

**PARADIGMA – CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DO  
COMPORTAMENTO**

**Programa de Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada**

MARIA APARECIDA BAPTISTA DE OLIVEIRA

TREINO PARENTAL VIA TELESAUDE

São Paulo – SP

2022

MARIA APARECIDA BAPTISTA DE OLIVEIRA

TREINO PARENTAL VIA TELESAUDE

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Associação Paradigma Centro de Ciência e Tecnologia do Comportamento, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL em Análise do Comportamento Aplicada, sob a orientação do Prof. Dr. Fernando Albregard Cassas.

São Paulo, 29 de março de 2022.

## **RESUMO**

O presente trabalho teve como objetivo a implementação do treino parental via telessaúde na intervenção em crianças com TEA. A coleta foi realizada via chamada de vídeo e consistiu em quatro etapas, com três sessões em cada etapa. Foi possível através da modelação desenvolver um repertório nos pais/cuidadores para estimulação de crianças com TEA no modelo de ensino naturalista.

Descritores: Treino Parental. Modelação. Treino Naturalista.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Introdução .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Objetivo .....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Método .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1</b>	<b>Participantes .....</b>	<b>10</b>
<b>3.2</b>	<b>Critérios de inclusão .....</b>	<b>11</b>
<b>3.3</b>	<b>Critérios de exclusão .....</b>	<b>11</b>
<b>3.4</b>	<b>Materiais e ambiente .....</b>	<b><u>11</u>11</b>
<b>3.5</b>	<b>Procedimento de Coleta .....</b>	<b><u>12</u>12</b>
<b>3.5.1</b>	<b>Seleção Inicial.....</b>	<b>12</b>
<b>3.5.2</b>	<b>Linha de base .....</b>	<b>12</b>
<b>5.3</b>	<b>Treino.....</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>Resultados e Discussão .....</b>	<b><a href="#">Erro! Indicador não definido.</a>15</b>
	<b>Referências .....</b>	<b>29</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>33</b>

## Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) se apresenta como um atraso no neurodesenvolvimento, com as primeiras manifestações antes dos 36 meses de idade. É caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social, além de padrões repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades (APA, 2014).

Nas estatísticas apresentadas em 2021 pela CDCs (*Centers for Disease Control and Prevention*), uma em cada 44 crianças com 8 anos de idade são diagnosticadas com autismo, 31% das crianças apresentam deficiência intelectual, e a prevalência no sexo masculino é quatro vezes maior.

A importância do diagnóstico precoce de TEA tem sido destacado na literatura como primeiro passo para o estabelecimento de tratamentos, intervenções e ações precoces. Já que estas têm levado a um melhor prognóstico dos casos, e, conseqüentemente, a uma melhor qualidade de vida para o indivíduo e aos seus familiares (Zwaigenbaum, 2010).

Cada criança possui um repertório peculiar e, o número de horas de intervenção indicadas, as quais pode variar conforme a idade e do nível de comprometimento, sem, contudo, perder a qualidade e a efetividade da intervenção. (Granpeesheh, Dixon, Tarbox, Kaplan, & Wilke, 2009; Linstead et al., 2016; Perry et al., 2008).

A Análise do Comportamento Aplicada ou ABA (*Applied Behavior Analysis*) tem sido utilizada em diversos contextos e é, atualmente, considerada a ciência com o maior número de práticas baseadas em evidências para o tratamento de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) que reúne a maior documentação de sua efetividade (Weiss, Fiske, & Ferraioli, 2008; Lovaas, 1987; Smith, Hayward, Gale, Eikeseth, & Klintwall, 2019). Em função de sua eficácia, a procura no Brasil por intervenções baseadas em evidências e, conseqüentemente, por profissionais com formação em Análise do Comportamento têm aumentado consideravelmente (Camargo & Rispoli, 2013). A intervenção baseada em ABA pode ser bastante onerosa dado que deve ser intensiva, duradoura, individualizada e iniciada precocemente (Lovaas, 1987; Smith et al., 2019). Tal aspecto, aliado a fatores como o número reduzido de profissionais especializados, a alta densidade populacional e a fragilidade das redes públicas de saúde e educação podem dificultar o acesso às intervenções baseadas em ABA no contexto brasileiro, sobretudo, à população de baixa renda (Antill, 2020; Ferreira, Silva, & Barros,

2016). Nesse sentido, a intervenção implementada por pais tem se mostrado eficaz e poderia ser uma alternativa promissora considerando o cenário nacional (e.g., Borba, Monteiro, Barboza, Trindade, & Barros, 2015; Guimarães et al., 2018).

De acordo com Melo e Silva, AJ, Barboza, AA, Miguel, CF, Barros (2019), A pesquisa sobre intervenção implementada pelos pais é essencial para disseminação dos tratamentos baseados em evidências, visto que a escassez de oportunidades para acessar a intervenção efetiva para o autismo nos países em desenvolvimento é uma grande preocupação,

O sistema público de saúde no Brasil carece do financiamento, pessoal e infraestrutura para oferecer uma intervenção intensiva e precoce de alta qualidade para indivíduos que são diagnosticados com autismo (de Mello, Andrade, Ho, & Dias, 2013). A falta de profissionais treinados e uma ampla gama de níveis socioeconômicos e educacionais entre famílias tornam muito mais difícil garantir acesso a intervenções eficazes, mesmo quando a intervenção é implementada por cuidadores.

O aumento das habilidades dos pais permite a estimulação e apresentação oportunidades contínuas para a criança aprender em uma variedade de situações e ambientes diferentes, tendo em vista são geralmente os principais cuidadores de seus filhos e o elo essencial entre os ambientes doméstico e escolar. O treinamento dos pais agora é considerado um componente importante de programas de intervenção bem-sucedidos. Muitas vezes, eles também desempenham um papel de treinador ou terapeuta em uma variedade de intervenções, o que demanda muito tempo, dedicação, energia e recursos financeiros.

O treinamento dos pais é definido como um esforço educacional que visa melhorar ou facilitar comportamentos dos pais que irão influenciar resultados positivos de desenvolvimento em suas crianças (Steiner, Koegel L, Koegel R, Ence, 2012).

O treinamento de pais, permite iniciar uma intervenção de forma precoce, pois é no núcleo familiar que as primeiras relações sociais acontecem. (IP, Honey, McConachie, 2013). Os pais conhecem o interesse de seus filhos e por vezes atuam como reforçadores, o que favorece no aumento das operações motivadoras, gerando assim um mais oportunidades de aprendizado das habilidades, como a imitação, a linguagem e a comunicação (IP, Honey, McConachie, 2013).

Ensinar cuidadores a implementar estratégias de mudança de comportamento também podem contornar a necessidade de recursos adicionais (por exemplo,

profissionais treinados) em ambientes onde sua disponibilidade é escassa (Barboza, Silva, Barros, & Higbee, 2015).

Adicionalmente ao ensino de pais, a realização de intervenções via telessaúde poderia se constituir em outra potencial alternativa para ampliar o acesso a serviços em ABA no país (Ferguson, Craig, & Dounavi, 2018; Unholz-Bowden et al., 2020). De acordo com o Health Information Technology (2017), “telehealth” diz respeito ao uso de tecnologias de telecomunicação (e.g., internet, videoconferência, comunicação por cabo ou sem fio etc.) para apoiar e promover o cuidado clínico e a educação em saúde. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2020), o serviço de telessaúde inclui teleconsultas, telediagnóstico, teleducação, entre outros e faz parte de um programa de saúde digital vinculado ao SUS (Sistema Único de Saúde).

Em função da necessidade de recorrer à modalidade de telessaúde, muitos profissionais precisaram inserir, de forma mais ou menos intensiva, os pais/cuidadores na rotina de terapia de seus filhos com TEA, como aplicadores dos programas de ensino planejados (Araripe et al., 2019). De forma a viabilizar tal intervenção e atender aos requisitos desse modelo de atendimento (i.e., serviço implementado pelo cuidador), os profissionais necessitaram, também, ensinar os pais/cuidadores a implementar os programas de forma remota. Nessa direção, alguns estudos têm investigado sob quais condições o uso de telessaúde seria mais ou menos eficaz para ensinar cuidadores a implementar procedimentos baseados em ABA (e.g., Guðmundsdóttir et al., 2019; Ingersoll, Weiner, Berger, Pickard, & Bonter, 2016; Simacek, Dimian, & McComas, 2017). De forma geral, tais estudos têm demonstrado que procedimentos baseados em ABA podem ser aprendidos e implementados pelos pais com resultados positivos e alta aceitabilidade (e.g., Antill, 2020; Ferguson et al., 2018; Neely et al., 2017; Tomlinson, Gore, & McGill, 2018; Unholz-Bowden et al., 2020).

Neste sentido, a intervenção indireta (ou intervenção *via* cuidadores) desponta como uma alternativa viável em termos de custos. A intervenção indireta se caracteriza pela ênfase no treinamento de cuidadores para auxiliar na intensidade da aplicação dos programas de ensino, formulados conforme criteriosa avaliação do caso.

Esse tipo de intervenção é organizado de forma que os cuidadores são orientados a realizar procedimentos de ensino com a criança, conforme o planejamento de um analista do comportamento. Após o treino, na maioria dos estudos, os cuidadores passam a receber orientação profissional periódica e regular (cf. Gillett & LeBlanc, 2007; Matson, et al., 2009; Sallows & Graupner, 2005; Smith, Buch, & Gamby, 2000).

A aplicação de programas de ensino via cuidador tem-se demonstrado promissora tendo em vista seus resultados obtidos em pesquisas aplicadas (e.g. Silva et al., 2019) e seu potencial de aumentar a intensidade das intervenções, reduzir seu custo e aumentar a probabilidade de generalização dos repertórios ensinados (Barboza, Costa, & Barros, 2019; Dogan et al., 2017; Prata, Lawson, & Coelho, 2018). Estudos têm investigado desde repertórios basais para funcionalidade de pessoas com TEA, como: habilidades sociais (Dogan et al., 2017), manejo de comportamentos inadequados (Guimarães et al., 2018; Bagaiolo et al., 2017), comportamento verbal: tato (Borba, Monteiro, Barboza, Trindade, & Barros, 2015; Silva et al., 2019), mando (Loughrey et al., 2014; Silva et al., 2019); até procedimentos de ensino como: treino por tentativas discretas (Barboza et al. 2019; Ferreira, Silva, & Barros, 2016; Silva et al., 2019), e ensino naturalístico (Hsieh, Wilder, & Abellon, 2011)

Analistas do Comportamento na capacitação presencial desses cuidadores (Borba, 2014). A fim de solucionar essa questão, tem-se buscado reduzir o tempo da capacitação dos aprendizes através do uso de ferramentas tecnológicas (Barboza, Silva, Barros, & Higbee 2015; Blackman, Jimenez-Gomez, & Shvarts, 2020; Gerencser, Higbee, Akers, & Contreras, 2017). Uma dessas ferramentas é o ‘treinamento interativo via computador (Interactive Computer Training - ICT). Esse modelo de ensino interativo informatizado utiliza módulos on-line em que são exibidos vídeos, textos e narrações para apresentar os conteúdos aos aprendizes (Higbee et al., 2016; Gerencser et al., 2017). A utilização dos procedimentos de treinamento constitutivos do ICT (ensino via videomodelação, feedback da performance do aluno e treinamento baseado em critérios) tem sido validada na capacitação de professores do ensino regular e especial (e.g., Martins & Souza, 2019; Scott, Lerman, & Luck, 2018) e de profissionais que atuam na intervenção dirigida a pessoas com desenvolvimento atípico (e.g., Comesanha & Souza, no prelo; Fetherston & Sturmey, 2014). Ferramentas como essa têm se mostrado efetivas (Barboza et al., 2019; Gerencser et al., 2017; Higbee et al., 2016) e têm suma importância no contexto brasileiro, tendo em vista o reduzido número de profissionais capacitados, altos custos nas intervenções, além de seu vasto território e grande diversidade socioeconômica (Barboza et al., 2019; Barboza et al., 2015).

Tendo em vista as evidências da capacitação de aplicadores de forma remota (ICT) (Barboza et al., 2019; Gerencser et al., 2017; Higbee et al., 2016) e as evidências da efetividade de procedimentos aplicados por cuidadores (Barboza, et al., 2019; Dogan et

al., 2017; Prata et al., 2018), intervenções via telessaúde despontam como alternativa promissoras para dar continuidade aos atendimentos em momento de pandemia.

Há uma literatura considerável envolvendo intervenção ao TEA e a crianças com desenvolvimento atípico via cuidador, para a manutenção ou ensino de diferentes habilidades (Barboza et al., 2019; Dogan et al., 2017; Laski et al., 1988; Loughrey et al., 2014; Prata et al., 2018). Esse momento de pandemia tem desafiado os profissionais e familiares a manter uma intervenção de qualidade e colocado em evidência a modalidade de intervenção via telessaúde, que já há algum tempo tem sido sugerida por alguns autores (Barboza et al., 2015; Silva et al., 2019) como uma alternativa de intervenção em países em desenvolvimento como o Brasil, por ainda haver poucos profissionais capacitados para uma intervenção direta, e ser oneroso para a maioria da população, considerando ainda o fato de não haver ou haver pouco apoio governamental para subsidiar uma intervenção para esses indivíduos.

A produção de Estudos e tecnologias para o treinamento de cuidadores já vêm sendo produzida há algum tempo (Barboza et al., 2015; Blackman et al., 2020; Ferreira et al., 2016; Gerencser et al., 2017), assim como o aperfeiçoamento dessas tecnologias (Barboza et al., 2015; Higbee et al., 2016). Paralelamente, há uma outra literatura, de telessaúde, que busca aprimorar tecnologias de ensino de métodos analítico comportamentais para profissionais (Neely, Hong, Kawamini, Umana, & Kurz, 2020; Neely et al., 2018; Neely, Rispoli, Gerow, & Hong, 2016), visando que todo o treinamento ocorra remotamente. Considerando essas pesquisas em telessaúde e as questões supracitadas sobre a disponibilidade da prestação de serviços em ABA no contexto brasileiro, percebemos que há a necessidade de mais pesquisas sobre esta temática no nosso contexto, o que evidencia a necessidade de pesquisas em que os cuidadores sejam participantes e os principais agentes de uma possível intervenção.

### **Objetivo**

A pandemia produziu um grande movimento de todos os profissionais, principalmente os da saúde, os quais precisaram fazer uso dos recursos tecnológicos para continuar prestando seus serviços e amparando seus clientes/pacientes.

Os conselhos Regionais de Psicologia (CRP), de Fonoaudiologia (CRF) e de Terapia Ocupacional (CREFITO) emitiram notas autorizando que os atendimentos fossem feitos à distância, via videoconferência.

Com isso, o presente trabalho tem como objetivo o treino de habilidades em pais/cuidador via telessaúde, para que possam realizar uma estimulação de qualidade das crianças com diagnóstico de TEA, pois principalmente neste momento, ainda que não consigamos dimensionar precisamente os prejuízos a médio e a longo prazo para as crianças que ficarem sem intervenção, podemos supor que algum prejuízo haverá visto que, para algumas crianças, a inconstância na intervenção já produz efeitos deletérios nas habilidades em aquisição ou já adquiridas (Silva, Barboza, Miguel, & Barros, 2019).

## **Método**

### **3.1 Participantes**

A divulgação para participação desse estudo foi realizada através de grupos de profissionais que trabalham com Autismo no WhatsApp, foram indicadas 5 mães, as quais foram contactadas, sendo que 2 foram eliminadas, uma por não possuir internet de qualidade para realização das sessões e outra por dificuldade em dispor de tempo para a realização das sessões. As mães selecionadas preencheram um formulário no qual continha os critérios de inclusão abaixo descritos. O nível socioeconômico não foi um critério utilizado para inclusão ou exclusão.

Para essa pesquisa foram selecionados três conjuntos de cuidadores e crianças, bem como tivemos 3 colaboradores de pesquisa com formação em Psicologia e especialização em Análise do Comportamento Aplicado (em curso ou concluído).

Os cuidadores foram participante 1 gênero feminino, de 40 anos, com ensino superior completo, mãe da criança 1. Participante 2 gênero feminino, 37 anos ensino médio completo, mãe da criança 2. Participante 3 gênero feminino, 47 anos, ensino médio completo, mãe da criança 3. Todas as participantes possuíam habilidade para manusear tecnologia de chamada de vídeo através de computador ou aparelho celular.

As crianças selecionadas foram: Participante 1 gênero masculino, 6 anos, estudante do 1<sup>a</sup> ano do ensino fundamental, com diagnóstico de Autismo Leve, com repertório de comportamento vocal e cognição preservada. Participante 2 gênero masculino, 6 anos, estudante do 1<sup>a</sup> ano do ensino fundamental, com diagnóstico de Autismo, com repertório de comportamento vocal presente, dificuldade na comunicação funcional. Participante 3 gênero masculino, 6 anos, estudante do 1<sup>a</sup> ano do ensino fundamental, com diagnóstico de Autismo severo e Síndrome de Sotos, ausência de

repertório de comportamento vocal, prejuízos na linguagem, comportamentos colaborativos e adaptativos, com presença de comportamento auto lesivo.

Colaboradores da pesquisa foram: Colaborador 1 Psicóloga, especialista em Análise do Comportamento Aplicada ao TEA e Deficiência Intelectual, colaborador 2 Psicólogo, especializando Análise do Comportamento Aplicada ao TEA e Deficiência Intelectual, Colaborador 3 Psicóloga, especialista em Análise do Comportamento Aplicada ao TEA e Deficiência Intelectual, Especialista em Neuropsicologia e Terapia Comportamental Cognitiva.

### **3.2 Critérios de inclusão**

Como critério de inclusão, foi utilizado a idade dos cuidadores (22 e 55 anos) escolaridade a partir do ensino médio completo, com habilidade para manusear tecnologia de chamada de vídeo, a qual foi avaliada a partir da entrevista inicial que ocorreu por meio de vídeo chamada.

Foram incluídas nesse estudo crianças com idade entre 4 e 8 anos, com diagnóstico de TEA, comprovado por meio de relatório de médico neuropediatra, apresentado pelos cuidadores na entrevista.

Os colaboradores para realização desta pesquisa deviam ter formação em psicologia, com conhecimento prévio em conceitos básicos de Análise do Comportamento Aplicada e manejo de comportamento de crianças com diagnóstico de TEA.

Não foi utilizado como critério de exclusão a escolaridade da criança, etnia, condição socioeconômica e gênero. Houve a exclusão de dois participantes por não possuir internet de qualidade para a realização das chamadas de vídeo e tempo disponível para realização das sessões.

### **3.3 Critérios de exclusão**

Os sujeitos que não apresentarem os requisitos estabelecidos para o critério de inclusão nesta pesquisa.

### **3.4 Materiais e ambiente**

As sessões foram realizadas por meio de chamada de vídeo, utilizando o google meet, todas as sessões foram gravadas e salvas em um drive protegido por senha. Não

houve dificuldade por parte dos cuidadores ou colaboradores no que se refere a qualidade da internet, foi possível realizar todas as sessões programadas. Os cuidadores e as crianças estavam na residência do cuidador/criança. Para a realização das tarefas foram utilizados itens de interesse da criança como reforçador, bem como itens que possibilitaram as intervenções previamente programada, como por exemplo brinquedos. Foram utilizados ainda folhas de registro pelo colaborador para mensuração dos comportamentos dos pais e das crianças durante as sessões.

Os cuidadores separaram adequadamente um ambiente na casa para a realização das atividades, o Participante 1 utilizou do ambiente do quarto para a realização das atividades e esteve presente somente a mãe e a criança. O participante 2 utilizou o ambiente da sala da casa para realização das atividades, esteve presente somente a mãe e a criança durante as atividades, contudo por ser um ambiente amplo com acesso fácil a área externa da casa, em alguns momentos a criança saiu do ambiente, sendo necessário a intervenção da cuidadora para que pudesse retornar. O Participante 3 realizou as atividades no ambiente da sala e cozinha, pois tratava-se de um ambiente aberto, esteve presente somente a cuidadora e a criança durante as intervenções.

O assistente de pesquisa utilizou uma sala de atendimento em contexto clínico sem a presença de outras pessoas, com um computador com recurso para realização da chamada de vídeo e gravação da sessão, bem como com as folhas de registro e caneta para anotação dos comportamentos observados.

### **3.5 Procedimento de Coleta**

O delineamento utilizado foi de sujeito único, com linha de base pré-treino e pós-treino.

#### **3.5.1 Seleção inicial:**

Foi realizado uma entrevista inicial com os cuidadores para expor os objetivos desta pesquisa, bem como esclarecer dúvidas, coletar informações sobre a criança no que se refere a idade, escolaridades, habilidades em déficits e leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, bem como apresentação de laudo médico da criança. Os cuidadores preencheram a escala Vineland 3 a qual foi utilizado como guia para escolha da habilidade que foi treinada durante esta pesquisa.

#### **3.5.2 Linha de base**

Após a coleta de dados com o cuidador, o mesmo recebeu escritas orientações para organização do ambiente para primeira sessão, bem como as tarefas que deveriam realizar durante a sessão com a criança, a qual ocorreu em dia previamente agendado e foi realizada por chamada de vídeo entre o pesquisador e o cuidador, com duração de 20 minutos, a criança estava presente nesta sessão. Nessa sessão foi realizada uma linha de base para verificação do manejo do cuidador no comportamento da criança, tais como se conseguiam obter a atenção da criança, manter a criança engajada em uma tarefa, reforçar o comportamento adequado, repertório lúdico. A sessão foi gravada com o consentimento da família, para análise posterior.

### **3.5.3 Treino**

#### **Etapa 1**

Os cuidadores receberam uma série de cinco vídeos informativos sobre como oferecer oportunidade de aprendizado a uma criança com desenvolvimento atípico em contexto natural; como variar a brincadeira com um mesmo objeto; como oferecer ajuda quando a criança não conseguir realizar a tarefa solicitada; como utilizar a motivação da criança para o aprendizado de novos repertórios, viram ainda as funções do comportamento, tipos de reforços, estrutura da sessão (como organizar o ambiente para sessão e exemplos de atividade), tipos de suporte de ajuda, como criar oportunidades de aprendizagem e variação no brincar. Todos os cuidadores assistiram os vídeos, as dúvidas que surgiram estavam relacionadas a como variar no brincar e gerar as oportunidades de ensino. Após esclarecimento das dúvidas as cuidadoras receberam os objetivos para individuais das crianças e como realiza-los nas sessões, e após isso foram direcionados para a segunda etapa.

#### **Etapa 2**

Nesta etapa para o participante 1 foram escolhidos o repertório de comportamento intraverbal de responder perguntas com “como, quando, quem e onde”, nomear pronomes, troca de turno, imitação (mímica das emoções).

Para o participante 2 foram escolhidos o repertório intraverbal de responder perguntas com “como, quando, quem e onde”, responder perguntas que envolvem situações no passado, identificar e escolher vestimentas adequadas de acordo com o clima, nomeação das emoções, troca de turno no brincar social e imitação motora fina.

Para o participante 3 foram selecionados repertório de prontidão, comportamentos colaborativos, contato visual, rotina sensoriosocial e mando (apontar).

As cuidadoras receberam as instruções para organização da sessão, bem como em relação aos objetivos propostos, sendo incentivadas a criar oportunidades de ensino de acordo com os objetivos.

Foram realizadas 3 sessões nesta etapa, as cuidadoras receberam durante as sessões feedback imediato sempre que necessário para modelação com comportamentos esperados, o colaborador observou a sessão através da chamada de vídeo e registrou em check-list os comportamentos esperados do cuidador. As sessões foram gravadas para e avaliadas posteriormente entre observadores dos comportamentos apresentados pelos cuidadores. A duração da sessão foi de 20 min.

### **Etapa 3**

Nesta etapa o cuidador já de posse das orientações recebidas na etapa 1, de continuidade nos objetivos programados, foi realizado o atendimento por chamada de vídeo e observado pelo colaborador de pesquisa o comportamento da cuidadora durante a sessão. Nessa etapa não houve feedback imediato, sendo esse emitido ao final de cada sessão. Foram registrados os comportamentos alvos emitidos pelas cuidadoras e as sessões foram gravadas para posterior avaliação entre observadores. Essa sessão teve duração de 20 min adicionados mais 10 min de feedback, foram realizadas 3 sessões nessa etapa.

### **Etapa 4**

Nessa etapa foram realizadas 3 sessões por chamada de vídeo com a cuidadora e a criança, manteve-se o mesmo objetivo das etapas anteriores, ou seja, as cuidadoras programaram atividades que possibilitassem o desenvolvimento do objetivo definido através do treino de ensino naturalístico, sendo observadas através de chamada de vídeo pelo colaborador, a qual foi gravada para posterior avaliação entre observadores. Nesta etapa não foi fornecido feedback ao cuidador, ao final de cada sessão os colaboradores de pesquisa reforçavam positivamente as tentativas emitidas pelas cuidadoras e motivavam a prosseguir na sessão seguinte sem, contudo, sinalizar os erros ou fazer correções. As sessões tiveram duração de 20 min.

As tarefas realizadas foram determinadas após o preenchimento da escala Vineland 3 e selecionadas de acordo com a dificuldade de cada criança, foram incluídas atividades que variaram entre baixo e médio custo de resposta, para evitar comportamentos disruptivos durante a sessão, pois o objetivo não era a aquisição do repertório da criança, mas sim se houve aquisição no repertório da cuidadora de realizar as tarefas com a criança.

Os comportamentos esperados do cuidador foram: garantir a atenção da criança antes de solicitar uma demanda, seguir a liderança da criança, utilizar o objeto de interesse da criança para solicitação da demanda (por exemplo: em treino de imitação, gerar uma oportunidade para solicitar que a criança faça imitação a partir de um item que a criança esteja brincando), manter a criança engajada na tarefa. Diante da dificuldade da criança em realizar a tarefa oferecer ajuda do menor para o maior suporte.

Os dados coletados nesta pesquisa foram armazenados em um HD protegido por senha que ficará sob os cuidados da pesquisadora principal.

## **RESULTADOS e DISCUSÃO**

A seguir, serão apresentados os dados coletados separados por participante. A seguir será apresentada uma análise geral dos dados coletados.

### **Participante 1:**

A participante 1 apresentou na linha de base habilidade para manter a criança engajada nas brincadeiras, bem como conseguiu utilizar uma linguagem adequada conforme o nível de comunicação da criança, os demais comportamentos mensurados não foram observados na linha de base. Foi possível observar dificuldade na aquisição da habilidade em fazer transição entre as atividades, bem como variar entre atividades de baixo e auto custo (princípio Premack). Após as sessões com feedback (7-9), foi possível observar a aquisição dos repertórios de garantir a atenção da criança, emitir o SD corretamente, evoluir os passos de dicas adequadamente, manter a criança engajada, variar no brincar, seguir as orientações fornecidas, otimizar a motivação da criança para a tarefa, apresentação de afeto positivo e se atentar as pistas comunicativas da criança.

Já o manejo de comportamento disruptivo variou entre as sessões, contudo na última sessão sem feedback ela conseguiu manejar de forma adequada quando apareceu.

A participante 1 forneceu feedback durante as sessões verbalizando ter aumentado o tempo de qualidade na brincadeira com o filho, pois anterior a intervenção não realizava

tarefas de acordo com o interesse dele, sempre que realizava uma atividade com o filho era com objetivo pedagógico, pois por ser professora acreditava que estimular o repertório acadêmico era o mais importante. Relatou ainda durante as sessões a importância do aprendizado das funções do comportamento, pois reforçava muito comportamentos inadequados por atenção e, após o treino, conseguiu se antecipar e fornecer atenção ao filho antes de apresentar o pedido por atenção de forma inadequada.

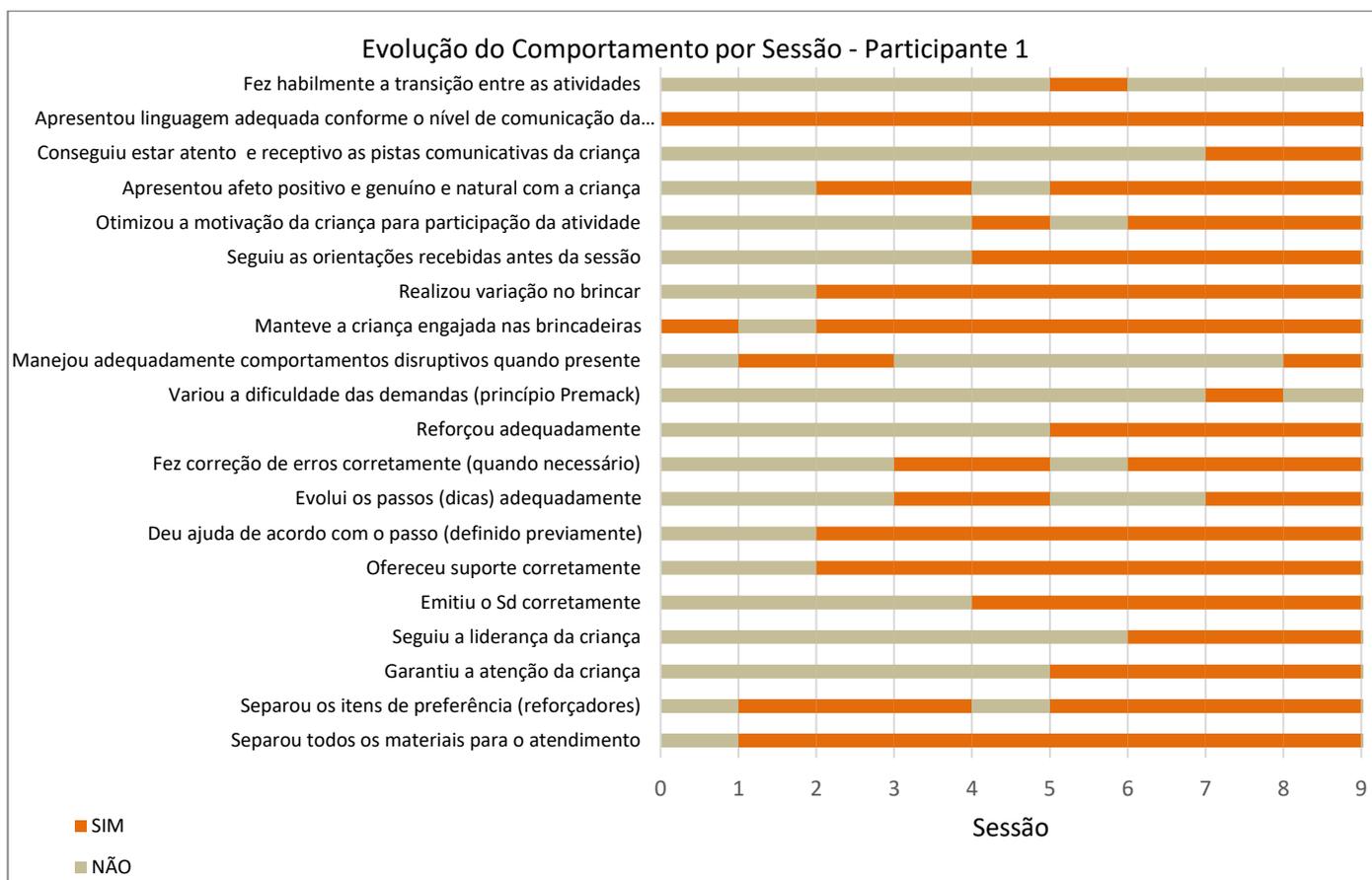


Figura 1 – Participante 1: ocorrência ou não dos comportamentos

### Participante 2:

A participante 2 na linha de base apresentou apenas repertório de comunicação adequada de acordo com a linguagem da criança, sem habilidade para dos demais comportamentos avaliados. Apresentou maior dificuldade na aquisição dos repertórios de seguir a liderança da criança, fornecer dicas de acordo com os passos de menos intrusiva para mais intrusiva, manejar comportamentos disruptivos, manter a criança engajada nas atividades. Durante as sessões a criança apresentou comportamento de agitação, com dificuldade para permanecer nas atividades, se dispersando com facilidade o que pode ter contribuído para a dificuldade apresentada pela mãe, pois esta pedia desculpas ao

aplicador por não conseguir realizar a atividade, pareceu estar preocupada com o próprio desempenho e em alguns momentos não realizou o que lhe era proposto durante o feedback no que se referiu as habilidades de maior dificuldade supracitadas. As demais habilidades treinadas foram adquiridas ao longo das sessões, se mantendo nas sessões em que não recebeu feedback.

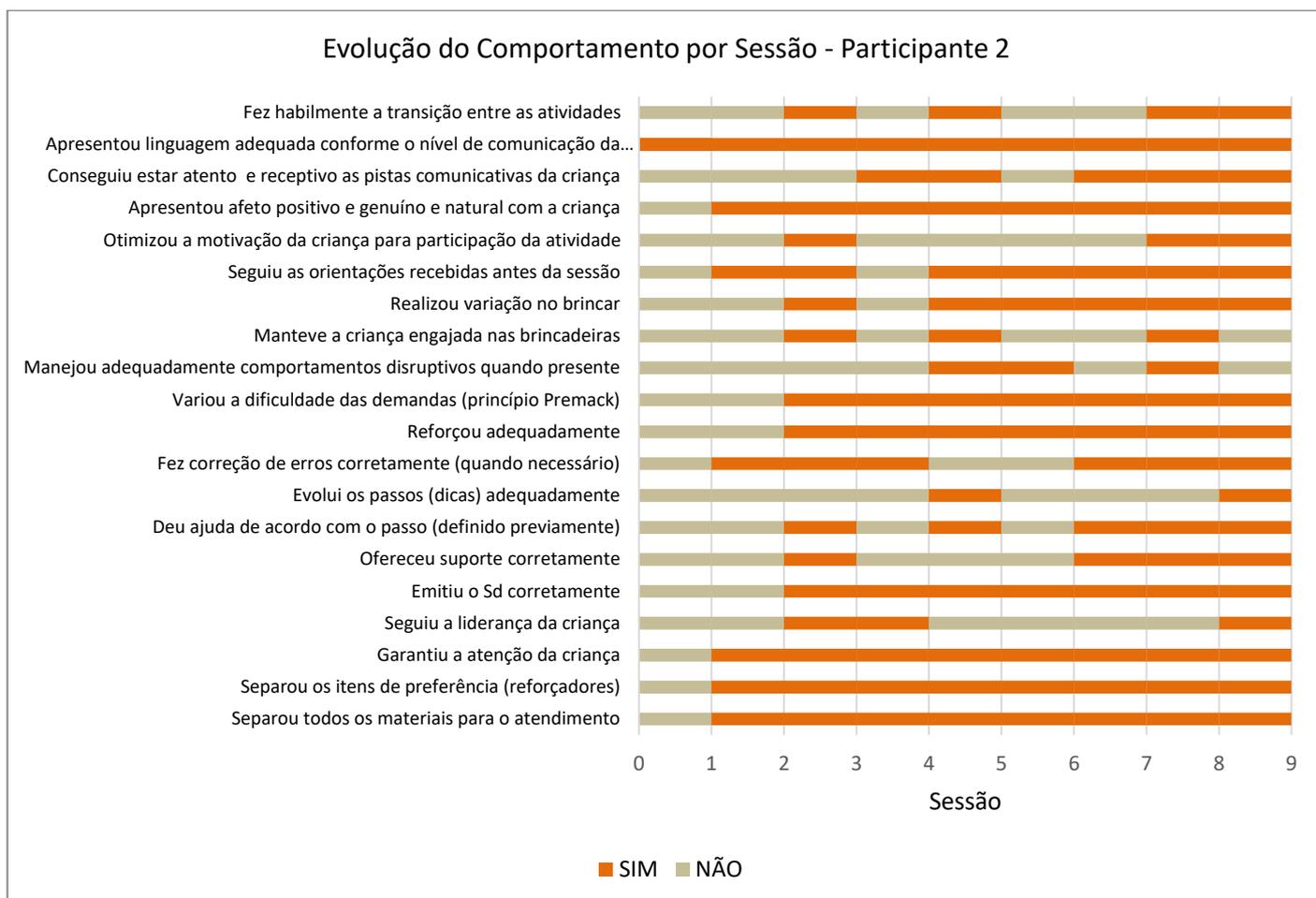
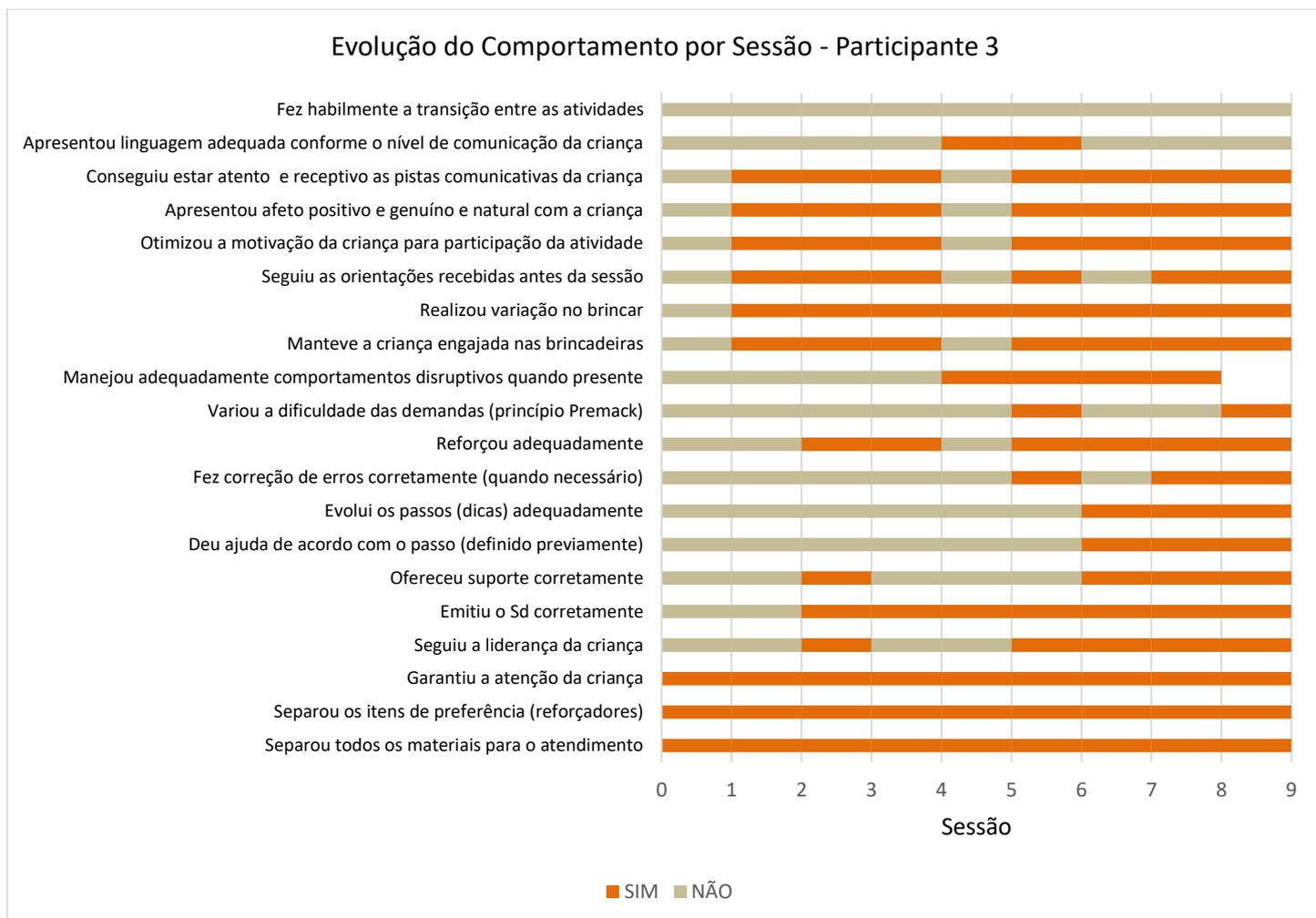


Figura 2: Participante 2: ocorrência ou não dos comportamentos

### Participante 3:

A participante 3 apresentou na linha de base apresentou comportamento de separar os materiais para a sessão, separou os itens de preferência e conseguiu garantir a atenção da criança para a realização das atividades. Após o primeiro treino com feedback conseguiu adquirir a maior parte dos comportamentos esperados, com maior dificuldade para o comportamento de adequar a linguagem conforme o nível de comunicação da criança, variação entre as atividades de menor e maior custo e correção de erro. Na quinta sessão a criança não estava bem, estava com um processo alérgico e apresentou maior dificuldade para realização das atividades, dessa forma foi possível notar uma queda nos

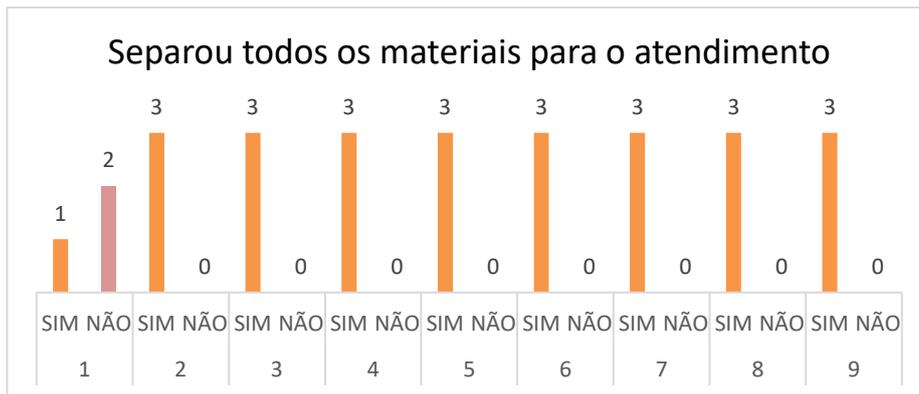
comportamentos esperados da mãe, contudo, mesmo diante da dificuldade ela se manteve na sessão, conseguiu manejar os comportamentos disruptivos que surgiram e emitir os SDs de forma adequada. A criança apresenta um baixo repertório comportamental, é não vocal, apresenta uma busca sensorial intensa, contudo essas variáveis não foram impeditivas para a realização de um treino on-line.



*Figura 3: Participante 3: ocorrência ou não dos comportamentos*

A seguir será apresentado uma análise geral de cada comportamento avaliado durante as sessões:

As participantes foram orientadas antes das sessões a separar os materiais que seriam utilizados a partir das habilidades selecionadas. Apenas a participante 2 não separou os materiais na primeira sessão, após orientação esse comportamento modificou para as demais sessões e a participante iniciou as sessões com os materiais organizados.



**Figura 4: ocorrência ou não dos comportamentos de separar materiais**

As participantes foram orientadas a identificar e separar os itens reforçadores para as crianças a serem utilizados durante a sessão, na linha de base somente a participante 3 separou os reforçadores para utilização na sessão. As outras participantes foram orientadas sobre a importância dos reforçadores e, nas demais sessões, não deixaram de separar os itens. Apenas a participante 1 não separou na quinta sessão os reforçadores, sendo necessário separar no momento da sessão itens para que pudesse utilizar.



**Figura 5: ocorrência ou não dos comportamentos de separar itens de preferência**

As participantes foram orientadas sobre a importância de garantir a atenção da criança antes de solicitar uma tarefa, a participante 1 apresentou mais dificuldade para a aquisição desse repertório quando comparada as demais participantes, contudo esse repertório foi adquirido ao final do treino por as participantes.



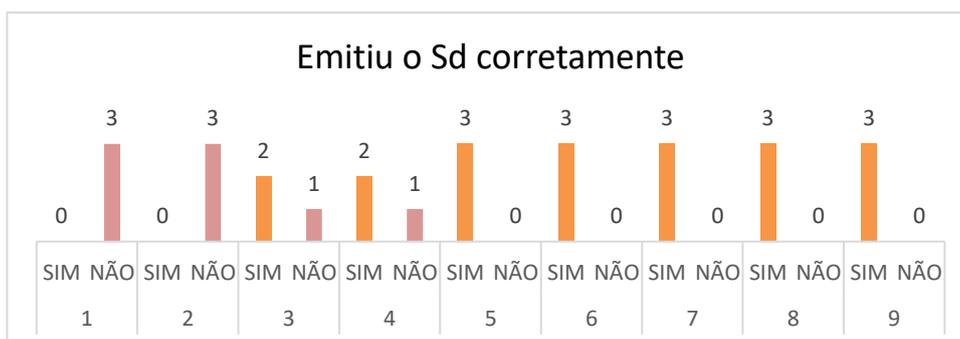
**Figura 6: ocorrência ou não dos comportamentos de garantir a atenção da criança**

As participantes foram orientadas sobre a importância em seguir a liderança da criança na brincadeira para se obter um maior engajamento, esta habilidade não estava presente em nenhuma das participantes na linha de base. Foi possível observar uma dificuldade maior para aquisição desse repertório para a participante 1 a qual conseguiu apresentar com independência somente na última sessão pós treino. A participante 2 apresentou de forma independente esse repertório nas sessões com feedback 3 e 4 e na última sessão pós treino. Somente a participante 3 apresentou aquisição desse repertório de forma independente após o treino.



**Figura 7: ocorrência ou não dos comportamentos de separar itens de preferência**

As participantes receberam as sugestões das atividades que seriam realizadas, bem como orientação em como fornecer o SD para realização das atividades, nas duas primeiras sessões não houve emissão correta de SD pelas participantes, contudo é possível observar que após os feedbacks fornecidos, houve modelação desse comportamento para todas as participantes.



**Figura 8: ocorrência ou não dos comportamentos de emitir o SD corretamente**

As participantes foram instruídas através de vídeo a como fornecer suporte diante da dificuldade de emissão de resposta das crianças, iniciando do menor para o maior suporte, nota-se que após as sessões com feedback houve modelação desse comportamento em todas as participantes.



**Figura 9: ocorrência ou não dos comportamentos de oferecer suporte corretamente**

As participantes foram orientadas através de vídeo demonstrativo a fornecer ajuda de acordo com o passo em cada atividade, iniciando as atividades demonstrando para a criança como ser feito e diminuindo a ajuda conforme o nível de independência nas tarefas, após modelação foi possível observar a aquisição desse comportamento em todas as participantes.



**Figura 10: ocorrência ou não dos comportamentos de separar itens de preferência**

As participantes foram orientadas através de vídeo explicativo a gradativamente diminuir as dicas para a realização das atividades, favorecendo a emissão de resposta independente da criança. É possível observar que todas as participantes apresentaram

dificuldade na aquisição desse repertório, a participante 2 foi quem mais apresentou dificuldade na aquisição dessa habilidade, apresentando de forma independente esse comportamento somente na última sessão pós treino, as demais participantes conseguiram adquirir esse repertório através da modelagem.



**Figura 11: ocorrência ou não dos comportamentos de evoluir os passos adequadamente.**

As participantes foram orientadas através de vídeo explicativo a fazer correção de erros a partir da aprendizagem sem erro, evitando falas negativas do tipo “está errado”, “assim não”, e motivando a criança reforçando as tentativas e modelando os comportamentos alvos. É possível observar a aquisição desse comportamento após a modelagem nas três participantes. A participante com maior variação na aprendizagem desse comportamento foi a participante 3.



**Figura 12: ocorrência ou não dos comportamentos de fazer correção de erros corretamente.**

As participantes foram orientadas através de vídeo explicativo sobre a importância do reforço e como utilizar o reforçador durante o processo de ensino. Após sessões de modelação houve aquisição desse comportamento em todas as participantes.



**Figura 13: ocorrência ou não dos comportamentos de reforçar adequadamente.**

As participantes foram orientadas através de vídeo explicativo sobre a importância de variar entre uma atividade fácil e uma de maior custo de resposta para a criança, para que esta possa se manter engajada na atividade e não apresentar comportamento de fuga. A participante 1 não conseguiu adquirir esse repertório durante o treino, a participante 3 apresentou esse comportamento de forma independente somente em uma sessão de modelação e na última sessão pós treino. Somente a participante 2 apresentou consistência na aquisição desse repertório.



**Figura 14: ocorrência ou não dos comportamentos de variar a dificuldade das demandas.**

As participantes receberam orientação sobre as funções dos comportamentos através de vídeos explicativos, a importância de identificar a função e trabalhar no antecedente e durante as sessões foram orientadas em como manejar os comportamentos disruptivos a medida que estes iam surgindo, bem como verificar no momento qual a função do comportamento. A participante 2 apresentou maior dificuldade no manejo dos comportamentos disruptivos durante as sessões, foi possível notar dificuldade em identificar a função do comportamento, que na maioria das vezes estavam relacionados a fuga de atividade e obtenção de atenção e mesmo recebendo o feedback apresentou dificuldade em seguir as orientações fornecidas. As participantes 1 e 3 após modelação conseguiram identificar e manejar adequadamente os comportamentos antes mesmo de iniciar um disruptivo.



**Figura 15: ocorrência ou não dos comportamentos de manejo de comportamento disruptivo**

As participantes foram orientadas sobre a importância de manter a criança engajada nas brincadeiras, utilizando dessas para oferecer oportunidades de aprendizado, tornando assim a intervenção mais prazerosa para a criança. A participante 2 apresentou dificuldade na aquisição desse repertório, foi possível observar baixo repertório lúdico, foi necessário fornecer mais modelo de brincadeiras para a mãe durante as sessões de modelagem e após o treino foi possível notar que não houve consistência nesse aprendizado por essa participante. As demais conseguiram adquirir esse repertório após sessões de modelagem.



**Figura 16: ocorrência ou não dos comportamentos de manter a criança engajada nas brincadeiras**

As participantes foram orientadas sobre a importância de variar o brincar com um mesmo objeto, possibilitando mais oportunidade de aprendizado. Após modelação foi possível notar aquisição desse repertório em todas as participantes.



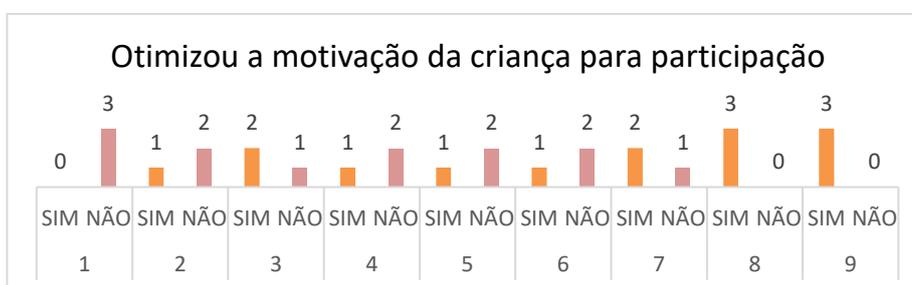
**Figura 17: ocorrência ou não dos comportamentos de variação no brincar**

As participantes receberam orientação antes das sessões sobre a organização dos materiais, reforçadores, objetivos a serem trabalhados, após modelagem foi possível observar a aquisição desse repertório em todas as participantes.



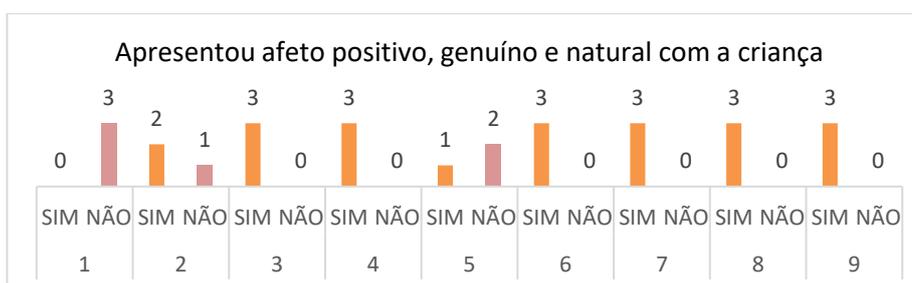
**Figura 18: ocorrência ou não dos comportamentos de seguir as orientações fornecidas antes da sessão**

As participantes foram orientadas a otimizar a motivação da criança para participação das atividades, oferecendo um ambiente agradável e reforçador. Foi possível observar após a modelação a aquisição desse repertório em todas as participantes.



**Figura 19: ocorrência ou não dos comportamentos de otimizar a motivação da criança durante a sessão.**

Foi observado durante as sessões o comportamento afetivo das mães com as crianças e nota-se na linha de base a ausência dessa interação mais afetiva o que pode estar relacionada com a preocupação em ser observado, contudo a medida que o vínculo com o observador foi estabelecido as participantes demonstraram mais naturalidade e afetividade na interação com a criança.



**Figura 20: ocorrência ou não dos comportamentos de apresentação de afeto positivo, genuíno e natural com a criança na sessão.**

Foi observado durante as sessões o quanto das mães estavam atentas e receptivas as pistas comunicativas emitidas pelas crianças, como perda de interesse em uma atividade, dificuldade para realizar uma tarefa, necessidade de atenção, houve uma

oscilação na apresentação desse comportamento por parte das participantes, todas receberam feedback quando não percebiam essas pistas e ao final das sessões de modelagem foi possível notar a aquisição desse repertório nas três participantes.



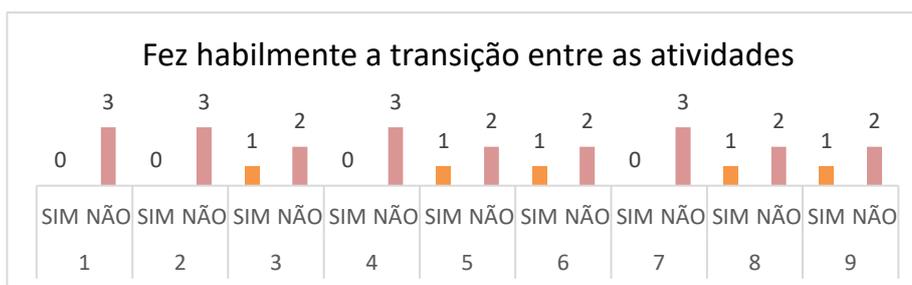
Figura 21: ocorrência ou não dos comportamentos de atentar-se as pistas comunicativas da criança

Foi observado a forma como as participantes interagem com as crianças, se utilizavam linguagem adequada a comunicação da criança, vocal ou recursos visuais, a participante com maior dificuldade na aquisição desse repertório foi a participante 3, acredita-se que a ausência de linguagem vocal da criança pode ser uma barreira para que essa comunicação aconteça de forma adequada, foi sugerido durante as sessões de modelagem a utilização de linguagem suplementar por meio de figura, contudo para esse treino se faz necessário ajuda de profissional especializado e não foi possível para essa participante a aquisição desse repertório durante o treino proposto.



Figura 22: ocorrência ou não dos comportamentos de comunicação adequada ao nível de comunicação da criança

Foi observado durante as sessões a habilidade de transição entre as tarefas, somente a participante 2 conseguiu emitir de forma independente esse comportamento na sessão pós treino. Das habilidades observadas essa foi a de maior dificuldade para todas as participantes.



**Figura 23: ocorrência ou não dos comportamentos de realizar habilmente a transição entre as atividades**

Como foi possível perceber ao longo do trabalho aqui apresentado o TEA é uma condição que afeta principalmente o desenvolvimento das habilidades de comunicação e interação social e pode gerar prejuízos significativos ao longo do desenvolvimento.

A importância da intervenção precoce tem se mostrado uma importante ferramenta para contribuir para diminuição desses efeitos. Contudo, no Brasil a dificuldade ao acesso a intervenção baseada em evidência ainda é uma barreira, não só pela escassez de profissional qualificado, mas também pelo alto custo do serviço. Isso impede, muitas vezes, as famílias de oferecerem uma intervenção de qualidade a seus filhos.

Uma alternativa apresentada na literatura, tem sido o treino parental, o qual possibilita a aquisição de repertório dos pais para estimulação das habilidades em déficits de seus filhos e manejo de comportamento. Diante desse cenário este trabalho objetivou fornecer um treinamento parental via telessaúde, oferecendo aos pais acesso ao conhecimento a conceitos básicos de Análise do Comportamento Aplicada para intervenção em crianças com autismo, bem como estratégias de ensino naturalista, possibilitando assim uma estimulação baseada em evidências e ampliação do repertório de manejo comportamental dos pais.

Os resultados aqui encontrados demonstram que através do treino via telessaúde os cuidadores conseguiram obter um repertório de garantir a atenção da criança, apresentar um SD corretamente, identificar e separar itens reforçadores, reforçar adequadamente, variar no brincar e corrigir erros.

Esses comportamentos são elementos básicos para se iniciar uma intervenção. Assim, com esse novo repertório, os cuidadores potencialmente conseguirão ampliar o tempo de estimulação, oferecendo mais oportunidades de aprendizado para seus filhos.

Contudo, é possível observar diante dos resultados, que este treino não foi suficiente para a aquisição de repertórios mais complexos, como a habilidade de realizar transição entre as atividades e a realização de variação na dificuldade da demanda (princípio Premack). Por isso, estudos futuros poderão desenvolver estratégias para o treino dessas habilidades via telessaúde, bem como avaliar a efetividade de outros comportamentos que envolvem a intervenção com a população com TEA e seus cuidadores.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (C. Dornelles, Trad.). 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). Arlington, USA: American Psychiatric Publishing.
- Amy, M. D. (2001). *Enfrentando o Autismo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Barboza, AA, Silva, AJM, Barros, RS, & Higbee, T. S. (2015). Efeitos de videomodelação instrucional sobre o desempenho de cuidadores na aplicação de programas de ensino a crianças diagnosticadas com autismo. *Acta comportamental*, 23, 405-421. Retrieved from <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/artigo / ver / 53794/47889>
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig und Wien: Franz Deuticke.
- Bosa, C. A. (maio de 2006). Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Revista Brasileira de psiquiatria*, 28(1), 47-53.
- Carvalho, F. A., Teixeira, M. C., Brunoni, D., Strauss, V. G., & Paula, C. S. (outubro-dezembro de 2014). Identificação de Sinais Precoces de Autismo Segundo um Protocolo de Observação Estruturada: um estudo de Seguimento. *Psico*, 45(4), 502-512.
- Comittee on Educational Interventions for Children with Autism. (2001). *Educating Children with Autism*. Washington, DC: National Academy Press.
- Correia, J. R. (2003). Por que uma intervenção precoce nos distúrbios psíquicos? In D. d. Wanderley, *Palavras em torno do Berço* (pp. 52-57). Salvador: Ágalma.

- De Clercq, H. (2006). *Autism from within*. Kungängen, Suécia: Intermedia Books.
- De Mello, AMSR, Andrade, MA, Ho, H., & Dias, I. S. (2013). Retratos do Autismo no Brasil. São Paulo, SP: Associação de Amigos do Autista.
- Dunst, C. J., & Bruder, M. B (2002). Valued Outcomes of Service Coordination, Early Intervencion, and Natural Environments. *Exceptional Children*, 68(3), 361-375.
- Flores, M. R., & Smeha, L. N. (2013). Bebês com Risco de Autismo: o não-olhar do médico. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 16(spe), 141-157.
- Gaspar, A., & Serrano, A. M. (2011). Interações sociais e comunicativas entre uma criança com perturbação do espectro do autismo e os seus pares sem necessidades educativas especiais: Estudo de caso. *Análise Psicológica*, 29(1), 67- 82.
- Gillett, J. N., & LeBlanc, A. L. (2007). Parent implemented natural language paradigm to increase language and play in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1(3), 247-255.
- Gupta, A. R., & State, M. W. (2006). Autismo: genética. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(Suppl. 1), s29-s38.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Lindgren, S., & Doobay, A. (2011). *Evidence-Based Interventions for Autism Spectrum Disorders*. Iowa: University of Iowa.
- Lovaas, O. I. (1987) Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3-9.
- Magalhães, G. C., Barbosa, P. G., Abreu, C. S., & Martins, C. C. (2012). Early joint attention deficit in autism: evidence from a retrospective case study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 509-510.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM- IV*. (2003). Porto Alegre: Artmed.

- McEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97(4), 359–372.
- National Institute of Mental Health. (2011). *A Parent's Guide to Autism Spectrum Disorder*. Bethesda: National Institute of Mental Health.
- Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., S. Miguel, T., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L., Vicente, A. M. (2007). *Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions*. Coimbra: Hospital Pediátrico de Coimbra.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ozonoff, S., Iosif, A.-M., Baquio, F., Cook, I. C., Hill, M. M., Hutman, T., . . . Young, G. S. (2010). A Prospective Study of the Emergence of Early Behavioral Signs of Autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(3), 256-266.
- Powers, M. D. (2000). *Children with Autism*. Bethesda: Woodbine House.
- Ribeiro, N. M. (2012). *Viver com o Autismo: Necessidades dos Pais de Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American Journal of Retardation*, 110(6), 417-438.
- Shattuck, P. T., Durkin, M., Maenner, M., Newschaffer, C., Mandell, D. S., Wiggins, L., ... & Baio, J. (2009). Tempo de identificação entre crianças com transtorno do espectro autista: achados de um estudo de vigilância de base populacional. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 474-483.

- Stelzer, F. G. (2010). Uma pequena história do autismo. In: *Cadernos Pandorga de Autismo* (Vol. 1). São Leopoldo: Pandorga Formação.
- Sundberg, M. L. & Partington, J. W. (1998). *Teaching Language to Children with Autism or Other Developmental Disabilities*. Version 7.2. AVP Press.
- Tomlinson, S. R., Gore, N., & McGill, P. (2018). Training individuals to implement applied behavior analytic procedures via telehealth: A systematic review of the literature. *Journal of Behavioral Education*, 27(2), 172-222.
- Tourinho, E. Z. (1999). Estudos conceituais na análise do comportamento. *Temas em Psicologia*, 7(3), 213-222.

## Anexos

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Gostaríamos de te convidar para participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Treino Parental via Telessaúde” que se refere a um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, Mestrado, Profissional da pesquisadora Maria Aparecida Baptista de Oliveira, sob a orientação Fernando Albregard Casas, o qual pertence ao Cento Paradigma Ciências do Comportamento, no departamento de Mestrado Profissional.

O convite está sendo feito a você porque você se inscreveu para participar dessa pesquisa, declarando que seu filho (a) apresenta diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisador, em todas as folhas. Uma das vias é sua e a outra é do pesquisador responsável.

O estudo tem por objetivo verificar o quanto os pais podem aprender a fazer atividades com seu filho com autismo em casa, depois de receberem um treinamento feito por chamada de vídeo com um psicólogo. A população da pesquisa será crianças de 04 a 8 anos com diagnóstico de Autismo, de acordo com os critérios do Manual de Doenças Mentais, constatado a partir de laudo médico. Não participarão da pesquisa pessoas que não atendam aos critérios anteriores.

Esta pesquisa consistirá na realização de dez (10) sessões de intervenção por chamada de vídeo, as quais serão conduzidas por um colaborador de pesquisa, estarão presente nas chamadas de vídeo a criança, os pais/cuidadores que receberão as orientações para realização da atividade com a criança e o colaborador da pesquisa o qual passara as informações e tarefas que deverão ser realizadas com a criança pelos pais/cuidadores. As sessões serão divididas em quatro etapas. Na primeira sessão você assistirá um vídeo com duração de 20 minutos com simulação de uma sessão de como brincar com a criança e

ensinar coisas a ela através da brincadeira. Neste vídeo você aprenderá a como brincar de diferentes formas com o mesmo brinquedo e a manter a criança feliz durante esse momento, e a ajudar a criança quando ela tiver dificuldade. Na segunda etapa você irá fazer uma atividade programada com a criança, sob a orientação do pesquisador, utilizando o conhecimento adquirido no treinamento anterior e ao final receberá um retorno sobre como você se saiu, na terceira etapa você fará as atividades programadas com a criança e o pesquisador irá observar seu comportamento e ao final receberá novamente um retorno sobre como você se saiu. Na quarta etapa você fará as atividades e o pesquisador irá observar se conseguiu aprender após receber o modelo de como fazer as atividades. Todas as sessões serão realizadas por chamada de vídeo e gravadas para análise posterior.

Esse projeto deverá ter a duração de três semanas, serão realizadas 3 sessões por semana, as quais terão duração de 20 minutos cada.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: o baixo engajamento da criança na tarefa ou cansaço da criança durante a aplicação das tentativas. Devido a isso, a qualquer momento que você ou a criança precisar descansar, faremos uma pausa e retomaremos quando for possível. A pesquisadora se coloca à disposição a atender a qualquer demanda que porventura possa ser decorrente da intervenção e a clínica escola do Paradigma oferece o serviço de atendimento psicológico para eventuais intercorrências psicológicas da intervenção. Há ainda o risco comum a todas as pesquisas que é o risco de perda não voluntária da confidencialidade dos dados obtidos, contudo serão adotadas todas as medidas para garantia da proteção de dados conforme o art. 6º, inciso VII da LGPD.

Este estudo contribuirá para o desenvolvimento de uma tecnologia que possibilite o treino de pais e cuidadores via telessaúde, promovendo assim o aumento da estimulação de crianças com autismo, com um menor custo.

Fica esclarecido que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, não será cobrado nada, não haverá gastos e você poderá deixar de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem precisar justificar e não sofrerá qualquer prejuízo ao seu tratamento.

Você foi informado (a) e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, será ressarcido pelo pesquisador.

Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais você será submetido(a), será garantido o direito a assistência imediata e gratuita pelo tempo que for necessário e será encaminhado para tratamento adequado da seguinte maneira a pesquisadora se coloca à disposição a atender a qualquer demanda que por ventura possa ser decorrente da intervenção e a clínica escola do Paradigma oferece o serviço de atendimento psicológico para eventuais intercorrências psicológicas da intervenção, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

Seu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade, e se você desejar terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação. Os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados. Os dados coletados, bem como os vídeos obtidos durante a pesquisa, serão armazenados em um HD protegido por senha e que ficará sob os cuidados do pesquisador responsável.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é Maria Aparecida Baptista de Oliveira que pode ser encontrado(a) na: Av Salvador Markowicz,175 Cep: 12916-400, 2277-2756, [psicma05@hotmail.com](mailto:psicma05@hotmail.com), 11-972546930.

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Moriah - Alameda dos Guaramomis, 1176/1196 (Térreo), Planalto Paulista – São Paulo /SP – Cep: 04076-012. Fone: (11) 5080-7860 - E-mail: [cep@hospitalmoriah.com.br](mailto:cep@hospitalmoriah.com.br)

Atendimento de segunda-feira a quinta-feira das 7h às 17h e sexta-feira das 7h às 16h.

### **Declaração do Pesquisador**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

### **Declaração do Participante**

Declaro que fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, sobre o estudo “Treino Parental via Telessaúde”.

Eu discuti com Maria Aparecida Baptista de Oliveira ou pessoa (s) por ele(a) delegada(s) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Concordo voluntariamente em participar do estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido no meu atendimento neste serviço.

Nome do Pesquisado: \_\_\_\_\_

Local/data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha (Se houver): \_\_\_\_\_

Local/data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Nome completo do participante/responsável legal:**

\_\_\_\_\_

**Local/data:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do participante/responsável legal:**

\_\_\_\_\_

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Gostaríamos de pedir autorização para que seu filho/sua filha \_\_\_\_\_ participe da pesquisa “Treino Parental via Telessaúde” que se refere a um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, Mestrado, Profissional da pesquisadora Maria Aparecida Baptista de Oliveira, sob a orientação Fernando Albregard Cassas, o qual pertence ao Cento Paradigma Ciências do Comportamento, no departamento de Mestrado Profissional.

O convite está sendo feito ao seu filho/sua filha pois ele (a) faz parte do público-alvo desta pesquisa, que são pais de crianças com atraso no desenvolvimento. Sua contribuição é importante, porém, você não deve autorizar seu filho participar contra a sua vontade.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar autorizar com que seu filho/ sua filha a fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisador, em todas as folhas. Uma das vias é sua e a outra é do pesquisador responsável.

O estudo tem por objetivo verificar o quanto os pais podem aprender a fazer atividades com seu filho com autismo em casa, depois de receberem um treinamento feito por chamada de vídeo com um psicólogo. A população da pesquisa será crianças de 04 a 8 anos com diagnóstico de Autismo, de acordo com os critérios do Manual de Doenças Mentais, constatado a partir de laudo médico. Não participarão da pesquisa pessoas que não atendam aos critérios anteriores.

Esta pesquisa consistirá na realização de dez (10) sessões de intervenção por chamada de vídeo, as quais serão conduzidas por um colaborador de pesquisa, estarão presente nas chamadas de vídeo a criança, os pais/cuidadores que receberão as orientações para realização da atividade com a criança e o colaborador da pesquisa o qual passara as informações e tarefas que deverão ser realizadas com a criança pelos pais/cuidadores. As sessões serão divididas em quatro etapas. Na primeira sessão você assistirá um vídeo com duração de 20 minutos com simulação de uma sessão de como brincar com a criança e ensinar coisas a ela através da brincadeira. Neste vídeo você aprenderá a como brincar de diferentes formas com o mesmo brinquedo e a manter a criança feliz durante esse momento, e a ajudar a criança quando ela tiver dificuldade. Na segunda etapa você irá fazer uma atividade programada com a criança, sob a orientação do pesquisador, utilizando o conhecimento adquirido no treinamento anterior e ao final receberá um retorno sobre como você se saiu, na terceira etapa você fará as atividades programadas com a criança e o pesquisador irá observar seu comportamento e ao final receberá novamente um retorno sobre como você se saiu. Na quarta etapa você fará as atividades e o pesquisador irá observar se conseguiu aprender após receber o modelo de como fazer as atividades. Todas as sessões serão realizadas por chamada de vídeo e gravadas para análise posterior.

Esse projeto deverá ter a duração de três semanas, serão realizadas 3 sessões por semana, as quais terão duração de 20 minutos cada.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: o baixo engajamento da criança na tarefa ou cansaço da criança durante a aplicação das tentativas. Devido a isso, a qualquer momento que você ou a criança precisar descansar, faremos uma pausa e retomaremos quando for possível. A pesquisadora se coloca à disposição a atender a qualquer demanda que porventura possa ser decorrente da intervenção e a clínica escola do Paradigma oferece o serviço de atendimento psicológico para eventuais intercorrências psicológicas da intervenção. Há ainda o risco comum a todas as pesquisas que é o risco de perda não voluntária da confidencialidade dos dados obtidos, contudo serão adotadas todas as medidas para garantia da proteção de dados conforme o art 6º, inciso VII da LGPD.

Este estudo contribuirá para o desenvolvimento de uma tecnologia que possibilite o treino de pais e cuidadores via telessaúde, promovendo assim o aumento da estimulação de crianças com autismo, com um menor custo.

Fica esclarecido que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, não será cobrado nada, não haverá gastos e você poderá deixar de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem precisar justificar e não sofrerá qualquer prejuízo ao seu tratamento.

Você foi informado (a) e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, será ressarcido pelo pesquisador.

Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais você será submetido(a), será garantido o direito a assistência imediata e gratuita pelo tempo que for necessário e será encaminhado para tratamento adequado da seguinte maneira a pesquisadora se coloca à disposição a atender a qualquer demanda que por ventura possa ser decorrente da intervenção e a clínica escola do Paradigma oferece o serviço de atendimento psicológico para eventuais intercorrências psicológicas da intervenção, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

Seu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade, e se você desejar terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação. Os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados. Os dados coletados, bem como os vídeos obtidos durante a pesquisa, serão armazenados em um HD protegido por senha e que ficará sob os cuidados do pesquisador responsável.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é Maria Aparecida Baptista de Oliveira que pode ser encontrado(a) na: Av Salvador Markowicz, 175 Cep: 12916-400, 2277-2756, [psicma05@hotmail.com](mailto:psicma05@hotmail.com), 11-972546930.

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Moriah -

Alameda dos Guaramomis, 1176/1196 (Térreo), Planalto Paulista – São Paulo /SP –  
Cep: 04076-012.

Fone: (11) 5080-7860 - E-mail: cep@hospitalmoriah.com.br

Atendimento de segunda-feira a quinta-feira das 7h às 17h e sexta-feira das 7h  
às 16h.

### **Declaração do Pesquisador**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

### **Declaração do Participante**

Declaro que fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, sobre o estudo “Treino Parental via Telessaúde”.

Eu discuti com Maria Aparecida Baptista de Oliveira sobre a minha decisão em autorizar meu filho/ minha filha \_\_\_\_\_ a participar deste estudo. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação do meu filho/ da minha filha é isenta de despesas. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Concordo voluntariamente em que meu filho/ minha filha participe do estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu ou meu filho/minha filha possa ter adquirido no meu atendimento neste serviço.

Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Local/data \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo do participante/responsável legal:

---

Local/data: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante/responsável legal:

---

### TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

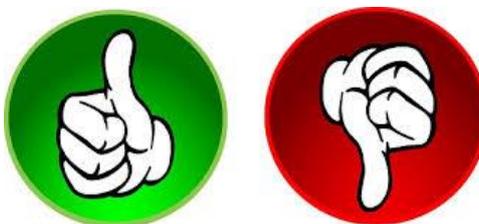
VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO (A) PARA PARTICIPAR DE UMA PESQUISA.

O NOSSO OBJETIVO É ENSINAR SEUS PAIS A FAZEREM ATIVIDADES COM VOCÊ QUE AJUDE VOCÊ A APRENDER MAIS.

ALGUMAS CRIANÇAS COM AUTISMO NÃO CONSEGUEM REALIZAR ATIVIDADES PORQUE NÃO TEM QUEM AS ENSINE, QUEREMOS ENSINAR SEUS PAIS A FAZER ESSAS ATIVIDADES COM VOCÊ, PARA QUE VOCÊ POSSA APRENDER MAIS.

QUANDO AS CRIANÇAS APRENDEM COISAS NOVAS ELAS SABEM MAIS SOBRE AS COISAS QUE ELAS QUEREM E POR ISSO VÃO FICAR FELIZES!

VOCÊ ACEITA FAZER AS ATIVIDADES COM SEU PAPAI/ MAMÃE?



Para você participar deste estudo, a pessoa que cuida de você, vai escrever o nome dela nesse papel autorizando sua participação.

Além disso, se você ou essa pessoa quiserem desistir não vai ter nenhum problema para vocês, está bem?

Durante a pesquisa, não tem nenhum risco de você se machucar ou perder alguma coisa que você gosta muito. A única coisa que pode acontecer é que você pode cansado enquanto realiza as atividades. Mas se você se cansar ou quiser parar, nós iremos parar na hora e voltar a fazer quando você melhorar, ou marcar outro dia para voltar a fazer.

Eu não vou contar para nenhuma outra pessoa que é você que está fazendo essas atividades comigo. As únicas pessoas que saberão que é você, sou eu, a pessoa que cuida de você e os meus professores. Nós estamos muito felizes de você nos ajudar, porque se tudo der certo, nós vamos ajudar outros amiguinhos.

Eu, \_\_\_\_\_, que tenho o documento de identidade \_\_\_\_\_ (se já tiver documento), fui informado (a) dos objetivos deste estudo. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que aceito participar da pesquisa.

O (A) seu (sua) cuidador também irá assinar este Termo para confirmar que todas as informações foram passadas e confirmando que ele concorda.



São Paulo-SP, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

---

**Assinatura do (a) Cuidador (a) ou pessoa responsável.**



Escolaridade:

Tel:

Qual a idade de seu filho (a):

Há quanto tempo ele (a) possui diagnóstico de Autismo?

Ele (a) já passou por algum tipo de terapia? Qual?

Atualmente ele (a) faz atualmente terapia? Quais?