



Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA – Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias Nº. 84 de 22.12.94 da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e No. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

Avaliando o efeito da implementação de um pacote de ensino sobre o desempenho de cuidadores na implementação de programas de Habilidades de Vida Diária a crianças com TEA

Sayori Vasconcelos Wu

Belém, Pará
Janeiro – 2022



Avaliando o efeito da implementação de um pacote de ensino sobre o desempenho de cuidadores na implementação de programas de Habilidades de Vida Diária a crianças com TEA

Sayori Vasconcelos Wu

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento.

Orientador: Dr. Álvaro Júnior Melo e Silva

Belém, Pará
Janeiro– 2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento/Biblioteca

- W959a Wu, Sayori Vasconcelos, 1994-
Avaliando o efeito da implementação de um pacote de ensino sobre o desempenho de cuidadores na implementação de programas de habilidades de vida diária a crianças com TEA / Sayori Vasconcelos Wu. — 2022.
52 f.: il.
Orientador: Álvaro Júnior Melo e Silva
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2022.
1. Psicologia: pesquisa experimental. 2. Análise do comportamento. 3. Autismo em crianças. 4. Treino de cuidadores. 5. Habilidade de vida diária. 6. Transtorno do Espectro Autista-TEA.
I. Título.

CDD - 23. ed. — 150.724

Catalogação na fonte: Maria Célia Santana da Silva – CRB-2/780



O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), na forma de bolsa de mestrado para a discente- Código de Financiamento 88882.445356/2019-01.

This study was financed by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - in the form of a Master degree scholarship for the student- Finance Code 88882.445356/2019-01.



Contato: Sayori Vasconcelos Wu.

Mail: sayori.wu@yahoo.com.br

Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA – Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias Nº. 84 de 22.12.94 da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e No. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

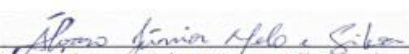
Defesa de Mestrado
**“Avaliando o efeito da implementação de um
pacote de ensino sobre o desempenho de
cuidadores na implementação de programas de
Habilidades de Vida Diária a crianças com TEA”**

Aluna: Sayori Vasoncelos Wu.

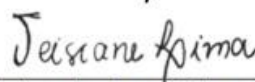
Data da Defesa: 30 de janeiro de 2022.

Resultado: Aprovada.

Banca Examinadora:


Prof^º Dr^º Alvaro Júnior Melo e Silva (orientador - UFPA).


Prof^ª Dr^a Glenda Miranda (membro 1 - UFPA).


Prof^ª Dr^a Jeisiane dos Santos Lima (membro 2 - UFPA).

Termo de Autorização e Declaração de Distribuição não exclusiva para Publicação

Digital no Repositório Institucional da UFPA

IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR E DA OBRA

Autor*: Sayori Vasconcelos Wu

Vínculo com a UFPA: () Servidor; (x) Discente Unidade: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Sub Unidade: Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Tipo do documento: () Tese; (x) Dissertação; () Livro; () Capítulo de Livro; () Artigo de Periódico; () Trabalho de Evento; () Outro. Especifique: _____

Título do Trabalho: Avaliando o efeito da implementação de um pacote de ensino sobre o desempenho de cuidadores na implementação de programas de Habilidades de Vida Diária a crianças com TEA.

Data da Defesa 30/01/2022 Área do Conhecimento: Psicologia Experimental Agência de Fomento: CAPES

*Para cada autor, uma autorização preenchida e assinada.

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA

O referido autor:

- Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.
- Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Federal do Pará os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros, está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal do Pará, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a UFPA a disponibilizar de acordo com a licença pública *Creative Commons* Licença 3.0 *Unported*, e de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra citada, conforme permissões abaixo por mim assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a partir desta data.

Permitir o uso comercial da obra?

() Sim

(x) Não

Permitir modificações em sua obra?

() Sim, contanto que compartilhem pela mesma licença

(x) Não

O documento está sujeito ao registro de patente?

() Sim

(x) Não

A obra continua protegida conforme a Lei Direito Autoral.

Belém (PA), 26/04/2022

Sayori Vasconcelos Wu

Assinatura do Autor e/ou Detentor dos Direitos do Autor

Wu, S. V. (2022). *Avaliando o efeito da implementação de um pacote de ensino sobre o desempenho de cuidadores na implementação de programas de Habilidades de Vida Diária a crianças com TEA*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará. 52 páginas.

RESUMO

Considerando a escassez de profissionais qualificados para intervenção a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), o treino e consequente ensino via cuidadores tem sido uma metodologia promissora para suprir a crescente demanda de indivíduos diagnosticados com atraso no desenvolvimento, especialmente aqueles com TEA. Este estudo teve como objetivo desenvolver e avaliar o efeito de um pacote de treino sobre a precisão de aplicação de programas de ensino de habilidades de vida diária (preparo de sanduíche e escovação de dentes) por cuidadores de crianças diagnosticadas com TEA. O pacote de ensino incluiu: Instruções escritas, Videomodelação instrucional, Automonitoramento via *checklist* e *Feedbacks*. Quatro cuidadores Participaram deste estudo quatro díades cuidador-criança. Foi utilizado um delineamento de linha de base múltipla com controle da inserção da variável independente ao longo dos participantes e também foi realizado um controle da ordem de apresentação dos componentes do pacote para avaliar o efeito da aplicação do tratamento experimental sobre a precisão de desempenho dos cuidadores na aplicação dos programas de Habilidades de Vida Diária (HVD). A variável independente foi a exposição dos participantes a um pacote de treino para ensinar a implementação de programas de habilidades de vida diária. A variável dependente foi a integridade de desempenho de aplicação dos pais/cuidadores, que foi medido pelo *checklist* de integridade de aplicação. Apenas uma participante atingiu critério de precisão com a exposição a um ou dois dos componentes do pacote; as demais participantes foram expostas às fases de *feedback* atrasado e/ou imediato para atingir o critério estabelecido. A partir desses resultados, acredita-se que a exposição à combinação de todos os componentes do pacote de ensino pode ser eficaz e eficiente no treinamento de cuidadores para a implementação de programas de HVD.

Palavras chave: *Transtorno do Espectro Autista, Autismo, Treino de Cuidador, Habilidades de Vida Diária.*

Wu, S.V. (2022). Evaluating the effect of implementing a teaching package on the performance of caregivers in implementing Daily Living Skills programs for children with ASD. Masters dissertation. Postgraduate Program in Behavior Theory and Research. Federal University of Pará. 52 pages.

ABSTRACT

Considering the shortage of qualified professionals to intervene in children with Autism Spectrum Disorder (ASD), training and consequent teaching via caregivers has been a promising methodology to meet the growing demand of individuals diagnosed with developmental delay, especially those with ASD. This study aimed to develop and evaluate the effect of a training package on the accuracy of application of daily life skills teaching programs (sandwich preparation and tooth brushing) by caregivers of children diagnosed with ASD. The teaching package included: Written instructions, Instructional video modeling, Self-monitoring via checklist and Feedback. Four caregivers dyads participated in this study. A multiple baseline design was used with control of the insertion of the independent variable along the participants and a control of the order of presentation of the components of the package was also carried out to evaluate the effect of the application of the experimental treatment on the performance accuracy of the caregivers. in the application of the Daily Living Skills (DLS) programs. The independent variable was exposure of participants to a training package to teach the implementation of daily living skills programs. The dependent variable was the parent/caregiver application performance integrity, which was measured by the application integrity checklist. Only one participant met the accuracy criterion with exposure to one or two of the package components; the other participants were exposed to the delayed and/or immediate feedback phases to reach the established criterion. From these results, it is believed that exposure to the combination of all components of the teaching package can be effective and efficient in training caregivers for the implementation of DLS programs.

Keywords: *Autism Spectrum Disorder, Autism, Caregiver Training, Daily Living Skills*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
MÉTODO	14
Participantes	14
Ambiente, Material e Equipamentos	16
Elaboração dos vídeos instrucionais.....	16
Delineamento Experimental, Variável Independente e Variável Dependente	16
Procedimento	17
Acordo entre observadores e Integridade do procedimento	21
Análise de Dados	22
Validação social.....	22
RESULTADOS	23
DISCUSSÃO	28
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	39

INTRODUÇÃO

Segundo a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2014) o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma alteração do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos, padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses e/ou atividades, podendo ou não haver comportamentos auto e heterolesivos.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) está entre os transtornos mais prevalentes na população mundial. Nos Estados Unidos, segundo um levantamento mais recente do Centro de Controle de Prevenção e Doença (*Center of Disease Control* - CDC), estima-se que atualmente cerca de 1 em cada 54 crianças é diagnosticada com TEA (Maenner, Shaw & Baio, 2020). Sendo, então, um problema de saúde pública importante que necessita de atenção, o que está relacionado a uma crescente necessidade de profissionais qualificados para trabalhar com esta população.

Dentre as limitações funcionais comumente observadas na pessoa com TEA, destacam-se as dificuldades em realizar atividades cotidianas de maneira independente, as Habilidades de Vida Diária, as quais são necessárias para o indivíduo ter uma vida produtiva e incluem atividades como higiene, cuidados pessoais, alimentação, habilidades bancárias e gerenciamento de dinheiro, compras no supermercado, habilidades sociais e de comunicação, entre outros (Catani & Taylor, 2008). Devido às dificuldades nessas habilidades, as pessoas com TEA necessitam de instruções mais extensivas para aprender a executá-las.

A aquisição limitada de tais habilidades impede que indivíduos com TEA atuem de maneira independente em ambientes comunitários (Ayres, Mechling, & Sansosti,

2013). Grab e Belfiore (2016) sugerem que déficits nas habilidades de vida diária tem efeitos negativos, uma vez que afetam a capacidade do indivíduo em participar ativamente em ambientes educacionais, por exemplo. Corroborando com esse autor, Sigafoos et al. (2005) ressaltam que a aquisição funcional de habilidades de vida diária representa uma forma de aumentar a participação inclusiva, a qualidade de vida e, dominar e generalizar essas habilidades o mais precocemente possível aumentam a possibilidade de inclusão social.

Silva, Rocha e Freitas (2018) elaboraram um estudo com objetivo de identificar as principais demandas e expectativas de famílias de crianças com TEA, relativas aos profissionais envolvidos no tratamento da criança e ao enfrentamento do cotidiano da família e da criança em desenvolvimento. Nesse estudo, observou-se que as maiores dificuldades de dois grupos das crianças foram a dependência, principalmente no que se refere ao comprometimento da comunicação, a dependência na alimentação e a dependência nas situações que envolvem higiene e controle de esfíncteres.

Existem diversos estudos na literatura que discutem estratégias de treino de habilidades de vida diária para a criança com TEA. Essas estratégias podem ser realizadas de duas formas: via profissional; via cuidador(a). Na intervenção via profissional, há estudos que comprovam a eficácia do treino por meio de ferramentas como a videomodelação (Guimarães, 2020; Keen, Brannigan, Cuskelly, 2007; Lee., Anderson, & Moore, 2013; Drysdale, Lee, Andersons, & Moore, 2014; McLay, Carnett, Meer, Lang, 2015); aplicativos em dispositivos móveis, como *tablets*, *ipads* e *smartphones* (Mruzek, McAleavey, Loring, et al, 2017; Lopez Cazaux, Lefer, Rouches, Bourdon, 2019), e pacotes de treinamentos presenciais com componentes comportamentais, sugestões sistemáticas, contingências de reforço etc. (Azrin, & Foxx, 1971; Mruzek, McAleavey, Loring, et al, 2017; Sutherland, Carnett, Meer, Waddington, Bravo, Maclay, 2017). Já

sobre o treino via cuidador para habilidades da vida diária, há uma menor quantidade de estudos. Em sua maioria, são estudos que utilizam pacotes de treinamento com os cuidadores e/ou profissionais com *workshops* ou treinamentos presenciais utilizando procedimentos comportamentais (Kroeger & Sorensen, 2010; Rinald & Mirenda, 2012; Cruz-Torres, Duffy, Brady, Bennet, & Goldstein, 2019), ou presenciais utilizando *video prompt* (Cruz-Torres, Duffy, Brady, Bennet, Goldstein, & 2020).

Nota-se que há uma quantidade maior de estudos que utilizam a intervenção direta em comparação com a indireta. Esta configuração nos leva a refletir: o aumento da prevalência de crianças com TEA, traz uma necessidade crescente de profissionais qualificados para realizar este tipo de atendimento, porém, atualmente existe uma grande barreira para obtenção de serviços de qualidade, pois o número de casos de TEA cresce em uma proporção muito maior e mais acelerada do que o número de profissionais qualificados, levando a um atraso no início da intervenção ou mesmo ao não acesso a esses serviços por uma parte considerável das crianças com TEA. Ademais, o custo da intervenção via profissional é alto, e se torna inviável para a maioria das famílias, em especial em países em desenvolvimento como o Brasil. Além disso, vale ressaltar que, pais/cuidadores de crianças com TEA estão presentes a maior parte do tempo e lidam diariamente com o ensino de habilidades de vida diária e, portanto, tornam-se peças fundamentais para uma intervenção efetiva.

Após a publicação de Lovaas (1987), houve um interesse crescente em intervenções precoces para crianças diagnosticadas com TEA, onde se demonstrou a importância das terapias comportamentais e da sua intensidade. O trabalho de Lovaas (1987) forneceu bases para a Intervenção Comportamental Intensiva e Precoce (Early Intensive Behavioral Intervention – EIBI). De acordo com esse modelo, o sucesso do ensino está relacionado a diversos fatores, dentre eles estão: a intensidade de aplicação

(40 horas semanais), a durabilidade (no mínimo dois anos) (Lovaas, 1987; Sallows & Graupner, 2005), e a precocidade da intervenção (antes dos 4 anos de idade) (Cautili, Hancock, Thomas, & Tillman, 2002; Landa, 2007).

Embora a EIBI seja comprovadamente eficaz, é inevitável pensar sobre fatores como custos financeiros e falta de profissionais qualificados para a implementação deste tipo de intervenção, uma vez que para a implementação correta da ABA é necessário que esse profissional seja um especialista na área, com anos de experiência (Kunnavatana et al. 2013; Wainer & Ingersoll, 2013). Além disso, o plano de intervenção para cada criança deve ser individualizado e sua implementação ocorre frequentemente na proporção de um aplicador para uma criança. Mediante essa perspectiva, somado ao fato do escasso apoio governamental no investimento de intervenções analítico-comportamentais qualificadas, torna-se difícil disseminar terapias presenciais com o analista do comportamento. Por isso, a intervenção via cuidador apresenta-se com uma importante alternativa para este cenário (Ferreira, Silva, & Barros, 2016).

Alguns estudos têm sido realizados utilizando o Treinamento de Habilidades Comportamentais (Behavioral Skills Training – BST) para ensinar habilidades para pais e professores de crianças com atraso no desenvolvimento. O BST é um pacote de treinamento que utiliza instruções de *feedback*, ensaios, e modelação que produz, de forma rápida, um grande aumento na precisão da aplicação de ensino de tentativas discretas (Lafazakis & Sturmey, 2007; Sarokoff & Sturmey, 2004). Esses estudos obtiveram resultados positivos, demonstrando que o desempenho dos pais e dos professores aumentou e produziu mudanças comportamentais desejadas no repertório das crianças.

A intervenção via cuidadores vem sendo estudada para o ensino de habilidades verbais (Borba, M. M. C., Monteiro, P. C. M., Barboza, A. A., & Trindade, E. N., Barros,

R. S., 2014) na aquisição de tatos e tato autoclítico, e para o ensino de habilidades não verbais (Hawkins, Peterson, Schweid, & Bijou, 1966), na redução de comportamentos-problema (Guimarães et al., 2018), na aquisição de contato visual e atenção conjunta (Bagaiolo, Mari, Bordini, Ribeiro, et al, 2017).

Dentre as primeiras pesquisas no Brasil sobre formas de intervenção via cuidador para crianças com TEA está o estudo de Borba (2014), que demonstrou que esse tipo de intervenção foi satisfatória para estabelecer comportamentos colaborativos na referida população. No entanto, embora tenha apresentado dados promissores, esse estudo também demonstrou que a intervenção via cuidadores demanda investimento de muitas horas de dedicação de analistas do comportamento.

Alguns estudos têm buscado realizar o treino para profissionais e/ou cuidadores com alternativas de menor intensidade da presença do analista do comportamento (Vladescu et al., 2012; Nelson-Head, Adams Hill, & Flores, 2012; Pollard, Higbee, Akers & Broadhead, 2014; Faggiani, 2014). Faggiani (2014), por exemplo, elaborou e aplicou um tutorial *online* para treinar profissionais a aplicar DTT. O tutorial foi composto por ensino teórico, videomodelação, observação de correção e identificação de erros. Outros estudos, dentro desse formato, utilizaram a videomodelação para treinar profissionais e/ou cuidadores (Catania, Almeida, Liu-Constant, & Digennaro Reed, 2009; Nielsen, Sigurdsson, & Austin, 2009; Barboza, Silva, Barros, & Higbee, 2015), *videofeedback* (Phaneuf & McIntyre 2007; 2011) e habilidades de automonitoramento em profissionais (Santos et al, 2018). Esses estudos mostraram que essa metodologia pode aumentar a precisão de desempenho do ensino tanto de profissionais quanto de cuidadores, diminuindo a quantidade de horas presenciais de um analista do comportamento, podendo aumentar a disseminação do treino com um maior número de pessoas e diminuindo o custo da intervenção.

Neely, Rispoli, Gerow e Hong (2016) avaliaram se um pacote de treinamento via telessaúde (o qual consistiu em um módulo *online*, autoavaliação e *feedback* atrasado via videoconferência) resultaria em melhorias na implementação de ensino incidental de mando por profissionais iniciantes. Os resultados desse estudo mostraram que após a intervenção houve aumento na precisão de desempenho dos profissionais e os comportamentos de mando das crianças aumentaram.

Dessa forma, considerando os pontos expostos acima: 1) a dificuldade que crianças com TEA podem apresentar na realização de Habilidades de Vida Diária (HVD's), sendo as destacadas pela literatura a dependência nas situações que envolvem higiene e alimentação; 2) o aumento da incidência de pessoas diagnosticada com TEA; 3) o não crescimento proporcional do número de profissionais da Análise do Comportamento para fornecer atendimento para essa clientela; e 4) a possibilidade de que a intervenção junto a essas crianças seja feita via cuidador, o objetivo do presente estudo foi elaborar e avaliar a aplicação de um pacote de treinamento, para pais/cuidadores de crianças com TEA para o ensino das habilidades de vida diária de preparo de sanduíche e escovação de dentes, verificando o efeito desse pacote de treino sobre o desempenho dos cuidadores na aplicação dos referidos programas de ensino. O pacote de treino incluiu: Instrução escrita, Videomodelação Instrucional, Automonitoramento via *Checklist*, *feedback* atrasado e *feedback* imediato.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo quatro cuidadoras. Sendo três delas mães de crianças diagnosticada com TEA, e uma tia de uma criança também diagnosticada com TEA. A Participante 1 possui 41 anos, ensino superior completo em Jornalismo, atualmente

exerce a função de bancária. Nunca realizou um treinamento para aplicação de programas de ensino em Análise do Comportamento Aplicada, e sua filha foi diagnosticada com TEA a 4 meses.

A Participante 2, possui 35 anos, ensino superior completo em Pedagogia e Enfermagem, atualmente é cuidadora do seu filho. Nunca realizou um treinamento para aplicação de programas de ensino em Análise do Comportamento Aplicada, e seu filho foi diagnosticada com TEA a 1 ano e 2 meses.

A Participante 3, possui 38 anos, ensino superior completo em Zootecnia, atualmente é servidora pública. Nunca realizou um treinamento para aplicação de programas de ensino em Análise do Comportamento Aplicada, e seu filho foi diagnosticada com TEA a 9 meses.

A Participante 4, possui 45 anos, ensino superior completo em Serviço Social, atualmente não está trabalhando. Nunca realizou um treinamento para aplicação de programas de ensino em Análise do Comportamento Aplicada, e seu sobrinho foi diagnosticada com TEA a 1 ano.

Como critério de inclusão foi adotado que seria necessário que as quatro crianças possuísem diagnóstico de TEA, que seus cuidadores não possuísem experiência em intervenção analítico-comportamental e que tivessem disponibilidade para realizar o treinamento no período da manhã ou da tarde. Foram excluídos do estudo cuidadores e crianças que não se adequaram aos critérios de inclusão e que se ausentaram ou não compareceram aos momentos de intervenção sem justificativas.

Para a participação no estudo, os cuidadores assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Além disso, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical- NMT da UFPA, conforme o parecer nº 4.615.029.

Ambiente, Material e Equipamentos

A pesquisa foi realizada em ambiente domiciliar e/ou na sala de duas clínicas particulares em Belém-Pa. Quando realizada no ambiente domiciliar, solicitou-se que a coleta fosse realizada em um ambiente da casa livre de distrações, barulhos e passagem de pessoas. Quando realizada na clínica, a coleta foi realizada em uma sala separada, também livre de distrações, barulhos e passagem de pessoas.

Para a aplicação da pesquisa, a pesquisadora levou o material necessário para a coleta de dados: Pão, manteiga, faca, queijo, presunto, prato, escova de dentes, creme dental e um aparelho celular para a filmagem dos vídeos. Além disso, também foram apresentados vídeos, instruções escritas e *checklist* de automonitoramento (Anexo 5) para o treinamento. Os vídeos foram apresentados em um *notebook*.

Elaboração dos vídeos instrucionais

Os vídeos foram narrados pela experimentadora. Para o preparo dos mesmos, inicialmente foi elaborado um roteiro de cada cena, demonstrando o passo a passo da aplicação para o ensino de HVDs. Em seguida, aconteceu a filmagem dos vídeos, que consistiu em um adulto ensinando duas HVDs (preparo de sanduiche e escovação de dentes) para outro adulto, que simulou uma criança com TEA. Após as filmagens, foram feitas as edições necessárias no vídeo e o mesmo foi apresentado para os cuidadores por um *notebook* ou computador. Foram produzidos dois vídeos, um ensinando a aplicação de ensino para a habilidade Preparo de sanduíche, e outro para a habilidade de Escovação de dentes.

Delineamento Experimental, Variável Independente e Variável Dependente

O delineamento experimental empregado neste estudo foi o de Linha de base múltiplas concorrente (Johnston & Pennypacker, 1983). A Variável Independente

(VI) do estudo consistiu da implementação de um pacote de ensino (Videomodelação Instrucional, Automonitoramento e *Feedback* Atrasado e *Feedback* imediato) para treinar os cuidadores a implementar procedimentos de ensino de preparo de sanduíche e escovação de dentes (Variável Dependente -VD). O possível efeito da VI sobre a VD foi medido por meio de um instrumento de avaliação da integridade de aplicação dos cuidadores dos procedimentos de ensino de HVDs.

Procedimento

O procedimento foi dividido em quatro possíveis fases: Fase 1 (Linha de base; Fase 2 – Tratamento experimental, subdividida em 2 etapas com a randomização de componentes e habilidades; Fase 3 – *Feedback* nível 1; e Fase 4 – *Feedback* nível 2).

Fase 1 - Linha de base: Avaliação do repertório de implementação do ensino de HVDs

Nesta fase, foi avaliado o repertório inicial de implementação do ensino de preparo de sanduíche e escovação de dentes dos cuidadores. Os cuidadores foram solicitados a aplicar os programas de intervenção (ensino das duas habilidades) com um confederado (pessoa simulando uma criança com TEA).

Para isso, durante a fase de linha de base, o cuidador recebeu uma folha com instruções escritas a respeito do programa (Anexo 2). As repostas do confederado foram planejadas previamente, e foi avaliada a habilidade do cuidador de aplicar diferentes procedimentos (instrução adequada, ajuda, reforço etc.) dentro do ensino dos programas, de forma randomizada.

Fase 2 - Tratamento experimental: treino da implementação dos programas de HVDs aos cuidadores via Videomodelação Instrucional e Automonitoramento via Checklist.

A fase de tratamento experimental foi dividida em duas etapas: ambas consistiram no treino da implementação dos programas das habilidades de preparo de sanduíche e escovação de dentes aos cuidadores via Videomodelação Instrucional e via

Automonitoramento por *Checklist*. Porém, aconteceram de maneira randomizada para cada cuidadora, com o intuito de verificar se algum componente do pacote teria maior efeito sobre o desempenho da cuidadora.

A randomização dos programas e das habilidades aconteceram conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1. Ordem de randomização das Etapas 1 e 2 do tratamento experimental.

Participantes	Ordem de randomização das Etapas 1 e 2	
	A: Videomodelação instrucional B: <i>Checklist de</i> Automonitoramento 1: Preparo de sanduíche 2: Escovação de Dentes	
	Etapas 1	Etapas 2
P1	B2 + A1	A2 + B1
P2	A2 + B1	B2 + A1
P3	A2 + B1	A1 + B2
P4	A1 + B2	B1 + A2

Em cada etapa, a cuidadora passou por combinações diferentes dos componentes do pacote com as habilidades. Primeiro, a cuidadora foi exposta a combinações inéditas dos dois componentes com as duas habilidades. Caso o desempenho da mesma não atingisse critério de precisão (duas sessões consecutivas com precisão igual ou superior a 90%), ela passava para a Etapa 2, na qual acontecia a inversão dos componentes para as habilidades. Por exemplo: Na Etapa 1, foi planejado para a P1 ser exposta a sessões de Automonitoramento via Checklist (AC) para escovação de dentes e sessões de Videomodelação Instrucional (VI) para preparo de sanduíche. Se para estas combinações o desempenho da participante não atingisse critério de precisão, na Etapa 2 estava

planejada a inversão dos componentes para as habilidades, portanto VI para escovação de dentes e AC para preparo de sanduíche.

Ao longo dessas etapas, se o desempenho da cuidadora atingisse o critério de precisão em uma das habilidades, com um dos componentes do pacote, o treino era finalizado para aquela habilidade, caso contrário, avançava para a Fase seguinte, *Feedback* nível 1.

Componente A - Videomodelação Instrucional. No componente A, a cuidadora assistiu aos vídeos que foram apresentados pela experimentadora em um *notebook* (Vídeo de Escovação de Dentes - <https://youtu.be/jPQouN8WIHI> / Vídeo de Preparo de Sanduíche - <https://youtu.be/SwGT94IR0No>). Antes de a cuidadora assistir aos vídeos, a experimentadora explicou como esta etapa iria acontecer, como iniciar, pausar, aumentar ou diminuir o volume do vídeo etc. Em seguida, deixou que a cuidadora assistisse ao vídeo. No vídeo, foi ensinado o procedimento de aplicação do preparo de sanduíche e/ou escovação de dentes. Após a cuidadora assistir ao vídeo, foi solicitado que a mesma aplicasse o programa de ensino da habilidade abordada no vídeo. Essa aplicação foi realizada com o confederado, filmada e posteriormente analisada para medir a integridade de desempenho da mesma.

O critério de precisão de desempenho do cuidador foi de duas sessões consecutivas com desempenho igual ou superior a 90%.

Componente B - Automonitoramento via checklist. No componente B do pacote, foi apresentado aos cuidadores um *checklist* (Anexo 3 e 4) com os aspectos relevantes na aplicação dos programas de ensino de HVDs. O experimentador explicou para a cuidadora no que consistia o instrumento e solicitou que a mesma visse o seu próprio vídeo de aplicação dos programas de HVDs, provenientes da etapa anterior, e

concomitantemente preenchesse o referido *checklist*. O objetivo deste componente foi verificar se o fato de o cuidador(a) avaliar o seu próprio desempenho (automonitoramento) produziria mudanças no desempenho de aplicação dos programas de HVDs da própria cuidadora. Após a cuidadora ver seu vídeo de aplicação dos programas e preencher o *checklist*, foi solicitado que a mesma aplicasse uma sessão do programa abordado junto ao *checklist*. Caso o desempenho da cuidadora não atingisse 90% de precisão, a mesma era solicitada novamente a preencher o *checklist*. Se ainda assim a cuidadora não atingisse o critério de precisão, ela era exposta ao próximo componente do pacote para a outra habilidade.

Nos casos em que a cuidadora atingiu precisão de desempenho igual ou superior a 90% na primeira ou na segunda sessão, foi solicitado que a mesma realizasse mais uma sessão de aplicação do programa de ensino, porém, sem prévia exposição ao componente novamente. Essas tentativas também foram gravadas pela experimentadora, que verificou a integridade de aplicação dos programas de ensino das cuidadoras, para embasar os objetivos da próxima etapa ou fase.

Fase 3 - Feedback Nível 1 (atrasado). Nesta fase, aconteceu o *feedback* atrasado. Após a cuidadora passar pelas duas etapas de intervenção (na Fase 2) com a randomização dos dois componentes do pacote para as duas habilidades, sem atingir o critério de precisão de desempenho, a mesma foi exposta à terceira fase do estudo, a fase de *Feedback Nível 1*. Nesta, tomando como base a sessão anterior, a experimentadora reuniu com as cuidadoras presencialmente, apresentou o vídeo da última sessão, e ao final do vídeo apresentou os pontos positivos e negativos quanto à aplicação da cuidadora, e aspectos gerais da intervenção, como organização da sessão, por exemplo. Após a cuidadora receber o *feedback* sobre a sua aplicação, era solicitado que a mesma realizasse a aplicação de uma sessão da habilidade em foco. Caso a cuidadora atingisse precisão de

desempenho igual ou superior a 90%, solicitava-se que a mesma aplicasse novamente mais uma sessão, sem antes ser exposta ao referido *feedback* novamente. Após a primeira sessão de *feedback*, caso a cuidadora não apresentasse precisão de desempenho igual ou superior a 90%, a mesma ainda poderia ser exposta mais duas vezes ao *feedback*.

Fase 4 – Feedback Nível 2 (imediato)

Após a exposição à fase de *Feedback* Nível 1, caso a cuidadora não atingisse critério de precisão de desempenho, a mesma seria exposta a mais uma fase de *feedback* (Nível 2). Nesta fase, a cuidadora passou por *role playing*, no qual a mesma aplicou o programa de ensino com o confederado e recebeu *feedbacks* orais ao mesmo tempo em que aplicava o programa. O critério de aquisição de desempenho para esta fase também foi o de duas sessões consecutivas com precisão igual o superior a 90%.

Acordo entre observadores e Integridade do procedimento

Para o acordo entre observadores, um segundo observador treinado registrou o desempenho da cuidadora a partir de 30% das filmagens das sessões, incluindo todas as etapas do estudo. Esse registro foi comparado com o registro primário (realizado pela experimentadora). O cálculo para o índice de concordância foi: $\text{concordância} / \text{Concordância} + \text{discordância} \times 100$.

Para garantir a integridade da Variável Independente, foi preenchida uma ficha de Integridade do procedimento (Anexo 6) para a verificação dos componentes necessários para a condução das unidades de ensino nas sessões:

- a) Organização do materiais necessários;
- b) Fornecimento da ficha de instrução escrita para os participantes;
- c) Fornecer o vídeo;
- d) Aguardar o tempo que o participante irá necessitar para a reprodução do vídeo;
- e) Fornecer feedback atrasado sobre a aplicação do participante;

- f) Fornecer feedback imediato para a aplicação do participante.

O cálculo da integridade aconteceu da seguinte forma: [implementações corretas/ total de implementações] x 100.

Análise de Dados

A análise de dados foi realizada a partir do desempenho de aplicação das cuidadoras nos programas de HVD's. A partir das sessões realizadas em casa ou na clínica com o confederado, verificou-se se a implementação do pacote de intervenção (Videomodelação Instrucional + Automonitoramento + *feedback*) aumentou o desempenho de aplicação da cuidadora. A cada sessão foi contabilizado, a partir do *checklist* de integridade, o desempenho de aplicação da cuidadora, que foi medido em termos de percentual de aspectos implementados corretamente.

Validação social

Para a avaliação da validade social do procedimento de ensino desse estudo, os participantes preencheram um questionário (Anexo 5) composto por cinco perguntas fechadas e uma questão aberta para possíveis sugestões. O objetivo dessa avaliação foi verificar o quanto os participantes acreditam que o procedimento de ensino foi eficaz e satisfatório, e para coletar sugestões de possíveis melhorias no procedimento.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta os dados das participantes P1, P2, P3 e P4 ao longo das fases de Linha de base, Fase 2 (tratamento experimental com os componentes do pacote videomodelação Instrucional e Automonitoramento via *Checklist*, Fase 3 (*Feedback* Nível 1) e Fase 4 (*Feedback* Nível 2).

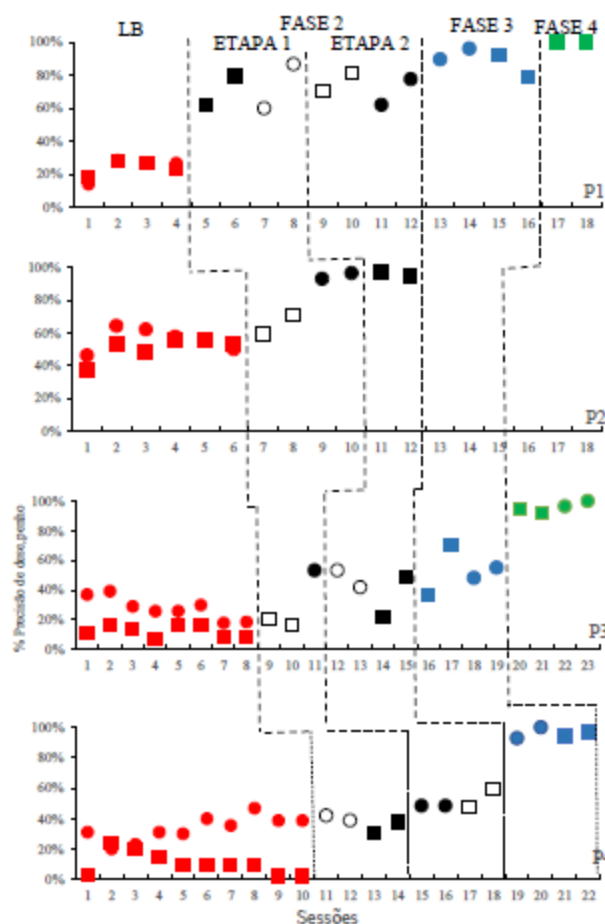


Figura 1. Precisão de desempenho de aplicação dos programas “Preparo de Sanduiche” e “Escovação de Dentes” das participantes 1, 2, 3 e 4 nas fases de: Linha de Base, Fase 2, Fase 3 e Fase 4.

A partir da Figura 1, pode-se verificar que a precisão de desempenho de P1 em todos os programas de ensino, antes da inserção da VI, era menor que 40%. Após a aplicação do tratamento, na Fase 2, Etapa 1, na qual P1 foi exposta a duas sessões do

componente AC para escovação de dentes, sua precisão de desempenho aumentou para 62% na primeira sessão e para 79% na segunda sessão. Ainda nesta etapa (Etapa1), P1 foi exposta a duas sessões do componente VI para Preparo de Sanduíche, atingindo 60% na primeira sessão e 87% na segunda. Como o desempenho de P1 não atingiu o critério de precisão de desempenho estabelecido (90% ou mais em suas sessões consecutivas), a mesma foi exposta à Etapa 2, da mesma fase (Fase 2).

Nesta etapa (Etapa 2), P1 foi exposta a inversão dos componentes, ou seja, passou por duas sessões de VI para Escovação de Dentes, apresentando desempenho de 70% na primeira sessão e 81% na segunda; e duas sessões de AC para Preparo de Sanduíche, apresentando precisão de desempenho de 62% na primeira sessão e 78% na segunda sessão. Como o desempenho de P1 não atingiu o critério de precisão de desempenho estabelecido, passou para a fase seguinte do estudo: *Feedback* Nível 1.

Na fase de *Feedback* Nível 1, P1 foi exposta a duas sessões de *feedback* atrasado para os dois programas (Escovação de Dentes e Preparo de Sanduíche). Após o *feedback* para a aplicação do programa Preparo de Sanduíche, P1 atingiu 90% de precisão de desempenho na primeira sessão e 96% na segunda sessão. Já para o programa Escovação de dentes, após o *feedback*, P1 apresentou desempenho de 92% na primeira sessão e 79% na segunda. Assim, para este programa, a participante foi exposta à fase de *Feedback* Nível 2.

Na fase de *Feedback* Nível 2, P1 foi exposta a um *feedback* mais intrusivo, com *role playing*. Após este procedimento, P1 atingiu um desempenho de 100% de precisão de aplicação em duas sessões consecutivas. Atingindo o critério de desempenho determinado.

Para P1 foram realizadas 21 sessões (incluindo Linha de base, Fase 2, Fase 3 e Fase 4) ao todo. A condução da coleta de dados com essa participante se deu ao longo de 15 semanas, com uma média de 1,4 sessões realizadas por semana.

A segunda participante (P2), na fase de linha de base, apresentou desempenho abaixo de 65% nos dois programas de ensino (Escovação de dentes e Preparo de sanduíche). Após a inserção do tratamento, na Fase 2, Etapa 1, na qual P2 foi exposta a duas sessões de VI para Escovação de dentes, esta obteve desempenho de aplicação de 59% na primeira sessão e 71% na segunda sessão. Na mesma etapa (Etapa 1), após duas sessões de AC para Preparo de Sanduíche, P2 obteve desempenho de 93% na primeira sessão e 97% na segunda. Portanto, após a Etapa 1, P2 atingiu critério de precisão de desempenho para a habilidade de Preparo de Sanduíche e não atingiu para a habilidade de Escovação de dentes, precisando assim ser exposta à Etapa 2 da mesma fase (Fase 2).

Na Etapa 2, P2 foi exposta a duas sessões de AC para a habilidade de Escovação de dentes. A partir desta etapa, P2 obteve desempenho de aplicação de 97% na primeira sessão e 95% na segunda. Assim, o desempenho da participante atingiu o critério de precisão estabelecido e a participante não precisou ser exposta às outras possíveis fases do estudo.

Com P2 foram realizadas 12 sessões (incluindo linha de base e Fase 2) ao todo. A coleta de dados ocorreu ao longo de quatro semanas, com uma média de três sessões por semana.

A terceira participante (P3), antes da inserção do tratamento, apresentou precisão de desempenho inferior a 40% em ambos os programas de ensino. Com a Fase 2, Etapa 1, na qual P3 foi exposta a duas sessões do componente VI para de Escovação de dentes, a participante obteve precisão de desempenho de 21% na primeira sessão e 17% na segunda sessão. Ainda na mesma etapa (Etapa 1, Fase 2), P3 foi exposta a uma sessão do

componente de AC para Preparo de Sanduíche, atingindo 53% de desempenho. Como P3 não atingiu o critério de precisão de desempenho estabelecido para ambos os programas, a mesma foi exposta à Etapa 2 da mesma fase (Fase 2).

Na Etapa 2, P3 foi exposta à inversão dos componentes, ou seja, passou por duas sessões de VI para Preparo de Sanduíche, apresentando um desempenho de 53% na primeira sessão e 42% na segunda; e a duas sessões de AC para Escovação de dentes, apresentando um desempenho de aplicação de 21% na primeira sessão e 49% na segunda sessão. Ao não atingir critério de precisão nos programas de ensino, P3 foi exposta à fase seguinte do estudo: *Feedback* Nível 1.

Na fase de *Feedback* Nível 1, P3 foi exposta a duas sessões de *feedback* atrasado para os dois programas (Escovação de Dentes e Preparo de Sanduíche). Após o *feedback* para o programa de Escovação de dentes, a participante atingiu 37% na primeira sessão e 70% na segunda sessão. Já quanto ao *feedback* para o programa Preparo de sanduíche, a participante apresentou um desempenho de 48% na primeira sessão e 55% na segunda sessão. Assim, não atingindo o critério de desempenho, P3 foi exposta à Fase 4 do estudo: *Feedback* Nível 2.

Com a fase de *Feedback* Nível 2, na qual a participante foi exposta a um *feedback* mais intrusivo, P3 atingiu desempenho de 95% na primeira sessão e 92% na segunda sessão do programa de Escovação de dentes. Ainda, a participante atingiu 96% de precisão de desempenho na primeira sessão e 100% na segunda sessão para o programa de Preparo de Sanduíche.

Com P3 foram realizadas 28 sessões (incluindo Linha de base, Fase 2, Fase 3 e Fase 4) ao todo. A coleta de dados ocorreu ao longo de oito semanas, com uma média de 3,5 sessões por semana.

A quarta participante (P4), antes da inserção do tratamento, apresentou precisão de desempenho inferior a 50% em ambos os programas de ensino (Escovação de Dentes e Preparo de Sanduíche). Com a Fase 2, Etapa 1, na qual P4 foi exposta a duas sessões do componente de VI para Preparo de sanduíche, a participante obteve precisão de desempenho de 42% na primeira sessão e 39% na segunda sessão. Ainda na mesma etapa (Etapa 1, Fase 2), P4 foi exposta a duas sessões do componente AC para Escovação de dentes, atingindo 31% de precisão de desempenho na primeira sessão e 38% na segunda. Como P4 não atingiu o critério de precisão de desempenho estabelecido, a mesma foi exposta à Etapa 2 da mesma fase (Fase 2).

Na Etapa 2, P4, foi exposta à inversão dos componentes, ou seja, passou por duas sessões de AC para Preparo de sanduíche, apresentando um desempenho de 48% na primeira sessão e 48% na segunda; e duas sessões de VI para Escovação de dentes, apresentando um desempenho de aplicação de 47% na primeira sessão e 59% na segunda sessão. Ao não atingir critério de precisão nos programas de ensino, P4 foi exposta à fase seguinte do estudo: *Feedback* Nível 1.

Na fase de *Feedback* Nível 1, P4 foi exposta a duas sessões de *feedback* atrasado para os dois programas (Escovação de Dentes e Preparo de Sanduíche). Após o *feedback* para o programa de Preparo de Sanduíche, a participante atingiu 93% de desempenho na primeira sessão e 100% na segunda sessão. Quanto ao *feedback* para o programa Escovação de dentes, a participante apresentou um desempenho de 94% na primeira sessão e de 97% na segunda sessão.

Com P4 foram realizadas 22 sessões (incluindo Linha de base, Fase 2 e Fase 3) ao todo. A coleta de dados ocorreu ao longo de seis semanas, com uma média de 3,6 sessões por semana.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o efeito da implementação de um pacote de treinamento sobre o desempenho de cuidadores na aplicação de programas de ensino de habilidades de vida diária. O pacote de treinamento incluiu: Instrução escrita, Videomodelação Instrucional, Automonitoramento via Checklist, *feedback* atrasado e *feedback* imediato.

Todas as cuidadoras do estudo apresentaram aumento na precisão de desempenho de aplicação dos programas após a exposição aos componentes do pacote de treinamento. Porém, apenas uma cuidadora atingiu critério de precisão passando por apenas um componente ou pela combinação de componentes. As outras três cuidadoras precisaram passar necessariamente pela combinação dos componentes do pacote e pelas fases de *feedback* atrasado e imediato. As fases de *feedback* desempenharam um papel importante no alcance de critério pelas participantes, corroborando os dados de estudos semelhantes em que também foi necessária uma fase de *feedback* para que o desempenho dos participantes alcançasse critério de precisão (e.g., Barboza, 2018; Higbee et al., 2016; Pollard et al., 2014; Wainer & Ingersoll, 2013; Santos et al., 2018).

O fato de três dos quatro participantes do estudo terem precisado passar pela fase de *Feedback* (atrasado e/ou imediato) antes de atingir o critério de precisão poderia ser visto como uma limitação do efeito dos componentes de treinamento (Videomodelação e *Checklist* de Automonitoramento), porém DTT é um procedimento de ensino que muitas vezes requer instrução, demonstração, ensaio simulado (*role play*), com *feedback* para ser implementado com fidelidade. No presente estudo a fase de *feedback* ocorreu de maneira breve apenas para indicar erros específicos cometidos. Corroborando assim, com outras pesquisas que necessitaram da fase de *feedback* (Barboza et al., 2015; e Santos et al., 2018)

De maneira geral, as participantes apresentaram uma média de integridade de aplicação maior quando expostas ao componente de Automonitoramento via *Checklist* (média de integridade de 67% na habilidade de Preparo de Sanduíche e 59% na habilidade de Escovação de dentes). Uma hipótese para essa ligeira diferença na média de precisão de desempenho entre as habilidades pode dever-se ao fato de a habilidade de Escovação de dentes apresentar um número de etapas maior (componentes da cadeia comportamental), se comparado com a habilidade de Preparo de Sanduíche. Já no componente de Videomodelação, obtiveram uma média de desempenho de 54% na habilidade de Preparo de Sanduíche e 53% na habilidade de Escovação de dentes (novamente apresentando um desempenho ligeiramente menor na habilidade de Escovação de Dentes).

Vale ressaltar que a P2 foi a única participante que não precisou passar pela (s) fase (s) de *feedback*. No tratamento, a participante foi exposta apenas à Fase 2 do estudo (Etapa 1: Videomodelação Instrucional para Escovação de dentes e Automonitoramento via Checklist para Preparo de Sanduíche; e Etapa 2: Automonitoramento via *Checklist* para Escovação de dentes). Esta participante foi a que apresentou a maior média de desempenho na linha de base (51% em Escovação de dentes e 56% em Preparo de sanduíche). Apesar de que a mesma não tinha experiência com a aplicação de DTT para habilidades de vida diária, sua formação em ensino superior no curso de pedagogia, e o tempo maior que a mesma passa com o filho (pois atualmente é a sua principal função), pode explicar a suficiência do componente Automonitoramento via *Checklist* para a aquisição das habilidades.

Com relação aos dados das demais participantes, não é possível garantir que um componente do pacote foi suficiente ou é mais eficiente do que o outro. A P1, por exemplo, apresentou um desempenho médio de 75% no componente de Videomodelação

Instrucional e 70% no componente Automonitoramento via *Checklist*, portanto, uma diferença entre os componentes de apenas 5%. A participante P3 apresentou um desempenho médio de 53% no componente de VI e 35% no componente de AC; uma diferença de 18% entre os componentes. A participante P4 apresentou um desempenho médio de 48% no componente VI e de 41% no componente AC; uma diferença de 7% entre os mesmos. A média geral no componente de VI foi de 54% e a AC foi de 64%; uma diferença de 10% entre os componentes. Uma hipótese para essa ligeira diferença nos desempenhos em função dos componentes pode dever-se ao fato de que no vídeo apresentado às participantes, os aspectos relacionados à integridade do procedimento (obtenção da atenção da criança, e esperar até 3 segundos pela resposta da criança) eram abordados brevemente e com menos detalhes comparado ao *Checklist* de Automonitoramento, que apresentava cada etapa do que está sendo avaliada na aplicação das cuidadoras. Portanto, sugere-se que em futuros estudos, o roteiro utilizado no vídeo apresente de maneira clara e objetiva todos os aspectos que são apresentados no *checklist* de Automonitoramento para que essa diferença entre os componentes seja minimizada.

No entanto, vale ressaltar que essa diferença nos desempenhos a partir dos componentes é pequena, não podendo ser considerada uma diferença significativa. Corroborando com outros estudos, que demonstraram que a utilização da videomodelação (Catania, Almeida, Liu-Constant, & Digennaro Reed, 2009; Nielsen, Sigurdsson, & Austin, 2009; Barboza, Silva, Barros, & Higbee, 2015), e do automonitoramento (Santos et al, 2018) foram eficientes para o aumento de desempenho de aplicação de cuidadores e/ou profissionais. Uma vez que todos os participantes aumentaram sua média de integridade de aplicação após a exposição aos componentes de Videomodelação e *Checklist* de Automonitoramento, ainda que tenha sido necessário a exposição ao *feedback* posteriormente.

Ao se analisar a diferença entre as habilidades treinadas, pode-se perceber que as participantes apresentaram uma média de desempenho ligeiramente maior na habilidade de Preparo de Sanduíche, com um desempenho de 65% na mesma, comparado a 56% obtido na habilidade de Escovação de dentes; uma diferença de 9%. Essa diferença no desempenho é bem pequena. No entanto, vale esclarecer que a habilidade de Preparo de Sanduíche apresenta menos etapas ou componentes da cadeia (5) se comparada com a habilidade de Escovação de dentes (7). Para estudos futuros, é importante que sejam selecionadas habilidades com a mesma quantidade de componentes na cadeia para evitar possíveis efeitos dessa variável sobre a variável dependente do estudo.

O presente estudo corrobora aos trabalhos de Borba (2014), Borba et al (2014), e Barboza et al (2015) encontrando evidencia da efetividade de diversificar formas de intervenção analítico comportamental ao TEA via cuidadores. Conseguindo assim, alcançar um maior número de famílias, e aumentar a intensidade da intervenção em termos de número de horas com a criança.

Além disso, a partir dos dados obtidos, e o aumentos de precisão de desempenho de aplicação dos cuidadores após a exposição à todas as fases do estudo, é possível observar que os dados da pesquisa corroboram com a assertiva de que o cuidador pode não apenas desempenhar um papel ativo na intervenção, como ser um dos principais agentes nesse processo (Wang, 2008).

No entanto, vale ressaltar que apesar de os cuidadores poderem desempenhar um papel ativo na intervenção, ainda assim isso não exime a participação de um Analista do Comportamento no processo de intervenção, uma vez que a pesquisa demonstra que apesar do aumento de precisão de desempenho após os componentes de Videomodelação e *Checklist* de Automonitoramento, ainda assim é necessário a fase final de *Feedback* para que os cuidadores atinjam o critério de precisão estabelecido.

No Brasil, tecnologias de ensino analíticos comportamentais para crianças com TEA não estão acessíveis para a maior parte da população, por conta da crescente demanda de crianças com TEA superar a capacidade de profissionais treinados, assim, a utilização do pacote de treinamento para cuidadores, poderá aumentar a eficiência desse tipo de intervenção.

Quanto à validação social do estudo, as cuidadoras relataram concordar que o pacote de treinamento pode auxiliar a ampliação de outras Habilidades de Vida Diária da criança; que o sistema de treinamento foi eficaz para conduzir o procedimento de ensino das habilidades treinadas; que o conteúdo foi abordado de maneira clara e objetiva; que o sistema foi exibido adequadamente; e que indicariam para outros pais. Como sugestões, as participantes indicaram que o *feedback* deveria acontecer logo após as sessões de Videomodelação e Automonitoramento para que as mesmas avançassem mais rápido. Como elogios, uma das cuidadoras relatou que “o treino contribuiu muito para as atividades diárias do filho”.

Como limitação deste estudo, podemos citar a não realização das fases de generalização, que seria com a criança das cuidadoras, e de *follow up*. Sugere-se que em futuros estudos, essas fases sejam incluídas para verificar a generalização e a manutenção da habilidade adquirida na pesquisa.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. *American Psychiatric Publishing*.
- Ayres, K. M., Mechling, L., & Sansosti, F. J. (2013). The use of mobile technologies to assist with life skills/independence of students with moderate/severe intellectual disability and/or autism spectrum disorder: Considerations for the future of school psychology. *Psychology in the Schools*, 50, 259–271. <https://doi.org/10.1002/pits.21673>.
- Azrin, N. H., & Foxx, R. M. (1971). A rapid method of toilet training the institutionalized retarded. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4(2), 89-99.
- Bagaiolo, L. F., Mari, J. D. J., Bordini, D., Ribeiro, T. C., Martone, M. C. C., Caetano, S. C., ... & Paula, C. S. (2017). Procedures and compliance of a video modeling applied behavior analysis intervention for Brazilian parents of children with autism spectrum disorders. *Autism*, 21(5), 603-610.
- Barboza, A. A., Silva, A. J. M., Barros, R. S., & Higbee, T. S. (2015). Efeitos de videomodelação instrucional sobre o desempenho de cuidadores na aplicação de programas de ensino a crianças diagnosticadas com autismo. *Acta Comportamentalia*, 23, 405-421.
- Barboza, A. A. (2019). *Avaliando procedimentos para treino parental sobre intervenção analítico-comportamental ao TEA*. Retrieved from: <http://ppgtpc.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/teses/2019/Tese%20Adriano%20%20Final%203.pdf>
- Borba, M. M. C. (2014). *Intervenção ao Autismo via cuidadores* (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará.

- Borba, M. M. C., Monteiro, P. C. M., Barboza, A. A., & Trindade, E. N., Barros, R. S. (2014). Intervenção via cuidadores para o ensino de tato com autoclítico em crianças com diagnóstico de autismo. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 11(1), 15-23.
- Carothers, D. E., & Taylor, R. L. (2004). How teachers and parents can work together to teach daily living skills to children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19(2), 102-104.
- Catania, C. N., Almeida, D., Liu-Constant, B., & Digennaro-Reed, D. (2009). Video modeling to train staff to implement discrete-trial instruction. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42, 87-392.
- Cazaux, S. L., Lefer, G., Rouches, A., & Bourdon, P. (2019). Toothbrushing training programme using an iPad® for children and adolescents with autism. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 20(3), 277-284.
- Cruz-Torres, E., Duffy, M. L., Brady, M. P., Bennett, K. D., & Goldstein, P. (2020). Promoting daily living skills for adolescents with autism spectrum disorder via parent delivery of video prompting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(1), 212-223.
- Drysdale, B., Lee, C. Y. Q., Anderson, A., & Moore, D. W. (2015). Using video modeling incorporating animation to teach toileting to two children with autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 27(2), 149-165.
- Faggiani, R. B. (2012). *Análise de Componentes de um Tutorial Computadorizado para ensinar o Treino com Tentativas Discretas a Pais* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Ferreira, L. A., Melo, Á. J., & da Silva Barros, R. (2016). Ensino de aplicação de tentativas discretas a cuidadores de crianças diagnosticadas com autismo. *Perspectivas em análise do comportamento*, 7(1), 101-113.
- Grab, E., & Belfiore, P. J. (2016). Using video prompting to teach shoe tying to students with autism and moderate to severe intellectual disabilities. *British Journal of Education*, 4(7), 43-54.
- Guimarães, M. S. S., et al. (2018). Treino de cuidadores para manejo de comportamentos inadequados de crianças com transtorno do espectro do autismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 20(3), 40-53.
- Guimarães, M. S. S. (2020). *Videomodelação como ferramenta para treino de profissionais e ensino a crianças com Transtorno do Espectro Autista*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém-PA, 115 páginas
- Hawkins, P.R., Peterson, R.F., Schweid, E., & Bijou, S. (1966). Behavior Therapy in the Home: Amelioration of Problem Parent-Child Relations with the Parent in a Therapeutic Role. *Journal of Experimental Child Psychology*, 4, 99-107.
- Johnston, J. M., & Pennypacker, H. S. (1993). Readings for strategies and tactics of behavioral research (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., & Baio, J. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries*, 69(4), 1.
- Keen, D., Brannigan, K. L., & Cuskelly, M. (2007). Toilet training for children with autism: The effects of video modeling. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(4), 291-303.

- Kroeger, K., & Sorensen, R. (2010). A parent training model for toilet training children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(6), 556-567.
- Kunnavatana, S. S., Bloom, S. E., Samaha, A. L., & *Dayton, E. (2013) Training special education teachers to conduct trial-based functional analyses. *Behavior Modification*, 37, 707–722. Retrieved from: <http://bmo.sagepub.com/>.
- Lafasakis, M., & Sturmey, P. (2007). Training parent implementation of discrete-trial teaching: Effects on generalization of parent teaching and child correct responding. *Journal of applied behavior analysis*, 40(4), 685-689.
- Lee, C. Y. Q., Anderson, A., & Moore, D. W. (2014). Using video modeling to toilet train a child with autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 26(2), 123-134.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- McLay, L., Carnett, A., van der Meer, L., & Lang, R. (2015). Using a video modeling-based intervention package to toilet train two children with autism. *Journal of developmental and physical disabilities*, 27(4), 431-451.
- Mruzek, D. W., McAleavey, S., Loring, W. A., Butter, E., Smith, T., McDonnell, E., ... & Taylor, C. M. (2019). A pilot investigation of an iOS-based app for toilet training children with autism spectrum disorder. *Autism*, 23(2), 359-370.
- Neely, L., Rispoli, M., Gerow, S., & Hong, E. R. (2016). Preparing interventionists via telepractice in incidental teaching for children with autism. *Journal of Behavioral Education*, 25(4), 393-416.
- Nelson-Head, C., Adams Hill, D., Flores, M. (2012). Case study on the implementation of a video story-based intervention with self-modeling treatment package to

- reduce stereotypical spitting behavior in a young girl with autism. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 13, 85-98.
- Nielsen, D., Sigurdsson, O.S., & Austin, J. (2009). Preventing back injuries in hospital settings: The effects of video modeling on safe patient lifting by nurses. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42, 551-561.
- Nosik, M., & Williams, L., Garrido, N., & Lee, S. (2012). Comparison of computer based instruction to behavior skills training for teaching staff implementation of discrete-trial instruction with an adult with autism. *Research in developmental disabilities*. 34. 461468. doi: 10.1016/j.ridd.2012.08.011.
- Phaneuf, L., & McIntyre, L. (2007). Effects of Individualized Video Feedback Combined with Group Parent Training on Inappropriate Maternal Behavior. *Journal of applied behavior analysis*. 40. 737-41. doi: 10.1901/jaba.2007.737-741.
- Phaneuf, L., & McIntyre, L. (2011). The Application of a Three-Tier Model of Intervention to Parent Training. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 13. 198-207. doi: 10.1177/1098300711405337.
- Pollard, J. S., Higbee, T. S., Akers, J. S., & Broadhead, M. T. (2014). An evaluation of interactive computer training to teach instructors to implement discrete trials with children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 47, 765-776. doi:10.1002/jaba.152.
- Rinald, K., & Mirenda, P. (2012). Effectiveness of a modified rapid toilet training workshop for parents of children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(3), 933-943.
- Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: four-year outcome and predictors. *American Journal of Mental Retardation*, 110, 417-428.

- Santos, E. A. L., Fonseca, A. F., Nogueira, C. B., & da Silva Barros, R. (2018). Vídeo-automonitoramento com checklist instrucional de integridade de tentativa discreta a crianças com autismo. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 14(1).
- Sarokoff, R. A., & Sturmey, P. (2004). The effects of behavioral skills training on staff implementation of discrete-trial teaching. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37(4), 535-538.
- Sigafoos, J., O'Reilly, M., Cannella, H., Upadhyaya, M., Edrisinha, C., Lancioni, G. E., & Young, D. (2005). Computer-presented video prompting for teaching microwave oven use to three adults with developmental disabilities. *Journal of Behavioral Education*, 14(3), 189-201.
- Silva, W. N., Rocha, A. N. D. C., & Freitas, F. P. M. (2018). Perfil de crianças com transtorno do espectro autista em relação à independência nas atividades de vida diária. *Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial*, 5(2), 71-84.
- Sutherland, J., Carnett, A., van der Meer, L., Waddington, H., Bravo, A., & McLay, L. (2018). Intensive toilet training targeting defecation for a child with Autism Spectrum Disorder. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 5(1), 87-97.
- Vladescu, J.C., Carroli, R., Paden, A., & Kodak, T.M. (2012). The effects of video modeling with voiceover instruction on accurate implementation of discrete-trial instruction. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45, 419-423.
- Wainer, A. L., & Ingersoll, B. R. (2013). Disseminating ASD interventions: A pilot study of a distance learning program for parents and professionals. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 11–24. doi:10.1007/s10803-012-1538-4.

ANEXOS

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal do Pará

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COMO DISPOSTO
NA RESOLUÇÃO CNS 510/16 E NA RESOLUÇÃO CFP 10/2012**

PROJETO: Atendimento e Pesquisa sobre Aprendizagem e Desenvolvimento –
APRENDE

Considerando a escassez de profissionais qualificados para intervenção a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), o treino e consequente ensino via cuidadores tem sido uma metodologia promissora para suprir a crescente demanda de indivíduos diagnosticados com atraso no desenvolvimento, especialmente aqueles com TEA. O objetivo desse estudo é desenvolver e avaliar o efeito de um pacote de ensino sobre a precisão de aplicação de programas de Atividades de Vida Diária (Treino de Escovação de dentes e Preparo de sanduíche) por cuidadores de crianças com Transtorno do Espectro Autista. O pacote de ensino será composto por: Instruções escritas, Videomodelação instrucional, Automonitoramento via *checklist* e Feedback.

O procedimento utilizado será essencialmente composto pela apresentação de instruções escritas aos pais, acesso a vídeos instrucionais e Automonitoramento via *checklist* e uma fase, caso seja necessária, de Feedback remediativo.

As sessões serão gravadas para melhor apreciação dos resultados. Os vídeos gerados das sessões poderão ser apresentados em congressos ou palestras, porém isto só ocorrerá com a permissão prévia dos participantes da pesquisa.

O sigilo sobre a identidade do participante no estudo será garantido. Os resultados finais serão apresentados aos participantes e posteriormente poderão ser divulgados por meio de apresentações em congressos, trabalhos acadêmicos e/ou publicações em periódicos. Na divulgação dos resultados, os participantes não serão identificados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Resolução Nº466/2012 e 510/2016 será elaborado em duas vias, uma que deverá ser retirado pelo participante da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador. A via que será entregue ao participante estará devidamente assinada pela pesquisadora.

Se, por qualquer motivo, o participante desejar interromper sua participação no estudo, ele poderá fazer isto a qualquer momento, bastando comunicar esta intenção aos pesquisadores.

Os riscos envolvidos são mínimos e equivalentes ao nível de risco ao qual o participante se expõe cotidianamente em casa, no trabalho, na locomoção urbana, etc. Como medida de prevenção aos riscos, ressaltamos que diante da situação da pandemia da COVID-19, todas as medidas de segurança necessárias serão tomadas caso seja necessário o contato presencial com os participantes, como o uso da máscara de proteção, higienização das mãos, objetos, superfícies, brinquedos etc.

Como benefícios da participação da criança no presente estudo, referem-se à exposição às atividades que estimulam habilidades importantes para área de interação, comunicação (linguagem), aprendizagem e habilidades de vida diária. E para o cuidador como benefício do estudo, será a aprendizagem de procedimento de ensino baseado na Análise do Comportamento Aplicada para auxiliar o desenvolvimento e a aprendizagem de seu filho (a).

Gostaríamos de contar com sua participação e colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa. Caso você concorde em participar desta primeira etapa, preencha o termo de consentimento abaixo.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo você pode entrar em contato com o comitê de ética da UFPA - Núcleo de Medicina Tropical (NMT) localizado na Av. Generalíssimo Deodoro, 92, bairro Umarizal, primeiro andar, CEP: 66055-240, ou ainda pelo fone 3201-0961, e-mail cepbel@ufpa.br.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome: Sayori Vasconcelos Wu

Endereço: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento (Prédio 1 do NTPC), sala 02
Universidade Federal do Pará

Fone: (91) 985660654 ou correio eletrônico: sayori.wu@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações apresentadas acima, que estou esclarecido (a) sobre a pesquisa que será realizada, de seus riscos e benefícios, e da gravação/filmagem das sessões. Declaro que é por minha livre vontade que eu concordo em participar da presente pesquisa.

Belém, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante (Cuidador)

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações apresentadas acima, que estou esclarecido (a) sobre a pesquisa que será realizada e de seus riscos e benefícios, e da gravação/filmagem das sessões. Declaro que na condição de responsável pela criança _____, é por minha livre vontade que eu o (a) autorizo a participar da presente pesquisa.

Belém, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Responsável pela Criança

ANEXO 2 – Instruções Escritas

Baseado no modelo de Programas de Intervenção de Barboza (2015).

			
PROGRAMA: Escovar os dentes			
Objetivo geral: Ensinar a criança a escovar os dentes			
Tipo de resposta: Motora			
Materiais: Escova de dentes, creme dental, pia, espelho e itens de preferência da criança.			
Registro:	⊕	+	-
	Para respostas corretas sem ajuda (independentes)	Para respostas com ajuda	Para respostas incorretas
Procedimento Geral:			
Estímulo Antecedente	Resposta	Consequência	
“Pegue a escova”	Pegar a escova	Elogios ou cócegas	
“Coloque o creme dental”	Colocar o creme	Elogios ou cócegas	
“Escove a parte de cima”	Escovar em cima	Elogios ou cócegas	
“Escove embaixo”	Escovar embaixo	Elogios ou cócegas	
“Escove os lados”	Escovar dos lados	Elogios ou cócegas	
Dê a instrução “Escove a frente”	Escovar a frente	Elogios ou cócegas	
“Escove a língua”	Escovar a língua	Elogios ou cócegas	
“Limpe a boca”	Enxaguar da boca	Elogios ou cócegas	
“Limpe a escova”	Limpar a escova	Elogios ou cócegas	
“Guarde a escova”	Guardar a escova	Elogios, cócegas, beijos, abraços ou itens de preferencia	
- Para a realização do treino você deverá dividir a habilidade em pequenas etapas; - Inicialmente você deverá solicitar para seu filho que realize a atividade “Filho (a), vamos escovar os dentes”, em seguida você deverá aguardar alguns segundos para a criança responder, e dar a instrução da primeira etapa da habilidade “Pegue a escova”, caso a criança responda adequadamente, você deve dar uma consequência social (ex.: “isso! Muito bem!”, “parabéns!”, “você fez!” e passar para a próxima etapa “agora, coloque a creme dental”, e assim por diante; - Caso a criança NÃO responda de maneira adequada, você deverá dar ajuda para que a criança realize aquela etapa, e em seguinte passar para a próxima etapa.			
Observações:			
- As instruções devem ser sempre o mais diretas e claras possíveis; - Você deve tornar a atividade o mais prazerosa possível, então faça desse momento o mais divertido possível! - Você pode utilizar recursos que a criança gosta para decorar o ambiente; - Os materiais utilizados podem ser de personagens, cores etc., que a criança tenha interesse; - Durante cada etapa você pode cantar músicas enquanto a criança realiza a resposta. Ao concluir as etapas você pode fazer cócegas, dar beijos, elogiar bastante etc.			

Cuidador(a):	Avaliador(a):		44
Data de Aplicação:			
Etapa:			
Resultado:			
1. Aguardou até 3 segundos após a instrução? – (Dar a instrução até 2 vezes)		Pegue a escova	
		Passe o creme dental	
		Escove a parte de cima	
		Escove a parte de baixo	
		Escove os lados	
		Escove a frente	
		Limpe a boca	
2. Cuidador obteve atenção da criança? – (Garantiu que a criança estava atenta ou estabelecendo contato visual antes de dar o comando?)		Pegue a escova	
		Passe o creme dental	
		Escove a parte de cima	
		Escove a parte de baixo	
		Escove os lados	
		Escove a frente	
		Limpe a boca	

3. Apresentou o antecedente corretamente? – (Falou a instrução de maneira clara e objetiva?)	Pegue a escova
	Passe o creme dental
	Escove a parte de cima
	Escove a parte de baixo
	Escove os lados
	Escove a frente
	Limpe a boca
4. Aguardou até 3 segundos após a instrução? – (Dar a instrução até 2 vezes)	Pegue a escova
	Passe o creme dental
	Escove a parte de cima
	Escove a parte de baixo
	Escove os lados
	Escove a frente
	Limpe a boca

SE A CRIANÇA RESPONDER CORRETAMENTE		
5a. Cuidador elogiou e/ou parabenizou a criança após ela ter seguido a instrução – (o reforço deve acontecer em até 2s).		Pegue a escova
		Passe o creme dental
		Escove a parte de cima
		Escove a parte de baixo
		Escove os lados
		Escove a frente
		Limpe a boca
6a. Cuidador passou para a próxima etapa.		Pegue a escova
		Passe o creme dental
		Escove a parte de cima
		Escove a parte de baixo
		Escove os lados
		Escove a frente
		Limpe a boca

SE A CRIANÇA RESPONDER INCORRETAMENTE		
5b. O cuidador forneceu a ajuda necessária para criança - 3seg entre as ajudas. (A sequência de prompts de ajuda vai depender do repertório da criança).- deu ajuda em até 3 segundos		Pegue a escova
		Passe o creme dental
		Escove a parte de cima
		Escove a parte de baixo
		Escove os lados
		Escove a frente
		Limpe a boca
6b. Após a criança responder corretamente COM ajuda, o cuidador elogiou a criança – O elogio deve acontecer em até 2s.		Pegue a escova
		Passe o creme dental
		Escove a parte de cima
		Escove a parte de baixo
		Escove os lados
		Escove a frente
		Limpe a boca
7b. Cuidador passou para a próxima etapa.		Pegue a escova
		Passe o creme dental
		Escove a parte de cima
		Escove a parte de baixo
		Escove os lados
		Escove a frente
		Limpe a boca

ANEXO 4 – Checklist (Preparo de sanduíche)

Cuidador(a):	Avaliador(a):	
Data de Aplicação:		
Etapa:		
Resultado:		
1. Aguardou até 3 segundos após a instrução? – (Dar a instrução até 2 vezes)		Pegue o pão
		Passe a manteiga
		Coloque o queijo
		Coloque o presunto
		Feche o pão
2. Cuidador obteve atenção da criança? – (Garantiu que a criança estava atenta ou estabelecendo contato visual antes de dar o comando?)		Pegue o pão
		Passe a manteiga
		Coloque o queijo
		Coloque o presunto
		Feche o pão

3. Apresentou o antecedente corretamente? – (Falou a instrução de maneira clara e objetiva?)	<table><tr><td>Pegue o pão</td></tr><tr><td>Passe a manteiga</td></tr><tr><td>Coloque o queijo</td></tr><tr><td>Coloque o presunto</td></tr><tr><td>Feche o pão</td></tr></table>	Pegue o pão	Passe a manteiga	Coloque o queijo	Coloque o presunto	Feche o pão
Pegue o pão						
Passe a manteiga						
Coloque o queijo						
Coloque o presunto						
Feche o pão						
4. Aguardou até 3 segundos após a instrução? – (Dar a instrução até 2 vezes)	<table><tr><td>Pegue o pão</td></tr><tr><td>Passe a manteiga</td></tr><tr><td>Coloque o queijo</td></tr><tr><td>Coloque o presunto</td></tr><tr><td>Feche o pão</td></tr></table>	Pegue o pão	Passe a manteiga	Coloque o queijo	Coloque o presunto	Feche o pão
Pegue o pão						
Passe a manteiga						
Coloque o queijo						
Coloque o presunto						
Feche o pão						

SE A CRIANÇA RESPONDER CORRETAMENTE		
5a. Cuidador elogiou e/ou parabenizou a criança após ela ter seguido a instrução – (o reforço deve acontecer em até 2s).		Pegue o pão
		Passe a manteiga
		Coloque o queijo
		Coloque o presunto
		Feche o pão
6a. Cuidador passou para a próxima etapa.		Pegue o pão
		Passe a manteiga
		Coloque o queijo
		Coloque o presunto
		Feche o pão

SE A CRIANÇA RESPONDER INCORRETAMENTE		
5b. O cuidador forneceu a ajuda necessária para criança - 3seg entre as ajudas. (A sequência de prompts de ajuda vai depender do repertório da criança).- deu ajuda em até 3 segundos		Pegue o pão
		Passe a manteiga
		Coloque o queijo
		Coloque o presunto
		Feche o pão
6b. Após a criança responder corretamente COM ajuda, o cuidador elogiou a criança – O elogio deve acontecer em até 2s.		Pegue o pão
		Passe a manteiga
		Coloque o queijo
		Coloque o presunto
		Feche o pão
7b. Cuidador passou para a próxima etapa.		Pegue o pão
		Passe a manteiga
		Coloque o queijo
		Coloque o presunto
		Feche o pão

ANEXO 5 – Questionário de Validação Social

Treino de cuidadores para aplicação de programas de Habilidades de Vida Diária

Questionário de validação social

Nome do pai/cuidador:

Data:

Nome da criança:

1. Considero que o conteúdo abordado neste pacote de treinamento pode me auxiliar a ampliar o ensino de outras Habilidades de Vida Diária para o meu filho.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

2. O sistema de treinamento foi eficaz para conduzir o procedimento de ensino das habilidades treinadas.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

3. O conteúdo foi abordado de forma clara e didática.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

4. O sistema de treinamento foi exibido adequadamente (Sem interrupções ou defeitos no material).

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

5. Eu indicaria para que outros pais realizassem este pacote de treinamento.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

6. Sugestões ou comentários que você teria para que possamos modificar ou melhorar este pacote de treinamento no futuro.

--