

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA DO COMPORTAMENTO
DESVIANTE E DA JUSTIÇA.

**TRIPLO P LIFESTYLE EM GRUPO: EFEITOS NA PERCEÇÃO DAS
PRÁTICAS PARENTAIS RELATIVAS À ALIMENTAÇÃO E À ATIVIDADE
FÍSICA**

Sara Isabel Gomes Basto

M

2020



**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade do Porto**

**TRIPLO P LIFESTYLE EM GRUPO: EFEITOS NA PERCEÇÃO DAS
PRÁTICAS PARENTAIS RELATIVAS À ALIMENTAÇÃO E À ATIVIDADE
FÍSICA**

Sara Isabel Gomes Basto

setembro 2020

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Professora Doutora *Orlanda Cruz* e
coorientada pela Doutora *Catarina Canário*.

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Teço um especial agradecimento à Professora Doutora Orlanda Cruz, pela orientação e indicações ao longo deste trabalho; À Doutora Catarina Canário, pela coorientação e revisões efetuadas.

A toda a equipa do Lifestyle Triplo P e aos participantes deste estudo, pois sem estes contributos todo o trabalho que se apresenta não seria possível.

Ao meu pai pelo apoio e paciência, à minha mãe pela calma e sensatez das palavras, ao meu irmão Pedro e à garra que ele me transmite, à minha irmã Raquel e à saudade que eu sinto.

Ao Miguel, meu companheiro: por saber sempre como manter os meus pés bem firmes na terra em tempos de dúvida e por me fazer acreditar no meu trabalho e capacidades.

À Vera, ao Filipe, à Vera, ao Ricardo, à Teresa, à Paula, ao João, à Su, à Rita, ao Norberto, à Márcia e ao Rogério, por todos os anos de amizade que passaram e por todos aqueles que estão por vir! Aos seus pequeninos: Tomás, Clara, Leonor, Maria João e ao Eduardo.

À Sara, minha parceira: pela amizade e sensatez, pela força das palavras: por tudo!

À Catarina, Cátia, João, Sofia, Nini, Vera, Teresa, por todos os momentos no pátio da faculdade. Por todos os desabafos, suporte, risadas, amizade, carinho e apoio! Por nunca me deixarem desistir. E por todos nós alcançarmos, finalmente, o nosso objetivo!

À Débora, minha companheira de tese, que nunca me deixou baixar os braços e que se revelou uma peça essencial para a conclusão de todo este trabalho.

A todas as pessoas que, de alguma forma, me acompanharam: obrigada!

Resumo

O presente estudo tem como objetivo avaliar a eficácia do programa Triplo P Lifestyle em Grupo (TPLG), com uma amostra portuguesa de pais de crianças de idade escolar com excesso de peso/obesidade, seguidas na Consulta de Alterações Nutricionais do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN). Especificamente, foram avaliados os efeitos na perceção das práticas parentais relativas à alimentação e à atividade física.

Este estudo integra-se num projeto de investigação mais amplo designado “Intervenção no excesso de peso e na obesidade infantil: eficácia de um programa para pais enquanto agentes de mudança” que está a ser desenvolvido na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. O desenho metodológico deste projeto consiste num Ensaio Clínico Randomizado. O objetivo da intervenção TPLG é reduzir o risco de problemas crónicos das crianças e aumentar as capacidades e a confiança dos pais na gestão dos comportamentos das crianças relacionados com o peso. Foca-se em três importantes domínios: alimentação, atividade física e parentalidade positiva. Os participantes (n=43) foram alocados aleatoriamente em dois grupos: grupo de intervenção e grupo de controlo. Os grupos preencheram um protocolo de avaliação em dois momentos temporais correspondentes ao antes e após a intervenção (M1 e M2). Os instrumentos utilizados são um questionário de caracterização sociofamiliar, o Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (versão portuguesa) e o Physical Activity Parenting Practices (versão portuguesa). O grupo de controlo, no pós intervenção, reportou uma diminuição estatisticamente significativa da dimensão Comida como recompensa e um aumento estatisticamente significativo da dimensão Monitorização. No grupo de intervenção, não foram encontradas diferenças significativas dos valores médios das variáveis no M2, nas dimensões da Monitorização, Regulação emocional, Envolvimento, Restrição, Pressão para comer, Comida como recompensa, Modelagem, Preocupação pela segurança e Controlo psicológico. Porém, foi observado um efeito de magnitude grande e de poder observado alto na dimensão Tempo de ecrã. Nas dimensões Controlo da criança, Promoção da alimentação saudável e Envolvimento e estrutura, foi obtido um poder observado baixo. Os resultados analisados revelaram indícios do potencial que o TPLG poderá ter junto da população portuguesa, no entanto, estudos futuros com um tamanho da amostra maior são fundamentais para que sejam conduzidas avaliações com maior robustez.

Palavras Chave: Sistema Triplo P – Programa de Parentalidade Positiva; Triplo P Lifestyle em Grupo, Práticas Parentais relativas à Alimentação; Práticas Parentais relativas à Atividade física; Obesidade Infantil; Excesso de peso.

Abstract

This study aims to evaluate the effectiveness of the Group Lifestyle Triple P Program (GLTP), with a Portuguese sample of parents of overweight / obese school-age children, followed by the Consultation on Nutritional Changes at Centro Materno Infantil do Norte (CMIN). Specifically, the effects on the perception of parental practices related to food and physical activity were evaluated.

This study is part of a larger research project called “Intervention in overweight and childhood obesity: effectiveness of a program for parents as agents of change” that is being developed at the Faculty of Psychology and Educational Sciences of the University from Porto. The methodological design of this project consists of a Randomized Clinical Trial.

The aim of the GLTP intervention is to reduce the risk of children's chronic problems and to increase parents' capacities and confidence in managing children's weight-related behaviors. It focuses on three important domains: food, physical activity and positive parenting. Participants (n = 43) were randomly allocated to two groups: intervention group and control group. The groups completed an assessment protocol at two time points corresponding to before and after the intervention (M1 and M2). The instruments used were a social-family questionnaire, the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (Portuguese version) and the Physical Activity Parenting Practices (Portuguese version).

The control group, in the post-intervention, reported a statistically significant decrease in the Food as a reward dimension and a statistically significant increase in the Monitoring dimension. In the intervention group, no significant differences were found at the mean values of the variables in M2, in the dimensions of Monitoring, Emotional Regulation, Involvement, Restriction, Pressure to eat, Food as a reward, Modeling, Concern for safety and Psychological control. However, a large magnitude and high observed power effect was observed in the Screen Time dimension. Regarding the dimensions Child control, Promotion of healthy eating and Involvement and structure, a low observed power was obtained. The analyzed results revealed evidence of the potential that GLTP might obtain among the Portuguese population, however, future studies with a larger sample size are essential for a more robust assessment.

Key words: Triple P, Positive Parenting; Parental practices; Childhood obesity; Excess weight.

Índice

Introdução.....	1
1 Fatores associados ao excesso de peso/obesidade infantil.....	2
2 Estilos Parentais relativos à alimentação.....	4
3 Estilos Parentais relativos à atividade física vs. sedentária.....	6
4 Intervir na parentalidade.....	7
5 Objetivos e Hipóteses.....	10
Método.....	10
1 Participantes.....	11
2 Instrumentos.....	15
2.1 Questionário de caracterização sócio familiar.....	15
2.2 Questionário de práticas parentais na alimentação	16
2.2.1 Análise de consistência interna.....	17
2.3 Questionário de práticas parentais de atividade física.....	18
2.3.1 Análise de consistência interna.....	19
3 Procedimento.....	19
4 Intervenção: O programa Triplo P Lifestyle em grupo.....	20
5 Plano analítico.....	22
Resultados.....	23
Discussão.....	40
Conclusão.....	43
Referências.....	44
Anexos	
Índice de figuras e tabelas.	
Figura 1 – O modelo ecológico dos Seis C’s.....	2

Figura 2 - Fluxograma dos participantes.....	11
Figura 3 - Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala Monitorização.....	30
Figura 4 - Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala Regulação emocional.	30
Figura 5 - Resultados pré intervenção e pós intervenção da subescala Comida como recompensa.....	31
Figura 6 - Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala Controlo da Criança.....	31
Figura 7 - Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala Modelagem.....	32
Figura 8 - Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala Promoção da alimentação saudável	32
Figura 9 - Resultados pré intervenção e pós intervenção da subescala Envolvimento.....	33
Figura 10 - Resultados pré intervenção e pós intervenção da subescala Restrição.....	33
Figura 11 - Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala Pressão para comer.....	34
Figura 12 - Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala Envolvimento e estrutura.....	37
Figura 13 - Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala tempo de ecrã.....	37
Figura 14 - Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala Controlo psicológico.....	38
Figura 15 - Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala Preocupação pela segurança.....	38

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas.....	13
Tabela 2 - Valores de alpha de Cronbach das dimensões do QPPA e do CFPQ.....	17
Tabela 3 - Valores de alpha de Cronbach das escalas e fatores do QPPAF e PPAPP.....	19
Tabela 4 – Breve descrição das sessões Lifestyle Triplo P.....	21
Tabela 5 - Resultados descritivos de médias (M) desvios Padrão (DP) e de assimetria e curtose para as variáveis dependentes do grupo de intervenção.....	24
Tabela 6 - Resultados descritivos de Médias (M) Desvios Padrão (DP) e de Assimetria e Curtose para as variáveis dependentes do grupo de controle.....	25
Tabela 7 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QPPA nos dois grupos em M1 e M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	26
Tabela 8 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QPPAF nos dois grupos em M1 e M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	27
Tabela 9 - Valores de significância e de tamanho do efeito univariado do Tempo, nos grupos, para o QPPA	35
Tabela 10 – Valores de significância e de tamanho do efeito univariado do Tempo, nos grupos, para o QPPAF.....	39

Índice de abreviaturas

CFPQ- Comprehensive Feeding Practices Questionnaire

COSI-Childhood Obesity Surveillance Initiative

ECR- Ensaio Clínico randomizado

IMC- Índice de massa corporal

TPLG – Triplo P Lifestyle em Grupo

QPPA - Questionário de Práticas Parentais de Alimentação

QPPAF – Questionário de Práticas Parentais de Atividade Física

Introdução

O relatório COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) Portugal 2016 mostra os riscos associados ao excesso de peso e à obesidade infantil, assim como alerta para a maior probabilidade de as crianças obesas enfrentarem morte prematura e problemas de saúde na vida adulta. A obesidade infantil é apresentada como uma doença multifatorial que abarca um vasto leque de debilidades de saúde e sociais (Rito, Sousa, Mendes, & Graça, 2017). O excesso de peso e a obesidade também aparecem associados a uma menor qualidade de vida e a um maior risco de *bullying* e de isolamento social, que se refletem negativamente na saúde mental das crianças (Goes et al., 2015).

O fenómeno da obesidade e do excesso de peso tem sido alvo da atenção dos órgãos governamentais, sendo encarado como uma questão de saúde pública e uma fonte de despesa para os sistemas de saúde (Ministério da Saúde, 2018). Numa lógica preventiva, as faixas etárias mais jovens merecem particular atenção, tendo em conta que uma alteração dos seus estilos de vida poderá condicionar positivamente a sua saúde individual.

A obesidade é um produto de hábitos de vida sedentários e de uma alimentação rica em calorias maioritariamente provenientes de açúcar e gordura (Ministério da Saúde, 2018). Assim, para além de uma patologia por si só, a obesidade constitui um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crónicas. As crianças com excesso de peso e obesidade tendem a permanecer obesas na idade adulta e são mais propensas a desenvolver doenças como a diabetes e doenças cardiovasculares, numa idade mais jovem (World Health Organization, 2019).

A análise longitudinal efetuada em Portugal entre 2008 e 2019 mostra que “de 2008 para 2019 há uma redução de 8.3% na prevalência de excesso de peso infantil (37.9% para 29.6%) e de obesidade infantil de 15.3% em 2008 para 12.0% (menos 3.3%) em 2019”, sendo que o COSI Portugal 2019 avaliou 7210 crianças de 228 escolas do 1º ciclo do ensino básico (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019). Apesar de nos encontrarmos num período de reversão da tendência, os valores de prevalência permanecem elevados. Continua, portanto, a ser necessário implementar medidas que reforcem esta inversão.

1. Fatores associados ao excesso de peso/obesidade infantil

A obesidade infantil tem na sua origem um conjunto bastante complexo de fatores, nomeadamente genéticos e ambientais (Ramos & Barros, 2007).

O modelo ecológico de desenvolvimento dos Seis-C's (a célula, a criança, família [clan], a comunidade, o país [country] e a cultura) apresenta de forma exaustiva os fatores associados ao excesso de peso/obesidade na criança e no adolescente (Harrison et al., 2011). À semelhança do modelo bioecológico de Bronfenbrenner, o modelo dos Seis-C's apresenta seis níveis de fatores organizados de forma concêntrica, do mais proximal para o mais distal. No centro encontra-se a célula (fatores genéticos), a que se seguem as características da criança, da família, da comunidade, do país e da cultura.

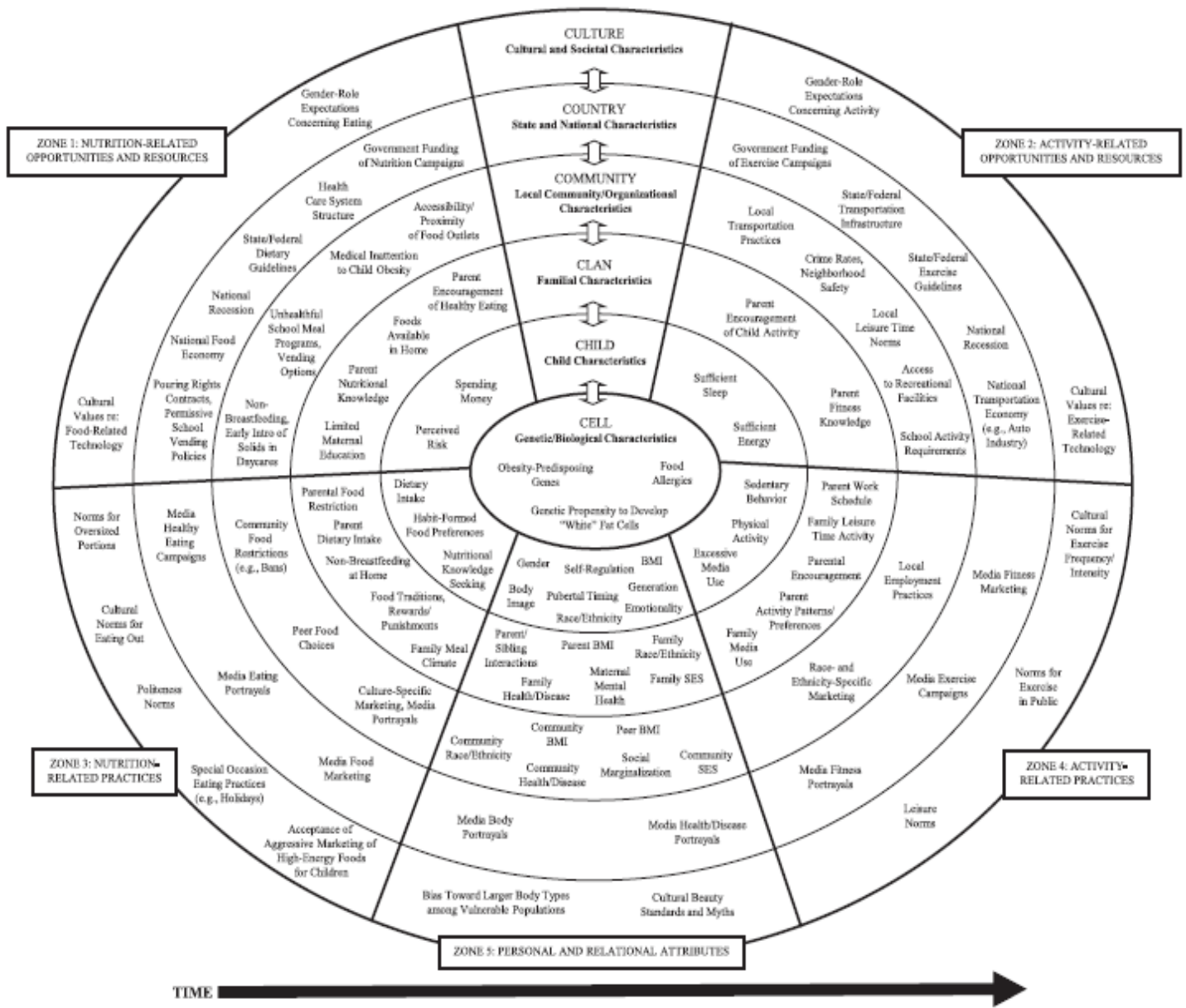


Figure 1 – O modelo ecológico dos Seis C's (Harrison et al., 2011, p.51)

As características que podemos observar na Fig.1 estão organizadas por cinco zonas: oportunidades e recursos relacionados com a nutrição (zona 1) onde é possível observar os fatores relacionados com o encorajamento parental para uma alimentação saudável, a comida que está disponível em casa, o conhecimento dos pais sobre nutrição, o tipo de comida que é servida nas escolas, questões governamentais sobre a estrutura do sistema de saúde vigente, o apoio governamental para campanhas de nutrição; nas oportunidades e recursos relacionados com a atividade física (zona 2) estão contemplados os fatores relacionados com as horas de sono da criança, o encorajamento dos pais para a prática de atividade física, o conhecimento dos progenitores sobre atividade física, as práticas de transporte locais, a segurança e o nível de criminalidade na vizinhança, o apoio governamental para campanhas sobre atividade física e as expectativas de género face à prática de atividade física; a zona seguinte é referente às práticas relacionadas com a nutrição (zona 3), sendo que estão presentes os fatores relacionados com a dieta da criança (o que ingere), as restrições dos pais perante a comida, as tradições que envolvem comida, as recompensas e punições que envolvem comida, o ambiente durante as refeições familiares, as restrições na comunidade para a obtenção de certos alimentos, o papel dos media na publicidade de alimentos saudáveis, o tipo de alimentos que são publicitados (no geral), as normas culturais referentes ao tamanho das porções ingeridas e as práticas alimentares referentes a ocasiões especiais; seguidamente, observamos as práticas relacionadas com a atividade física (zona 4), sendo os fatores apresentados referentes ao comportamento sedentário, à atividade física, ao uso excessivo de media (televisão, videojogos), ao encorajamento parental, aos horários de trabalho dos pais, ao tempo de lazer da família, às preferências dos pais quanto à atividade física, ao papel dos *media* nas campanhas de exercício físico, às normas culturais para o exercício (intensidade e frequência), às normas para a prática de exercício em público e às normas de lazer; por último, são considerados os atributos pessoais e relacionais (zona 5), como por exemplo, o género, o IMC (índice de massa corporal), a entrada na puberdade, as doenças na família, o IMC dos pais, o tipo de imagem corporal que os media publicitam e os mitos e os padrões de beleza em termos culturais (Harrison et al., 2011).

O modelo dos Seis-C's realça o papel determinante dos pais no comportamento alimentar e na atividade física das crianças. Por exemplo, com determinadas práticas de controlo (pressão para comer, restrição de certos alimentos, uso de alimentos como recompensa) os pais podem promover excessos e maus hábitos alimentares e interferir na capacidade das crianças regularem a sua ingestão de energia (Kiefner, Hoffmann, Zbur, & Musher-

Eizenman, 2016). Desta forma, este modelo enfatiza a necessidade de intervir nos pais, pois estes são os principais responsáveis pelas práticas educativas relativas à alimentação e ao exercício físico e pelos recursos a que a criança tem acesso.

2. Estilos educativos parentais relativos à alimentação

O estilo educativo parental inclui as atitudes, as crenças e os comportamentos dos pais e é considerado uma medida global da parentalidade. Os estilos parentais globais referem-se a aspetos emocionais e relacionais dos pais, e baseiam-se no grau de responsividade e no grau de exigência dos pais face aos seus filhos (Jennings et al., 2019). Os estilos educativos também podem abranger uma ampla gama de domínios parentais mais específicos, incluindo alimentação, atividade física, sono, higiene e educação (Lopez et al., 2018).

As práticas educativas parentais relacionadas com a alimentação são as estratégias comportamentais que os pais empregam durante as refeições e os lanches, e que influenciam diretamente os hábitos alimentares dos seus filhos (Lopez et al., 2018). Os estilos parentais relacionados com a alimentação podem ser vistos como uma subcategoria dos estilos parentais e, portanto, as mesmas dimensões de exigência e capacidade de resposta são aplicadas no contexto da alimentação. Assim, com um estilo de alimentação autoritativo, os pais incentivam ativamente os seus filhos a comerem, mas utilizam comportamentos de apoio e explicam as regras, enquanto, com um estilo de alimentação autoritário, os pais incentivam a alimentação também através de regras, mas de forma rígida e sem explicação ou debate sobre preferências ou escolhas das crianças (Shloim, Edelson, Martin, & Hetherington, 2015). Os pais com um estilo educativo negligente (sem envolvimento) tendem a permitir que os filhos comam o que quiserem, nas quantidades que desejarem (Mayer et al., 2014). Por sua vez, os pais com um estilo alimentar permissivo não impõem regras sobre a alimentação dos seus filhos. As práticas alimentares utilizadas pelos pais autoritários e permissivos podem proporcionar dificuldades, na criança, de regular a sua própria ingestão de alimentos e levar, por exemplo, a comer na ausência de fome (Kiefner-Burmeister et al., 2016).

Um estudo norte-americano, com 171 mães de crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, indicou que as crianças cujos pais usam práticas parentais negativas relativas à alimentação (usar a comida como recompensa, o controlo dado à criança para fazer as suas

escolhas alimentares e usar a comida como regulador de emoções), geralmente são mais propensas a comerem alimentos pouco saudáveis, pois estas práticas encontram-se associadas a comportamentos alimentares negativos tais como o consumo de refrigerantes, doces e *snacks* salgados (Kiefner-Burmeister et al., 2014).

As práticas parentais que estimulam a ingestão de alimentos saudáveis (e também a ser fisicamente ativo) apresentam efeitos positivos para uma alimentação mais saudável nas crianças (Gubbels et al., 2018). Por sua vez, a monitorização é apresentada como uma prática parental relacionada com o decréscimo do consumo de alimentos pouco saudáveis pelas crianças (Haszard et al., 2015).

Um estudo canadiano composto por 31 famílias com 31 pais e 31 mães e 40 crianças em idade pré-escolar, revelou que o envolvimento das crianças na preparação das refeições e o facto de ser proporcionado um ambiente familiar saudável (como a existência de alimentos saudáveis em casa) pelos pais, encontrava-se associado a uma alimentação mais equilibrada (Watterworth et al., 2017).

A educação sobre nutrição inclui a transmissão de informações e a aprendizagem de competências, sendo que esta prática parental auxilia os filhos a fazerem escolhas fundamentadas sobre os alimentos que ingerem. A modelagem (servir de exemplo) inclui comportamentos como ingerir alimentos saudáveis em frente da criança, e demonstrar entusiasmo, mesmo que os alimentos não sejam totalmente prazerosos para os pais. Estas práticas parentais podem auxiliar na internalização de comportamentos e hábitos de alimentação saudáveis (Vaughn et al., 2017).

Quanto à prática parental referente à restrição (para controlo de peso e pela saúde) e à pressão para comer, um estudo realizado no Brasil com 659 participantes, revela que a restrição para controlo do peso, restrição pela saúde e pressão para comer estão associadas ao aumento do peso das crianças e ao consumo de alimentos processados (Mais et al., 2017). Neste mesmo sentido, a revisão da literatura realizada por Loth (2016) indica que as crianças dos 6 aos 9 anos (nos estudos longitudinais), expostas a altos níveis de práticas de restrição alimentar (pela saúde) e pressão para comer, têm maior probabilidade de consumirem bebidas açucaradas e lanches e alimentos com elevadas calorias, em comparação com crianças expostas a níveis mais baixos destas práticas parentais de restrição. No entanto, dados longitudinais reunidos a partir de quatro estudos realizados na Austrália e na Nova Zelândia, mostraram que as mães (723 díades mãe-filho) que restringiam pela saúde a

ingestão de alimentos menos saudáveis aos 20 meses de idade, tinham filhos com um risco significativamente mais baixo de excesso de peso aos 5 anos. Ao mesmo tempo, a pressão para a criança comer mais, aos 20 meses, aparece associada ao aumento do risco de sobrepeso aos 5 anos de idade, resultados que vão de encontro com a literatura existente (Haszard et al., 2018).

3. Estilos educativos parentais relativos à atividade física vs. sedentária.

Um dos principais fatores associados à obesidade é o sedentarismo ou a ausência de atividade física. Tendo em conta que os níveis de atividade física em crianças são influenciados por uma variedade de fatores individuais, sociais e ambientais, os pais desempenham um papel crítico na socialização dos seus filhos para serem fisicamente ativos, através dos seus estilos e práticas educativas parentais (O'Connor, 2014). Um estudo realizado num centro de Atividades de Tempos Livres na zona Norte de Portugal permitiu verificar que os estilos parentais não apareciam associados à atividade física, mas sim à atividade sedentária das crianças. A parentalidade autoritária aparecia associada a menos tempo despendido com atividades sedentárias em meninos e a parentalidade negligente aparecia associada a mais tempo passado em atividades sedentárias nas crianças de ambos os sexos. O nível de escolaridade materna também determinou a relação entre estilos parentais e o sedentarismo. A parentalidade autoritária aparecia associada a menos tempo sedentário em crianças com mães de nível educacional médio, enquanto parentalidade negligente aparecia associada a mais tempo gasto em atividades sedentárias nestas crianças. Estas relações não foram encontradas em filhos de mães com baixa ou alta escolaridade (Pereira & Lopes, 2012). Este estudo sugere ainda diferenças entre os dois sexos, com as raparigas a serem mais sedentárias e os rapazes a apresentarem níveis superiores de atividade física; embora até à idade escolar estas diferenças não sejam tão notórias, acentuam-se com a entrada na adolescência (Pereira & Lopes, 2012).

Na revisão de Lindsay e colaboradores (2018) foram incluídos 16 estudos, sendo que 15 examinaram a associação entre práticas parentais relativas à atividade física e atividade física e/ou sedentária de crianças. Os resultados mostraram que as práticas parentais relativas à atividade física, como o encorajamento verbal ou o apoio motivacional à atividade física da criança, o envolvimento na atividade física com a criança através do apoio logístico ou instrumental (por exemplo, o transporte ou matricular a criança em algum desporto), o

reforço positivo, a monitorização da atividade física e do tempo de ecrã (referente a televisão, videojogos) da criança, e o estabelecimento de limites no tempo de ecrã, estimula as crianças a serem fisicamente mais ativas. Por outro lado, práticas parentais como o uso do controlo psicológico, o estabelecimento de regras e restrições para a atividade física devido às condições meteorológicas (por exemplo, tempo frio) e/ou preocupações de segurança (trânsito, violência, criminalidade), o uso de ações disciplinares que limitam a atividade física da criança (por exemplo, não permitir que a criança brinque fora de casa por causa de um mau comportamento), desencorajam e diminuem a atividade física das crianças e aumentam os comportamentos sedentários (Lindsay et al., 2018).

Os pais determinam o estilo de vida dos seus filhos em grande medida, especialmente nos primeiros anos de vida, sendo que vários estudos demonstraram que o envolvimento da família no tratamento do excesso de peso na infância é uma abordagem eficaz (Gerards et al., 2011).

4. Intervir na parentalidade: o Triplo P Lifestyle em Grupo

Os programas de educação parental têm um potencial considerável para melhorar a saúde mental e o bem-estar das crianças, assim como as relações familiares, beneficiando a comunidade em geral (Sanders, 2008). “A incorporação de programas de educação dos pais pode ser um expoente claro da capacidade de inovação e proatividade dos serviços, coerente com as necessidades e emergências sociais das famílias, favorecendo maior coordenação entre todos os recursos dos serviços sociais e capacitação dos sistemas de qualidade da mesma (Rodrigo et al., 2010, p. 9).

A metanálise de Loveman e colaboradores (2015) reúne 20 ensaios clínicos randomizados, com um total de 3057 participantes. Este estudo demonstra que as intervenções direcionadas para os pais podem ser uma opção de tratamento eficaz para crianças com excesso de peso e/ou obesidade, com idades entre 5 e 11 anos, quando comparadas com grupos de controlo.

Ao abordar a questão do excesso de peso e da obesidade em crianças, torna-se pertinente ter em conta que “os próprios hábitos alimentares e de exercício dos pais, têm uma influência nos hábitos dos filhos. Atendendo que pais e filhos se influenciam mutuamente através dos tipos de comida que ingerem, onde e quando comem, e a sua relação

global com a comida” (Vittrup & McClure, 2018, p. 82). Os autores consideram que uma das causas da obesidade infantil poderá residir no facto de os pais não deterem conhecimentos adequados sobre a nutrição e a saúde dos seus filhos, por exemplo, não saberem ao certo qual é a quantidade de alimentos que uma criança deverá ingerir ao jantar ou quais são os alimentos saudáveis e como os dar às crianças para que recebam a quantidade de nutrientes adequados.

O Triplo P Lifestyle em Grupo (TPLG) é um programa do sistema Triplo P adaptado às preocupações dos pais de crianças com excesso de peso e obesidade. O objetivo do programa é reduzir o risco de problemas crónicos, que podem ser prevenidos, das crianças e aumentar as capacidades e a confiança dos pais na gestão dos comportamentos das crianças relacionados com o peso. Foca-se em três importantes domínios: alimentação, atividade física e parentalidade positiva.

A eficácia do TPLG foi estudada em dois ensaios clínicos randomizados realizados na Austrália e na Holanda. No estudo australiano, participaram 205 pais, sendo que 104 famílias foram excluídas por não cumprirem os critérios de inclusão e 101 famílias participaram efetivamente no estudo. Os pais tinham idades compreendidas entre 25 e 54 anos e as crianças entre 4 e 11 anos. Os resultados evidenciaram uma redução de 0,11 no IMC padronizado das crianças nas primeiras 12 semanas (em comparação com nenhuma mudança nas crianças do grupo controlo) e de 0,08 no ano seguinte (West, Sanders, Cleghorn, & Davies, 2010). A avaliação de seguimento (follow-up) revelou que num terço das famílias as crianças sofreram reduções confiáveis e clinicamente significativas no Z score do IMC, e três crianças atingiram um tamanho corporal saudável. Os autores concluíram que o Triplo P Lifestyle em Grupo parece ser uma opção de tratamento útil e eficaz para pais de crianças com excesso de peso e/ou obesidade com idades compreendidas entre 4 e 11 anos, que se encontram preocupados com o peso dos seus filhos e dispostos a fazerem mudanças no estilo de vida de toda a família.

O estudo holandês integrou 86 tríades de pais, mães e filho(a) com idade entre os 4 e os 8 anos. Os pais da condição de intervenção frequentaram o TPLG ao longo de 14 sessões semanais, sendo 10 sessões de grupo com duração de 90 minutos e 4 sessões telefónicas individuais. Este estudo não mostrou nenhum efeito benéfico da intervenção no IMC padronizado das crianças, circunferência da cintura e dobras cutâneas, em comparação com a condição de controlo, nem imediatamente após a intervenção (4 meses), nem a longo prazo

(12 meses). Foram, contudo, encontrados efeitos a curto prazo, da intervenção, no relato dos pais sobre o consumo de refrigerantes pelas crianças e sobre a responsabilidade parental em relação à atividade física, incentivo a comer alimentos mais saudáveis, menor controlo psicológico e maior perceção de eficácia e satisfação com a parentalidade. Foram também encontrados efeitos, pós intervenção, no relato do tempo gasto pelas crianças em comportamentos sedentários (menor tempo de visualização de televisão e jogos de computador), e maior tempo gasto em brincadeiras no exterior. Tal como relatado pelos pais, a monitorização sobre a ingestão de alimentos pelas crianças e a responsabilidade pela nutrição sofreram efeitos positivos. Não foram encontrados efeitos significativos na composição corpórea das crianças (Gerards et al., 2015).

Em Portugal, a eficácia do TPLG está a ser atualmente estudada no âmbito do projeto de investigação “Intervenção no excesso de peso e na obesidade infantil: eficácia de um programa para pais enquanto agentes de mudança”, desenvolvido na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto e no Centro de Psicologia da Universidade do Porto, com financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (ref. PTDC/ SAU-NUT/30715/2017). Este projeto, cujo acrónimo é *LifeStyle*, tem como objetivo avaliar a eficácia do programa TPLG, quando implementado em pais de crianças com excesso de peso ou obesidade (Canário., Abreu-Lima., Torres., Tavares., Ferreira., Silva-Martins & Cruz, 2020). Foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (ref: 13-10/2016), pela Direção do Centro Hospitalar da Universidade do Porto (ref: 2019.020(017-DEFI/018-CE) e pela Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto (ref: 2018091915006258).

O projeto *LifeStyle* é um estudo experimental com um design de ensaio clínico randomizado, com um grupo de controlo e um grupo de intervenção, sendo os participantes avaliados num vasto conjunto de variáveis antropométricas e comportamentais em três momentos, a saber, M1: pré-teste, M2: pós-teste, e M3: seguimento seis meses após M2.

Com este projeto de investigação espera-se contribuir para construir conhecimento acerca da eficácia do TPLG como instrumento de prevenção secundária no excesso de peso e obesidade infantil e contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde pública e de cuidados de saúde e para a redução dos gastos inerentes a esta situação.

5. Objetivo e hipóteses

O estudo apresentado nesta dissertação integra-se no projeto *Lifestyle* atrás referido e constitui a apresentação preliminar dos primeiros resultados deste projeto, ao nível das práticas educativas parentais. Apesar de o projeto *Lifestyle* contemplar três momentos de avaliação e um vasto conjunto de medidas, no presente estudo serão apenas analisadas as práticas parentais relativas à alimentação e à atividade física, nos dois primeiros momentos de avaliação. O objetivo deste estudo consiste precisamente em verificar se o programa TPLG é eficaz na alteração da perceção das práticas parentais relativas à alimentação e atividade física dos seus filhos. É esperado que, em comparação com o grupo de controlo, os participantes do grupo de intervenção que frequentaram o TPLG reportem um aumento das práticas parentais positivas, nomeadamente um aumento de comportamentos parentais relacionados com a monitorização do comportamento alimentar da criança, encorajamento da ingestão de alimentos saudáveis, envolvimento da criança na preparação das refeições, modelagem de comportamentos de alimentação saudáveis e encorajamento da atividade física. Também se espera encontrar uma diminuição das práticas parentais negativas, designadamente uma redução da utilização da alimentação como forma de regulação emocional, da pressão exercida sobre a criança para que coma, do controlo que a criança tem sobre o que come ou não come, da restrição do comportamento alimentar da criança e de comportamentos parentais que promovem na criança tempo de inatividade física.

Foram definidas duas hipóteses. É esperado que, por comparação com o grupo controlo, a frequência do programa TPLG:

- 1) aumente a perceção dos pais face à adoção de práticas educativas relativas à alimentação consideradas saudáveis e diminua a perceção de práticas educativas consideradas não saudáveis.
- 2) aumente a perceção dos pais face à adoção de práticas educativas relativas à atividade física consideradas saudáveis e diminua a perceção de práticas educativas consideradas não saudáveis.

Método

O desenho metodológico do estudo apresentado nesta dissertação consiste num ensaio clínico randomizado, ou seja, é utilizado um desenho experimental, sendo os participantes distribuídos aleatoriamente por um grupo de intervenção e por um grupo de controlo e avaliados antes da intervenção e após a intervenção. A avaliação de M1 foi

predominantemente realizada por entrevista realizada por assistentes de investigação, enquanto que a avaliação de M2 foi feita através de autopreenchimento dos questionários *on-line* ou por entrevista feita também por assistentes de investigação que, tanto quanto possível, não sabiam quais os participantes que ficaram alocados a cada grupo.

1. Participantes

Os participantes são pais de crianças com excesso de peso ou obesidade acompanhadas no Centro Materno Infantil do Norte, na Consulta de Alterações Nutricionais.

Os critérios de inclusão no estudo são os seguintes: Ser pai, mãe ou tutor da criança, esta ter entre 5 e 10 anos; compreender a Língua Portuguesa; e estar disponível para introduzir mudanças no estilo de vida da sua família e ser contactado pela equipa ao longo de seis meses. Por sua vez, os critérios de exclusão são os seguintes: ser portador de patologia que leve à oscilação do peso, patologia mental ou défice cognitivo. Até à data, e para efeitos da presente dissertação, participaram no projeto 43 famílias.

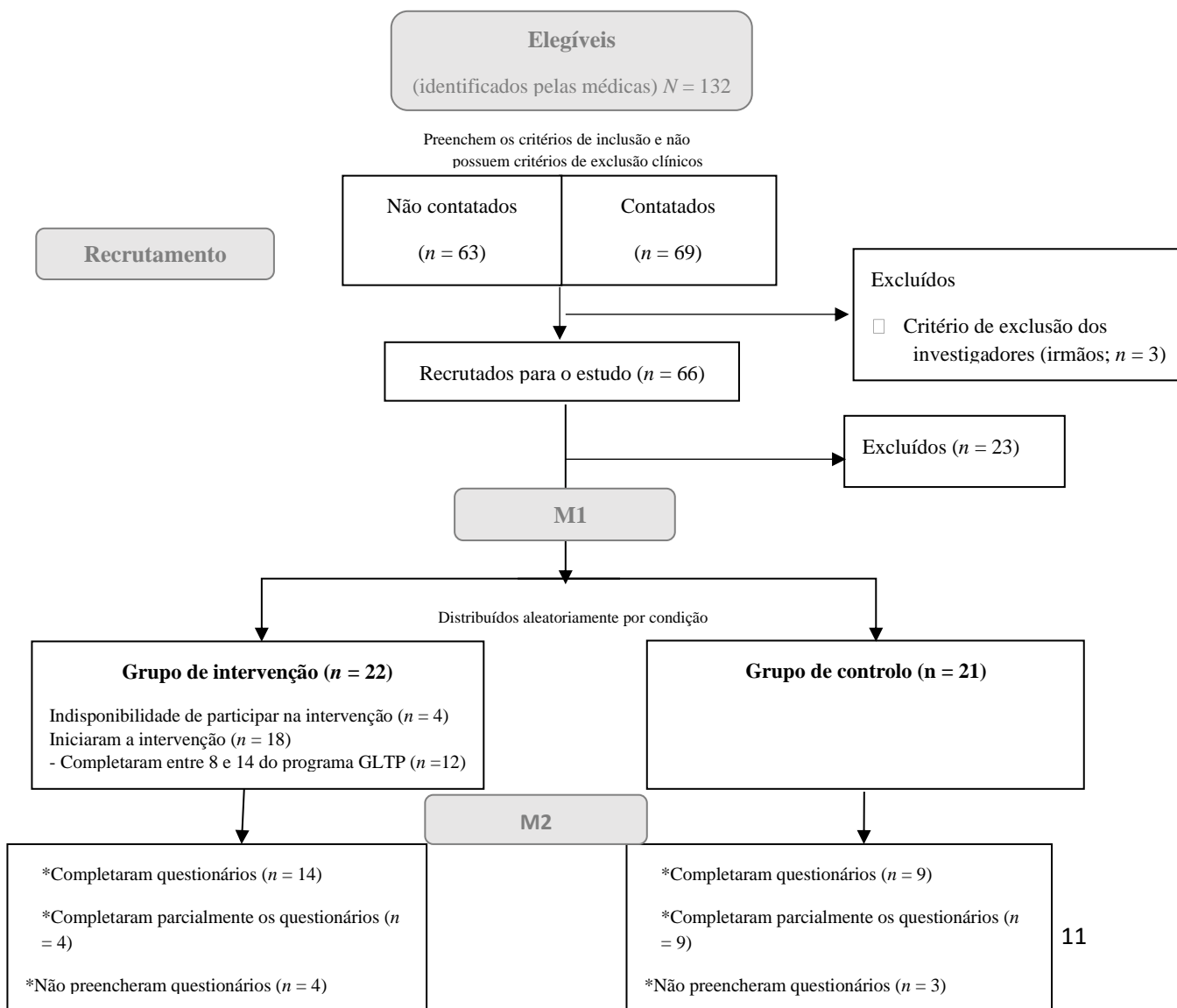


Figura 2 – Fluxograma dos participantes no estudo

Os participantes foram alocados aleatoriamente em dois grupos, aproximadamente metade dos participantes no grupo de intervenção e metade no grupo de controlo. A Figura 2 ilustra o fluxograma dos participantes ao longo do estudo. As características sociodemográficas dos participantes nos dois grupos aparecem sistematizadas na Tabela 1.

Quanto ao parentesco, em relação à criança, no grupo de intervenção maioritariamente são mães, assim como no grupo de controlo. Existem casos de avós em condição de substituto parental, porém, uma minoria.

Os participantes em ambos os grupos tinham uma idade média de 40 anos, e os companheiros/as uma idade média de 41 anos. Em relação às habilitações literárias, tanto no grupo de intervenção como no grupo de controlo a maioria dos pais e dos companheiros dos participantes concluíram o ensino secundário.

A análise referente ao estado civil dos participantes indica que no grupo de intervenção e no grupo de controlo mais de metade dos participantes eram casados (as). Todavia, o grupo de intervenção apresenta um número superior de divorciados (as). O número de uniões de fato, participantes separados e solteiros é semelhante nos dois grupos.

Quanto à tipologia familiar, no grupo de intervenção e no grupo de controlo a maioria das famílias eram biparentais originais. Porém, no grupo de intervenção o número de participantes com famílias reconstituídas era superior ao dos participantes do grupo de controlo. O número de famílias monoparentais era semelhante nos dois grupos. As famílias participantes tinham em média dois filhos.

Relativamente ao meio em que as famílias residem e em ambos os grupos, verifica-se que mais de metade dos participantes residem em meio urbano. O número de residentes em meio semiurbano e rural era semelhante nos dois grupos.

As crianças do grupo de intervenção tinham em média 9 anos de idade, enquanto as crianças do grupo de controlo tinham em média 8 anos.

No que concerne ao sexo das crianças, no grupo de intervenção e no grupo de controlo eram maioritariamente do sexo feminino. A respeito do nível escolar, apenas no grupo de controlo participam duas crianças no ensino pré escolar. No grupo de intervenção,

metade das crianças frequentavam o segundo ciclo de escolaridade. Quanto ao grupo de controlo, a maior percentagem de crianças encontrava-se a frequentar o ensino primário.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes

Caraterísticas sociodemográficas	Grupo de Intervenção (n=22)	Grupo de Controlo (n=21)
<i>Pais</i>		
Idade $M(dp)$	40.14 (5.33)	40.00 (7.31)
Habilitações literárias n (%)		
Ensino primário	0	1 (9.1)
Segundo ciclo do ensino básico	3 (13.6)	2 (9.5)
Terceiro ciclo do ensino básico	6 (27.3)	4 (19)
Ensino secundário	10 (45.5)	12 (57.1)
Ensino superior	3 (13.6)	2 (9.5)
Idades dos companheiros $M(dp)$	41.58 (5.62)	41.00 (8.87)
Habilitações literárias dos companheiros n (%)		
Ensino primário	2 (9.1)	3 (14.3)
Segundo ciclo do ensino básico	3 (13.6)	4 (19)
Terceiro ciclo do ensino básico	5 (22.7)	3 (14.3)
Ensino secundário	11 (50)	9 (42.9)
Ensino superior	1 (4.5)	1 (4.8)
Estado Civil n (%)		

Casado/a	12 (54.5)	13 (61.9)
Em união de fato	4 (18.2)	4 (19.0)
Divorciado/a	4 (18.2)	1 (4.8)
Separado/a	1(4.5)	1 (4.8)
Solteiro/a	1(4.5)	2 (9.5)

Parentesco em relação à criança | n (%)

Mãe	21 (95.5)	18 (85.7)
Pai	0	2 (9.5)
Avó	1 (4.5)	1 (4.8)

Família

Tipologia Familiar | n (%)

Biparental original	13 (59.1)	16 (76.2)
Reconstituída	6 (27.3)	2 (9.5)
Monoparental	3 (13.6)	2 (9.5)
Outra	0	1 (4.8)

Número de filhos n (%)	2.09 (.971)	2.15(1.182)
---------------------------------	-------------	-------------

Crianças

Sexo n (%)

Feminino	12 (54.5)	12 (57.1)
Masculino	10 (45.5)	9 (42.9)

Idade M (DP)	9.18 (1.259)	8.43 (1.469)
-----------------------	--------------	--------------

Meio de residência n (%)		
Urbano	16 (72.7%)	14 (66.7)
Semiurbano	3 (13.6%)	5 (23.8)
Rural	3 (13.6)	2 (9.5)
Nível de escolaridade n (%)		
Pré-escolar	0	2 (9.5)
1º ano	1 (4.5)	1 (4.8)
2º ano	1 (4.5)	4 (19.0)
3º ano	4 (18.2)	5 (23.8)
4º ano	6 (27.3)	5 (23.8)
5º ano	5 (22.7)	3 (14.3)
6º ano	5 (22.7)	1 (4.8)

2. Instrumentos

No presente estudo foi utilizado um questionário de caracterização familiar, um questionário de práticas parentais de alimentação e um questionário de práticas parentais de atividade física.

2.1 Questionário de caracterização sócio familiar

O questionário de caracterização familiar é composto por 22 questões que compreendem a constituição do agregado familiar da criança, zona de residência, habilitações académicas e situação profissional dos pais, se a família já participou num programa de parentalidade, presença de doenças na família e frequência com que foi necessário recorrer a serviços de saúde ou bem-estar, nos últimos quatro meses.

2.2 Questionário de Práticas Parentais de Alimentação

As práticas parentais de alimentação foram avaliadas através do Questionário de Práticas Parentais de Alimentação (QPPA) que é a versão portuguesa do *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire* (CFPQ, Musher-Eizenman & Holub 2007). Este questionário é composto por 42 itens e avalia as seguintes dimensões: Promoção da alimentação saudável (referente ao incentivo de ingestão de alimentos pela criança, a existência de comida saudável ou não em casa o envolvimento das crianças no planeamento e preparação das refeições), Regulação emocional (uso da comida para regular estados emocionais da criança), Modelagem (pais como modelos de alimentação saudável), Monitorização (da ingestão de alimentos menos saudáveis pela criança), Pressão para comer (mais quantidade às refeições), Restrição pela saúde (da ingestão de alimentos menos saudáveis pela criança), Comida como recompensa (pelo comportamento da criança), Controlo da criança (a criança tem o controlo face às suas escolhas alimentares), Restrição para controlo do peso (da ingestão de alimentos) e Ensino da nutrição (utilizando técnicas didáticas). Os respondentes devem indicar, numa escala de 5 pontos, a frequência com que apresentam um determinado comportamento (1: Nunca; 5: Sempre) ou em que medida concordam com determinada afirmação (1: Discordo; 5: Concordo), consoante o conteúdo do item. Exemplos de itens são: 3. Mantém-se atento aos alimentos muito ricos em gordura que o/a seu/sua filho/a come? e 14. A maior parte dos alimentos que tenho em casa são saudáveis.

Num estudo realizado para estudar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do CFPQ com uma amostra da comunidade de pais de crianças em idade escolar, verificou-se que a estrutura fatorial mais adequada inclui nove dimensões, das quais sete são semelhantes às da versão original: Monitoração, Regulação emocional, Comida com recompensa, Controlo da criança, Modelagem, Envolvimento e Pressão para comer. As dimensões da versão original Encorajar variedade e equilíbrio, Ambiente e Ensino da nutrição aparecem intercorrelacionadas e integram uma única dimensão, intitulada Promoção da alimentação saudável na versão portuguesa. Da mesma maneira, as dimensões da versão original Restrição pela saúde e Restrição para controlo de peso aparecem igualmente intercorrelacionadas e são incluídas numa única dimensão, intitulada Restrição na versão portuguesa (Canário, Abreu-Lima, & Cruz, 2020; Santos et al., 2020).

Análise da consistência interna

Foi analisada a consistência interna das nove dimensões no presente estudo, através do cálculo do α de Cronbach, com os dados recolhidos em M1 e em M2. A título comparativo foram calculados os valores de consistência interna das 12 dimensões da versão original do questionário, como tal, os itens 16, 37 e 42 foram igualmente recodificados (ver Tabela 2). Consideramos que a consistência interna é baixa quando os valores de α são inferiores a .70, aceitáveis entre .70 e .80, bons quando superiores a 0.80 (Kline, 2011).

Nas dimensões Monitorização, Regulação emocional, Controlo da Criança, Modelagem, Comida com recompensa, Pressão para comer e Envolvimento foi possível observar a existência de valores de alpha aceitáveis e bons tanto para a versão portuguesa como para a versão de Musher-Eizenman & Holub (2007), nos dois momentos de avaliação. As duas escalas apresentaram valores de alpha de cronbach idênticos.

No entanto, as diferenças entre as escalas residem nas dimensões Restrição e Promoção da alimentação saudável (versão portuguesa) Restrição para controlo do peso, Restrição pela saúde, Ensino da nutrição, Encorajar variedade e equilíbrio, Ambiente (versão original) e são observáveis através da tabela 2. As dimensões da versão portuguesa apresentam valores de consistência interna baixos e aceitáveis nas dimensões que Restrição e Promoção da alimentação saudável. Porém, é observável à direita (nas dimensões do CFPQ) que, embora os valores de alpha da Restrição para controlo do peso (M2), Encorajar variedade e equilíbrio (M2) e Ambiente (M1 e M2) sejam também baixos, a versão portuguesa apresenta em geral valores de consistência interna mais elevados, em comparação com a versão de Musher-Eizenman & Holub (2007),

Tabela 2 – Valores de alpha de Cronbach das dimensões do QPPA e do CFPQ

Dimensões do QPPA	Dimensões do CFPQ		
	M1	M2	
Restrição	.52	.66	
	Restrição para controlo do peso	.57	.67
	Restrição pela saúde	.41	.44

Promoção da alimentação saudável	.68	.70	Ensino da nutrição	-.11	.53
			Encorajar variedade e equilíbrio	.55	.65
			Ambiente	.61	.61

2.3 Questionário de Práticas Parentais de Atividade Física

O Questionário de Práticas Parentais de Atividade Física (QPPAF) é a versão portuguesa, adaptada para pais de crianças de idade escolar, do Preschooler Physical Activity Parenting Practices (PPAPP; O'Connor et al., 2014). O PPAPP é composto por duas escalas que questionam a frequência com que os pais apresentam comportamentos que incentivam (Escala de Encorajamento) ou desincentivam (Escala de Desencorajamento) os filhos a praticar atividades que envolvem gasto calórico. A escala de encorajamento da atividade física inclui 15 itens e avalia o envolvimento dos pais na atividade física dos filhos e a estruturação dessa mesma atividade física. A escala de desencorajamento da atividade física inclui igualmente 15 itens organizados em quatro fatores: Controlo psicológico (5 itens), Restrição por preocupação com a segurança (4 itens), Promoção da inatividade (3 itens) e Tempo de ecrã (3 itens). O Controlo psicológico foi definido como estratégias de manipulação do comportamento da criança para satisfazer as necessidades dos pais (por exemplo não deixar a criança brincar para que não fique suja). A Restrição por preocupação com a segurança da criança está relacionada com o trânsito ou a criminalidade no meio onde residem, por exemplo. A Promoção da inatividade refere-se à promoção de comportamentos sedentários nas crianças. O Tempo de ecrã refere-se à promoção de atividades que envolvem ver televisão ou jogar videojogos por longos períodos (O'Connor et al., 2014).

Todos os itens são avaliados por referência ao último mês, através de uma escala de resposta tipo Likert, que varia entre 1 (Nunca) e 5 (Sempre). No QPPAF foi excluído à partida o item 31 "*Push your child in a stroller instead of letting him/her walk*", do fator Promoção da inatividade, cujo conteúdo se reportava exclusivamente a crianças muito jovens (Anexo 2). Todos os restantes itens foram considerados adequados não só a crianças de idade pré-escolar, como também a crianças de idade escolar.

Num estudo realizado com uma amostra da comunidade de pais de crianças em idade escolar com a versão portuguesa do QPPAF, verificou-se que a estrutura fatorial da Escala de Encorajamento se manteve. Relativamente à Escala de Desencorajamento, em vez dos quatro fatores propostos na versão original, a estrutura fatorial com melhores índices de ajustamento inclui apenas os fatores Controlo psicológico, Preocupação com segurança e Promoção do tempo de ecrã. A retirada do item 31 acima referida inviabilizou o fator de Promoção da Inatividade, já que este ficou apenas com dois itens (Canário, Abreu-Lima & Cruz, 2020; Martins et al., 2020).

Análise de consistência interna

A análise da consistência interna das escalas e fatores do QPPAF foi realizada através do cálculo do alpha de Cronbach com recurso ao programa IBM SPSS Statistics, versão 26.

De uma forma geral, os valores encontrados em M1 e em M2 revelam uma boa consistência interna, com exceção dos valores encontrados na Promoção com a segurança que são baixos (.59 e .26, respetivamente para M1 e M2).

Tabela 3 - Valores de alpha de Cronbach das escalas e fatores do QPPAF

Dimensões	QPPAF	
	M1	M2
Envolvimento e estrutura	.82	.86
Tempo de ecrã	.83	.76
Controlo Psicológico	.85	.83
Preocupação com segurança	.59	.26

3. Procedimento

O recrutamento dos participantes foi feito na Consulta de Alterações Nutricionais do Centro Materno Infantil Norte. As famílias foram inicialmente sinalizadas pelas duas pediatras que realizam o acompanhamento das crianças com excesso de peso/obesidade. Aos pais que manifestaram interesse em frequentar o programa TPLG foi apresentado o projeto, recolhido o consentimento informado e aplicado o protocolo de avaliação relativo a M1.

Os participantes foram então aleatoriamente alocados nos dois grupos, o grupo de intervenção e o grupo de controlo. Ao grupo de intervenção foi aplicada a intervenção usual com o acompanhamento no CMIN mais o preenchimento do protocolo de avaliação e frequência no Triplo P Lifestyle em Grupo. Por sua vez, o grupo de controlo recebeu apenas a intervenção usual (acompanhamento no CMIN). Por questões éticas, será oferecido aos pais do grupo de controlo a possibilidade de frequentarem o programa após o último momento de avaliação (M3).

Até à data e para efeitos do presente estudo, a implementação do programa TPLG foi concluída em dois grupos de pais, dinamizados por dois formadores devidamente formados e acreditados.

4. Intervenção: O programa Triplo P Lifestyle em Grupo

O Triplo P Lifestyle em Grupo é uma modificação do programa de nível 4 Grupo Triple P, adaptado às preocupações e necessidades dos pais de crianças com sobrepeso e obesidade. O objetivo do programa é reduzir o risco de problemas crónicos de peso das crianças, aumentando as habilidades dos pais e a confiança na gestão do comportamento relacionado com o peso das crianças. Foca-se em três dimensões: alimentação, atividade física e parentalidade positiva.

O TPLG dirige-se a pais que têm filhos com idades entre 5 e 10 anos e estão preocupados com o peso e o nível de atividade dos mesmos. Os pais terão de se comprometer com até seis meses de contato regular e estarem dispostos a fazer mudanças no seu estilo de vida e de toda a sua família. O TPLG apresenta tem os seguintes objetivos (Gerards et al., 2012):

- ✓ Melhorar a ingestão alimentar, os níveis de atividade e o estatuto de peso das crianças;
- ✓ Aumentar as habilidades parentais e confiança para gerir o comportamento relacionado com o peso das crianças;
- ✓ Reduzir o uso pelos pais de práticas de disciplina coerciva e permissiva;
- ✓ Melhorar a comunicação dos pais sobre saúde e nutrição;
- ✓ Reduzir o stress dos pais associado à educação de crianças saudáveis.

O programa TPLG é composto por 14 sessões, sendo 10 sessões de 90 minutos realizadas em grupo e quatro sessões de 20 minutos, realizadas individualmente. Apresenta-se na Tabela 4 de forma sucinta a descrição das 14 sessões.

Durante as sessões, são apresentadas aos pais estratégias para encorajar o comportamento e hábitos alimentares saudáveis dos filhos, através da visualização de vídeos, participação em grupos de discussão e role plays e outras atividades práticas.

Tabela 4 – Breve descrição das sessões do programa Triplo P Lifestyle em Grupo

Sessão 1: Preparação para a mudança. Esta sessão aborda o trabalho em grupo, o que significa "excesso de peso", como ele pode ser tratado, a prontidão para a mudança e o acompanhamento.
Sessão 2: Aumentar a autoestima e entender a nutrição. Durante esta sessão, os pais aprendem como aumentar a autoestima dos seus filhos, mudar comportamentos alimentares, os grupos de alimentos, nutrientes, alimentação diária e metas nutricionais.
Sessão 3: Incentivar o comportamento saudável e compreender a atividade física. Durante esta sessão, os pais aprendem a incentivar comportamentos saudáveis, experimentar novos alimentos, a importância da atividade física, como definir metas de atividade física, aumentar a atividade incidental e reduzir a ingestão de açúcar.
Sessão 4: Uso de recompensas e modificação de receitas nutricionais. Esta sessão abrange motivar as crianças a serem saudáveis assim como os diferentes tipos de gorduras existentes e como reduzir a ingestão de gorduras.
Sessão 5: Limitar a atividade sedentária e ler os rótulos dos alimentos. Durante esta sessão, os pais aprendem a reduzir o tempo de televisão e computador, a evitar comportamentos problemáticos e a entender os rótulos dos alimentos.
Sessão 6: Jogar jogos ativos. Esta sessão abrange o aumento do jogo energético.
Sessão 7: Preparação de refeições e lanches saudáveis. Durante esta sessão, os pais aprendem como controlar a fome e os excessos alimentares dos filhos, a preparar alimentos saudáveis e a aumentar o envolvimento no desporto e em outras atividades.
Sessão 8: Gerir o comportamento problemático. Durante esta sessão, os pais aprendem a gerir o comportamento problemático da criança, a desenvolver rotinas parentais e a preparar-se para as sessões telefónicas semanais.
Sessão 9-10: Utilização das estratégias aprendidas ao longo do programa. As consultas individuais permitirão aos pais uma oportunidade para realizarem uma atualização do progresso da sua família, junto do técnico, e discutir qualquer problema que possa ter surgido.

Sessão 11: Planeamento. Durante esta sessão, os pais aprenderão as *dicas de sobrevivência* da família, a lidar com situações de alto risco, atividades planeadas e será feita a preparação das sessões individuais quinzenais.

Sessão 12-13: Uso de atividades planeadas. Tal como nas sessões 9-10, as consultas individuais permitirão aos pais a oportunidade de, mais uma vez, atualizarem o técnico sobre os progressos da sua família e debaterem qualquer problema que possa ter surgido.

Sessão 14: Conclusão do programa. Sessão final do grupo, sendo analisado o progresso, procuradas formas de manter as mudanças saudáveis, planeado o futuro e encerrado o programa.

5. Plano Analítico

Os dados obtidos através dos questionários preenchidos pelos participantes, foram analisados através do programa de análise estatística IBM SPSS *Statistics* para Windows, versão 26.

Foram avaliadas as diferenças nas variáveis dependentes entre os dois grupos através de testes *t* para amostras independentes, no pré intervenção.

Sempre que se encontraram efeitos e interações significativos entre os dois grupos e o M1 e M2, estes foram explorados com recurso a testes Post-hoc Bonferroni.

Para avaliar o efeito da intervenção (grupo de intervenção versus grupo de controlo) nas variáveis dependentes, foram realizadas MANOVAS de medidas repetidas. As análises foram realizadas utilizando cada variável dependente como uma medida intra-sujeitos com dois níveis, correspondendo ao momento pré-intervenção e pós-intervenção. O efeito do grupo (de intervenção ou de controlo) foi avaliado como fator entre-sujeitos.

Quanto aos pressupostos estatísticos, o teste Box-Plot para a homogeneidade da matriz de covariância dos dados atestou que esta não se encontrava verificada na subescala de Monitoração, Regulação das emoções, Controlo da criança, Modelagem, Pressão para comer e Controlo Psicológico. Foi possível observar a presença de *outliers* (valores extremos) nos gráficos, sendo que na análise dos efeitos multivariados destes casos foi considerado o valor de Pillai's Trace ao invés de Wilks' Lambda.

O pressuposto da esfericidade com recurso ao teste de Mauchly, não foi cumprido pois o fator intra-sujeitos conhece apenas dois momentos de avaliação. Tendo em

consideração a violação do pressuposto de esfericidade, $\epsilon > .75$, foi utilizada a correção de Huynh-Feldt.

A utilização de testes paramétricos encontra-se interligada com o fato de estes serem, na sua generalidade, mais robustos quando comparados com os não paramétricos. Foi considerado que o tamanho do grupo de participantes ($n=29$) não seria incapacitante para esta tipologia de análise : foi utilizado o Software G*Power (versão 3.1.9.4) (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) para uma análise *Post hoc*, com um $\alpha = .05$ e poder de $= .95$ que revelou um effect size de $f = 0.54$ para um $n = 29$ (MANOVA de Medidas Repetidas interações intra e inter sujeitos) . Tendo em consideração que $f > 0.25$, devemos assumir uma maior probabilidade de ocorrência do Erro Tipo II.

Pesam também, os resultados da análise da distribuição normal, que foi analisada através do teste Shapiro – Wilk (significância $p < 0.05$), onde foi possível comprovar que as variáveis tinham potencial para serem analisadas através de estatística paramétrica.

Resultados

As tabelas 5 e 6 apresentam os resultados descritivos com as Médias, Desvios-Padrão e valores de Assimetria e Curtose das variáveis *outcome* no grupo de intervenção ($n=16$) e no grupo de controlo ($n=13$), nos dois momentos de avaliação, M1 e M2. São também apresentados os resultados descritivos da análise de variância com as Médias (M) e Desvios-Padrão (DP), valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas QPPA e QPPAF, tendo em consideração as diferenças intra- sujeitos. Seguem-se os resultados das MANOVAS de medidas repetidas com a representação dos efeitos univariados.

O valor do tamanho do efeito, nomeadamente do Eta Quadrado Parcial, foi considerado, segundo Cohen (1988): $.01=$ Efeito pequeno $.06 =$ Efeito moderado; e $.14 =$ Efeito elevado.

Os gráficos abaixo representados ilustram os efeitos da interação entre o tempo e o grupo nas variáveis dependentes.

Tabela 5 - Resultados descritivos de médias (M) desvios Padrão (DP) e de assimetria e curtose para as variáveis dependentes do grupo de intervenção.

Dimensão	M(DP)		Assimetria		Curtose	
	M1 (n=22)	M2(n=16)	M1(n=22)	M2(n=16)	M1(n=22)	M2(n=16)
Monitorização	4.43((0.56)	4.75(0.41)	0.92	1.58	0.31	1.39
Regulação Emocional	1.08(0.25)	1.02(0.08)	3.29	4.00	10.23	16.00
Comida como Recompensa	2.550(.74)	2.83(0.76)	0.21	0.06	-0.34	-0.11
Controlo da criança	1.88(.79)	1.68(0.64)	1.13	1.32	2.00	2.09
Modelagem	4.43(0.71)	4.47(0.76)	-1.12	-1.18	-0.25	-0.10
Promoção da alimentação saudável	4.47(0.44)	4.69(0.38)	-1.26	-1.03	1.19	-0.02
Envolvimento	3.98(0.90)	4.48(0.71)	-0.57	-1.51	-1.01	0.91
Restrição	3.91(0.50)	3.70(0.48)	-0.39	1.01	0.37	1.34
Pressão para comer	2.28(1.01)	2.36(1.02)	0.90	1.20	1.04	1.69
Envolvimento e Estrutura	3.07(0.64)	3.35(0.52)	-0.03	0.08	-0.99	-0.71
Tempo de Ecrã	2.89(0.92)	2.31(0.65)	0.45	0.85	-0.43	-0.53
Controlo Psicológico	1.44(0.85)	1.30(0.40)	3.84	0.97	16.38	-0.59
Preocupação pela segurança	3.12(1.64)	2.90(1.50)	-0.07	0.03	-0.71	-1.54

Tabela 6 - Resultados descritivos de Médias (M) Desvios Padrão (DP) e de Assimetria e Curtose para as variáveis dependentes do grupo de controlo.

Dimensão	<i>M(DP)</i>		Assimetria		Curtose	
	<i>MI</i> (n=21)	<i>M2</i> (n=13)	<i>M</i> (n=21)	<i>M2</i> (n=13)	<i>MI</i> (=21)	<i>M2</i> (n=13)
Monitorização	4.33(0.63)	4.67(0.58)	-0.33	-2.39	1.44	5.91
Regulação Emocional	1.21(0.51)	1.13(0.37)	2.93	3.28	8.40	11.03
Comida como Recompensa	3.16(0.77)	2.72(0.73)	0.18	0.45	-1.09	-1.17
Controlo da criança	1.93(0.63)	1.72(0.51)	1.03	1.17	0.81	2.47
Modelagem	4.32(0.83)	4.54(0.65)	-1.34	-2.03	1.60	4.34
Promoção da alimentação saudável	4.42(0.48)	5.56(0.44)	-0.55	-0.61	-0.52	-1.12
Envolvimento	3.52(0.91)	3.92(0.61)	-0.12	0.40	-1.51	-0.96
Restrição	3.88(0.55)	3.81(0.72)	0.09	-0.32	-1.42	-0.56
Pressão para comer	2.21(0.72)	2.17(0.63)	1.07	-0.39	0.69	-1.09
Envolvimento e Estrutura	3.07(0.38)	3.09(0.55)	0.49	-0.44	1.23	0.27
Tempo de Ecrã	2.85(0.93)	2.59(0.72)	-0.11	0.06	-0.12	-0.03
Controlo Psicológico	1.27(0.27)	1.35(0.82)	0.79	3.28	-0.56	11.28
Preocupação pela segurança	2.92(1.43)	2.67(1.55)	0.33	0.15	-0.17	-1.74

Tabela 7 –Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QPPA nos dois grupos em M1 e M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

Medidas	Grupo de Intervenção (n=16)		Grupo de Controle (n=13)		<i>p</i>	<i>F</i> (gl)	ηp^2	<i>I - β</i>
	M1 <i>M(DP)</i>	M2 <i>M(DP)</i>	M1 <i>M(DP)</i>	M2 <i>M(DP)</i>				
Monitorização	4.45 (0.49)	4.75 (0.41)	4.27 (0.66)	4.67 (0.58)	.632	23 (1,27)	.01	.057
Regulação emocional	1.04 (0.17)	1.02 (0.08)	1.31 (0.63)	1.13 (0.37)	.305	1.09 (1,27)	.04	.172
Comida como recompensa	2.48 (0.73)	2.83 (0.76)	3.26 (0.76)	2.77 (0.73)	.008	8.22 (1,27)	.23	.789
Controlo da criança	1.88 (0.59)	1.68 (0.64)	2.05 (0.55)	1.72 (0.51)	.589	.30 (1,27)	.01	.082
Modelagem	4.41 (0.71)	4.47 (0.76)	4.52 (0.57)	4.54 (0.65)	.858	.03 (1,27)	.00	.053
Promoção da alimentação saudável	4.44 (0.45)	4.69 (0.38)	4.45 (0.48)	4.56 (0.44)	.418	.68 (1,27)	.02	.125
Envolvimento	3.98 (0.99)	4.48 (0.71)	3.90 (0.96)	3.92 (0.61)	.161	2.08 (1,27)	.07	.285
Restrição	3.87 (0.41)	3.70 (0.48)	3.97 (0.58)	3.81 (0.72)	.560	.00 (1,27)	.00	.050
Pressão para comer	2.19 (0.89)	2.36 (1.02)	2.19 (0.78)	2.17 (0.63)	.597	.29 (1,27)	.01	.081

Notas: A coluna *F*(gl) apresenta a estatística univariada da interação Tempo X Grupo

A coluna *I - β* representa o poder observado **I - β* >.50

Tabela 8 – Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QPPAF nos dois grupos em M1 e M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

Medidas	Grupo de Intervenção (n=16)		Grupo de Controlo (n=13)		<i>p</i>	<i>F</i> (gl)	ηp^2	<i>1 - \beta</i>
	M1 <i>M</i> (<i>DP</i>)	M2 <i>M</i> (<i>DP</i>)	M1 <i>M</i> (<i>DP</i>)	M2 <i>M</i> (<i>DP</i>)				
Envolvimento e estrutura	2.96 (0.62)	3.35 (0.52)	3.07 (0.23)	3.09 (0.55)	.067	3.64 (1,27)	.12	.452
Tempo de ecrã	2.96 (1.02)	2.31 (0.65)	2.87 (1.01)	2.59 (0.72)	.241	1.44 (1,27)	.05	.212
Controlo Psicológico	1.48 (0.98)	1.30 (0.40)	1.26 (0.30)	1.35 (0.82)	.455	.57 (1,27)	.02	.113
Preocupação pela segurança	3.25 (1.80)	2.90 (1.50)	2.85 (1.47)	2.67 (1.55)	.665	.19 (1,27)	.01	.071

Notas: A coluna *F* (gl) apresenta a estatística univariada da interação Tempo X Grupo * $p < 0.05$

A coluna $1 - \beta$ representa o poder observado * $1 - \beta > .50$

Análise das diferenças entre os grupos no pré intervenção.

Após a realização de um Teste *t* para mostras independentes, só foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na variável dependente, no período pré intervenção, Comida como recompensa $t(41) = -2.66$, $p = .011$, em que o grupo de controlo ($M = 3.16$, $DP = 0.77$) apresentou uma média superior em comparação com o grupo de intervenção ($M = 2.55$, $DP = 0.74$).

Práticas parentais de alimentação

A análise de medidas repetidas permitiu identificar um efeito multivariado do Tempo na subescala Monitorização Pillai's Trace = .27, $F(6,22) = 10.04$, $p = .004$, $\eta p^2 = .27$, poder observado = .863; Promoção da alimentação saudável, Pillai's Trace = .14, $F(6,22) = 4.46$, $p = .044$, $\eta p^2 = .14$, poder observado = .531; Controlo da criança, Pillai's Trace = .17, $F(6,22) = 5.41$, $p = .028$, $\eta p^2 = .17$, poder observado = .61 e Restrição, Wilk's Lambda = .83, $F(6,22) = 5.36$, $p = .029$, $\eta p^2 = .17$, poder observado = .607. Não foram encontrados efeitos multivariados do Tempo nas subescalas: Regulação emocional, Pillai's Trace = .06, $F(6,22) = 1.74$, $p = .198$; ; Comida como recompensa, Wilk's Lambda = .99, $F(6,22) = .21$, $p = .654$; na subescala Modelagem, Pillai's Trace = .004, $F(8,42) = .12$, $p = .736$; Envolvimento, Wilk's Lambda = .92, $F(6,22) = 2.55$, $p = .122$ e Pressão para comer, Pillai's Trace = .01, $F(6,22) = .18$, $p = .673$.

Efeitos univariados do Tempo foram observados na subescala Monitorização, $F(1,27) = 10.04$, $p = .004$, $\eta p^2 = .27$, poder observado = .863 o que indicou um aumento desta dimensão no grupo de controlo ao longo do tempo; Promoção da alimentação saudável $F(1,27) = 4.5$, $p = .044$, $\eta p^2 = .14$, poder observado = .531, que indicou um aumento desta dimensão ao longo do tempo no grupo de intervenção ; Restrição $F(1,27) = 5.36$, $p = .029$, $\eta p^2 = .17$, poder observado = .607, que demonstra uma diminuição desta dimensão ao longo do tempo. Não se verificou um efeito univariado do tempo nas subescalas: Regulação emocional, $F(1,27) = 1.74$, $p = .198$; Comida como recompensa $F(1,27) = .21$, $p = .654$; Modelagem, $F(1,27) = .12$, $p = .736$; Envolvimento $F(1,27) = 2.55$, $p = .122$ e Pressão para comer, $F(1,27) = .18$, $p = .673$.

Foram observados efeitos multivariados da interação Tempo X Grupo na subescala Comida como Recompensa, Wilk's Lambda = .77, $F(6,22) = 8.22$, $p = .01$, $\eta p^2 = .23$, poder observado = .789. De igual modo, é possível verificar um efeito univariado da interação

Tempo X Grupo na subescala Comida como recompensa $F(1,27) = 8.22, p = .01$, poder observado =.789.

Não foram observados efeitos multivariados da interação Tempo X Grupo nas subescalas Monitorização, Pillai's Trace = .009, $F(6,22) = .234, p = .632$, na Regulação emocional, Pillai's Trace = .04, $F(6,22) = 1.1, p = .305$; Controlo da criança, Pillai's Trace = .11, $F(6,22) = .30, p = .589$; Modelagem, Pillai's Trace = .001, $F(6,22) = .03, p = .858$; Promoção da alimentação saudável, Pillai's Trace = .02, $F(6,22) = .68, p = .418$; Envolvimento, Wilk's Lambda = .93, $F(6,22) = 2.08, p = .161$; Restrição, Wilk's Lambda = 1.00, $F(6,22) = .00, p = .960$, e Pressão para comer, Pillai's Trace = .01, $F(6,22) = .29, p = .597$.

Efeitos univariados da interação Tempo X Grupo não foram encontrados nas subescalas Monitorização, $F(1,27) = .23, p = .632$; Regulação emocional, $F(1,27) = 1.09, p = .3$, poder observado; Controlo da criança, $F(1,27) = .30, p = .589$; Modelagem, $F(1,27) = .03, p = .858$; Promoção da alimentação saudável, $F(1,27) = .68, p = .418$, Envolvimento $F(1,27) = 2.08, p = .160$; Restrição $F(1,27) = .00, p = .960$.

Os testes Post-hoc Bonferroni (nível de significância $p < 0.05$), permitiram observar diferenças na dimensão Monitorização, tendo em consideração que os grupos apresentaram de fato médias mais altas no M2, o grupo de intervenção apresentou valores médios de ($M1 = 4.45, DP = 0.14, M2 = 4.75, DP = 0.12$) e o grupo de controlo ($M1 = 4.27, DP = 0.16; M2 = 4.67, DP = 0.14$), no entanto, e através da representação gráfica (Fig.3) foi possível observar um ganho de 0.40 unidades do grupo de controlo face ao ganho do grupo de intervenção de 0.30 unidades, no M2. Também na dimensão Comida como recompensa, foi possível observar que o grupo de controlo apresenta uma média mais elevada no M1 ($M1 = 3.01, DP = 0.18; M2 = 2.77, DP = 0.21$) em comparação com o grupo de intervenção ($M1 = 2.48, DP = 0.19; M2 = 2.83, DP = 0.19$), na representação gráfica (Fig.5) foi verificável uma diferença de, aproximadamente mais 0.60 unidades do grupo de controlo face ao grupo de intervenção, no pré intervenção. Na dimensão Promoção da alimentação saudável constatou-se que o grupo de intervenção apresentou uma média mais elevada no M2 ($M1 = 4.4, DP = 0.12; M2 = 4.70, DP = 0.10$) em comparação com o M2 do grupo de controlo ($M1 = 4.45, DP = 0.13; M2 = 4.46, DP = 0.11$), a representação gráfica apresentou um aumento de aproximadamente 0.15 unidades no grupo de intervenção, face ao grupo de controlo no

pós intervenção. As dimensões exploradas, apresentaram valores de tamanho do efeito considerados grandes (Cohen, 1988).

Apesar de existirem efeitos univariados e multivariados do fator Tempo na subescala Restrição, sendo que no grupo de intervenção ($M1 = 3.87, DP = 0.12$; $M2 = 3.70, DP = 0.15$) e no grupo de controle ($M1 = 3.97, DP = 0.14$; $M2 = 3.81, DP = 0.17$), o que indica uma diminuição desta dimensão nos dois grupos, analisados os efeitos com teste Post-hoc Bonferroni (nível de significância $p < 0.05$), não se revelaram significativos.

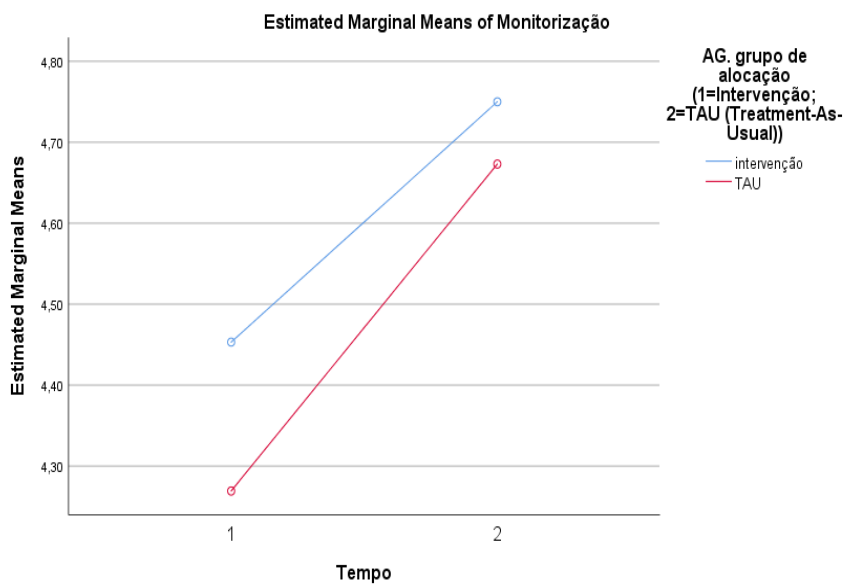


Figura 3 – Resultados pré intervenção e pós intervenção da subescala Monitorização

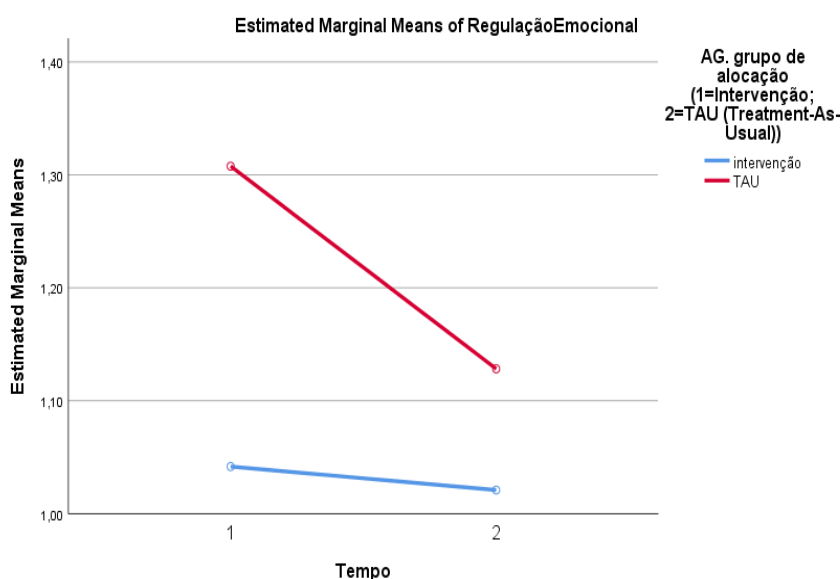


Figura 4 – Resultados pré intervenção e pós intervenção da subescala Regulação emocional

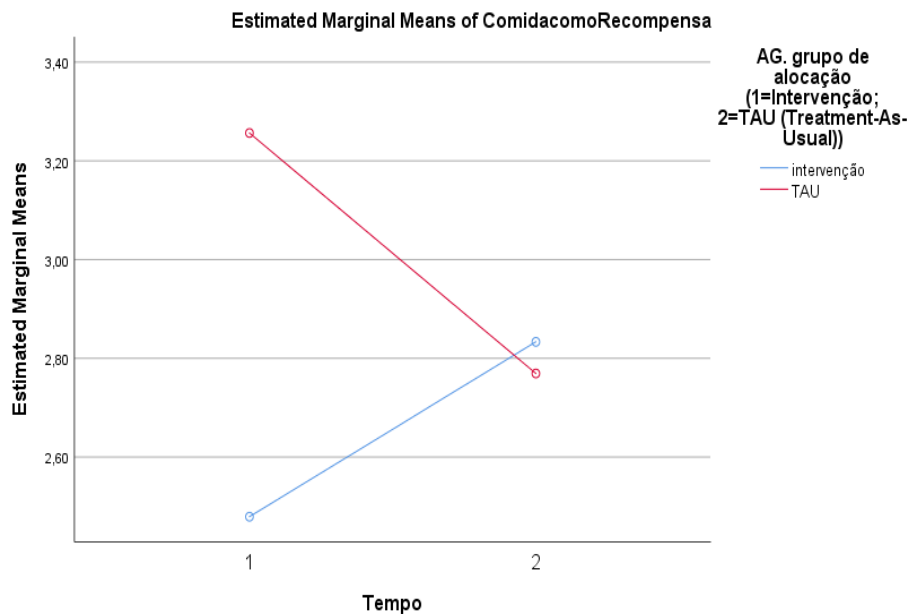


Figura-5 Resultados pré intervenção e pós intervenção da subescala Comida como recompensa

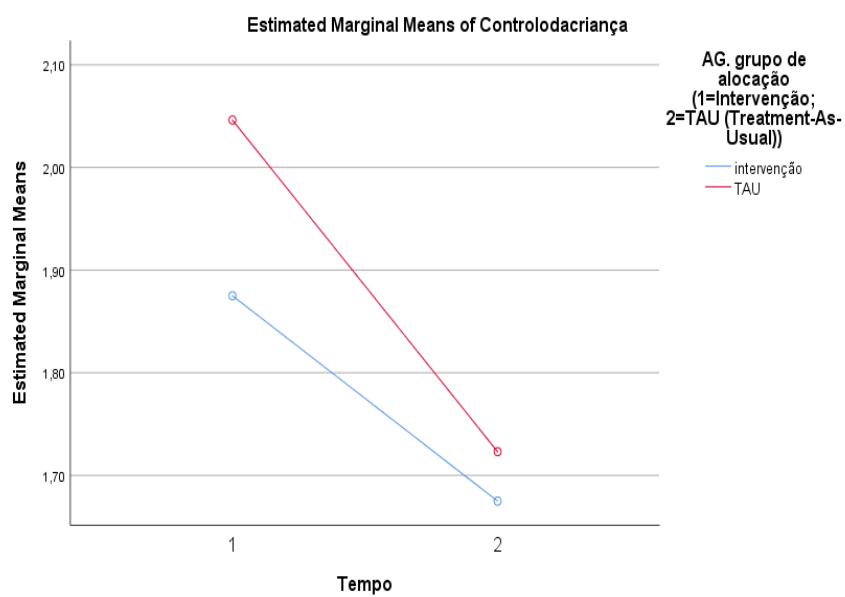


Figura 6 – Resultados pré intervenção e pós intervenção da subescala Controlo da criança

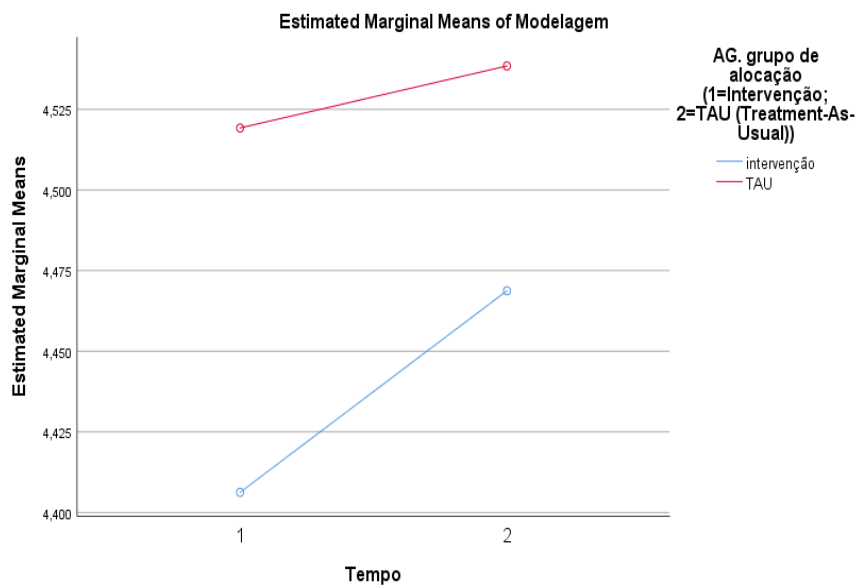


Figura 7– Resultados pré intervenção e pós intervenção da subescala Modelagem

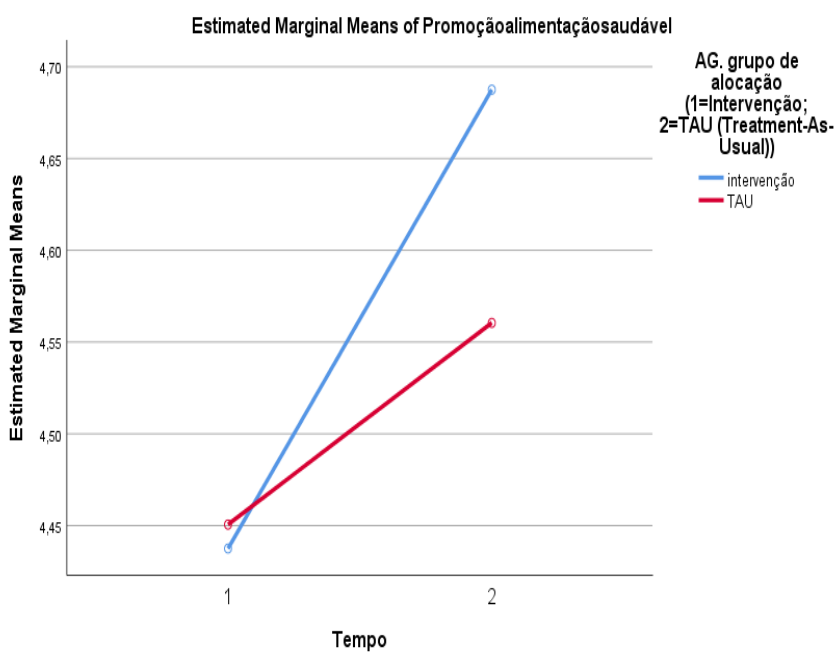


Figura 8 – Resultados pré intervenção e pós intervenção da subescala Promoção da alimentação saudável

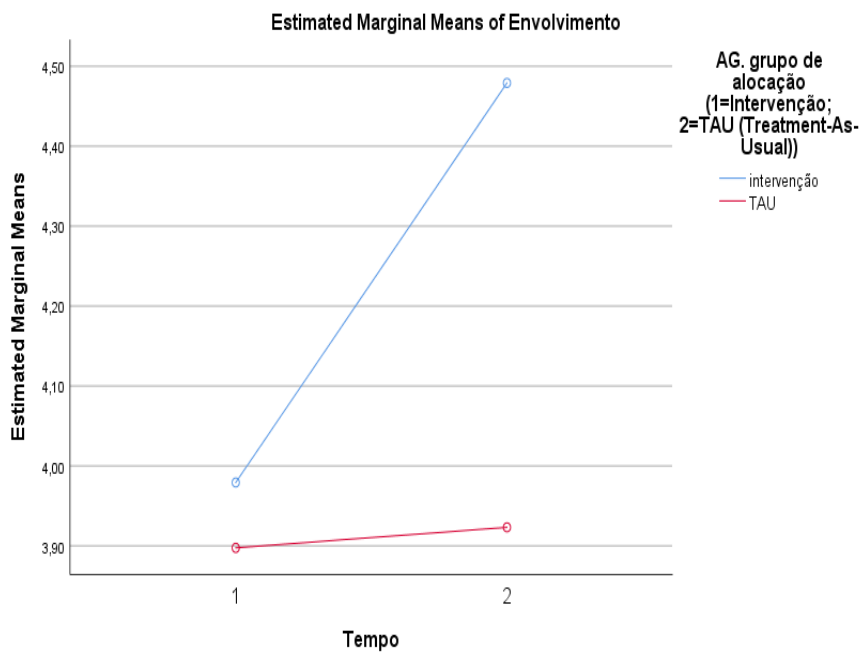


Figura 9 - Resultados pré intervenção e pós intervenção da subescala Envolvimento

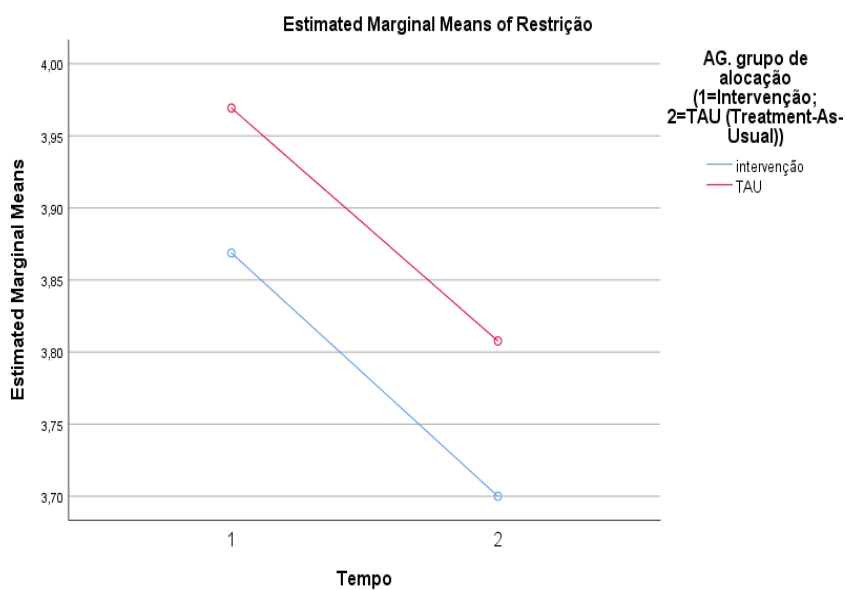


Figura 10 - Resultados pré intervenção e pós intervenção da subescala Restrição

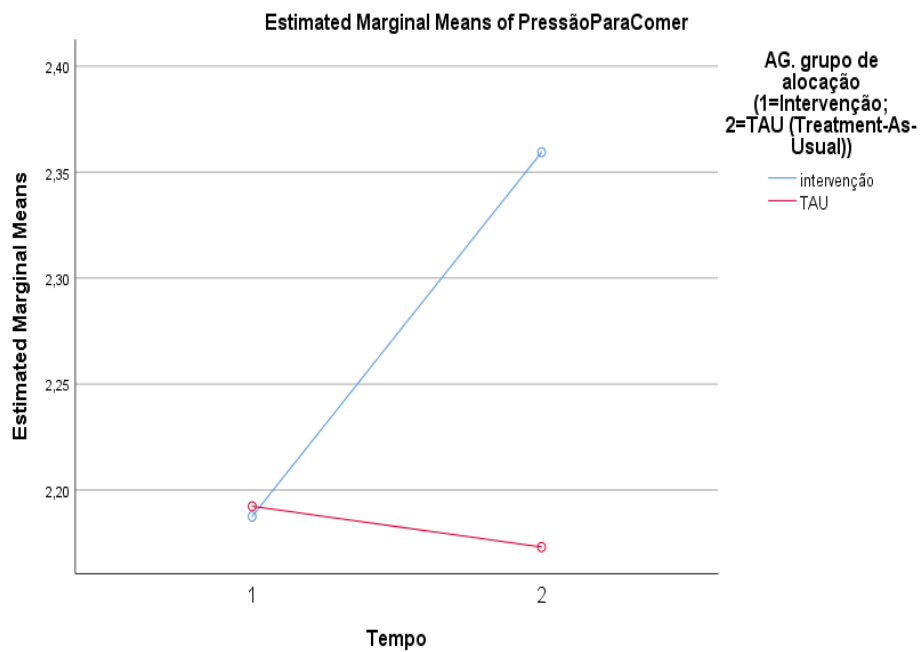


Figura 11 - Resultados pré intervenção e pós intervenção da subescala Pressão para comer

Tabela 9 – Valores de significância e de tamanho do efeito univariado do Tempo, nos grupos, para o QPPA

Medidas	Grupo de intervenção		Grupo de Controlo		<i>p</i>	<i>F(gl)</i>	ηp^2	<i>1-β</i>
	<i>M1(DP)</i>	<i>M2(DP)</i>	<i>M1(DP)</i>	<i>M2(DP)</i>				
Monitorização	4.45 (0.14)	4.75 (0.12)	4.27 (0.16)	4.67 (0.14)	.004	10.04 (1,27)	.27	.863
Regulação emocional	1.04 (0.11)	1.02 (0.06)	1.31 (0.12)	1.13 (0.07)	.198	1.74 (1,27)	.06	.247
Comida recompensa	3.01 (0.18)	2.77 (0.21)	2.48 (0.19)	2.83 (0.19)	.654	.205 (1,27)	.01	.072
Controlo da criança	1.88 (0.14)	1.68 (0.15)	2.05 (0.16)	1.72 (0.16)	.028	5.41(1,27)	.17	.611
Modelagem	4.40 (0.16)	4.47 (0.18)	4.52 (0.18)	4.54 (0.20)	.736	.12 (1,27)	.00	.062
Promoção da alimentação saudável	4.4 (0.12)	4.70 (0.10)	4.45 (0.13)	4.56 (0.11)	.044	4.46 (1,27)	.14	.531
Envolvimento	3.98 (0.24)	4.48 (0.17)	3.90 (0.27)	3.92 (0.19)	.122	2.55 (1,27)	.09	.337
Restrição	3.87 (0.12)	3.70 (0.15)	3.97 (0.14)	3.81 (0.17)	.029	5.36 (1,27)	.17	.607
Pressão para comer	2.19 (0.21)	2.36 (0.22)	2.19 (0.23)	2.17 (0.24)	.673	.18 (1,27)	.01	.070

Notas: São apresentadas as médias marginais e os valores entre parênteses representam os erros padrão. Os valores de significância das médias marginais utilizam a correção de Bonferroni para comparações múltiplas * $p < 0.05$

A coluna $1 - \beta$ representa o poder observado * $1 - \beta > .50$

Práticas parentais de atividade física/sedentária

A análise de medidas repetidas verificou um efeito multivariado do Tempo nas subescalas Envolvimento e estrutura, Wilk's Lambda =.86, $F(3,25) = 4.5$, $p = .044$, $\eta p^2 = .04$, poder observado = .532, e Tempo de ecrã, Wilk's Lambda =.74, $F(3,25) = 9.34$, $p = .005$, $\eta p^2 = .01$, poder observado = .838. Efeitos multivariados do Tempo não foram encontrados na subescala Controlo psicológico, Pillai's Trace =.002, $F(3,25) = .06$, $p = .817$ e na subescala Preocupação pela segurança, Wilk's Lambda = .94, $F(3,25) = 1.78$, $p = .193$.

No que concerne ao efeito univariado do Tempo, a subescala Envolvimento e estrutura apresentou um valor significativo de $F(1,27) = 04.48$, $p = .044$, $\eta p^2 = .14$, poder observado = .532, o que indica um aumento desta dimensão ao longo do tempo e a subescala Tempo de ecrã apresentou um valor de $F(1,27) = 9.34$, $p = .055$, $\eta p^2 = .26$, poder observado = .838.

Não foi encontrado um efeito univariado do Tempo na subescala Controlo psicológico, $F(1,27) = .06$, $p = .817$. e Preocupação pela segurança $F(1,27) = 1.78$, $p = .193$.

Efeitos multivariados na interação Tempo X Grupo não foram encontrados nas subescalas Envolvimento e Estrutura, Wilk's Lambda =.88, $F(3,25) = 3.64$, $p = .67$; Tempo de ecrã, Wilk's Lambda =.95, $F(3,25) = 1.44$, $p = .241$; Controlo psicológico, Pillai's Trace =.02, $F(3,25) = .57$, $p = .455$ e Preocupação pela segurança, Wilk's Lambda = .99, $F(3,25) = .19$, $p = .665$.

A respeito dos efeitos univariado da interação Tempo X Grupo, estes não foram observados nas subescalas Envolvimento e estrutura, $F(1,27) = 3.64$, $p = .07$; Tempo de ecrã $F(1,27) = 1.44$, $p = .24$; Pressão para comer, $F(1,27) = .57$, $p = .46$, e Preocupação pela segurança $F(1,27) = .19$, $p = .67$.

Nos testes Post – hoc Bonferroni, foi possível observar que as diferenças residiam, na dimensão Envolvimento e Estrutura, no grupo de intervenção que apresentou uma média mais elevada ($M1 = 2.96$, $DP = 0.12$; $M2 = 3.35$, $DP = 0.13$) em comparação com o grupo de controlo ($M1 = 3.07$, $DP = 0.14$, $M2 = 3.09$, $DP = 0.15$), na sua representação gráfica (Fig.12), é possível observar um aumento ligeiramente superior a 0.20 unidades, no pós intervenção do grupo de intervenção face ao grupo de controlo. Foram também observadas diferenças na dimensão Tempo de ecrã onde o grupo de intervenção apresenta uma média mais baixa no pós frequência no programa ($M1 = 2.96$, $DP = 0.26$; $M2 = 2.31$, $DP = 0.17$) em comparação com o grupo de controlo ($M1 = 2.87$, $DP = 0.28$; $M2 = 2.59$, $DP = 0.19$),

na representação gráfica (Fig.13) foi possível observar, no pós intervenção, uma diminuição de aproximadamente 0.20 unidades no grupo de intervenção face ao grupo de controlo. Ambas as diferenças apresentaram um elevado tamanho do efeito.

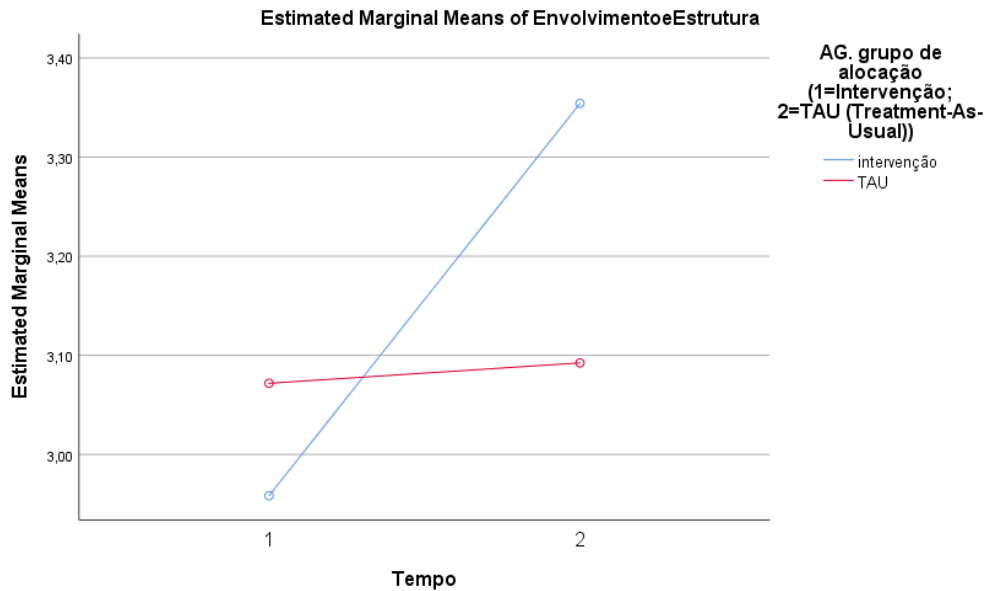


Figura 12– Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala Envolvimento e estrutura

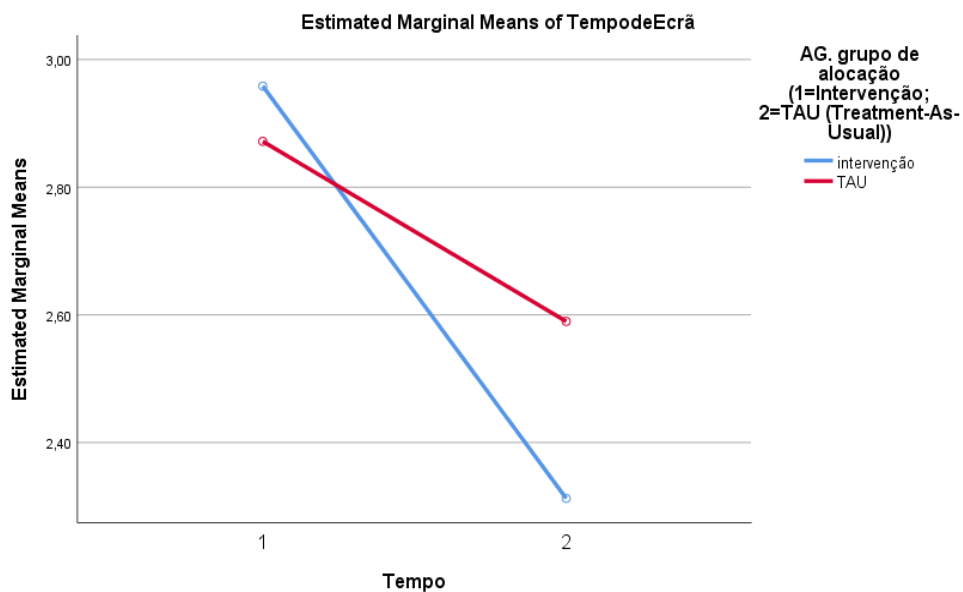


Figura 13– Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala Tempo de ecrã

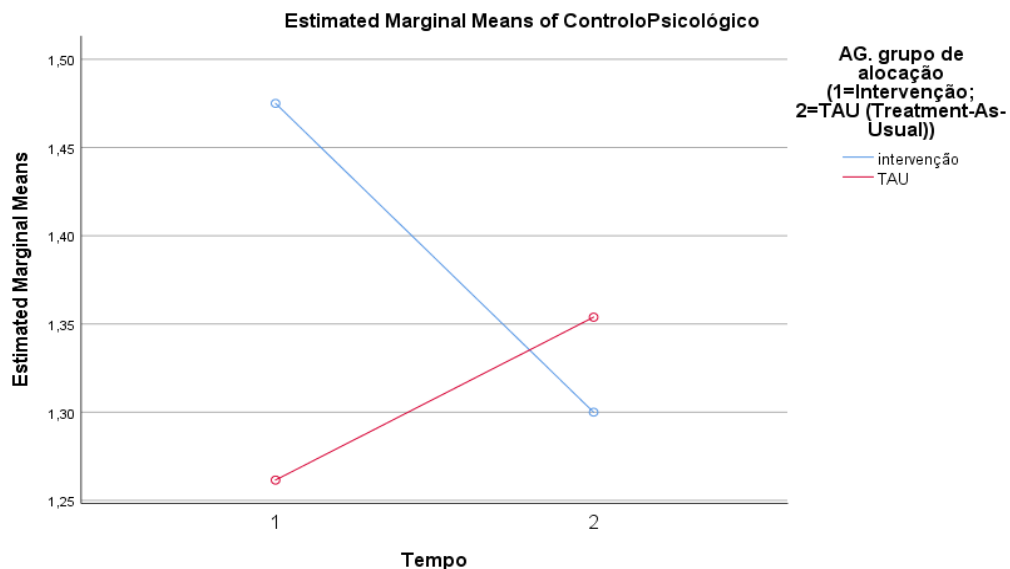


Figura 14 – Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala Controlo psicológico

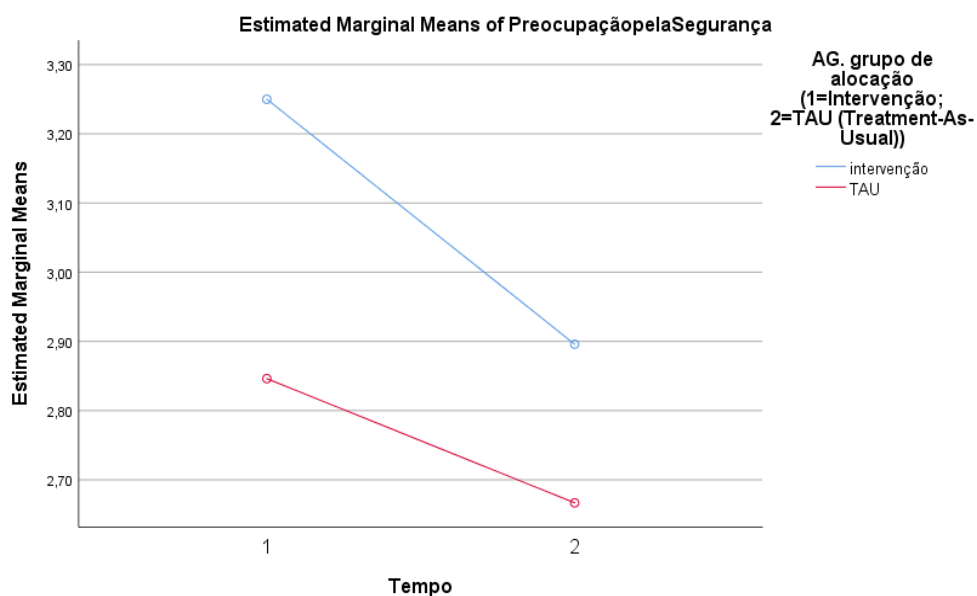


Figura 15 - Resultados da pré intervenção e pós intervenção da subescala Preocupação pela segurança

Tabela 10– Valores de significância e do tamanho univariado do Tempo, nos grupos, para o QPPAF.

Medidas	Grupo de intervenção.		Grupo de controlo.		<i>p</i>	<i>F</i> (gl)	ηp^2	<i>I</i> - β
	<i>M1</i> (<i>DP</i>)	<i>M2</i> (<i>DP</i>)	<i>M1</i> (<i>DP</i>)	<i>M2</i> (<i>DP</i>)				
Envolvimento e estrutura	2.96(0.12)	3.35(0.13)	3.07(0.14)	3.09(0.15)	.044	4.48(1,27)	.14	.532
Tempo de ecrã	2.96(0.26)	2.31(0.17)	2.87(0.28)	2.59(0.19)	.005	9.34(1,27)	.26	.838
Controlo psicológico	1.48(0.19)	1.30(0.16)	1.26(0.21)	1.35(0.17)	.817	.06(1,27)	.00	.056
Preocupação pela segurança.	3.25(0.42)	2.90(0.38)	2.85(0.46)	2.67(0.42)	.193	1.78(1,27)	.06	.252

Nota: São apresentadas as médias marginais e os valores entre parênteses representam os erros padrão. Os valores de significância das médias marginais utilizam a correção de Bonferroni para comparações múltiplas * $p < 0.05$

A coluna *I* - β representa o poder observado * $I - \beta > .50$

Discussão

Este estudo enquadra-se num projeto de investigação mais amplo que tem como objetivo avaliar a eficácia do programa TPLG com famílias de crianças de idade escolar com excesso de peso e/ou obesidade. Nesta dissertação apresentam-se os resultados preliminares com o primeiro conjunto de participantes no programa, pelo que o pequeno tamanho da amostra é justificável através do fato de este ser um estudo piloto. Os participantes foram recrutados no Centro Materno Infantil do Norte, na cidade do Porto, de entre as famílias cujas crianças se encontram a receber acompanhamento médico-pediátrico na Consulta de Alterações Nutricionais. O programa de intervenção TPLG foi aplicado por dois formadores devidamente formados e acreditados para a aplicação do protocolo de intervenção. Para avaliar a eficácia da intervenção foi utilizado um desenho experimental de ensaio clínico randomizado controlado com a alocação aleatória dos participantes num grupo de intervenção e num grupo de controlo. Por questões éticas, os pais alocados no grupo de controlo terão a possibilidade de usufruírem do programa, no final da avaliação de seguimento (M3).

No que concerne à primeira hipótese do estudo que conjeturava um aumento da perceção quanto à adoção de práticas parentais consideradas saudáveis e uma diminuição das práticas parentais consideradas não saudáveis na alimentação após a frequência do programa, não foi possível confirmar esta hipótese. Foi encontrado um efeito do Tempo nas dimensões Promoção de uma alimentação saudável, Controlo da criança, Envolvimento e estrutura e Tempo de ecrã, ou seja, foram encontradas mudanças entre o primeiro e o segundo momentos de avaliação na direção esperada; contudo, estas mudanças também foram observadas no grupo de controlo, invalidando o pressuposto de que o grupo de intervenção seria aquele que obteria maiores ganhos, decorrentes da frequência do programa.

Relativamente à segunda hipótese do estudo, segundo a qual era esperado um aumento na perceção das práticas parentais consideradas saudáveis e uma diminuição das práticas parentais não saudáveis na atividade física, constatamos que, apesar de as mudanças ocorrerem no sentido esperado, não atingem níveis de significância estatística.

Os resultados encontrados neste estudo referem um efeito significativo na dimensão Comida como recompensa, com uma diminuição no grupo de controlo em comparação com o grupo de intervenção, que aumentou a média desta dimensão no pós intervenção, e na

dimensão da Monitorização, com um aumento no grupo de controlo e no grupo de intervenção, no entanto, o último não significativo.

Quanto ao grupo de intervenção, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias dos grupos, porém, as análises efetuadas permitiram identificar indicadores do potencial que o TPLG poderá deter, enquanto intervenção, através da análise do Partial Eta Square (>14). Tais indícios poderão ser verificados nas dimensões Controlo da criança, Promoção de uma alimentação saudável, o Envolvimento e a estrutura e a dimensão Tempo de ecrã. Através da análise do poder observado, foi possível verificar que apenas a dimensão Tempo de ecrã apresenta um valor de poder observado considerado aceitável (poder observado = .838) devido à sua proximidade do valor de potência estatística 1, as restantes dimensões apresentam valores mais baixos: Controlo da criança (poder observado = .611), Promoção de uma alimentação saudável (poder observado = .531), Envolvimento e a estrutura (poder observado = .532), o que aumenta a probabilidade da ocorrência do erro tipo II.

Apesar do pequeno tamanho da amostra, as análises de poder estatístico à priori sugerem que o número de participantes disponíveis neste estudo pode ser suficiente para encontrar efeitos de magnitude grande nas dimensões anteriormente mencionadas, face ao fator Tempo.

Um ponto a ter em consideração na análise dos resultados do grupo de controlo será o fato de as pediatras que acompanham as crianças do grupo de intervenção e do grupo de controlo, fazerem intervenção médica de acordo com as normas e *guidelines* da ESPGHAN (Sociedade Europeia para Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica) como tal, é aventado que o efeito encontrado nas duas dimensões poderá advir da intervenção médico-pediátrica previamente existente.

Este estudo apresenta limitações que devem ser referidas. Primeiramente, o tamanho da amostra não deixa margem para uma extrapolação dos resultados sendo que, estatisticamente, condicionou o poder estatístico. Tal deve-se ao número de desistências entre o primeiro e o segundo momento de avaliação (*Drop-out*). O número de participantes reduziu de 43 para apenas 29 famílias que concluíram a avaliação no segundo momento.

Torna-se, também, importante referir a avaliação no segundo momento decorreu já durante o surto da pandemia por COVID-19, tendo sido alargada no tempo. O exercício da parentalidade é considerado stressante, mesmo em circunstâncias normativas. No entanto, dados indicam que as circunstâncias imediatamente decorrentes da COVID-19 levou a

aumentos significativos do *stress* na população geral, sendo que esta preocupação se fez sentir mais em pais e focalizou-se nas preocupações com a saúde da sua família e respetivo orçamento familiar (Russell, Hutchison., Tambling., Tomkunas & Horton, 2020). O *burnout* parental é um aspeto a ter em consideração, remetendo para segundo plano a preocupação com a alteração no estilo de vida saudável da família.

É também importante referir que este estudo não comporta avaliações de *follow-up*, não sendo possível avaliar a permanência dos ganhos apresentados ou monitorizar o aparecimento de ganhos adquiridos ao longo do tempo. Os dados analisados representam efeitos a curto prazo e alguns estudos mostram que os efeitos das intervenções apenas são visíveis a longo-prazo. O ECR descrito por Gerards e colaboradores (2015) apresenta resultados significativos no que concerne a práticas parentais na alimentação, nas crianças do grupo de intervenção, entre o pré-teste e 12 meses após a intervenção. Segundo os autores, os efeitos positivos são observáveis nas dimensões referentes à monitorização da ingestão de alimentos pela criança e na responsabilidade parental em relação à nutrição. O facto de estes ganhos terem surgido apenas a longo prazo é algo que merece reflexão, estudos futuros poderão abranger um espaço temporal mais alargado e analisar os potenciais efeitos a longo prazo da intervenção TPLG.

Este estudo apresenta aspetos positivos que devem ser referidos, nomeadamente o seu desenho experimental. Trata-se de um ECR com condição *blind*, pois tanto quanto possível os investigadores não tinham conhecimento da alocação dos participantes nos dois grupos. Esta particularidade denota um desenho de excelência no que toca a estudos epidemiológicos. A alocação aleatória dos participantes ao grupo de intervenção e ao grupo de controlo permite eliminar a influência de variáveis imensuráveis que, de outra forma, poderiam levar a uma estimativa tendenciosa e incorreta do efeito do programa (Hariton & Locascio, 2018). O presente estudo revela-se igualmente inovador face à investigação conduzida no âmbito do TPLG, na medida em que os dois grupos recebem o mesmo tratamento habitual: o acompanhamento médico-pediátrico dos seus filhos. Por último, a intervenção TPLG, foi aplicada a uma amostra de pais específica, recrutados a partir de uma sinalização especializada na Consulta de Alterações Nutricionais do CMIN. Tal permitiu o trabalho e a análise de práticas parentais específicas, relacionadas com a nutrição e a atividade física.

O TPLG é um programa de intervenção inovador, que posiciona os pais como os principais agentes de mudança do estilo de vida da família, o que é reconhecido na literatura

internacional como uma abordagem eficaz na promoção da parentalidade positiva e de práticas positivas em pais de crianças com excesso de peso/obesidade.

Conclusão

A avaliação do efeito da intervenção TPLG nas práticas parentais de alimentação e atividade física com pais de crianças com excesso de peso/obesidade, numa subamostra portuguesa, apresenta indícios promissores dos efeitos do programa, após a sua frequência. Estes efeitos, são observáveis no aumento da Promoção de uma alimentação saudável, referente ao incentivo de ingestão de alimentos pela criança, a existência de comida saudável ou não em casa o envolvimento das crianças no planeamento e preparação das refeições. É também observável uma diminuição do Controlo da criança face às suas escolhas alimentares. Verifica-se igualmente um aumento do Envolvimento e estrutura dos pais na atividade física dos filhos e na estruturação dessa mesma atividade física, e a diminuição do Tempo de ecrã (menor visualização de televisão, menos tempo gasto a jogar videojogos) relativamente às práticas parentais de atividade física.

Efetivamente, os resultados encontrados no grupo de intervenção, apresentaram na sua maioria baixo poder observado. Tal poderá constituir-se como uma consequência derivada do pequeno tamanho da amostra disponível neste estudo e, consequentemente, uma forte limitação. Os valores de poder observado baixos são observáveis nas dimensões: Controlo da criança, Promoção da alimentação saudável e Envolvimento e estrutura.

No entanto, os resultados analisados da dimensão Tempo de ecrã, indicam um valor de poder observado alto. Os resultados encontrados revelam-se promissores e denotam a pertinência de estudos futuros procederem a análises em amostras de tamanho maior, por forma a recolherem mais evidências, com maior robustez junto da população portuguesa.

Referências

- Abreu-Lima, I. (2018). Promover a parentalidade positiva: o Triple P em Portugal. *Atas do VI seminário internacional cognição, aprendizagem e desempenho*. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/117087/2/289945.pdf>
- Birch, L., & Anzman, S. (2010). Learning to eat in an obesogenic environment: a developmental systems perspective on childhood obesity. *Child Development Perspectives, 4*(2), 138-143. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2010.00132.x>
- Canário, C., Abreu-Lima, I., & Cruz, O. (2020, April 20). Comprehensive Feeding Parenting Practices Questionnaire (European Portuguese version). <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/GSKCT>
- Canário, C., Abreu-Lima, I., & Cruz, O. (2020, abril 20). Physical Activity Parenting Practices. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/4K7VP>
- Canário, C., Abreu-Lima, I., Torres, S., Tavares, M., Ferreira, H. M., Martins, M., & Cruz, O. (2020, 29 julho). Childhood overweight and obesity intervention: effectiveness of a program based on parents as agents of change (LifeStyle). <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/G23FP>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Council of Europe (2006). *Recommendation 19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting* (adopted by the Committee of Ministers on 13 December 2006 at 983rd meeting of Ministers' Deputies).
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175-191.
- Gerards, M., Sleddens F., Dagnelie, C., De Vries, K., & Kremers, P. (2011). Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. *International Journal of Pediatric Obesity, p.28*. <https://doi.org/10.3109/17477166.2011.575147>
- Gerards, M., Dagnelie, C., Jansen, W., van der Goot, O., de Vries, K., Sanders, M., & Kremers, S. P. (2012). Lifestyle Triple P: a parenting intervention for childhood obesity. *BMC Public Health, 12*(1), p.267. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-267>

- Gerards S, Dagnelie C, Gubbels S, van Buuren S, Hamers M., & Jansen, J (2015) The Effectiveness of Lifestyle Triple P in the Netherlands: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 10(4): e0122240. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122240>
- Goes, R., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Nunes, L., & Bourbon, M. (2015). Papa Bem: Investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública / Portuguese Journal of Public Health*, 33(1), 12–23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.002>
- Gubbels, J., Stessen, K., van de Kolk, I., de Vries, N., Thijs, C., & Kremers, S. (2018). Energy balance-related parenting and child-care practices: The importance of meso-system consistency. *PloS one*, 13(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203689>
- Hariton, E., & Locascio, J. (2018). Randomised controlled trials—The gold standard for effectiveness research. *BJOG: An international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(13). <http://doi.org/10.1111/1471-0528.15199>
- Harrison, K., Bost, K., McBride, A., Donovan, M., Grigsby-Toussaint, S., Kim, J., & Jacobsohn, C. (2011). Toward a developmental conceptualization of contributors to overweight and obesity in childhood: The Six-Cs model. *Child Development Perspectives*, 5(1), 50-58. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2010.00150.x>
- Haszard, J., Skidmore, P., Williams, S., & Taylor, R. (2015). Associations between parental feeding practices, problem food behaviours and dietary intake in New Zealand overweight children aged 4–8 years. *Public Health Nutrition*, 18(6), 1036-1043. <https://doi.org/10.1017/S1368980014001256>
- Haszard, J., Russell, C., Byrne, R., Taylor, R., & Campbell, K. (2018). Early maternal feeding practices: Associations with overweight later in childhood. *Appetite*, 132, 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.10.008>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2019 Factsheet. Disponível em: https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wpcontent/uploads/2020/01/COSI_2019_FactSheet.pdf
- ISRCTN44687723, Childhood overweight and obesity intervention: effectiveness of a program based on parents as agents of change; 2020 July 29. Retirado de: <http://www.isrctn.com/ISRCTN44687723>

- Jennings, K., Loth, K., Tate, A., Miner, M., & Berge, J. (2019). Application of latent profile analysis to define subgroups of parenting styles and food parenting practices. *Appetite, 139*, 8-18. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.04.001>
- Kiefner-Burmeister, A., Hoffmann, D., Meers, M., Koball, A., & Musher-Eizenman, D. (2014). Food consumption by young children: A function of parental feeding goals and practices. *Appetite, 74*, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.11.011>
- Kiefner-Burmeister, A., Hoffmann, D., Zbur, S., & Musher-Eizenman, D. (2016). Implementation of parental feeding practices: Does parenting style matter? *Public Health Nutrition, 19*(13), 2410-2414. <https://doi.org/10.1017/S1368980016000446>
- Kline, R. B. (2011). *Methodology in the Social Sciences. Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). Guilford Press.
- Lindsay, A., Wasserman, M., Muñoz, M., Wallington, S., & Greaney, M. (2018). Examining influences of parenting styles and practices on physical activity and sedentary behaviors in Latino children in the United States: Integrative review. *JMIR public health and surveillance, 4*(1), e14. <https://doi.org/10.2196/publichealth.8159>
- Lopez, V., Schembre, S., Belcher, R., O'Connor, S., Maher, P., Arbel, R., & Dunton, F. (2018). Parenting styles, food-related parenting practices, and children's healthy eating: A mediation analysis to examine relationships between parenting and child diet. *Appetite, 128*, 205–213. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.021>
- Loth, K. (2016) Associations Between Food Restriction and Pressure-to-Eat Parenting Practices and Dietary Intake in Children: A Selective Review of the Recent Literature. *Current Nutrition Reports 5*, 61–67. <https://doi.org/10.1007/s13668-016-0154-x>
- Loveman E., Al-Khudairy L., Johnson R., Robertson, W., Colquitt J., Mead, E., Ells L, Metzendorf, M., & Rees, K. (2015). Parent-only interventions for childhood overweight or obesity in children aged 5 to 11 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 12*. Art. No.: CD012008. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012008>
- Mais, L., Warkentin, S., Latorre, M., Carnell, S., & Taddei, J. (2017). Parental feeding practices among Brazilian school-aged children: Associations with parent and child characteristics. *Frontiers in nutrition, 4*, 6. <https://doi.org/10.3389/fnut.2017.00006>

- Mayer, F., Weber, D., & Ton, T. (2014). Perfis parentais com base nas práticas educativas e alimentares: análises por agrupamento. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15*(3), 683-697. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150310>
- Martins, M., Canário, C., Santos, S., Krasniqi, L., Abreu-Lima, I., & Cruz, O. (2020). Parenting and Child's Physical Activity: Psychometric properties of the Physical Activity Parenting Practices (PAPP) questionnaire [Manuscript in preparation]. Faculty of Psychology and Education Science, University of Porto.
- Melbye, E., & Hansen, H. (2015). Promotion and prevention focused feeding strategies: exploring the effects on healthy and unhealthy child eating. *BioMed research international*. <https://doi.org/10.1155/2015/306306>
- Ministério da Saúde (2018) Retrato da Saúde, Portugal. ISBN 978-989-99480-1-3
- Musher-Eizenman, Dara., & Holub, S. (2007). Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: A Validation. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(8), 960–972. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm037>
- O'Connor, T., Cerin, E., Hughes, S. Robles, J., Thompson, D., Mendoza, J., Baranowski, T., & Lee, R. (2014) Psychometrics of the preschooler physical activity parenting practices instrument among a Latino sample. *International Journal of Behavior Nutrition Physical Activity 11*, 3. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-3>
- Pereira, A., & Lopes, C. (2012). Obesidade infantil: estudo em crianças num ATL. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health, 42*, 105-125.
- Ramos, E., & Barros, H. (2007). Family and school determinants of overweight in 13-year-old Portuguese adolescents. *Acta Paediatrica, 96*(2), 281-286. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00107.x>
- Rito, A., Sousa, R., Mendes, S., & Graça, P. (2017). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/4857>
- Rodrigo, J., Maíquez, L., & Martín, C. (2010). La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva. Madrid: FEMP.

- Russell, B., Hutchison, M., Tambling, R., Tomkunas, A., & Horton, A. (2020). Initial challenges of caregiving during COVID-19: Caregiver burden, mental health, and the parent–child relationship. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01037-x>
- Sanders, M. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2),71-90. <https://doi.org/10.1023/A:102184361>
- Sanders, M. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 506. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.506>
- Sanders, M., Turner, K., & McWilliam, J. (2016). Triple P-Positive Parenting Program. A community-wide approach to parenting and family support. In M. J. Van Ryzin, K. L. Kumpfer, G. M. Fosco., & M. T. Greenberg (Eds), *Family-based prevention programs for children and adolescents: Theory, research, and large-scale dissemination* (pp. 134-
- Santos, S., Canário, C., Martins, M., Krasniqi, L., Abreu-Lima, I., & Cruz, O. (2020). Psychometric properties of the European Portuguese version of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire [Manuscript in preparation]. Faculty of Psychology and Education Science, University of Porto.159). New York: Psychology Press.
- Santos, S., Canário, C., Martins, M., Krasniqi, L., Abreu-Lima, I., & Cruz, O. (2020). Psychometric properties of the European Portuguese version of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire [Manuscript in preparation]. Faculty of Psychology and Education Science, University of Porto.
- Shloim, N., Edelson, L., Martin, N., & Hetherington, M. (2015). Parenting styles, feeding styles, feeding practices, and weight status in 4–12-year-old children: A systematic review of the literature. *Frontiers in psychology*, 6, 1849.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and triple P-Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 35(3), 475-495. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9104-9>

- Triple P. (2019). Triple P Implementation – Official Corporate Site. Disponível em: <https://www.triplep.net/glo-en/home/>
- Vaughn, A., Ward, D., Fisher, J., Faith, M., Hughes, S., Kremers, S., & Power, T. (2017). Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutrition reviews*, 74(2), 98-117. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv061>
- Vittrup, B., & McClure, D. (2018). Barriers to childhood obesity prevention: Parental knowledge and attitudes. *Pediatric Nursing*, 44(2), 81-94 issn: 0097-9805
- Vollmer, L., & Mobley, R. (2013). Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review. *Appetite*, 71, 232-241. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.08.015>
- Watterworth, J., Mackay, J., Buchholz, A., Darlington, G., Janis, Simpson., Ma, D., & Haines, J. (2017). Food parenting practices and their association with child nutrition risk status: comparing mothers and fathers. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 42(6), 667-671. <https://doi.org/0.1139/apnm-2016-0572>.
- West, F., Sanders, M., Cleghorn, J., & Davies, S. (2010). Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. *Behaviour Research and Therapy*, 48(12), 1170-1179. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.008>
- World Health Organization (2018). *Childhood Obesity Surveillance Initiative. Highlights 2015-17. Preliminary data.* Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/372426/WH14_COSI_factsheet_s_v2.pdf

Anexos

Anexo 1 -



Questionário de Práticas Parentais de Alimentação (QPPA)

(CFPQ; versão original: Musher-Eizenman & Holub, 2007; Tradução: Canário, Cruz, & Abreu-Lima, 2018)

Instruções: Por favor, selecione a opção que melhor caracteriza a sua resposta a cada uma das questões ou afirmações. **Sempre que sentir que uma das situações descritas não aconteceu consigo, ou que não se aplica, por favor, responda com base naquilo que acha que seria o seu comportamento nessa situação.** Responda considerando o contacto que teve com o seu filho/a sua filha **no último mês.**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Mantém-se atento aos doces (rebuçados, gelados, bolos) que o/a seu/sua filho/a come?	①	②	③	④	⑤
2. Mantém-se atento aos snacks salgados (batatas fritas, <i>Doritos</i> , <i>Cheetos</i>) que o/a seu/sua filho/a come?	①	②	③	④	⑤
3. Mantém-se atento aos alimentos muito ricos em gordura que o/a seu/sua filho/a come?	①	②	③	④	⑤
4. Mantém-se atento às bebidas açucaradas (refrigerantes, sumos, <i>ice tea</i>) que o/a seu/sua filho/a bebe?	①	②	③	④	⑤
5. Deixa o/a seu/sua filho/a comer o que ele/ela quiser?	①	②	③	④	⑤
6. Ao jantar, deixa o/a seu/sua filho/a escolher o que comer de entre os alimentos que põe na mesa?	①	②	③	④	⑤
7. Quando o/a seu/sua filho/a fica irrequieto/a, a primeira coisa que faz é dar-lhe alguma coisa para comer?	①	②	③	④	⑤
8. Dá alguma coisa para comer ou beber ao/à seu/sua filho/a quando ele/ela está aborrecido/a (isto é, entediado/a) mesmo que ache que ele/ela não tem fome?	①	②	③	④	⑤
9. Dá alguma coisa para comer ou beber ao/à seu/sua filho/a quando ele/ela está irritado/a mesmo que ache que ele/ela não tem fome?	①	②	③	④	⑤
10. Se o/a seu/sua filho/a não gosta do que está na mesa, prepara outra coisa?	①	②	③	④	⑤
11. Deixa o/a seu/sua filho/a comer <i>snacks</i> /petiscar sempre que quer?	①	②	③	④	⑤
12. Deixa o/a seu/sua filho/a levantar-se da mesa quando está saciado/a, mesmo que o resto da família não tenha acabado de comer?	①	②	③	④	⑤
13. Encoraja o/a seu/sua filho/a a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis?	①	②	③	④	⑤

	Discordo	Discordo um pouco	Não discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo
14. A maior parte dos alimentos que tenho em casa são saudáveis.	①	②	③	④	⑤
15. Eu envolvo o/a meu/minha filho/a no planeamento das refeições da família.	①	②	③	④	⑤
16. Eu tenho muitos snacks salgados (batatas fritas, <i>Doritos</i> , <i>Cheetos</i>) em casa.	①	②	③	④	⑤
17. O/a meu/minha filho/a deve sempre comer tudo o que tem no prato.	①	②	③	④	⑤
18. Eu tenho de ter a certeza que o/a meu/minha filho/a não come demasiados alimentos muito ricos em gordura.	①	②	③	④	⑤
19. Eu ofereço ao/à meu/minha filho/a os seus alimentos preferidos em troca de bom comportamento.	①	②	③	④	⑤
20. Eu deixo o/a meu/minha filho/a ajudar na preparação das refeições da família.	①	②	③	④	⑤
21. Se eu não orientasse ou regulasse o que o/a meu/minha filho/a come, ele/ela comeria demasiados dos seus alimentos preferidos.	①	②	③	④	⑤

	Discordo	Discordo um pouco	Não discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo
22. Em casa, o/a meu/minha filho/a tem à disposição uma variedade de alimentos saudáveis em cada refeição.	①	②	③	④	⑤
23. Eu ofereço doces (rebuçados, gelados, bolos) ao/à meu/minha filho/a como recompensa pelo	①	②	③	④	⑤
24. Eu encorajo o/a meu/minha filho/a a experimentar novos alimentos.	①	②	③	④	⑤
25. Eu converso com o/a meu/minha filho/a sobre o porquê da importância de comer alimentos	①	②	③	④	⑤
26. Eu digo ao/à meu/minha filho/a que os alimentos saudáveis sabem bem.	①	②	③	④	⑤
27. Eu encorajo o/a meu/minha filho/a a comer menos para que não fique gordo/a.	①	②	③	④	⑤
28. Se eu não orientasse ou regulasse o que o/a meu/minha filho/a come, ele/ela comeria demasiada “comida de plástico”.	①	②	③	④	⑤
29. Às refeições, eu sirvo ao/à meu/minha filho/a pequenas porções de comida para controlar o seu	①	②	③	④	⑤
30. Se o/a meu/minha filho/a disser “eu não tenho fome”, tento que coma mesmo assim.	①	②	③	④	⑤
31. Eu converso com o/a meu/minha filho/a sobre o valor nutritivo dos alimentos.	①	②	③	④	⑤
32. Eu encorajo o/a meu/minha filho/a a participar na compra de mercearias.	①	②	③	④	⑤
33. Se o/a meu/minha filho/a comer mais que o habitual a uma refeição, eu tento restringir o que	①	②	③	④	⑤
34. Eu restrinjo ao/à meu/minha filho/a a comida que o/a pode engordar.	①	②	③	④	⑤
35. Há alguns alimentos que o/a meu/minha filho/a não deve comer porque o/a fazem engordar.	①	②	③	④	⑤
36. Eu não dou doces/sobremesas ao/à meu/minha filho/a se ele/ela se portar mal.	①	②	③	④	⑤
37. Eu tenho muitos doces (rebuçados, gelados, bolos) em casa.	①	②	③	④	⑤
38. Eu encorajo o/a meu/minha filho/a a comer alimentos variados.	①	②	③	④	⑤
39. Se o/a meu/minha filho/a comer apenas uma pequena porção de comida, tento que coma mais.	①	②	③	④	⑤
40. Eu tenho de ter a certeza que o/a meu/minha filho/a não come demasiados dos seus alimentos preferidos.	①	②	③	④	⑤
41. Eu não deixo que o/a meu/minha filho/a coma entre refeições porque não quero que ele/ela	①	②	③	④	⑤
42. Eu digo ao meu filho/a o que comer e o que não comer sem lhe dar explicações.	①	②	③	④	⑤
43. Eu tenho de ter a certeza que o/a meu/minha filho/a não come demasiados doces (rebuçados,	①	②	③	④	⑤
44. Eu dou o exemplo de alimentação saudável ao/à meu/minha filho/a comendo eu próprio/a alimentos saudáveis.	①	②	③	④	⑤
45. Eu ponho frequentemente o/a meu/minha filho/a de dieta para controlar o seu peso	①	②	③	④	⑤
46. Eu tento comer alimentos saudáveis em frente do/a meu/minha filho/a, mesmo não sendo os meus preferidos.	①	②	③	④	⑤
47. Eu tento mostrar entusiasmo a propósito de comer alimentos saudáveis.	①	②	③	④	⑤
48. Eu mostro ao/à meu/minha filho/a o quanto gosto de comer alimentos saudáveis.	①	②	③	④	⑤
49. Quando o/a meu/minha filho/a diz que acabou de comer, eu tento que coma mais umas	①	②	③	④	⑤

Anexo 2 -



Questionário de Práticas Parentais de Atividade Física (QPPAF)

(PPAPP; versão original: O' Conner et al., 2014, versão portuguesa: Canário, Cruz, & Abreu-Lima, 2018)

Instruções: Por favor, selecione a opção que melhor caracteriza a sua resposta a cada uma das questões. Responda considerando o contacto que teve com o seu filho/a sua filha no **último mês**.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Com que frequência dá um exemplo ao/à seu/sua filho/a fazendo exercício à sua frente.	①	②	③	④	⑤
2. Com que frequência faz jogos ativos com o/a seu/sua filho/a (tal como jogar à bola ou fazer corridas)?	①	②	③	④	⑤
3. Com que frequência passeia a pé com o/a seu/sua filho/a?	①	②	③	④	⑤
4. Com que frequência diz coisas positivas para motivar o/a seu/sua filho/a a ser mais ativo/a?	①	②	③	④	⑤
5. Com que frequência praticam desporto ou fazem um jogo ativo todos juntos enquanto família?	①	②	③	④	⑤
6. Com que frequência dá ao/à seu/sua filho/a diferentes opções de atividades físicas para fazer?	①	②	③	④	⑤
7. Com que frequência permite ao/à seu/sua filho/a escolher um jogo ativo para fazer juntos.	①	②	③	④	⑤
8. Com que frequência dança com o/a seu/sua filho/a?	①	②	③	④	⑤
9. Com que frequência faz jogos desportivos com o/a seu/sua filho/a, como futebol ou basquetebol?	①	②	③	④	⑤
10. Com que frequência ensina ao/à seu/sua filho/a que ser ativo/a é bom para a sua saúde.	①	②	③	④	⑤
11. Com que frequência leva o/a seu/sua filho/a ao parque?	①	②	③	④	⑤
12. Com que frequência ensina ao/à seu/sua filho/a formas novas e diferentes de ser ativo/a?	①	②	③	④	⑤
13. Com que frequência leva o/a seu/sua filho/a às aulas, treinos, ou jogos das atividades que ele/ela pratica?	①	②	③	④	⑤
14. Com que frequência encontra jogos adequados à idade do/da seu/sua filho/a que o/a levem a movimentar-se?	①	②	③	④	⑤
15. Com que frequência destina um período de tempo específico para o jogo ativo?	①	②	③	④	⑤
16. Quantas vezes deixou de inscrever o/a seu/sua filho/a em atividades de desporto ou dança por falta de dinheiro.	①	②	③	④	⑤
17. Com que frequência tem brinquedos de exterior disponíveis para o/a seu/sua filho/a usar?	①	②	③	④	⑤
18. Com que frequência deixa o/a seu/sua filho/a ver televisão por longos períodos de tempo?	①	②	③	④	⑤
19. Com que frequência deixa o/a seu/sua filho/a jogar muito videojogos?	①	②	③	④	⑤
20. Com que frequência mantém o/a seu/sua filho/a ocupado/a deixando-o/a ver televisão?	①	②	③	④	⑤
21. Com que frequência pega no/a seu/sua filho/a ao colo porque ele/ela não quer caminhar?	①	②	③	④	⑤
22. Com que frequência leva o/a seu/sua filho/a de carro, quando seria mais fácil ir a pé?	①	②	③	④	⑤
23. Com que frequência não deixa o/a seu/sua filho/a fazer jogos ativos porque tem medo que ele/ela se suje?	①	②	③	④	⑤
24. Com que frequência diz ao/à seu/sua filho/a que não é suficientemente bom/boa a praticar desporto ou jogos ativos?	①	②	③	④	⑤
25. Com que frequência diz ao/à seu/sua filho/a que se vai magoar se fizer jogos ativos?	①	②	③	④	⑤
26. Com que frequência ralha ou castiga o/a seu/sua filho/a por ser demasiado ativo/a?	①	②	③	④	⑤
27. Com que frequência premeia o/a seu/sua filho/a por estar quieto/a (parado/a)?	①	②	③	④	⑤
28. Com que frequência proíbe o/a seu/sua filho/a de brincar fora de casa porque se preocupa com o trânsito?	①	②	③	④	⑤
29. Com que frequência proíbe o/a seu/sua filho/a de brincar fora de casa porque se preocupa com atividade criminosa?	①	②	③	④	⑤
30. Com que frequência proíbe o/a seu/sua filho/a de brincar fora de casa porque se preocupa com estranhos?	①	②	③	④	⑤
31. Com que frequência deixa o/a seu/sua filho/a sair para brincar à volta de casa?	①	②	③	④	⑤

