve ser suficientemente capaz de ingerir água pelo copo.

## Quando é que posso deixar o meu filho comer de forma autónoma?

> Os alimentos devem ter a **textura** e a **consistência adequada para cada fase do desenvolvimento da criança**. Deste modo, durante todo o processo de diversificação alimentar é fundamental que sejam adaptadas as texturas progressivamente, assim como o estímulo à autoalimentação. Assim, é importante que a partir dos 8 aos 10 meses (mais tardar) haja a transição de purés para alimentos grumosos e que, gradualmente e conforme a aceitação da criança, se transite para *finger foods* até a criança se sentir autónoma para se alimentar.



**Todos os dias, antes de deitar, ofereço leite ao meu filho porque se não beber leite não consegue dormir. Posso continuar a oferecer-lhe o copo de leite, ainda que seja consumido pouco tempo após o jantar?**

> É fundamental que os pais ofereçam os alimentos em conformidade com a fome da criança e o seu nível de saciedade, o qual difere de criança para criança. Contudo, oferecer **alimentos para que as crianças se sintam confortáveis ou como forma de recompensa é uma atitude que deve ser evitada**, principalmente pouco tempo após a ingestão do jantar. Também **não é aconselhado que se acorde a criança para a alimentar durante a noite, após o primeiro ano de vida**. Note-se que ingestas proteicas elevadas, geralmente motivadas pelo grande consumo de leite, nestas idades encontra-se associado à presença de excesso de peso e/ou obesidade. Refira-se ainda que ao oferecer leite antes de dormir pode aumentar o risco de desenvolvimento de cáries dentárias, caso a criança não lave seguidamente os dentes.

29, 30, 52



**Aos 36 meses, alimentos como os frutos silvestres, o kiwi, o maracujá e outras frutas alergénicas, bem como o amendoim, já podem ser oferecidos?**

> Segundo a ESPGHAN (2017), os **alimentos com potencial alergénico podem ser incluídos durante o período da alimentação complementar**, inclusivamente nas crianças com potencial risco elevado de doença alérgica. Neste último caso, recomenda-se que a introdução dos alimentos seja vigiada por profissionais de saúde como o pediatra e o nutricionista.

## Gostava de conhecer algumas sugestões de lanches para dar ao meu filho.

- > Podem ser incluídos dois lanches na alimentação da criança com dois anos de vida, entre as três refeições principais, sendo alguns exemplos de combinações:
  - > Um iogurte natural (sem açúcar) com uma peça de fruta da época;
  - > Meio pão de mistura simples com um copo de leite;
  - > Papa de aveia (sem açúcar) com uma peça de fruta da época;
  - > Meio pão de centeio com duas metades de noz e uma peça de fruta da época;
  - > Meio pão de trigo com duas unidades de tomate *cherry* e 1/4 de queijo fresco.

**NOTA:** É importante ajustar as quantidades, em função das necessidades (energéticas e nutricionais) e especificidades de cada criança. Também se aconselha a variar a fruta oferecida e o tipo de pão (p. ex.: pão de mistura, pão de centeio), preferencialmente sem sal.



05

Glossário



> **Aleitamento materno exclusivo:** o bebé é alimentado exclusivamente por leite materno.

> **Aleitamento misto:** o bebé é alimentado com leite materno e fórmula infantil.

> **Aleitamento parcial:** introdução na alimentação do bebé qualquer alimento sólido ou líquido diferente do leite materno, inclusivamente a fórmula infantil.

> **Lactente:** *criança com idade inferior a 12 meses.*

> **Fórmulas para lactentes:** *alimentos destinados a lactentes durante os primeiros meses de vida e que satisfazem os requisitos nutricionais desses lactentes até à introdução de alimentação complementar adequada.*

> **Fórmulas de transição:** *alimentos destinados a lactentes quando é introduzida uma alimentação complementar adequada, que constituem o componente líquido principal de um regime alimentar progressivamente diversificado desses lactentes.*



> **Alimentos transformados à base de cereais**

**Alimentos:**

*i) destinados a satisfazer as necessidades particulares de lactentes saudáveis aquando do seu desmame e de crianças pequenas saudáveis como suplemento do seu regime alimentar e/ou para a sua adaptação progressiva a alimentos correntes;*

*ii) que pertençam a uma das quatro categorias seguintes: — cereais simples que são ou devem ser reconstituídos com leite ou outros líquidos nutritivos adequados; — cereais a que se adicionam alimentos com elevado teor de proteínas, a reconstituir com água ou outros líquidos desprovidos de proteínas; — massas, a utilizar após cozedura em água ou noutros líquidos apropriados; — tostas e biscoitos, a utilizar diretamente, ou, após trituração, com água, leite ou outros líquidos adequados.*

> **Alimentos para bebés:** alimentos destinados a satisfazer as necessidades particulares de lactentes saudáveis aquando do seu desmame e de crianças pequenas saudáveis como suplemento do seu regime alimentar e/ou para a sua adaptação progressiva a alimentos correntes, excluindo:

*i) alimentos transformados à base de cereais;*

*ii) bebidas lácteas e produtos semelhantes destinados a crianças pequenas.*



**> Alimentos para fins medicinais específicos:** alimentos especialmente transformados ou compostos e destinados a satisfazer os requisitos nutricionais de pacientes, incluindo lactentes, e para consumo sob supervisão médica. Destinam-se à alimentação exclusiva ou parcial de pacientes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar alimentos correntes ou alguns dos nutrientes neles contidos ou metabolitos, ou cujo estado de saúde determine requisitos nutricionais particulares que não possam ser satisfeitas por uma modificação do regime alimentar normal.

**Contaminante:** qualquer substância que não seja intencionalmente adicionada a um género alimentício mas nele esteja presente como resíduo da produção (incluindo os tratamentos aplicados às culturas e ao gado e na prática da medicina veterinária), fabrico, processamento, preparação, tratamento, acondicionamento, embalagem, transporte ou armazenagem do referido alimento ou em resultado de contaminação ambiental. As matérias estranhas tais como, por exemplo, fragmentos de insetos, pelos de animais e outras matérias não estão abrangidas por esta definição.

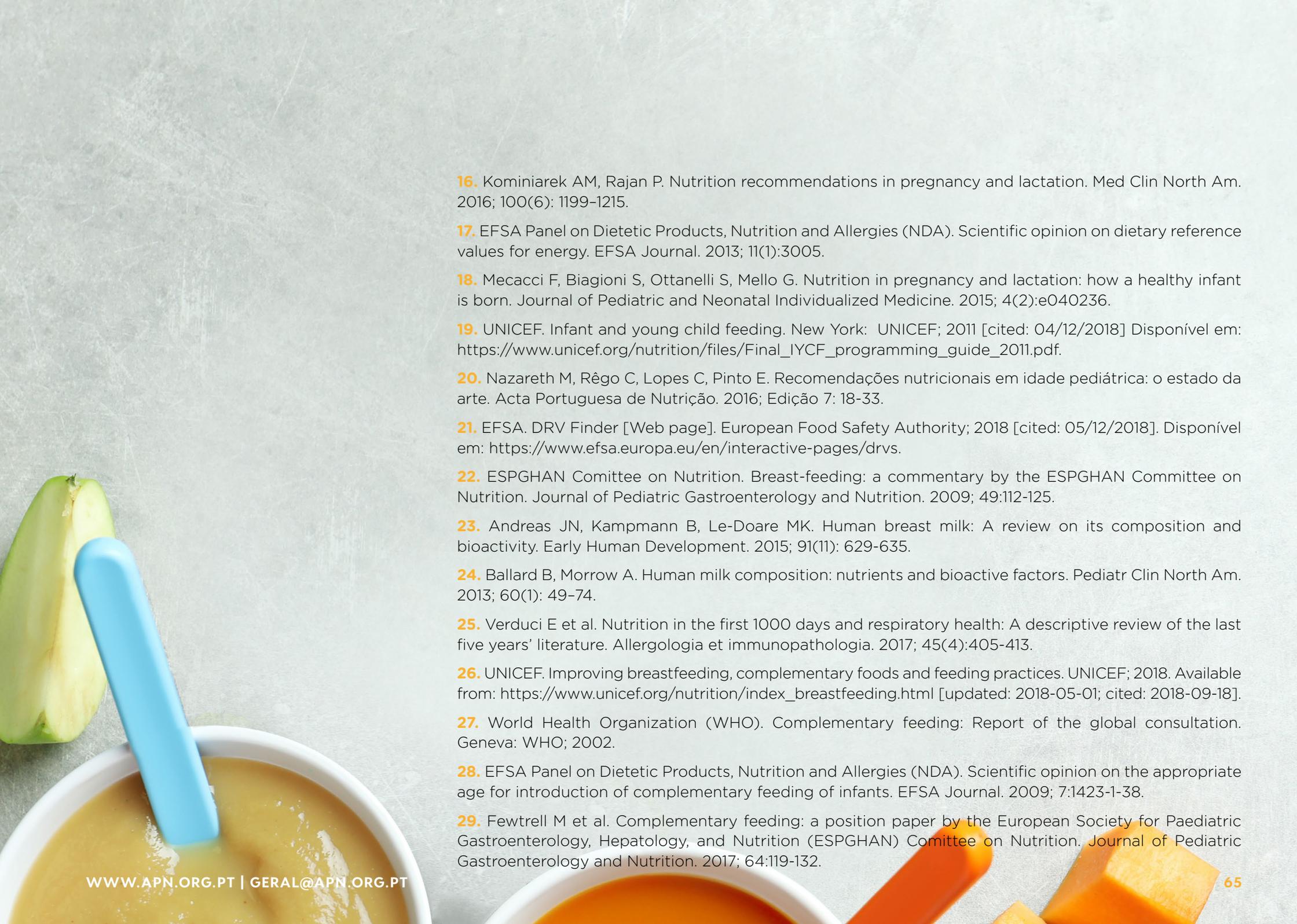


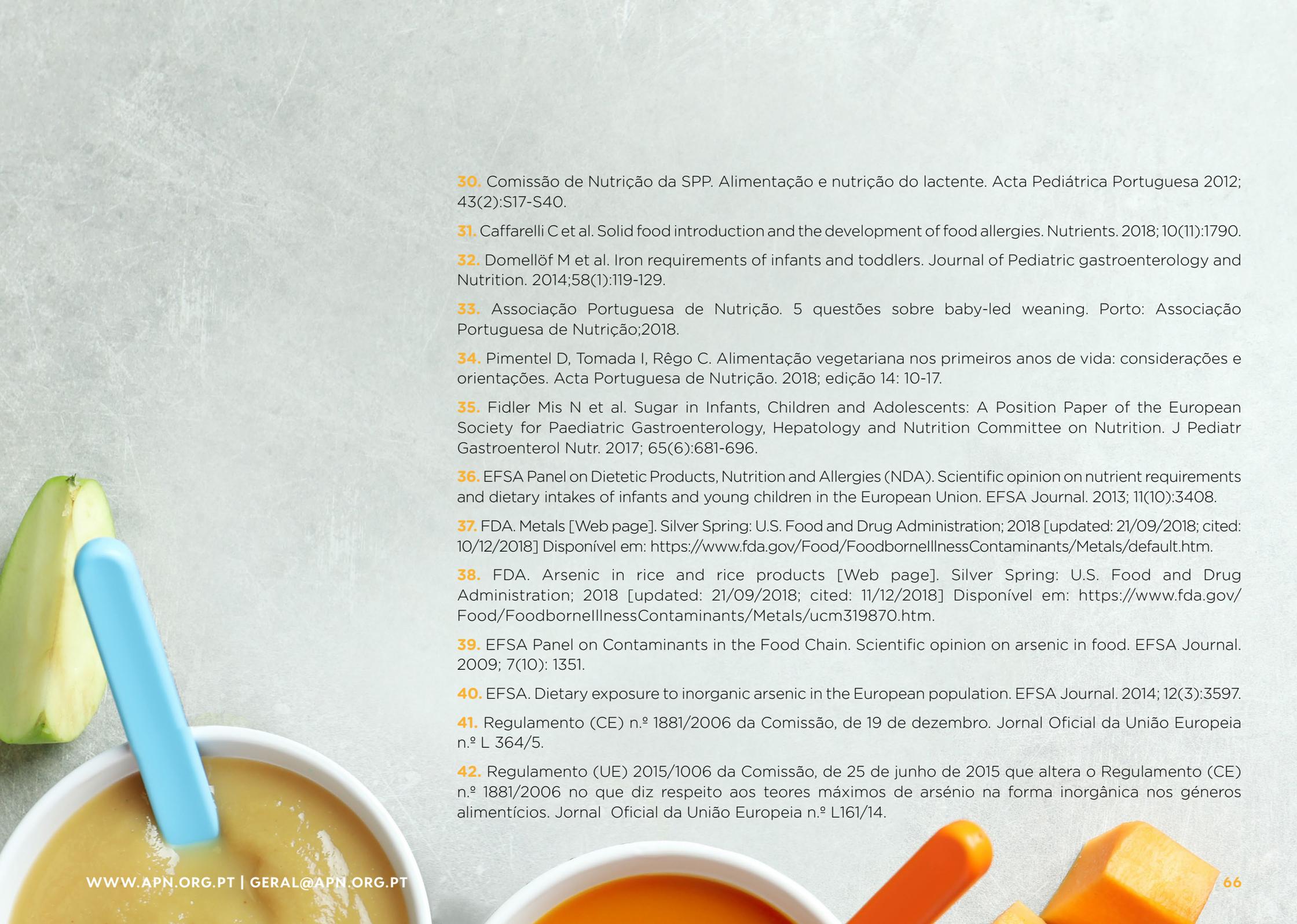
# 06

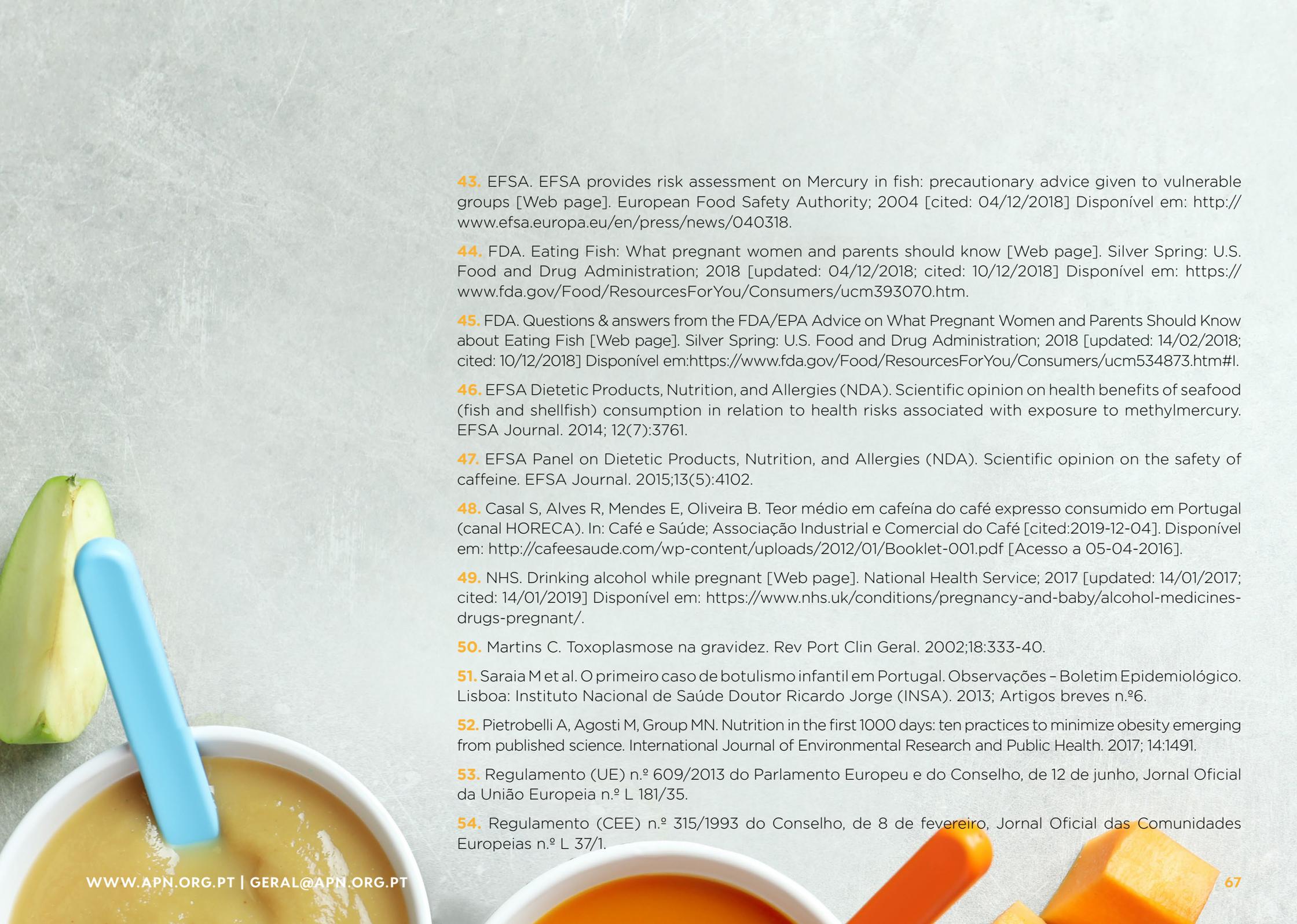
## Referências bibliográficas

## Referências bibliográficas

1. Thousand days. Why 1000 days. Washington, DC: Thousand days; 2018. Disponível em: <https://thousanddays.org/> [acesso a 2018-09-12].
2. Karakochuk DC, Whitfield CK, Green JT, Kraemer K. The biology of the first 1000 days. Boca Raton: CRC Press; 2018.
3. Hanley B et al. Metabolic imprinting, programming and epigenetics – a review of present priorities and future opportunities. *British Journal of Nutrition*. 2010;104(S1):S1-S25.
4. Kwon EJ, Kim YJ. What is fetal programming?: a lifetime health is under the control of in utero health. *Obstetrics & Gynecology Science*. 2017;60(6):506-519.
5. Wu G et al. Maternal nutrition and fetal development. *The Journal of Nutrition*. 2004; 134(9):2169-72.
6. Barker DJ. In utero programming of chronic disease. *Clinical Sci (London)*. 1998; 95:115-28.
7. Barker DJ. Fetal origins of coronary heart disease. *British Medical Journal*. 1995;311(6998):171-174.
8. Barker DJ. The origins of the developmental origins theory. *J Intern Med* 2007;261(5):412-417.
9. World Health Organization. Programming of chronic disease by impaired fetal nutrition: evidence and implications for policy and intervention strategies / prepared by Hélène Delisle. Geneva: World Health Organization; 2001.
10. Grieger AJ, Clifton LV. A review of the impact of dietary intakes in human pregnancy on infant birthweight. *Nutrients*. 2015, 7: 153-178.
11. Mousa A, Nagash A, Lim S. Macronutrient and Micronutrient Intake during Pregnancy: An Overview of Recent Evidence. *Nutrients*. 2019; 11(2): 443.
12. Valvada T, Gaffey MF, Bhutta ZA. Promoting Early Child Development With Interventions in Health and Nutrition: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2017; 140(2): e20164308.
13. Teixeira D et al. Alimentação e nutrição na gravidez. [Web page] Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da Direção-Geral da Saúde; 2015 [acesso a 2018-09-12].
14. WHO. Pregnancy. [Web page] World Health Organization; 2018. Available from: <http://www.who.int/topics/pregnancy/en/> [acesso a 2018-09-18].
15. Picciano FM. Pregnancy and lactation: physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements. *The Journal of Nutrition*. 2003; 133(6):1997S-2002S.

- 
16. Kominiarek AM, Rajan P. Nutrition recommendations in pregnancy and lactation. *Med Clin North Am.* 2016; 100(6): 1199-1215.
17. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific opinion on dietary reference values for energy. *EFSA Journal.* 2013; 11(1):3005.
18. Mecacci F, Biagioni S, Ottanelli S, Mello G. Nutrition in pregnancy and lactation: how a healthy infant is born. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine.* 2015; 4(2):e040236.
19. UNICEF. Infant and young child feeding. New York: UNICEF; 2011 [cited: 04/12/2018] Disponível em: [https://www.unicef.org/nutrition/files/Final\\_IYCF\\_programming\\_guide\\_2011.pdf](https://www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf).
20. Nazareth M, Rêgo C, Lopes C, Pinto E. Recomendações nutricionais em idade pediátrica: o estado da arte. *Acta Portuguesa de Nutrição.* 2016; Edição 7: 18-33.
21. EFSA. DRV Finder [Web page]. European Food Safety Authority; 2018 [cited: 05/12/2018]. Disponível em: <https://www.efsa.europa.eu/en/interactive-pages/drvs>.
22. ESPGHAN Committee on Nutrition. Breast-feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2009; 49:112-125.
23. Andreas JN, Kampmann B, Le-Doare MK. Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early Human Development.* 2015; 91(11): 629-635.
24. Ballard B, Morrow A. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatr Clin North Am.* 2013; 60(1): 49-74.
25. Verduci E et al. Nutrition in the first 1000 days and respiratory health: A descriptive review of the last five years' literature. *Allergologia et immunopathologia.* 2017; 45(4):405-413.
26. UNICEF. Improving breastfeeding, complementary foods and feeding practices. UNICEF; 2018. Available from: [https://www.unicef.org/nutrition/index\\_breastfeeding.html](https://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html) [updated: 2018-05-01; cited: 2018-09-18].
27. World Health Organization (WHO). Complementary feeding: Report of the global consultation. Geneva: WHO; 2002.
28. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. *EFSA Journal.* 2009; 7:1423-1-38.
29. Fewtrell M et al. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2017; 64:119-132.

- 
- 30.** Comissão de Nutrição da SPP. Alimentação e nutrição do lactente. Acta Pediátrica Portuguesa 2012; 43(2):S17-S40.
- 31.** Caffarelli C et al. Solid food introduction and the development of food allergies. Nutrients. 2018; 10(11):1790.
- 32.** Domellöf M et al. Iron requirements of infants and toddlers. Journal of Pediatric gastroenterology and Nutrition. 2014;58(1):119-129.
- 33.** Associação Portuguesa de Nutrição. 5 questões sobre baby-led weaning. Porto: Associação Portuguesa de Nutrição;2018.
- 34.** Pimentel D, Tomada I, Rêgo C. Alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações. Acta Portuguesa de Nutrição. 2018; edição 14: 10-17.
- 35.** Fidler Mis N et al. Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017; 65(6):681-696.
- 36.** EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific opinion on nutrient requirements and dietary intakes of infants and young children in the European Union. EFSA Journal. 2013; 11(10):3408.
- 37.** FDA. Metals [Web page]. Silver Spring: U.S. Food and Drug Administration; 2018 [updated: 21/09/2018; cited: 10/12/2018] Disponível em: <https://www.fda.gov/Food/FoodbornellnessContaminants/Metals/default.htm>.
- 38.** FDA. Arsenic in rice and rice products [Web page]. Silver Spring: U.S. Food and Drug Administration; 2018 [updated: 21/09/2018; cited: 11/12/2018] Disponível em: <https://www.fda.gov/Food/FoodbornellnessContaminants/Metals/ucm319870.htm>.
- 39.** EFSA Panel on Contaminants in the Food Chain. Scientific opinion on arsenic in food. EFSA Journal. 2009; 7(10): 1351.
- 40.** EFSA. Dietary exposure to inorganic arsenic in the European population. EFSA Journal. 2014; 12(3):3597.
- 41.** Regulamento (CE) n.º 1881/2006 da Comissão, de 19 de dezembro. Jornal Oficial da União Europeia n.º L 364/5.
- 42.** Regulamento (UE) 2015/1006 da Comissão, de 25 de junho de 2015 que altera o Regulamento (CE) n.º 1881/2006 no que diz respeito aos teores máximos de arsénio na forma inorgânica nos géneros alimentícios. Jornal Oficial da União Europeia n.º L161/14.

- 
- 43.** EFSA. EFSA provides risk assessment on Mercury in fish: precautionary advice given to vulnerable groups [Web page]. European Food Safety Authority; 2004 [cited: 04/12/2018] Disponível em: <http://www.efsa.europa.eu/en/press/news/040318>.
- 44.** FDA. Eating Fish: What pregnant women and parents should know [Web page]. Silver Spring: U.S. Food and Drug Administration; 2018 [updated: 04/12/2018; cited: 10/12/2018] Disponível em: <https://www.fda.gov/Food/ResourcesForYou/Consumers/ucm393070.htm>.
- 45.** FDA. Questions & answers from the FDA/EPA Advice on What Pregnant Women and Parents Should Know about Eating Fish [Web page]. Silver Spring: U.S. Food and Drug Administration; 2018 [updated: 14/02/2018; cited: 10/12/2018] Disponível em: <https://www.fda.gov/Food/ResourcesForYou/Consumers/ucm534873.htm#l>.
- 46.** EFSA Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA). Scientific opinion on health benefits of seafood (fish and shellfish) consumption in relation to health risks associated with exposure to methylmercury. EFSA Journal. 2014; 12(7):3761.
- 47.** EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA). Scientific opinion on the safety of caffeine. EFSA Journal. 2015;13(5):4102.
- 48.** Casal S, Alves R, Mendes E, Oliveira B. Teor médio em cafeína do café expresso consumido em Portugal (canal HORECA). In: Café e Saúde; Associação Industrial e Comercial do Café [cited:2019-12-04]. Disponível em: <http://cafeesaude.com/wp-content/uploads/2012/01/Booklet-001.pdf> [Acesso a 05-04-2016].
- 49.** NHS. Drinking alcohol while pregnant [Web page]. National Health Service; 2017 [updated: 14/01/2017; cited: 14/01/2019] Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/alcohol-medicines-drugs-pregnant/>.
- 50.** Martins C. Toxoplasmose na gravidez. Rev Port Clin Geral. 2002;18:333-40.
- 51.** Saraia M et al. O primeiro caso de botulismo infantil em Portugal. Observações - Boletim Epidemiológico. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). 2013; Artigos breves n.º6.
- 52.** Pietrobelli A, Agosti M, Group MN. Nutrition in the first 1000 days: ten practices to minimize obesity emerging from published science. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017; 14:1491.
- 53.** Regulamento (UE) n.º 609/2013 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de junho, Jornal Oficial da União Europeia n.º L 181/35.
- 54.** Regulamento (CEE) n.º 315/1993 do Conselho, de 8 de fevereiro, Jornal Oficial das Comunidades Europeias n.º L 37/1.

