

MESTRADO INTEGRADO
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Programa Triple P Lifestyle: Impacto e mudanças sentidas em famílias intervencionadas

Maria de Almeida Rocha e Reis

M

2021



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

**PROGRAMA TRIPLE P LIFESTYLE: IMPACTO E MUDANÇAS SENTIDAS
EM FAMÍLIAS INTERVENCIONADAS**

Maria de Almeida Rocha e Reis

Outubro 2021

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Professora Doutora **Sandra Torres**
(FPCEUP).

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.

O presente estudo é parte integrante do projeto de investigação “Intervenção no excesso de peso e na obesidade infantil: Eficácia de um programa para pais enquanto agentes de mudança (Lifestyle)” (POCI-01-0145-FEDER-030715) (Coordenação: Prof. Doutora Orlanda Maria da Silva Rodrigues da Cruz), desenvolvido na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto e no Centro de Psicologia da Universidade do Porto (FPCEUP), e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/SAU-NUT/30715/2017).

Enquanto colaboradora nesta investigação, durante os anos letivos 2019/2020 e 2020/2021, cooperei de forma ativa na recolha e análise de dados qualitativos no momento de avaliação pós-intervenção, aquando do término do programa de parentalidade positiva “Triplo P Lifestyle em Grupo” (TPLG).

Neste estudo pretende-se avaliar a efetividade do programa supracitado através da análise qualitativa das entrevistas semiestruturadas realizadas junto dos participantes, tendo como principal objetivo perceber o impacto e as mudanças sentidas nas famílias intervencionadas após a participação no mesmo. Este estudo constitui assim um novo contributo relativamente aos estudos já elaborados no âmbito do projeto de investigação.

Agradecimentos

A realização da dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde é um grande objetivo pessoal, tendo sido várias as pessoas que contribuíram para a concretização e finalização desta etapa com o respetivo sucesso.

Primeiramente, a *Professora Doutora Sandra Torres* que sempre se demonstrou disponível durante todo o processo e, à qual agradeço a orientação e rigor que colocou no mesmo.

De seguida, à *Doutora Joana Campos* por me ter fornecido uma ajuda imprescindível ao longo da realização deste trabalho e à *colega Catarina Rodrigues* pela disponibilidade oferecida para qualquer situação.

Por fim, à *minha família e aos meus amigos* que sempre me incentivaram a dar o meu melhor neste percurso e apoiaram em todos os momentos.

Um sincero agradecimento a todos!

Resumo

A prevalência do excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes tem vindo a aumentar a nível mundial, e está associada a um impacto negativo na vida desta população bem como a consequências a vários níveis. Desta maneira, torna-se fulcral a existência de intervenções com o intuito de prevenir e atuar sobre esta problemática, mais precisamente, programas de intervenção direcionados para os pais já que a literatura evidencia que grande parte dos hábitos alimentares e de sedentarismo da população mais jovem advém de fatores ambientais e contextuais (e.g. ambiente familiar).

O presente trabalho integra-se no projeto do estudo da efetividade do programa “Triplo P Lifestyle em Grupo” (TPLG) em Portugal realizado com pais de crianças com excesso de peso ou obesidade entre os 5 e os 10 anos de idade. Como tal, pretendeu-se analisar o impacto e mudanças sentidas pelos participantes da intervenção através do estudo qualitativo da Entrevista de Mudança administrada no término do programa, recorrendo-se a um Sistema de Codificação do conteúdo. Foram realizadas 27 entrevistas, 23 com mães, duas com pais e duas com cuidadores (i.e., uma avó e uma tia).

Com base nas categorias emergentes ao longo da análise, os participantes identificaram mudanças ao nível da parentalidade positiva, nutrição e atividade física, mudanças estas que impactaram não só a vida dos próprios como também da criança e da família. Os resultados deste estudo sugerem que após a realização do programa TPLG existiu um aumento da frequência de práticas parentais eficazes quanto à prevenção e gestão de comportamentos problemáticos da criança associados com o peso e, uma respetiva diminuição das práticas ineficazes ao longo do tempo. Adicionalmente, as mudanças observadas parecem estar associadas, essencialmente, à aprendizagem decorrente da intervenção e à experiência de grupo. Embora tenham sido relatadas algumas dificuldades na implementação de alterações do estilo de vida e aspetos negativos da intervenção, o impacto geral da mesma demonstra ser maioritariamente positivo.

Assim, o programa de intervenção parental TPLG parece promover mudanças no estilo de vida da criança e da família e incentivar a adoção de práticas parentais positivas, tornando-se uma opção viável e inovadora para a prevenção e tratamento do excesso de peso e obesidade infantil em Portugal.

Palavras-Chave: Excesso de peso; Obesidade infantil; Programa de intervenção parental
“Triplo P Lifestyle em Grupo”; Processo de Mudança

Abstract

The prevalence of overweight and obesity in children and adolescents has been increasing worldwide and is associated with a negative impact on the lives of this population as well as consequences at various levels. In this way, the existence of interventions to prevent and act on this problem becomes crucial, more precisely, intervention programs aimed at parents, since the literature shows that a large part of eating habits and sedentary lifestyle of the younger population comes from environmental and contextual factors.

This work is part of the project to study the effectiveness of the “Triplo P Lifestyle in Group” (TPLG) program in Portugal carried out with parents of overweight or obese children between 5 and 10 years of age. As such, it was intended to analyze the impact and changes felt by the intervention participants through the qualitative study of the Change Interview administered at the end of the program, using a Content Coding System. Twenty-seven interviews were carried out, 23 with mothers, two with fathers and two with caregivers (i.e., a grandmother and an aunt).

Based on the categories that emerged throughout the analysis, participants identified changes in terms of positive parenting, nutrition and physical activity, changes that impacted not only their own lives, but also those of the child and family. The results of this study suggest that after the completion of the TPLG program there was an increase in the frequency of effective parenting practices regarding the prevention and management of problematic child behaviors associated with weight, and a respective decrease in ineffective practices over time. Additionally, the observed changes seem to be associated, essentially, with the learning resulting from the intervention and with the group experience (e.g., sharing of experiences). Although some difficulties in implementing lifestyle changes and negative aspects of the intervention have been reported, the overall impact of the intervention proves to be mostly positive.

Thus, the TPLG parental intervention program seems to promote changes in the child's and family's lifestyle and encourage the adoption of positive parenting practices, making it a viable and innovative option for the prevention and treatment of childhood overweight and obesity in Portugal.

Key-words: Overweight; Child obesity; Parental intervention program “Triplo P Lifestyle in Group”; Change process

Resumé

La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents a augmenté dans le monde entier et est associée à un impact négatif sur la vie de cette population ainsi qu'à des conséquences à différents niveaux. Ainsi, l'existence d'interventions afin de prévenir et d'agir sur ce problème devient cruciale, plus précisément des programmes d'intervention destinés aux parents, puisque la littérature montre qu'une grande partie des habitudes alimentaires et du mode de vie sédentaire de la population plus jeune provient de facteurs environnementaux et contextuels.

Ce travail fait partie du projet d'étude de l'efficacité du programme “Triplo P Lifestyle in Group” (TPLG) au Portugal mené auprès de parents d'enfants en surpoids ou obèses entre 5 et 10 ans. En tant que tel, il était destiné à analyser l'impact et les changements ressentis par les participants à l'intervention à travers l'étude qualitative de l'entretien de changement administré à la fin du programme, en utilisant un système de codage de contenu. Vingt-sept entretiens ont été menés, 23 avec des mères, deux avec des pères et deux avec des aidants (c'est-à-dire une grand-mère et une tante).

Sur la base des catégories qui ont émergé tout au long de l'analyse, les participants ont identifié des changements en termes de parentalité positive, de nutrition et d'activité physique, des changements qui ont eu un impact non seulement sur leur propre vie, mais aussi sur celle de l'enfant et de la famille. Les résultats de cette étude suggèrent qu'après la fin du programme TPLG, il y a eu une augmentation de la fréquence des pratiques parentales efficaces concernant la prévention et la gestion des comportements problématiques des enfants associés au poids, et une diminution respective des pratiques inefficaces au fil du temps. De plus, les changements observés semblent être liés, pour l'essentiel, aux apprentissages issus de l'intervention et à l'expérience de groupe (par exemple, partage d'expériences). Bien que certaines difficultés dans la mise en œuvre des changements de mode de vie et des aspects négatifs de l'intervention aient été signalés, l'impact global de l'intervention s'avère principalement positif.

Ainsi, le programme d'intervention parentale TPLG semble promouvoir des changements dans le mode de vie de l'enfant et de la famille et encourager l'adoption de pratiques parentales positives, ce qui en fait une option viable et innovante pour la prévention et le traitement du surpoids et de l'obésité infantiles au Portugal.

Mots-clés: Poids excessif; Obésité infantile; Programme d'intervention parentale “Triplo
P Lifestyle em Grupo”; Processus de changement

Índice

Introdução	1
1.1. Definição e prevalência da Obesidade Infantil em Portugal	1
1.2. Etiologia e fatores comportamentais associados à obesidade infantil.....	1
1.3. Papel dos Pais na Obesidade Infantil.....	2
1.4. Programas Realizados com Pais na Obesidade Infantil	4
2. Método	9
2.1. O Projeto de Investigação.....	9
2.2. Participantes	10
2.3. Procedimentos de recolha dos dados	10
23. Resultados	12
3.1. “Mudanças sentidas desde o início da intervenção”.....	12
3.2. “Mudanças ambicionadas, mas não totalmente alcançadas”.....	21
3.3. “Fatores promotores das mudanças”	24
3.4. “Dificuldades sentidas desde o início da intervenção”.....	25
3.5. “Aspetos significativos da intervenção”.....	26
Discussão	33
Conclusão	39
Referências Bibliográficas	41
Anexos.....	48

Índice de Tabelas

Tabela 1	13
Tabela 2	14
Tabela 3	15
Tabela 4	15
Tabela 5	16
Tabela 6	17
Tabela 7	18
Tabela 8	18
Tabela 9	19
Tabela 10	19
Tabela 11	20
Tabela 12	20
Tabela 13	21
Tabela 14	22
Tabela 15	23
Tabela 16	23
Tabela 17	24
Tabela 18	25
Tabela 19	27
Tabela 20	27
Tabela 21	28
Tabela 22	29
Tabela 23	29
Tabela 24	30
Tabela 25	31
Tabela 26	31

Índice de Anexos

Anexo A	49
Anexo B.....	55

Índice de Abreviaturas

OMS – Organização Mundial de Saúde

COSI – *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

RCT – Randomised Controlled Trial

IMC – Índice de Massa Corporal

TPLG – Triplo P Lifestyle em Grupo

FPCEUP – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

QUAN – Quantitativo

QUAL – Qualitativo

Introdução

1.1. Definição e prevalência da Obesidade Infantil em Portugal

O excesso de peso ou obesidade podem ser caracterizados como uma acumulação anormal ou excessiva de gordura que pode prejudicar a saúde do indivíduo. Segundo a OMS (2020), a prevalência da obesidade em todo o mundo quase triplicou entre os anos de 1975 e 2016. Em idade pediátrica, a obesidade já atingiu proporções epidémicas a nível mundial, tendo-se vindo a observar um aumento significativo do número de casos na maioria dos países. No ano de 2016, mais de 340 milhões de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e os 19 anos estavam acima do peso ou tinham obesidade. Atualmente, no que concerne a esta problemática em Portugal, com base no estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) realizado pela OMS em conjunto com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, os dados apontam para uma diminuição das prevalências de excesso de peso e obesidade infantil. Entre 2008 e 2019, confirmou-se um decréscimo da prevalência de excesso de peso, incluindo a obesidade, em todas as regiões que constituem o território português. Mais precisamente, constatou-se uma diminuição nas prevalências de 8.3% para o excesso de peso e de 3.3% para a obesidade infantil, resultando numa prevalência de 29,6% e 12% em 2019, respetivamente.

1.2. Etiologia e fatores comportamentais associados à obesidade infantil

No que concerne à etiologia desta condição, sabe-se hoje que a obesidade infantil resulta da consequência de uma interação entre um conjunto complexo de fatores que estão relacionados com o ambiente, com a genética e efeitos ecológicos como família, comunidade e escola que integram a vida da criança (Kumar & Kelly, 2017).

Embora as causas da obesidade sejam complexas e a sua etiologia multifacetada, é plausível que a mesma seja impulsionada, essencialmente, por fatores ambientais que minam a capacidade de autorregulação dos indivíduos para tomar decisões responsáveis ao nível da ingestão alimentar e da atividade física. Segundo Swinburn et al. (2011), a

obesidade é o resultado de uma resposta dos indivíduos ao “ambiente obesogénico” em que se encontram, em interação com os fatores genéticos e metabólicos.

Assim, são várias as componentes que se podem relacionar com a obesidade, entre estas o consumo/hábitos alimentares, a atividade física e o sono. No que toca a aspetos relacionados com a nutrição, uma alimentação pobre e desadequada às necessidades dietéticas das crianças e adolescentes (e.g. consumo de *fast-food*, bebidas açucaradas, *snacks* industrializados e o tamanho das porções) surge, frequentemente, associada a uma maior prevalência desta problemática (Sahoo et al., 2015). Relativamente à atividade física, verificou-se que a obesidade está associada a um estilo de vida mais sedentário, com um aumento significativo de atividades que implicam um menor gasto energético (e.g. muito tempo a ver televisão). Uma vez que, concomitantemente, poderá haver também uma tendência para a ingestão de alimentos de elevada densidade energética ou de elevadas porções de comida, o facto de existirem comportamentos de sedentarismo pode agravar a condição de excesso de peso (Baranowski & Taveras, 2018; Sahoo et al., 2015).

Ademais, existe uma grande variedade de bibliografia e estudos publicados que comprovam a relação existente entre o sono, tanto a qualidade como a quantidade, e o excesso de peso ou obesidade em crianças e adolescentes (Chaput & Dutil, 2016; Hanlon et al., 2019; Hayes et al., 2018). A falta de horas de sono e a má qualidade deste, além de estarem associadas a alterações hormonais e do funcionamento fisiológico do corpo (Correia, 2016), parecem também relacionar-se com um aumento do consumo energético diário (e.g. maior consumo de alimentos de elevada palatibilidade e menor consumo de alimentos como frutas e hortícolas), aumento do tempo de ecrã (i.e., tempo que a criança ou adolescente passa em frente a um ecrã, seja de televisão, computador ou telemóvel) e uma maior predisposição para atividades sedentárias, devido a um aumento do cansaço e da fadiga (Chaput & Dutil, 2016; Correia, 2016; Westerlund et al., 2009).

1.3. Papel dos Pais na Obesidade Infantil

Sabe-se hoje que o consumo alimentar das crianças e adolescentes é influenciado por fatores ambientais e contextuais (e.g. modelagem, a frequência de exposição aos alimentos e os tamanhos das porções). Além disso, as práticas parentais e o clima

emocional em casa têm também um grande impacto nos comportamentos alimentares, podendo afetar o balanço energético dos filhos e os alimentos constituintes da sua alimentação (Golan, 2006; Golan & Crow, 2004).

Não obstante, também as práticas parentais de alimentação e as estratégias de controlo utilizadas pelos mesmos pais parecem ter um papel preponderante no desenvolvimento e manutenção de comportamentos alimentares menos adequados, por parte das crianças e adolescentes, assim como, no clima emocional acima mencionado. Segundo Stang e Loth (2011), por práticas parentais de alimentação entendem-se tipos de estratégias comportamentais que visam moderar os comportamentos alimentares das crianças. Estas podem-se classificar em 3 construtos de primeira ordem e subconstrutos específicos práticos: 1) controlo coercivo, que engloba a restrição (e.g. limitação/restrrição do acesso a alimentos de alta palatabilidade), a pressão para comer (i.e. insistência ou ordens para que a criança coma mais), ameaças e subornos alimentares para controlar comportamentos e o uso de comida para controlar emoções negativas, 2) estrutura, composta por regras e limites relacionados com a ingestão alimentar, escolhas limitadas ou guiadas (e.g. dar algum controlo à criança sobre o que esta come), monitorização, rotinas de refeições e lanches, modelagem, acessibilidade de alimentos, preparação dos alimentos e práticas não estruturadas (i.e. falta de controlo parental ou pouca estrutura no que toca à alimentação da criança) e 3) apoio à autonomia que inclui a educação nutricional, o envolvimento da criança nas tarefas associadas à alimentação, o incentivo, o elogio, o raciocínio (i.e. utilizar a lógica para persuadir a criança a mudar o seu comportamento alimentar) e a negociação (Vaughn et al., 2016; Musher-Eizenman et al., 2019).

Com base num estudo realizado por Afonso et al., (2020), práticas parentais alimentares mais restritivas, conversas sobre o peso iniciadas pelos pais e distrações durante as refeições estão associadas a um Índice de Massa Corporal (IMC) mais elevado. Ademais, níveis mais elevados de distração durante as refeições associaram-se positivamente a um consumo de doces mais elevado.

Posto isto, os pais são os principais responsáveis pela gestão da alimentação das crianças e adolescentes (e.g., adquirem os alimentos para ter em casa, preparam as refeições e os lanches), sendo fundamental envolvê-los nos programas que visam à redução da obesidade nos seus filhos, com o intuito de os munir com estratégias parentais eficazes, bem como, desenvolver a sua autoeficácia, no sentido de possibilitar a criação

de um ambiente familiar que facilite e apoie a prática de comportamentos alimentares favoráveis à saúde, incentive à prática de atividade física e, acima de tudo, onde existam regras e exigências consistentes e mutuamente acordadas (Dantas & Silva, 2019).

1.4. Programas Realizados com Pais na Obesidade Infantil

Ao longo do tempo têm vindo a ser desenvolvidos diversos programas para o tratamento da obesidade infantil direcionados para diferentes alvos, pelo que se começou a questionar quais seriam os mais eficazes. Por outras palavras, alguns estudos têm sido realizados com o intuito de perceber se estes tipos de intervenções serão mais benéficos quando o alvo intervencionado é apenas a criança, apenas os pais ou ambos em simultâneo. Constatou-se que, quando comparados com as outras vertentes (i.e., só a criança ou ambos ao mesmo tempo), parece existir uma supremacia nos resultados obtidos quando a participação nos programas é feita exclusivamente pelos pais (Golan et al., 1998; Golan et al., 2006; Golan & Crow, 2004).

Loveman et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática em que se debruçaram sobre o estudo de 20 ensaios clínicos randomizados (RCTs), com o objetivo de examinar o efeito de intervenções apenas realizadas com pais para o tratamento da obesidade e excesso de peso em crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 11 anos. Para isso, os autores categorizaram as comparações em 4 grupos: 1) apenas com pais vs com pais e crianças, 2) apenas com pais vs grupos em lista de espera 3) apenas com pais vs com contacto mínimo com os pais e 4) apenas com pais vs apenas com pais. Concluiu-se que as intervenções realizadas apenas com pais constituem uma opção de tratamento eficaz para este tipo de problemática e faixa etária em comparação com grupos de espera. No entanto, as primeiras apresentaram resultados semelhantes quando comparadas com intervenções dirigidas a pais e crianças em simultâneo e com aquelas em que o contacto com os pais era mínimo.

Quanto ao conteúdo abordado nas sessões dos programas analisados na revisão, as principais temáticas prendem-se com aspetos relacionados com a nutrição e a atividade física que são trabalhados através de sessões educacionais e da aprendizagem de estratégias comportamentais. Desta forma, as práticas parentais parecem não apresentar grande destaque, focando-se as intervenções, essencialmente, em questões nutricionais.

Contudo, uma das grandes limitações que tem vindo a ser observada na maioria dos programas direccionados para a família de crianças e adolescentes com excesso de peso ou obesidade é uma lacuna na existência de um quadro teórico que justifique a elaboração de um determinado programa, ou seja, de que forma a teoria é aplicada no contexto da intervenção e nos conteúdos por esta abordados (Alulis & Grabowski, 2017). Ainda relativamente às limitações dos programas que têm vindo a ser elaborados, são frequentemente mencionadas a possibilidade de generalização dos resultados obtidos a outras populações (Dinkel et al., 2017; Ek et al., 2019), incluindo minorias étnicas ou famílias de um nível socioeconómico mais baixo (i.e., famílias de maior risco; Reilly et al., 2019; West et al., 2010) e, o facto de nem todos os participantes completarem os programas até ao seu final ou não conseguirem retirar o máximo de aprendizagens destes, devido a constrangimentos de tempo ou pela falta de transporte para o local da realização da intervenção (Dinkel et al., 2017; Reilly et al., 2019).

Em suma, a forma como os pais lidam e interagem com os seus filhos (i.e., o seu estilo parental, comportamentos alimentares familiares, estratégias parentais de controlo, entre outros) é, claramente, um fator determinante no desenvolvimento, bem-estar e nas oportunidades e escolhas das crianças e adolescentes.

1.5. O Triple P Lifestyle

No seguimento das limitações mencionadas, surge o programa de parentalidade positiva denominado Triple P, programa este que colmata, entre outras, a ausência de um fundo teórico associada a vários programas até agora desenvolvidos, uma vez que, na sua descrição consta uma caracterização pormenorizada do sistema pelo qual este se rege, bem como, os princípios e técnicas fundamentais que o constituem (Sanders & Mazzucchelli, 2017). Em contrapartida, relativamente à utilidade e eficiência do Triple P em diferentes populações, tem-se vindo a demonstrar a sua adequação para famílias culturalmente diversas, ou seja, famílias provenientes de diferentes etnias e de todos os níveis socioeconómicos, incluindo os mais desfavorecidos (Morawska et al., 2011; Sanders, 2012; Sanders & Mazzucchelli, 2017). Por fim, este programa integra como alternativa uma versão online, que apresentou ter um impacto positivo na redução de estratégias parentais ineficazes e no aumento da confiança dos pais para lidarem com as problemáticas dos filhos (Baker, Sanders, Turner & Morawska, 2017), sendo igualmente

eficaz ao Triple P implementado presencialmente. A versão online traduz-se numa mais-valia deste programa, uma vez que, em tempos de pandemia se torna uma opção viável para a realização do mesmo. Além disso, é bastante vantajosa caso existam impedimentos relacionados com as deslocações (e.g. transporte para o local físico onde se realiza a intervenção) ou com os próprios custos do programa, constituindo assim uma vertente mais conveniente na relação custo-tempo e conduzindo a uma maior adesão ao Triple P por parte dos pais (Sanders, 2012; Baker et al., 2017; Sanders & Mazzucchelli, 2017).

De uma forma muito breve e concisa, o programa Triple P baseia-se num sistema multinível e o seu principal objetivo é prevenir a ocorrência de problemas comportamentais, emocionais e desenvolvimentais em crianças e adolescentes, através da melhoria dos conhecimentos, estratégias e autoconfiança dos pais (Sanders, 2012). O sistema multinível referido, engloba cinco níveis de intervenção e a sua organização característica deriva da premissa de que todos os pais têm diferentes necessidades e preferências no que concerne ao tipo, intensidade e modo de assistência que estes podem necessitar para ajudar na problemática dos seus filhos.

Decorrente do Triple P, surge o “Triplo P Lifestyle em Grupo” (TPLG) uma intervenção em grupo elaborada para pais de crianças com excesso de peso ou obesidade com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos. Este programa tem uma duração de 14 semanas, ao longo das quais se abordam estratégias relacionadas com 3 tópicos, sendo estes a nutrição, a atividade física e a parentalidade positiva (Gerards et al., 2012). West et al. (2010), consideram que o principal intuito do TPLG é ensinar os pais a reorganizar o seu ambiente familiar e encorajar comportamentos saudáveis, bem como capacitá-los de estratégias para prevenir e gerir de forma mais eficaz o comportamento problemático relacionado com o peso das crianças.

West et al. (2010) e Gerards et al. (2015), através da elaboração de um RCT cada, testaram a eficácia do TPLG. A principal diferença entre estes dois estudos prende-se com o facto de o primeiro ter analisado os efeitos da intervenção a curto prazo, já o segundo, além dos efeitos a curto prazo também avaliou efeitos a longo prazo advindos do programa, o que complementou a informação pré-existente. Quanto ao primeiro RCT, concluiu-se que após uma intervenção de 12 semanas realizada na Austrália, as crianças entre os 4 e os 11 anos de idade apresentaram uma redução significativa do volume corporal e menos problemas associados ao peso, tratando-se estes dos problemas que os pais percecionavam como sendo problemáticos na criança que passaram a ocorrer com

menos frequência ou os pais sentiam que eram mais fáceis de gerir (e.g. comer em demasia ou ver televisão durante muito tempo). Além disso, os pais mostraram-se mais confiantes relativamente à gestão dos problemas anteriormente mencionados e utilizaram com menos frequência práticas parentais inconsistentes ou coercivas (West et al., 2010). Já no segundo, Gerards et al. (2015) constataram que, após a administração do TPLG durante 14 semanas na Holanda, apesar de as crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 8 anos de idade não terem demonstrado alterações na sua composição corporal, apresentaram-se mudanças positivas a curto-prazo no que toca ao consumo de refrigerantes pelas crianças, à responsabilidade parental relativa à atividade física, ao encorajamento do consumo de alimentos variados e interesse por novos alimentos, ao controlo psicológico e à eficácia e satisfação com a parentalidade. Por outro lado, os efeitos a longo-prazo da intervenção refletiram-se positivamente no tempo despendido pelas crianças em atividades sedentárias e brincadeiras no exterior, na monitorização parental quanto à ingestão alimentar e, ainda, na responsabilidade em relação à nutrição. Não obstante, não foram encontrados efeitos significativos nas medidas objetivas da atividade física das crianças quando se comparou o grupo experimental com o grupo de controlo.

Posto isto, o presente estudo surge inserido num projeto financiado pela FCT que tem vindo a ser desenvolvido por uma equipa de investigadores da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) no qual se pretende analisar a efetividade do programa “Triplo P Lifestyle em Grupo” realizado em Portugal direcionado para pais de crianças entre os 5 e os 10 anos de idade.

De maneira a atingir os objetivos desta investigação, e tendo por base uma abordagem qualitativa, a compreensão do processo de mudança passou por aplicar a Entrevista de Mudança aos participantes no final da intervenção (Elliott & Rodgers, 2008; versão portuguesa de Sales et al., 2007). Esta entrevista tem como finalidade compreender através do discurso dos participantes o que mudou após a realização do programa e de que forma essas mudanças ocorreram, incluindo fatores que possam ter interferido nesse processo (Elliott, 2012). No estudo recente de Rodrigues (2020), foi desenvolvido um Sistema de Codificação da Entrevista de Mudança com o objetivo de construir uma grade de análise qualitativa da entrevista no estudo da efetividade do TPLG. Para tal cotaram-se 13 entrevistas recorrendo à análise de conteúdo temática, atingindo-se a saturação teórica após analisar a 8ª entrevista. O sistema de codificação referido serviu de quadro

de referência para a análise de conteúdo de todas as entrevistas realizadas nesta investigação.

Assim, pretende-se perceber quais as mudanças identificadas por parte dos pais/cuidadores intervencionados no TPLG ao nível da parentalidade positiva, da nutrição e da atividade física, e de que forma o programa impactou a sua vida, a nível não só individual, mas também da criança e da família.

2. Método

2.1. O Projeto de Investigação

O presente trabalho está inserido num projeto de maior extensão com o nome de “Intervenção no excesso de peso e na obesidade infantil: Eficácia de um programa para pais enquanto agentes de mudança (Lifestyle)” (POCI-01-0145-FEDER-030715), projeto este que tem vindo a ser desenvolvido por um grupo de investigadores sob a coordenação das Professoras Doutoradas Orlanda Cruz e Catarina Canário na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) e é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/SAU-NUT/30715/2017). O projeto mencionado representa um RCT com avaliações cegas (*blind assessments*) e desenho metodológico misto QUAN + QUAL.

Desta maneira, este estudo integra-se na vertente qualitativa do projeto apresentado, onde se inclui a Entrevista de Mudança (Elliott & Rodgers, 2008; versão portuguesa de Sales et al., 2007) realizada após o término da intervenção TPLG e a análise temática de conteúdo efetuada com base num Sistema de Codificação (Rodrigues, 2020).

Os critérios de inclusão tidos em conta para a seleção da amostra corresponderam a saber ler e compreender português e ser mãe, pai ou cuidador de uma criança entre os 5 e os 10 anos de idade, com excesso de peso ou obesidade, que estivesse a iniciar ou a realizar protocolo terapêutico no Centro Materno-Infantil do Norte relativo a essa condição. Relativamente aos critérios de exclusão deste estudo, estes encontram-se presentes num outro trabalho decorrente do mesmo projeto (ISRCTN44687723, Cruz & Canário, 2020).

Quanto aos pareceres relativos à ética e à proteção de dados, o projeto em curso teve o parecer positivo da Comissão de Ética da FPCEUP (ref. 13-10/2016), da Universidade do Porto (ref. 2018091915006258) e da Comissão de Ética do Centro Materno-Infantil do Norte [ref. 2019.020(017-DEFI/018-CE)]. Importa mencionar que o recrutamento dos participantes foi realizado por duas vias: a) presencial, através da Consulta de Pediatria de Alterações Nutricionais do Centro Materno-Infantil do Norte e b) contacto telefónico, por parte dos investigadores da FPCEUP incluídos nesta etapa do

projeto. Além disso, todos os participantes assinaram um consentimento informado relativo à investigação em causa.

2.2. Participantes

A totalidade da amostra deste estudo é composta por 27 participantes que eram mães, pais ou cuidadores provenientes de 3 grupos distintos da intervenção do TPLG, dois destes com funcionamento *online*, tanto para a intervenção como para as entrevistas, e um com funcionamento misto (i.e., presencial e *online*). Em dois dos casos a entrevista foi realizada à díade pai-mãe e num outro à díade mãe-avó, de forma separada, perfazendo um total de 27 entrevistas analisadas que constituem o material empírico. De referir que ao longo do texto do presente trabalho, os participantes serão intitulados por P1, P2, P3 (...) P27, por uma questão de anonimato e confidencialidade.

Posto isto, os participantes tinham idades entre os 29 e os 52 anos ($M = 40.81$; $DP = 5.04$) sendo 92.6% do sexo feminino e 7.4% do sexo masculino. Quanto à relação que estabelecem com a criança em causa, os participantes eram mães biológicas ou adotivas ($n = 23$; 85.2%), pais biológicos ou adotivos ($n = 2$; 7.4%), ou mantinham outro tipo de relação com a criança como tia ou avó ($n = 2$; 7.4%). Relativamente ao estado civil, os participantes eram casados ($n = 19$; 70.4%), viviam em união de facto ($n = 4$; 14.8%), estavam divorciados ($n = 3$; 11.1%) ou solteiros ($n = 1$; 3.7%).

No caso das crianças, estas tinham idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos ($M = 9.30$; $DP = 1.41$) e eram 12 do sexo feminino (44.4%) e 15 do sexo masculino (55.6%). De referir que destas crianças, com base na análise dos *z scores* do IMC, 67% tinham excesso de peso ($n = 18$) e 33% eram obesas ($n = 9$).

2.3. Procedimentos de recolha dos dados

A recolha dos dados presentes neste trabalho foi realizada através da entrevista, mais precisamente, recorrendo a um modelo da Entrevista de Mudança (Elliott & Rodgers, 2008; versão portuguesa de Sales et al., 2007) que se trata de uma entrevista semiestruturada administrada no final da intervenção (ver Anexo A). Esta entrevista tem

como principal intuito perceber as mudanças que ocorreram desde o início do TPLG e de que forma estas se manifestaram, já que se questionam os participantes acerca das mudanças que sentiram, tanto positivas como negativas, as causas para essas mudanças e os aspetos significativos da intervenção, sejam estes positivos ou negativos. Para tal, pede-se ao participante que dê o máximo de informação possível. Ao longo da entrevista é ainda preenchida uma tabela de mudanças que não será alvo de análise neste estudo, onde constam as mudanças referidas durante a mesma e o participante deve avaliar numa escala de 0 a 5 o quanto a mudança foi esperada, se aconteceria sem a intervenção e se foi importante.

A realização das 27 entrevistas aconteceu após o término da intervenção dos respetivos grupos dos participantes e ocorreu de duas formas distintas: a) presencial, nas instalações da FPCEUP e b) *online*, através de plataformas como o *Zoom* ou *WhatsApp*. Os participantes foram questionados no início das entrevistas quanto ao consentimento para proceder à gravação áudio das mesmas mantendo a confidencialidade, visto que facilitaria o processo de transcrição posteriormente. As entrevistas foram realizadas por 3 investigadoras envolvidas no projeto, sendo uma delas a autora do presente trabalho.

2.4. Procedimentos de análise dos dados

A análise de informação dos dados recolhidos teve por base o Sistema de Codificação desenvolvido no trabalho de Rodrigues (2020), fazendo parte dos dados incluídos neste estudo os participantes e respetivas entrevistas usadas no seu trabalho. Para tal, todas as entrevistas foram transcritas no programa Word de maneira a possibilitar a análise de conteúdo qualitativa. Após a transcrição de todo o material empírico, procedeu-se à categorização do mesmo e, de seguida, foi realizada uma análise de frequências para cada categoria do Sistema de Codificação supracitado (ver Anexo B).

É importante mencionar que foi avaliado o acordo entre pares de codificadores para 40.7% das entrevistas ($n = 11$) e, decorrente desta análise obteve-se um acordo de 81% o que sugere um nível adequado de acordo inter-codificadores (Saldaña, 2009). Este acordo foi estimado através da razão do número de acordos e a soma de acordos mais desacordos (Miles & Huberman, 1994).

3. Resultados

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos nesta investigação que tiveram por base o sistema de codificação já mencionado na introdução, através do qual se realizou uma análise de frequências para cada categoria. Tendo em conta que emergiu uma vasta quantidade de categorias, encontra-se em anexo (ver anexo B) um esquema-síntese de toda a grade de análise, de modo a facilitar uma compreensão integrada da mesma.

Nesta seção, a apresentação dos dados será dividida pelas categorias de 1º nível, nas quais constarão as frequências das categorias de nível seguinte (2ª a 6ª, quando aplicável), bem como excertos ilustrativos das entrevistas realizadas. Assim, decorrente do sistema supracitado existem 5 grandes categorias descritas que serão apresentadas pela seguinte ordem: 1) “Mudanças sentidas desde o início da intervenção”, 2) “Mudanças ambicionadas, mas não totalmente alcançadas”, 3) “Fatores promotores das mudanças”, 4) “Dificuldades sentidas desde o início da intervenção” e 5) “Aspetos significativos da intervenção”.

3.1. “Mudanças sentidas desde o início da intervenção”

A subcategoria de “Mudanças sentidas desde o início da intervenção” encontra-se dividida em “Mudanças positivas e mantidas ao longo do tempo”, “Mudanças positivas e não mantidas ao longo do tempo”, “Mudanças negativas e mantidas ao longo do tempo” e “Mudanças negativas e não mantidas ao longo do tempo”. Para cada uma dessas, consideram-se os alvos da mudança: mudanças observadas em si próprios, na criança ou na família correspondente.

Considerando a **parentalidade positiva**, as mudanças mais frequentemente mencionadas pelo pai e/ou mãe e/ou cuidador(a) dizem respeito a serem menos reativos na atuação com a criança, comunicarem de forma mais clara e precisa e recorrerem mais aos elogios na atuação com a mesma desde o início da intervenção. Na tabela 1 observam-se todas as mudanças identificadas no que concerne à parentalidade positiva.

Tabela 1

Mudanças positivas e mantidas ao longo do tempo no pai e/ou mãe e/ou cuidador(a) ao nível da parentalidade positiva

Assertividade	
É menos reativo(a) (n = 10)	<i>“(…) Sim, aí agora já agora já penso duas vezes antes de dar um berro.” [P25]</i>
Comunica de forma mais clara e precisa (n = 8)	<i>“(…) prontos/(pronto), às vezes eu tenho mas também paro e explico-lhe que se ele demorar muito tempo a fazer aquilo que eu pedi há consequências para isso.” [P23]</i>
Mantém as regras impostas (n = 1)	<i>“(…) consigo, neste momento, manter, por exemplo, s::e eu lhe digo que “Vais estar de castigo X tempo sentado” (….) eu mantenho o X tempo que eu disse.” [P2]</i>
Diz que não (n = 2)	<i>“A forma assertiva de falar... dizer um “não” quando tenho que dizer um “não...” [P2]</i>
Desenvolvimento de relações de afeto e cuidados	
Elogia a criança (n = 8)	<i>“(…) a parte do elogio porque prontos só temos o hábito de elogiar quando a coisa corre bem pronto e ele ensinou-nos que se calhar elogiar quando corre menos bem também é bom também deveremos-lo/(o devemos) fazer.” [P23]</i>
Passa tempo de qualidade com a criança (n = 6)	<i>“(…) tento passar assim mais esse tempo com ela (….)” [P6]</i>
Demonstra afeto (n = 1)	<i>“(…) eu não sou muito de mostrar afetos. (...) mas, ultimamente, até tenho mostrado mais que àquilo que...” [P1]</i>
Não faz comparações (n = 1)	<i>“(…) não fazer comparações...” [P10]</i>
Negociação e envolvimento da criança	
Disponibiliza recompensas (n = 5)	<i>“(…) À sexta-feira, se bebesse os três- o litro e meio de água, levava o telemóvel ‘pa escola.” [P12]</i>
Utiliza os tempos de pausa e/ou sossego (n = 2)	<i>“(…) os tempos de:: de pausa, os tempos de silêncio (...) quer estejamos em casa, quer estejamos fora de casa.” [P5]</i>
Estabelece limites com a criança (n = 4)	<i>“(…) e depois ele sabe também, sabe que se não obedecer ou se esticar muito a corda vamos dizer assim que depois é cortado nas coisas boas” [P25]</i>
Envolve a criança na preparação de tarefas diárias (n = 2)	<i>“Até mesmo planear ãh as coisas ‘po dia seguinte. (...) eu optei por envolver a M., em vez de ser eu a preparar-lhe a roupa, ser ela a a ver o que é que quer vestir no dia a seguir de manhã e preparar as coisas com antecedência.” [P5]</i>

No que toca à **nutrição**, as principais mudanças relatadas pelos participantes foram ao nível da leitura dos rótulos, da confeção dos alimentos de forma mais saudável e da imposição de regras na alimentação. Na tabela 2 observam-se as mudanças relacionadas com esta área.

Tabela 2

Mudanças positivas e mantidas ao longo do tempo no pai e/ou mãe e/ou cuidador(a) ao nível da nutrição

Extratos ilustrativos	
Lê os rótulos dos alimentos (n = 16)	<i>“(...) passamos a ter mais cuidado com ler rótulos porque aprendemos também a ver os rótulos, como é que conseguíamos identificar se um artigo era aconselhável ou não (...)” [P23]</i>
Confeciona os alimentos de forma mais saudável (n = 10)	<i>“(...) essa mudança nos no:: na confeção dos bolos ãh passar do:: do óleo ‘po azeite, isso fo::i... fenomenal.” [P5]</i>
Envolve a criança no planeamento e decisão (n = 5)	<i>“Já consigo negociar com ela quando tem, por exemplo, festas, aniversários, situações fora do normal. (...) consigo negociar com ela o que é que ela pode e o que é que ela não pode.” [P7]</i>
Impõe regras na alimentação (n = 10)	<i>“(...) então implementamos os doces só ao fim de semana e agora até é só ao domingo (...) mas ela já sabe tem que ser só fim de semana portanto há assim várias regras (...)” [P26]</i>
Disponibiliza semanalmente “dia da asneira” (n = 3)	<i>“(...) o dia da asneira ‘pra ele é o dia em que pode comer:: McDonald’s (...)” [P8]</i>
Perspetiva a nutrição de outra forma (n = 2)	<i>“(...) maneira de pensar mesmo a nível de:: nutrição (...) é totalmente diferente do que era inicialmente...” [P11]</i>

Relativamente à **atividade física** (ver tabela 3) a mudança mais reportada neste âmbito traduz-se na disponibilização/incentivo de brincadeiras ativas por parte dos pais/cuidador(a).

Tabela 3

Mudanças positivas e mantidas ao longo do tempo no pai e/ou mãe e/ou cuidador(a) ao nível da atividade física

Extratos ilustrativos	
Disponibiliza/incentiva brincadeiras ativas (n = 13)	<i>“(...) Sim, por exemplo os saltos a canguru elas ainda hoje fazem, saltar à corda:: e o do balão também de vez em quando pronto acabaram por incutir o:: andar atrás do balão (...)” [P22]</i>
Disponibiliza/incentiva deslocações ativas (n = 8)	<i>“(...) mas mudamos hábitos porque por exemplo eu costumava ir buscá-lo de carro e quando tinha hipótese já o ia buscar a pé e portanto mudámos esses hábitos ãh:: começamos a caminhar mais.” [P25]</i>
Limita o tempo da criança em atividades sedentárias (n = 4)	<i>“Hoje, não vais ver a televisão... at- toda a tarde, porque vamos fazer isto ou vamos fazer aquilo. E depois, aí sim, aí tens aquele tempo de::...” (...) Playstation, que é o que ele gosta.” [P2]</i>

Um número reduzido de participantes mencionou **outras mudanças no pai e/ou mãe e/ou cuidador(a)**, tal como se encontra descrito na tabela 4.

Tabela 4

Outras mudanças no pai e/ou mãe e/ou cuidador(a)

Extratos ilustrativos	
Perda de peso (n = 3)	<i>“Posso já dizer que neste momento eu emagreci 10 quilos, emagreci 10 quilos:: com a vossa ajuda (...)” [P14]</i>
Menor sobrecarga emocional (n = 1)	<i>“Acho que não ‘tou tão ansiosa. (...) anteriormente sentia que:: “Eu tenho que fazer isto, eu tenho que fazer aquilo, porque:: a responsabilidade é minha, porque:: ela ‘tá a crescer e se tiver depois problemas ãh ãh médicos, mais tarde, a responsabilidade é minha, eu tenho que atuar já e:: o que é que está bem, o que é que está mal” (...)” [P7]</i>

Posteriormente, serão apresentadas as mudanças positivas e mantidas ao longo do tempo na criança e na família.

Quanto às mudanças observadas na criança, poucos participantes reportaram alterações no que respeita ao **comportamento em sentido lato**. Na tabela 5 encontra-se informação mais detalhada acerca dessas mesmas mudanças.

Tabela 5

Mudanças positivas e mantidas ao longo do tempo na criança ao nível do comportamento em sentido lato

Extratos ilustrativos	
É mais calma/paciente	
Não faz/faz menos birras (n = 2)	<i>“(…) [não faz] birras. Coisa que fazia.” [P2]</i>
Espera calmamente (n = 2)	<i>“E:: o facto de ela esperar quando nós estamos a conversar, ela tava... tinha sempre o o:: vício (...) de interromper, porque:: o que ela tem que dizer tem que dizer naquela altura e:: e toda a gente tem que se calar ‘pra ela::... ‘pra ela intervir, ‘pra ela falar. Agora não, agora já começa a esperar um bocadinho e a perguntar se já pode falar.” [P5]</i>
Aceita um “não” (n = 1)	<i>“(…) Aceita bem um “não” no momento.” [P2]</i>
Melhoria genérica nesta dimensão comportamental (n = 1)	<i>“Familiares notam que o G. está mais calmo.” [P2]</i>
É mais participativa/focada	
Em contexto doméstico (n = 4)	<i>“(…) Pronto acho que participamos mais, mesmo o meu neto participa mais a fazer as comidas, ainda ontem a fazer as lasanhas ele esteve-me a ajudar.” [P14]</i>
Em contexto escolar (n = 1)	<i>“O professor (...) notou que a M. estava mais participativa (...) a M. agora é das primeiras a colocar o dedo no ar ‘pa responder ãh nota que ele está um bocadinho mais concentrado do que o que estava antes nas aulas.” [P5]</i>
Outros contextos/sem especificar o contexto (n = 2)	<i>“Até já, por exemplo... a minha filha (sai e vai-se pôr:) “Mãe, o que é... o que é isto?”. Já tem mais curiosidade também, às [vezes, em perguntar] (...)” [P3]</i>
É mais madura/responsável (n = 1)	<i>“(…) eu acho que ele (...) com o tempo vai mudando, vai amadurecendo. (...) a gente nota nele que ele ‘tá a ficar mais maduro, ‘tá a ficar mais (...) responsável.” [P1]</i>

Ademais, vários participantes identificaram mudanças na criança ao nível do **comportamento relacionado com as alterações no estilo de vida** (ver tabela 6), sendo que nesta vertente todas as categorias foram observadas com uma elevada frequência. Isto é, os participantes mencionaram que grande parte das crianças passaram a ser mais regradas na alimentação bem como na atividade física, tornaram-se mais proativas na implementação das mudanças e, desenvolveram uma maior consciência do problema e compreensão da necessidade de implementar mudanças no estilo de vida.

Tabela 6

Mudanças positivas e mantidas ao longo do tempo na criança ao nível do comportamento relacionado com as alterações no estilo de vida

Extratos ilustrativos	
É mais regrada na alimentação (n = 16)	<i>“(…) tínhamos o problema da fruta (...) e agora já vai comendo mais, não conseguimos ainda duas peças por dia mas já vai uma peça por dia portanto já conseguimos e já vai comendo alguns legumes no prato sem ser alface (...)” [P27]</i>
É mais regrada na atividade física (n = 15)	<i>“(…) Sim ela preocupa-se, para aí há um mês fomos sair com a madrinha e ela própria pediu para ir fazer uma caminhada para o bem dela não é (...)” [P22]</i>
É mais proativa na implementação das mudanças (n = 17)	<i>“(…) já não pede pão já não pede bolachas e:: “oh mãe posso comer uma maçã?” já pede para fazer isso e mudou imenso nessa parte (...)” [P25]</i>
Tem mais consciência do problema e/ou da importância da mudança (n = 11)	<i>“(…) ela também tomou consciência... (foi das) coisas que ela alterou na maneira dela... ela tomou consciência de que não pode comer aquilo que comia.” [P10]</i>

Foram ainda relatadas **outras mudanças na criança**, sendo a que foi mais observada o “controlo do peso”, ou seja, o facto de a criança ter conseguido manter ou em alguns casos perder peso desde que se iniciou a intervenção. Essas mudanças constam na tabela 7.

Tabela 7*Outras mudanças na criança*

Extratos ilustrativos	
Controlo do peso (n = 9)	<i>“(…) nós fizemos consulta em fevereiro e tínhamos feito em outubro ou novembro e:: ela entre essas consultas perdeu volume ou seja:: já durante estas sessões.” [P27]</i>
Maior satisfação com a imagem corporal (n = 1)	<i>“(…) ela própria já gosta de se ver mais ao espelho...” [P7]</i>
Bem-estar geral (n = 2)	<i>“(…) acho que que a tornamos uma criança mais feliz (...)” [P24]</i>

Atendendo às mudanças sentidas na família ao nível da **nutrição**, algumas destas foram enunciadas pelos participantes (ver tabela 8), sendo a que mais se destacou a retirada parcial ou total de alimentos pouco saudáveis.

Tabela 8*Mudanças positivas e mantidas ao longo do tempo na família ao nível da nutrição*

Extratos ilustrativos	
Retirada parcial ou total de alimentos pouco saudáveis (n = 10)	<i>“(…) mas aqui na minha cozinha não existe bolacha Maria nem aquelas coisas que aqui há uns tempos existia, não é?” [P14]</i>
Imposição de limites no consumo de alimentos pouco saudáveis (n = 3)	<i>“Acabamos por comer um bocadinho de tudo na mesma (...) não restringimos nada, simplesmente impusemos alguns limites (...)” [P2]</i>
Disponibilidade para novos alimentos” (n = 3)	<i>“(…) isso foi bem aceite (...) na família. Mesmo que compre algum ingrediente/(ingrediente)/ novo já não se faz má cara. É:: [vamos ver] se é bom.” [P3]</i>
Planeamento das idas ao supermercado (n = 1)	<i>“(…) nas compras, (indo) com a lista e evitar certo::s corredores. (...) se for com ele já temos esse cuidado de preparar antes, não é? Fazer o:: o plano antes de:: de ir com ele e saber que corredores a ir, que coisas a trazer para que não possamos ter outras distrações. E, portanto, isso também inclui:: a minha mãe quando estamos com ele. Portanto, já ‘tamos as duas aptas a isso. ((risos))” [P8]</i>
Substituição do prato normal por prato de sobremesa” (n = 1)	<i>“(…) implementámos, por exemplo::, o prato de sobremesa...” [P2]</i>

Melhoria genérica na alimentação (n = 3)	<i>“(...) Estão melhores, em termos:: alimentares se calhar estão um bocadinho (...) e acho que sim, que estamos melhores.” [P27]</i>
---	---

A nível da atividade física na família os participantes reportaram, ainda que com pouca frequência, a diminuição do comportamento sedentário da família. Essa mudança consta na tabela 9.

Tabela 9

Mudanças positivas e mantidas ao longo do tempo na família ao nível da atividade física

Extratos ilustrativos	
Diminuição do comportamento sedentário da família (n = 4)	<i>“(...) dissemos: “Oh D., ‘tamos muito parados e tudo” (...) pusemos um colchão na sala, onde fazemos a atividade física ou [eu, a avó] e ele... fazemos a dois a dois.” [P8]</i>

Tal como já foi mencionado anteriormente, os participantes no programa em questão, identificaram algumas mudanças positivas e não mantidas ao longo do tempo, além de mudanças negativas e mantidas ao longo do tempo e mudanças negativas e não mantidas ao longo do tempo, ainda que estas sejam bastante reduzidas e muito pouco reportadas.

Deste modo, no que toca às mudanças positivas e não mantidas ao longo do tempo, estas foram identificadas primeiramente no pai e/ou mãe e/ou cuidador(a) ao nível da **parentalidade positiva**, da **nutrição** e da **atividade física**. Como se pode ver na tabela 10, nenhuma destas mudanças foi de grande relevo.

Tabela 10

Mudanças positivas e não mantidas no(a) pai e/ou mãe e/ou cuidador(a) ao nível da parentalidade positiva, nutrição e atividade física

Extratos ilustrativos

Parentalidade positiva

Utilização das grelhas de comportamento (n = 4)	<i>“(…) houve também aquela ideia de fazer a tabela [dos comportamentos, também foi engraçado ela achou piada, ainda fizemos um tempo mas depois pronto ãh:: acabou por se:: por não se fazer mais (…)]” [P26]</i>
---	--

Nutrição

Implementação da sopa no início das refeições (n = 1)	<i>“E:: também (….) tinha:: implementado que todas as refeições tinham que começar com sopa, coisa que, neste momento, não está a acontecer.” [P10]</i>
---	---

Atividade física

Disponibilização de deslocação ativas (n = 2)	<i>“(…) até à semana passada ainda fazíamos umas caminhadas ao fim do dia (…)]” [P12]</i>
---	---

Já no caso da criança, apenas foi mencionada uma mudança respeitante ao **comportamento relacionado com as alterações no estilo de vida**, tal como consta na tabela 11.

Tabela 11

Mudanças positivas e não mantidas ao longo do tempo na criança ao nível do comportamento relacionado com as alterações no estilo de vida

Extratos ilustrativos	
Aumento da prática de atividade física (n = 1)	<i>“Ele fazia mais, ele fazia...” [P13]</i>

No que concerne às mudanças negativas e mantidas ao longo do tempo no pai e/ou mãe e/ou cuidador(a), apenas foi mencionada uma por um participante na área da **nutrição**. Tal está apresentado na tabela 12.

Tabela 12

Mudanças negativas e mantidas ao longo do tempo no pai e/ou mãe e/ou cuidador(a) ao nível da nutrição

Extratos ilustrativos	
-----------------------	--

Repreende a criança como forma de incentivar a alimentação saudável (n = 1)	<i>“(...) fiquei mais repreensiva com elas nas quantidades que deviam comer (...) chamar a atenção. “Olha que:: já escolheste isto” ou “Já escolheste aquilo” [P9]</i>
---	--

Para terminar os resultados obtidos nesta subcategoria, na tabela 13 podemos observar que os participantes relataram poucas ou praticamente nenhuma mudanças negativas e não mantidas ao longo do tempo na criança, relativamente ao **comportamento em sentido lato** e ao **comportamento relacionado com as alterações no estilo de vida**.

Tabela 13

Mudanças negativas e não mantidas ao longo do tempo na criança ao nível do comportamento em sentido lato e comportamento relacionado com as alterações no estilo de vida

Extratos ilustrativos	
Comportamento em sentido lato	
Deterioramento do comportamento (n = 1)	<i>“[Tirando] uma fase de:: de comportamento que:: que o G. teve... má. Essa fase já passou e já voltou... ao normal. A nível de escola.” [P2]</i>
Comportamento relacionado com as alterações no estilo de vida	
Ingestão alimentar às escondidas (n = 2)	<i>“(...) nos primeiros dois meses (...) “Mas o que é que se passa? O que é que se passa? Não emagrece... não emagrece”... depois descobri que ele andava a comer Bollycaos todos os dias. (...) Ele via os colegas a comer Bollycaos e, então, ele gastou quinze euros em Bollycaos. (...) foi muito mau, porque (...) nós não percebíamos porque é que ele tinha engordado. Quando descobrimos, percebemos, pronto...” [P12]</i>

3.2. “Mudanças ambicionadas, mas não totalmente alcançadas”

A subcategoria de “Mudanças ambicionadas, mas não totalmente alcançadas” está organizada em mudanças no pai e/ou mãe e/ou cuidador(a) e na criança que se pretendiam alcançar, mas que tal não se sucedeu. De realçar que os participantes não enumeraram muitas mudanças a este nível.

Quanto às mudanças no pai e/ou mãe e/ou cuidador(a) na **parentalidade positiva, nutrição e atividade física** os resultados obtidos encontram-se na tabela 14.

Tabela 14

Mudanças ambicionadas, mas não totalmente alcançadas no pai e/ou mãe e/ou cuidador(a) ao nível da parentalidade positiva, nutrição e atividade física

Extratos ilustrativos	
Parentalidade Positiva	
Ser menos rígido(a)/intolerante (n = 1)	<i>“(...) eu posso dizer que gostava de ser mais (2) mai::s:: tolerante. Eu não sou tão tolerante como àquilo que devia de ser. Há há coisas que... às vezes, eu devia deixar passar e não deixo.” [P1]</i>
Ser mais calmo(a) (n = 1)	<i>“(...) s::ei que consigo ser melhor e tenho que conseguir ser melhor, porque o facto de eu me enervar também a vou enervar a ela e depois ela também fica nervosa e e... e fica mais (...) nervosa, fica intimidada e depois chora e::... há situações em que isso acontece ainda.” [P5]</i>
Não aceder aos pedidos de bens materiais (n = 1)	<i>“(...) saber dizer mais vezes que não. Não na comida, atenção! Mas ela, por exemplo, (...) “Porto-me bem nisto ou naquilo ou:: vou vo::u::...”. Ela quer uma contrapartida. (...) E eu queria estabelecer compensações âh âh fixas, mas há sempre um desviozinho. E:: eu queria evitar esses desvios, mas, às vezes, não consigo. (...) vamos a outra loja e tem, sei lá, uma camisola muito gira o::u tem uma bandolete ou um lenço ‘po cabelo (...) e eu: “Tá bem, filha, pronto, leva lá.” ((risos)) Não consigo.” [P7]</i>
Nutrição	
Não adquirir alimentos pouco saudáveis (n = 2)	<i>“(...) não comprar alimentos que, realmente, eu sei que podem prejudicar. [É a] única situação... pelo menos que eu vejo assim... mais... mais complicado de gerir. Até porque depois a irmã também não tem culpa... tem-se sempre mais uma coisa que não se deve ter (...)” [P10]</i>
Atividade física	
Promover a prática de atividade física (n = 3)	<i>“(...) dessas coisas que foram faladas lá que ainda não fiz e que era um dos objetivos que eu queria atingir e- era:: as aulas de nataçãõ.” [P8]</i>

Já no caso da criança, foram reportadas ínfimas mudanças no **comportamento em sentido lato** como consta na tabela 15.

Tabela 15

Mudanças ambicionadas, mas não totalmente alcançadas na criança ao nível do comportamento em sentido lato

Extratos ilustrativos	
Ser menos desafiadora (n = 2)	<i>“(...) de manhã ela consegue tirar, tanto a mãe como o pai, do sério. (...) quando uma pessoa está com mais pressa, porque já está atrasada, é quando ela faz pior e anda mais devagar e ela sabe que está... a fazer isso e sabe que me está a irritar (...) e eu tenho noção que ela (...) está a fazer de propósito... porque ela é ‘memo assim, ela é muito gozona. (...) mas consegue manter aquele ar sério, como se não ‘tivesse a fazer nada de mal. Portanto, essa parte é que eu gostava que ela mudasse.” [P5]</i>
Não fazer birra (n = 1)	<i>“(...) ele faz as birras e essas coisas, não é? Eu gostava que ele tivesse alterado isso e [ainda não se alterou.]” [P8]</i>

Foram mencionadas ainda mudanças ao nível do **comportamento relacionado com as alterações no estilo de vida** (ver tabela 16), tendo-se destacado o facto de alguns participantes ambicionarem a adoção de hábitos saudáveis por iniciativa da criança.

Tabela 16

Mudanças ambicionadas, mas não totalmente alcançadas na criança ao nível do comportamento relacionado com as alterações no estilo de vida

Extratos ilustrativos	
Adotar hábitos saudáveis por iniciativa própria (n = 4)	<i>“(...) não ainda não consegui diz logo que não come (...) mas gostava muito que ela comesse mais vegetais assim mesmo assim na:: no prato mas vamos com- vamos devagarinho.” [P26]</i>
Reduzir ingestão alimentar como forma de lidar com emoções (n = 1)	<i>“Se ele jantou bem e passado um bocado diz que quer comer qualquer coisa é porque que está frustrado ou está ansioso com alguma coisa, não é? E quer suprir isso. E eu queria que ele mudasse nesse sentido.” [P8]</i>
Demonstrar interesse por mais atividades (n = 1)	<i>“(...) gostar mais se calhar de fazer a- uma atividade. (...) ‘pra já ela só gosta da dança. O karaté ela está, porque é uma no seguimento da outra. E a natação é quase que é por obrigação. Porque ela já me disse: “Oh mãe, se me conseguires substituir...”, “Então, mas diz-me o que é que queres fazer” e ela: “Não sei, mãe”. [Ela] não tem assim:... a não ser a dança ela não tem assim um gosto...” [P7]</i>

Realizar mais atividades no exterior (n = 1)	<i>“(...) ‘pra já ainda não, mas eu acho que vai... vai mudar noutro aspeto, porque eu moro num sítio muito:: no centro. E:: ele não facilidades/(facilidade)/ muito de brincar cá fora. E eu estou a pensar mudar de casa também por causa disso. ‘Pra ele poder ter u::m::... um sítio onde:: possa brincar mais cá fora. Andar de bicicleta o::u::... fazer outros/(outro)/ tipo de atividades (...)” [P4]</i>
---	---

3.3. “Fatores promotores das mudanças”

No que respeita aos “Fatores promotores das mudanças” estes caracterizam-se por todos os aspetos que os participantes relataram como facilitadores e causas que contribuíram para o processo de mudança. As categorias que foram mencionadas com maior frequência neste âmbito foram a aprendizagem, a experiência de grupo e a intervenção enquanto fator promotor de mudanças, sem especificação das componentes a que as atribuem. Os resultados obtidos para os fatores promotores das mudanças encontram-se na tabela 17.

Tabela 17

Fatores promotores das mudanças

Extratos ilustrativos	
A intervenção	
Aprendizagem (n = 13)	<i>“(...) pronto e graças às coisas que nós fomos aprendendo isso foi conseguido realizar-se (...)” [P23]</i>
Experiência de grupo (n = 9)	<i>“(...) histórias dos outros pais e:: e às vezes tentativas que os outros pais se calhar falhavam e se calhar nem valia a pena tentar (...)” [P27]</i>
Tomada de consciência (n = 5)	<i>“(...) pequenas coisas que:: (...) foram chamando a atenção e... e acho que fez a mudança, porque (...) fez-me associar que, realmente, faz mal.” [P9]</i>
Apropriação de conteúdos por parte da criança (n = 6)	<i>“(...) ela gostava sempre de ver ãh:: eu quando tinha o livrinho geralmente tentava ler antes de irmos para a sessão (...) ela vinha sempre à minha beira ver o que é que íamos falar nessa sessão.” [P24]</i>
Sem especificar a componente da intervenção que promoveu as mudanças (n = 10)	<i>“(...) as sessões também ajudaram mu /(muito)/, bastante.” [P15]</i>

Prática de atividade física por parte da criança (n = 4)	<i>“O facto também de ‘tar a fazer três atividades diferentes também contribui bastante.” [P7]</i>
Empenho de elementos da família nuclear (n = 5)	<i>“(…) estar a família toda empenhada no mesmo:: sentido.” [P2]</i>
Consciencialização da criança das consequências do excesso de peso/obesidade (n = 3)	<i>“Acho que ele ‘tá a ter co- mais consciência daquilo que lhe está a aconte- ‘né? Do que lhe acontece se não emagrecer (…)” [P4]</i>
Reforço positivo à criança (n = 4)	<i>“(…) acho que isso [quando ele faz bem, elogiá-lo pelo bem que fez] também ajudou bastante. Ajudou bastante a a a que ele... andasse ‘pra frente.” [P1]</i>
Tempo de qualidade com a criança e/ou em família (n = 1)	<i>“(…) fazemos outro tipo de jogos que ela gosta... acabou por::... por também a ir mudando um bocadinho. O comportamento dela connosco.” [P5]</i>
Implementação das grelhas de comportamento (n = 5)	<i>“(…) por exemplo nós tivemos, fizemos um quadro de comportamentos e:: e eu nunca tinha pensado naquilo nós já tínhamos tido um quadro de comportamento mas era da escola é diferente (…)” [P25]</i>

3.4. “Dificuldades sentidas desde o início da intervenção”

Os participantes indicaram também a existência de alguns fatores que dificultaram a implementação das mudanças, fatores estes dos quais sobressaíram a passividade ou resistência à mudança por parte da criança e a situação de confinamento resultante da pandemia. Constam na tabela 18 as **dificuldades sentidas desde o início da intervenção**.

Tabela 18

Dificuldades sentidas desde o início da intervenção

Extratos ilustrativos	
Passividade ou resistência à mudança por parte da criança (n = 17)	<i>“(…) Hm, é:: ou talvez o exercício, porque ((risos)) ele não, ele não gosta muito de, das caminhadas.” [P14]</i>

Pouca disponibilidade de elementos da família nuclear (n = 8)	<i>“(...) a parte dos lanches por norma às vezes falhavam porque:: às vezes é um bocadinho comigo a trabalhar não consigo controlar que ela faça aquelas pausas, aqueles lanches.” [P23]</i>
Situação de confinamento resultante de pandemia (n = 15)	<i>“Agora com o Covid está mais complicado ‘pra fazermos a:: a parte da:: da atividade física, não é?’ [P13]</i>
Dificuldade na sensibilização de familiares (n = 7)	<i>“(...) E portanto esse processo para nós essa variável foi muito difícil neste processo de mudança porque a minha mãe não aceitava nem aceita muito bem que eu lhe diga que não deve cozinhar desta forma deve cozinhar aquela não lhe deve dar isto deve dar aquilo porque estamos no espaço deles.” [P24]</i>
Dificuldade na implementação da atividade física (n = 6)	<i>“Atividades físicas, não tem sido fácil e:: nós temos o livrinho que veio com sugestões de jogos e de atividades (...)” [P27]</i>
Dificuldade em aplicar os conhecimentos adquiridos na intervenção (n = 2)	<i>“(...) às vezes, o que era mais difícil era enquadrá-las, no sentido de (...) eu sei o que eu preciso, mas, às vezes, é difícil... no fundo, conseguir no meio de tanta coisa escolher uma:: que não (fosse ser) tudo ao ‘memo tempo, não é? (...) às vezes, era difícil transpor ‘po papel.’ [P12]</i>
Dificuldade em contrariar a criança (n = 1)	<i>“(...) às vezes, dói-me na alma não lhe dar aquilo que ela quer (...)” [P5]</i>
Preço elevado de alimentos saudáveis (n = 1)	<i>“(...) a nível de valores, eu gostava que mudassem... pusessem os valores iguais. O arroz integral, o arroz... ou a massa, não é? Que fossem o mesmo:: preço que as outras. (...) isso nem sempre dá ‘pra, ‘pra uma família, não é? Ter as escolhas de de massas ou arroz ou tudo que seja integral, que é sempre mais caro. Tudo o que seja mais saudável é mais caro, ou seja, nós não conseguimos aceder:: da mesma forma, não é?’ [P8]</i>
Idade precoce da criança para consciencialização da importância da mudança (n = 3)	<i>“(...) eu acho que ela ainda não consegue ter idade ‘pa ter a maturidade necessária ‘pa dizer: “Eu não posso”. [E] fazer o sacrifício de não comer. Acho que é mesmo essa a dificuldade.” [P9]</i>
Desenvolvimento pubertário da criança (n = 1)	<i>“[E, ainda] por cima, (...) já é uma menina menstruada... ‘Inda, ‘inda pior, não é? O perder peso ‘pra ela ainda:: ainda foi mais difícil.” [P6]</i>

3.5. “Aspetos significativos da intervenção”

A subcategoria dos “Aspetos significativos da intervenção” aborda os sentimentos experienciados ao longo das sessões, aspetos positivos e negativos da intervenção e ainda sugestões de mudança para a mesma.

Começando pela análise dos **sentimentos experienciados ao longo das sessões**, os resultados encontram-se presentes na tabela 19.

Tabela 19

Sentimentos experienciados ao longo das sessões

Extratos ilustrativos	
Descontração (n = 7)	<i>“(…) portanto eu senti-me muito bem ao longo das sessões, e nunca quis faltar exatamente por isso porque senti-me sempre ãh:: muito bem e confortável.” [P24]</i>
Integração no grupo (n = 3)	<i>“(…) senti-me muito bem, muito integrada (…)” [P10]</i>
Exposição/adaptação a pessoas não familiares (n = 2)	<i>“(…) sentia que os olhos estavam todos virados ‘pra mim. (…)</i> <i>portanto, sentia que:: que era um bocadinho ali:: exposta à situação.” [P8]</i>

Por outro lado, os aspetos positivos da intervenção serão apresentados tendo em conta os processos e experiências grupais, as características estruturais da intervenção, as características do(a) psicólogo(a) e o impacto geral da intervenção.

Em relação aos **processos e experiências grupais**, a partilha de experiências entre os elementos do grupo foi a mais frequentemente mencionada pelos participantes, tal como se pode comprovar na tabela 20.

Tabela 20

Aspetos positivos: Processos e experiências grupais

Extratos ilustrativos	
Partilha de experiências (n = 18)	<i>“(…) depois a partilha com os outros pais também foi giro ãh:: às vezes dicas não é que davam os pais.” [P26]</i>
Universalidade (n = 8)	<i>“(…) sim quando as pessoas têm um ponto comum ou estão a passar pela mesma dificuldade e falam umas com as outras ãh:: acho que é brutal as mudanças que nós podemos ver.” [P24]</i>
Modelagem (n = 4)	<i>“(…) conseguimos ver como é que (…)</i> <i>a outra pessoa (…)</i> <i>consegue lidar com esse problema que se calhar não era a abordagem que nós teríamos, mas que se calhar é aplicável.” [P7]</i>

Abertura/honestidade (n = 4)	<i>“Muito interativo, muito participativo. (...) muito verdadeiro que eu acho que a honestidade nesta:... nestes projetos tem que... tem que ser cem por cento.” [P12]</i>
Altruísmo/suporte social (n = 8)	<i>“(...) pronto há uma colaboração entre todos que mesmo nós às vezes não nos apercebemos disso mas no fundo estamos-nos a ajudar uns aos outros.” [P22]</i>
Coesão grupal (n = 2)	<i>“(...) criámos união, criámos interesse...” [P12]</i>

Quanto às características estruturais da intervenção, a categoria que mais se destacou foi relativa aos materiais disponibilizados, isto é, os participantes consideraram a cedência de vários tipos de materiais como manuais ou material audiovisual de suporte um aspeto muito positivo da intervenção. As **características estruturais da intervenção** encontram-se detalhadas na tabela 21.

Tabela 21

Aspetos positivos: Características estruturais da intervenção

Extratos ilustrativos	
Materiais disponibilizados (n = 13)	<i>“Os manuais ajudaram bastante.” [P15]</i>
Organização das sessões (n = 6)	<i>“(...) acho que a forma como o programa está organizado é::: está muito bem feito.” [P24]</i>
Frequência/periodicidade das sessões (n = 3)	<i>“Acho que::... o timing foi correto, foi de semana- semanalmente, portanto... não acho que::... e depois, gradualmente, foi espaçando mais (...) ‘pra sessão telefónica... Foi tranquilo.” [P2]</i>
Abrangência de conteúdos da intervenção (n = 4)	<i>“Acho que ‘tá muito completo (...)” [P1]</i>
Intervenção não envolver a criança (n = 1)	<i>“(...) este programa tem uma vantagem. (...) como fomos todos... e:: e:: o:: o G. não teve que:: que cá vir ele não sentiu que ele::... que era m- mais direcionado ‘pra ele.” [P2]</i>
Intervenção gratuita (n = 1)	<i>“(...) até é gratuito (...)” [P3]</i>

Já relativamente às **características do(a) psicólogo(a)**, as que foram mais referidas pelos participantes respeitam à disponibilidade para apoiar os mesmos e esclarecer os conteúdos que existisse necessidade e características positivas do(a) psicólogo(a), sem especificação (ver tabela 22).

Tabela 22

Características positivas do(a) do(a) psicólogo(a)

Extratos ilustrativos	
Disponibilidade (n = 10)	<i>“(…) todas as dúvidas que a gente tinha mesmo fora da:: do programa ao longo dos dias qualquer coisa que a gente tivesse dúvidas podia portanto podia ligar com ele.” [P25]</i>
Clareza (n = 2)	<i>“A gente compreendia bem tudo o que se passava, tudo o que o Doutor explicava...” [P1]</i>
Simpatia (n = 2)	<i>“(…) a Doutora Susana era super simpática (...)” [P10]</i>
Características positivas do(a) psicólogo(a), sem especificação (n = 9)	<i>“(…) o Doutor Marco foi impecável.” [P26]</i>

Para finalizar os aspetos positivos, recolheu-se ainda informação relativa ao **impacto geral da intervenção** nos participantes, na qual se destaca claramente a obtenção de informação participada através da instrução didática e aconselhamento direto e o alerta, que por outras palavras representa uma tomada de consciência a vários níveis decorrente da intervenção. Os resultados constam na tabela 23.

Tabela 23

Impacto geral da intervenção

Extratos ilustrativos	
Obtenção de informação participada (n = 23)	<i>“(…) são pequeninas coisas que nos vão:: que vão ficando de sessão para sessão que nós vamos de alguma forma que até às vezes inconscientemente vamos pôr [em prática].?” [P24]</i>

Alerta (n = 16)	<i>“Agora vejo com outros olhos (...)” [P14]</i>
Desenvolvimento de competências (n = 10)	<i>“(...) é bastante interessante o programa e ajuda-nos imenso até mesmo para lidar com eles... e tentar-lhes incutir exactamente, a alimentação saudável (...)” [P5]</i>
Empoderamento/motivação para a mudança (n = 10)	<i>“E é por isso que eu digo que ‘tou mais... confiante, mais... já sei o caminho que tenho que tomar, independentemente daquilo que os outros pensem ou não.’” [P7]</i>
Incutir da esperança (n = 3)	<i>“(...) perceber assim: ‘Isto é uma situação grave, é preocupante, mas ainda vamos a tempo’” [P12]</i>
Utilidade para toda a família nuclear (n = 6)	<i>“(...) no fundo acaba por ser um coletivo porque:: lá está não estamos a fazer uma intervenção no local pronto focada só numa criança, mas no fundo acaba por acartar toda a família.” [P22]</i>
Crescimento pessoal (n = 1)	<i>“(...) eu acho que, pessoalmente, me ajudou a crescer.” [P2]</i>

Surgiram também alguns aspetos negativos da intervenção, subdivididos em processos e experiências grupais e características estruturais da intervenção. No que concerne aos **processos e experiências grupais** estes foram poucas vezes enumerados pelos participantes, veja-se na tabela 24.

Tabela 24

Aspetos negativos: Processos e experiências grupais

Extratos ilustrativos	
Escassa realização de contactos telefónicos entre participantes (n = 2)	<i>“(...) não foi bem conseguido a questão de telefonarmos uns aos outros.” [P8]</i>
Pouca discussão de ideias nas sessões (n = 1)	<i>“Acho que a troca de ideias entre os pais que estavam lá é muito importante e e acho que isso que falta.” [P10]</i>
Absentismo de alguns participantes nas sessões (n = 1)	<i>“(...) a pessoa perdeu a sessão anterior e a anterior. Ou seja, perdia-se aqui um bocadinho... nós já estávamos um bocadinho mais à frente e ela estava ‘pa trás, era preciso fazer o apanhado... mas fazer o apanhado perdia-se tempo também, [não é?]]” [P8]</i>

No que se refere às **características estruturais da intervenção**, a componente que os participantes mais sentiram como sendo um aspeto negativo diz respeito a nem

todas as estratégias abordadas nas sessões se aplicarem a todos os casos. Uma representação mais detalhada das mesmas encontra-se na tabela 25.

Tabela 25

Aspetos negativos: Características estruturais da intervenção

Extratos ilustrativos	
Menor eficácia das sessões telefónicas individuais (n = 4)	<i>“(…) espero que o meu testemunho servia ‘pra isto, para que apercebam que... o facto destas últimas sessões não serem presenciais não são benéficas ‘pro... ‘pro curso.” [P12]</i>
Nem todas as estratégias se aplicam a todos os casos (n = 9)	<i>“(…) mas é exatamente uma coisa que nós aprendemos e que eu não posso dizer que foi benéfico porque nunca tive ãh:: como é que eu vou dizer ãh:: um motivo para colocar em prática (...)” [P23]</i>
Nem todas as estratégias têm resultados consistentes em todos os casos (n = 4)	<i>“(…) porque com ela funcionou assim::: funcionava as primeiras 3, 4 vezes e depois deixava de funcionar pronto.” [P24]</i>
Extensa exposição teórica das sessões (n = 1)	<i>“(…) a única coisa que eu achei da intervenção... ((suspirou)) é muito teórica. Muito teórica. É debitar informação...” [P10]</i>
Horários das sessões (n = 1)	<i>“A única coisa é ‘memo só aquela coisa dos horários...” [P1]</i>

Para terminar a apresentação dos resultados, os participantes no final da entrevista indicaram ainda algumas **sugestões de mudança da intervenção** (ver tabela 26).

Tabela 26

Sugestões de mudança da intervenção

Extratos ilustrativos	
Aumentar o número de sessões da intervenção (n = 3)	<i>“Se calhar era mais sessões, mais um bocadinho (...)” [P8]</i>
Incluir a presença da criança na intervenção (n = 3)	<i>“(…) de vez em quando, acho que era importante as crianças estarem presentes.” [P4]</i>

Realizar todas as sessões em formato presencial e/ou em grupo (n = 5)	<i>“Foi pena ser assim por via zoom porque não é presencial deve ser mais interessante mas pronto foi o que foi (...)”</i> [P26]
Explorar mais material audiovisual de suporte (n = 2)	<i>“E os vídeos deviam ser mais explorados.”</i> [P12]
Direcionar a intervenção para uma idade mais precoce da criança (n = 2)	<i>“A:: minha outra sugestão é que fosse dado:: mais cedo.”</i> [P8]
Direcionar algumas sessões a toda a família nuclear (n = 1)	<i>“(...) ‘pra mim seria importante ‘tar a família. (2) Porque uma coisa é estarem:: estarem presentes e outra coisa é:: nós estarmos a transmitir e mostrarmos lá os... os livrinhos, os manuais. Não dão assim tanta importância como se ‘tivessem presentes, [conforme nós] estivemos.”</i> [P5]
Incentivar a presença do pai da criança nas sessões (n = 4)	<i>“(...) Eu acho que se calhar era bom ser:: obrigatório ser os 2, ser uma coisa obrigatória (...) eu transmitia-lhe não é, tudo, mas acabava sempre por haver ali uma coisa a escapar e assim ouvindo um profissional é outra coisa.”</i> [P26]
Disponibilizar mais tempo das sessões para discussão de ideias (n = 1)	<i>“É:: é dar mais tempo ‘pa se debater os assuntos. Não só só l::ançar informação (...)”</i> [P10]
Fornecer o material audiovisual de suporte (n = 1)	<i>“(...) eu, na altura, até pedi. Era se havia a possibilidade de ficarmos com uma cópia dos vídeos. (...) técnicas, por exemplo, de castigo... eu gostava de ficar com elas [para::] (pelo menos) ir ver.”</i> [P12]
Desenvolver a intervenção em contexto escolar (n = 1)	<i>“[O vosso] programa ser também adaptado em contexto escola”</i> [P8]

Discussão

A principal finalidade da presente investigação foi analisar o impacto e as mudanças sentidas por parte dos participantes que estiveram inseridos no programa TPLG. Para tal, procedeu-se à análise qualitativa da Entrevista de Mudança (Elliott & Rodgers, 2008; versão portuguesa de Sales et al., 2007) adaptada para o presente estudo, aplicando o Sistema de Codificação desenvolvido por Rodrigues (2020). Deste modo, foi possível explorar quais as categorias emergentes e, conseqüentemente, observar quais destas se revelaram mais presentes em todo o processo de mudança. As mudanças identificadas pelos participantes enquadraram-se em 3 grandes áreas sendo estas a parentalidade positiva, a nutrição e a atividade física, e estas parecem ter contribuído para alterações no estilo de vida não só das crianças como também das famílias. Além disso, os participantes reportaram sentirem-se mais confiantes e capacitados com estratégias para gerir situações associadas às áreas mencionadas bem como para promover um estilo de vida saudável nas suas famílias, tal como já referido em estudos anteriores que avaliaram a eficácia do TPLG (West, 2010).

Em relação aos próprios participantes (e.g. mãe, pai ou avó), a integração no programa parece ter resultado em mudanças positivas e mantidas ao longo do tempo. No caso da parentalidade positiva, observou-se que os próprios apresentaram um maior autocontrolo na atuação com a criança desde o início da intervenção e, a sua forma de comunicar tornou-se mais clara e precisa (e.g. conversa dirigida, utilização da consequência lógica). Além disso, os participantes parecem terem-se tornado mais conscientes relativamente à importância do desenvolvimento de relações mais afetivas com a criança, pelo que descrevem ter começado a recorrer ao uso do elogio desde o início da intervenção, bem como a passar mais tempo de qualidade com a mesma. Estes resultados parecem estar de acordo com um estudo anteriormente realizado (West, 2010), uma vez que se verificou um aumento da utilização de práticas parentais eficazes por parte dos participantes em contraste com outras menos efetivas. West et al. (2010), constataram que após a implementação do programa TPLG ao longo de 12 semanas, os pais utilizavam com menos frequência práticas parentais ineficazes tais como ceder aos pedidos da criança, levantar a voz ou discutir com a criança, em detrimento de práticas parentais mais eficazes, entre estas, dar instruções claras e avisos, reagir ao mau comportamento da criança de forma consistente e ficar calmo quando a criança se

comporta mal. De realçar que algumas das estratégias apresentadas ao longo do programa como utilizar tempos de pausa e sossego de maneira a gerir comportamentos não pretendidos da criança ou a utilização de grelhas de comportamento com o intuito de modificar comportamentos na mesma, foram pouco utilizadas pelos participantes tendo estes justificado que nem sempre se adequavam ao seu caso em específico e não sentiram necessidade de as aplicar ou, em algumas situações, porque estas funcionaram durante um determinado momento, mas depois deixaram de apresentar os resultados desejados.

Ao nível da nutrição, grande parte dos participantes mencionou ter começado a efetuar a leitura dos rótulos dos alimentos tendo esta sido a mudança mais frequentemente relatada a este nível. Por conseguinte, esta representa uma alteração relevante pois ao terem atenção a estas informações, os participantes podem tomar decisões mais conscientes na hora de adquirir os alimentos o que diminui a possibilidade de existir uma alimentação desadequada e pobre em nutrientes que se encontra diretamente associada ao excesso de peso e obesidade (Sahoo et al., 2015). Ademais, após o programa vários participantes passaram a ter mais atenção à forma como se confeccionam as refeições nas suas famílias e aprenderam a impor regras no que diz respeito à alimentação (e.g., recusa dos pedidos de alimentos pouco saudáveis por parte da criança) o que se reflete em práticas parentais mais estruturadas e, por sua vez, numa maior organização do ambiente alimentar (Vaughn et al., 2016). Deste modo, os resultados parecem ser consistentes com outro estudo no qual se observou que depois de 12 meses da participação no programa TPLG existiu um aumento da monitorização da ingestão alimentar e da responsabilidade em relação à nutrição por parte dos pais intervencionados, enquanto os pais do grupo de controlo sem intervenção, demonstraram uma redução na monitorização da ingestão alimentar das crianças e sentiram-se menos responsáveis pela sua nutrição (Gerards et al., 2015).

Assim, parecem ter ocorrido diversas mudanças no que respeita às práticas parentais, práticas estas que tal como foi mencionado na introdução deste trabalho relacionam-se com os comportamentos alimentares das crianças e, consequentemente, com a obesidade (Golan & Crow, 2004). Segundo Birch et al. (2007), os pais influenciam o comportamento alimentar dos filhos de várias formas, seja através das escolhas alimentares para a família ou por servirem como modelos para as escolhas e padrões das crianças, sendo que recorrem às práticas alimentares como forma de reforçar o desenvolvimento de padrões e comportamentos alimentares que estes consideram

apropriados. Desta maneira, além de poderem ter um impacto positivo nos hábitos alimentares, sendo esse o tipo de impacto que se espera que o TPLG tenha nas famílias, sabe-se também que as práticas parentais alimentares, tais como a restrição ou a pressão para comer, têm o potencial de influenciar de forma negativa as preferências alimentares da criança e os seus padrões de ingestão alimentar, logo, adotar estratégias parentais ineficazes pode apresentar um impacto negativo na condição corporal da criança e contribuir, desta forma, para o excesso de peso ou obesidade infantil (Coelho et al., 2017; Stang & Loth, 2011). Tendo em conta que a alteração das práticas parentais um dos principais objetivos do programa, o facto de se terem detetado mudanças a este nível parece ser um indicador da efetividade do mesmo.

Quanto à atividade física, a mudança mais sentida por parte dos cuidadores foi referente ao facto de muitos destes terem começado a disponibilizar ou incentivar brincadeiras ativas (e.g. saltar, dançar) assim como deslocações ativas. Esta mudança tem especial importância, uma vez que a problemática da obesidade está diretamente associada a um estilo de vida sedentário e a um gasto energético reduzido, logo, a existência de incentivos e recursos para a prática de atividade física é crucial (Sahoo et al., 2015). Novamente, Gerards et al. (2015) verificaram resultados que estão em concordância com os deste trabalho, visto que os pais que participaram na intervenção aumentaram a sua responsabilidade no que respeita à atividade física 4 meses após o término da mesma, ao contrário dos pais do grupo de controlo em que a responsabilidade diminuiu.

No que concerne às mudanças positivas e mantidas ao longo do tempo na criança, mais de metade dos participantes sentiram que esta se tornou mais consciente da necessidade de mudar os seus hábitos e, por essa razão, começou a implementar alterações ao nível da alimentação e da atividade física. À semelhança, no estudo Gerards et al., (2015), observou-se que o consumo de refrigerantes nas crianças diminuiu após 4 meses da intervenção TLPG, ao contrário das crianças do grupo de controlo em que este aumentou. Já ao fim de 12 meses, os pais observaram nas crianças do grupo experimental uma diminuição do tempo gasto a ver televisão e nos jogos de computador e mais tempo passado a brincar no exterior quando comparadas com as do grupo de controlo.

Em termos familiares, foram também notórias melhorias em relação às áreas trabalhadas no TPLG. Alguns participantes referiram ainda a utilidade da intervenção para toda a família nuclear, já que as mudanças implementadas na criança eram também

frequentemente adotadas pelos restantes membros da família. Deste modo, estes resultados estão em concordância com o facto de os programas realizados apenas com os pais parecerem ter um impacto positivo não apenas no estilo de vida da criança, mas também em toda a restante família (Golan, 1998).

De acordo com a perceção dos participantes, foram poucas as mudanças positivas ocorridas que não se mantiveram ao longo do tempo. Entre estas encontram-se a utilização de grelhas de comportamento ou a implementação de sopa no início das refeições. Existiram também mudanças negativas e mantidas ao longo do tempo ainda que poucas vezes mencionadas, como a ingestão alimentar às escondidas por parte da criança. Em contrapartida, surgiram algumas mudanças ambicionadas, mas não totalmente alcançadas (e.g. ser menos rígido/intolerante). Estas situações podem relacionar-se com o facto de alguns dos participantes do presente estudo, apesar de considerarem que se sentiram motivados na maior parte do tempo para implementar as mudanças, admitirem nem sempre conseguir colocar tudo o que queriam em prática por falta de tempo, sentindo por vezes dificuldade em gerir a vida profissional e a familiar. Ainda acerca das dificuldades percebidas, alguns participantes sentiram uma certa passividade ou resistência à mudança por parte da criança e a situação de confinamento resultante da pandemia também dificultou a aplicação das estratégias. Com base nos relatos de alguns dos participantes, estes sentiram que os confinamentos impostos pelo governo devido à existência de uma pandemia, dificultaram, especialmente, a implementação da atividade física, uma vez que não era permitido ir para o exterior e a mobilidade estava muito limitada ao espaço das suas casas. De facto, um aumento no sedentarismo e uma diminuição nos níveis de atividade física na criança, parecem estar associados às situações de confinamento devido à COVID-19 (López-Bueno et al., 2021; Pietrobelli et al., 2020; ten Velde et al., 2021).

Para terminar, ao proceder à análise de conteúdo das entrevistas realizadas, foi também possível aceder aos fatores que contribuíram para as mudanças, por outras palavras, as principais causas que os participantes identificaram como promotoras das mudanças, sendo estas a aprendizagem de estratégias e a experiência de grupo. O programa parece ter tido um impacto globalmente positivo nos intervenientes advindo da partilha de experiências e do suporte e compreensão dos membros do grupo. Yalom e Leszcz (2005), sugeriram que a mudança terapêutica em grupo é um processo bastante complexo que ocorre através da interação entre as experiências humanas, às quais se

referiram como “fatores terapêuticos”, entre estes encontram-se, exatamente, a coesão grupal que juntamente com a aprendizagem interpessoal representam fatores cruciais para a mudança e sucesso do grupo. Além disso, foi frequente os participantes reportarem uma tomada de consciência a vários níveis após a intervenção e o desenvolvimento de competências de maneira a sentirem-se capazes de gerir comportamentos problemáticos relacionados com o peso. Tal como já tinha sido observado noutros estudos, a implementação do Triple P parece refletir-se num aumento da confiança dos pais para a gestão dos problemas relacionados com o peso das crianças e uma melhoria nas suas crenças quanto à sua capacidade para gerir os mesmos de forma eficaz (Baker et al., 2017; West et al., 2010).

Apesar de terem sido pouco enfatizadas, surgiram algumas sugestões de mudança para a intervenção passando estas, essencialmente, pela realização de todas as sessões em formato presencial e pelo incentivo da presença do pai da criança nas sessões com o intuito de colmatar falhas na transmissão da informação e este ter um papel mais ativo no processo de mudança. O que se tem vindo a observar neste tipo de programas é que, por vezes, os conjugues dos participantes não assumem um papel ativo no processo e há um menor grau de envolvimento de sua parte, o que dificulta a implementação das mudanças (Golan, 1998). Quanto à primeira sugestão de mudança, as razões relatadas pelos participantes prendem-se com o facto de alguns terem sentido que a existência dos ecrãs torna todo o programa mais impessoal e, por esse motivo, seria mais benéfico ser realizado num formato presencial. Contudo, a participação no TPLG teve várias modalidades (i.e., presencial, *online* e mista), não sendo as vantagens e desvantagens das diferentes modalidades o foco do presente trabalho, logo, a sugestão quanto ao formato presencial da intervenção pode não ser representativa de toda a amostra. Por outro lado, foi por vezes sentida alguma dificuldade na sensibilização dos familiares mais próximos no que toca à necessidade de alterações no estilo de vida da criança (e.g. avós), o que poderá constituir uma melhoria nas próximas intervenções realizadas, isto é, a inclusão de uma ou outra sessão direcionada não só para os pais, mas também para a restante família nuclear.

Assim, o impacto da intervenção e as mudanças sentidas pelos participantes após a sua realização, parecem ir no sentido dos objetivos inicialmente descritos pelo TPLG que engloba alterações ao nível da parentalidade positiva, da nutrição e da atividade física. Os participantes parecem, efetivamente, sentir-se mais capacitados para reorganizar o seu

ambiente familiar e encorajar as crianças a terem comportamentos saudáveis (e.g. disponibilizando brincadeiras ativas ou elogiando as escolhas alimentares), além de terem aprendido como prevenir e gerir os comportamentos problemáticos associados com o peso através de estratégias parentais mais eficazes, algo que se observou noutros trabalhos empíricos acerca do TPLG (Gerards et al., 2015; West et al., 2010).

Conclusão

Este trabalho insere-se num projeto dedicado ao estudo da efetividade do programa TPLG em Portugal e representa uma análise qualitativa das entrevistas semiestruturadas realizadas com os participantes no momento pós-intervenção recorrendo a um sistema de codificação previamente elaborado por Rodrigues (2020).

Ao analisar os resultados obtidos neste estudo pode-se concluir que estes parecem estar de acordo com a principal finalidade do TPLG, sendo esta a alteração de comportamentos e cognições ao nível da parentalidade positiva, atividade física e nutrição. Por conseguinte, as mudanças sentidas e relatadas pelos participantes, em si, na criança e na família, parecem ser predominantemente positivas e, a grande maioria delas, manteve-se ao longo do tempo. Além de a intervenção ter sido várias vezes apontada como uma das causas mais relevantes para o acontecimento das mudanças, também a experiência de grupo foi mencionada como uma mais-valia em diversos aspetos, tais como a partilha de experiências entre os elementos do grupo e o suporte social fornecido. Quanto às potencialidades do presente estudo, o facto de ter sido calculado o acordo inter-codificador e este representar um valor aceitável, torna a análise qualitativa fiável. Não obstante, foram identificadas algumas dificuldades por parte dos participantes relacionadas, especialmente, com a situação de confinamento derivada da pandemia de COVID-19. Esta situação teve implicações não apenas na implementação de alterações no estilo de vida (e.g. aumentar a atividade física da família) como também na realização das entrevistas, uma vez que em adaptação às condições de confinamento impostas pela pandemia, foi necessário realizar algumas destas por via *online*.

A realização de algumas entrevistas através de plataformas digitais pode ser considerada uma das limitações deste estudo, já que nem sempre foi possível os participantes encontrarem-se em locais isentos de distrações e ruído, ao contrário do que aconteceria se este procedimento tivesse lugar numa sala reservada para o efeito de forma presencial. Ainda relativamente às limitações, a maioria dos participantes da amostra é do sexo feminino, o que levanta algumas questões quanto à generalização dos resultados para a população masculina, tornando-se relevante analisar em investigações futuras se os mesmos resultados se verificam para esta população.

Tendo em conta que a análise qualitativa dos dados foi realizada no momento pós-intervenção, seria importante que pesquisas futuras se debruçassem sobre esta mesma

análise num momento de follow-up (e.g. 6 meses após a implementação do programa) para perceber se os resultados sofreram alterações num período de tempo mais longo. Além disso, a tabela de mudanças preenchida pelos participantes em certo momento da entrevista não foi explorada neste estudo, pelo que poderá ser interessante analisar os seus resultados numa investigação posterior.

Com base nas dificuldades reportadas pelos participantes na implementação das mudanças, a grande maioria dos entraves manifestados relacionam-se com a situação de confinamento que o país vivenciou aquando da realização do programa, logo, se a intervenção fosse realizada novamente num contexto sem confinamento, possivelmente, essas dificuldades poderiam desvanecer. Por outro lado, dadas as sugestões de mudanças expostas pelos participantes, a participação do conjugue (e.g. pai) em todas ou parte das sessões, bem como a existência de uma sessão para toda a família nuclear, tornaria o programa mais benéfico e envolvente para toda a família, pelo que no futuro se deverá ter esses aspetos em conta.

Em suma, dada a inexistência de intervenções estruturadas para os pais em Portugal, esta investigação acrescentou novas informações ao estudo da efetividade do TPLG e possibilitou um olhar aprofundado acerca do impacto e das mudanças sentidas pelos participantes do programa, apresentando-se este como um programa direcionado aos pais com resultados promissores na prevenção e tratamento do excesso de peso e obesidade infantil.

Referências Bibliográficas

- Abreu-Lima, I. (2018). Promover a Parentalidade Positiva – O Triple P em Portugal. *VI Seminário Internacional Cognição, Aprendizagem e Desempenho*, 17-35.
- Afonso, L., Castro, J., Parente, N., & Torres, S. (2020). A comprehensive assessment of food parenting practices: Psychometric properties of the portuguese version of the homestead family food practices survey and associations with children's weight and food intake. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10(1), 424–440. <https://doi.org/10.3390/ejihpe10010032>
- Alulis, S., & Grabowski, D. (2017). Theoretical frameworks informing family-based child and adolescent obesity interventions: A qualitative meta-synthesis. *Obesity Research and Clinical Practice*, 11(6), 627-639. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2017.08.001>
- Baker, S., Sanders, M., Turner, K., & Morawska, A. (2017). A randomized controlled trial evaluating a low-intensity interactive online parenting intervention, Triple P Online Brief, with parents of children with early onset conduct problems. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 78-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.016>
- Baranowski, T. & Taveras, E. M. (2018). Childhood Obesity Prevention: Changing the Focus. *Childhood Obesity* 14(1), 1-3. <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/chi.2017.0303>
- Bartlett, J. (2016). The Lifestyle Triple P multilevel system of parenting and family support for the prevention and treatment of childhood obesity. *Espace.Library.Uq.Edu.Au*(Hons I). https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:417569/s4102190_phd_correctedthesis.pdf#page=41
- Bhadoria, A., Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A., Sufi, N., & Kumar, R. (2015). Childhood obesity: Causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(2), 187. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.154628>
- Birch, L., Savage, J. S., & Ventura, A. (2007). Influences on the Development of Children's Eating Behaviours: From Infancy to Adolescence. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research : A Publication of Dietitians of Canada = Revue*

Canadienne de La Pratique et de La Recherche En Dietetique : Une Publication Des Dietetistes Du Canada, 68(1), s1–s56. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19430591><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2678872>

Chaput, J., & Dutil, C. (2016). Lack of sleep as a contributor to obesity in adolescents: Impacts on eating and activity behaviors. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-016-0428-0>

Coelho, C., Afonso, L., & Oliveira, A. (2017). Práticas parentais de controlo alimentar: relação com o peso da criança. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 9, 6–11. <https://doi.org/10.21011/apn.2017.0902>

Correia, C. F. J. (2016). *Sono e Obesidade em Idade Pediátrica* [Master's Thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/26372>

COSI Portugal 2019: Excesso de peso e Obesidade infantil continuam em tendência decrescente - INSA. (n.d.). [Www.Insa.Min-Saude.Pt](http://www.insa.min-saude.pt). Retrieved July 10, 2020, from <http://www.insa.min-saude.pt/cosi-portugal-2019-excesso-de-peso-e-obesidade-infantil-continuum-em-tendencia-decrescente/>

Dantas, R., & da Silva, G. (2019). The role of the obesogenic environment and parental lifestyles in infant feeding behavior. *Revista Paulista de Pediatria*, 37(3), 363-371. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;3;00005>

Dinkel, D., Tibbits, M., Hanigan, E., Nielsen, K., Jorgensen, L., & Grant, K. (2017). Healthy Families: A Family-Based Community Intervention To Address Childhood Obesity. *Journal of Community Health Nursing*, 34(4), 190-202. <https://doi.org/10.1080/07370016.2017.1369808>

Ek, A., Chamberlain, K., Sorjonen, K., Hammar, U., Malek, M., Sandvik, P., Somaraki, M., Nyman, J., Lindberg, L., Nordin, K., Ejderhamn, J., A Fisher, P., Chamberlain, P., Marcus, C., & Nowicka, P. (2019). A parent treatment program for preschoolers with obesity: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 144(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3457>

Ek, A., Nordin, K., Nyström, C., Sandvik, P., Eli, K., & Nowicka, P. (2020). Responding positively to “children who like to eat”: Parents’ experiences of skills-based treatment for

childhood obesity. *Appetite*, 145(June 2019), 104488.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104488>

Ekim, A. (2016). The effect of parents self-efficacy perception on healthy eating and physical activity behaviors of Turkish preschool children. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39(1), 30-40. <https://doi.org/10.3109/01460862.2015.1090500>

Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20, 123-135. doi:10.1080/10503300903470743

Elliott, R. (2012). Final version published as a chapter in: A. Thompson & D. Harper (Eds.) (2012). 69–81.

Elliott, R., & Rodgers, B. (2008). *Client change interview schedule*. Unpublished research instrument, University of Strathclyde, Glasgow.

Gerards, S. M., Dagnelie, P. C., Jansen, M. W., Van Der Goot, L. O., De Vries, N. K., Sanders, M. R., & Kremers, S. P. (2012). Lifestyle Triple P: A parenting intervention for childhood obesity. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-267>

Gerards, S. M. P. L., Dagnelie, P. C., Gubbels, J. S., Van Buuren, S., Hamers, F. J. M., Jansen, M. W. J., Van Der Goot, O. H. M., De Vries, Sanders, M. R., & Kremers, S. P. J. (2015). The effectiveness of lifestyle triple P in the Netherlands: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 10(4), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122240>

Golan, M. (2006). Parents as agents of change in childhood obesity - From research to practice. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(2), 66-76. <https://doi.org/10.1080/17477160600644272>

Golan, M., & Crow, S. (2004). Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: Long-term results. *Obesity Research*, 12(2), 357-361. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.45>

Golan, M., Weizman, A., Apter, A., & Fainaru, M. (1998). Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 67(6), 1130–1135. <https://doi.org/10.1093/ajcn/67.6.1130>

Hanlon, E., Dumin, M., & Pannain, S. (2019). *Sleep and Obesity in Children and Adolescents*. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-812840-4.00013-x>

- Hayes, J., Balantekin, K., Altman, M., Wilfley, D., Taylor, C., & Williams, J. (2018). Sleep Patterns and Quality Are Associated with Severity of Obesity and Weight-Related Behaviors in Adolescents with Overweight and Obesity. *Childhood Obesity*, 14(1), 11-17. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0148>
- Hughes, S., Power, T., Papaioannou, M., Cross, M., Nicklas, T., Hall, S., & Shewchuk, R. (2011). Emotional climate, feeding practices, and feeding styles: An observational analysis of the dinner meal in Head Start families. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 60. <http://www.ijbnpa.org/content/8/1/60>
- Kalarchian, M., Levine, M., Arslanian, S., Ewing, L., Houck, P., Cheng, Y., Ringham, R. M., Sheets, C. A., & Marcus, M. (2009). Family-based treatment of severe pediatric obesity: Randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 124(4), 1060-1068. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3727>
- Kumar, S., & Kelly, A. S. (2017). Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(2), 251–265. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.09.017>
- Larsen, J., Hermans, R., Sleddens, E., Engels, R., Fisher, J., & Kremers, S. (2015). How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence? *Appetite*, 89, 246-257. <http://dx.doi.org/10.1016/j.a>
- López-Bueno, R., López-Sánchez, G. F., Casajús, J. A., Calatayud, J., Tully, M. A., & Smith, L. (2021). Potential health-related behaviors for pre-school and school-aged children during COVID-19 lockdown: A narrative review. *Preventive Medicine*, 143(November 2020). <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106349>
- Loveman, E., Al-Khudairy, L., Johnson, R. E., Robertson, W., Colquitt, J. L., Mead, E., Ells, L. J., Metzendorf, M., & Rees, K. (2015). Parent-only interventions for childhood overweight or obesity in children aged 5 to 11 years (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012008>
- McGarvey, E., Keller, A., Forrester, M., Williams, E., Seward, D., & Suttle, D. (2004). Feasibility and benefits of a parent-focused preschool child obesity intervention. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1490-1495. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.9.1490>
- Miles, M. and Huberman, A. (1994) *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*.

Sage Publications.

Morawska, A., Sanders, M., Goadby, E., Headley, C., Hodge, L., McAuliffe, C., Pope, S., & Anderson, E. (2011). Is the Triple P-Positive Parenting Program Acceptable to Parents from Culturally Diverse Backgrounds? *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 614-622. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-010-9436-x>

Musher-Eizenman, D. R., Goodman, L., Roberts, L., Marx, J., Taylor, M., & Hoffmann, D. (2019). An examination of food parenting practices: Structure, control and autonomy promotion. *Public Health Nutrition*, 22(5), 814–826. <https://doi.org/10.1017/S1368980018003312>

Parekh, N., Henriksson, P., Delisle Nyström, C., Silfvernagel, K., Ruiz, J., Ortega, F., Pomeroy, J., & Löf, M. (2018). Associations of Parental Self-Efficacy With Diet, Physical Activity, Body Composition, and Cardiorespiratory Fitness in Swedish Preschoolers: Results From the MINISTOP Trial. *Health Education and Behavior*, 45(2), 238-246. <http://dx.doi.org/10.1177/1090198117714019>

Pietrobelli, A., Pecoraro, L., Ferruzzi, A., Heo, M., Faith, M., Zoller, T., Antoniazzi, F., Piacentini, G., Fearnbach, S. N., & Heymsfield, S. B. (2020). Effects of COVID-19 Lockdown on Lifestyle Behaviors in Children with Obesity Living in Verona, Italy: A Longitudinal Study. *Obesity*, 28(8), 1382–1385. <https://doi.org/10.1002/oby.22861>

Reilly, K., Briatico, D., Irwin, J., Tucker, P., Pearson, E., & Burke, S. (2019). Participants' perceptions of "C.H.A.M.P. families": A parent-focused intervention targeting paediatric overweight and obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16122171>

Rodrigues, C. M. E. (2020). *Programa Lifestyle Triple P: Construção do Sistema de Codificação da Entrevista de Mudança* [Master's Thesis, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/129683>

Saldaña, J. (2009) *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Sage Publications.

Sales, C. M. D., Goncalves, S., Silva, I. F., Duarte, J., Sousa, D., Fernandes, ... Elliott, R. (2007, March). *Portuguese adaptation of qualitative change process instruments*. Paper presented at the European Chapter Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Funchal, Portugal.

Sanders, M. R. & Mazzucchelli, T. G. (2017). *The Power of Positive Parenting*. Oxford University Press.

Sanders, M. (2012). Development, Evaluation, and Multinational Dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 345-379. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104>

Sanders, M., Markie-Dadds, C., & Turner, K. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: a population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice, Monograph* (1), 1-24. <http://www.kindermishandeling.info/triplep/download/ArtikelMSanders.pdf>

Shelton, D., Le Gros, K., Norton, L., Stanton-Cook, S., Morgan, J., & Masterman, P. (2007). Randomised controlled trial: A parent-based group education programme for overweight children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43(12), 799-805. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1754.2007.01150.x>

Stang, J., & Loth, K. A. (2011). Parenting style and child feeding practices: potential mitigating factors in the etiology of childhood obesity. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(9), 1301–1305. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.06.010>

Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., & Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804–814. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60813-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60813-1)

Taveras, E., Rifas-Shiman, S., Oken, E., Gunderson, E., & Gillman, M. (2009). Short sleep duration in infancy and risks of childhood obesity. *Pediatric Adolescent Medicine*, 162(4), 305-311. <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.162.4.305.Short>

Ten Velde, G., Lubrecht, J., Arayess, L., van Loo, C., Hesselink, M., Reijnders, D., & Vreugdenhil, A. (2021). Physical activity behaviour and screen time in Dutch children during the COVID-19 pandemic: Pre-, during- and post-school closures. *Pediatric Obesity*, 16(9), 1–7. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12779>

Vaughn, A. E., Ward, D. S., Fisher, J. O., Faith, M. S., Hughes, S. O., Kremers, S. P. J., Musher-Eizenman, D. R., O'Connor, T. M., Patrick, H., & Power, T. G. (2016). 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>

West, F., Sanders, M., Cleghorn, G., & Davies, P. (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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.008>

Westerlund, L., Ray, C., & Roos, E. (2009). Associations between sleeping habits and food consumption patterns among 1011-year-old children in Finland. *British Journal of Nutrition*, 102(10), 1531-1537. <http://dx.doi.org/10.1017/S0007114509990730>

World Health Organisation. (2018, February 16). Obesity and overweight. Who.Int; World Health Organization: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books. https://www.academia.edu/13587158/The_Theory_and_Practice_of_Group_Psychotherapy

Anexos

Anexo A

Protocolo da Entrevista

Protocolo de Entrevista de Mudança do cliente

Versão Adaptada para o Projeto LifeStyle

Robert Elliott (1999); versão portuguesa de Célia Sales, Sónia Gonçalves, Eugénia Fernandes, Zita Sousa, Daniel Sousa, Isabel Silva, Jane Duarte, & Robert Elliott (2007)

INSTRUÇÕES

Material:

- O presente protocolo
- Registo áudio; o mesmo deve ser gravado com a seguinte informação: iniciais do participante, nº de processo, data da entrevista.
- Folhas brancas para anotar as respostas, nas próprias palavras do participante

Estratégia da entrevista

Esta entrevista funciona melhor enquanto exploração empática, semiestruturada, da experiência do participante na intervenção. Primariamente, pense em si como tentando ajudar o cliente a contar uma história sobre o seu processo. De preferência, adopte uma postura de curiosidade acerca dos tópicos abordados na entrevista, usando as questões abertas do guião, acrescida de empatia e compreensão, de modo a ajudar o participante a elaborar as suas experiências. Assim, para cada questão, comece de um modo relativamente não estruturado e só imponha estrutura quando necessário.

Para cada tópico são sugeridas alternativas ou exemplos de pergunta, mas tenha presente que estas podem não ser necessárias.

Peca ao participante o máximo de detalhes possível.

Use as expressões “mais alguma coisa?” e “notou mais algumas mudanças?”.

Questione de um modo não directivo, até que o cliente sinta que não tem mais nada a acrescentar.

Guião da Entrevista de Mudança

Instruções ao participante:

Uma vez terminada a sua participação na intervenção gostaríamos de convidá-lo(a) para uma entrevista semiestruturada com o intuito de perceber como foi a sua experiência. Esta entrevista pretende abordar quaisquer mudanças que tenha verificado desde o início da intervenção, o que acredita ter contribuído para essas mudanças, bem como os aspetos úteis e os aspetos desnecessários que identifica na intervenção. Estas informações ajudar-nos-ão a compreender melhor como funciona esta abordagem parental e o que podemos melhorar.

Esta entrevista é sujeita a gravação áudio para posterior transcrição. (Os dados serão confidenciais.) Por favor, faculte a maior quantidade de detalhes possível.

1. QUESTÕES GERAIS

1a. Como é que se sentiu ao longo da intervenção?

1b. Como é que vão as coisas desde que começou a intervenção?

2. MUDANÇAS SENTIDAS

2a. Desde que começou a intervenção que mudanças notou em si, no(a) seu(sua) filho(a), ou na sua família?

(e.g. Tem agido, sentido ou pensado de modo diferente do que acontecia antes da intervenção? Alguém notou alguma mudança em si, no(a) seu(sua) filho(a) (ou na sua família)? Pode dar alguns exemplos?

2b. Houve alguma coisa que mudou para pior, desde o início da intervenção?

2c. Há alguma coisa que gostaria de mudar e que ainda não mudou desde o início da intervenção?

2d. Desde que começou a intervenção surgiram outros aspetos que gostasse de mudar, dos quais não se tinha dado conta antes de começar a intervenção?

3. AVALIAÇÃO DA MUDANÇA

(O entrevistador passa as mudanças da folha branca para a Tabela 1 e dá a seguinte instrução verbal:

Vamos agora avaliar as mudanças que já identificou

(Para cada mudança solicitar as três avaliações – A, B, C - e apontar a resposta na coluna correspondente da Tabela 1, usando a escala fornecida)

A. Estava à espera desta mudança, ou foi uma surpresa para si?

B. Esta mudança podia ter acontecido sem a intervenção?

C. Até que ponto esta mudança é importante ou significativa para si?

4. ATRIBUIÇÕES

Em termos gerais, o que pensa ter causado estas mudanças? (incluindo aspetos que aconteceram nas sessões ou fora das sessões de intervenção)

5. ASPETOS POSITIVOS

Poderia resumir que aspetos da intervenção o têm ajudado a si, ao(à) seu(sua) filho(a), ou à sua família? Por favor, dê exemplos.

6. ASPECTOS NEGATIVOS

6a. Há aspetos da intervenção que não estão a funcionar ou que não o ajudam a si, ao(à) seu(sua) filho(a), ou à sua família? Ou que são negativos, ou dececionantes? Quais?

6b. Há aspetos da intervenção que estão a ser difíceis ou dolorosos, mas que o estão a ajudar ou poderão vir a ajudar? Por favor, dê exemplos.

6c. Na sua perspectiva, faltou alguma coisa na intervenção? Há alguma coisa que poderia ter tornado a intervenção mais benéfica para si (ou para o(a) seu(sua) filho(a), ou para sua família)?

7. SUGESTÕES

Tem algumas sugestões para nós, em relação à investigação ou à intervenção? Gostaria de fazer mais algum comentário acerca da intervenção? Gostaria de dizer mais alguma coisa?

Participante _____

Entrevistador _____ **Data** _____

Tabela 1 - Lista de mudanças

Mudanças	A) A mudança foi:	B) Sem intervenção, a mudança:	C) A mudança foi:
	1 – Totalmente esperada 2 – Algo esperada 3 - Nem esperada, nem surpresa 4 – Algo surpresa 5 – Totalmente surpresa	1 – De certeza NÃO acontecia 2- Provavelmente NÃO acontecia 3 - Não sei 4 – Provavelmente ACONTECIA 5 – De certeza ACONTECIA	1 - Nada importante 2 - Pouco importante 3 - Moderadamente importante 4 - Muito importante 5- Extremamente importante
1.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

5.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Anexo B

Esquematização do Sistema de Categorias













