

INSTITUTO PAR - CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA

Ana Luiza Chegatti

**Generalização e Manutenção de Intervenções Alimentares: Comparação entre
o efeito da retirada gradual da intervenção e treinamento parental via
*Behavior Skills Training (BST)***

São Paulo

2025

INSTITUTO PAR - CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA

Ana Luiza Chegatti

**Generalização e Manutenção de Intervenções Alimentares: Comparação entre
o efeito da retirada gradual da intervenção e treinamento parental via
*Behavior Skills Training (BST)***

Projeto de mestrado apresentado ao Instituto Par - Ciências do Comportamento Aplicada, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento, sob orientação do Prof. Dra. Claudia S. F. N. Coimbra.

São Paulo

2025

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que sempre se dedicaram e fizeram de tudo para que eu e meus irmãos tivéssemos uma vida confortável.

Ao Eduardo, meu noivo, que descomplica minha vida em tantos aspectos e que, nesse momento não foi diferente, me ajudando em tudo que estava a seu alcance para que eu pudesse finalizar esse trabalho. Obrigada por me mostrar o que é parceria de verdade.

Gostaria de agradecer também minhas amigas, Giovana, Caroline, Talita e Taynara, que me deram todo suporte, ouvindo e me incentivando ao longo dessa jornada.

Minha gratidão também a todos os participantes, que me ensinaram muito mais do que eu mesma imaginava ser possível. Obrigada não só às crianças, mas a todas as famílias que fizeram parte e contribuíram imensamente para o meu trabalho.

À minha orientadora, pelo suporte e compreensão neste período. Por fim, à Cintia Perez Duarte pelas supervisões, aulas, conselhos e trocas sobre trabalho e vida.

A todos, o meu muito obrigada!

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por dificuldades na comunicação social e interação com outras pessoas, bem como por comportamentos restritos e repetitivos, e alterações sensoriais. Indivíduos com TEA frequentemente enfrentam desafios alimentares, afetando de 70% até 90% dos casos. Os objetivos do atual estudo são: a) implementar o treinamento dos cuidadores b) avaliar a efetividade do procedimento de retirada gradual versus total do BST para pais para manutenção de ganhos; e c) avaliar a manutenção dos ganhos do repertório alimentar, na fase de *follow up*. O delineamento utilizado foi o AB com mudança de condição entre participantes com retirada gradual da intervenção, enquanto o outro grupo, teve a intervenção finalizada após atingir o critério. Como conclusão, os dados reforçam a eficácia do ensino por BST para a aquisição de habilidades sociais ou comportamentais, mas também evidenciam a necessidade de esvanecer gradativamente os suportes do terapeuta, podem aumentar a chance de garantir sucesso na generalização e manutenção dos resultados.

Palavras-chave: autismo, transtorno alimentar restritivo/evitativo, manutenção, treinamento parental.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by difficulties in social communication and interaction with others, as well as restricted and repetitive behaviors and sensory alterations. Individuals with ASD often face feeding challenges, affecting 70% to 90% of cases. The objectives of the present study are: a) to implement caregiver training, b) to evaluate the effectiveness of gradual versus total fading of BST for parents in maintaining gains, and c) to assess the maintenance of feeding repertoire gains during the follow-up phase. The design used was an AB design with a condition change between participants, in which one group experienced a gradual withdrawal of the intervention, while the other group had the intervention terminated after meeting the criterion. In conclusion, the data reinforce the effectiveness of BST for teaching social or behavioral skills, but also highlight the need to gradually fade therapist supports, which may increase the likelihood of ensuring success in the generalization and maintenance of results.

Keywords: autism, avoidant/restrictive food intake disorder, maintenance, parent training.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Transtorno do Espectro Autista (TEA) e TARE.....	1
Treino de pais.....	5
Treinamento de pais e Alimentação	7
Manutenção e generalização.....	8
MÉTODO	10
Objetivos	10
Delineamento Experimental	11
Participantes	11
Local e materiais	15
PROCEDIMENTO	15
Fase Pré-treino	16
Linha de base	17
Treino.....	18
Etapa 1: BST completo (Instrução + Modelo + Ensaio Comportamental + Feedback)	18
Etapa 2: Instrução + Ensaio + Feedback.....	20
Etapa 3: Ensaio + Feedback	21
Etapa 4: Generalização	21
Etapa 5: Manutenção.....	22
VARIÁVEIS DEPENDENTES	22
VALIDADE SOCIAL	22
ACORDO ENTRE OBSERVADORES	23
RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	36

INTRODUÇÃO

Transtorno do Espectro Autista (TEA) e TARE

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que traz prejuízos em três áreas do desenvolvimento: a comunicação, a socialização e padrões de comportamentos restritos e repetitivos. O diagnóstico se dá em três níveis, sendo o nível 1 onde o indivíduo requer pouco suporte, sendo capaz de comunicar-se, porém exibe prejuízos em habilidades sociais. Indivíduos com nível 2, requerem suporte substancial, exibindo prejuízos na comunicação e no âmbito social, apresentando comportamentos restritos e repetitivos que podem interferir em sua funcionalidade. No nível 3, onde requer suporte substancial para desenvolver-se, exibindo dificuldades intensas em sua funcionalidade, comportamento, comunicação e interação social. Estima-se que 1 em cada 36 crianças é diagnosticada com autismo, segundo dados publicados pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças - CDC (Maenner et al., 2023).

O Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE) é uma condição em que podem acontecer déficits ou carências nutricionais, além de atraso no crescimento e/ou desenvolvimento infantil. De acordo com o DSM-5 (2014), o TARE é um transtorno caracterizado por alterações graves no comportamento alimentar, como restrição alimentar (diminuição da quantidade de comida ingerida) e/ou evitação (pouca variedade de alimentos) que levam ao comprometimento físico e/ou estresse psicossocial dos pacientes. Além disso, os indivíduos afetados desenvolvem uma preferência por alimentos específicos, resistindo à experimentação de novos itens alimentares e manifestando aversões a texturas, cores ou

cheiros específicos. A restrição alimentar pode ter um impacto significativo na qualidade de vida desses indivíduos, bem como na saúde geral, nutrição e desenvolvimento adequado.

Existem dificuldades na conceitualização e distinção na área de transtornos alimentares, uma vez que o TARE se diferencia do Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP). Kezner et al., (2015) buscou definir e caracterizar os Transtornos Alimentares, propondo três categorias, a saber, Apetite limitado, Ingestão seletiva e Medo de se alimentar. A partir da distinção entre as dificuldades alimentares, foi criado um checklist com sinais e sintomas característicos de dificuldades alimentares, além de pontos de alerta orgânicos e/ou comportamentais. Os sinais referentes a dificuldades alimentares incluem, horário prolongado durante as refeições, Recusa de alimentos com duração de 1 mês, Refeições estressantes, Alimentação independente inapropriada, Alimentação noturna, Distração para aumentar a ingestão, Amamentação ou uso prolongado de mamadeira e falha no avanço das texturas. Os sinais orgânicos são compostos de Disfagia, Aspiração, Dor aparente com a alimentação, Vômitos e diarreia, Atraso no desenvolvimento, Sintomas cardiorrespiratórios crônicos e até falha no crescimento. Por fim, os pontos de alerta comportamentais são: Fixação alimentar (seletiva, dieta extrema, limitações), Alimentação forçada, Interrupção abrupta da alimentação após um evento gatilho, Engasgos antecipatórios e falha no crescimento.

Posteriormente, Goday et al., (2019) propõe que diferentemente do TARE, o DAP requer a avaliação e tratamento de quatro domínios distintos, ~~a saber~~: fatores biológicos, psicossociais, déficits motores orais e deficiências nutricionais. No que diz respeito aos fatores biológicos, é crucial realizar a avaliação de possíveis danos aos sistemas cardiovascular e respiratório. A dimensão psicossocial concentra-se na identificação de

eventuais limitações nas atividades e na participação em interações e relacionamentos interpessoais por parte do indivíduo. O déficit nutricional está relacionado a prejuízos em quaisquer funções e estruturas corporais afetadas, levando em consideração também os fatores ambientais, como produtos e substâncias destinados ao consumo pessoal. Por fim, a disfunção na habilidade alimentar está associada a restrições nas atividades e na participação relacionadas à alimentação.

Portanto, essa abordagem multifacetada do DAP, considerando esses quatro domínios, permite uma compreensão abrangente e uma base sólida para o diagnóstico e tratamento desse transtorno alimentar em crianças e adolescentes. Enquanto no TARE, o indivíduo poderá ter prejuízos psicossociais e déficits nutricionais, não exibindo dificuldades médicas ou habilidades motoras orais que possam impedir o indivíduo de consumir alimentos. É importante salientar que não há um consenso na literatura quanto à distinção entre a terminologia Transtorno Alimentar Evitativo e Restritivo (TARE) e Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP), visto que os critérios diagnósticos propostos devem promover o uso de terminologia comum e precisa, necessária para o avanço da prática clínica, da pesquisa e da política de saúde.

Crianças diagnosticadas com autismo têm maiores propensões a desenvolverem restrição alimentar em comparação com crianças neurotípicas, isso porque são resistentes à inserção de novos alimentos devido aos padrões rígidos e repetitivos e disfunções sensoriais, criando barreiras a novas experiências alimentares e são mais propensas a ter problemas alimentares do que crianças com o desenvolvimento típico (Carvalho, et al., 2012). Um estudo verificou que 72% de 472 crianças com TEA tinham problemas de alimentação, o que foi significativamente superior a pares da mesma idade sem transtornos do

neurodesenvolvimento (Moura, 2021). O mesmo é apontado por Kovacic et al. (2021), onde a prevalência nos EUA de crianças com distúrbios alimentares pediátricos (DAP) é de 1 em 37 abaixo de 5 anos:

Existem vários fatores que podem impactar na restrição alimentar em indivíduos com TEA. Um dos principais fatores que pode acentuar o quadro de uma alimentação restritiva seria a presença de comportamentos rígidos presentes no autismo. Muitos indivíduos exibem padrões rígidos possuindo uma tendência de alimentar-se sempre da mesma forma, seja ela com o mesmo utensílio, mesmo grupo alimentar ou com as mesmas cores de alimentos. Este padrão acaba por prejudicar na variedade de alimentos consumidos e até como uma barreira para consumir novos alimentos. Outro fator que pode estar relacionado, é o transtorno sensorial, se manifestando por meio de uma sensibilidade a determinados cheiros, texturas e/ou sabores. Dificuldades de comunicação e interação social também podem impactar, uma vez que se alimentar é também um ato social, que envolve interação social e comunicação. Além disso, fatores genéticos, predisposições metabólicas, problemas gastrointestinais e ansiedade também foram sugeridos como contribuintes para o TARE em indivíduos com autismo. No entanto, é importante ressaltar que a restrição alimentar pode variar amplamente de uma pessoa para outra e nem todos os indivíduos com TEA apresentam esse comportamento (Moura et al., 2021).

A Análise do Comportamento Aplicada (ABA) é a aplicação de uma ciência, onde suas práticas podem ser utilizadas como uma abordagem interventiva para indivíduos com Transtorno do Espectro Autista, para ampliar o repertório de comportamentos e enfraquecer ou diminuir barreiras de aprendizagem. A ABA pode auxiliar no desenvolvimento de habilidades básicas como comunicação, brincar, autocuidado e atividades de vida diária,

visando ensinar ao indivíduo comportamentos que o possibilitem uma vida com maior autonomia e integrada à comunidade.

Treino de pais

O objetivo do treinamento de pais de crianças com TEA é ensiná-los a avaliar as circunstâncias ambientais que estão produzindo e mantendo os comportamentos da criança e, desse modo, prever e controlar esses comportamentos (Bearss et al., 2018), sem a pretensão de substituir as intervenções profissionais realizadas por analistas do comportamento. Além disso, a capacitação de familiares pode ser uma ferramenta de suporte para reduzir a probabilidade de depressão e estresse parental (Ibañez et al., 2018), uma vez que adquirem estratégias para lidar com possíveis desafios na relação com os filhos.

Autores indicam que é possível introduzir novos alimentos por meio de cuidadores devidamente treinados, por meio de técnicas de treinamento de habilidades comportamentais, conhecido por Behavior Skills Training (BST), por exemplo. O BST é um pacote de intervenção composto de instruções, modelação, ensaio comportamental (*roleplay*) e *feedback* (Alaimo et al., 2017; Shaefer & Andzik, 2021). Na literatura é possível constatar que o BST é uma ferramenta eficaz e versátil, podendo ser incorporada em diferentes contextos e populações, como por exemplo, para treinar professores (Kirkpatrick et al., 2019), pais e cuidadores (Seiverling, 2012; Shaefer & Andzik., 2021; Alaimo et al., 2017), funcionários em inúmeras habilidades de intervenção (Clayton & Headley, 2019) e em uma ampla variedade de populações, incluindo crianças (Davenport et al., 2019; Hanratty et al., 2016).

A maioria dos estudos utilizam todos os componentes do BST, em sequência, porém alguns estudos também buscaram analisar isoladamente os componentes, a fim de analisar qual é mais eficaz ou se existe uma ordem mais eficiente (Ward-Horner & Sturmey, 2012; LaBrot et al., 2017; Davis et al., 2019).

Por meio de treinamento, os cuidadores conseguem desempenhar diversos procedimentos que trarão benefícios ao repertório alimentar dos indivíduos. Ao planejar o treinamento, é fundamental considerar fatores como a competência do cuidador na aplicação das orientações de tratamento, as particularidades do ambiente familiar, a cultura da família e até mesmo o local onde as refeições são realizadas. Essa consideração torna-se especialmente relevante quando a intervenção requer modificações mais complexas e desafiadoras durante as refeições (Hodges et al., 2023).

Apesar da efetividade do treinamento parental, poucos estudos incluem os pais no desenvolvimento das estratégias e objetivos de ensino, restringindo sua participação à aplicação da técnica (Gerow et al., 2018). Logo, a manutenção dos resultados necessita ser deliberadamente planejada e é essencial para que um programa de capacitação seja considerado efetivo (Martin & Pear, 2009). A aprendizagem ocorre de maneira mais eficaz quando os aprendizes aprendem a se comportar sob controle de variáveis naturais do ambiente e, é por essa razão que nos programas de capacitação é necessário planejar contingências semelhantes às naturais, para que os aprendizes estejam aptos a se comportar como foram ensinados fora do contexto de ensino, diante das situações-problema que enfrentam no seu cotidiano (Matos, 1993).

Entretanto, segundo Johnson et al. (2019), não há um consenso na literatura sobre quais procedimentos são mais adequados para treinar os pais para implementar estratégias de tratamento com fidelidade, embora instruções verbais e feedbacks podem ser mais eficazes

do que apenas instruções escritas (Mueller et al., 2013). São necessárias mais pesquisas que enfatizem procedimentos específicos e replicáveis. O desenvolvimento dessa linha de pesquisa deve permitir a manualização dos protocolos de tratamento, incluindo procedimentos específicos de treinamento parental.

Treinamento de pais e Alimentação

Em intervenções alimentares, o treinamento parental desempenha um papel fundamental. A família é o principal ambiente da alimentação e, portanto, é parte das contingências que podem manter os novos alimentos incorporados ao repertório do indivíduo.

Compreender a seletividade alimentar em indivíduos com TEA é essencial para melhorar sua qualidade de vida e bem-estar. Estratégias de intervenção devem ser implementadas para auxiliar a ampliar a variedade alimentar, garantir um consumo adequado de nutrientes para manutenção da vida, além de promover habituação e construir uma relação saudável com a alimentação, diminuindo eventuais comportamentos de recusa frente a um novo alimento. Dentre as estratégias, a intervenção implementada pelos pais foi identificada como uma prática baseada em evidências (PBE) para pessoas com Autismo (Wong et al., 2015). As vantagens do treinamento parental para crianças com TEA incluem o fornecimento de consistência entre os ambientes e múltiplas oportunidades para generalização e manutenção (Koegel et al, 1982). Outra vantagem é habilitar os cuidadores para serem co-terapeutas devido ao fato de haver escassez de profissionais e a intervenção alimentar ser mais comumente encontrada na rede privada, dificultando o acesso de grande parte da população (Oliveira, 2017). Uma vez que mudanças comportamentais ocorrem a partir de

modificações no ambiente, capacitar os pais e cuidadores, pode aumentar a efetividade da intervenção, além de possibilitar o acesso de um maior número de crianças com TARE (Baer et al., 1968, Lopes, 2021).

Manutenção e generalização

De acordo com Aclan & Taylor (2017), poucos estudos aprofundam sobre a generalização e a manutenção dos ganhos de comportamentos alimentares. Os pesquisadores buscaram investigar a implementação de novos alimentos por meio do feedback escrito e do feedback verbal. Os resultados foram favoráveis quanto à generalização, indicando que é uma estratégia válida para generalizar os ganhos para outros ambientes que o indivíduo está inserido, para além do *setting* terapêutico.

No entanto, existe uma lacuna quando buscamos artigos que avaliam estes ganhos do tratamento após a intervenção. Williams & Seiverling (2023), destacam a importância de planejar como promover a generalização de um contexto clínico para o ambiente natural do indivíduo, que visam a melhor forma de atenuar a intervenção ao longo do tempo e avaliar como fazer a transição de intervenções alimentares estruturadas para configurações mais naturais. Sem este planejamento, indivíduos podem permanecer em intervenções em alimentação estruturada por períodos consideráveis, resultando em repertórios que poderão não perdurar após o encerramento do tratamento, visto que durante a intervenção, contingências são arranjadas diretamente, configurando um ambiente diferente do natural. Embora os ganhos de curto prazo sejam benéficos, analistas do comportamento precisam priorizar a manutenção e generalização de ganhos ocorridos durante a intervenção.

A generalização e manutenção desempenham um papel crucial na garantia de um tratamento eficaz, uma vez que simplesmente aprender um novo comportamento não garante sua incorporação duradoura e abrangente no repertório do indivíduo. Indivíduos diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA) frequentemente enfrentam desafios na integração de novos comportamentos em sua rotina diária, que podem decorrer da rigidez comportamental, que se manifesta por comportamentos restritos e repetitivos. A manutenção do comportamento refere-se a uma mudança duradoura no comportamento. Independentemente do tipo de técnica de mudança de comportamento empregada ou do grau de sucesso durante o tratamento, os analistas do comportamento devem se preocupar em manter os ganhos após o término de um programa de ensino.

A generalização envolve a ocorrência de novos comportamentos em situações não diretamente ensinadas, como interações com diferentes pessoas, ambientes ou outros estímulos, além de novas respostas em situações similares. Essas respostas generalizadas são similares às ensinadas inicialmente. Assim, é possível que as falhas de generalização e manutenção não sejam apenas decorrentes de novos estímulos, diferentes daqueles presentes durante o treinamento, mas também devido a diferentes motivações, já que as condições de reforçamento podem ser diferentes (quanto ao esquema de reforçamento e nível de arbitrariedade). Em resumo, para que uma resposta recém-adquirida seja generalizada e mantida, sua motivação também deve estar em vigor (Cooper, 2020). Por este motivo, o tratamento da seletividade alimentar frequentemente envolve intervenções presenciais dos terapeutas, que podem ser aprendidas pelos cuidadores em casa (Peterson et al., 2021).

Para garantir que o comportamento perdure no tempo, é crucial promovê-lo em ambientes e situações mais naturais, assegurando que o comportamento seja praticado consistentemente e incorporado às contingências naturais do indivíduo. Portanto, a escolha

do delineamento para este estudo é o de retirada gradual de intervenção, proposto por Kazdin (2011). Este delineamento experimental tem como objetivo manter os efeitos da intervenção. Dessa forma, este estudo tem como objetivo avaliar se a mudança de comportamento é transferida para outras configurações, garantindo que o comportamento seja mantido após o encerramento do programa, alcançando a manutenção. Ainda de acordo com o autor, observa-se que ao se encerrar uma intervenção de forma abrupta, há uma reversão para os níveis próximo à linha de base.

O presente estudo propôs utilizar o BST para ensino de familiares de crianças com TEA na promoção de comportamentos alimentares, com o objetivo de avaliar os efeitos da retirada gradual e da retirada imediata do BST na generalização e manutenção de habilidades treinadas junto aos pais de crianças com seletividade alimentar.

MÉTODO

Objetivos

O objetivo primário do estudo foi a implementação do treinamento dos cuidadores para inserir novos alimentos no repertório alimentar de crianças autistas com quadro de seletividade, e conseqüentemente, avaliar a efetividade do procedimento de retirada gradual versus total do BST para pais para manutenção de ganhos. Enquanto que os secundários foram avaliar a manutenção da habilidade dos cuidadores apresentarem novos alimentos às crianças, na fase de *follow up*.

Delineamento Experimental

Foi utilizado um delineamento AB com mudança de condição entre participantes. Os participantes foram divididos em dois grupos, o grupo A teve o acompanhamento via BST finalizado assim que atingido o critério, enquanto o grupo B consistiu na retirada gradual da intervenção. Ambos os grupos foram formados por duas díades (cuidador-criança).

Participantes

A população do estudo foi composta por 8 pessoas, separadas em dois grupos, sendo duas díades (cuidador-criança) por grupo. Os cuidadores que participaram do estudo eram todos do sexo feminino, com idades de 37 a 43 anos, alfabetizadas, e com disponibilidade para participar do estudo. Já as crianças são de ambos os sexos de 7 a 9 anos de idade, com o diagnóstico prévio de Transtorno do Espectro Autista (TEA) com nível de suporte 1 ou 2 e com características compatíveis com um quadro de seletividade alimentar, rastreado pelo Inventário Breve de Comportamentos na Hora das Refeições para Autista (BAMBI) (Lukens & Linscheid, 2008).

A seleção dos participantes foi por conveniência, a depender da disponibilidade de horários, sendo compatíveis com o da experimentadora, e do interesse das famílias. Cabe ressaltar que o cuidador responsável participou do estudo do início ao fim para que completasse todo o treinamento.

Criança 1: Criança do sexo feminino, com 8 anos de idade, nível 1 de suporte. Apresenta histórico de seletividade alimentar, recusando-se a consumir principalmente proteínas, feijão e frutas cítricas. A criança exibe dificuldades em consumir o mesmo alimento, mas em apresentações ou ambientes diferentes, como na escola, ou seja, consome

determinado alimento em casa, mas não na escola. Em outras palavras, exibe padrões restritos de comportamento. Apresenta histórico de seletividade alimentar caracterizado por rejeição frequente a novos alimentos (neofobia alimentar), aceitação restrita a determinadas texturas e preferência por alimentos específicos, com baixa variabilidade no cardápio diário. Nas principais refeições a criança consome arroz, alface e em alguns momentos aceita proteína, como ovo ou peixe, desde que esteja empanado. Em termos de frutas, não consome nenhuma fruta cítrica. Quando diante de um novo alimento, apresenta protestos verbais e recusa passiva, ou seja, não explora o alimento, mas não o afasta.

Criança 2: Criança do sexo masculino, com 9 anos de idade, nível 2 de suporte. Apresenta histórico de seletividade alimentar desde a introdução alimentar. A criança exibia vômitos intensos, com dificuldades sensoriais com cheiros e texturas. Também apresenta constipação extrema, sendo necessário lavagens intestinais frequentemente. O padrão alimentar é pouco variado, com consumo habitual restrito a menos de 10 alimentos diferentes, entre eles a preferência é apenas comidas como arroz e feijão, macarrão, pizza específica de frango, um determinado tipo de biscoito e pão tipo bisnaguinha. Segundo relato dos responsáveis, há intensa resistência a experimentar novos alimentos, manifestada por comportamentos de choro, fuga e vômito ao contato com itens não aceitos.

Criança 3: Criança do sexo feminino, com 9 anos de idade, nível 2 de suporte. Também apresenta histórico de seletividade alimentar desde a introdução alimentar, com forte preferência por alimentos secos e crocantes, e recusa a alimentos com molhos, texturas pastosas, assim como frutas e vegetais em geral. O padrão alimentar é pouco variado, com consumo habitual de um tipo específico de cereal matinal, pizza de muçarela, pão francês, um tipo específico de chocolate, pipoca doce (vermelha), cookie de uma determinada marca,

biscoito caseiro, maçã, arroz e frango grelhado. De acordo com relatos dos responsáveis, a criança manifesta comportamentos de evitação alimentar desde os primeiros anos de vida, incluindo recusa persistente a alimentos por cor, textura ou cheiro. Há intensa resistência a experimentar novos alimentos, manifestada por comportamentos de gritos, empurrando a comida e retirando o prato da mesa.

Criança 4: Criança do sexo masculino, com 7 anos de idade, nível 2 de suporte. Durante a primeira infância, a criança ingeria grande número de alimentos, porém, após aos 2 anos de idade, deixou de ingerir frutas. Apresentava ânsia com banana. Atualmente, ele consome couve, espinafre, macarrão apenas com azeite e queijo, pão de queijo, pão, doce beijinho (coco). Foi observado padrão alimentar restrito, com consumo limitado a poucos alimentos, com recusa maior em relação ao grupo de frutas, e resistência significativa à introdução de novos alimentos, tanto em ambiente doméstico quanto escolar. Segundo relato dos responsáveis, há intensa resistência a experimentar novos alimentos, manifestada por comportamentos de protesto verbais e levantar-se da mesa.

Tabela 1. Dados dos participantes

Dados	Participantes			
	C1	C2	C3	C4
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	8 anos	9 anos	9 anos	7 anos
Pontuação BAMBI	48 pontos	65 pontos	43 pontos	57 pontos

Na Tabela 1, foram apresentadas informações das crianças e suas pontuações no BAMBI (Apêndice 3). BAMBI é uma ferramenta de avaliação e foi validada em crianças de 3 a 11 anos, com ou sem diagnóstico de TEA (Transtorno do Espectro Autista). Foi

especificamente elaborada para pais e cuidadores principais, e foi projetada para identificar comportamentos durante as refeições específicas de crianças com TEA, ou seja, padrões comportamentais relacionados à hora da refeição (por exemplo, recusar alimentos, ter rotinas rígidas, dificuldade com novos alimentos, comportamentos disruptivos à mesa). Ao final da aplicação, os valores mais altos indicam que aquele comportamento ocorre com mais frequência.

Os critérios de inclusão foram crianças com repertório de seguimento de instruções simples (tais como “sente-se aqui!”, “venha cá!”, “pegue!” e “espere!”), imitação motora (“faz assim!”), ter a habilidade de fazer escolhas e possuir funções orais preservadas (avaliação fonoaudiológica). Em relação aos cuidadores, os critérios eram possuir disponibilidade para a participação e ser alfabetizado(a).

Os critérios de exclusão foram ter programas voltados à alimentação no planejamento da intervenção comportamental da criança (sejam diretos com a criança ou por meio de orientação/treino parental), durante a coleta de dados. Também era necessário que as crianças não apresentassem comportamentos hetero ou autolesivos em situação de alimentação, e/ou crianças que apresentem histórico de alergias ou disfagia.

Os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 1) e as crianças o Termo de Assentimento (Apêndice 2). Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - Instituto Paliar com Certificado de Aprovação e Apreciação Ética (CAAE) 83547724.0.0000.0313. Número do parecer 7.324.181. Data de aprovação 23/01/2025.

Local e materiais

As sessões de treinamento foram realizadas em uma sala específica para intervenção alimentar em uma clínica de intervenção comportamental, localizada em São Paulo - SP. O espaço é equipado com mesa, cadeiras e materiais relevantes para a sessão como: alimentos de treino, alimentos preferidos, pratos, talheres e guardanapos. Além disso, foram utilizados: folhas de registro, caneta, aparelho celular modelo Iphone 14 para filmagem (Acordo entre Observadores para índice de concordância) e *timer*. A linha de base e as etapas pós treino, ocorreram no ambiente domiciliar dos participantes, com o objetivo de verificar a generalização e manutenção. A pesquisadora realizou a avaliação de generalização e de manutenção via *Google Meet*, onde a sessão também ficou salva na nuvem.

PROCEDIMENTO

A Figura 1 mostra o fluxograma do estudo, de ambos os grupos, onde o Grupo A ocorre o treinamento com o BST e o Grupo B, ocorre a retirada dos componentes.

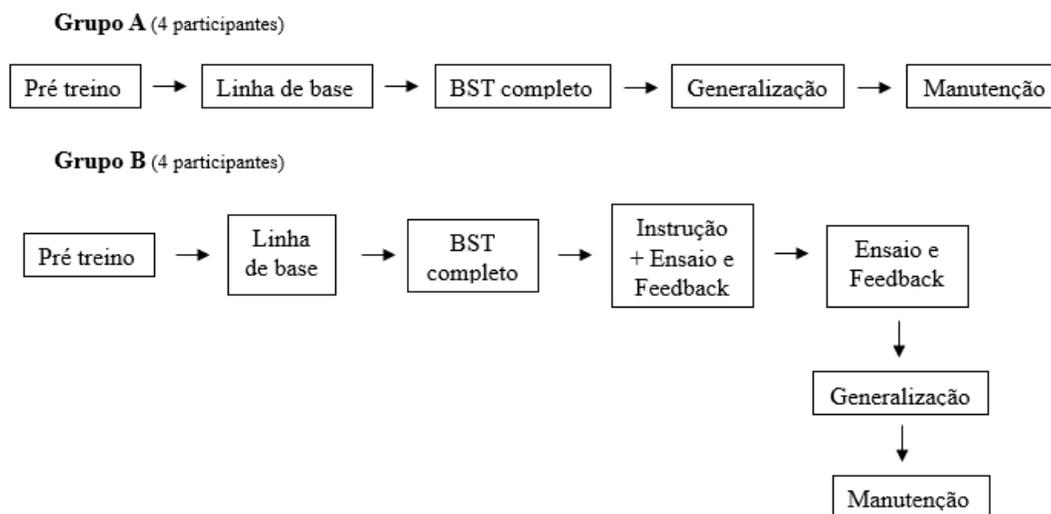


Figura 1. Fluxograma do estudo

Fonte: Elaborada pela autora.

Fase Pré-treino

No início do estudo, foi realizada a leitura, esclarecimento de dúvidas e assinatura do TCLE para a participação na pesquisa, onde foram mencionados e esclarecidos os possíveis riscos e benefícios da participação do estudo¹. Também foi apresentado o Termo de Assentimento às crianças.

Nesta etapa, também foram selecionados os alimentos não preferidos e os preferidos, por meio da entrevista com os cuidadores e testagem com o participante. Para o levantamento dos alimentos não preferidos, foi realizado um questionário de possíveis alimentos-alvos para avaliar quais seriam os alimentos relevantes para introdução alimentar. A partir de todos esses dados, foram escolhidos os alimentos-alvos para a intervenção. Foram definidos 4 alimentos-alvos por criança, sendo um alimento para cada grupo alimentar: proteína, carboidrato, frutas, verduras e legumes. Caso fosse necessário, devido ao histórico de recusa da criança e orientação médica e/ou fonoaudiológica, poderiam ser selecionados mais de um alimento de um grupo alimentar e nenhum alimento de algum grupo. A seguir, a Tabela 2 mostra os alimentos-alvos selecionados para cada criança.

¹ Em caso de engasgo ou vômito, o local de atendimento conta com itens de primeiros socorros e a pesquisadora possui treinamento de primeiros socorros infantis.

Tabela 1. Alimentos alvos selecionados para inserção no repertório alimentar.

Criança	Alimentos
1	Morango, frango, carne, feijão
2	Pão de queijo, abóbora, banana, manga
3	Banana, tomate, ovo cozido, pão de forma
4	Brócolis, maçã, purê de batata, feijão

Foi realizada a avaliação de preferência com alimentos que o participante já consome, com o objetivo de aumentar a probabilidade da aceitação de um novo alimento. O procedimento de avaliação de preferência foi o de estímulos múltiplos sem reposição proposto por DeLeon & Iwata (1996), onde itens são apresentados de uma só vez em frente ao aprendiz e, após escolher, o item escolhido é retirado do alcance do participante e os demais são reorganizados, e assim sucessivamente até que todos os itens sejam escolhidos. Foram aplicadas três vezes, pela pesquisadora, formando um *ranking* de preferência, e três foram selecionados para o ensino, para cada participante. Os cuidadores foram informados a não ofertarem os alimentos preferidos em até duas horas antes, com o objetivo de não perder o interesse pelo item.

Tabela 2. Avaliação de preferências

Participante	Alimentos
1	Pão de mel, bala, tomate, queijo, iogurte
2	Biscoito, bisnaguinha, macarrão, misto quente, arroz de leite
3	Chocolate, cookie, floco de milho, pipoca doce, biscoito caseiro
4	Suco de uva, batata chips, beijinho, arroz, frango

Linha de base

Durante a linha de base, o cuidador apresentou três vezes cada alimento alvo de forma aleatória para um total de doze apresentações. Foi apresentado um prato com um único

pedaço de alimento no tamanho de 1cm x 1cm. Em seguida, foi dada a instrução “Pode comer” ou “Vamos provar. O prato ficou em frente à criança por 30s . Caso a criança não consumisse, este alimento entraria para a lista dos alimentos alvo.

Como preparação para as tentativas, a criança não teve acesso ao seu alimento preferido durante 2 horas antes das sessões e até 1 hora após o término da sessão. Esta conduta é necessária para a viabilidade da coleta, para que a criança não esteja saciada e, ao mesmo tempo, não fique muito tempo sem comer.

Treino

Foram realizados encontros semanais, realizados pela pesquisadora e os cuidadores, para o treinamento de habilidades comportamentais (BST) com duração de até 60 minutos, consistindo em até 40 apresentações do alimento, sendo cada sessão composta por quatro tentativas randomizadas dos alimentos alvos com intervalo de 1 a 2 minutos entre cada apresentação. Foi apresentado um alimento-alvo de cada grupo alimentar no tamanho de 1 cm por 1 cm por 1 cm. O critério para a mudança de condição foi o desempenho igual ou superior a 90% de respostas corretas da aplicação parental em três sessões consecutivas.

Etapa 1: BST completo (Instrução + Modelo + Ensaio Comportamental + Feedback)

Descrição dos componentes:

Instrução – Instruções escritas e lidas pela pesquisadora aos cuidadores(as).

Modelo – A pesquisadora representou as ações necessárias na presença do cuidador(a).

Ensaio – Cuidador(a) representou aquilo que a pesquisadora fez na etapa anterior, com a pesquisadora fazendo o papel da criança.

Feedback – Descrição do desempenho adequado e/ou possíveis correções na implementação.

No início da sessão, a pesquisadora primeiramente realizou um treinamento básico aos pais para o caso de engasgos em casa ou fora do ambiente presencial com a pesquisadora, visando a ensiná-los a lidar com estas situações, mesmo fora do contexto da pesquisa. Em seguida, entregou a instrução escrita aos cuidadores, e seguiu um *script* com as instruções verbais ao cuidador de como deveria ofertar o alimento ao participante.

Inicialmente o cuidador teve de colocar o alimento em frente à criança, e pedir que ela emitisse a resposta-alvo com o novo alimento. Em caso da criança emitir a resposta esperada, deveria realizar a verificação de boca limpa, solicitando por meio da instrução de “Faz assim” abrindo a boca para observar se há resíduo de alimentos. Boca limpa é definida como nenhum alimento maior do que uma ervilha permanecendo na boca do participante mediante à aceitação de um alimento após o alimento cruzar a linha média dos lábios do participante (Peterson & Ibañez, 2018). Em seguida, deveria ser entregue o reforçador comestível listado após a avaliação de preferência.

Caso a criança não emitisse o comportamento alvo dentro de 30s, deveria ser retirado sem prover nenhuma consequência. Diante de comportamentos que possam ser identificados como recusa do alimento, consequências sociais não ocorreriam, a fim de evitar que tais comportamentos sejam reforçados por atenção.

Após a instrução, a pesquisadora realizou as 4 tentativas com os alimentos-alvos, com o objetivo de dar o modelo. Em seguida, o cuidador realizava o ensaio comportamental com a pesquisadora, para as 4 tentativas. Por fim, a pesquisadora dava o *feedback* a respeito da atuação do cuidador. Após atingir 3 sessões consecutivas (composta por 12 tentativas) com no mínimo 90% de respostas corretas do cuidador, foi iniciada a próxima etapa. Dessa forma, o modelo e o ensaio foram realizados pela pesquisadora com os pais, sem a presença da criança.

Ao atingir o critério, com o grupo A foi encerrada a etapa de treinamento parental. Já com o grupo B, foi realizado o esvanecimento dos procedimentos englobados no BST, seguindo a ordem de retirada: modelo e, após, instrução, permanecendo o ensaio e o *Feedback*. Portanto, as Etapas 2 e 3, descritas abaixo, foram realizadas somente com o grupo B.

Etapas 2: Instrução + Ensaio + Feedback

Nesta etapa, a pesquisadora não deu o modelo, portanto, foram dadas somente as instruções sobre os procedimentos adotados para a inserção dos alimentos alvos e, após a instrução verbal, o cuidador teve de realizar o ensaio comportamental, sendo assim necessário, implementar e iniciar as apresentações do novo alimento. Ao final do tempo e/ou a conclusão das tentativas, houve o *feedback* a respeito do desempenho do cuidador. Após atingir 3 sessões (composta por 12 tentativas) com no mínimo de 90% de acertos, o cuidador passará para a próxima etapa.

Etapa 3: Ensaio + Feedback

Nesta etapa foi retirada também a instrução da pesquisadora, portanto, o cuidador iniciou realizando o ensaio comportamental junto à pesquisadora, apresentando em cada tentativa, um pedaço do alimento-alvo em um prato em frente por 30 segundos. Foram treinadas duas possibilidades: Em caso de consumo, o adulto deveria remover o prato após a criança colocar o pedaço em sua boca, iniciar o cronômetro para 30 segundos e realizar a verificação de boca limpa. Em caso da criança não consumir, o adulto deveria dar um comportamento alternativo de menor aproximação como: cheirar ou beijar o alimento. Após uma das duas opções, o alimentador deveria entregar o item de preferência contingente com elogios pelo consumo.

Etapa 4: Generalização

As sondas de generalização em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) são procedimentos usados para verificar se o comportamento ensinado em um contexto específico está sendo reproduzido de forma consistente em outras situações, ou seja, em diferentes ambientes, com diferentes pessoas, ou em contextos variados. Essas sondas são essenciais para avaliar se o aprendizado realmente se generalizou, o que indica que a habilidade ou comportamento é funcional e pode ser usado na vida cotidiana. Sendo assim, foi observado se houve a generalização entre ambientes, uma vez que o estudo foi realizado em contexto clínico.

Nesta etapa, buscou-se primeiramente, mensurar a integridade de procedimento dos pais ao inserir um novo alimento à criança, assim como, coletar os dados de aceitação, consumo e comportamentos interferentes. A pesquisadora acompanhou as tentativas via videochamada. A pesquisadora adotou uma postura neutra, ou seja, durante a aplicação,

desligou o áudio e o vídeo com o objetivo de não interferir no procedimento.

Etapa 5: Manutenção

Foram realizadas sondas de manutenção, com o objetivo de observar se os cuidadores permaneceram realizando os procedimentos com integridade após 30 dias exatos após a coleta de generalização. Portanto, a pesquisadora fez uma nova videochamada com os participantes, e observou os cuidadores ofertando o alimento-alvo. Neste momento também não foram dadas instruções adicionais ou dicas.

VARIÁVEIS DEPENDENTES

As variáveis dependentes primárias são a porcentagem de comportamentos corretos dos pais na execução do procedimento. Os comportamentos dos cuidadores durante o BST de imitar a pesquisadora (segunda fase) e alimentar a criança com feedback (terceira fase) também foram mensurados. Também foi registrado o consumo dos alimentos da criança, assim como as tentativas de consumo que resultaram em comportamentos interferentes, podendo ser definido por quaisquer ocorrências de comportamentos de recusa alimentar no momento de refeição, tais como cuspir o alimento. Por fim, foram analisados os dados de manutenção dos grupos A e B.

VALIDADE SOCIAL

Ao final, após a avaliação de manutenção, foi enviado aos cuidadores um questionário de Validade Social (Apêndice 7) no qual constam perguntas acerca do procedimento e possíveis impactos na vida das crianças e seus cuidadores.

ACORDO ENTRE OBSERVADORES

As sessões de treino, generalização e manutenção foram filmadas, e uma amostra foi submetida para Acordo entre Observadores, com dois observadores externos treinados para registro, para índice de concordância. O acordo entre observadores foi calculado utilizando o método de contagem total. Nesse procedimento, cada observador registrou, de forma independente, o número total de ocorrências do comportamento-alvo durante a sessão. Em seguida, foi identificada a contagem menor e a contagem maior entre os dois observadores. O valor do acordo foi obtido dividindo-se a menor contagem pela maior contagem e multiplicando-se o resultado por 100, a fim de expressá-lo em porcentagem. Os observadores assinaram o Termo de Confidencialidade e Sigilo (Apêndice 9).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, como mostra a Figura 2, o número de respostas corretas da implementação do procedimento, para o participante A1, foi de 10% nas duas primeiras sessões, e 15% na terceira e quarta sessão, isto é, A1 demonstrou a habilidade de pedir à criança que se sentasse e posteriormente, que provasse o alimento-alvo. Na primeira condição, ou seja, BST completo, composto por: Instrução + Modelo + Ensaio e *Feedback*, é possível observar que houve um grande salto de 80%, na seguinte, queda para 70% e a partir disso, houve um aumento consistente até 100%, indicando aprendizagem rápida após introdução da intervenção.

Na segunda condição, o A1 obteve níveis altos de 92%–100%, mantendo o desempenho mesmo sem um componente do BST, o modelo da pesquisadora. Na terceira condição, foi continuado o esvanecimento, permanecendo apenas com a Instrução + Ensaio

e *Feedback*, sugerindo que A1 conseguiu manter habilidade com menos suporte. Nesta condição, o desempenho foi 100% consistente, onde foi possível constatar que a retirada de instrução formal não reduziu o desempenho, mostrando evidência de manutenção das habilidades aprendidas.

Na condição de generalização, houve pequena queda (90%), entretanto, nas demais foi observada uma estabilidade próxima a 100%. Estes dados indicam boa generalização, embora com leve variação inicial. No *follow up*, mostrou-se a manutenção no tempo mesmo após intervalo, permanecendo com 100%.

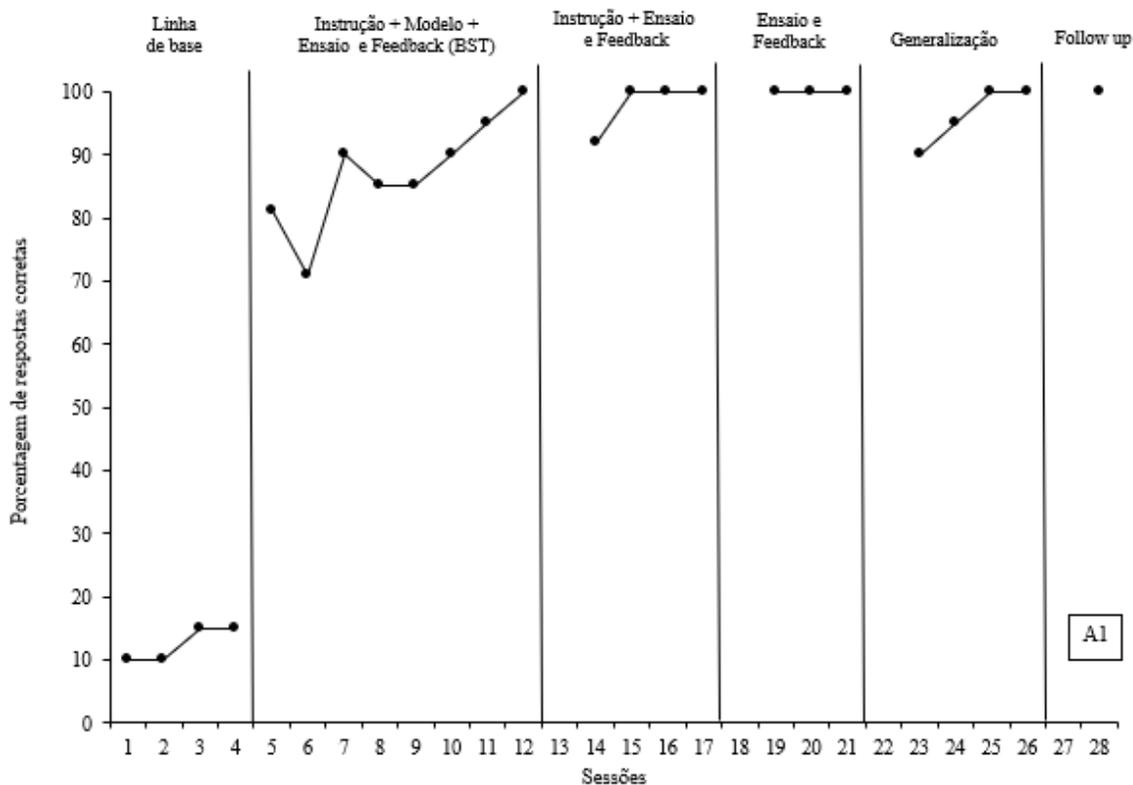


Figura 2 – Dados referentes à integridade de procedimento durante a aplicação de A1 (Adulto 1) nas diferentes condições de ensino.

Fonte: Elaboração própria.

Já para o participante A2, como mostra a Figura 3, observa-se que o desempenho na linha de base foi abaixo de 10% acertos em todas as sessões, mostrando pouca habilidade antes da intervenção. Já na condição com o BST completo, A2 demonstrou oscilações no desempenho ao longo das sessões, porém há uma tendência de aumento das respostas corretas, chegando a 100%.

Na segunda condição, o desempenho tem uma leve queda, retornando à 100% na sessão 14, mesmo com a retirada do modelo, demonstrando aquisição da habilidade, apesar de menos suporte.

A2 apresentou desempenho máximo na condição de Ensaio e *Feedback*, exibindo valores de 100% de acerto. A partir deste ponto, é possível afirmar que houve a permanência do desempenho, apesar do esvanecimento da instrução e do modelo. Na etapa de generalização, apresentou uma variabilidade moderada, mas ainda em níveis altos. Após 30 dias, constatou-se que a habilidade permaneceu no repertório do participante, ao exibir 100% de acerto.

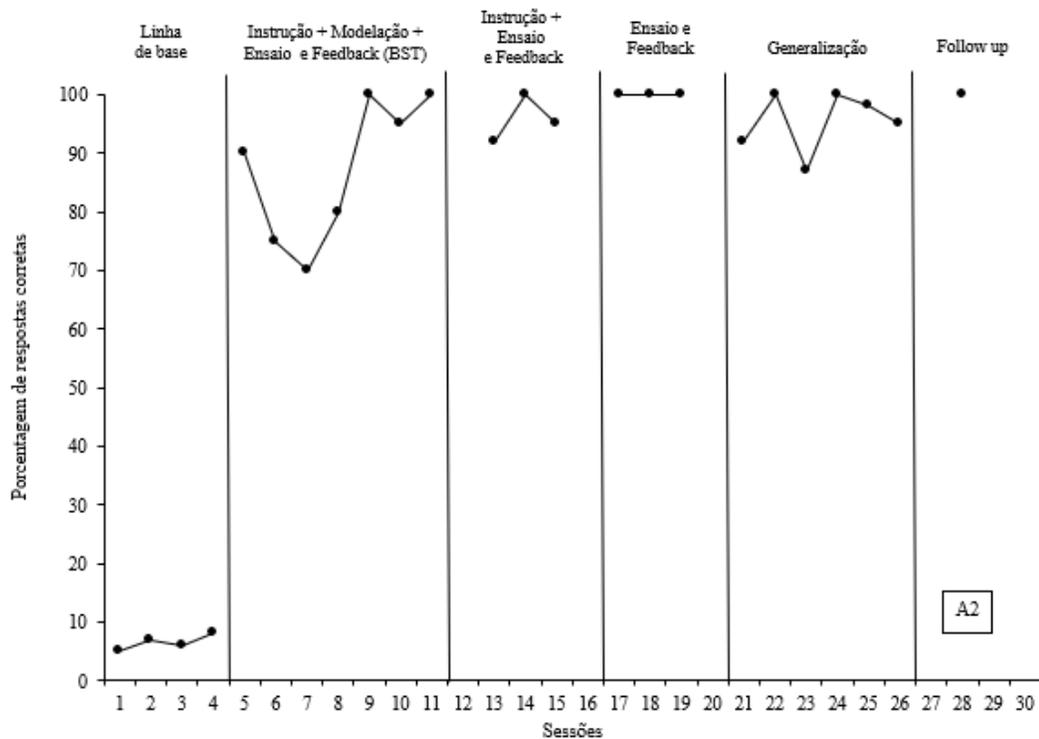


Figura 3 – Dados referentes à integridade de procedimento durante a aplicação A2 (Adulto 2) nas diferentes condições de ensino.

Fonte: Elaboração própria.

Na Figura 4, pode-se observar o desempenho de A3. Na linha de base, exibiu níveis baixos, apresentando menos de 5% de respostas corretas. Após o início do treino, A3 exibiu alta porcentagem de acertos, com níveis estáveis variando entre 80 e 90%. Demonstrou leve variação, mas desempenho alto e constante. Na sessão 14, houve uma queda para 70%, entretanto, houve uma recuperação, e estabilizou em 100%.

Na generalização, houve uma variação importante, oscilando entre 70 a 100%. Não foi possível coletar dados no *follow up*, uma vez que o participante não compareceu após diversas tentativas de contato da pesquisadora.

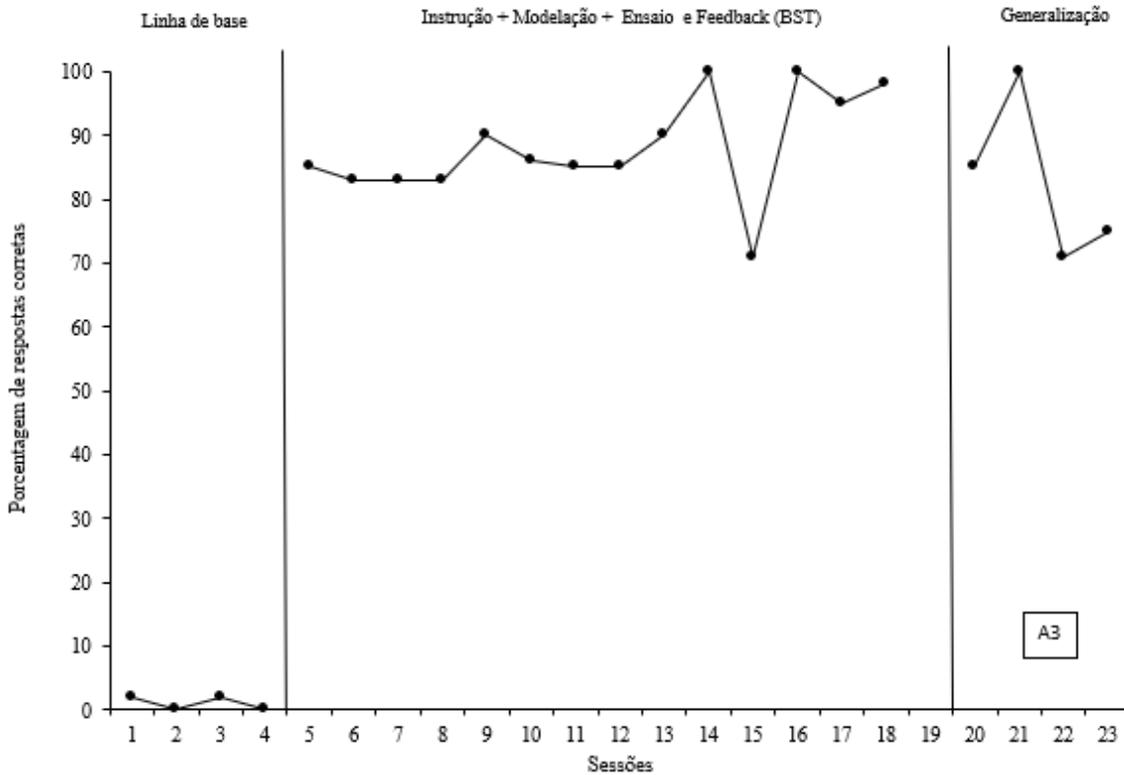


Figura 4 – Dados referentes à integridade de procedimento durante a aplicação do A3 (Adulto 3) nas diferentes condições de ensino.

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com os resultados obtidos na Figura 5, quanto ao participante A4, o número de respostas corretas em linha de base foi de 0 em todas as sessões. Após o início do treinamento, houve um salto para 82%, em seguida uma queda para 66%, porém nas demais sessões houve uma tendência ascendente consistente, terminando em 100%. Após três sessões consecutivas de 100% de respostas corretas, encerrou-se o treinamento, com o objetivo de avaliar a generalização em ambiente domiciliar com a criança. Na condição de generalização, A4 obtém 100% de acerto em duas sessões, em seguida e uma queda para 66%. Isto ocorreu, pois, a criança emitiu comportamento de protesto na sessão 18, e a cuidadora não prosseguiu com a aplicação esperada. Por fim, na sessão 19, não foi possível registrar as respostas, pois a cuidadora não apresentou um dos alimentos-alvos (purê de

batata). Na etapa de *follow up*, mostrou-se a manutenção no tempo mesmo após intervalo, permanecendo com 90% de acerto.

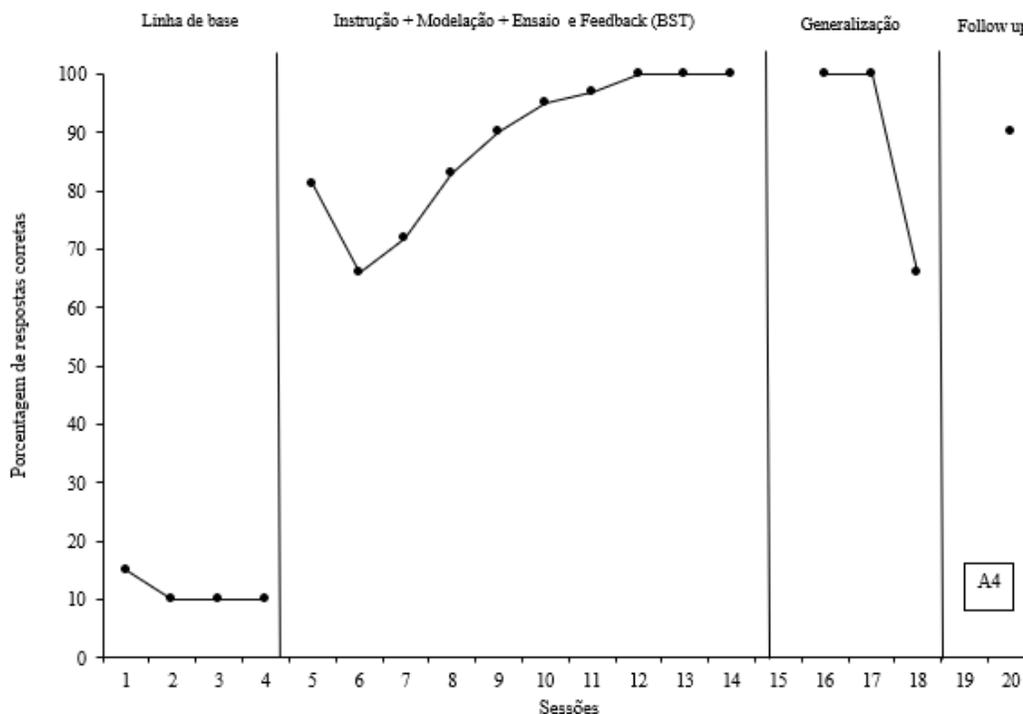


Figura 5 – Dados referentes à integridade de procedimento durante a aplicação do A4 (Adulto 4) nas diferentes condições de ensino.

Fonte: Elaboração própria.

Foi mensurada a frequência de comportamentos interferentes emitidos pelos participantes, durante a etapa de linha de base e generalização. Os dados estão representados na Figura 6. Em linha de base, C1 emitiu três respostas de comportamentos interferentes: comentários sobre as características do alimento (“Argh é duro”). Na etapa de generalização, não apresentou comportamentos interferentes.

Durante a apresentação dos alimentos na linha de base, o C2 virou de costas para os alimentos, disse “não”, e empurrou o prato de comida. O C3 exibiu o comportamento de tampar a boca, virar o rosto e emitiu grunhidos. Por fim, o C4 emitiu protestos verbais: “Eu

não como isso!”, virou o rosto e disse “não”. Para C2, C3 e C4, a frequência de comportamentos de protestos na fase de Generalização, é menor do que na Linha de Base. C2 mostra uma redução marcante (de 8 para 4), C3 tem uma redução menor (de 11 para 10) e C4 passa de 8 para 5. Em geral, há uma tendência de queda de desempenho na condição de Generalização em comparação com a Linha de Base. A partir deste dado, pode-se afirmar que houve uma diminuição considerável da frequência de comportamentos interferentes para C1, C2 e C4.

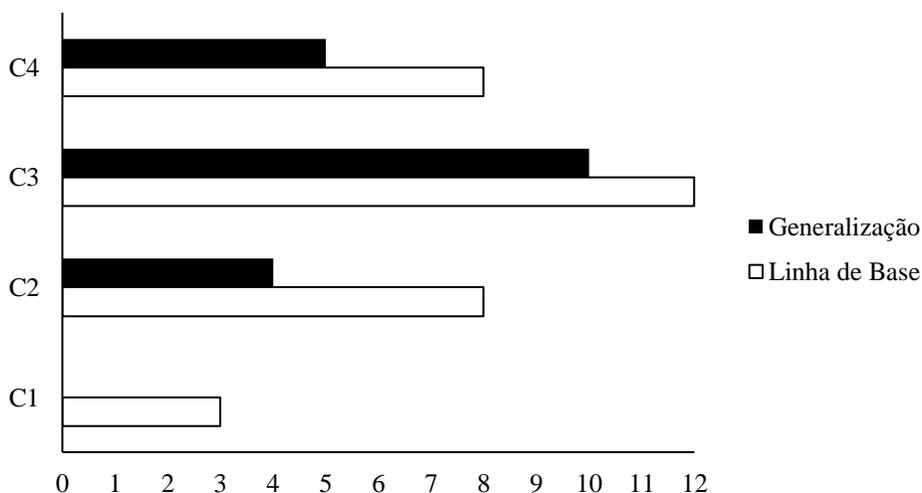


Figura 6 – Frequência de comportamentos interferentes das crianças na linha de base e durante as etapas de ensino.

Fonte: Elaboração própria.

Comportamentos de aproximação são definidos como o ato de tocar, segurar, cheirar, levar à boca, lambe e até morder um alimento. Sendo assim, a partir da Figura 8, nota-se que C1 apresentou 50% de comportamentos de aproximação durante a Linha de Base. Nesta etapa, a criança, tocou, segurou e cheirou os alimentos. Somente com o morango, buscou lambe o alimento. Na etapa de Generalização, C1 consumiu todos os alimentos ofertados por sua mãe (A1). Para as demais crianças, não houve nenhum comportamento de

aproximação durante a Linha de Base. Entretanto, na etapa de Generalização, C2 tolerou tocar, segurar e cheirar os alimentos. Cabe ressaltar, que esta criança apresentava frequentemente episódios de vômito ao se aproximar de novos alimentos. Já C3, exibiu o comportamento de tocar, segurar, cheirar e encostar nos lábios os alimentos Tomate e Pão de forma. Por fim, C4, exibiu respostas de tocar, segurar, cheirar, encostar nos lábios e nos dentes. Como conclusão, é possível afirmar que houve um aumento nos comportamentos de aproximação dos alimentos-alvos de forma geral.

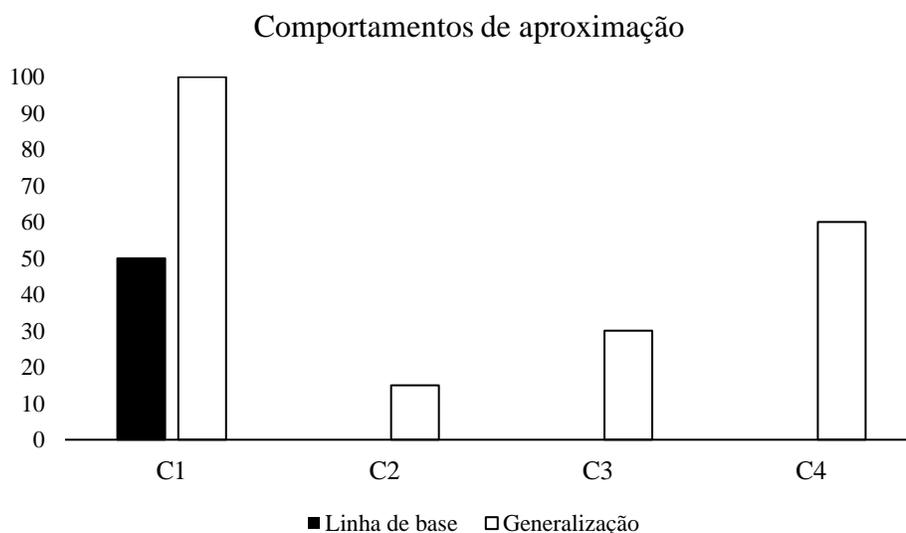


Figura 7 – Comportamento de aproximação das crianças na Linha de Base e na etapa de Generalização.

Fonte: Elaboração própria.

Em relação aos dados sobre o questionário de validade social, as respostas dos cuidados estão representadas abaixo, na Figura 8:

	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo
1. Fiquei satisfeito(a) com a participação do meu/minha(a) filho(a) na pesquisa.	100%	0%	0%
2. Acredito que a pesquisa é importante para o aumento do consumo de novos alimentos.	100%	0%	0%

3. Acredito que meu/minha filho(a) se beneficiou da intervenção.	75%	25%	0%
4. O treinamento parental foi eficiente para desenvolver habilidades.	100%	0%	0%
5. Me senti confortável durante as sessões de treinamento.	100%	0%	0%
6. Eu acredito que a minha família continuará usando recomendações comportamentais deste programa.	100%	0%	0%
7. Eu avalio que as recomendações comportamentais são úteis para aquisição de repertórios alimentares.	100%	0%	0%
8. Eu recomendaria este programa para outros	100%	0%	0%
9. Eu pude observar a melhora no repertório alimentar do meu filho(a).	50%	25%	25%

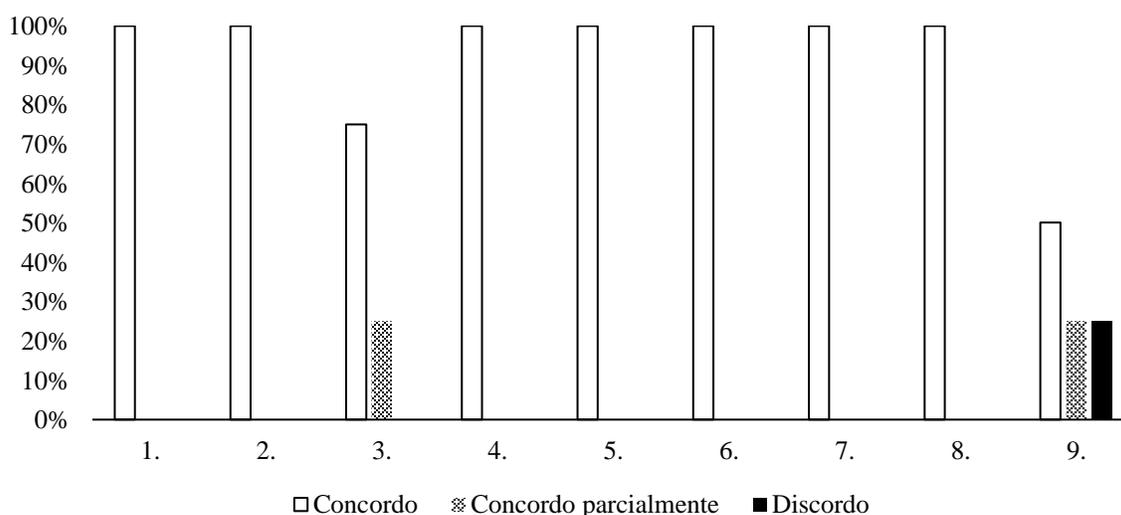


Figura 8 – Respostas dos cuidadores no questionário de validade social.

Fonte: Elaboração própria.

A análise da validade social foi realizada por meio da aplicação de um questionário composto por 9 itens, respondidos pelos quatro cuidadores que participaram do estudo. Os itens foram avaliados em uma escala de três pontos: “Concordo”, “Concordo parcialmente” e “Discordo”, visando investigar a percepção dos participantes quanto à aceitabilidade, utilidade e impacto da intervenção proposta.

De forma geral, os resultados demonstraram uma alta aceitação do programa por parte dos participantes. Em 8 dos 9 itens, 100% dos respondentes marcaram a opção “Concordo”,

indicando elevada satisfação com a participação na pesquisa, reconhecimento da importância da intervenção, conforto nas sessões e percepção de utilidade e aplicabilidade das recomendações comportamentais.

No que se refere à percepção dos benefícios para os filhos, 75% dos participantes concordaram que seus filhos se beneficiaram da intervenção, enquanto 25% concordaram parcialmente. Além disso, todos os participantes afirmaram que recomendariam o programa a outras famílias e pretendem continuar aplicando as estratégias aprendidas.

O único item com maior variação nas respostas foi o item 9: “Eu pude observar a melhora no repertório alimentar do meu filho(a)”, no qual 50% dos participantes concordaram, 25% concordaram parcialmente e 25% discordaram. Este dado sugere que, embora o programa tenha sido bem avaliado em termos de estrutura, aplicabilidade e potencial, os efeitos observáveis no comportamento alimentar ainda não foram percebidos de forma consistente por todas as famílias. Tal resultado pode estar relacionado ao tempo de exposição à intervenção, à necessidade de ajustes individualizados ou à variabilidade nas condições das crianças atendidas.

Uma amostra de 50% das filmagens foi analisada para um observador treinado. O índice de concordância entre observadores foi de 87%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dos participantes demonstram efeitos positivos do treinamento com o BST completo, mas também revelam diferenças importantes nos padrões de aquisição,

generalização e manutenção do desempenho. Em primeiro lugar, todos os participantes exibiram níveis consistentemente baixos durante a linha de base, confirmando a ausência das habilidades-alvo antes da intervenção. Isso fortalece a hipótese de que os ganhos observados se devem ao procedimento de ensino aplicado, visto que durante a fase de BST, todos os participantes apresentaram aumentos substanciais na porcentagem de respostas corretas.

Contudo, diferenças mais marcantes surgiram na fase de generalização. A2 demonstrou um padrão bastante estável, com percentuais variando entre aproximadamente 85% e 100%, indicando boa transferência das habilidades para novos contextos. A3 também manteve níveis relativamente elevados, embora com maior variabilidade e pequenas quedas, sugerindo generalização satisfatória, porém menos consistente. Em contraste, A4 apresentou uma queda de desempenho ao longo das sessões de generalização, indo de 100% para 66%. Esse resultado indica dificuldade acentuada de transferência das habilidades aprendidas para contextos novos ou menos estruturados. Uma vez que a criança exibiu três topografias diferentes de comportamentos interferentes, e portanto, optou-se por suspender de acordo com o critério de interrupção descrito no procedimento.

Na fase de *follow-up*, A1 e A2 mantiveram o desempenho elevado (90 a 100%), o que sugere manutenção eficaz das habilidades ao longo do tempo. A4 também demonstrou recuperação parcial (90%), sugerindo que, apesar da dificuldade inicial de generalização, houve retenção significativa do repertório aprendido. A3, entretanto, não teve dados registrados para essa fase, impossibilitando conclusões sobre manutenção para esse participante. Uma hipótese possível pode ter sido a dificuldade em gerenciar a agenda para gravar mais esta etapa da pesquisa. Outra possibilidade, foi com uma função de esquivar de ter que lidar novamente com os comportamentos interferentes de sua filha, durante a

testagem. Esta hipótese pode ser levantada, pois no início da pesquisa, A3 demonstrou preocupação ao ter que limitar o acesso ao alimento de preferência (chocolate), e sempre que o faz, gera protestos intensos por parte da criança.

Esses achados apontam para a importância de considerar a variabilidade individual na resposta à intervenção. Enquanto A2 demonstrou aquisição rápida, generalização consistente e manutenção sólida, A4 evidenciou a necessidade de estratégias adicionais para promover a transferência das habilidades para novos contextos. Tais estratégias podem incluir treino extras de generalização sistemática, como a variação de estímulos e ambientes durante o ensino, além de reforço programado para o uso das habilidades em condições naturais.

Com o grupo A, onde houve a retirada gradual de componentes (modelo, instrução), o desempenho se manteve, isto traz a evidência de manutenção das habilidades aprendidas, mesmo que o A2 teve mais variabilidade em BST e na generalização, comparado com A1. Porém, apesar das flutuações, terminou com níveis altos e sustentados. Em conjunto, os dados reforçam a eficácia do ensino por BST para a aquisição de habilidades sociais ou comportamentais, mas também evidenciam a necessidade de esvanecer gradativamente os suportes do terapeuta para sucesso na generalização e manutenção dos resultados.

A partir da avaliação de preferências, pode-se levantar uma hipótese, visto que todos os participantes optaram e consumiram apenas itens industrializados, mesmo que trouxessem o alimento preparado em casa. A partir destes dados, é possível levantar-se uma hipótese de que todos os participantes preferiram alimentos industrializados, ou seja, alimentos

previsíveis. Quando ofertado os alimentos preferidos do C4, ele disse: “Esse eu como, mas só na minha casa”.

Outro ponto que pode ser levantado, é que o C1 pode ter tido um desempenho acima do esperado, pois era cliente com mais de quatro anos de intervenção. A questão do vínculo pode ter sido um viés para o melhor desempenho. Cabe ressaltar que apenas C1 era cliente e participou do estudo.

Para futuras pesquisas, acredita-se que seja válido aumentar as sondas de manutenção em até 90 dias, para observar se os ganhos são mantidos. Levando em consideração os dados de validade social, onde um participante assinalou que “concorda parcialmente” e outro “discorda” que o estudo não possibilitou a melhora no repertório alimentar do próprio filho, sugere-se que para uma melhora expressiva, a criança deva participar de todas as etapas de treino, para que o cuidador oferte diretamente à criança e conseqüentemente, trazendo maiores benefícios.

Além disso, espera-se que aumentem as produções científicas na literatura brasileira com a população TEA e TARE, uma vez que foi destacada a intensa predominância e os impactos na saúde desta população.

REFERÊNCIAS

Alaimo C, Seiverling L, Sarubbi J, & Sturmey P. (2017). The effects of a behavioral skills training and general-case training package on caregiver implementation of a food selectivity intervention. *Behavioral Interventions*;1–15. <https://doi.org/10.1002/bin.1502>.

Bears, K., Lecavalier, L. & Scahill, L. (2018). Parent training for disruptive behavior in autism spectrum disorder. In: Johnson, C., Butter, E. M.; Scahill, L. (Eds.). *Parent Training for Autism Spectrum Disorder: Improving the Quality of Life for Children and Their Families*. American Psychological Association, p. 117-147.

Carvalho, J. A, Santos, C. S. S, Carvalho, M. P. & Souza, L. S. (2012). Nutrição e Autismo: Considerações sobre a alimentação do autista, Araguaína. *Revista Científica do ITPAC*, v.5, n.1, p.1-6.

Clayton, M., & Headley, A. (2019). The use of behavioral skills training to improve staff performance of discrete trial training. *Behavioral Interventions*, 34(1), 136–143. <https://doi.org/10.1002/bin.1656>

Davenport, C. A., Alber-Morgan, S. R., & Konrad, M. (2019). Effects of behavioral skills training on teacher implementation of a reading racetrack intervention. *Education and Treatment of Children*, 42(3), 385–407. <https://doi.org/10.1353/etc.2019.0018>.

Hanratty, L.A., Miltenberger, R.G. & Florentino, S.R. (2016). Evaluating the Effectiveness of a Teaching Package Utilizing Behavioral Skills Training and In Situ Training to Teach Gun Safety Skills in a Preschool Classroom. *J Behav Educ* 25, 310–323. <https://doi.org/10.1007/s10864-016-9248-1>.

Ibañez, L. V., Kobak, K., Swanson, A., Wallace, L., Warren, Z., & Stone, W. L. (2018). Enhancing interactions during daily routines: A randomized controlled trial of a web-based tutorial for parents of young children with ASD. *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 11(4), 667–678. <https://doi.org/10.1002/aur.1919>

Kirkpatrick, M., Akers, J., & Rivera, G. (2019). Use of behavioral skills training with teachers: A systematic review. *Journal of Behavioral Education*, 28(3), 344–361. <https://doi.org/10.1007/s10864-019-09322-z>.

Kovacic, K., Rein, L. E., Szabo, A., Kommareddy, S., Bhagavatula, P., & Goday, P. S. (2021). Pediatric Feeding Disorder: A Nationwide Prevalence Study. *The Journal of pediatrics*, 228, 126–131.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.047>.

Maenner, M. J., Warren, Z., Williams, A. R., Amoakohene, E., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Furnier, S. M., Hughes, M. M., Ladd-Acosta, C. M., McArthur, D., Pas, E. T., Salinas, A., Vehorn, A., Williams, S., Esler, A., Grzybowski, A., Hall-Lande, J., Nguyen, R. H. N., ... Shaw, K. A. (2023). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *Morbidity and mortality*

weekly report. *Surveillance summaries* (Washington, D.C. : 2002), 72(2), 1–14. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>

Moura, G., da Silva, R., & Landim, L. (2021). Seletividade Alimentar Voltada Para Crianças Com Transtorno Do Espectro Autista (TEA): uma revisão da literatura. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*, 4(1), 14 - 19. Recuperado de <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/479>.

Schaefer, J. M., & Andzik, N. R. (2021). Evaluating Behavioral Skills Training as an Evidence-Based Practice When Training Parents to Intervene with Their Children. *Behavior modification*, 45(6), 887–910. <https://doi.org/10.1177/0145445520923996>.

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>.



Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa Clínica – TCLE

Nome do Participante: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Email: _____

Seu filho(a) está sendo convidado(a) para participar voluntariamente de uma pesquisa que se refere ao projeto de Mestrado da pesquisadora Ana Luiza Chegatti sob Orientação de Prof. Dra. Claudia S. F. N. Coimbra do Instituto Par - Ciências do Comportamento. Este convite está sendo realizado, pois ele(a) apresenta pré-requisitos necessários para fazer parte da pesquisa por ter recebido diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e, apresentar seletividade alimentar.

Título do Trabalho: Manutenção e Generalização de Intervenções Alimentares: Comparação entre o efeito da retirada gradual da intervenção e treinamento parental via Behavior Skills Training (BST).

1. **Objetivo:** Os objetivos do estudo são avaliar a efetividade do procedimento de retirada gradual versus total do BST para manutenção de ganhos; implementar o treinamento dos cuidadores, verificar os índices de integridade de procedimento implementado pelos cuidadores e avaliar a manutenção dos ganhos do repertório alimentar, na fase de *follow up*.
2. **Justificativa:** Aumentar a qualidade de vida por meio do aumento do repertório alimentar, aumentando assim os nutrientes e vitaminas essenciais para o desenvolvimento infantil.
3. **Procedimentos:** Selecionar os participantes a partir dos critérios estabelecidos, aplicando um treino para consumo de novos alimentos, por meio de um treinamento parental. Os responsáveis serão informados por relatório acerca da avaliação e responderão a questionário de Validade Social.
4. **Desconforto ou Riscos Esperados:** Como qualquer pesquisa na área da saúde realizada com humanos, potenciais riscos podem ocorrer. Porém, cuidados serão tomados para minimizá-lo, através do acompanhamento semanal da terapeuta responsável e

questionário que será entregue à família para levantamento de efeito colateral da pesquisa. Caso a criança demonstre cansaço ou outros sinais de desconforto, poderá ser realizado intervalo ou interrupção da sessão, dando continuidade na pesquisa em outro momento. Em caso de engasgo ou vômito, o local de atendimento conta com itens de primeiros socorros e a pesquisadora possui treinamento de primeiros socorros infantis, porém de todo modo, a sessão será finalizada e será acionado o SAMU em caso de complicações. Os pais/cuidadores serão treinados sobre procedimento em caso de engasgos baseado no treinamento de primeiros socorros infantis. Além disso, o participante/responsável poderá desistir ou retirar a permissão para participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

5. **Medidas protetivas aos riscos:** A identidade da criança será preservada, e o responsável/participante poderá desistir ou retirar a permissão/assentimento para participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. Caso seja verificado que há necessidade de acompanhamento psicológico como efeito colateral da pesquisa, este será arcado pela pesquisadora. Os dados de pesquisa serão armazenados em uma nuvem (*Google Drive*), onde há a segurança de dois fatores. Além de garantir o anonimato dos participantes, os registros serão armazenado por 5 anos. No caso de vazamento dos dados, os responsáveis serão notificados imediatamente e medidas como abertura de boletim de ocorrência poderão ser tomadas e auxílio jurídico se necessário, também arcados pela pesquisadora.
6. **Benefícios da Pesquisa:** A pesquisa gerará o benefício de fornecer conhecimento aos pais de como auxiliarem os filhos a aumentar seu repertório alimentar, visto que o comportamento alimentar de crianças autistas, que é um tema pouco abordado, porém com crescente prevalência nessa população. Além disso, irá contribuir com a literatura brasileira, que é escassa sobre o tema.
7. **Métodos Alternativos Existentes:** Não se aplica.
8. **Retirada do Consentimento:** Vale ressaltar novamente que a retirada do consentimento e interrupção da participação no estudo pode ocorrer a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Além disso, a pesquisadora estará disponível para esclarecer eventuais dúvidas.
9. **Garantia do Sigilo:** As informações coletadas serão analisadas em conjunto com as informações de outros participantes e será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes. Todas as informações fornecidas pelos pais/responsáveis e as informações obtidas durante a pesquisa serão mantidas em sigilo. As imagens dos treinos que serão filmados, tendo em vista a compilação fidedigna dos dados, também serão mantidas em sigilo. No caso de alguma imagem ser utilizada para fins didáticos, serão utilizados recursos gráficos que ocultarão a identidade do participante, garantindo o anonimato da criança envolvida. Após a conclusão do estudo, todo o acesso aos resultados da

pesquisadora responsável estará disponível. Os dados coletados referente ao sistema de pontuação serão registrados fisicamente e a folha de registro, bem como os termos de consentimento e de uso de imagem assinados pelo participante e por seu responsável, permanecerão no prontuário físico do participante da pesquisa localizado no consultório da pesquisadora, dentro de armário trancado com chave. A sala da pesquisadora também permanece trancada com chave durante sua ausência. As imagens serão gravadas em câmera fotográfica e após a gravação os registros serão guardados na nuvem. Os dados serão acessados apenas pela pesquisadora Ana Luiza Chegatti, pela professora orientadora Cláudia S. F. N. Coimbra, além dos observadores independentes que irão assistir as gravações para a realização do Acordo entre Observadores. Cabe ressaltar que os mesmos irão assinar um termo de sigilo a fim de garantir o anonimato.

10. Formas de Ressarcimento das despesas decorrentes da Participação na

Pesquisa: Caso haja alguma despesa inesperada e comprovadamente relacionada à participação na pesquisa, nos comprometemos a avaliar a situação e, se pertinente, realizar o ressarcimento. Se justificado, o reembolso será realizado mediante apresentação de documentação comprobatória da despesa (leia-se: nota fiscal ou recibo), a fim de garantir a integridade e a boa fé deste compromisso.

11. Local da Pesquisa: Consultório particular.

12. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Res. CNS nº 466/12 e Res. CNS 510/2016). O Comitê de Ética é responsável pela avaliação e acompanhamento dos protocolos de pesquisa no que corresponde aos aspectos éticos. Endereço do Comitê de Ética

em Pesquisa: do Instituto Paliar, localizado no endereço: Rua Antônio Carlos, nº 196/220. Bairro: Bela Vista CEP: 01.309-010 UF: SP Município: São Paulo. Telefone: (11) 5501-0555 E-mail: cep@paliar.com.br. Garantia da integridade da coleta de dados: SOMENTE iniciarão a coleta de dados após a aprovação do projeto por este comitê.

13. Nome completo e telefone dos Pesquisadores (Orientador e Aluno) para contato:

Os contatos também podem ser realizados diretamente com os pesquisadores. Ana Luiza Chegatti, CRP 06/130278, e-mail: achegatti@gmail.com, telefone: (19) 993188897. Dr^a. Claudia S. F. N. Coimbra, CRP: 06/86396 - e-mail: claucoimbra@hotmail.com, o contato também poderá ser realizado pelo Instituto Par - Ciências do Comportamento pelo e-mail: recepcao@institutopar.org ou pelo telefone: (11) 916523961.

14. **Eventuais intercorrências** que vierem a surgir no decorrer da pesquisa poderão ser discutidas pelos meios próprios.

São Paulo, _____ de _____ de 2025.

Consentimento Pós-Informação

Declaro que li e compreendi os objetivos desta pesquisa e as dúvidas que tive foram sanadas pela Pesquisadora Responsável. Estou ciente que a participação é voluntária, e que, a qualquer instante tenho o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar a permissão para participar da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Informamos que esse termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas, sendo que uma ficará com o Sr. (a) e a outra com a pesquisadora. Desde já agradeço a sua colaboração.

Assinatura: _____

Nome: _____ RG _____

Eu, Ana Luiza Chegatti (Pesquisadora responsável desta pesquisa):

Declaro que esclareci ao Responsável do participante os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas. Certifico que:

- a. Esta pesquisa só terá início após a aprovação do(s) referido(s) Comitê(s) de Ética em Pesquisa, o qual o projeto foi submetido.
- b. Considerando que a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.
- c. Este estudo tem mérito científico e a equipe de profissionais devidamente citados neste termo é treinada, capacitada e competente para executar os procedimentos descritos neste termo.

São Paulo, _____ de _____ de 2025.

Pesquisadora: Ana Luiza Chegatti (CRP:06/130278)

Orientador: Prof. Dr^a. Claudia S. F. N. Coimbra (CRP: 06/86396)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, declaro em /
 / _____, que li e compreendi as informações sobre a pesquisa em questão e aceito a
participação _____ de _____ meu _____ filho _____ (a)
_____ voluntaria
mente, ficando esclarecido para mim quais os propósitos da pesquisa, os procedimentos a
serem realizados, a garantia de confidencialidade e de esclarecimento permanentes.
Compreendo que a participação neste estudo não será paga, nem terei despesas, e posso optar
por desistir em participar da pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do Responsável: _____

RG: _____

Apêndice 2- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa Clínica

Nome do Participante: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Email: _____

Eu gostaria de te convidar para participar voluntariamente de uma pesquisa que se refere a um projeto de mestrado da pesquisadora Ana Luiza Chegatti sob orientação da Prof^a. Dr^a. Claudia S. F. N. Coimbra, Instituto Par - Ciências do Comportamento.

Você está sendo convidado pela Tia Ana Luiza para brincar aqui no consultório.

1. Título: Manutenção e Generalização de Intervenções Alimentares: Comparação entre o efeito da retirada gradual da intervenção e treinamento parental via Behavior Skills Training (BST).



2. Objetivo: Ensinar o papai ou a mamãe a te dar novos alimentos.



3. Justificativa: Por meio dessas atividades, eu irei te ajudar a comer diferentes alimentos e assim, poderá vai ficar mais disposto e com mais saúde e disposição para brincar.

4. Método: Você vai vir na Tia Ana Luiza participar de uma pesquisa, onde vamos brincar de experimentar alimentos.



5. Benefícios: Quando o papai e a mamãe aprenderem a ofertar novas comidinhas, vai ser mais divertido e mais fácil para você aprender a comer novas comidas. Assim, você vai ter uma alimentação balanceada e saudável, ter energia e força para fazer muitas coisas novas e diferentes, como brincar nos brinquedos da escola, participar de atividades legais como aniversários e até na hora do lanche.



6. Você aceita fazer essas atividades?



7. Riscos: Durante a pesquisa, se você se sentir incomodado ou enjoado, você pode pedir um tempo para a Tia Ana.



8. Medidas preventivas ao risco: Se você cansar nós poderemos fazer um intervalo e voltar quando você melhorar.



9. Sigilo: Eu não vou contar para ninguém que você está fazendo essas atividades. As únicas pessoas que saberão seremos nós, seus pais e meus professores. Nós estamos muito felizes

com sua participação porque em breve poderemos ajudar novos amiguinhos. Os seus vídeos ficarão aqui nesta máquina bem guardados e o que outras tias anotarem no papel ficarão na sua pasta. Só a Tia Ana Luiza, a professora e algumas colegas também psicólogas terão acesso.



10. Local: Retirado por motivo de sigilo.

11. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Res. CNS nº 466/12 e Res. CNS 510/2016). O Comitê de Ética é responsável pela avaliação e acompanhamento dos protocolos de pesquisa no que corresponde aos aspectos éticos. Os responsáveis também poderão consultar o CEP - Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Paliar, localizado no endereço: Rua Antônio Carlos, nº 196/220. Bairro: Bela Vista CEP: 01.309-010 UF: SP Município: São Paulo. Telefone: (11) 5501-0555 E-mail: cep@paliar.com.br

12. Nome completo e telefone dos Pesquisadores (Orientador e Aluno) para contato: Os contatos também podem ser realizados diretamente com os pesquisadores. Ana Luiza Chegatti, CRP 06/130278, e-mail: achegatti@gmail.com, telefone: (19) 993188897. Dr^a. Cláudia S. F. N. Coimbra, CRP: 06/86396 – e-mail: claucoimbra@hotmail.com, o contato também poderá ser realizado pelo Instituto Par - Ciências do Comportamento pelo e-mail: recepcao@institutopar.org ou pelo telefone: (11) 916523961.

13. Eventuais intercorrências que vierem a surgir no decorrer da pesquisa poderão ser discutidas pelos meios próprios.

São Paulo, _____ de _____ de 2025.

Consentimento Pós-Informação

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 de forma voluntária da pesquisa.

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

Além disso, a pessoa que cuida de você, poderá mudar de ideia a qualquer momento, e daí você pode parar de fazer as atividades. Se você ou essa pessoa quiserem desistir não vai ter nenhum problema para vocês. Vamos carimbar o seu dedo duas vezes? Um papel ficará comigo e o outro com você.

São Paulo, _____ de _____ de 2025.

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

CPF: _____-_____



Pesquisadora: Ana Luiza Chegatti (CRP: 06/130278).

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Claudia S. F. N. Coimbra (CRP: 06/86396).

Apêndice 3 – Breve Inventário de Comportamentos nas refeições do Autismo (BAMBI)

Nome:

Data:

Pense nas refeições com a sua criança nos últimos seis meses. Pontue os itens abaixo de acordo com a ocorrência destes comportamentos de acordo com a escala abaixo:

Nunca 1	Raramente 2	Ocasionalmente 3	Frequentemente 4	A maioria das refeições 5
------------	----------------	---------------------	---------------------	------------------------------

Circule SIM se você acha que a afirmação é um problema para você ou NÃO se você acha que não é um problema.

1. Meu filho(a) chora ou grita durante as refeições.	1	2	3	4	5	S	N
2. Meu filho(a) vira o rosto ou corpo da comida.	1	2	3	4	5	S	N
3. Meu filho(a) permanece sentado na mesa até finalizar a refeição.	1	2	3	4	5	S	N
4. Meu filho(a) expele/cospe comida que comeu.	1	2	3	4	5	S	N
5. Meu filho(a) é agressivo durante as refeições (bate, chute, arranha).	1	2	3	4	5	S	N
6. Meu filho(a) emite comportamentos autolesivos durante as refeições.	1	2	3	4	5	S	N
7. Meu filho(a) apresenta comportamentos de destruição durante as refeições (empurrar, jogar utensílios/comida).	1	2	3	4	5	S	N
8. Meu filho(a) pressiona os lábios quando a refeição é apresentada.	1	2	3	4	5	S	N
9. Meu filho(a) insiste em utilizar certos utensílios durante a refeição.	1	2	3	4	5	S	N
10. Meu filho(a) é flexível nas rotinas de alimentação.	1	2	3	4	5	S	N
11. Meu filho(a) busca provar novos alimentos.	1	2	3	4	5	S	N
12. Meu filho(a) brinca com o alimento durante a refeição.	1	2	3	4	5	S	N
13. Meu filho(a) não gosta de certos alimentos e não os come.	1	2	3	4	5	S	N
14. Meu filho(a) recusa alimentos que requer muita mastigação (ex: apenas alimentos moles ou pastosos).	1	2	3	4	5	S	N
15. Meu filho(a) prefere os mesmos alimentos em cada refeição.	1	2	3	4	5	S	N
16. Meu filho(a) prefere alimentos crocantes (ex: biscoitos).	1	2	3	4	5	S	N
17. Meu filho(a) aceita ou prefere variedade de alimentos.	1	2	3	4	5	S	N
18. Meu filho(a) prefere alimentos ricos em amido (ex: purê, pão).	1	2	3	4	5	S	N
19. Meu filho(a) prefere que os alimentos sejam apresentados de uma determinada forma.	1	2	3	4	5	S	N
20. Meu filho(a) prefere apenas alimentos doces (ex: bala, chocolate).	1	2	3	4	5	S	N
21. Meu filho(a) prefere alimentos preparados de uma determinada maneira.	1	2	3	4	5	S	N

Lukens & Linscheid, 2008. Brief Autism Mealtime Behavior Inventory (BAMBI) – Tradução livre.

Apêndice 4 - Folha de Registro da Linha de Base

Participante:				Data:			
Alimento 1:		Alimento 2:		Alimento 3:		Alimento 4:	
Grupo alimentar:		Grupo alimentar:		Grupo alimentar:		Grupo alimentar:	
Participante:				Data:			
Alimento 1:		Alimento 2:		Alimento 3:		Alimento 4:	
Grupo alimentar:		Grupo alimentar:		Grupo alimentar:		Grupo alimentar:	
Participante:				Data:			
Alimento 1:		Alimento 2:		Alimento 3:		Alimento 4:	
Grupo alimentar:		Grupo alimentar:		Grupo alimentar:		Grupo alimentar:	
Participante:				Data:			
Alimento 1:		Alimento 2:		Alimento 3:		Alimento 4:	
Grupo alimentar:		Grupo alimentar:		Grupo alimentar:		Grupo alimentar:	

Apêndice 5 – Avaliação de Preferência – Estímulos Múltiplos sem Reposição
 (DeLeon & Iwata, 1996)

Nome: _____

Data: ____/____/____

Legenda:

Item 1 _____

Item 2 _____

Item 3 _____

Item 4 _____

Item 5 _____

Item 6 _____

Item 7 _____

Item 8 _____

Item 9 _____

Item 10 _____

Item 11 _____

Item 12 _____

Item 13 _____

Item 14 _____

Item 15 _____

	Item
Escolha 1	
Escolha 2	
Escolha 3	
Escolha 4	
Escolha 5	
Escolha 6	
Escolha 7	
Escolha 8	
Escolha 9	
Escolha 10	
Escolha 11	
Escolha 12	
Escolha 13	
Escolha 14	
Escolha 15	

Apêndice 6 - Checklist do desempenho dos cuidadores

Nome do participante:

Data:

Instruções: Circule (+) ou (-) ou (N/A) para cada uma das etapas a seguir. Escreva o tipo de alimento apresentado ao lado de “ALIMENTO”.

Sessão:

COMPORTAMENTO DO(A) CUIDADOR(A)	DESEMPENHO		
Início da sessão			
O ambiente está organizado.	+	-	N/A
Os alimentos-alvos estão separados.	+	-	N/A
Sessão			
Alimento:			
Ajuste o cronômetro para 30s.	+	-	N/A
Coloca o prato com o alimento-alvo.	+	-	N/A
Apresentação da instrução correta.	+	-	N/A
Verificação de boca limpa.	+	-	N/A
Proveu o reforço adequadamente	+	-	N/A
Remove o prato após a criança seguir a instrução.	+	-	N/A
Não proveu consequências sociais em caso de comportamentos de recusa.	+	-	N/A

Apêndice 7 - Questionário de Validade Social

Leia as afirmações e assinale a alternativa que você considera.			
Afirmações	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo
Fiquei satisfeito com a participação do meu/minha(a) filho(a) na pesquisa.			
Acredito que a pesquisa é importante para o aumento do consumo de novos alimentos.			
Acredito que meu/minha filho se beneficiou da intervenção.			
O treinamento parental foi eficiente para desenvolver habilidades.			
Me senti confortável durante as sessões de treinamento.			
Eu acredito que a minha família continuará usando recomendações comportamentais deste programa.			
Eu avalio que as recomendações comportamentais são úteis para aquisição de repertórios alimentares.			
Eu recomendaria este programa para outros.			
Eu pude observar a melhora no repertório alimentar do meu filho.			

Apêndice 8 - Treinamento de Habilidades Comportamentais (BST)

Nome do participante:

Data:

Alimento:	
Pesquisadora	Cuidador(a)
1. Instrução:	
2. Modelo	
	3. Ensaio
4. Feedback	
Positivo:	
Corretivo:	
Generalização/Manutenção	
Data	Feedback do desempenho

