

Correlação entre risco de dificuldades alimentares e risco para transtorno do espectro autista em lactentes

Correlação entre risco de dificuldades alimentares e risco para transtorno do espectro autista em lactentes

Adeline Suzanne Zingler^{1*}, Claudiane Bottoli¹, Dani Laura Peruzzolo¹,
Marta de Vargas Romero¹, Bianca Nunes Pimentel¹,
Geovana de Paula Bolzan¹


RESUMO

Objetivo: Verificar a correlação entre risco de dificuldades alimentares e risco de TEA em lactentes saudáveis de 16 a 24 meses. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e analítico, com abordagem quantitativa. Participaram lactentes nascidos em um hospital universitário e que realizavam acompanhamento pediátrico no mesmo hospital. Os responsáveis responderam à Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) e ao *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT). **Resultados:** A amostra incluiu 69 lactentes, 65,22% prematuros e 34,78% a termo, com média de idade gestacional de 34,19 semanas. Na alta hospitalar, mais de um terço estavam em aleitamento materno exclusivo (AME). Nos primeiros seis meses, a frequência de aleitamento artificial (AA) foi semelhante à do AME. A introdução alimentar ocorreu, em média, aos 6,07 meses. Verificou-se que 15,94% da amostra apresentou risco para dificuldades alimentares e 20,29% risco para TEA moderado ou grave. Não foi observada correlação entre os escores da EBAI e do M-CHAT. **Considerações finais:** Não houve associação entre risco de dificuldades alimentares e risco de transtorno do espectro autista.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil; Comportamento do lactente; Aleitamento materno; Nutrição do lactente

ABSTRACT

Objective: To determine the correlation between the risk of feeding difficulties and the risk of ASD in healthy infants aged 16 to 24 months. **Methods:** Observational, cross-sectional, analytical study with a quantitative approach. Participants included infants born at a university hospital and undergoing

¹ Universidade Federal de Santa Maria 
Santa Maria, RS, Brasil

***Autor correspondente:**

Adeline Suzanne Zingler
Fonoaudióloga
adelinezingler@gmail.com

Endereço para correspondência:
adelinezingler@gmail.com

Como citar esse artigo:

Zingler AS, Bottoli C, Peruzzolo DL, Romero MV, Pimentel BN, Bolzan, GP. Correlação entre risco de dificuldades alimentares e risco para transtorno do espectro autista em lactentes. Revista Saúde (Sta. Maria). [Internet] 2025; 51, e92967. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/92967>. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583492967>. Acesso em XX/XX/XXXX

pediatric follow-up at the same hospital. Their guardians completed the Brazilian Infant Feeding Scale (EBAI) and the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). **Results:** The sample included 69 infants, 65.22% preterm and 34.78% full-term, with a mean gestational age of 34.19 weeks. At hospital discharge, more than a third were on exclusive breastfeeding (EBF). In the first six months, the frequency of artificial feeding (AF) was similar to that of EBF. Solid food introduction occurred, on average, at 6.07 months. It was found that 15.94% of the sample was at risk for feeding difficulties and 20.29% at risk for moderate or severe ASD. No correlation was observed between the EBAI and M-CHAT scores. **Final Considerations:** There was no association between the risk of feeding difficulties and the risk of autism spectrum disorder.

Keywords: Child development; Infant behavior; Breastfeeding; Infant nutrition

INTRODUÇÃO

Os primeiros anos de vida da criança são conhecidos por aquisições importantes no desenvolvimento motor, cognitivo e social. A presença de um ambiente propício tem a função de facilitar o desenvolvimento, assim como a relação com a mãe durante os primeiros meses de vida pode ser um fator determinante no desenvolvimento.¹ Justamente nesse período, se estabelece a amamentação, que proporciona o contato físico entre mãe e filho, que auxilia na formação do vínculo e afeto entre a díade mãe-bebê.² O aleitamento materno é importantíssimo para mães e crianças nos primeiros anos de vida, pois além de proporcionar nutrição para a criança, beneficia a saúde imunológica, o desenvolvimento cognitivo e o emocional, promovendo também consequências positivas na saúde física e psíquica da mãe.³

O desenvolvimento infantil pode ser influenciado por seus recursos inatos, condições nutricionais, a estimulação fornecida pela relação familiar com a rotina da criança e, também por aspectos como o padrão cultural, o nível educacional e socioeconômico da família.⁴

Quando são observadas alterações no desenvolvimento infantil, pode-se considerar tanto a existência de risco psíquico quanto transtornos do neurodesenvolvimento.

O conceito de risco na constituição psíquica vem da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. O risco psíquico é estabelecido quando se identificam sinais de dificuldade na constituição psíquica na infância. Estes sinais anunciam que algo não está indo bem, a ponto de dificultar as produções subjetivas do bebê que constituirão sua psique.^{5,6,7}

Enquanto o transtorno do neurodesenvolvimento possui origem neurobiológica, com fatores genéticos e fisiológicos, podendo persistir ao longo da vida com atrasos em habilidades cognitivas, motoras, linguísticas e/ou sociais, como o Transtorno do Espectro Autista (TEA).⁸

O momento da alimentação é compreendido como um dos atos diários que coloca em questão tanto o desenvolvimento quanto a constituição psíquica do bebê. Esse processo é complexo, pois exige a interação entre os sistemas nervoso central e periférico, isso ocorre



quando alguém, geralmente a mãe, cuida, protege e ensina o bebê a mamar. Entende-se que as habilidades do bebê estão ainda imbricadas à sua estrutura, e só com a ajuda de alguém que invista nele é que passará a utilizá-los de forma autônoma. Quando ocorre uma interrupção em alguns desses sistemas e processos a criança está em risco para um problema alimentar.⁹

O aprendizado alimentar na infância depende tanto das condições físicas e do desenvolvimento adequado da criança quanto de suas habilidades orais e sensoriais para a recepção dos alimentos. Para que esse aprendizado seja eficaz, o contexto relacional desempenha um papel fundamental, uma vez que o processo tem início na interação social e emocional entre dois sujeitos, geralmente a mãe e o filho. A alimentação, além de ser essencial para a sobrevivência humana, constitui um ato significativo de relacionamento do indivíduo com o mundo.¹⁰

Quando surgem dificuldades no processo de alimentação infantil, elas podem ser classificadas como dificuldades alimentares.¹¹ Essas dificuldades referem-se a obstáculos ou desafios que a criança apresenta na alimentação, podendo envolver aspectos como aceitação de alimentos, habilidades de mastigação e deglutição, ou comportamentos alimentares que dificultam uma alimentação adequada, sem necessariamente caracterizar um distúrbio alimentar clínico.¹¹ Quando as dificuldades na alimentação estão associadas a pelo menos uma disfunção: médica, nutricional, habilidade alimentar e/ou psicossocial, elas podem ser classificadas como Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP), definido como uma ingestão oral prejudicada, inadequada para a idade, que pode ser aguda ou crônica.¹²

O DAP pode trazer impactos profundos na função física, social, emocional e/ou cognitiva da criança e aumentar o estresse do cuidador envolvido no contexto alimentar.¹³ Atualmente, considera-se que a prevalência de DAP na população pediátrica varia de 25% a 45% em crianças em desenvolvimento típico e de 33% a 80% em crianças com transtornos do desenvolvimento.¹⁴ Crianças com TEA apresentam alterações no comportamento alimentar.¹⁵

Desde 2017, a Lei nº 13.438 que altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), torna obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças.¹⁶ Apesar da lei não citar um protocolo específico, o Ministério da Saúde tem orientado a utilização da escala *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT),¹⁷ conhecido como uma escala para detecção de sinais do TEA, considerado um transtorno do neurodesenvolvimento. Assim, apesar do inconveniente teórico, o rastreio do TEA no SUS tem sido possibilitado nas regiões que possuem políticas específicas para essa população,¹⁸ muito provavelmente, baseado nessa legislação.

A crescente presença do DAP motivou a busca por aspectos relacionados à constituição do sujeito e a relação com a alimentação infantil. As implicações da constituição psíquica na alimentação de lactentes saudáveis ainda são pouco conhecidas. Grande parte dos estudos trazem relatos quanto aos impactos em recém nascidos pré-termo (RNPT), pois sabe-se que o nascimento prematuro pode gerar consequências ao neurodesenvolvimento infantil, podendo comprometer também a alimentação.¹⁴

Considerando que as demandas alimentares têm se popularizado nos debates sobre o TEA e não há muitos estudos no país para sustentar essa relação, o objetivo desta pesquisa foi verificar se há correlação entre risco de dificuldades alimentares e risco para TEA em lactentes saudáveis de 16 a 24 meses.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo observacional, transversal, analítico com abordagem quantitativa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), sob o parecer nº 5.861.862, em conformidade com as Diretrizes Nacionais de Saúde estabelecidas pela Resolução 466/2012. A participação foi autorizada pelos responsáveis através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados ocorreu de janeiro a dezembro de 2023.

A população do estudo consistiu de lactentes saudáveis de 16 a 24 meses, de ambos os sexos, nascidos em um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. A seleção da amostra foi realizada a partir de um levantamento dos pacientes atendidos no ambulatório de pediatria do hospital e foram considerados como critérios de exclusão a presença de pelo menos um dos seguintes aspectos: dieta exclusiva por sonda; histórico de asfixia perinatal, definida por escore de Apgar do 5º minuto ≤ 5 ; prontuários incompletos; diagnóstico de malformações de cabeça e pescoço, malformações cardíacas com repercussão hemodinâmica, síndromes genéticas ou doenças neurológicas.

As famílias dos lactentes na faixa etária do estudo foram convidadas a participar enquanto aguardavam atendimento de rotina no hospital em ambulatório de pediatria. Durante a abordagem, foi realizada a apresentação dos objetivos do estudo, benefícios, riscos e procedimentos, detalhados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado pelos responsáveis que aceitaram a participação de seus filhos.

A coleta de dados foi conduzida por uma fonoaudióloga e uma enfermeira, que realizaram a anamnese e a aplicação de instrumentos específicos, em uma sala privativa. Durante a aplicação, as avaliadoras leram cada questão das escalas aos responsáveis. Para o rastreamento de dificuldades alimentares, utilizou-se a Escala Brasileira de Alimentação



Infantil (EBAI)¹⁹. A EBAI é composta por quatorze questões sobre a alimentação da criança, cobrindo os domínios motor oral, sensorial oral, apetite e preocupações dos pais com a alimentação. Este instrumento é destinado a crianças de 6 meses a 5 anos e 11 meses e não inclui a utilização de alimentos na avaliação. As respostas são fornecidas em uma escala Likert de 1 a 7, refletindo o grau de intensidade da condição. A pontuação final classifica o resultado em: ausência de risco de dificuldades alimentares (menos de 60 pontos), risco leve (61 a 65 pontos), risco moderado (66 a 70 pontos) e risco severo (acima de 70 pontos).

Para o rastreamento do risco para TEA, foi utilizada a escala *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), que é um questionário de 23 perguntas com respostas “sim” ou “não” direcionadas aos pais ou responsáveis, e pode ser usado para avaliar crianças entre 16 e 30 meses de idade. As respostas são convertidas em passa ou falha e, quando se obtém 3 ou mais falhas, considera-se que o bebê está em risco para o desenvolvimento e em especial destaque, em risco para perturbações do espectro autista.¹⁷

Ao término das entrevistas, todos os responsáveis receberam orientações sobre os marcos do desenvolvimento infantil. Para os casos em que foram identificados risco de TEA, foram realizados os encaminhamentos apropriados conforme o fluxo da rede de saúde. Para os casos em que foram identificados risco de dificuldades alimentares foram realizados os encaminhamentos para ambulatório especializado em alimentação, no próprio hospital a fim de se realizar diagnóstico e intervenção precoce, caso necessária.

Os dados foram tabulados em planilha no software Microsoft Excel e importados para o STATISTICA 9.1 para análise descritiva e inferencial. A normalidade das variáveis quantitativas foi testada com o teste Shapiro-Wilk. Para verificar a correlação entre os escores da EBAI e do M-CHAT utilizou-se a correlação de Spearman, considerando um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 69 lactentes, sendo 48 (69,56%) do sexo masculino e 21 do sexo feminino (30,44%); 45 (65,22%) eram prematuros e 24 (34,78%) a termo. Quanto à idade gestacional ao nascer, a amostra total apresentou mínimo de 23,71 semanas e máximo de 41 semanas. No momento da pesquisa a média da idade atual dos participantes foi de 20,28 meses ($\pm 2,79$; mín = 16; máx = 24), sendo que para os prematuros foi considerada a idade corrigida. O tempo de internação em dias foi de 30,29 ($\pm 31,48$; mín = 1; máx = 130).

Em relação ao processo de alimentação dos participantes da amostra, no momento da alta hospitalar mais de um terço estava em aleitamento materno exclusivo (AME) (tabela 1). Após esse período, nos primeiros 6 meses de vida, o aleitamento artificial (AA) teve a mesma

frequência que o AME. Quanto à introdução alimentar, a média de meses em que ocorreu a primeira oferta de alimento foi de 6,07 meses ($\pm 1,53$; mín = 3; máx = 12), prevalecendo a oferta a partir dos 6 meses, sendo que para os prematuros foi considerada a idade corrigida.

Tabela 1 – Caracterização da alimentação dos lactentes quanto à amamentação e introdução alimentar

Variáveis	n (%)
Aleitamento materno na alta hospitalar	
Aleitamento materno exclusivo	26 (37,68)
Aleitamento materno misto	22 (31,88)
Aleitamento artificial	21 (30,44)
Tipo de aleitamento nos 6 primeiros meses	
Aleitamento materno exclusivo	24 (34,78)
Aleitamento materno misto	21 (30,44)
Aleitamento artificial	24 (34,78)
Idade da introdução alimentar	
A partir dos 6 meses	48 (69,57)
Antes dos 6 meses	21 (30,43)

Legenda: n – frequência absoluta; % – frequência relativa

Do total da amostra de lactentes, 15,94% apresentou risco para dificuldades alimentares e 20,29% apresentou risco médio a alto para TEA (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição das frequências absolutas e relativas da classificação do risco de dificuldades alimentares e risco para TEA (n=69)

Variáveis	n (%)
Risco para Dificuldades alimentares	
Ausente	58 (84,06)
Leve	5 (7,24)
Moderado	4 (5,80)
Severo	2 (2,90)
Total	69 (100)
Risco para a TEA	
Baixo	55 (79,71)
Médio	10 (14,49)
Alto	4 (5,80)
Total	69 (100)

Legenda: n – frequência absoluta; % – frequência relativa

Não foi observada correlação entre os escores da EBAI, a qual indica a presença do risco para dificuldades alimentares, e os escores do M-CHAT, o qual indica o nível de risco para TEA.

Tabela 3 – Correlação entre os escores da Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) e da escala *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT)

Variáveis	N	Spearman R	Valor de p*
EBAI vs M-Chat	69	0,153	0,21

*Correlação de Spearman

DISCUSSÃO

Diante do crescente interesse científico na associação entre dificuldades alimentares e o transtorno do espectro autista (TEA), e a importância da identificação em fases precoces do desenvolvimento, este estudo teve como objetivo investigar a correlação entre risco alimentar e risco para TEA em lactentes saudáveis, com idade entre 16 e 24 meses.

Ao analisar as práticas alimentares dessa população, observou-se que o aleitamento materno exclusivo (AME) esteve presente em 37,6% da amostra no momento da alta hospitalar, superando os demais tipos de aleitamento. A taxa de manutenção do AME ao longo dos primeiros seis meses foi de 34,7%, enquanto o aleitamento materno complementado foi identificado em 30,4% dos casos. Esses achados, embora inferiores à meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) também revelam um desempenho alinhado ao cenário nacional. De acordo com o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), a prevalência de AME em menores de seis meses no Brasil é de 45,8%, valor ainda abaixo das recomendações internacionais que estimam 50% de AME até o sexto mês.²⁰

O aleitamento materno e a introdução alimentar (IA) em tempo oportuno são estratégias de promoção da saúde na primeira infância e proporcionam benefícios para o desenvolvimento alimentar. Evidências apontam que o AME durante as 5 primeiras semanas de vida, corresponde ao dobro de chance de o lactente não receber alimentos antes da idade recomendada.²¹ A introdução alimentar precoce é conhecida por trazer diversos prejuízos como: maior incidência de disenteria, maior taxa de hospitalização por doença respiratória, risco de desnutrição, menor absorção de nutrientes e menor duração do aleitamento materno.²²

A alimentação infantil abrange aspectos de natureza multifatorial, envolvendo domínios médicos, nutricionais, psicossociais e motoras orais, que foram descritos por



Goday et al.¹² no consenso internacional sobre o distúrbio alimentar pediátrico (DAP). A identificação precoce de alterações nesses domínios é essencial, especialmente considerando sua influência sobre o desenvolvimento global do lactente.

A literatura tem apontado diversas influências no desempenho alimentar, entre eles a prematuridade. Os lactentes prematuros são mais suscetíveis a problemas relacionados à alimentação no início da vida e durante a primeira infância, se comparados aos nascidos a termo.²³ Quanto menor a idade gestacional ao nascimento, maior poderá ser o risco de desmame e introdução precoce da alimentação complementar.²⁴

Em 2021, o estudo de Kovacic et al.¹⁴ identificou que uma em cada 37 crianças com menos de cinco anos nos Estados Unidos apresenta dificuldades alimentares.

Paralelamente, observa-se um aumento acelerado na prevalência do TEA, atualmente estimada em uma em cada 36 crianças.²⁵ A literatura aponta que crianças dentro do espectro tendem a apresentar alterações comportamentais relacionadas à alimentação, como seletividade alimentar, sensibilidade sensorial exacerbada, dificuldades na aceitação de texturas, e no desenvolvimento de habilidades como a mastigação. As dificuldades alimentares em casos de TEA podem ter origem de fatores sensoriais e motores orais, que interferem nas escolhas alimentares e impactam diretamente no comportamento alimentar, podendo resultar em quadros de seletividade e recusa alimentar.²⁶

No presente estudo, a ausência de correlação significativa entre risco alimentar e risco para TEA pode estar relacionada a fatores protetores observados na amostra, como a elevada taxa de manutenção do aleitamento materno (complementado ou exclusivo) até os seis meses (65,22%) e a prática de introdução alimentar em idade adequada (69%). Estes dados indicam que as famílias participantes seguem, em sua maioria, as recomendações do Ministério da Saúde e da OMS,³ o que possivelmente contribuiu para a baixa incidência de risco alimentar e para a ausência de sinais de risco para TEA.

A amamentação proporciona um ambiente ideal para o desenvolvimento emocional, sensorial, cognitivo e motor do bebê, podendo estar associada ao desfecho do desenvolvimento do sujeito.²⁷ Autores verificaram que o tipo de aleitamento estabelecido até o 6º mês pode ter relação com o aparecimento de risco no desenvolvimento infantil, sendo que os bebês alimentados com leite materno exclusivo apresentaram duas vezes menos chances de apresentar alterações no desenvolvimento.⁴

Além disso, é importante destacar quanto ao contexto da coleta de dados, realizada em um serviço especializado no acompanhamento de gestações de alto risco. Os lactentes são acompanhados por uma equipe médica e multiprofissional, possibilitando cuidado integral, escuta qualificada, orientação e suporte às famílias. Famílias bem acolhidas, diminuem a



ocorrência do estresse familiar e promovem ambientes com maior qualidade de cuidado, visto que não há demandas no lactente que afete a família, e vice-versa. O ambiente adequado reduz o estresse familiar e melhora a qualidade do cuidado, criando uma relação de reciprocidade positiva.^{28,29}

Adicionalmente, destaca-se a presença da atuação fonoaudiológica desde os primeiros dias de vida dos lactentes incluídos no estudo, com foco no aleitamento materno, a continuidade do cuidado multiprofissional nas demais fases do aprendizado alimentar, a utilização de materiais informativos, como a cartilha “Aleitamento materno, hábitos orais e introdução alimentar: tire suas dúvidas!”³⁰ construída e utilizada nesse serviço de saúde e o uso de uma ferramenta digital de comunicação e divulgação através da rede social Instagram, são fatores que podem ter contribuído para a instrumentalização das famílias e para minimizar a ocorrência de comprometimentos.

Os 2 primeiros anos de vida são os mais decisivos para o crescimento e desenvolvimento da criança, com repercussões ao longo de toda a vida. Nesse período, o incentivo à amamentação e às experiências alimentares saudáveis podem prevenir o aparecimento de diversas doenças na vida adulta,³ e parecem ser estratégias eficientes, de baixo custo e com impacto positivo sobre o desenvolvimento de lactentes saudáveis, como os do presente estudo.

Considera-se como limitação do estudo a utilização exclusiva de instrumentos de rastreio aplicados aos responsáveis, sem o uso de recursos de avaliação aplicados diretamente aos lactentes. No entanto, reforça-se a importância do uso de ferramentas de rastreio validadas para identificar condições que afetam o desenvolvimento infantil, principalmente na puericultura, podendo auxiliar na indicação de avaliações especializadas. Ambas as condições apresentadas neste estudo são frequentemente encontradas na clínica infantil e devem ser monitoradas pelos profissionais a fim de proporcionar a intervenção em tempo oportuno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não foi encontrada correlação entre o risco de dificuldades alimentares e o risco para TEA. Entretanto, cabe ressaltar que a população da amostra está frequentemente presente em consultas de acompanhamento multiprofissional, principalmente no que tange ao desenvolvimento alimentar. Contudo, mesmo para lactentes que apresentem bons resultados nas avaliações, o acompanhamento contínuo por equipes de saúde é essencial, pois sabe-se que atrasos ou dificuldades podem emergir ou se tornar mais evidentes posteriormente.

REFERÊNCIAS

1. Andrade CJ, Bacelli MS, Benincasa M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. *Vínculo Rev NESME*. 2017;14(1).
2. Coelho AS, Menezes RR, Lobo MG. A importância da amamentação na formação de vínculos afetivos saudáveis entre mamãe/bebê. *BIUS*. 2019;12(5).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf
4. Hoogstraten AMRV, Souza APR, Moraes AB. Indicadores clínicos de referência ao desenvolvimento infantil e sua relação com fatores obstétricos, psicossociais e sociodemográficos. *Saude Pesq*. 2018;11(3):589-601.
5. Olliac B, Zappella M, Barthélémy C, et al. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS One*. 2017;12(12):e0188831.
6. Kupfer M, Bernardino LMF, Jerusalinsky AN, et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2010;13(1):31-52.
7. Kupfer MCM, Bernardino LMF, Jerusalinsky AN, Rocha PS, Lerner R, Pesaro ME. A pesquisa IRDI: resultados finais. In: *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta; 2008.
8. Associação Psiquiátrica Americana, ed. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição, Revisão de Texto (DSM-5-TR). Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2022. ISBN 978-0-89042-575-6.
9. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord*. 2010 Mar;43(2):98-111. doi: 10.1002/eat.20795. PMID: 20063374.
10. Junqueira P. Relações cognitivas com o alimento na infância: abordagem ampliada e integrada. São Paulo: ILSI Brasil-International Life Sciences Institute do Brasil; 2017. 35 p.
11. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-53. doi:10.1542/peds.2014-1630.
12. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019 Jan;68(1):124-129. doi: 10.1097/MPG.0000000000002188. PMID: 30358739; PMCID: PMC6314510.
13. Greer AJ, Gulotta CS, Masler EA, Laud RB. Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. *J Pediatr Psychol*. 2008;33(6):612-620. doi:10.1093/jpepsy/jsm116.
14. Kovacic K, Rein LE, Bhagavatula P, Kommareddy S, Szabo A, Goday PS. Pediatric feeding disorder: a nationwide prevalence study. *J Pediatr*. 2021 Jan;228:126-131.e3.PMid:32702429.



15. Lemes MA, Garcia GP, Carmo BL do, Santiago BA, Teixeira DDB, Agostinho Junior F, et al.. Comportamento alimentar de crianças com transtorno do espectro autista. J bras psiquiatr [Internet]. 2023;72(3):136–42. Available from: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000414>
16. Brasil. Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, para tornar obrigatória a adoção, pelo SUS, de protocolo para avaliação de risco ao desenvolvimento psíquico das crianças. Diário Oficial da União. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13438.htm
17. Losapio MF, Pondé MP. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul [Internet]. 2008 Sep;30(3):221–9.
18. Rio Grande do Sul. Lei nº 15.322, de 25 de setembro de 2019. Institui a Política de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtornos do Espectro Autista no Estado do Rio Grande do Sul. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. 2019 set 25 [citado 2025 jul 21]. Disponível em: <https://www.al.rs.gov.br/legislacao/LegislacaoDetalhes.aspx?id=37874>
19. Diniz PB, Fagundes SC, Ramsay M. Cross-cultural adaptation and validation of the Montreal Children's Hospital Feeding Scale into Brazilian Portuguese. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2021;39:e2019377.
20. Brasil. Relatório 4 - ENANI 2019: Aleitamento Materno [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2023 [citado em 2025 mar. 22]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2023/10/Relatorio-4-ENANI-2019-Aleitamento-Materno>.
21. Silva MP, Mello APQ. Impacto da introdução alimentar precoce no estado nutricional de crianças pré-escolares. Rev Saude Cienc Online. 2021 Jan-Apr;9(1):110-129.
22. Moraes AF, Cassab TCP. Qual o impacto da introdução alimentar precoce em crianças menores de seis meses de vida? [Trabalho de Conclusão de Curso]. Piracicaba (SP): [s.n.]; 2018. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1633573>.
23. Pagliaro CL, Bühler KE, Ibidi SM, Limongi SC. Dietary transition difficulties in preterm infants: critical literature review. J Pediatr (Rio J). 2016;92(1):7-14. Disponível em: doi:10.1016/j.jped.2015.05.004
24. Gomes M, Bottoli C, Pimentel BN, Vargas CL, Yamamoto RCC, Weinmann ARM, Bolzan GP. Risco de distúrbio alimentar pediátrico em pré-escolares nascidos prematuros. Audiol Commun Res. 2024;29:e2848.
25. CDC –CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Autism Spectrum Disorder (ASD). Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>. Acesso em: 14 jul. 2023.
26. Lázaro CM, Siquara GM, Pondé MP. Escala de avaliação do comportamento alimentar no transtorno do espectro autista: estudo de validação. J Bras Psiquiatr. 2019;68(4):191-9.
27. Santos AC de L, Pereira NO. A importância da amamentação para um desenvolvimento saudável: The importance of breastfeeding for healthy development. Braz J Hea Rev. 2022;5(6):24218-32.

28. Olic TB. Família acolhedora: contribuições de Winnicott sobre a importância do ambiente familiar para o desenvolvimento infantil [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2022.
29. Mantler SMMT, Arie C. Família acolhedora e o amadurecimento dentro das contribuições de Winnicott. Rev FT [Internet]. 2024 jun. 28(135).
30. Bolzan GP, Zingler AS, Moura AF de, Schumacher CG, Mesquita DD, Moresco KE, Moura LV de, Morales da Rosa ME, Menezes NB de, Altmayer NMS, Dias V. Aleitamento materno, hábitos orais e introdução alimentar: tire suas dúvidas! [Internet]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/28431>

DECLARAÇÕES

Contribuições dos autores

Adeline Suzanne Zingler

Graduação em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Santa Maria
<https://orcid.org/0000-0003-0920-8927> • adeline.zingler@acad.ufsm.br
Contribuições: Conceituação, Escrita – revisão e edição

Claudiane Bottoli

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria
<https://orcid.org/0009-0004-9359-4270> • claudianereab1@gmail.com
Contribuições: Conceituação, Escrita – revisão e edição

Dani Laura Peruzzolo

Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria
<https://orcid.org/0000-0002-5407-7754> • dani.peruzzolo@ufsm.br
Contribuições: Conceituação, Escrita – revisão e edição

Marta de Vargas Romero

Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria
<https://orcid.org/0000-0002-1780-932X> • mvromero79@gmail.com
Contribuições: Conceituação, Escrita – revisão e edição

Bianca Nunes Pimentel

Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria
<https://orcid.org/0000-0001-5570-1304> • bianca.pimentel@acad.ufsm.br
Contribuições: Conceituação, Escrita – revisão e edição

Geovana de Paula Bolzan

Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria
<https://orcid.org/0000-0003-1799-3662> • bolzan.geovana@ufsm.br
Contribuições: Conceituação, Escrita – revisão e edição

Conflito de Interesse

Os autores declararam não haver conflito de interesses.



Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos entrando em contato com os autores.

Direitos Autorais

Os autores dos artigos publicados pela Revista Saúde (Santa Maria) mantêm os direitos autorais de seus trabalhos e concedem à revista o direito de primeira publicação, sendo o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição (CC BY-NC-ND 4.0), que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

Verificação de Plágio

A revista mantém a prática de submeter todos os documentos aprovados para publicação à verificação de plágio, utilizando ferramentas específicas, como Turnitin.

Editor-chefe

Rosmari Horner

Como citar este artigo

Zingler AS, Bottoli C, Peruzzolo DL, Romero MV, Pimentel BN, Bolzan, GP. Correlação entre risco de dificuldades alimentares e risco para transtorno do espectro autista em lactentes. Revista Saúde (Sta. Maria). [Internet] 2025; 51, e92967. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/92967>. DOI: <https://doi.org/10.5902/22365834692967>. Acesso em XX/XX/XXXX