

de poluentes na atmosfera, os quais impossibilitam a exposição solar, a deficiência de vitamina D pode ocorrer, especialmente nos indivíduos de pele escura, necessitando-se, assim, da suplementação vitamínica.

Devido à diminuída passagem pela placenta, ausência de flora intestinal ao nascimento e baixas concentrações no leite materno, a deficiência de vitamina K pode se manifestar no recém-nascido como doença hemorrágica. Entretanto, como a administração de 0,5-1mg de vitamina K intramuscular logo após o nascimento se tornou difundida, a doença hemorrágica do recém-nascido tornou-se rara em nosso meio.

Finalmente, a deficiência de vitamina B<sub>12</sub> e suas conseqüências (anemia megaloblástica) podem ocorrer no primeiro ano de vida em lactentes amamentados ao seio materno, cujas mães são vegetarianas estritas há muito tempo, sem a ingestão de alimentos de origem animal há vários meses.

**Necessidades hídricas.** Proporcionalmente, a criança pequena precisa de maiores quantidades diárias de água, devido às suas perdas obrigatórias pelo rim, pulmões e pele e, também, pela sua maior taxa metabólica, deixando-a mais suscetível à desidratação. Tais necessidades hídricas giram em torno de 150ml/kg/dia em condições normais (isto é, sem febre, diarreia, taquipnéia, temperatura ambiente elevada), reduzindo-se para 100ml/kg/dia aproximadamente até a idade escolar.

## **Adequação da dieta no primeiro ano de vida**

Idealmente, a alimentação no primeiro ano de vida deve ser pensada, conjuntamente com o pediatra, o ginecologista e o nutricionista, já antes do nascimento da criança, quando a mãe decide se ela irá amamentar seu(sua) filho(a) ou não. É claro que, em vista das imensuráveis vantagens do leite materno sobre os outros tipos de leite, a mãe deve ser encorajada ao máximo a amamentar, mas não devemos esquecer que é um direito dela poder decidir sobre isso; devemos oferecer a ela todas as informações possíveis e pertinentes para uma decisão pensada e equilibrada. Uma vez tomada a sua decisão, devemos respeitar e ajudar a mãe no que for possível em relação à sua escolha.

**A criança em aleitamento materno nos 6 primeiros meses de vida.** Salvo em raras exceções, as quais citaremos a seguir, o leite materno

constitui-se no alimento mais adequado para o lactente nascido a termo, sendo recomendado pela OMS como alimento exclusivo nos primeiros 4 a 6 meses de vida. Além de possuir os nutrientes nas concentrações mais ajustadas para a criança, o leite materno é mais barato, está mais facilmente disponível e não necessita ser manipulado, praticamente eliminando os riscos de sua contaminação por patógenos "exógenos". Além disso, a presença de alguns fatores de proteção, tais como a imunoglobulina A secretória, células vivas e funcionais de defesa, lisozima, lactoferrina e componentes do complemento, entre outros, ajuda a explicar o porquê de crianças amamentadas ao seio adoecerem menos do que as amamentadas com leite de vaca ou fórmulas infantis. As crianças amamentadas ao seio materno apresentam menores possibilidades de apresentar alergia alimentar devido à postergação do contato de moléculas heterólogas com um tubo digestivo ainda imaturo. Ainda, não podem ser negligenciadas as vantagens psicológicas do ato de amamentar, tanto para a mãe quanto para a criança, pois tal ato aumenta o contato mãe-filho.

Para que a amamentação seja levada com sucesso, especialmente nas mães primigestas, a equipe de saúde deve, inicialmente, ter tempo e paciência para tirar todas as dúvidas e receios em relação ao ato de amamentar, orientações estas que devem se iniciar antes mesmo do nascimento da criança. Tal comportamento do profissional de saúde, especialmente do pediatra, deve continuar, logicamente, após o nascimento. Muitos casos de insucesso na amamentação devem-se principalmente a receios baseados em falsas impressões das mães em relação ao seu leite ou ao ato de amamentar como, por exemplo, a idéia errônea do "leite fraco", da criança que chora muito, de efeitos estéticos negativos nas mamas etc. Tais fatos podem ser minimizados simplesmente com uma boa orientação do profissional de saúde que, assim, transmitirá segurança e dirimirá as dúvidas da mãe.

Vide Cap. 5, Nutrição do RN a Termo — Apologia da Amamentação, para detalhes sobre produção de leite, técnica de amamentação e vantagens do aleitamento.

O intervalo entre as mamadas varia nos diferentes dias e, ainda, dentro de um mesmo dia para uma mesma criança; *conseqüentemente*, a freqüência das mamadas pode variar nos diferentes dias, tendo sido observadas variações entre 5 e 16 mamadas no primeiro mês de vida e 6 e 14 no 6º mês de vida. Finalmente, o volume de leite ingerido por mamada também varia durante os dias e dentro do mesmo dia. As mamadas noturnas, isto é, durante as madrugadas,

tendem a diminuir após a 3ª e 6ª semanas de vida e, após o 8º mês, apenas uma pequena proporção das crianças saudáveis continuam a requerê-la.

A criança nascida a termo amamentada ao seio nos 6 primeiros meses de vida não necessita, em princípio, de complementos alimentares, nem mesmo de água (a não ser em ambientes com temperaturas elevadas). Exceção é feita à vitamina K nos primeiros dias de vida, quando — como já citado anteriormente — o recém-nascido deve receber 0,5-1,0mg de vitamina K<sub>1</sub> por via endovenosa ou intramuscular ao nascimento, como profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido.

Outro nutriente que deve ser complementado em crianças amamentadas exclusivamente ao seio é a vitamina D, especialmente em crianças de pele escura e/ou vivendo em locais onde a exposição solar não é adequada ou possível. Deve ser lembrado que, para a síntese de vitamina D, a criança deve ser exposta diretamente ao sol antes das 10 horas da manhã ou depois das 3 horas da tarde, sem a interposição de vidros (janelas), preferencialmente despida, com seus olhos protegidos (ou não expostos ao sol), por no mínimo 10 minutos por dia (e, no máximo, 20 minutos). Se isto não for possível, a criança deverá receber 400UI de vitamina D por via oral, diariamente, no seu primeiro ano de vida.

Outro nutriente que deve ser suplementado na criança amamentada exclusivamente com leite materno é o ferro. Apesar de apresentar uma pequena concentração do elemento, se comparado com o leite de vaca (3mg/l no leite humano contra 5mg/l do leite de vaca), a quantidade de ferro existente no leite humano apresenta grande biodisponibilidade, o que explica o fato de a anemia ferropriva em lactentes amamentados exclusivamente ao seio nos 6 primeiros meses de vida ser um fato incomum. Entretanto, estudos mostram que as reservas do lactente e o aporte de ferro fornecido pelo leite humano são suficientes para os primeiros 4-6 meses de vida, sendo que, a partir de então, a complementação se faz necessária. Tendo em vista as elevadas prevalências de carência de ferro (com ou sem anemia) mostradas em vários estudos, especialmente em crianças maiores de 6 meses de idade, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que se faça a profilaxia até o 24º mês de vida em crianças nascidas a termo e com peso adequado à idade gestacional, estando em aleitamento materno exclusivo; a dose profilática preconizada é de 1mg/kg/dia de ferro elementar e deve ser iniciada em todas as crianças a

partir dos 6 meses de idade ou a partir do desmame, considerando o desmame como a introdução de qualquer alimento em adição ao leite humano, em lactentes não recebendo fórmulas fortificadas com ferro. Em crianças prematuras e/ou de baixo peso ao nascer, a profilaxia deve ser iniciada a partir do 30º dia de vida com 2mg/kg/dia de ferro elementar durante 2 meses; depois deste período, o esquema de profilaxia segue o mesmo esquema das crianças nascidas a termo.

Ainda, o flúor — na forma de fluoreto — deve ser suplementado às crianças alimentadas exclusivamente ao seio apenas em locais onde não há suprimento de água fluorada.

Para finalizar, vale lembrar que as fezes das crianças amamentadas ao seio costumam ser menos consistentes do que as das crianças alimentadas com fórmula. Algumas vezes, as fezes podem se apresentar até menos consistentes do que o normal, com maior conteúdo de água, especialmente quando houver excessiva ingestão de leite materno, o que pode causar a falsa impressão de diarréia. O bom estado geral da criança, a manutenção do humor, do apetite e do ganho de peso e, também, a ausência de febre ajudam a diferenciar este quadro de uma diarréia infecciosa. Por outro lado, crianças em aleitamento materno podem apresentar períodos em que a freqüência das evacuações está diminuída, ficando, às vezes, alguns dias sem evacuar. Neste caso, a consistência das fezes, mais do que a freqüência das evacuações, conduzirá ao diagnóstico, o qual, na maioria das vezes, será de “obstipação fisiológica” pelo leite materno, não necessitando de nada além da tranquilização e orientação da mãe.

**Crescimento das crianças amamentadas em aleitamento materno exclusivo.** Apesar de nos 2 primeiros meses de vida as crianças amamentadas exclusivamente ao seio crescerem mais do que o esperado, um fenômeno é observado freqüentemente na prática clínica: crianças amamentadas exclusivamente ao seio materno apresentam, após os 3 meses de vida e até o final do primeiro ano, um crescimento, em média, menor do que o esperado pelas curvas de referência (NCHS). Porém, estudiosos concordam que esse tipo de comportamento do crescimento das crianças amamentadas exclusivamente ao seio não corresponde a uma insuficiência de crescimento e, sim, a uma inadequação da curva. A explicação para tal fato é que, nesta faixa etária, a curva do NCHS foi construída não só com crianças alimentadas exclusivamente ao seio, mas também com crianças em aleitamento misto ou amamentadas com fórmulas infantis ou, ainda, leite de vaca, recebendo, muitas vezes, alimentos sólidos complementares. Este

fenômeno, se não manejado adequadamente pelo profissional de saúde, pode gerar ansiedade e insegurança nos pais destas crianças, além de propiciar, eventualmente, a investigação desnecessária de uma insuficiência no crescimento (neste caso, inexistente).

Para solucionar este problema, a OMS está elaborando novas curvas de crescimento construídas a partir de crianças amamentadas exclusivamente ao seio.

**Contra-indicações ao aleitamento materno.** Ver Cap. 5, Nutrição do RN a Termo — Apologia da Amamentação, para detalhes sobre contra-indicações à amamentação materna.

#### **Introdução de alimentos sólidos na criança em aleitamento materno.**

No final do primeiro semestre de vida, as funções de digestão, absorção, metabolização, utilização e excreção da maior parte dos nutrientes estão muito próximas das do adulto. Adicionalmente, o reflexo de extrusão (reflexo no qual a criança “empurra” para fora qualquer objeto/alimento que toque a linha média da língua) terá desaparecido entre o 4º e o 6º mês de vida. Ainda, por volta do final do 6º mês de vida, inicia-se a eclosão da dentição de leite. É também por volta do 6º mês de vida que a produção de leite pela mãe passa a não preencher de forma adequada as necessidades de nutrientes pelo lactente, em especial as de ferro. Assim, entre o 4º e o 6º mês de vida, torna-se necessária e possível a introdução de novos alimentos na dieta da criança. O início dos novos alimentos deve ser paulatino, evitando-se introduzir mais de uma refeição por vez, a fim de se observarem possíveis reações e permitir a adaptação da criança. Uma nova refeição pode ser introduzida 4 a 7 dias após uma outra ter sido implementada. O leite — materno ou fórmula — deve continuar a ser oferecido após todas as refeições. Aos 6 meses, tanto em aleitamento materno como em aleitamento não natural, o número de refeições deve estar em torno de 5 (excluindo-se o suco de frutas). Inicialmente, as papas devem ser oferecidas após os alimentos terem sido passados por uma peneira fina; a partir dos 8 meses de vida, eles podem ser oferecidos amassados com um garfo e, finalmente, após o 12º mês de vida, em pequenos pedaços e bem cozidos.

Assim, em aleitamento materno exclusivo, tentando-se seguir as recomendações da OMS para que se consiga mantê-lo de forma exclusiva durante o primeiro semestre de vida, faz-se a introdução do suco de frutas cítricas, ricas em vitamina C, tais como laranja, limão, tangerina, caju, acerola etc., quando a criança completar 6 meses. O suco deve ser oferecido entre a primeira e a segunda refeição (mamada) e

o volume não deve ultrapassar os 100ml para que aquele não interfira com a refeição seguinte. Em aleitamento não natural, a introdução do suco de frutas deve ser feita no final da 7ª semana em crianças usando leite de vaca e aos 4 meses em crianças que estão usando fórmulas.

Em seguida podemos introduzir a papa de frutas ou a papa de cereais. A papa de frutas — banana, maçã, pêra, mamão, abacate — deve ser oferecida como “café da tarde” por volta das 14h-15h. As frutas devem ser oferecidas amassadas ou raspadas. São fontes ricas em hidratos de carbono e em vitaminas, especialmente as do complexo B. Inicia-se com 2 ou 3 colheres de chá, aumentando-se até chegar a uma fruta de tamanho médio (100g).

Em seguida, se houver boa aceitação por parte da criança, inicia-se a papa de cereais, sendo o cereal mais usado o fubá de milho. Além dele, arroz, aveia, centeio e cevada também podem ser usados, especialmente após os 6 meses de idade. Os cereais são fontes de hidratos de carbono (70-75%), ácidos graxos essenciais, proteínas — mas de baixo valor biológico (8-10%) —, sais de ferro e vitaminas do complexo B. A papa de cereais deve ser oferecida no horário do jantar (18h-19h). Inicia-se com 2 colheres rasas de chá, aumentando-se o volume oferecido até atingir mais ou menos 100g.

A papa de vegetais (hortaliças) é iniciada em seguida no horário que corresponderia ao almoço (10h-11h). Recomenda-se associar sempre um tubérculo (mandioca, batata, mandioquinha salsa, cará, inhame) e uma hortaliça (cenoura, abobrinha, chuchu, couve-flor, berinjela). Os componentes da papa devem ser servidos de forma individualizada no prato (isto é, não misturados um ao outro) para que, além de tornar o “visual” do prato mais atraente e colorido para a criança, faça com que esta associe a cor, o sabor e a consistência aos mais diversos alimentos. Os vegetais devem ser passados por peneira fina ou amassados antes de serem oferecidos à criança.

Após o 7º mês de vida, a papa de cereais pode ser substituída ou complementada com a papa de leguminosas (feijão, lentilha, soja, ervilha, vagem). Estas contêm hidratos de carbono, vitaminas E e do complexo B, ácidos graxos insaturados, celulose e 15% a 30% de proteína. A introdução das leguminosas após o 7º mês de vida deve-se ao risco potencial de sensibilização à proteína (considerada alérgica).

A carne deve ser introduzida logo ao início das refeições de “sal” (almoço e jantar), pois representa excelente fonte de ferro, em especial as carnes vermelhas, vindo preencher uma deficiência do leite

materno após o 6º mês de vida; além disso, são também excelentes fontes de proteína de alto valor biológico. A carne deve ser servida após ser passada em uma peneira fina ou batida em liquidificador ou, ainda, moída. Os frutos do mar não devem ser oferecidos para a criança no primeiro ano de vida devido ao risco de sensibilização.

A gema do ovo deve ser introduzida após os 6 meses de idade, preferencialmente no jantar. Inicia-se com 1/4 da gema, aumentando-se até chegar a oferecer a mesma inteira. Pode ser oferecida 2 a 3 vezes por semana. Constitui-se em excelente fonte de proteínas (13%), vitaminas, sais de ferro, fósforo, cálcio, tiamina e ácidos linolênico e linoléico. A clara do ovo deve ser introduzida na dieta infantil apenas após o primeiro ano de vida, pelo risco de sensibilização.

Por volta dos 8 meses de idade, a dieta da criança pode ser, gradativamente, substituída pela comida da casa, estando esta transição completa até o final do primeiro ano de vida. Assim, a partir do 8º mês de vida, verduras e legumes em forma de salada podem ser oferecidos à criança, sempre se lembrando da consistência ideal dos alimentos para cada criança em questão, devido à presença ou não de dentes.

Vale a pena lembrar que, com a introdução dos alimentos sólidos, a água deve ser oferecida após e nos intervalos das refeições, devido à maior necessidade de excreção de solutos.

**Aleitamento artificial (não natural).** Quando a criança não puder ser amamentada pela sua mãe ou, ainda, quando o leite materno se tornar insuficiente, deve-se lançar mão da utilização do aleitamento artificial (não natural).

Se hoje a indústria alimentícia desenvolveu fórmulas infantis que tentam se aproximar cada vez mais do leite materno, até o século XIX as crianças só recebiam leite humano, mesmo quando as mães não queriam ou não podiam amamentar. Nestes casos, as crianças recebiam o leite de mulheres que freqüentemente não tinham nenhuma ligação familiar com o infante e que, muitas vezes, amamentavam mediante pagamento. Muitas dessas mulheres sobreviviam fazendo este tipo de trabalho e amamentavam, às vezes, mais de uma criança; isto resultava em quantidades de leite insuficientes para cada criança, o que ajudava a aumentar a mortalidade infantil.

Apenas na segunda metade do século XIX (1866) foi proposto um alimento de substituição ao leite materno pelo químico alemão Liebig; este propôs um alimento de substituição baseado numa diluição ao meio com leite de vaca e farinha de trigo e malte, sendo agregado à mistura cloreto de potássio. No final do mesmo século XIX, o inglês

Rotch propôs, como alimento de substituição ao leite materno, “fórmulas” complexas baseadas em diluições moduláveis do leite de vaca. A partir de então, o termo “fórmula” foi usado para designar os alimentos lácteos usados para lactentes em substituição ou complementação ao leite humano (ver composição nutricional de Fórmulas no Cap. 8, Lactário Hospitalar).

Durante o século XX, em especial após a Segunda Guerra Mundial, houve o desenvolvimento de fórmulas que tentaram se aproximar cada vez mais do leite humano, tendo a indústria alimentícia, inclusive, desenvolvido fórmulas especiais para grupos de crianças com patologias distintas: leites “anti-refluxo”, leites hipoalergênicos, leites sem lactose, leites para prematuros etc.

Para a criança “normal” temos os chamados “leites de início” ou “fórmulas infantis de partida” usados em geral nos primeiros 6 meses de vida do lactente. São leites com menores concentrações de proteína do que o leite de vaca, sendo a concentração de caseína — que dificulta muitas vezes a digestão do leite de vaca — menor. Nestes leites ocorre a substituição da gordura animal pela vegetal e, em geral, apresentam a adição de LC-PUFA que, como vimos anteriormente, são importantes componentes do sistema nervoso central (SNC). Além disso, ocorre também adição de vitaminas e sais minerais, com ênfase especial ao ferro.

Após os 6 meses de idade, temos os chamados “leites de continuação” ou “fórmulas infantis de seguimento”. Nestes leites também ocorre a substituição da gordura animal pela vegetal. São leites com maiores teores protéicos do que as fórmulas infantis de partida e que se aproximam um pouco mais da composição do leite de vaca; as fórmulas infantis de seguimento também sofrem adições (ferro, ácidos graxos poliinsaturados, vitaminas) que os qualificam em termos nutricionais como mais adequados ao consumo humano do que o leite de vaca.

Há, ainda, os chamados “leites de crescimento”, que seriam ofertados à criança após o primeiro ano de vida.

Finalmente, há o leite de soja que pode ser utilizado para lactentes que cursarem com alergia à proteína do leite de vaca. Este leite, enriquecido com metionina, constitui-se em fonte protéica de alto valor biológico.

Entretanto, vale a pena frisar que, apesar da indiscutível evolução da indústria alimentícia em melhorar a qualidade das fórmulas lácteas oferecidas às crianças, o leite materno segue imbatível como o alimento

mais adequado para o lactente, especialmente nos primeiros 6 meses de vida, não só em termos nutricionais e imunológicos como, também, em termos afetivos.

O leite de vaca ainda é muito usado como substituto do leite materno, devido ao relativo alto custo das fórmulas lácteas infantis, inacessível a grande parte da população. Entretanto, mesmo em países desenvolvidos, estudos mostram que grande parte das crianças recebe o leite de vaca como substituto (ou complemento) do leite materno, em especial no segundo semestre de vida.

O leite de vaca possui maiores concentrações de proteína e de solutos do que o leite humano; além disso, sua gordura é rica em ácidos graxos saturados. Possui também concentração energética discretamente menor do que a do leite materno. Ainda, apesar de possuir maior concentração de ferro, este é menos biodisponível do que o ferro do leite humano; além disso, é bem sabido que o leite de vaca provoca microemorragias na mucosa intestinal de lactentes alimentados com o mesmo. Deste modo, o leite de vaca é considerado pobre em ferro e, por isso, a criança deve receber suplementação com ferro conforme as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, como já citado anteriormente neste texto.

Assim, quando utilizarmos o leite de vaca para a alimentação do lactente, devemos tomar algumas precauções. Quando utilizado no primeiro semestre de vida, o leite de vaca deve sofrer algumas modificações a fim de se adequar a sua composição às necessidades nutricionais do lactente. A mais simples das modificações é a diluição. Quando for necessário utilizar o leite de vaca já no primeiro mês de vida, o mesmo deve ser diluído em partes iguais com água. Desse modo, tentamos nos aproximar da concentração protéica do leite materno, diminuindo, também, a carga de solutos. Entretanto, a diluição ao meio também diminuirá as calorias fornecidas pelo leite de vaca; tal dificuldade pode ser contornada com a adição de 5% a 7% de hidratos de carbono (1 colher de sopa rasa de açúcar para cada 100ml do preparado). A diluição ao meio do leite de vaca se utiliza até a criança completar 30 dias de vida; a partir de então — e desde que a criança possua pelo menos 4kg de peso neste momento — passa-se para a diluição a 2/3 (duas partes de leite para uma de água) também com a adição de 5% a 7% de hidratos de carbono. Esta diluição é oferecida ao lactente até a criança completar 6 meses de vida. A partir desta idade — e desde que a criança possua pelo menos 7kg de peso neste momento — passa-se a oferecer o leite na sua forma integral, sem adições.

**Introdução de alimentos sólidos na criança em aleitamento artificial (não natural).** Muitos autores concordam que, com a evolução das fórmulas infantis — as quais fornecem todos os nutrientes em quantidades adequadas ao crescimento da criança até os 4-6 meses de idade —, a necessidade de introdução de alimentos sólidos somente será necessária após este período da vida do lactente, ou seja, semelhante ao que ocorre com o leite materno. Porém, outros autores defendem que, em aleitamento artificial, a introdução de alimentos sólidos deve ocorrer mais precocemente; a justificativa para isto seria que a criança em aleitamento artificial, com o tempo, tenderia a estabilizar o volume de leite ingerido diariamente, gerando a necessidade de complementação mais precoce. A introdução mais precoce dos alimentos sólidos na alimentação do lactente é mais bem justificada na criança em aleitamento artificial com o leite de vaca, já que este não apresenta as melhorias realizadas nas fórmulas pela indústria alimentícia.

A seguir a sugestão de um esquema de introdução mais precoce de alimentos sólidos no aleitamento artificial:

- *Sete semanas de vida:* introdução do suco de frutas
- *2 meses e meio:* introdução de papa de cereal
- *3 meses:* introdução da papa de frutas
- *4 meses:* introdução da papa de vegetais
- *5 meses:* introdução da carne
- *6 meses:* introdução da gema de ovo; introdução, também, do arroz, macarrão
- *8 meses:* introdução do caldo de feijão

É bom salientar que, após a introdução dos alimentos sólidos, deve-se garantir a oferta de ao menos 500ml de leite, para assegurar, principalmente, quantidades adequadas de cálcio para o crescimento do lactente. O leite deve ser oferecido pela manhã como desjejum e à noite, antes do sono da madrugada; deve ser oferecido, também, logo após as papas. Se a criança não aceitar o leite logo após as papas, orienta-se diminuir o volume oferecido das mesmas na próxima refeição, a fim de que a criança beba pelo menos a metade do volume ingerido normalmente da mamadeira.

**Introdução de alimentos sólidos na criança em aleitamento misto (natural e artificial concomitantemente).** Na criança com aleitamento misto (natural e artificial), a introdução de alimentos sólidos pode ocorrer mais precocemente quando houver predominância do leite artificial sobre o natural, isto é, o volume ingerido de leite artificial

for maior do que o natural, especialmente quando o leite artificial utilizado for o leite de vaca. Nestes casos, o esquema de introdução dos alimentos sólidos pode ser seguido como sugerido nos parágrafos anteriores.

## Técnica dietética no preparo de papas

**Preparo da papa de frutas.** Amassar bem 1 unidade de fruta (p. ex. banana) de modo a ficar uma pasta fina. Começar com 2 ou 3 colheres de chá, aumentando-se até chegar a uma fruta de tamanho médio (100g). A papa de frutas — banana, maçã, pêra, mamão, abacate — deve ser oferecida por volta das 14h-15h.

**Preparo da papa de cereais.** Pegar 1 colher de sopa do cereal escolhido (p. ex., fubá de milho). Adicionar 150ml de água. Deixar o cereal de molho por 30-40 minutos. Levar ao fogo e deixar cozinhar bem, até formar papa espessa. Adicionar sal (pouco) ou açúcar (também pouco) ou, ainda, misturar com um pouco de leite. A papa de cereais deve ser oferecida no horário do jantar (18h-19h). Inicia-se com 2 colheres rasas de chá, aumentando-se o volume oferecido até atingir mais ou menos 100g.

**Preparo da papa de hortaliças.** Ingredientes: 50-100g de carne magra ou fígado; 2 colheres de chá de manteiga ou óleo; salsa, rodela de tomate; hortaliças (abóbora, abobrinha, beterraba, batata, berinjela, cenoura, couve-flor, chuchu, espinafre, mandioquinha, nabo); 1 litro de água.

Modo de preparar: Refogar a carne cortada em pedaços com a manteiga ou óleo, salsa, tomate e uma pitada de sal. Juntar 2 vegetais (preferencialmente 1 tubérculo e 1 hortaliça) da lista anterior. Juntar água e levar ao fogo. Deixar cozinhar bem até quase secar o caldo. Retirar a carne e passar o restante em peneira fina, no início, e, posteriormente, em peneira grossa. Utilizar 2 hortaliças e a cada 3 a 5 dias experimentar outra, combinada com uma das que já foram experimentadas. Variar sempre, utilizando 2 ou 3 das hortaliças, para diversificar o sabor.

Começar com 1 colher de sobremesa por dia e aumentar aos poucos até atingir 4 a 5 colheres de sopa por dia (80 a 100g). Quinze a 20 dias após ter iniciado a papa, introduzir a gema de ovo; começar com 1 colherinha de café e aumentar 1 a 1 por semana, até oferecer a gema inteira. Esta pode ser oferecida 2 a 3 vezes por semana.

A papa de vegetais (hortaliças) é iniciada no horário que corresponderia ao almoço (10h-11h).