



Paradigma - Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento

Taynara Freire Barreto

Uma proposta de Avaliação Global para problemas alimentares: identificação de perfis de recusa alimentar e procedimentos de intervenção

**São Paulo
2023**

Paradigma - Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento

Taynara Freire Barreto

Uma proposta de Avaliação Global para problemas alimentares: identificação de perfis de recusa alimentar e procedimentos de intervenção

Dissertação apresentada como requisito para conclusão do Programa de Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada. A dissertação foi elaborada sob orientação da Profa. Dra. Cássia Leal Da Hora

São Paulo
2023

Aprovado em ___/___/___

Banca examinadora

Prof. Dra Cássia Leal Da Hora

Avaliação: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra Cintia Perez Duarte

Avaliação: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra Ariene Coelho Souza

Avaliação: _____ Assinatura: _____

Apresentação

Sou psicóloga formada desde 2014 e atuo com intervenções baseadas em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) desde 2016, especialmente, com clientes que estão dentro do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). A partir de 2019, toda minha carreira e estudo foram dedicados a entender e tratar de forma eficiente clientes que apresentam problemas alimentares, especificamente TARE (Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo), ou comumente chamado de Seletividade Alimentar.

Os problemas alimentares são bastante comuns na infância, estando presentes em, aproximadamente, 25% das crianças com desenvolvimento típico, e em 90% das crianças com desenvolvimento atípico (Clawson et al., 2008). A maioria dos estudos nessa área são desenvolvidos fora do Brasil, especialmente nos Estados Unidos, portanto, em língua inglesa, fato que dificulta a leitura e compreensão de pessoas que não dominam este idioma.

Pensando na importância do processo de avaliação que auxiliem que prestadores de serviços baseados em ABA atuem de forma assertiva sobre problemas relacionados à alimentação, bem como na escassez na literatura nacional sobre como deveria ser esse processo, uma equipe de profissionais de uma clínica privada de São Paulo, desenvolveu uma Avaliação Global para ser adotada na clínica. Na busca da compreensão sobre a eficácia da Avaliação Global em identificar se existe algum padrão de recusa específico dos indivíduos a ela submetidos, e se os pacotes de procedimentos escolhidos para aumentar o consumo de novos alimentos ingeridos pelos usuários do serviço foram eficazes, o presente estudo se propôs a analisar os dados dos usuários do serviço de alimentação da clínica em questão. Os resultados da análise indicaram que a maioria dos participantes tem um perfil de recusa por subcategorias combinadas, ou seja, mais de uma característica do tipo de alimento parece controlar o padrão de

seletividade alimentar. Em relação ao consumo de novos alimentos, 100% dos participantes começaram a ingerir novos itens após a intervenção. Corroborando para a hipótese de que uma avaliação consistente e detalhada que reconheça diferentes perfis de recusa, em conjunto com o pacote de intervenção pode ser eficaz em diminuir a recusa alimentar. Até o momento, não foi encontrado nenhum estudo que demonstrasse a existência de perfis específicos de recusa em pessoas com seletividade alimentar e, nenhum deles analisa se os pacotes de intervenção propostos pela avaliação e definição desses perfis eram eficazes em aumentar o consumo de alimentos ingeridos pelos comedores seletivos. Dessa forma, este estudo pode servir como referência técnica, em língua portuguesa, acerca de quais procedimentos de intervenção podem ser eficazes se aplicados a perfis específicos de problemas alimentares favorecendo os indivíduos que apresentam esse problema.

Agradecimentos

Depois de muito esforço e empenho, gostaria de agradecer algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para a realização de mais este objetivo.

Expresso aqui, por meio de palavras (insuficientes diante de tanta gratidão), um pouquinho da importância que elas tiveram, e ainda têm, nesta conquista.

Marianna, meu amor, a vida com você é mais leve, e não foi diferente nesse processo. Obrigada pela paciência, conforto, carinho e por não me deixar desistir, não só nesse momento, mas na vida inteira, você é fundamental no meu crescimento como ser humano!

Minha família querida que me dá suporte desde sempre, especialmente ao meu irmão Jonathas que me ajuda em todos os meus projetos com seu inglês impecável.

À Cíntia Perez, minha mentora, amiga e parceira. Obrigada por abrir as portas da sua clínica para mim quando eu nem sonhava em chegar tão longe. Sem você eu nunca teria me interessado por essa área. Você me inspira, me faz querer saber mais, mostrar mais e devolver mais para o mundo.

À minha orientadora Prof. Dra. Cássia Leal da Hora que me auxiliou desde a ideia do projeto até o último ponto final da dissertação, dividindo seu conhecimento, entendendo meus momentos difíceis e me colocando para frente. Obrigada!

À Carol Marques, minha amiga e minha par de trabalho. Desabafar com você fez tudo ser mais fácil e calmo. Obrigada por toda a ajuda técnica e psicológica.

À minha equipe do setor de alimentação da Nexo IC. Giovana, Beto, Ana Luiza e Talita, como é bom compartilhar o trabalho e a vida com vocês, me sinto imensamente privilegiada por tanto amor no trabalho. Obrigada pela ajuda na busca por referências, na separação de dados para análise e pelo ombro amigo.

Que essa seja apenas mais uma etapa na busca por conhecimento e disseminação dessa área tão linda. Espero poder contar com vocês sempre. Obrigada!!!

Barreto, T.F. (2023). Uma proposta de Avaliação Global para problemas alimentares: identificação de perfis de recusa alimentar e procedimentos de intervenção. Dissertação de Mestrado. Paradigma-Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Resumo

Múltiplos fatores podem contribuir para o desenvolvimento de um padrão de seletividade alimentar, fatores orgânicos e/ou comportamentais. Uma avaliação abrangente e objetiva do perfil comportamental do indivíduo e do seu histórico de saúde, é fundamental para planejar uma intervenção que vise o aumento de consumo de diferentes tipos de alimentos. O presente estudo tem como objetivo avaliar se o protocolo de avaliação de questões alimentares denominado de Avaliação Global permite a determinação do perfil comportamental de recusa dos usuários de um serviço de alimentação, e, verificar se os pacotes de intervenção propostos a partir da Avaliação Global foram eficazes em aumentar o consumo de alimentos ingeridos pelos participantes. Para tanto, foram analisados documentos produzidos pelo serviço de atendimento em questão.

Os resultados mostraram que a maioria dos participantes rejeitam por subcategorias específicas, mas de forma combinada, ou seja, mais de uma. Além disso, 100% dos participantes passaram a consumir mais alimentos após o início da intervenção.

Até o momento, não foi encontrado nenhum estudo que demonstrasse a existência de perfis específicos de recusa em pessoas com seletividade alimentar. Este estudo pode servir como referência técnica, em língua portuguesa, acerca de quais procedimentos de intervenção podem ser eficazes se aplicados a perfis específicos de problemas alimentares favorecendo os indivíduos que apresentam esse problema.

Palavras-chave: Seletividade alimentar; TARE; Avaliação; Intervenção.

Barreto, T.F. (2023). Uma proposta de Avaliação Global para problemas alimentares: identificação de perfis de recusa alimentar e procedimentos de intervenção. Dissertação de Mestrado. Paradigma-Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Abstract

Multiple factors can contribute to developing a food selectivity pattern, including organic and/or behavioral factors. A comprehensive and objective assessment of an individual's behavioral profile and health history is essential to plan an intervention to increase the consumption of different types of foods.

The present study aims to evaluate whether the protocol for assessing food issues called Global Assessment allows the determination of the refusal behavioral profile of users of a food service and, to verify whether the intervention approaches proposed by the Global Assessment were effective in increasing the consumption of food ingested by the participants. To achieve this goal, several documents produced by the service were analyzed.

The results showed that specific subcategories rejected most participants, but in a combined way, that is, more than one. In addition, 100% of the participants started to consume more food after the beginning of the intervention.

To date, no study has demonstrated the existence of specific refusal profiles in people with food selectivity. This study can serve as a technical reference in Portuguese to guide which intervention procedures can be effective if applied to specific profiles of eating disorders and support individuals who present such conditions.

Key words: Feeding Disorders; ARFID; Evaluation; Intervention.

Sumário

1. Introdução	10
2. Relevância científica e social.....	19
3. Método	21
3.1 Fonte de dados	21
3.2 - Considerações Éticas.....	22
3.4 Definição de respostas e sistema de mensuração	24
3.5 Acordo entre observadores	26
4. Resultados e Discussão	27
5. Conclusão.....	45
6. Referências.....	48

1. Introdução

Os problemas alimentares são bastante comuns na infância, estando presentes em, aproximadamente, 25% das crianças com desenvolvimento típico, e em 90% das crianças com desenvolvimento atípico (Clawson et al., 2008).

A quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2014) define os transtornos alimentares como uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento alimentar, resultando em uma alteração tanto no consumo como na absorção dos alimentos, podendo acarretar comprometimento significativo na saúde física ou no funcionamento psicossocial do indivíduo. A seleção e restrição de alimentos pode causar impactos na saúde e na qualidade de vida do indivíduo (APA, 2014; Bandini et al., 2010), como retardo de crescimento, desnutrição, déficits de desenvolvimento, baixo desempenho acadêmico e dificuldades sociais (Bloomfield, et al., 2018; Schreck et al., 2004).

Atualmente, existem diversas classificações formais para os quadros de transtornos alimentares descritas no DSM-5. São elas: PICA, Transtorno de Ruminação, Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE), Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno de Compulsão Alimentar, Outro Transtorno Alimentar Especificado e Transtorno Alimentar Não Especificado.

Em paralelo, o termo ‘Seletividade Alimentar’ tem sido utilizado na área para se referir ao padrão de comportamento caracterizado pelo consumo de uma quantidade menor de alimentos de cada grupo alimentar que, algumas vezes, requer um preparo peculiar (e.g., Duarte e Da Hora, 2018). Indivíduos com este padrão podem resistir ao consumo de alimentos novos e apresentar algumas preferências marcantes, por exemplo, por texturas específicas (crocantes ou pastosos), grupos alimentares, cores, temperatura, cheiro ou até mesmo pela forma de apresentação do alimento no prato. Também pode

ocorrer a recusa completa de qualquer alimento via ingestão oral (e.g., Pangborn et al., 2013; Tarbox & Bermudez, 2017).

Na Classificação Internacional de Doenças (2019), o termo Seletividade Alimentar aparece associado ao padrão de baixo consumo de alimentos, preferência por algum grupo alimentar, preparo específico dos mesmos.

Múltiplos fatores podem contribuir para o desenvolvimento de um padrão de seletividade alimentar. Fatores orgânicos, problemas médicos e motores-orais (por exemplo, anormalidades estruturais na cavidade oral e disfagia), distúrbios respiratórios, dificuldades gastrointestinais e condições neurológicas (e.g., Chatoor & Lucarelli, 2020; Schreck et al., 2004; Tarbox & Bermudez, 2017; Volkert & Vaz, 2010;).

Além disso, problemas de comportamento relacionados à alimentação podem incluir todo o grupo familiar, não se restringindo somente ao indivíduo com seletividade alimentar (Schreck et al., 2004; Volkert e Vaz, 2010). Segundo Lukens (2011), alguns exemplos seriam a gestão dos pais diante comportamentos problemáticos nas refeições, a qualidade das interações entre pais e filhos e o que o autor descreveu como o “temperamento” da criança.

Do ponto de vista analítico comportamental, o estabelecimento de relações funcionais entre variáveis ambientais mediadas socialmente ou sensoriais também podem ser determinantes no padrão de alimentação seletiva (Duarte & Da Hora, 2018).

Como decorrência, é comum o estabelecimento da classe de respostas recorrentemente chamada de “recusa alimentar” que costuma ser negativamente reforçada por fuga/esquiva da ingestão dos alimentos oferecidos ou positivamente reforçada pela apresentação de alimentos e/ou itens de alta preferência. Alguns exemplos de respostas dessa são: empurrar a colher ou o pedaço do alimento, bater na colher, virar a cabeça para os lados, jogar o alimento para longe, recusa passiva frente

ao alimento, manter o alimento na boca, cuspir o alimento, chorar, protestar verbalmente, agredir, tossir e vomitar (Duarte & Da Hora, 2018).

Embora haja diferentes formas de nomear um padrão específico de baixo consumo de alguns alimentos e seleção ou preferência por outros, no presente trabalho o termo “Seletividade Alimentar” será utilizado para se referir a uma classe de respostas com diferentes topografias de aceitação e recusa de alimentos.

Diversos procedimentos têm sido descritos como eficazes em diminuir os comportamentos problema relacionados a seletividade alimentar (e.g., Silbaugh et al., 2020; Chen et al., 2022). De acordo com Patel, Piazza e Santana (2002), não há um único modelo ou estratégia para uma intervenção eficaz que possa ser aplicado com todos os indivíduos que apresentem esse problema, o mais apropriado é avaliar cada caso individualmente, usar uma variedade de procedimentos e mesclar algumas intervenções.

Tarbox e Bermudez (2017) relataram que alguns problemas alimentares “combinam” melhor com certos tipos de procedimentos de intervenção, ou seja, podem ser mais provavelmente resolvidos por meio de alguns procedimentos específicos. Por exemplo, uma intervenção potencialmente eficaz para promover a aceitação de alimentos, por indivíduos cujo padrão de recusa alimentar está relacionada a certos grupos alimentares (i.e., não comem frutas, vegetais, proteínas, etc.) ou a tipos específicos de textura (i.e., só comem alimentos crocantes, ou pastosos, etc.), pode ser a combinação do procedimento chamado de Reforçamento Diferencial de Comportamentos Alternativos (*Differential Reinforcement of Alternative Behaviors - DRA*) com outro procedimento, o *fading* de textura e/ou *fading* de tamanho. No caso de indivíduos que expulsam o alimento da boca ou que fazem *packing* (segurar o alimento dentro da boca, mastigado ou não, sem engolir), Tarbox e Bermudez (2017) indicam os

procedimentos de DRA para boca limpa mais extinção de fuga e/ou redistribuição da porção. Por fim, os mesmos autores sugerem que caso o indivíduo emita comportamentos disruptivos durante as refeições (e.g., respostas de empurrar o prato, gritar, etc.), um procedimento que pode ser eficaz é o Reforçamento Diferencial de Outros Comportamentos (*Differential Reinforcement of Other Behaviors* – DRO).

Outros autores também indicam a combinação de procedimentos de acordo com o perfil de aceitação ou recusa, por exemplo, Shore et.al. (1998), Johnson e Babbitt (1993) e Luiselli e Gleason (1987) afirmaram que procedimentos como *fading* de textura, nos quais o controle de estímulos sobre um comportamento é transferido para outro pela mudança gradual dos estímulos antecedentes, têm sido utilizados para tratar a recusa alimentar por textura. Por outro lado, outros estudos mostraram que no caso de recusa total do alimento, a sequência de instruções de alta probabilidade seguida da instrução de baixa probabilidade (*High-Probability and Low-Probability*) em um pacote de intervenção tem sido uma estratégia consistente para inserir novos alimentos (e.g., Dawson et al., 2003; Patel et al., 2006).

A partir do que está disponível na literatura da área, o presente trabalho baseia-se na premissa de que para intervir e modificar padrões de Seletividade Alimentar, é importante considerar que o comportamento alimentar é complexo, envolve uma cadeia de respostas variadas. Portanto, requer a avaliação da forma e da função de diversas classes de respostas diferentes. Os fatores ambientais responsáveis por manter a Seletividade Alimentar precisam ser avaliados, identificados, isolados e sistematicamente manipulados para otimizar o tratamento (e.g., Babbitt et al., 1994).

Uma avaliação abrangente e objetiva do perfil comportamental do indivíduo e do seu histórico de saúde, é fundamental para planejar uma intervenção adequada (Babbitt et al., 1994; Lukens, 2011; Volkert & Piazza, 2012). Isto porque, uma avaliação dessa

natureza pode fornecer dados que identifique tanto a topografia dos comportamentos problemáticos na hora da refeição, quanto a função desses comportamentos (por exemplo, atenção dos cuidadores).

Segundo Lukens (2011) os métodos comuns para realizar uma avaliação comportamental para problemas alimentares são a realização de (a) entrevistas com cuidadores, (b) sistemas de observação comportamental e (c) medidas padronizadas de relato do cuidador (normalmente, consistem em questionários que exigem que os cuidadores forneçam informações sobre as práticas parentais, o comportamento da criança ou as emoções relacionadas às refeições). A entrevista serve para obter informações sobre (a) a natureza da dificuldade de alimentar, (b) o desenvolvimento da criança, (c) quem era o alimentador/cuidador principal e (d) como ocorria a interação entre eles. Os sistemas de observação comportamental têm o objetivo de obter informações em ambiente natural e em tempo real, a partir da observação de comportamentos específicos tanto da criança como do alimentador. Por fim, os relatos dos cuidadores (por meio de questionários) têm o objetivo de identificar dificuldades comportamentais específicas na hora das refeições relatadas pelo alimentador, além de avaliar qual a frequência desse comportamento e qual a gravidade, bem como medir qual a percepção do cuidador sobre esses problemas. Exemplos de inventários de relatos de cuidadores incluem a Escala de Avaliação de Alimentação Pediátrica Comportamental ([BPFAS], Crist & Napier-Phillips, 2001), o Inventário de Comportamento Alimentar Infantil ([CEBI], Archer et al., 1991), entre outros.

No estudo de Babbitt et al. (1994), as etapas da avaliação dos distúrbios alimentares pediátricos consistiram em (a) avaliação médica, (b) observação direta, (c) análise funcional, (d) avaliação de consequências funcionais e (e) avaliação de preferência. Além disso, o trabalho também trouxe relatos de casos envolvendo

diferentes tipos de tratamentos e sua eficácia para cada indivíduo avaliado e tratado.

Segundo os autores, a avaliação ajudou a combinar melhor as crianças com os tratamentos, a delinear intervenções com metas factíveis e viáveis para o prazo máximo de tratamento estabelecido e a promover a generalidade dos resultados.

Em outro estudo, Munk e Repp (1994) propuseram uma avaliação com o objetivo de identificar correlações entre as características dos alimentos (tipo ou textura) e problemas de comportamento durante as refeições. Para tanto, foi elaborada uma avaliação inspirada na metodologia de análise funcional experimental (Iwata et al., 1994). Entretanto, diferente de Iwata et al. (1994), a avaliação proposta por Munk e Repp (1994) manipulou somente as condições antecedentes (a característica dos alimentos) e manteve as consequências iguais. Por esse motivo os autores afirmaram que a avaliação proposta foi uma variação da metodologia de análise funcional experimental clássica e que, portanto, o termo correto para o procedimento realizado por eles seria de Avaliação Comportamental. Os resultados de Munk e Repp (1994) mostraram que os participantes do estudo apresentavam diversos problemas relacionados a alimentação, a saber, (a) recusavam todos os alimentos (recusa total), (b) aceitavam somente alimentos específicos, independente da textura apresentada (seletividade pelo tipo do alimento), (c) aceitavam determinados alimentos apresentados com uma textura específica, mas os recusavam quando apresentados em textura diferente (seletividade de textura), e (d) seletividade por tipo e textura do alimento. Esses resultados indicam que a avaliação comportamental proposta foi eficaz em identificar o perfil dos indivíduos que apresentavam o padrão de aceitação seletiva, expulsão ou recusa total de alimentos e para selecionar as intervenções menos intrusivas.

Outro método considerado eficaz em identificar reforçadores para a Seletividade Alimentar são as análises funcionais experimentais (e.g., Borrero et al., 2016; Piazza et al., 2003). O estudo de Piazza et al. (2003) comparou um método para a condução descritiva e análises experimentais para diminuição de problemas de comportamento durante as refeições. Os autores observaram refeições conduzidas por cuidadores para seis díades pai-filho e pontuaram as respostas da criança (por exemplo, aceitação de comida, recusa) e as respostas dos pais (por exemplo, remoção da demanda, atenção e acesso a materiais tangíveis) e avaliaram quais respostas dos pais mais frequentemente após a emissão da recusa da criança. Os resultados mostraram que todos os pais removiam as demandas, forneciam atenção ou acesso a objetos tangíveis após o comportamento de recusa alimentar, sendo fuga e a atenção as funções mais comuns dos comportamentos dos pais. Piazza et al. (2003) em seguida, conduziram análises funcionais experimentais comparando as condições de teste (fuga, atenção e acesso a tangíveis) com uma condição de controle, usando métodos semelhantes aos descritos por Iwata et al. (1994). As análises funcionais experimentais foram eficazes na identificação da(s) função(ões) dos comportamentos de recusa, sendo a fuga e a atenção os reforçadores mais comumente identificados. Deve-se notar que, para três das seis díades pai-filho, os resultados das análises descritivas e funcionais experimentais coincidiram. Ou seja, as mesmas funções foram identificadas para ambas as análises.

A partir desse estudo, Borrero et al. (2016) compararam os resultados de avaliações descritivas e análises funcionais experimentais de padrões de comportamento definidos pelos autores como ‘comportamentos problemas’ durante as refeições a fim de comparar a correspondência entre as duas avaliações. Os resultados deste estudo sugerem que as avaliações descritivas corresponderam relativamente aos resultados de uma análise funcional experimental em 71,4% dos participantes, e (80% se incluindo

todas as comparações). Segundo os autores, embora muitos profissionais prefiram realizar uma análise funcional experimental e considerem-na uma ferramenta eficiente e eficaz para identificar funções, em alguns casos, uma alternativa pode ser justificada, devido à falta de treinamento ou limitações de tempo. As avaliações descritivas são comumente usadas em ambientes menos intensivos, como escolas ou terapia domiciliar. E, os dados mostram que as avaliações descritivas podem ser uma alternativa razoável e amigável para substituir uma análise funcional experimental, pelo menos para comportamentos problemas referentes a alimentação.

Os modelos de Avaliação Comportamental propostos por Babbitt et al. (1994) e Munk e Repp (1994) foram elaborados a partir de métodos descritivos de avaliação indireta e observação direta da ocorrência de alguns comportamentos. As medidas indiretas (obtidas por meio de entrevistas ou questionários) não requerem que o pesquisador ou o prestador de serviços observe diretamente o indivíduo se comportando. Outras medidas de avaliação indireta são obtidas pelo preenchimento de registros pré-definidos e escalas de avaliação. Esses tipos de método de avaliação, não manipulam variáveis experimentalmente, porém, permitem o estabelecimento de uma correlação entre o comportamento e suas variáveis antecedentes ou consequentes (Lerman & Iwata 1993).

Por outro lado, medidas coletadas por meio de observação direta estruturada podem gerar dados que complementem a análise do prestador de serviços, por mostrarem uma linha contínua de antecedentes, respostas e consequências em ambientes naturais (e.g., Alter et al., 2008; Cooper et al., 2020).

A partir do levantamento apresentado por Lukens (2011) e dos estudos de Babbitt et al. (1994), Munk e Repp (1994), entendeu-se que uma avaliação para problemas de comportamentos alimentares pode se valer de medidas diretas e indiretas

sobre o comportamento alvo. Além disso, serviços direcionados para amenizar os impactos de um padrão seletivo de alimentação devem se basear em métodos de avaliação e intervenção empiricamente validados na literatura científica (e.g., Babbitt et al., 1994). Um processo de avaliação eficaz parece ser o ponto de partida.

Pensando nisso, uma equipe interdisciplinar de uma clínica privada de prestação de serviços baseados em Análise do Comportamento Aplicada localizada em São Paulo-SP/BR, composta por psicólogos, fonoaudióloga e nutricionista, desenvolveu um protocolo de avaliação para queixas alimentares denominado de Avaliação Global, para identificação de perfil e metas para intervenção em problemas alimentares, a fim de auxiliar a tomada de decisão do prestador de serviços sobre a melhor intervenção individualizada. Os componentes de avaliação indireta são: (a) anamnese, (b) laudos de exames médicos, (c) diário alimentar e (d) relatos de cuidadores obtidos por meios de questionários e checklists elaborados pela equipe clínica (e) inventário de comportamento alimentar, (f) resultados da avaliação nutricional e (g) resultados da avaliação fonoaudiológica. Outras informações são obtidas por meio de observação direta na qual os seguintes contextos são planejados: (a) alimentação fornecida pelos pais em ambiente natural e em consultório, (b) alimentação padrão realizada em casa, como de costume da família (seja com itens de preferência ou não do participante), (c) avaliação direta do usuário que é subdividida em 1- Avaliação de rastreamento de habilidades/repertórios básicos (imitação, contato visual, seguimento de instrução etc.), 2 - Repertório de comunicação e 3 - Testagem direta dos alimentos. Os itens 1 e 2 são observações sem intervenção direta com o usuário, já o item 3 é uma manipulação direta de um conjunto de alimentos apresentados diretamente ao participante que pode escolher consumi-los ou não.

Os dados obtidos pelos diferentes métodos de avaliação utilizados, são analisados e sintetizados em um documento final, chamado de Relatório de Avaliação, que descreverá o perfil de recusa/aceitação alimentar do usuário e subsidiará a escolha da intervenção.

Desde 2015, o serviço da Clínica de Intervenção Comportamental veio implementando e aprimorando o protocolo em questão. Os dados coletados na prática clínica da instituição têm fornecido subsídios aos responsáveis por esse serviço para (a) identificar o perfil de recusa alimentar do indivíduo, (b) levantar uma hipótese acerca da função do comportamento de recusa e (c) determinar o ponto de partida de intervenções alimentares, considerando tanto comportamentos de aceitação como de recusa. Embora os resultados obtidos nos últimos anos tenham sido relatados anedoticamente como eficazes (por profissionais e usuários do serviço), até o presente momento, não foi realizada uma análise sistemática dos resultados das intervenções decorrentes dessa avaliação.

Diante disso, os objetivos do presente estudo serão: (1) verificar se o protocolo de avaliação de questões alimentares denominado de Avaliação Global permite a determinação do perfil comportamental de recusa dos usuários do serviço em questão e (2) analisar os Relatórios de avaliação dos usuários do serviço e o PIC (Plano de Intervenção Comportamental) a fim de verificar se os pacotes de intervenção propostos a partir da Avaliação Global foram eficazes em aumentar o consumo de alimentos ingeridos pelos participantes.

2. Relevância científica e social

Visto que, a maioria dos estudos da área foca na aplicação de procedimentos para reduzir seletividade alimentar (e.g., Patel et al., 2007; Shore et al., 1998), mas não descrevem detalhadamente qual processo de avaliação foi necessário para determinar o

padrão/perfil de recusa e/ou aceitação do indivíduo, entende-se que a relevância científica do presente estudo reside em descrever os efeitos de um processo de avaliação que especifica quais componentes e métodos de avaliação são utilizados para compor a análise. A partir disso, identificar se tal metodologia viabiliza a identificação do perfil/padrão comportamental de aceitação e/ou recusa alimentar dos usuários do serviço em questão. Levanta-se a hipótese de que a análise proposta pelo presente estudo auxiliará na verificação de que o produto da Avaliação Global é capaz de nortear a escolha de intervenções eficazes para diminuir seletividade alimentar e compatíveis com o perfil do cliente.

Identificar os padrões comportamentais que podem ser descritos como os diferentes “perfis” de pessoas com seletividade alimentar pode ser útil tanto para os profissionais que prestam serviços para este tipo de demanda, quanto para os indivíduos cuja qualidade de vida é impactada pelos variados prejuízos decorrentes de problemas com alimentação. O possível benefício para os profissionais está relacionado à possibilidade de acessar uma fonte de informações que descrevam padrões de comportamento indicativos de tipos de recusa específica, além de um possível indicativo acerca do tipo de intervenção que pode ser comumente eficaz para tal especificidade. Para os indivíduos acometidos pelos prejuízos do padrão de seletividade alimentar, o produto da presente pesquisa poderá criar condições para o recebimento de serviços de forma mais assertiva e compatível com suas reais necessidades. O estudo pode funcionar como uma referência técnica descritiva acerca de qual combinação de procedimentos de intervenção podem ser eficazes se aplicados a perfis específicos de problemas alimentares, facilitando assim o caminho do prestador de serviço e consequentemente favorecendo os indivíduos que apresentam esse problema. Por fim,

entende-se que a análise realizada no presente estudo também pode ser útil para indicar caminhos para mais pesquisas.

3. Método

3.1 Fonte de dados

Os dados foram obtidos a partir dos documentos cedidos pelo serviço de atendimento de alimentação de uma clínica de intervenção comportamental da cidade de São Paulo.

Foram analisados os registros de todos os usuários do serviço de alimentação da clínica em questão, incluindo os que já encerraram a participação no serviço (por exemplo, por receberem alta) e aqueles cuja intervenção ainda estava em andamento até dezembro de 2021.

Os seguintes documentos produzidos pelo serviço de atendimento em questão, foram analisados: (1) Anamnese, (2) checklist de alimentação fornecida pelos pais em ambiente natural e em consultório, (3) Checklist de alimentação padrão realizada em casa, (4) Checklist de observação de rastreamento de habilidades/repertórios básicos, (5) gráficos dos resultados da testagem direta dos alimentos e suas respectivas análises (recusa e consumo), (6) Seção de conclusão do relatório final de avaliação, e, por fim (7) Plano de Intervenção Comportamental (PIC).

Os documentos enumerados de 1 a 6 têm a função de descrever os resultados do processo de Avaliação Global, de forma a auxiliar na identificação das variáveis que controlam o padrão de recusa/consumo do usuário; e no levantamento de uma hipótese funcional para os comportamentos de recusa. O documento 7, o PIC, descreve o planejamento da intervenção individualizada a ser implementada, considerando os resultados da Avaliação Global. Além disso, nesse documento também fica registrado o histórico da intervenção que consiste na descrição dos repertórios alterados (adquiridos

ou enfraquecidos) e das metas atingidas, a partir de uma reavaliação bimestral da intervenção.

3.2 - *Considerações Éticas*

O projeto de pesquisa do presente estudo foi submetido à Plataforma Brasil e teve sua realização aprovada. A aprovação foi atestada por meio do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) com N° 54049821.5.0000.8054.

3.3 - *Procedimento*

Análise documental e categorização dos dados

Documentos de análise: todos os documentos foram digitalizados e reunidos em pastas individuais para cada usuário. Cada pasta foi numerada, utilizando como critério a ordem cronológica da entrada dos participantes na clínica (i.e., a pasta que reunia os documentos do usuário mais antigo do serviço foi numerada com o número um, e assim por diante).

Em seguida, foi criado um arquivo de Excel para registro das informações extraídas dos documentos analisados.

Dois conjuntos de categorias (A e B) e subcategorias foram criados para análise dos dados. O primeiro conjunto foi denominado de *A) Identificação do perfil de recusa* por reunir informações que auxiliaram na determinação da existência ou não do padrão comportamental de recusa exibidos pelos usuários. O segundo conjunto, foi chamado de *B) Resultados da intervenção* e era composto por informações que auxiliaram a análise da eventual eficácia (ou não) dos pacotes de intervenção propostos a partir da Avaliação Global em aumentar a quantidade de alimentos consumidos pelos usuários (i.e., reduzir os padrões de seletividade alimentar). A Tabela 1 mostra cada uma das categorias pertencentes a cada conjunto.

Tabela 1 – Categorias e Subcategorias de identificação de perfil e resultados da intervenção

Identificação do perfil	
Categoria	Subcategorias
Textura dos alimentos	Pastosos
	Crocantes
	Sólidos
	Líquidos
Grupos alimentares	Carboidratos
	Proteínas
	Legumes/verduras
	Frutas
Cores dos alimentos	Branco
	Verde
	Vermelho
	Amarelo
Comportamentos de consumo	Ingestão integral do alimento
Comportamentos de recusa	Recusar a ingestão do alimento
Função do comportamento de recusa	Fuga/esquiva
	Acesso a tangíveis
	Acesso a alimentos de alta preferência
Resultados da intervenção	
Categorias	Subcategorias
Datas	Data de início da intervenção
	Data de término da intervenção
	Data atual da intervenção
Comportamento Alvo	Aumentar a ingestão de alimentos por grupos alimentares
	Aumentar a ingestão de alimentos por texturas dos alimentos
	Aumentar a Ingestão de alimentos por cores dos alimentos
Linha de base	Alimentos ingeridos antes da avaliação/intervenção
Pós intervenção - Resultado final	Alimentos ingeridos após a avaliação/intervenção

3.4 Definição de respostas e sistema de mensuração

Para analisar os dados obtidos pelo presente estudo, as seguintes medidas foram utilizadas:

(A) Número de respostas de recusa ou consumo de cada uma das três categorias de alimentos ofertados durante a Testagem direta (Grupos alimentares, Cores dos alimentos e Texturas dos alimentos);

(B) Número de respostas de recusa ou consumo de cada uma das 12 subcategorias de alimentos ofertados durante a Testagem direta (Legume/verdura, frutas, proteínas carboidratos; alimentos verdes, vermelhos, amarelos, brancos; alimentos com textura sólida, pastosa, crocante ou líquida).

(C) Perfil de recusa por categoria: padrão comportamental indicativo de recusa do alimento sobre controle de estímulos específicos: Cores, texturas e/ou grupos alimentares;

(C.1) Perfil 1- Recusa por Grupo Alimentar: padrão de respostas em que o participante recusa apenas a ingestão de alimentos de uma ou mais subcategorias de Grupos Alimentares, mas aceita a ingestão de um ou mais alimentos de outras categorias. Por exemplo, participantes que recusam todos os alimentos ofertados que sejam frutas, mas aceita a ingestão de alimentos da cor branca e Crocantes.

(C.2) Perfil 2 - Recusa por Cor do Alimento: padrão de respostas em que o participante recusa apenas a ingestão de alimentos de uma ou mais cores específicas, mas aceita a ingestão de um ou mais alimentos de outras categorias. Por exemplo, participantes que recusam todos os alimentos ofertados com a cor verde, mas aceita a ingestão de alimentos com textura pastosa e Frutas.

(C.3) Perfil 3 - Recusa por Textura do Alimento: padrão de respostas em que o participante recusa apenas a ingestão de alimentos de uma ou mais texturas diferentes,

mas aceita a ingestão de um ou mais alimentos de outras categorias. Por exemplo, participantes que recusam todos os alimentos ofertados que sejam pastosos, mas aceita a ingestão de alimentos da Verdes e Carboidratos.

(D) Perfil 4 - Perfil de recusa por subcategoria: padrão comportamental indicativo de recusa do alimento sobre controle de estímulos específicos das subcategorias:

Legume/verdura, frutas, proteínas carboidratos; alimentos verdes, vermelhos, amarelos, brancos; alimentos com textura sólida, pastosa, crocante ou líquida. Por exemplo, participante que recusa a ingestão de qualquer alimento que seja da cor verde.

(E) Perfil 5 - Perfil recusa por subcategorias combinadas: padrão comportamental indicativo de recusa do alimento sobre controle de estímulos específicos de mais de uma subcategoria. Por exemplo, participantes que recusam todos os alimentos da cor verde também recusam alimentos da subcategoria Legume/Verdura.

(F) Perfil 6 - Perfil de recusa por todos os alimentos ofertados: padrão comportamental de recusa de todas as categorias e subcategorias da testagem direta.

(G) Perfil 7 – Não há nenhum perfil de recusa, ou seja, aceitou a ingestão de pelo menos um alimento de todas as subcategorias.

(H) Comportamento alvo: tipo de categoria e subcategoria de alimentos cujo aumento da ingestão será alvo para o indivíduo.

(I.1). Aumentar a ingestão de alimentos por categorias alimentares: aumento da quantidade ou volume dos alimentos a serem ingeridos por Grupos alimentares, Texturas ou Cores.

(I.2). Aumentar a ingestão de alimentos por subcategorias: Aumento da quantidade ou volume dos alimentos a serem ingeridos por subcategoria de Legume/verdura, frutas, proteínas carboidratos; alimentos verdes, vermelhos, amarelos, brancos; alimentos com textura sólida, pastosa, crocante ou líquida.

(J) Procedimento(s) proposto(s) para cada tipo de comportamento alvo: intervenções ou conjunto de intervenções (pacote) utilizadas para atingir os comportamentos alvo.

(J.1) Exposição + DRA;

(J.2) Fading + DRA;

(J.3) HPLP + DRA;

(J.4) Apresentação simultânea + DRA;

(J.5) Modelação por pares;

(J.6) Extinção de fuga + DRA;

(K) Desempenho do usuário: quantidade total de alimentos ingeridos em diferentes etapas da participação no serviço.

(K.1) Linha de base: quantidade total de alimentos ingeridos antes da avaliação e intervenção.

(K.2) Pós intervenção

3.5 Acordo entre observadores

Vinte por cento de todos os documentos foram lidos e analisados por uma observadora independente da pesquisa. A observadora foi treinada pela pesquisadora sobre o procedimento adotado na seleção, organização e definição das informações coletadas. No treinamento, foi apresentada uma Tabela com o intuito de mostrar as categorias e descrições de análise deste estudo, bem como os critérios a serem adotados para a correta categorização das informações dos documentos. O treinamento foi realizado até que a observadora demonstrasse 90% de acerto na seleção e categorização dos dados de 2 usuários. Os documentos escolhidos para compor a amostra analisada pela observadora independente, não incluíam àqueles utilizados durante o treinamento e foram selecionados por meio de sorteio.

A concordância entre observadores foi definida como ambas as observadoras (observadora independente e pesquisadora) registrando uma determinada informação de uma mesma maneira em uma mesma categoria (como número de alimentos ingeridos na linha de base).

O índice de concordância foi de 100% e foi obtido dividindo o número de registros com concordâncias pela soma do número de registros com concordâncias mais discordâncias, e multiplicando o resultado por 100.

4. Resultados e Discussão

Esse estudo contou com um número total de 17 participantes com idades entre 2 e 16 anos, sendo 3 (12%) crianças do sexo feminino e 15 (88%) do sexo masculino. Destes, 10 (58%) tinham diagnóstico de TEA (Transtorno do Espectro Autista) e 17 (100%) apresentavam algum tipo de recusa alimentar relatado pela família.

Tabela 2 – Participantes que recusam alimentos pela categoria Grupos Alimentares

Categoria Grupos Alimentares				
Subcategorias	Leg/Verd (LV)	Frutas (Fr)	Proteínas (Pro)	Carboidratos
	P1	P1	<u>P6</u>	<u>P6</u>
	P2	P2	P7	<u>P9</u>
	P3	P3	P8	<u>P10</u>
	P5	<u>P6</u>	<u>P9</u>	<u>P11</u>
	<u>P6</u>	P7	<u>P10</u>	<u>P12</u>
	P7	P8	P11	P13
	P8	<u>P9</u>	<u>P12</u>	
	<u>P9</u>	<u>P10</u>	P16	
	<u>P10</u>	<u>P11</u>		
	<u>P11</u>	<u>P12</u>		
	<u>P12</u>	P13		
	P13			
Total (N/%)	12 (92%)	11 (85%)	8 (62%)	6 (46%)
LV/Fr	11 (85%)			
LV/Fr/Pro	7 (54%)			
Todos	5 (38%)			

Nota. O sublinhado indica os participantes que recusaram todos os alimentos de todas as subcategorias de Grupos.

A Tabela 2 mostra os participantes que recusaram todos os alimentos de cada uma das subcategorias de Grupos alimentares (legumes/verduras, frutas, proteínas e carboidrato) apresentados na testagem direta. Observa-se que 76% dos participantes (13/17) recusaram alimentos de pelo menos uma das quatro diferentes subcategorias. Somente os participantes P4, P14, P15 e P17 aceitaram pelo menos um alimento de todas as subcategorias ofertadas dos Grupos alimentares. Esses resultados indicam que a maioria dos participantes apresentam um perfil alimentar de recusar alimentos em função do Grupo alimentar ao qual o alimento pertence (Perfil 1).

Do total de participantes que exibem perfil alimentar de recusar por alguma subcategoria de Grupo Alimentar (N=12), 92% deles recusaram qualquer tipo de Legumes/verduras, 85% recusaram Frutas (N=11), 62% recusaram Proteínas (N=8) e apenas 46% recusaram Carboidratos (N=6). Em paralelo, P13 só não recusou alimentos da subcategoria Proteína, P16 recusou apenas Proteínas e P7 só não recusou Carboidratos. Outros 38% dos participantes recusaram todos os alimentos de todas as subcategorias apresentadas em Grupos Alimentares (N= 5, i.e., P6, P9, P10, P11 e P12, sublinhado). Esses resultados indicam que os participantes em sua maioria recusaram principalmente os alimentos das subcategorias Legumes/verduras e Frutas, e consumiram preferencialmente os alimentos da subcategoria Carboidratos, corroborando um estudo de Hubbard et al. (2014) sobre características dos alimentos no qual afirmam que crianças com seletividade alimentar, principalmente as que estão dentro do TEA, apresentam preferência por alimentos ricos em energia e pobres em nutrientes, consomem menos frutas e vegetais além de demonstrarem maior consumo de bebidas.

Ainda sobre a predominância do perfil de recusa de vegetais e frutas, um estudo de 2005 de Cockroft et al., verificou que apenas 16% das crianças do Reino Unido consomem mais de cinco legumes/verduras por dia. Coulthard e Blisset (2008) e Birch (1999) afirmaram que uma provável hipótese sobre a recusa das crianças em ingerir alimentos dos grupos alimentares frutas, vegetais e proteínas pode estar ligada a uma resposta evolutiva adaptativa que impede a ingestão de substâncias venenosas mais comumente encontradas em alimentos dessas subcategorias de grupos alimentares. Apesar do quão provável é essa hipótese, já foi comprovado que vários fatores ambientais influenciam o consumo de frutas e legumes/verduras em crianças, incluindo exposição a diferentes sabores na infância (Gerrish & Menella, 2001), observação do consumo parental (Gibson et al., 1998) e a possibilidade que os pais têm de controlar o acesso a alimentos de preferências dos seus filhos, por vezes sem conseguir priorizar a oferta de itens diversos, e, muitas vezes mais saudáveis do que os que são preferidos (Wardle et al., 2005). Os relatos trazidos pelos pais dos participantes do presente estudo vão ao encontro do relatado tanto no estudo de Gibson et al. (1998), quanto no de Wardle et al. (2005), nos quais os cuidadores afirmaram que seus filhos, muitas vezes, escolhem o que querem comer, e, por esse motivo não são expostos a novos alimentos.

Tabela 3 – Participantes que recusam alimentos pela categoria Cores dos alimentos

Subcategorias	Cores dos alimentos			
	Verde (Ve)	Vermelho (Ver)	Amarelo (Am)	Branco
	P1	P1	P1	<u>P6</u>
	<u>P6</u>	<u>P6</u>	<u>P6</u>	<u>P9</u>
	P7	P8	<u>P9</u>	<u>P10</u>
	P8	<u>P9</u>	<u>P10</u>	<u>P11</u>
	<u>P9</u>	<u>P10</u>	<u>P11</u>	<u>P12</u>
	<u>P10</u>	<u>P11</u>	<u>P12</u>	
	<u>P11</u>	<u>P12</u>	P14	
	<u>P12</u>	P16		
	P13			

P14				
Total	10 (91%)	8 (73%)	7 (64%)	5(45%)
Ve/Verm	7 (64%)			
Ve/Verm/Am	6 (55%)			
Todos	5 (45%)			

Nota. O sublinhado indica os participantes que recusaram todos os alimentos de todas as subcategorias de Cores

A Tabela 3 mostra os participantes que recusam alimentos por alguma das subcategorias de cores pertencentes à Categoria Cores dos alimentos (verdes, vermelhos, amarelos e brancos). Dos 17 participantes analisados, 11 recusaram alimentos por sua cor (65%), ou seja, não ingeriram nenhum alimento de uma ou mais das subcategorias de alguma cor específica apresentadas. Deste total, 91% (N=10) recusam todos os alimentos da cor verde, 73% (8) recusaram alimentos da cor vermelha, 64% (7) alimentos da cor amarela e 45% (5) recusaram alimentos da cor branca.

Importante ressaltar que P7 e P13 (18%) aceitaram a ingestão de todas as subcategorias menos a Verde. Além disso, nenhum participante recusou apenas alimentos da cor branca, ou apenas da cor amarela ou apenas da cor vermelha. Esses resultados indicam que a maioria dos participantes recusaram a subcategoria Verde, o que também parece estar associado com a recusa de legumes/verduras, que, em sua maioria, são alimentos que apresentam a coloração esverdeada e foram os alimentos mais recusados pelos participantes. Em contrapartida, os alimentos menos recusados foram os da cor branca, que consistiam em pipoca, leite, pão, macarrão e arroz. Com exceção do leite, esse dado corrobora com a maior aceitação da categoria de Grupos que foi a subcategoria Carboidratos.

Além disso, 64% (7) recusam todos os alimentos das cores verde e vermelha, 55% (6) recusam verde, amarelo e vermelho e 45% (5) não aceitaram nenhum alimento de nenhuma subcategoria apresentada nessa testagem (participantes sublinhados na

Tabela 3). Esses resultados indicam que o perfil de recusa por pelo menos uma cor foi demonstrado pela maioria dos participantes. Um pouco mais da metade recusou alimentos de 3 cores diferentes, e quase metade não aceitou a ingestão de nenhum alimento de nenhuma subcategoria (tal como o ocorrido em relação a categoria de Grupos Alimentares).

Apesar da cor dos alimentos não ser apontado como um dos fatores mais comuns por trás da recusa alimentar pela literatura (e.g., Meier et al., 2005; Heather et al., 2020; Piazza et al., 2002), no presente estudo, muitas famílias relataram que seus respectivos filhos selecionam ou recusam os alimentos pela cor, especialmente recusando o verde. Strand (2020) afirma que alimentos brancos ou incolores podem ser particularmente atraentes ou toleráveis para os indivíduos com hipersensibilidade sensorial, o que é bastante comum em pessoas com TEA e/ou seletividade alimentar. Em contrapartida, alguns estudos mostram que alimentos da cor verde são os menos preferidos pelas crianças, possivelmente por serem associados com vegetais, e por esse motivo, muitos optam por nem experimentar os alimentos dessa cor (e.g., Horst et al., 2016; Russell & Worsley, 2013.), corroborando para os achados da presente pesquisa.

Tabela 4 – Participantes que recusam alimentos pela categoria Textura dos alimentos

Textura dos alimentos				
Subcategorias	Sólido (Sol)	Pastoso (Pas)	Crocante (Cr)	Líquido
	<u>P6</u>	P1	<u>P6</u>	<u>P6</u>
	P7	<u>P6</u>	P8	<u>P9</u>
	P8	P7	<u>P9</u>	<u>P10</u>
	<u>P9</u>	P8	<u>P10</u>	<u>P12</u>
	<u>P10</u>	<u>P9</u>	P11	
	P11	<u>P10</u>	<u>P12</u>	
	<u>P12</u>	P11		
	P13	<u>P12</u>		
	P14			
	P16			

				4
Total	10 (91%)	8 (73%)	6 (55%)	(36%)
Sol/Pas	7 (64%)			
Sol/Pas/Cr	6 (55%)			
Todos	4 (36%)			

Nota. O sublinhado indica os participantes que recusaram todos os alimentos de todas as subcategorias Textura

A Tabela 4 mostra os participantes que recusaram todos os alimentos de cada uma das subcategorias de Texturas (sólidos, pastosos, crocantes e líquidos) apresentados na testagem direta. Observa-se que 65% dos participantes (N=11) recusaram alimentos de pelo menos uma das quatro texturas apresentadas. Esses resultados indicam que a maioria dos participantes apresentam um perfil alimentar de recusar alimentos em função da Textura ao qual o alimento pertence (perfil 3)

Do total de participantes que mostram um perfil alimentar de recusar por alguma subcategoria de Textura (N=11), 91% deles recusaram qualquer tipo de alimento Sólido, 73% recusaram alimentos Pastosos (N=8), 55% recusaram Crocantes (N=6) e apenas 36% recusaram Líquidos (N=4). Em paralelo, pouco mais da metade (55%, i.e. P2, P3, P4, P5, P15, P17) aceitaram pelo menos um alimento de todas as diferentes subcategorias das Texturas ofertadas. P1 e P7 só recusaram alimentos da subcategoria Pastoso e P13, P14 e P16 só recusaram alimentos Sólidos. Importante ressaltar que os participantes que recusaram líquidos (36%, i.e., P6, P9, P10 e P12) também recusaram todos os alimentos as outras subcategorias, o que configura uma recusa total de todos os alimentos ofertados na testagem direta. Esses resultados indicam que os participantes em sua maioria recusaram principalmente os alimentos das subcategorias Sólidos e Pastosos, e tiveram maior preferência pelos alimentos Líquidos, corroborando os achados de Boquin et al. (2014) e de Russell e Worsley, (2013) que indicaram a textura como um fator importante para a rejeição de alimentos em pessoas com seletividade alimentar. Texturas viscosas ou pastosas e alimentos duros e sólidos que requerem

mastigação podem ser especialmente desagradáveis para a criança (Russell & Worsley, 2013). Além disso, esses alimentos podem ser mais suscetíveis a engasgos frequentes (Shore & Babbitt, 1998).

No presente estudo, os alimentos mais aceitos pelos participantes foram os da subcategoria Líquidos o que corrobora com literatura que mostra que quanto mais líquida a consistência do alimento menor a probabilidade de recusa e expulsão do mesmo (e.g., Muller et al., 2004). Porém, vale ressaltar que foi ofertado (entre outros) água e leite, bebidas que já eram inseridos na dieta da maioria dos participantes. Quando levado em consideração a segunda subcategoria mais aceita, Crocantes, os achados da análise realizada caminham na mesma direção de Valenzuela-Zamora et al. (2022) que afirma em seu estudo que a textura crocante com cores neutras, temperaturas quentes e sabores doces parece ser a preferida entre os indivíduos com seletividade alimentar.

Tabela 5 – Perfil de Recusa dos participantes

Cat.	Subcat.	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17
Grupos Alimentares	Leg/Ver	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	Fruta	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X				
	Proteína						X	X	X	X	X	X	X					X
	Carb.						X			X	X	X	X	X				
Cores dos Alimentos	Verde	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	Vermelho	X					X		X	X	X	X	X					X
	Amarelo	X					X			X	X	X	X		X			
	Branco						X			X	X	X	X					
Textura dos alimentos	Sólido						X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
	Pastoso	X					X	X	X	X	X	X	X					
	Crocante						X		X	X	X	X	X					
	Líquido						X			X	X	X	X					

Nota: Participantes que recusaram uma ou mais subcategorias

A Tabela 5 mostra todas as categorias (cat.) e subcategorias (subcat.) de alimentos em que cada um dos participantes demonstrou recusar algum dos alimentos ofertados.

Dos 17 participantes avaliados, nenhum recusou por categoria, ou seja, a recusa de todos alimentos ofertados da mesma categoria, por exemplo a categoria de Grupos, todos legumes/verduras, proteínas, carboidratos e frutas, mas o consumo de outras categorias (perfil 1, perfil 2 e perfil 3). P5 foi o único participante que recusou somente os alimentos de uma única subcategoria (Legumes/verduras) (i.e. 6% do total), caracterizando perfil 4.

Outros 9 (53%, i.e., P1, P2, P3, P7, P8, P11, P13, P14, P16) recusaram mais de uma subcategoria, caracterizando o Perfil 5. Quatro participantes (perfil 6) recusaram a ingestão de todos os alimentos ofertados (24%, i.e P6, P9, P10 e P12), sendo classificados como pertencentes ao Perfil 6. Apenas três (18%, i.e., P4, P15 e P17) aceitaram a ingestão de pelo menos um alimento de todas as subcategorias (Perfil 7).

Esses resultados indicam que existe um perfil predominante de recusa dos alimentos, mais de uma característica do tipo de alimento parece controlar o padrão de seletividade alimentar, ou seja, a maioria participantes parecem ter um perfil de recusa de duas ou mais subcategorias concomitantemente.

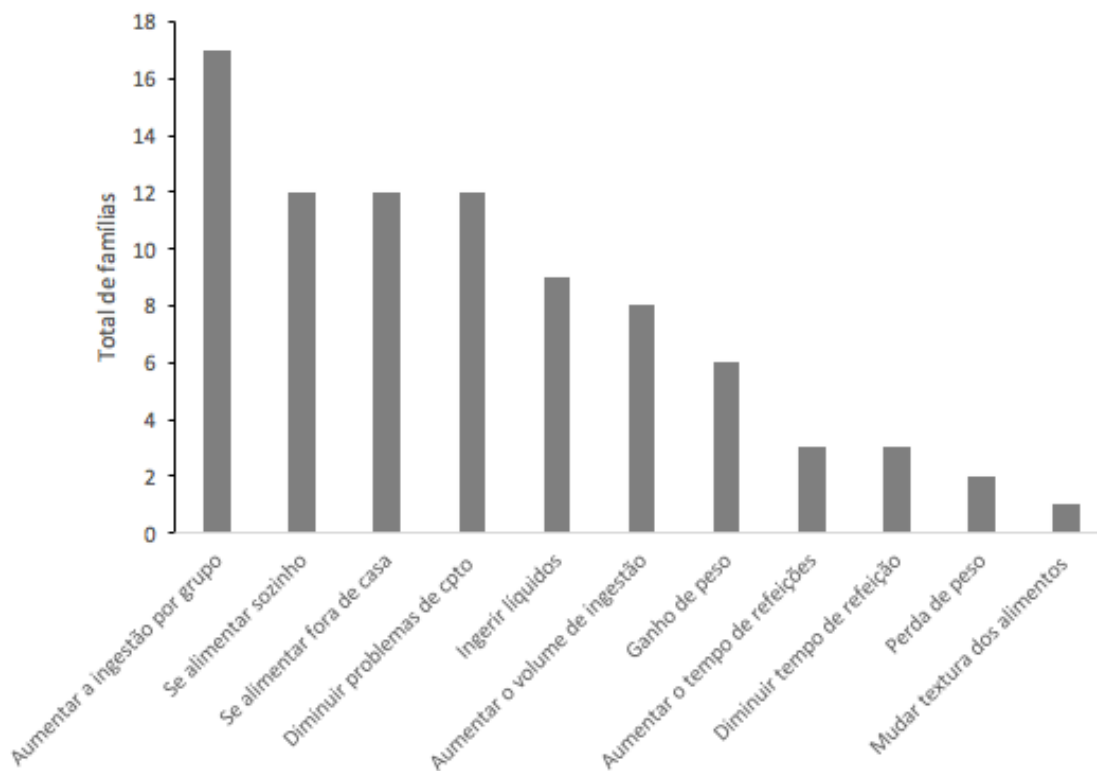


Figura 1. Objetivos da família em relação a intervenção alimentar.

A Figura 1 mostra que 100% das famílias que participaram da pesquisa tinham como objetivo prioritário que seus filhos aumentassem o consumo de alimentos por Grupo alimentar, ou seja, ingerissem mais Legumes/verduras, Frutas, Carboidratos e/ou Proteínas.

Três outros objetivos foram listados como desejados por 70% dos familiares, a saber, a) a diminuição de problemas de comportamento durante as refeições, b) que seus filhos se alimentassem de forma independente (sozinhos) e c) que comessem alimentos fora de casa. É importante salientar que no relato das famílias, problemas de comportamento são considerados quando o participante empurra o alimento, chora, grita, sai correndo ou outra topografia similar a estas. Esses comportamentos não aparecem quando os alimentos ofertados são de alta preferência. Dessa forma, é possível hipotetizar que os familiares de 5 participantes não consideraram a diminuição de problemas de comportamento como um objetivo desejado, pois não costumavam ofertar alimentos diferentes do habitual, ou seja, só apresentavam alimentos de alta preferência ou os que

os filhos já aceitavam consumir. Além disso, muitas famílias do serviço analisado afirmaram que seria muito importante que seus filhos aceitassem os alimentos ofertados em outros locais como a escola, casa dos avós e restaurantes, independente da presença dos pais ou dos alimentos consumidos em casa.

Para 8 famílias (aproximadamente, 50% dos usuários) um dos objetivos era que os participantes também aumentassem seu consumo de líquidos, e 7 (40%) gostariam que as crianças/adolescentes aumentassem a quantidade de alimentos que já ingeriam. Além disso, 6 famílias (35%) gostariam que seus filhos ganhassem peso, e 12% (2 famílias) tinham como um dos objetivos da intervenção a perda de peso do participante. O tempo gasto nas refeições também foi relatado como um dos objetivos, sendo que 3 cuidadores (18%) gostariam que seus filhos fizessem suas refeições de forma mais rápida, e outros 3 (18%) que o fizessem de forma mais lenta. Por fim, apenas 1 família teve como objetivo mudar a textura dos alimentos ingeridos pelo filho. Esses dados parecem indicar que para as famílias desde estudo, a variedade de alimentos que seus filhos ingerem é mais importante do que a texturas dos mesmos, embora a textura seja um dos aspectos mais comuns por trás da recusa alimentar (Boquin et al., 2014; e de Russell & Worsley, 2013). Por esse motivo, muitos pais optam por alimentar seus filhos com mamadeiras super calóricas, geralmente em textura líquida ou pastosa, mas que contenha muitos Grupos Alimentares diferentes, por exemplo, com vitamina de frutas, legumes, fubá e fígado na mesma mamadeira.

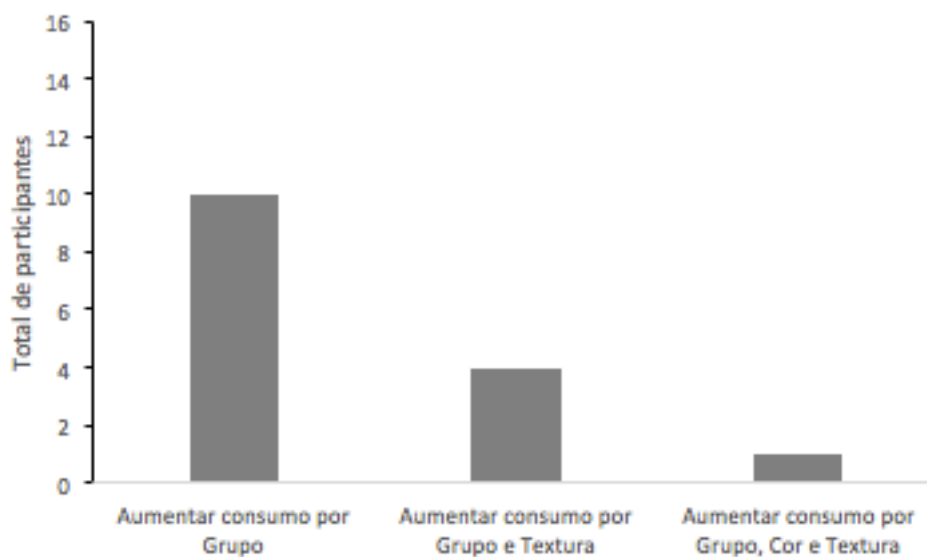


Figura 2. Objetivos da intervenção definidos após a avaliação.

A Figura 2 mostra a o total de participantes distribuídos por cada tipo de objetivos da intervenção derivados da Avaliação Global e definidos pela equipe de intervenção. É importante ressaltar que P16 e P17 fizeram apenas a avaliação, mas, até a análise de dados deste estudo, não haviam iniciado a intervenção. Dentre ao que foram avaliados, observa-se que 15 participantes 10 (83%) tiveram como objetivo de intervenção o aumento no consumo de alimentos pela categoria Grupos alimentares, ou seja, deveriam aumentar a ingestão de Proteínas, Carboidratos, Legumes e verduras e/ou Frutas. Os objetivos para outros 4 participantes (26%) foi o aumento no consumo de alimentos por Grupos Alimentares + por Texturas (Sólidos, Líquidos, Pastosos e/ou Crocantes). E, por fim, apenas 1 participante (6%), P6, teve como objetivo aumentar o consumo de alimentos por Grupos, Textura e Cores (vermelho, amarelo, verde e branco). Esses resultados indicam que, apesar de a maioria dos participantes apresentar um perfil de recusa por mais de uma subcategoria de alimentos (Tabela 5), o objetivo da intervenção definido pela equipe era o de aumentar o consumo de alimento por Grupos alimentares, da mesma forma que ocorreu nos estudos de Meier et al. (2012) e Piazza et al. (2012). Outra justificativa para o predomínio do objetivo de aumentar a ingestão por Grupos alimentares é que o possível aumento no número de alimentos ingeridos dessa

categoria já poderia englobar o aumento de alimentos pertencentes a outras categorias (i.e., texturas ou cores), por exemplo, a ingestão de brócolis, que é um legume com textura sólida e cor verde. Além disso, foi levado em consideração a validade social, ou seja, o desejo da família do participante (Figura 4), assim como no estudo de Russell e Worsley (2013) as famílias tinham o objetivo principal o aumento do consumo de alimentos da criança por Grupo Alimentar.

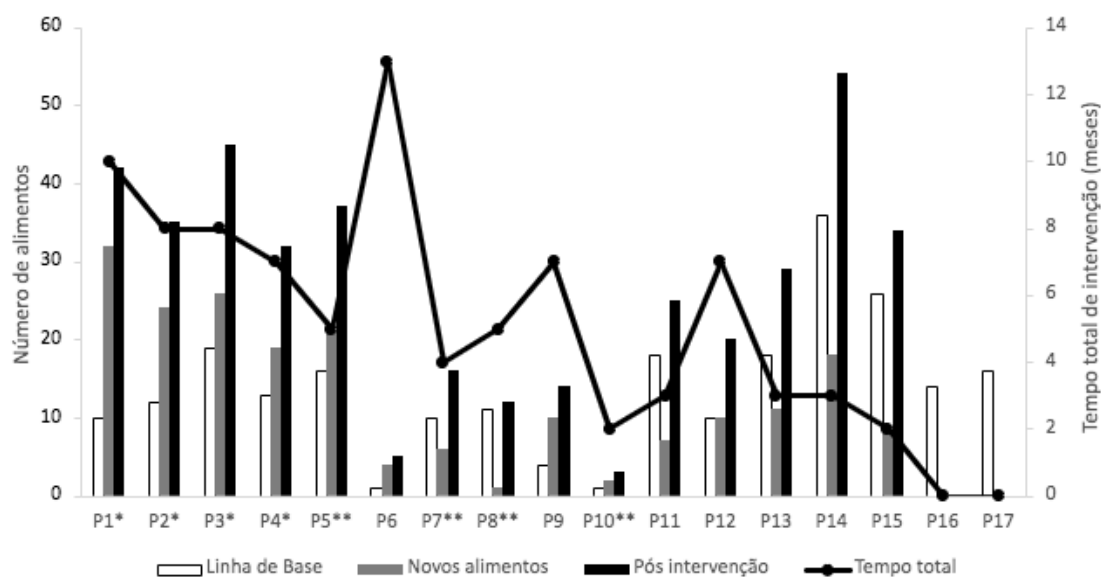


Figura 3. Total de alimentos ingeridos na Linha de Base, no Pós intervenção e quantidade de novos alimentos adicionados à dieta dos participantes durante o tempo total de permanência no serviço. *Participantes que tiveram alta do serviço. **Participantes que desistiram do serviço.

A Figura 3 mostra o número de alimentos ingeridos na Linha de base (i.e., já ingeridos antes da avaliação = coluna branca), a quantidade de novos alimentos ingeridos após o início da intervenção (coluna cinza), o total de alimentos ingeridos no pós intervenção (i.e., até o momento da coleta de dados = coluna preta) e o tempo de permanência do usuário no serviço (linha com círculos fechados).

É possível observar na Figura 3 que para todos os participantes, o total de alimentos ingeridos cresceu após o início da intervenção. Considerando os participantes que iniciaram a intervenção (N=15) a quantidade de novos alimentos que passaram a ser consumidos foi maior do que o que eles já consumiam na Linha de base para 8 deles (53%) (coluna cinza maior do que coluna branca). P1 foi o participante que passou a

ingerir a maior quantidade de novos alimentos (22). Com a exceção de P6, quem permaneceu mais tempo em intervenção teve maior aumento no número de alimentos consumidos (P1, P2 e P3). Por outro lado, P4, P9 e P12 permaneceram a mesma quantidade de tempo, ao passo que a quantidade de alimentos não é a maior nem a menor. Esses resultados indicam que a variável quantidade de tempo no serviço pode não ser tão relevante para a produção de mudança socialmente válida.

P6 e P10 são participantes que chegaram ao serviço ingerindo apenas 1 alimento (leite na mamadeira), crianças que chegam com um repertório alimentar extremamente restrito tendem a ter um aumento mais lento no número de alimentos ingeridos, devido a, na maioria das vezes, terem dificuldade na mastigação (Muller et al., 2004), como foi o caso de P6 e P10. Os participantes citados acima apresentavam dificuldades de mastigação e não haviam feito a introdução alimentar, o que provavelmente justifica um aumento menor no número de alimentos ingeridos, visto que haviam outros objetivos anteriores em andamento, como por exemplo o ensino de habilidade mastigatória.

Outro dado relevante a ser descrito é que P5, P7, P8 e P10 interromperam suas participações no serviço por motivos pessoais, porém, todos tiveram aumento no consumo de alimentos. P5, por exemplo, na linha de base comia 16 alimentos (coluna branca), após a intervenção (coluna preta), passou a comer 37 alimentos (i.e., um aumento 131% em seu repertório alimentar em 5 meses de intervenção).

Esses resultados mostram que intervenções baseadas em Análise do Comportamento Aplicada continuam se mostrando eficazes em aumentar o consumo de alimentos por pacientes com seletividade alimentar (Chen et al., 2022; Bloomfield et al., 2018; Patel et al., 2023; Silbaugh et al., 2022; Taylor, 2021; Williams & Serveiling, 2022), independente de qual seja seu perfil de recusa .

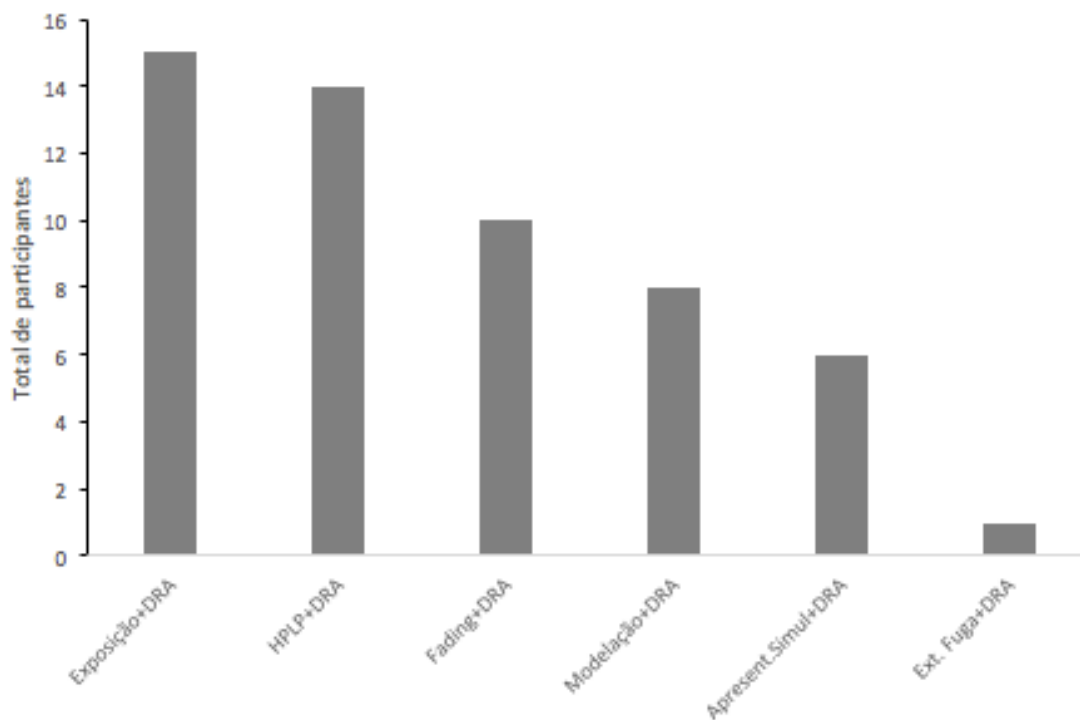


Figura 4 – Pacote de procedimentos utilizados durante a intervenção.

A Figura 4 mostra os pacotes de procedimentos propostos para o início das intervenções, após o término da Avaliação Global. É importante ressaltar que, embora a pesquisa tenha 17 participantes, apenas 15 tiveram um plano de ensino desenvolvido. Os participantes 15 e 16 tiveram os dados coletados apenas no período de avaliação.

Observa-se na Figura 4 que o pacote “Exposição + DRA” foi o mais utilizado nos planos de intervenção, todos participantes da pesquisa foram submetidos ao mesmo. A adoção recorrente do procedimento de exposição nesse estudo vai na direção do que foi relatado no estudo de Wardle et al. (2003), no qual os pais conduziram uma exposição diária dos filhos a um vegetal, e, com isso, aumentaram muito o gosto dos mesmos por aquele alimento. Além disso, no estudo de Gerrish & Menella (2001) a exposição a uma variedade de vegetais, em oposição a um único vegetal, foi muito mais eficaz em aumentar o consumo de novos vegetais pelas crianças.

Os resultados nos mostram que dessensibilização+DRA parece ser um pacote que pode ser utilizado para a intervenção de todas as crianças desse estudo, independente de

seu perfil de recusa. Possivelmente por ser um procedimento menos invasivo e de aproximação gradativa de forma lúdica, o que atrai a atenção da criança para o alimento. Tal qual visto no estudo de Suarez (2015), em que crianças foram ensinadas a desenvolver gradualmente uma hierarquia de interação alimentar para dessensibilizá-las sistematicamente aos alimentos-alvo. Simultaneamente, eles refletiram sobre a experiência sensorial de comer para reduzir a resposta de ansiedade. Por exemplo, ao longo de uma série de sessões, primeiro a criança pôde ser orientada a aceitar um alimento não preferido em seu prato, depois tocar o alimento com o dedo, depois dar um beijo de despedida no alimento e, finalmente, comê-lo. Durante esse processo, as crianças eram solicitadas a rotular cada alimento com linguagem apropriada para a idade (por exemplo, o alimento é doce ou salgado? É nojento ou gostoso?). O mesmo foi feito durante os procedimentos de dessensibilização+DRA relatados nesse estudo, o objetivo foi levar o alimento para perto da criança de forma lúdica, reforçando os comportamentos de aproximação. Suarez (2015) afirma que o procedimento de exposição em conjunto com reforço diferencial pode ser um bom caminho para oferecer a família um pacote de tratamento que não seja aversivo e que os pais se sintam-se confortáveis a fazer em casa.

O segundo pacote de intervenção mais implementado com os participantes desta pesquisa após a Avaliação Global foi a combinação, “HPLP + DRA” implementado para 14 participantes (93% - P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P11, P12, P13, P14 e P15). A sequência de HPLP envolve instruir um indivíduo a se envolver em uma tarefa para a qual há uma alta probabilidade de cumprimento imediatamente antes de instruí-lo a concluir uma tarefa que ele provavelmente não cumprirá (Patel et al., 2007; Patel et al., 2006; Eslava & Fernand, 2018). A adoção do HPLP já foi comprovadamente eficaz em promover o aumento do consumo de verduras, frutas e/ou legumes de uma pessoa com TEA (Meier & Fryling, 2012) bem como em aumentar o consumo de diversos novos

alimentos, na mesma textura já consumida pela criança (i.e., purê) (Patel et al., 2007). Os resultados do presente estudo indicam que as intervenções mais adotadas, além de eficazes, também são as que costuma ser validadas por familiares e profissionais como confortáveis para implementação dado que não são procedimentos invasivos (e.g., Meier & Fryling, 2012; Patel et al., 2007).

Para 10 dos participantes (66% - P2, P4, P6, P7, P8, P11, P12, P13, P14 e P15) foi utilizado o pacote de procedimentos de “Fading+DRA”. Esse procedimento pode ser bastante eficaz para mudar a textura da alimentação de pessoas que só comem um tipo de textura específica, como por exemplo no estudo de Patel et al. (2012) que tinha como objetivo mudar a textura da alimentação de uma criança de 3 anos que só comia purês e expulsava alimentos em outras texturas. Os autores fizeram um procedimento de fading mais NCR (Reforço não contingente) para aumentar a granulação dos alimentos, misturando 50% de purê em 50% do alimento apenas amassado com o garfo. Diante da mudança na textura, houve aumento de consumo e diminuição de expulsões. Outro estudo de Patel et al. (2001) utiliza um procedimento de fading + DRA para aumentar o consumo de líquidos. A criança tomava apenas pequenos goles de água pura e leite, mas recusava qualquer outro líquido. O objetivo foi um fading-in de um sachê de suplementação na água e no leite, de forma gradativa, aumentando a quantidade do suplemento na água, com 100% de aceitação após a intervenção.

Os resultados do presente estudo aumentam os achados de Munk e Repp (1994) demonstrando que avaliar o tipo e a textura do alimento pode ser usado para prescrever a intervenção mais adequada.

O pacote de “Modelação+DRA” foi utilizado na intervenção de 8 participantes (53% - P1, P2, P3, P10, P11, P12, P13, P14). A modelação é uma prática baseada em evidências no tratamento de crianças com TEA (e.g., Wong et al., 2013) na qual o

participante observa outra pessoa modelar um comportamento que resulta em uma consequência que presumivelmente funciona como reforço para aquele indivíduo, caso eles exibam o mesmo comportamento). No estudo de Sira e Fryling (2012) alimentador apresentou mordidas para a criança (uma criança de 9 anos com TEA e seletividade alimentar) e sua irmã da mesma maneira, de forma alternada. Contingente ao consumo o pesquisador cedeu um elogio e um item altamente preferido. Durante a linha de base, a criança não comeu. Durante o tratamento, ele demonstrou altos níveis de consumo, fornecendo suporte de que a contingência mediada por pares (modelação) pode aumentar o consumo de alimentos nutritivos em crianças com seletividade alimentar. Allen (2009) afirma que modelação pode ser eficaz e fácil para os pais implementarem, no entanto, nem todas as famílias têm um irmão ou alguém disponível como modelo.

Neste estudo, esse pacote de procedimentos foi utilizado com famílias que costumam se alimentar juntas, sentadas a mesa, dessa forma há a possibilidade de utilizar os pais, irmãos ou cuidadores como modelos na hora da alimentação. Apesar de evidências científicas sugerirem intervenções nas quais os alimentadores modelam comportamentos-alvo e contingências para comer, o que pode melhorar o consumo de alimentos nutritivos em crianças com seletividade alimentar (Greer et al., 1991; O'Connor et al., 2019; Sira & Fryling, 2012; Flanagan et al., 2021), nem sempre é possível, visto que muitas pessoas com TARE não conseguem assistir a outra pessoa se alimentando sem sentir náuseas ou desconforto.

Para 6 participantes (40% - P2, P3, P4, P5, P7 e P9) foi utilizado o pacote de “Apresentação Simultânea+DRA”. Crianças que são comedoras seletivas consomem alguns alimentos mas rejeitam fortemente outros, certas variações nos métodos de apresentação de alimentos podem facilitar a aceitação de alimentos rejeitados ou novos (Ahearn, 2003). Esse pacote de procedimentos pode ser utilizado, por exemplo, para

crianças que tem molhos como itens preferidos em seu cardápio, mas recusam o consumo de vegetais, como no estudo de Ahearn (2003), que utilizou ketchup como alimento preferido de forma simultânea com brócolis, aumentando em 100% a aceitação de uma criança de 9 anos a esse alimento.

Os achados nos mostram que apesar de, em muitos casos, o pareamento de um alimento preferido a um não preferido serem eficaz no aumento e variação de alimentos consumidos, tanto em diferentes grupos alimentares, como para diferentes texturas (Piazza et al., 2002) nesse estudo somente 40% dos participantes foram submetidos a essa intervenção. Talvez, pelo fato de que quando se trata de seletividade alimentar, nem sempre o participante tem um alimento extremamente preferido, a ponto que o mesmo possa ser pareado com um outro alimento não preferido. Outro fato importante a ser mencionado é que apresentando um alimento preferido juntamente com um não preferido, corre-se o risco do comedor seletivo passar a recusar os dois alimentos apresentados, o que seria um problema para aquelas pessoas que comem um número muito reduzido de alimentos.

E, por último, apenas para 1 participante (6% - P5) foi utilizado o pacote de “Extinção de fuga+DRA”. A extinção por fuga é uma técnica que evita que criança deixe a situação de alimentação até que tenha atendido ao pedido do alimentador para dar uma mordida em um alimento anteriormente recusado. Comportamento de recusa (por exemplo, chorar e bater a colher) é ignorado, e a criança é impedida de “escapar” da colher. (Suarez, 2015; LaRue et al. 2001). Patel et al. (2002) compararam a eficácia do DRA sozinho para consumo (nenhum alimento visível na boca da criança 30 s após a aceitação) e não obteve aumento no consumo. Quando DRA foi combinado com a extinção de fuga, tanto a aceitação quanto a limpeza bucal aumentaram, independentemente de o reforço ter sido fornecido para aceitação ou boca limpa. Piazza

et al. (2003) realizou um estudo com o objetivo de avaliar os efeitos de um procedimento de extinção de fuga para aumento e consumo de novos alimentos, com e sem reforço positivo. Os participantes do estudo foram 4 crianças com seletividade alimentar. Os resultados mostraram que procedimentos baseados em reforço sozinhos (na ausência de extinção de fuga), porém, podem ser extremamente úteis para reduzir comportamentos inadequados na hora da refeição durante um procedimento de extinção de fuga. Apesar de algumas evidências de sucesso em ambientes clínicos, muitas vezes de internação, essa abordagem foi criticada como invasiva e, às vezes, difícil para as famílias manterem em seu ambiente natural de refeição (Suarez, 2015). Por esse motivo, apenas uma criança teve como intervenção extinção de fuga+DRA.

Esses resultados indicam que todos os participantes tiveram em seu Plano de intervenção Comportamental (PIC) pacotes de “Exposição+DRA”, possivelmente por se tratar de um procedimento menos invasivo e considerado fácil de ser replicado pelos cuidadores em casa (Suarez, 2015). Por outro lado, este estudo mostra que o pacote de extinção de fuga, apesar de eficaz (LaRue et al. 2001; Suarez, 2015; Patel et al., 2002) foi o menos utilizado, provavelmente pela complexidade dos procedimentos.

5. Conclusão

Alguns estudos sugerem que múltiplos fatores podem contribuir para o desenvolvimento de um padrão de seletividade alimentar (e.g., Chatoor & Lucarelli, 2020; Schreck et al., 2004; Tarbox & Bermudez, 2017; Volkert & Vaz, 2010). Dessa forma, é comum o estabelecimento da classe de respostas recorrentemente chamada de “recusa alimentar”. Para determinar se existe um perfil de recusa específico e a fim intervir de maneira mais adequada possível, é essencial avaliar de forma abrangente (Babbitt et al., 1994; Lukens, 2011; Volkert & Piazza, 2012).

Apesar da existência de estudos sobre avaliação de problemas alimentares (Babbitt et al., 1994; Borrero et al., 2016; Lukens, 2011; Munk & Repp, 1994), nenhum demonstrou se existia um perfil de recusa específico entre os participantes, e nem foi analisado se os pacotes de intervenção propostos pela avaliação em questão foram eficazes na diminuição da recusa alimentar.

Por esse motivo, no presente estudo dados foram coletados a fim de identificar se existia um perfil de recusa dos participantes. A hipótese seria a existência de 7 Perfis, porém, nesse estudo, foram descobertos 4. São eles: por subcategoria (perfil 4), por subcategorias concomitantes (perfil 5), por recusa total dos alimentos ofertados (perfil 6) e o perfil 7 que se caracteriza pela não recusa de nenhuma subcategoria, ou seja, a ingestão de pelo menos um alimento de todas as subcategorias. As análises indicam que a maioria dos participantes da pesquisa apresentaram um padrão de recusa por alguma subcategoria testada, porém, levanta-se a hipótese de que, embora exista um padrão de recusa alimentar, ele não é único e raramente acontece isolado, ou seja, o participante pode recusar alimentos de uma ou mais subcategorias (por exemplo, frutas e alimentos da cor vermelha), caracterizando Perfil 5. Esse achado se torna importante a medida que nenhum estudo encontrado até o momento relata a existência de perfis específicos de recusa alimentar, e, definir um ou mais perfis de recusa pode ser essencial para planejar uma intervenção adequada.

Em relação aos pacotes de intervenção propostos após a avaliação, há a hipótese de que a combinação de estratégias possibilitou o aumento no número de alimentos que os participantes passaram a ingerir após o início da intervenção, visto que 100% dos participantes comeram novos alimentos com as estratégias utilizadas. É fundamental ressaltar a importância de exposição a novos alimentos, principalmente no âmbito familiar, e, em conjunto, o treinamento das famílias sobre manejo de comportamentos

disruptivos frente a alimentos não preferidos. Visto que os cuidadores passam a não ofertar mais aqueles alimentos que são rejeitados pela criança, e, muitas vezes, a função desse comportamento é se esquivar do choro ou das reclamações dos filhos. Com treinamento adequado, em alguns casos, seria possível evitar o estabelecimento de certos padrões de recusa apenas por meio de exposição, pois, quando os pais são convidados a escolher as intervenções que serão realizadas para diminuir comportamentos de recusa, os mesmos optam por procedimentos menos invasivos (Vazquez et al., 2019).

Como uma das limitações do estudo podemos citar que a quantidade de participantes poderia ser maior, validando ainda mais os achados. Em relação a eficácia, apesar da avaliação permitir a identificação de outros objetivos além do aumento do consumo de alimento, não foi verificado o efeito das intervenções propostas após a Avaliação Global sobre objetivos diferentes. Futuros pesquisadores podem buscar o efeito de intervenções alimentares sobre outros objetivos além do aumento no consumo de novos alimentos, como por exemplo alimentação independente, sobretudo considerando a validade social.

6. Referências

- Alter, P. J., Conroy, M. A., Mancil, G. R., & Haydon, T. (2008). A Comparison of Functional Behavior Assessment Methodologies with Young Children: Descriptive Methods and Functional Analysis. *Journal of Behavioral Education, 17*(2), 200–219. <https://doi.org/10.1007/s10864-008-9064-3>
- American Psychiatric Association APA. (2004). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5 / [tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al., 5. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Babbitt, R. L., Hoch, T. A., Coe, D. A., Cataldo, M. F., Kelly, K. J., Stackhouse, C., & Perman, J. A. (1994). Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP, 15*(4), 278–291. <https://doi.org/10.1097/00004703-199408000-00011>

- Bandini, L. G., Anderson, S. E., Curtin, C., Cermak, S., Evans, E. W., Scampini, R., Maslin, M., & Must, A. (2010). Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *The Journal of pediatrics*, *157*(2), 259–264.
- Birch, L. L., Gunder, L., Grimm-Thomas, K., & Laing, D. G. (1998). Infants' consumption of a new food enhances acceptance of similar foods. *Appetite*, *30*(3), 283–295. <https://doi.org/10.1006/appe.1997.0146>
- Bloomfield, B. S., Fischer, A. J., Clark, R. R., & Dove, M. B. (2018). Treatment of food selectivity in a child with avoidant/restrictive food intake disorder through parent teleconsultation. *Behavior analysis in practice*, *12*(1), 33–43. <https://doi.org/10.1007/s40617-018-0251-y>
- Bosch, S., & Fuqua, R. W. (2001). Behavioral cusps: a model for selecting target behaviors. *Journal of applied behavior analysis*, *34*(1), 123–125. <https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-123>
- Borrero, C. S., England, J. D., Sarcia, B., & Woods, J. N. (2016). A Comparison of descriptive and functional analyses of inappropriate mealtime Behavior. *Behavior analysis in practice*, *9*(4), 364–379. <https://doi.org/10.1007/s40617-016-0149-5>
- Bui, L., Moore, D., & Anderson, A. (2013). Using Escape Extinction and Reinforcement to Increase Eating in a Young Child with Autism. *Behaviour Change*, *30*(1), 48-55. doi:10.1017/bec.2013.5
- Chatoor, I.; Lucarelli, L. (2020). Feeding development and disorders. In Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development, 2nd ed.; Benson, J.B., Ed.; Elsevier: Amsterdam, The Netherlands; pp. 621–632.
- Chen, E.; Borrero, C.S.W.; Frank-Crawford, M.A.; Borrero, J.C. (2022). Accumulated-

- and distributed-reinforcer arrangements in the treatment of challenging mealtime behavior. *Behavior Interventions*. <https://doi.org/10.1002/bin.1899>
- Clawson, B., Selden, M., Lacks, M., Deaton, A. V., Hall, B., & Bach, R. (2008). Complex pediatric feeding disorders: using teleconferencing technology to improve access to a treatment program. *Pediatric Nursing*, 34(3), 213+.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). *Applied Behavior Analysis*. Pearson UK.
- Cockroft, J., Durkin, M., Masding, C., & Cade, J. (2005). Fruit and vegetable intakes in a sample of pre-school children participating in the “Five for All” project in Bradford. *Public Health Nutrition*, 8(7), 861–869. <https://doi.org/10.1079/phn2005734>.
- Dawson, J. E., Piazza, C. C., Sevin, B. M., Gulotta, C. S., Lerman, D., & Kelley, M. L. (2003). Use of the high-probability instructional sequence and escape extinction in a child with food refusal. *Journal of applied behavior analysis*, 36(1), 105–108. <https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-105>
- Duarte, C.P., Da Hora, C.L. (2018). Behavioral Intervention for Problems related to Food. In: Duarte, C.P., Silva,L.C., Velloso,R.L. Applied behavior analysis strategies for people with autism spectrum disorders. Ed. Memnon, São Paulo.
- Gerrish, C. J., & Mennella, J. A. (2001). Flavor variety enhances food acceptance in formula-fed infants. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 73(6), 1080–1085. <https://doi.org/10.1093/ajcn/73.6.1080>
- Gibson, E. L., Wardle, J., & Watts, C. J. (1998). Fruit and Vegetable Consumption, Nutritional Knowledge and Beliefs in Mothers and Children. *Appetite*, 31(2), 205–228. <https://doi.org/10.1006/appe.1998.0180>

- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of applied behavior analysis, 27*(2), 197–209. <https://doi.org/10.1901/jaba.1994.27-197>
- Johnson, C. R., & Babbitt, R. L. (1993). Antecedent manipulation in the treatment of primary solid food refusal. *Behavior Modification, 17*, 510–521.
- LaRue, R. H., Stewart, V., Piazza, C. C., Volkert, V. M., Patel, M. R., & Zeleny, J. (2011). Escape as reinforcement and escape extinction in the treatment of feeding problems. *Journal of applied behavior analysis, 44*(4), 719–735. <https://doi.org/10.1901/jaba.2011.44-719>
- Lacy, K. E., & Campbell, K. J. (2020). Feeding and eating. *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development*, 1–11. doi:10.1002/9781119171492.wecad036
- Lerman, D. C., & Iwata, B. A. (1993). Descriptive and experimental analyses of variables maintaining self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 26*, 293–319.
- Luiselli, J. K., & Gleason, D. J. (1987). Combining sensory reinforcement and texture-fading procedures to overcome chronic food refusal. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 18*, 149–155.
- Luke, T. A. (2016). The role of telehealth technology in the remediation of pediatric feeding disorders. *The University of Texas at Austin*.
- Lukens, C. T. (2011). Behavioral assessment of pediatric feeding problems. *Handbook of Behavior, Food and Nutrition*, 3437–3452. doi:10.1007/978-0-387-922713_215
- Meier, A. E., Fryling, M. J., & Wallace, M. D. (2012). Using high-probability foods to increase the acceptance of low-probability foods. *Journal of applied behavior analysis, 45*(1), 149–153. <https://doi.org/10.1901/jaba.2012.45-149>

- Munk, D. D., & Repp, A. C. (1994). Behavioral assessment of feeding problems of individuals with severe disabilities. *Journal of applied behavior analysis*, 27(2), 241–250. <https://doi.org/10.1901/jaba.1994.27-241>
- Mueller, M. M., Piazza, C. C., Patel, M. R., Kelley, M. E., & Pruett, A. (2004). Increasing variety of foods consumed by blending nonpreferred foods into preferred foods. *Journal of applied behavior analysis*, 37(2), 159–170. <https://doi.org/10.1901/jaba.2004.37-159>
- Pangborn, M. M., Borrero, C. S. W., & Borrero, J. C. (2012). Sequential application of caregiver training to implement pediatric feeding protocols. *Behavioral Interventions*, 28(2), 107–130. <https://doi.org/10.1002/bin.1356>
- Patel, M., Reed, G. K., Piazza, C. C., Mueller, M., Bachmeyer, M. H., & Layer, S. A. (2007). Use of a high-probability instructional sequence to increase compliance to feeding demands in the absence of escape extinction. *Behavioral Interventions*, 22, 305–310.
- Patel, M. R., Rosenlund, K., Miller, S. E., Andersen, A. S., & Miles, A. (2023). Using an intensive interdisciplinary telehealth model to treat pediatric feeding disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*. <https://doi.org/10.1002/jaba.976>
- Piazza, C. C., Patel, M. R., Santana, C. M., Goh, H. L., Delia, M. D., & Lancaster, B. M. (2002). An evaluation of simultaneous and sequential presentation of preferred and nonpreferred food to treat food selectivity. *Journal of applied behavior analysis*, 35(3), 259–270. <https://doi.org/10.1901/jaba.2002.35-259>
- Russell, C. G., Worsley, A. (2013). Why don't they like that? And can I do anything

- about it? The nature and correlates of parents' attributions and self-efficacy beliefs about preschool children's food preferences. *Appetite*, 66(), 34–43.
doi:10.1016/j.appet.2013.02.020
- Seiverling, L., Williams, K., Sturmey, P., & Hart, S. (2012). Effects of behavioral skills training on parental treatment of children's food selectivity. *Journal of applied behavior analysis*, 45(1), 197–203. <https://doi.org/10.1901/jaba.2012.45-197>
- Silbaugh, B. C., Calderon, G. A., & Eslava, V. H. (2020). Effects of the High-Probability Instructional Sequence in Children With Feeding Disorders: A Synthesis. *Behavior modification*, 44(6), 927–954.
<https://doi.org/10.1177/0145445519858273>
- Schreck, K. A., Williams, K., & Smith, A. F. (2004). A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 34(4), 433–438. <https://doi.org/10.1023/b:jadd.0000037419>
- Shore, B A; Babbitt, R L; Williams, K E; Coe, D A; Snyder, A (1998). Use of texture fading in the treatment of food selectivity.. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(4), 621–633. doi:10.1901/jaba.1998.31-621
- Strand, M. (2020). Eggs, sugar, grated bones: colour-based food preferences in autism, eating disorders, and beyond. *Medical Humanities*, medhum-2019-011811.
<https://doi.org/10.1136/medhum-2019-011811>
- Taylor, T. (2021). Use of a Move-on Component to Increase Consumption for a Clinical Pediatric Feeding Case In-Home. *Behaviour Change*, 1–13.
<https://doi.org/10.1017/bec.2021.17>
- Tarbox, J., & Taira Lanagan Bermudez. (2017). *Treating feeding challenges in autism : turning the tables on mealtime*. Elsevier/Academic Press.
- Van der Horst, K., Deming, D. M., Lesniauskas, R., Carr, B. T., & Reidy, K. C. (2016).

- Picky eating: Associations with child eating characteristics and food intake. *Appetite*, *103*, 286–293. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.04.027>
- Vazquez, M., Fryling, M. J., & Hernández, A. (2019). Assessment of Parental Acceptability and Preference for Behavioral Interventions for Feeding Problems. *Behavior modification*, *43*(2), 273–287. <https://doi.org/10.1177/0145445517751435>
- Volkert, V. M., & Piazza, C. C. (2012). Pediatric feeding disorders. *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology*. John Wiley & Sons.
- Volkert, V. M., & Vaz, P. C. (2010). Recent studies on feeding problems in children with autism. *Journal of applied behavior analysis*, *43*(1), 155–159. <https://doi.org/10.1901/jaba.2010.43-155.78531.86>
- Wardle, J., Carnell, S., & Cooke, L. (2005). Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake: How are they related? *Journal of the American Dietetic Association*, *105*(2), 227–232. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.11.006>
- Williams, K., & Seiverling, L. (2022). Behavior Analytic Feeding Interventions: Current State of the Literature. *Behavior Modification*, 014544552210981. <https://doi.org/10.1177/01454455221098118>
- World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019 [cited 2019 Aug 20]. Disponible em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>»

