

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Triple P Lifestyle em Grupo: Comparação de diferentes formatos de implementação

Maria Madalena Freitas Pintado

M

2022



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

**TRIPLE P LIFESTYLE EM GRUPO:
COMPARAÇÃO DE DIFERENTES FORMATOS DE IMPLEMENTAÇÃO**

Maria Madalena Freitas Pintado

Junho de 2022

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

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.

Informação adicional

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)” coordenado pela Prof. Doutora Orlanda Maria da Silva Rodrigues da Cruz e pela Doutora Ana Catarina Miranda Canário, promovido pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/SAUNUT/30715/2017).

Agradecimentos

Adereço um agradecimento especial à minha orientadora de dissertação, Doutora Catarina Canário, por toda a ajuda em cada etapa deste caminho, pela disponibilidade e pela simpatia. Agradeço à Professora Doutora Orlanda Cruz, minha co-orientadora, pela revisão da dissertação.

A toda a equipa do Lifestyle Triple P pela ajuda na preparação dos dados, gentilmente cedidos para que este trabalho fosse possível, bem como a todos os participantes.

Aos meus pais e à minha irmã, por acreditarem sempre em mim e confiarem nas minhas capacidades, pela paciência e pela força a cada pequeno passo do trajeto. Também agradeço à restante família, tias e primas, por todo o apoio e por toda a confiança no meu sucesso.

Aos meus queridos amigos e amigas da residência, por ouvirem atentamente os meus desabafos, suportarem as minhas derrotas e vivenciarem comigo as minhas vitórias; por acompanharem todo o percurso, mesmo quando estive longe fisicamente. O vosso apoio foi imprescindível e sem ele não teria feito tanto sentido.

Aos laços que criei na faculdade, os meus amigos do grupo “Follow Your Instinto” por terem sempre a palavra reconfortante no momento certo, por ajudarem incessantemente em qualquer dúvida, por estarem sempre disponíveis, por partilharmos receios e conquistas.

Aos meus amigos e amigas da ilha Terceira, por me ampararem nesta fase. Por estarem sempre disponíveis para me ouvir em todos os momentos, sobretudo nas horas de aperto e por me levarem a descontraír.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente me deram força, ouviram com o coração as minhas partilhas sobre este processo, ofereceram conselhos e partilharam dicas, o meu muitíssimo obrigado.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo avaliar os efeitos do programa Triple P Lifestyle em Grupo (TPLG) na percepção das práticas parentais relativamente à alimentação e à atividade física dos filhos, nos comportamentos de estilo de vida problemáticos das crianças, na confiança dos pais para lidar com esses comportamentos e na ingestão de frutas e legumes, doces e pastéis e refrigerantes, néctares e sumos de fruta.

Participaram no estudo 77 famílias com crianças com excesso de peso ou obesidade, com idade entre os 5 e os 10 anos de idade, recrutadas na consulta de alterações nutricionais do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN). Os participantes foram distribuídos de forma aleatória pelas condições de intervenção (formato presencial, $n=22$, e formato de videochamada, $n=19$) e de controlo ($n=36$). Os grupos preencheram um protocolo de avaliação em três momentos, com medidas de caracterização familiar, de práticas parentais, de problemas de comportamentos de estilo de vida problemáticos da criança, de confiança para lidar com estes comportamentos, bem como de frequência alimentar, pré e pós intervenção (M1 e M2) e a *follow-up* (M3) seis meses após a intervenção.

No grupo de intervenção TPLG por videochamada verificou-se um aumento da Promoção do tempo de ecrã e do Envolvimento e estrutura da atividade física no momento de *follow-up*. O grupo TPLG presencial mostrou mais Problemas de atividade física. O grupo de controlo revelou um aumento do consumo de Refrigerantes, néctares e sumos de fruta e do Nível de confiança dos pais para lidar com os comportamentos problemáticos dos seus filhos no momento de *follow-up*. Este grupo também revelou um aumento do Mau comportamento em relação à comida no momento de pós intervenção.

Os resultados do presente estudo sugerem que o TPLG pode ter efeitos positivos nos comportamentos de estilo de vida problemáticos e na frequência alimentar de crianças com excesso de peso e obesidade, bem como em práticas parentais específicas. Os efeitos da intervenção presencial e da intervenção por videochamada mostraram-se semelhantes na maioria das variáveis em estudo, o que sugere efeitos positivos do programa TPLG em ambos os formatos de implementação.

Palavras-chave: Triplo P Lifestyle em Grupo, Práticas Parentais; Comportamentos de estilo de vida problemáticos; Obesidade Infantil; Excesso de peso; Intervenção por videochamada.

Abstract

The current study addressed the effects of the Group Lifestyle Triple P (GLTP) program on the perception of parental practices regarding children's food intake and physical activity, children's lifestyle behavior problems, parents' confidence to deal with these behaviors, and the intake of fruit and vegetables, sweets and pastries, and soft drinks, and fruit juices.

A total of 77 families with overweight or obese children, aged 5 to 10, recruited from the Consultation on Nutritional Changes at the Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) participated in the study. Participants were randomly allocated to intervention (face-to-face format, $n=22$, and videoconference format, $n=19$) and control ($n=36$) conditions. The groups completed an evaluation protocol at three time points, with measures of family characterization, parenting practices, children's lifestyle behavior problems, confidence to deal with these behaviors, as well as specific foods intake frequency, pre- and post-intervention (M1 and M2) and at follow-up (M3) six months after the intervention.

Results reveal that the parents who received the intervention through videoconference reported an increase in Screen Time Promotion and Physical Activity Involvement and Structure at follow-up, whereas those who received the intervention face-to-face revealed more Physical activity problems. The control group showed an increase in the frequency of Soft Drinks, Nectars, and Fruit Juice intake and higher Parent confidence levels in dealing with their children's lifestyle behavior problems at follow-up. This group also revealed higher levels of children's Misbehavior in relation to food immediately after the intervention.

The results of the present study suggest that GLTP may have positive effects on children's lifestyle behavior problems and food intake in overweight and obese children, as well as on specific parenting practices. The effects of GLTP seem to be positive regardless of the way of the intervention is delivered (i.e., face-to-face vs through videoconference).

Keywords: Group Lifestyle Triple P, Parenting Practices; Lifestyle behavior problems; Childhood Obesity; Overweight; Intervention.

Résumé

Cette étude visait à évaluer les effets du programme Triple P Lifestyle en Groupe (TPLG) sur la perception des pratiques parentales concernant l'alimentation et l'activité physique des enfants, sur les comportements problématiques des enfants en matière de mode de vie, sur la confiance des parents face à ces comportements, et sur la consommation de fruits et légumes, de sucreries et pâtisseries et de boissons gazeuses, nectars et jus de fruits.

Au total, 77 familles avec des enfants en surpoids ou obèses âgés de 5 à 10 ans, recrutées par la consultation de changements nutritionnels du Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), ont participé à l'étude. Les participants ont été répartis de manière aléatoire entre les conditions d'intervention (format face à face, $n=22$, et format vidéoconférence, $n=19$) et de contrôle ($n=36$). Les groupes ont rempli un protocole d'évaluation à trois moments, avec des mesures de la caractérisation de la famille, des pratiques parentales, des comportements problématiques liés au mode de vie de l'enfant, de la confiance pour faire face à ces comportements, ainsi que de la fréquence alimentaire, avant et après l'intervention (M1 et M2) et un suivi (M3) six mois après l'intervention.

Les résultats révèlent que les parents qui ont reçu l'intervention par vidéoconférence ont présenté une augmentation de la promotion du temps d'écran et de l'implication et de la structure de l'activité physique lors du suivi, tandis que ceux qui ont reçu l'intervention en face à face ont révélé plus de problèmes d'activité physique. Le groupe de contrôle a montré une augmentation de la fréquence de consommation de boissons gazeuses, de nectars et de jus de fruits, ainsi qu'un niveau de confiance plus élevé des parents dans la gestion des problèmes de comportement liés au mode de vie de leurs enfants lors du suivi. Ce groupe a également révélé des niveaux plus élevés de mauvais comportement des enfants par rapport à la nourriture immédiatement après l'intervention.

Les résultats de la présente étude suggèrent que le TPLG peut avoir des effets positifs sur les problèmes de comportement liés au mode de vie des enfants et sur la prise alimentaire chez les enfants en surpoids et obèses, ainsi que sur des pratiques parentales spécifiques. Les effets du TPLG semblent être positifs quelle que soit la manière dont l'intervention est délivrée (face à face ou par vidéoconférence).

Mots clés: Triple P Lifestyle en Groupe; Pratiques parentales; Comportements problématiques liés au mode de vie; Obésité infantile; Surpoids; Intervention par vidéoconférence.

Índice

Introdução	1
Fatores associados ao excesso de peso/obesidade infantil	1
Intervenção na parentalidade	4
Programa Triple P Lifestyle em Grupo	7
Intervenções implementadas por meios digitais.....	9
Desafios parentais em tempo de pandemia.....	14
Objetivos e hipóteses	17
Método	17
1. Projeto de investigação LifeStyle	17
2. Participantes	18
3. Instrumentos	20
3.1. Questionário de Caracterização Familiar	21
3.2. Questionário de Práticas Parentais de Alimentação	21
3.3. Questionário de Práticas Parentais de Atividade Física	22
3.4. Questionário <i>Parenting Scale</i>	23
3.5. Questionário de Forças e Dificuldades	24
3.6. Questionário <i>Lifestyle Behavior Checklist</i>	24
3.7. Questionário de Frequência Alimentar.....	25
4. Procedimento	26
5. Intervenção	26
6. Plano analítico	28
Resultados	29
Conclusão	48
Referências	49

Índice de tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas das crianças.....	19
Tabela 2 - Características sociodemográficas dos pais.....	20
Tabela 3 - Descrição das sessões do programa Triplo P Lifestyle em Grupo (Gerards et al., 2012).....	27
Tabela 4 - Resultados descritivos das médias (M) e Desvios-Padrão (DP) de todas as variáveis dependentes em estudo no M1 entre as condições de intervenção e de controlo.....	30
Tabela 5 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QPPA nos três grupos no M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	31
Tabela 6 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QPPA nos três grupos no M3, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	31
Tabela 7 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QPPAF nos três grupos no M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	32
Tabela 8 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QPPAF nos três grupos no M3, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	33
Tabela 9 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do PS nos três grupos no M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	34
Tabela 10 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do PS nos três grupos no M3, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	35
Tabela 11 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do SDQ nos três grupos no M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	35
Tabela 12 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do SDQ nos três grupos no M3, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	36

Tabela 13 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do LBC nos três grupos no M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	37
Tabela 14 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do LBC nos três grupos no M3, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	38
Tabela 15 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QFA nos três grupos no M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	41
Tabela 16 - Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QFA nos três grupos no M3, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.....	41

Índice de Figuras

Figura 1 - Representação gráfica da subescala Promoção do tempo de ecrã no momento pós-intervenção (M2).....	33
Figura 2 - Representação gráfica da subescala Envolvimento e estrutura no momento <i>follow-up</i> (M3).....	34
Figura 3 - Representação gráfica da subescala Comportamento inadequado em relação à comida no momento pós-intervenção.....	39
Figura 4 - Representação gráfica da Escala de Confiança no momento <i>follow-up</i>	39
Figura 5 - Representação gráfica da subescala Atividade física no momento <i>follow-up</i>	40
Figura 6 - Representação gráfica da subescala Refrigerantes no momento <i>follow-up</i>	42

Lista de abreviaturas

CMIN – Centro Materno-Infantil do Norte

EP – Excesso de peso

LBC – *Lifestyle Behavior Checklist*

M1 – Momento pré-intervenção

M2 – Momento pós-intervenção

M3 – Momento *follow-up*

OB – Obesidade

OMS – Organização Mundial da Saúde

PS – *Parenting Scale*

QFA – Questionário de Frequência Alimentar

QPPA – Questionário de Práticas Parentais de Alimentação

QPPAF – Questionário de Práticas Parentais de Atividade Física

SDQ – *Strenghts and Difficulties Questionnaire*

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TPLG – Triple P Lifestyle em Grupo

Introdução

Tanto a obesidade (OB), como o excesso de peso (EP) têm vindo a aumentar significativamente nos últimos anos, sendo Portugal um dos países com as taxas mais altas da União Europeia (UE). O *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Europa e desenvolvido, em Portugal, pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, revela uma ligeira diminuição da percentagem de obesidade e de excesso de peso infantil, um declínio de 37.9% para 29.6%, precisamente 8.3%, entre 2008 e 2019, respetivamente (Serviço Nacional de Saúde, 2019; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019). Não obstante, os dados revelam também que uma em cada três crianças apresenta excesso de peso e que 10.6% apresenta obesidade infantil. Em 2019, o COSI Portugal avaliou 228 escolas do 1º ciclo, um total de 7210 crianças e concluiu que, com o aumento da idade, a obesidade infantil também aumenta, isto é, as crianças de seis anos apresentam um valor de 10.8%, sendo 2.7% considerado obesidade severa, enquanto as crianças de oito anos mostram um valor de 15.3% dos quais 5.4% são obesidade severa (Serviço Nacional de Saúde, 2019).

A OB caracteriza-se como uma patologia com origem em diversos fatores que afeta a saúde, devido ao excesso de gordura corporal acumulada (Loveman, 2015; Serviço Nacional de Saúde, 2019). Atualmente, a obesidade infantil é vista pela OMS como um dos maiores problemas de saúde pública devido à elevada probabilidade de as crianças com EP ou OB desenvolverem diabetes ou doenças cardiovasculares na idade jovem (Carneiro, 2020). A obesidade, bem como o excesso de peso estão relacionados com problemas sociais, comportamentais e emocionais das crianças, dificuldades psicossociais, fraco desempenho académico e baixa qualidade de vida (Gibson et al., 2008; Griffiths et al., 2011; Sahoo et al., 2015, as cited in Canário et al., 2021).

Fatores associados ao excesso de peso/obesidade infantil

Harrison e colaboradores (2011) apresentam o modelo ecológico dos Seis C's (a célula, a criança, a família [clan], a comunidade, o país [country] e a cultura), inspirado na abordagem ecológica de Bronfenbrenner, que realça a importância das influências hereditárias e também ambientais. Este modelo integra seis níveis de fatores organizados do mais proximal para o mais distal, ou seja, no centro encontra-se a célula, que corresponde aos fatores genéticos, seguida das características da criança, da família, da comunidade, do país e da cultura.

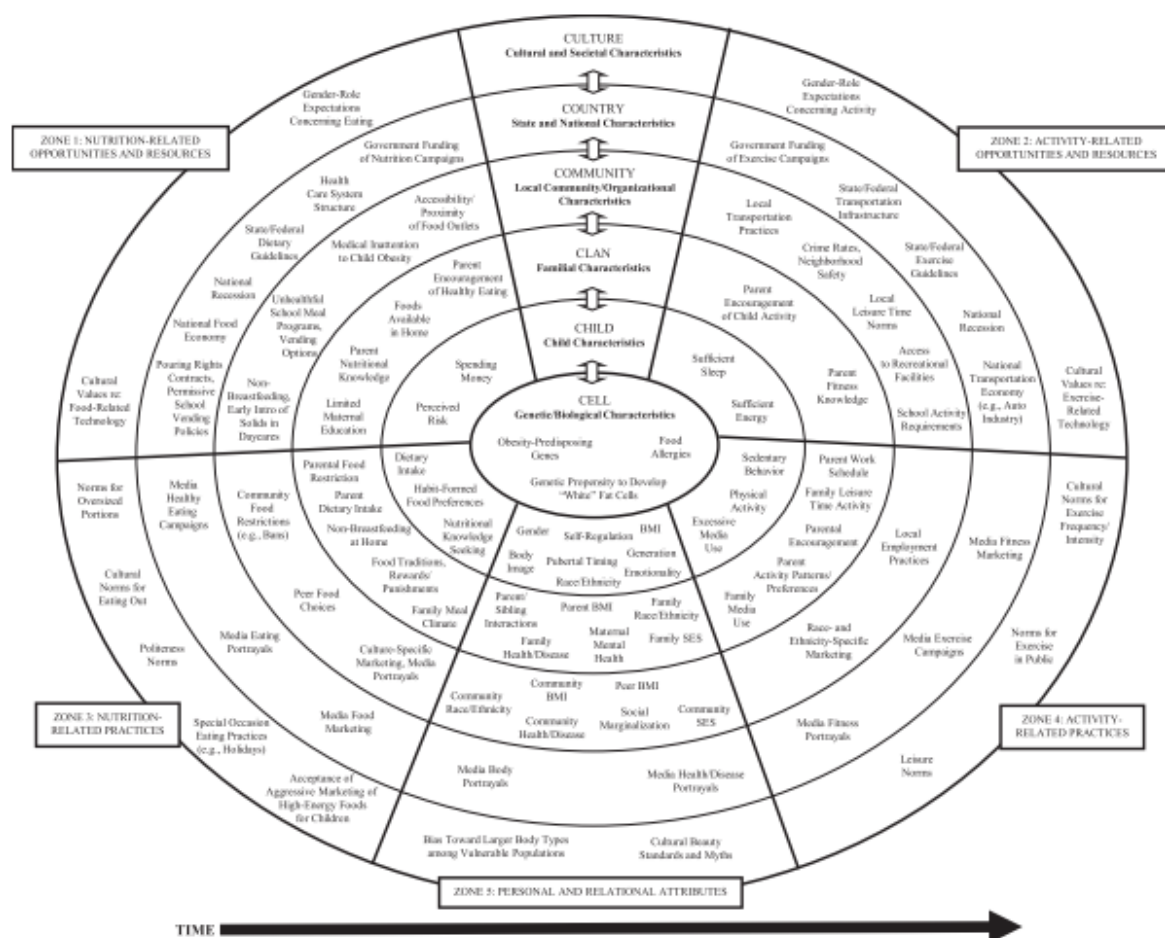


Figura 1 – Modelo ecológico dos Seis C's (Harrison et al., 2011, p.51)

A Figura 1 mostra as características organizadas em cinco zonas que se referem aos 5 níveis do modelo: a criança, a família, a comunidade, o país e a cultura. Na zona 1, oportunidades e recursos relacionados com a nutrição, são contemplados fatores como o encorajamento parental para uma alimentação saudável, o conhecimento dos pais acerca de nutrição, a comida disponível em casa, os alimentos servidos nas escolas, a estrutura do sistema de saúde e as expectativas de género quanto à alimentação. Na zona 2, oportunidades e recursos relacionados com a atividade física, é possível encontrar fatores como as horas de sono da criança, o encorajamento dos pais para a prática de atividade física, a segurança e o nível de criminalidade na vizinhança, o apoio governamental para campanhas sobre atividade física e as expectativas de género face à prática de atividade física. Por sua vez, a zona 3 é referente a práticas relacionadas com a nutrição, nomeadamente fatores relacionados com a ingestão de alimentos, as restrições dos pais perante a comida, as escolhas alimentares do grupo de pares, o papel dos media na publicidade de alimentos, as normas culturais para comer foras e as práticas alimentares referentes a ocasiões especiais. De seguida, a zona 4, práticas relacionadas com a atividade física, apresenta fatores como o

comportamento sedentário, o uso excessivo dos media, o encorajamento dos pais, os horários de trabalho dos pais, o tempo de lazer da família, o papel dos media nas campanhas de exercício físico, as normas culturais para o exercício físico (frequência e intensidade) e as normas para a prática de exercício em público. Por fim, a zona 5, atributos pessoais e relacionais, diz respeito ao gênero, o IMC (índice de massa corporal), a imagem corporal, a entrada na puberdade, as doenças na família, o IMC dos pais, as interações com os pais e/ou irmãos, o tipo de imagem corporal que os media publicitam e os padrões de beleza em termos culturais (Harrison et al., 2011).

Como observado no modelo anteriormente apresentado, inúmeros fatores influenciam a OB infantil, quer direta ou indiretamente, especialmente o contexto mais próximo da criança, ou seja, a sua família. Deste modo, determinadas características parentais, tais como o nível de educação e o estado de saúde mental, influenciam o risco de obesidade nos filhos. Também os comportamentos parentais influenciam a alimentação e o peso das crianças, mesmo antes do seu nascimento, quando esses comportamentos alimentares e de saúde são de risco, como, por exemplo, comer em excesso e fumar durante a gravidez (Harrison et al., 2011). Estudos mostram que a forma como os pais transmitem informação sobre os alimentos às crianças, os escolhem e se comportam durante as refeições as pode influenciar, por meio da aprendizagem por modelagem. As práticas alimentares dos pais têm um impacto duradouro nos hábitos de alimentação dos seus filhos que, por observação das figuras de vinculação, as repetem e prolongam no tempo (Rossi et al., 2008; Abreu, 2010). Contudo, os efeitos da modelagem tanto podem ser positivos, como negativos, por exemplo “Pais que comem demasiado, que comem rapidamente e que ignoram o seu estado de saciedade fornecem maus exemplos para as suas crianças.” (Abreu, 2010, p.17), por isso, é crucial que os pais façam uso de estratégias adequadas, não só para o seu próprio bem-estar, como também para o dos seus filhos. Um exemplo recorrente do quotidiano das famílias é o momento da refeição, sendo que este constitui uma oportunidade ideal para as crianças observarem os comportamentos dos seus pais, que devem ser os mais educativos e corretos possíveis, uma vez que os seus filhos, provavelmente, irão reproduzi-los (Abreu, 2010).

No estudo realizado por Morawska e West (2012), os resultados mostraram que as práticas permissivas e coercivas de parentalidade eram mais comuns em famílias com filhos obesos do que em famílias sem filhos obesos, revelando, então, que os estilos parentais estão associados a um maior risco de excesso de peso (Berge et al., 2010; Moens et al., 2007). Outros estudos anteriores sugerem que os padrões de vida da criança como, por exemplo, a ingestão de alimentos ou o comportamento sedentário, podem ter menos importância no

aumento do peso da criança do que outras variáveis (Magarey et al., 2001, as cited in Morawska & West, 2012). Deste modo, conclui-se que a intervenção na parentalidade pode contribuir para a prevenção e tratamento da obesidade infantil, tendo em conta a significativa influência da família no desenvolvimento e na manutenção da obesidade infantil. Concluindo, tanto os pais, como os contextos em que a criança ou o adolescente se insere, exercem uma poderosa influência nas crianças, podendo ter impacto no risco de uma criança se tornar obesa (Morawska & West, 2012), devendo, por isso, intervir-se diretamente nestes.

A pandemia de COVID-19 originou muitas alterações e adaptações nos mais variados setores da sociedade em geral, bem como na vida dos cidadãos. Um exemplo disso é a prática de atividade física pelas crianças, que normalmente se realizava ao ar livre e/ou em contexto escolar e que ficou condicionada, em consequência do confinamento, levando a um aumento dos hábitos sedentários, para os quais a utilização de aparelhos eletrónicos contribuiu fortemente, tanto pela sua finalidade educativa, com a implementação do regime de aulas online, como pela sua vertente lúdica (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019). O tempo de ecrã, por si mesmo, pode favorecer o aumento do EP e a OB, tanto pelo aumento de sedentarismo durante esta atividade, como pela exposição ao *marketing* digital de produtos açucarados, salgados e ricos em gordura, e, ainda, pela maior propensão de ingerir *snacks* durante este tempo reservado às tecnologias. Para além disso, fruto da mudança das rotinas das famílias, estas podem sentir elevados níveis de *stress*, procurando “alimentos de conforto” que atenuem o seu mal-estar. De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2019), a compra de alimentos também se alterou, verificando-se uma deslocação menos frequente a supermercados, acompanhada por um maior volume de alimentos adquiridos e optando por alimentos menos perecíveis, como enlatados e alimentos processados. Esta alteração nas rotinas e no padrão de compra pode contribuir para um aumento do aporte energético alimentar por toda a família, principalmente pelo consumo mais frequente de alimentos ricos em gordura, açúcar e sal. Apesar de Portugal se encontrar num ponto de viragem, com os valores de excesso de peso e de obesidade a diminuir, ainda é necessário percorrer um longo caminho para combater estas problemáticas.

Intervenção na parentalidade

No tratamento da obesidade infantil, os benefícios têm sido claros no que concerne ao envolvimento dos pais, visto que a intervenção centrada na família é implementada com base na premissa de que o apoio parental, o funcionamento da família, os hábitos alimentares, a

prática de atividade física e o ambiente familiar são fatores importantes e determinantes dos resultados da intervenção (Golan & Crow, 2004; Golley et al., 2007; West et al., 2010). Assim, os programas de parentalidade possuem um enorme potencial, não só para melhorar a saúde mental e o bem-estar das crianças, como também para melhorar as relações familiares e beneficiar a comunidade de um modo geral (Sanders, 2008). Neste seguimento, Golan e Crow (2004) consideram que o objetivo primordial deve ser alterar o ambiente familiar, em vez de centrar a preocupação no peso da criança, porque esta atitude pode prejudicar a autoestima da mesma e a sua relação com os pais. Assim, o clima físico e emocional vivenciado em casa tem o potencial de afetar o equilíbrio e também a composição da dieta das crianças de inúmeras maneiras (Golan & Crow, 2004).

No estudo de Golan e Crow (2004) participaram 60 crianças das quais 50 foram contactadas 7 anos mais tarde para o último *follow-up*, no qual o peso e a medida foram medidos. Os participantes dividiram-se em dois grupos de intervenção: um constituído apenas por pais que beneficiaram de 14 sessões de uma hora e de sessões de grupo educacionais, e outro apenas com crianças, entre os 7 e os 12 anos, que participaram em 30 sessões de uma hora. As sessões do grupo de intervenção apenas com pais abordaram temáticas como barreiras nas responsabilidades, educação nutricional, modificação do comportamento alimentar e da atividade física, diminuição da exposição ao estímulo, modelagem parental, resolução de problemas, reestruturação cognitiva e lidar com a resistência. Além disso, os pais foram encorajados a praticar um estilo parental autoritativo com os seus filhos. Por outro lado, as sessões do grupo de intervenção apenas com crianças incidiram sobre assuntos como atividade física, modificação do comportamento alimentar, controlo de estímulos, auto-monitorização, educação nutricional, resolução de problemas e reestruturação cognitiva.

No *follow-up* um ano após o programa ter terminado, verificou-se uma perda de peso estatisticamente significativa nas crianças do grupo só de pais em comparação com o grupo de intervenção só de crianças. Estes resultados estão relacionados com uma mudança no ambiente em casa, isto é, uma redução significativa da presença de alimentos como bolos ou snacks e, em consequência, uma diminuição dos problemas de comportamento relacionados com a alimentação. Nesta sequência, ao fim de 2 anos do término do programa, apurou-se uma redução média no excesso de peso de 15% das crianças do grupo composto apenas por pais, em contrapartida, no grupo apenas com crianças observou-se um aumento do peso no valor de 2.9%. Por fim, no *follow-up* de 7 anos, os resultados mostraram que as crianças de ambas os grupos de intervenção, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, tinham

sofrido uma perda de peso substancial. Contudo, a redução média do excesso de peso foi de 29% nas crianças do grupo só com pais e de 20.2% no grupo só com crianças. Os resultados de longa duração foram muito positivos com uma percentagem de 60% de crianças do grupo apenas com pais e 31% do grupo de apenas crianças em estado “não obeso”.

O estilo parental autoritativo mostrou ser o mais adequado para prevenir e tratar a obesidade infantil do que o estilo controlador, considerando que as estratégias de controlo se revelam contraproducentes ao desenvolvimento da capacidade de autorregulação das crianças. Deste modo, este estudo permitiu concluir que o papel dos pais de crianças com OB é servir de modelos e ser vistos como uma fonte de autoridade, pois o seu envolvimento é crucial para providenciar um ambiente saudável e padrões de atividade física. No que concerne a intervenções relacionadas com o peso das crianças, os pais devem ser os principais mediadores de mudança, pois está comprovado que o seu envolvimento produz a indução de um ambiente saudável, a modelagem de padrões de alimentação e de atividade saudáveis e a melhoria das práticas e do estado de peso da criança a longo prazo.

Outro estudo de Ek e colaboradores (2019) levado a cabo com pais de crianças entre os 4 e os 6 anos de idade foi desenvolvido em Estocolmo. Um total de 174 crianças diagnosticadas com obesidade, de acordo com as recomendações internacionais, e sem outras doenças crónicas ou problemas de desenvolvimento, bem como os respetivos pais, foram aleatoriamente distribuídos por 3 condições do estudo: intervenção parental em grupo com sessões de reforço, intervenção parental em grupo sem reforço e tratamento habitual, todas elas centradas na mudança do estilo de vida da família. A intervenção foi desenvolvida com base no programa *Keeping Foster and Kin Parents Supported and Trained* (KEEP), cujo conceito chave assenta no apoio aos pais nas práticas de parentalidade positiva e aborda os hábitos alimentares saudáveis, a atividade física e as técnicas de regulação emocional.

Os resultados mostraram, após 12 meses, uma maior diminuição no z score do IMC das crianças do grupo de intervenção parental (0.30), do que nas do grupo de controlo (0.07). Ademais, das 3 condições experimentais, apenas o grupo de pais com sessões de reforço revelou melhorias no peso, bem como uma maior probabilidade de atingir uma redução clinicamente significativa no z score do IMC (4.8 vezes do que o grupo de tratamento). Esta investigação permitiu entender que a intervenção educativa dos pais é um fator determinante na obesidade nas crianças.

Uma meta-análise de Niemeier e colaboradores (2012) incluiu relatórios de 42 intervenções, cuja duração variou entre nove semanas a quatro anos, sendo que 17 foram intervenções preventivas e 25 foram intervenções de tratamento para crianças ou

adolescentes obesos ou com excesso de peso. Deste conjunto de intervenções, 10 não incluíram pais, 9 proporcionaram a opção de participação dos pais e 23 exigiram a participação dos pais. Os resultados mostraram que o envolvimento dos pais nas intervenções relacionadas com o peso dos seus filhos contribuiu significativamente para as taxas de sucesso da intervenção. Assim, pode-se concluir que as intervenções relacionadas com o peso que requerem a participação dos pais reduzem mais eficazmente o IMC das crianças e adolescentes participantes, sobretudo em intervenções preventivas.

Uma meta-análise realizada por Loveman e colaboradores (2015), que incluiu 20 RCT e 3057 participantes, reuniu estudos que contemplavam diferentes formatos de intervenção - só pais, pais e crianças, intervenções pontuais - e comparações entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo. Os resultados mostraram que, nos estudos que comparavam intervenções só para pais com intervenções dirigidas a pais e filhos, o IMC estandardizado revelou uma diferença média (MD) de -0.04 e nos estudos que compararam intervenções só para pais com um grupo de controlo, o valor do IMC mostra-se a favor da intervenção apenas dos pais com uma MD de -0.10. Conclui-se, desta maneira, que as intervenções centradas nos pais podem ser uma opção igualmente ou mais eficaz no tratamento de crianças com excesso de peso ou obesidade, com idades compreendidas entre os 5 e os 11 anos de idade, do que as intervenções centradas apenas nas crianças ou dirigidas a pais e crianças.

Programa Triple P Lifestyle em Grupo

O Triple P Lifestyle em Grupo (TPLG) insere-se no sistema de intervenção Triplo P – Programa de Parentalidade Positiva, correspondendo ao nível 5 de intervenção, e define-se como um programa baseado em evidência que treina os pais de crianças com excesso de peso e com obesidade, através da utilização de estratégias que promovem um estilo de vida saudável, através da alimentação e da atividade física. É indicado para trabalhar com pais de crianças, com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos, no sentido de minimizar a OB e o EP e, ao mesmo tempo, potenciar as capacidades e a confiança dos pais na própria gestão dos comportamentos dos seus filhos. Considerando o papel crucial que os pais possuem na dieta e na atividade física das suas crianças, bem como os efeitos positivos enquanto agentes de mudança na gestão do peso, as intervenções devem incluir o estilo de vida das famílias e incidir nas práticas parentais, aumentando o seu conhecimento e responsabilidade pelos comportamentos saudáveis das crianças. A alimentação, o exercício físico e a parentalidade positiva são os três pilares nos quais o programa assenta, a fim de promover um estilo de vida familiar mais saudável.

O TPLG inclui 14 sessões, que decorrem ao longo de 17 semanas, sendo que 10 ocorrem presencialmente e em grupo, com uma duração de, aproximadamente, 90 minutos cada uma, e 4 sessões acontecem individualmente por via telefónica, com uma duração variável entre os 15 e os 30 minutos. No caso das intervenções em grupo, este é constituído por 10 a 12 pais. Os objetivos destas sessões são diminuir os problemas de comportamento relacionados com o peso da criança, inclusivo o próprio, através do aumento da autoeficácia dos pais e da diminuição do uso de estratégias parentais ineficazes. Assim, ao longo do período de implementação do programa, o dinamizador do TPLG irá incentivar os pais a implementar novos comportamentos e hábitos alimentares, através do recurso a vídeos, participação em discussões e execução de situações de *role-play* em grupo (ISRCTN44687723, Cruz & Canário, 2020).

Num estudo realizado na Holanda, com o objetivo de testar a eficácia do TPLG, participaram 86 famílias com crianças entre os 4 e os 8 anos. Estes pais beneficiaram de 14 sessões semanais durante a intervenção, sendo 10 em grupo, com uma duração de 90 minutos, e 4 individuais, por via telefónica. Apesar de os resultados da intervenção mostrarem que não houve efeitos no IMC estandardizado das crianças, os pais apontaram efeitos positivos a curto-prazo, especificamente na diminuição do consumo de refrigerantes por parte das crianças, bem como no aumento da responsabilidade parental relativamente à prática de atividade física e, ainda, no incentivo ao consumo de alimentos mais saudáveis (Gerards et al., 2015). Num outro estudo, levado a cabo na Austrália, participaram 101 famílias, cujas crianças tinham idades compreendidas entre os 4 e os 11 anos. Concluiu-se que, no grupo de intervenção, ocorreu uma diminuição de 0.11 no valor do IMC estandardizado das crianças, nos primeiros 12 meses, comparativamente a nenhuma mudança verificada no grupo de controlo, e 0.08 no ano seguinte. O *follow-up* realizado veio mostrar que um terço das famílias alcançaram reduções clinicamente significativas no IMC e, ainda, que três crianças alcançaram um peso corporal saudável. Posto isto, os autores consideram que o TPLG demonstra ser uma opção útil e eficaz para pais de crianças com excesso de peso, que se preocupam com o peso do seu filho e estão dispostos a fazer mudanças no estilo de vida da sua família (West et al., 2010).

Um estudo piloto, levado a cabo por Li (2014) e realizado em duas comunidades da Pensilvânia, revelou a satisfação dos pais com o programa, na medida em que os ajudou a adquirir habilidades no sentido de orientar os seus filhos e a família para um estilo de vida mais saudável, bem como a intensificar o sentimento de confiança e de auto-eficácia na capacidade de gerir os problemas de estilo de vida dos seus filhos. Para além disso, o efeito

de intervenção para a redução da preocupação dos pais com o peso da criança foi estatisticamente significativo e, ainda, a percepção de que o comportamento dos filhos tinha melhorado.

Ao refletir acerca dos resultados destes estudos, é possível concluir que o TPLG parece ser um programa favorável para combater e prevenir a OB e o EP infantil, intervindo diretamente na parentalidade, uma vez que demonstra efeitos positivos em domínios como a autoeficácia e a responsabilidade dos pais na gestão dos comportamentos alimentares dos filhos, no aumento de práticas parentais eficazes e, consequentemente, no aumento de comportamentos pró-sociais.

Intervenções implementadas por meios digitais

As intervenções realizadas com recurso à Internet, por meios digitais, revelam-se benéficas, na medida em que são passíveis de chegar a pais que estejam isolados geograficamente ou cujo filho tenha necessidade de tratamento muito especializadas (por exemplo, crianças com problemas médicos raros ou complexos). Nestes casos, a tecnologia pode proporcionar um maior acesso à informação e ao aconselhamento profissional, bem como oferecer redes de apoio aos facilitadores e aos pais, expandindo o alcance e reduzindo os custos de fornecer intervenções eficazes e baseadas em provas (Hall & Bierman, 2015).

A meta-análise de Hall e Bierman (2015) contempla um conjunto de 48 estudos que descrevem a aplicação e a avaliação de intervenções realizadas por meio de tecnologia para pais de crianças pequenas, onde foram utilizadas múltiplas formas de tecnologia. Os resultados demonstram que a tecnologia tem potencial para suportar as intervenções com pais e que estas têm impacto positivo nos pais e nos filhos. Um dos 48 estudos, de Wainer e Ingersoll (2014), dedicou-se a explorar o impacto de um programa de aprendizagem online concebido para implementar a imitação dos pais por parte das crianças e os resultados indicaram que os pais melhoraram o conhecimento e a utilização das técnicas ensinadas e as crianças aumentaram os seus comportamentos de imitação. Outro estudo desta meta-análise, realizado por Sanders e colaboradores (2008), contou com um total de 454 pais com uma criança entre os 2 e os 9 anos e avaliou o impacto de assistir a um *reality show* de televisão que representa a intervenção Triple P (grupo de controlo), comparativamente a assistir ao programa de televisão com suporte de intervenção baseado na web (grupo de intervenção). O programa televisivo escolhido foi *Driving Mum and Dad Mad*, que retrata as experiências de cinco famílias com crianças pequenas que frequentam um programa de intervenção do sistema Triplo P. Os pais que se encontravam na condição de intervenção receberam o Livro

de Trabalho da Auto-Ajuda Triplo P com dicas e atividades específicas para praticar as competências parentais e tinham acesso a ajuda por correio eletrónico, em caso de necessidade. Posto isto, as comparações sugeriram que, em relação ao grupo de controlo, os pais na condição de intervenção apresentaram-se mais satisfeitos com o programa e relataram significativamente menos problemas de comportamento infantil pós-intervenção, menos conflitos parentais e uma maior melhoria nas práticas parentais.

Um estudo de Metcalfe et al. (2021) avaliou a aliança terapêutica como mediadora da relação entre a dosagem e os resultados clínicos do *Family Check-Up* (FCU) Online, uma intervenção parental para pais de jovens do ensino básico com um formato adaptado. O FCU tem demonstrado eficácia na diminuição de vários problemas de saúde mental e comportamentos de risco, tais como comportamentos sexuais de alto risco e uso de substâncias entre adolescentes e jovens adultos, bem como a depressão e o risco de suicídio. Neste sentido, o Family Check-Up Online pretende dotar os seus participantes de competências parentais positivas e competências de relacionamento entre pais e filhos.

Um total de 111 pais de crianças entre os 11 e os 13 anos participaram no estudo, a maioria mães, tendo sido aleatoriamente atribuídos ao grupo de intervenção. Visto que o FCU encoraja a aliança pais-terapeuta como uma componente-chave da intervenção, a hipótese do presente estudo de que a dosagem iria prever os resultados clínicos e a aliança terapêutica mediaria esta relação foi, parcialmente, confirmada (Metcalfe et al., 2021). Os resultados sugerem que a aliança terapêutica pode desempenhar um papel importante nas intervenções parentais online, uma componente baseada em competências que se concentram na saúde mental infantil e na mudança de comportamento dos pais. Além disso, estes resultados sublinham a importância de desenvolver alianças de alta qualidade com os pais e as famílias para bons resultados terapêuticos.

McAloon e Poer Beresford (2021) realizaram uma meta-análise que incluía 10 estudos, com crianças entre os 2 e os 10 anos, com critérios de diagnóstico de Perturbação de Comportamento, Perturbação Explosiva Intermitente, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e Perturbação de Oposição e Desafio. Os estudos elegíveis incluíam Intervenções Parentais Comportamentais (IPC) em formato online, mas que também podiam conter componentes humanos ou interativos adicionais. Deste modo, o principal objetivo deste estudo foi avaliar a utilidade clínica das IPC online para as Perturbações de Comportamento Disruptivo em termos de resultados de tratamento, enquanto o objetivo secundário era examinar que componentes das Intervenções Parentais Comportamentais online estão associadas a resultados benéficos para as crianças. Neste sentido, os resultados

desta meta-análise mostraram que, relativamente ao primeiro objetivo, várias IPC conseguiram responder às preocupações acerca das Perturbações de Comportamento Disruptivo e que essas intervenções podem ser realizadas com sucesso em formato online. Além disso, verificou-se que, dos 10 estudos analisados, 9 referiram benefícios significativos em, pelo menos, uma medida psicometricamente válida do comportamento da criança, comparativamente aos grupos de controlo, sendo evidentes, também, melhorias significativas em 36 dos 62 resultados do comportamento infantil em todos os estudos.

Quanto ao objetivo secundário, os resultados permitem concluir que os componentes comuns aos 10 estudos selecionados incluíram o envolvimento dos pais no processo, a resolução de problemas com exemplos específicos de cada família e conteúdos educativos diversos. A aplicação do reforço contingente de comportamentos desejáveis e todos estes componentes pareciam estar associados a resultados benéficos para as crianças.

Um estudo quasi-experimental descreve a implementação do *Helping Our Toddlers, Developing Our Children's Skills* (HOT DOCS), um programa de intervenção comportamental dirigido aos pais na modalidade de tele saúde, comparando-a com o formato em pessoa. Os dois grupos eram o HOT-DOCS em pessoa ($n = 152$) e o Internet-HOT DOCS ($n = 46$) e os participantes eram cuidadores de crianças dos 2 aos 5 anos de idade com comportamentos disruptivos (Agazzi et al., 2021). Os objetivos deste estudo eram descrever a adaptação do programa HOT DOCS para a utilização à distância, com recurso à tecnologia, e comparar os resultados, concretamente o comportamento infantil, o stress parental e a satisfação do programa entre HOT DOCS em pessoa e o Internet-HOT DOCS. Cada grupo Internet-HOT DOCS era composto por 8 a 15 cuidadores e, à semelhança das sessões presenciais, as sessões online tinham uma duração de 2 horas.

No que diz respeito aos resultados, a satisfação dos participantes foi significativamente diferente entre os dois grupos, sendo que se registaram resultados mais elevados na modalidade presencial do que no formato online. As explicações possíveis para esta diferença podem ser o facto do Internet-HOT DOCS não permitir interação humana como o HOT DOCS em pessoa e/ou a insatisfação com o formato da tecnologia remota, uma vez que alguns participantes tiveram dificuldades em utilizar diferentes dispositivos (portátil, smartphone e tablets) e plataformas (Microsoft Teams, por exemplo), mesmo com instruções e suporte telefónico, para aceder ao programa. No entanto, após o tratamento, os participantes do Internet-HOT DOCS demonstraram resultados semelhantes aos do grupo HOT DOCS em pessoa, em relação ao stress parental e aos problemas de comportamento infantil. Os participantes, em ambos os grupos, relataram stress reduzido e as pontuações de

comportamento infantil diminuíram para um valor abaixo da escala clínica, sugerindo que as crianças já não cumpriam os critérios para uma perturbação do comportamento disruptivo.

De um modo semelhante ao estudo de Agazzi e colaboradores (2021) e de Metcalfe e colaboradores (2021), um outro ensaio avaliou a função da videoconferência para administrar, remotamente, formação comportamental aos pais com acompanhamento de um terapeuta. Este estudo foi realizado com 40 crianças entre os 3 e os 5 anos de idade, racial e etnicamente diversas, com perturbações comportamentais disruptivas, e com o(s) seu(s) prestador(es) de cuidados (La Greca, 2005). Os participantes foram aleatoriamente atribuídos à condição de *Parent-Child Interaction Therapy* transmitida pela Internet (I-PCIT) ou à PCIT padrão. De acordo com a hipótese do estudo a I-PCIT estaria associada a um envolvimento produtivo e a uma elevada satisfação com o tratamento e produziria melhorias significativas, mantidas durante um período de 6 meses. A *Parent-Child Interaction Therapy* é um programa de formação comportamental de pais, com base clínica para crianças pequenas, que coloca uma ênfase central na melhoria dos padrões de interação e na qualidade das relações pai-filho. A PCIT recorre a teorias de aprendizagem social para enfatizar a atenção positiva, a consistência, a resolução de problemas e a comunicação e, através dela, os pais aprendem a construir uma relação pai-filho positiva e gratificante através de capacidades positivas de atendimento e reforço e, depois, aprendem estratégias disciplinares eficazes e procedimentos de *time-out*. Por seu turno, a PCIT fornecido pela Internet segue o programa tradicional, mas utiliza uma plataforma de vídeo-teleconferência que permite aos terapeutas fornecer tratamento à distância às famílias que estão nas suas casas.

Os resultados deste ensaio randomizado mostraram que 70% e 55% das crianças tratadas com I-PCIT e PCIT, respetivamente, revelaram uma resposta favorável à intervenção, e que 55% e 40% das crianças tratadas com I-PCIT e PCIT, respetivamente, continuaram a revelar efeitos positivos fim dos 6 meses seguintes, traduzidos em interações de maior qualidade com os pais. Os resultados foram idênticos nas duas condições, exceto que a percentagem de "excelente resposta" pós-tratamento foi significativamente mais elevada na I-PCIT (50.0%) do que na PCIT (17.6%). Mais, o I-PCIT também foi considerado pelos pais uma intervenção com significativamente menos barreiras para participar do que o PCIT. Por fim, ambos os tratamentos foram associados a um envolvimento positivo, com retenção dos conteúdos e uma satisfação muito elevada com o tratamento.

De um modo geral, os estudos supramencionados permitem concluir que o formato online pode criar uma oportunidade para aumentar o acesso às intervenções parentais

(McAloon & de la Poer Beresford, 2021; Metcalfe et al., 2021) e, ao reduzirem as restrições geográficas e de tempo associadas à deslocação, estes benefícios podem tornar o programa mais acessível a populações geograficamente diversas, que vivem em comunidades rurais ou mal servidas, com opções limitadas de tratamento (Agazzi et al., 2021; La Greca, 2005). No entanto, apesar das vantagens identificadas a investigação deve procurar comparar as intervenções implementadas online com as intervenções implementadas presencialmente.

Aquando do primeiro confinamento durante a pandemia, Canário e colaboradores (2021) implementaram o TPLG durante o estado de emergência declarado pelo Governo Português. Devido à restrição dos contactos considerados não essenciais, a intervenção foi implementada com recurso à plataforma Colibri (Zoom), uma ferramenta de videoconferência. Assim sendo, tanto as sessões de grupo como as individuais foram realizadas através da referida plataforma para as quais cada família recebeu uma cópia do manual do programa Lifestyle Triplo P em Grupo, bem como um livro de atividade física. A fim de atingir o sucesso na intervenção, apesar da mudança de formato, alguns ajustes foram feitos, especialmente nas sessões em grupo, uma vez que incluíam atividades em pequenos grupos ou em pares, tendo sido adaptadas conforme as opções da plataforma Colibri, nomeadamente a utilização de salas simultâneas, que permite dividir o grupo em várias salas com um determinado número de pessoas. Para além deste ajustamento, foram feitos outros, como é o caso dos exercícios de modelagem do comportamento e de *role-playing*, que passaram a ser gravados, visto que era impossível realizá-los pessoalmente. Contudo, nenhuma das alterações comprometeu a fidelidade da implementação do programa. Os participantes deste estudo reportaram elevados níveis de satisfação com a intervenção e com o impacto que esta teve nas suas práticas parentais, nos comportamentos dos filhos, como a capacidade de gerir a alimentação e a atividade física, e no estilo de vida familiar em geral. Por sua vez, o dinamizador salientou que a implementação da intervenção através da prática digital foi uma experiência positiva, pois os pais estavam envolvidos nas sessões e empenhados na intervenção. Ademais, o facilitador considerou que a implementação do programa *online* não interferiu com a rotina das famílias e pode ser uma boa opção para as famílias que lutam com a falta de transporte ou que têm de se deslocar por longos períodos para integrar intervenções presenciais. Neste estudo constatou-se que os resultados clínicos foram semelhantes aos encontrados em estudos nos quais o TPLG foi administrado presencialmente.

Desafios parentais em tempo de pandemia

A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (*The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*) estima que, no período inicial de pandemia, entre 1 a 38 mil milhões de crianças estiveram fora da escola ou dos cuidados infantis, sem acesso a atividades de grupo, desportos coletivos ou parques infantis. Os pais e prestadores de cuidados tentaram trabalhar remotamente ou viram-se incapazes de trabalhar, enquanto cuidavam dos seus filhos, o que se revelou uma fase exigente. Assim, pais e filhos experienciaram elevados níveis de *stress*, fruto da pandemia causada pela COVID-19, dos respetivos exageros dos meios de comunicação social e do medo, sendo que tudo isto desafia a sua capacidade de tolerância e pensamento a longo prazo (Cluver et al., 2020; Fernandes et al., 2020). Inclusive, para muitos pais, apenas manter as crianças ocupadas e seguras em casa é uma tarefa assustadora e para aqueles que vivem com baixos rendimentos ou em casas cheias, estes desafios são exacerbados. Ademais, os dados mostram que a violência e a vulnerabilidade aumentam para as crianças durante períodos de encerramento de escolas associadas a emergências de saúde (Cluver et al., 2020).

Em Portugal, desde o início da pandemia, em março de 2020, o medo, a incerteza e a ansiedade, têm feito parte do dia-a-dia de muitas famílias. Nestes últimos tempos, o facto dos pais se sentirem mais stressados tem afetado diretamente a relação com os filhos, traduzida numa parentalidade menos positiva com recurso a atitudes como brigar, gritar ou punir fisicamente. A parentalidade, por si só, já constitui um desafio exigente, pelo que a pandemia trouxe dificuldades às dinâmicas familiares, na medida em que albergou mais questões, dúvidas e até uma nova realidade. Durante o confinamento, as famílias viram-se obrigadas a passar um longo período de tempo juntas e as suas casas passaram a ser também o local de trabalho para os pais, a escola para as crianças e o ATL para os tempos livres (Fernandes et al., 2020).

Esta nova realidade exigiu, naturalmente, um esforço e uma adaptação por parte de todos os membros constituintes da família para gerir eventuais conflitos, sendo que os pais foram aqueles que enfrentaram o maior desafio, visto que procuravam manter rotinas familiares saudáveis, ao mesmo tempo que lidavam com a sua situação profissional e com as eventuais alterações durante o período de pandemia (por exemplo, trabalhar no seu local de trabalho e haver uma potencial contaminação das suas casas; eventual afastamento da família por medo da contaminação; teletrabalho; desemprego). Além disso, um dos maiores desafios foi ajudar os filhos no seu processo de aprendizagem no ensino à distância, por meio da utilização de tecnologias e plataformas, devido ao fecho das creches e escolas. Os

pais de crianças com atrasos de desenvolvimento, dificuldades de regulação emocional ou comportamental, ou outros desafios relacionados com a saúde acarretam um desafio ainda maior, assim como pais com idosos a seu cargo, de quem precisaram de cuidar e garantir segurança durante estes tempos (Fernandes et al., 2020). Por seu turno, as crianças e os adolescentes viram a sua saúde, o desenvolvimento intelectual, físico e emocional abalados (Łuszczki et al., 2021) e “(...) sentiram medo, incerteza, frustração, revolta, o que obrigou os pais a lidar com as suas próprias emoções, autorregulando-se, mas também com as emoções dos seus filhos, facilitando a sua regulação emocional” (Fernandes et al., 2020).

A pandemia obrigou os países a adotarem uma série de leis e políticas para impedir a propagação do vírus que incluíram o fecho das escolas, o isolamento social e a restrição de contactos. Tal teve como consequência um aumento do tempo de ecrã por parte das crianças e dos adolescentes. “O tempo de ecrã excessivo está associado a fatores de risco como doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão e resistência à insulina porque aumenta o tempo sedentário e está associado a lanches.” (Nagata et al., 2020, p.2) e pode, ainda, exacerbar o risco de depressão, de ansiedade, de suicídio e o défice de atenção das crianças e dos adolescentes.

Na Polónia, um estudo realizado com crianças e adolescentes entre os 6 e os 15 anos comparou comportamentos alimentares, nível de atividade física, horas de sono e tempo de ecrã antes e durante a pandemia da COVID-19 (Łuszczki et al., 2021). Os dados foram obtidos através de um inquérito, feito a 1016 participantes, em dois períodos diferentes: antes da pandemia e durante a mesma, tendo contado com 376 participantes no primeiro momento e com 640 no segundo. Os resultados mostraram que antes da pandemia as crianças e os adolescentes eram mais ativos fisicamente do que durante a pandemia, considerando que o valor médio do nível de atividade física antes da pandemia era de 4 dias e 60 minutos ou mais, enquanto, durante a pandemia, desceu para 3 dias. Provavelmente, as razões principais foram a restrição social, o ensino à distância e a dificuldade dos pais em manter as crianças fisicamente ativas, devido às recomendações de permanecer e trabalhar em casa.

Em Portugal, um estudo com 2159 participantes, com menos de 13 anos, mostrou que as crianças que tinham um espaço exterior e a presença de outras crianças no seu agregado familiar eram significativamente mais ativas, enquanto que as crianças de famílias com todos os adultos a trabalhar a partir de casa mostravam níveis mais baixos de atividade física (Pombo et al., 2020). Deste modo, neste estudo, concluiu-se que ser jovem, possuir uma habitação com espaço exterior, ter outras crianças no agregado familiar e ter, pelo menos, um adulto livre de teletrabalho, foram preditores positivos do maior exercício físico

das crianças. Além disso, verificou-se que o tempo dedicado à atividade física durante o período de confinamento foi menor, em comparação com o que era normalmente reportado em dias normais.

Ademais, no que concerne ao tempo dedicado a ver filmes ou programas/séries na televisão ou na Internet também se verificaram diferenças significativas. Durante o período de confinamento, as crianças relataram que viram mais filmes ou programas/séries em dias de semana (mas não nos fins-de-semana), sendo que a percentagem de crianças que assistiram a mais de 6h por dia aumentou de 1.3% para 5.1%. Neste seguimento, as crianças durante a pandemia passaram significativamente mais tempo nos dias de semana a jogar jogos (1.29h vs. 1.64h), contudo, a utilização do *smartphone* num dia normal diminuiu de 3.14 para 2.81 por dia (Pombo et al., 2020).

No que diz respeito à alimentação, o consumo da maioria dos produtos reduziu, como é o caso das leguminosas (1.63 vs. 1.36), batatas (2.82 vs. 2.51), sumos de fruta (3.28 vs. 2.77), bebidas açucaradas (1.77 vs. 1.40), bebidas gaseificadas (1.43 vs. 1.22), frios e conservas, produtos de pré-feitos carne (2.94 vs. 2.61), *fast food* (1.76 vs. 1.39), frutos secos e sementes (2.00 vs. 1.76), e snacks (1.95 vs. 1.56). Porém, o consumo de produtos lácteos aumentou, bem como o consumo de peixe cozido, grelhado, cozido no forno, peixe cru, aves de capoeira, carne e, ainda, doces (Pombo et al., 2020).

Concluindo, estes resultados mostraram que houve diferenças nos comportamentos alimentares, no nível de atividade física, no tempo de ecrã entre crianças e adolescentes polacos entre os 6 e os 15 anos de idade antes e durante a pandemia da COVID-19.

Outro estudo realizado na Espanha, com o objetivo de analisar a atividade física e a rotina diária das crianças até aos 12 anos durante o confinamento, compreendeu uma amostra de 837 crianças (Cachón-Zagalaz et al., 2021). Constatou-se que as raparigas dormiam mais horas por dia e despendiam mais tempo em atividades físicas, enquanto os rapazes passavam mais tempo em ecrãs digitais, comparativamente às raparigas.

Os resultados revelaram, inclusive, que as famílias que estabeleceram rotinas e horários para a execução de tarefas realizavam mais exercício físico, contrastando com as famílias que não estabeleceram, pois estas mostraram um maior número de horas de sono e de utilização de ecrãs digitais. Para além disso, o estudo salientou um maior uso de ecrãs associado a famílias com os pais separados, assim como um número superior de horas de sono em famílias grandes e realização de mais atividades diárias em famílias monoparentais.

Objetivos e hipóteses

Este estudo pretende avaliar os efeitos da intervenção TPLG, comparando o grupo de controlo com os grupos que recebem a intervenção TPLG nas modalidades de implementação da intervenção presencial e por videochamada. Os efeitos da intervenção serão avaliados imediatamente após a intervenção e na avaliação de seguimento, 6 meses após a intervenção comparando os participantes que receberam a intervenção presencialmente, com os que receberam a intervenção por videochamada e os que não receberam a intervenção.

Os objetivos específicos visam verificar o efeito da intervenção na alteração da perceção das práticas parentais relativamente à alimentação e à atividade física dos seus filhos, em relação ao estilo de vida no que toca a comportamentos problemáticos da criança, na confiança dos pais para lidar com essas dificuldades, na frequência alimentar de frutas e legumes, doces e pastéis e refrigerantes, néctares e sumos de fruta. Assim, de acordo com a revisão da literatura anteriormente apresentada, espera-se que, à semelhança do formato presencial, os pais do formato de videochamada reportem entre o momento pré-intervenção (M1), o momento pós-intervenção (M2) e o momento de *follow-up* (M3): **(1)** um aumento das práticas parentais de alimentação e também de atividade física; **(2)** uma diminuição das práticas parentais disfuncionais; **(3)** uma diminuição no número de comportamentos relacionados com o estilo de vida das crianças identificados como problemáticos; **(4)** um aumento do nível de confiança para lidar com estes comportamentos problemáticos das crianças; **(5)** uma diminuição do consumo de doces, pastéis, refrigerantes, néctares e sumos de fruta e um aumento do consumo de frutas e legumes.

Método

1. Projeto de investigação LifeStyle

O projeto de investigação Lifestyle, “Intervenção no excesso de peso e na obesidade infantil: Eficácia de um programa para pais enquanto agentes de mudança”, é desenvolvido na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob a direção da Professora Doutora Orlanda Cruz (Investigadora Principal) e da Doutora Catarina Canário, e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/SAU-NUT/30715/2017). O projeto tem como finalidade avaliar a eficácia do programa TPLG numa amostra portuguesa de pais de crianças com excesso de peso e/ou obesidade, e apresenta um design experimental, do tipo ensaio clínico randomizado, onde os participantes

são aleatoriamente alocados à condição de intervenção ou de controlo e avaliados antes e após a intervenção.

A seleção dos participantes foi feita de acordo com critérios de inclusão e de exclusão definidos pelo projeto. Os critérios de inclusão requeriam ser cuidador de uma criança com diagnóstico de EP ou OB, com idade compreendida entre os 5 e os 10 anos que estivesse a ser atendida no Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN). Por sua vez, os critérios de exclusão incluíam a incapacidade de se comprometer com 6 meses de contactos regulares, indisponibilidade para fazer alterações no estilo de vida da família, estar a participar noutro programa para EP ou OB, a criança ser portadora de uma doença endócrina associada a EP ou OB, possuir um atraso no desenvolvimento psicomotor ou cognitivo, limitações físicas e outros problemas de desenvolvimento ou consumir regularmente fármacos que contribuam para o EP ou a OB (Cruz & Canário, 2020).

A Comissão de Ética da FPCEUP (Ref.13-10/2016), o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto (Ref.2019.020(017-DEFI/018-CE) e a Comissão de Proteção de Dados da Universidade do Porto (Ref. 2018091915006258) deram o seu parecer positivo para a realização deste projeto.

2. Participantes

Neste estudo participaram 77 pais aleatoriamente alocados às condições de intervenção e de controlo. Assim, 41 pais foram alocados ao grupo de intervenção (22 no formato presencial e 19 no formato de videochamada) e 36 ao grupo de controlo.

No grupo de intervenção, a maioria das crianças era do sexo feminino (56.1%) com uma idade média de 9.03 ($DP= 1.39$). A maioria dos participantes era mães (92.7%) com idade média de 40.39 ($DP= 5.00$), casadas (61.0%) e com uma média de 11.63 ($DP= 3.55$) anos de escolaridade. Quanto à tipologia familiar, 73.2% correspondiam à estrutura original, 14.6% eram reconstituídas e 12.2% eram monoparentais. A maioria vivia em meio urbano (53.7%).

No grupo de controlo, a maioria das crianças também era do sexo feminino (63.9%) e a média de idades era de 7.79 ($DP= 1.74$). A maioria dos participantes era mães (87.9%), com idade média de 40 anos ($DP= 6.82$), casadas (57.6%) e com uma média de 10.73 ($DP= 3.44$) anos de escolaridade. Quanto à tipologia familiar, 78.8% mantinham a estrutura original, 12.1% eram reconstituídas, 6.1% eram monoparentais e 3.0% definiram como outra. A maioria vivia em meio urbano (69.7%). De acordo com os respondentes, a maior parte das crianças não apresenta problemas comportamentais (95.9%) ou emocionais

(93.2%). Sobre a sua própria saúde, os respondentes identificam na sua maioria sofrer de excesso de peso ou obesidade (64.9%), e referem não ter os seguintes problemas de saúde: diabetes tipo 2 (98.6%), tensão arterial elevada (94.6%) e colesterol elevado (97.3%).

A tabela 1 descreve as características sociodemográficas e familiares dos participantes (pais e crianças) em ambas as condições. As crianças do grupo de intervenção são mais velhas do que as do grupo de controlo, como se verifica na Tabela 1. No entanto, os grupos não apresentam mais diferenças do ponto de vista sociodemográfico.

Tabela 1 | Características sociodemográficas das crianças.

	Grupo de intervenção (n= 41) M (SD)	Grupo de controlo (n= 36) Missing= 3 M (SD)	Total (n= 77) Missing= 3 M (SD)
Idade	9.03 (1.39) $t(72) = 3.39, p = .001$ %	7.79 (1.74) %	8.46 (1.67) %
Sexo			
Feminino	56.1	63.9	59.7
Masculino	43.9	36.1	40.3
	<i>Fisher's Exact Test = 0.64</i>		
Nível de escolaridade			
Pré-escolar	0	18.2	8.1
1º ano	7.3	3.0	5.4
2º ano	9.8	21.2	14.9
3º ano	22.0	18.2	20.3
4º ano	24.4	24.2	24.3
5º ano	24.4	12.1	18.9
6º ano	12.2	3.0	8.1
	$X^2(6) = 13.17, p = 0.04$		
Défice de visão ou audição			
Não			
Sim	82.9	78.8	81.1
	17.1	21.2	18.9
	<i>Fisher's Exact Test = 0.77</i>		
Problemas de saúde			
Não			
Sim	75.6	78.8	77.0
	24.4	21.2	23.0
	<i>Fisher's Exact Test = 0.79</i>		

Tabela 2 | Características sociodemográficas dos pais.

	Grupo de intervenção (n= 41) <i>M (SD)</i>	Grupo de controlo (n= 36) <i>Missing= 3</i> <i>M (SD)</i>	Total (n= 77) <i>Missing= 3</i> <i>M (SD)</i>
Idade	40.39 (5.00) $t(72) = 0.28, p = 0.78$	40.00 (6.82)	40.22 (5.85)
Escolaridade	11.63 (3.55) $t(72) = 1.11, p = 0.27$ %	10.73 (3.44) %	11.23 (3.51) %
Parentesco em relação à criança			
Mãe	92.7	87.9	90.5
Pai	4.9	9.1	6.8
Outra	2.4	3.0	2.7
	$X^2(2) = 0.55, p = 0.76$		
Estado civil			
Casado(a)	61.0	57.6	59.5
União de facto	22.0	21.2	21.6
Divorciado(a)	9.8	6.1	8.1
Separado(a)	2.4	3.0	2.7
Solteiro(a)	4.9	12.1	8.1
	$X^2(4) = 1.56, p = 0.82$		
Estatuto ocupacional			
Empregado	82.9	81.8	82.4
Desempregado	12.2	15.2	13.5
Doméstico	4.9	3.0	4.1
	$X^2(2) = 0.28, p = 0.87$		
Tipologia familiar			
Original	73.2	78.8	75.7
Reconstituída	14.6	12.1	13.5
Monoparental	12.2	6.1	9.5
Outra	0	3.0	1.4
	$X^2(3) = 2.13, p = 0.55$		
Meio de residência			
Urbano	53.7	69.7	60.8
Semi-urbano	22.0	18.2	20.3
Rural	24.4	12.1	18.9
	$X^2(2) = 2.36, p = 0.31$		

3. Instrumentos

Os participantes preencheram o Questionário de Caracterização Familiar, o Questionário de Práticas Parentais de Alimentação (QPPA), o Questionário de Práticas Parentais de Atividade Física (QPPAF), o *Parenting Scale* (PS), o Questionário de Forças e

Dificuldades (*Strenghts and Difficulties Questionnaire* - SDQ), o Questionário *Lifestyle Behavior Checklist* (LBC) e o Questionário de Frequência Alimentar (QFA).

3.1. Questionário de Caraterização Familiar

O questionário de caracterização familiar permitiu recolher dados dos cuidadores, das crianças e do agregado familiar, nomeadamente sexo, idade, data de nascimento dos pais e da criança, ano de escolaridade dos pais e da criança, relação que a pessoa que preenche o questionário tem com a criança, profissão, estado civil e estatuto ocupacional dos pais ou cuidadores, composição do agregado familiar, meio onde reside o agregado familiar, assim como saúde da criança e dos pais.

3.2. Questionário de Práticas Parentais de Alimentação

O Questionário de Práticas Parentais de Alimentação (QPPA) é a versão portuguesa do *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire* (CFPQ). Este instrumento é composto por 42 itens e pretende avaliar 10 dimensões: a Promoção da alimentação saudável, a Regulação das emoções, a Modelagem, a Monitorização, a Pressão para Comer, a Restrição pela Saúde, a Comida como Recompensa, o Controlo da Criança, a Restrição para Controlo do Peso e o Ensino da Nutrição. A resposta aos itens é feita de acordo com uma escala de 5 pontos, onde os respondentes devem indicar com que frequência utilizam um determinado comportamento (1 – Nunca, 5 – Sempre) ou em que medida concordam ou discordam com cada afirmação (1- Discordo, 5- Concordo).

Foi realizado um estudo com uma amostra da comunidade de pais de crianças em idade escolar, cujo objetivo era avaliar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do CFPQ. Os resultados mostraram que a estrutura fatorial mais adequada inclui apenas nove escalas, sendo sete semelhantes às da versão original: Monitorização, Regulação emocional, Comida como Recompensa, Controlo da Criança, Modelagem, Envolvimento e Pressão para Comer. Na versão portuguesa, as dimensões da versão original Encorajar variedade e equilíbrio e Ensino da nutrição integram uma única dimensão, intitulada Promoção da alimentação saudável, assim como as dimensões da versão original Restrição pela saúde e Restrição para controlo de peso são incluídas numa só dimensão, intitulada Restrição (Canário, Abreu-Lima, & Cruz, 2020; Santos et al., 2020).

No presente estudo, os valores de Cronbach do primeiro momento de avaliação são: .75 para o Controlo da criança, .93 para a escala Regulação das emoções, .75 para Encorajar variedade e equilíbrio, -.33 para a escala Ambiente, .56 para Comida como recompensa, .70

para Envolvimento, .80 para a escala Modelagem, .88 para a Monitorização, .56 Pressão para comer, .68 Restrição pela saúde, .74 Restrição para controlo do peso, .39 para a escala Ensinaamentos sobre nutrição. No segundo momento de avaliação os alfas de Cronbach foram os seguintes: .62 para o Controlo da criança, .87 para a Regulação das emoções, .71 para Encorajar variedade e equilíbrio, -.46 para o Ambiente, .41 para a Comida como recompensa, .73 para o Envolvimento, .76 para a Modelagem, .86 para a Monitorização, .56 para a Pressão para comer, .57 Restrição pela saúde, .61 para a Restrição para controlo do peso e .05 para Ensinaamentos sobre nutrição. No *follow-up* os valores de consistência interna foram: .70 para a escala Controlo da criança, .82 para a escala Regulação das emoções, .70 para a escala Encorajar variedade e equilíbrio, .07 para a escala Ambiente, .28 para Comida como recompensa, .74 para a escala Envolvimento, .79 para a escala Modelagem, .90 para Monitorização, .68 para Pressão para comer, .56 para a escala Restrição pela saúde, .71 para Restrição para controlo de peso e -.26 para a escala Ensinaamentos sobre nutrição.

Deste modo, nos resultados apenas são apresentadas as subescalas Monitorização, Regulação das emoções, Controlo da criança e Modelagem, uma vez que as restantes apresentam consistência interna insuficiente.

3.3. Questionário de Práticas Parentais de Atividade Física

O Questionário de Práticas Parentais de Atividade Física (QPPAF) é a versão portuguesa do *Physical Activity Parenting Practices* (PAPP), que visa avaliar as práticas parentais de atividade física dos pais de crianças de idade pré-escolar e escolar. Composto por duas escalas – Escala de Encorajamento e Escala de Desencorajamento – pretende verificar a frequência com que os pais incentivam ou desincentivam a prática de exercício físico nos seus filhos. Cada escala inclui 15 itens, sendo que a Escala de Encorajamento integra um único fator (Envolvimento e Estrutura) que avalia o envolvimento dos pais na atividade física e a estrutura do mesmo. A Escala de Desencorajamento está organizada em quatro fatores: Controlo psicológico (5 itens), ou seja, a adoção de estratégias de manipulação do comportamento do filho para satisfazer as necessidades dos pais; Restrição por preocupação com a segurança (4 itens), devido à criminalidade no meio onde a família reside ou outros fatores que ponham em causa a segurança da criança; Promoção do tempo de ecrã (3 itens), isto é, a promoção de atividades que envolvam eletrónica, ver televisão, ou jogar computador; e Promoção da inatividade (3 itens), o que implica a promoção de comportamentos sedentários (O'Connor et al., 2014). Os itens das escalas são avaliados

através de uma escala de resposta tipo Likert, em que 1 corresponde a “Nunca” e 5 a “Sempre”.

No primeiro momento de avaliação deste estudo, os valores de consistência interna foram de .80 para o fator Envolvimento e Estrutura da Escala de Encorajamento. Quanto à Escala de Desencorajamento, no fator de Promoção do tempo de ecrã o valor de alfa de Cronbach foi de .84, na Promoção da inatividade foi .35, no Controlo psicológico foi .72 e na Preocupação pela segurança foi .55. No segundo momento, os valores de alfa de Cronbach foram de .88 para o Envolvimento e estrutura, na Promoção de tempo de ecrã foi .82, na Promoção da inatividade foi de .38, no Controlo psicológico foi de .86 e na Preocupação pela segurança foi .60. No momento de *follow-up*, o valor de alfa de Cronbach para o Envolvimento e estrutura foi .84, Promoção do tempo de ecrã foi .94, Promoção da inatividade foi .10, Controlo psicológico foi .12, Preocupação pela segurança foi .71.

3.4. Questionário *Parenting Scale*

O questionário *Parenting Scale* (PS) foi desenvolvido por Arnold e colaboradores (1993) para medir as práticas parentais disfuncionais nos pais de crianças em idade pré-escolar (2 a 4 anos). O PS é consistente com a premissa de que as práticas disciplinares desempenham um papel fundamental no desenvolvimento e melhoria dos problemas de comportamento infantil. Composto por 30 itens, cada um deles possui uma escala de 1 a 7, onde 1 indica uma elevada probabilidade de utilizar uma estratégia de disciplina eficaz e 7 uma estratégia ineficaz. Este instrumento possui três escalas – Permissividade (Laxness), Sobre-reatividade (Overreactivity), e Hostilidade (Hostility). A escala da Permissividade tem 11 itens e pretende aferir em que medida os pais notam o comportamento desadequado da criança, mas não o disciplinam. Por sua vez, a escala de Sobre-reatividade possui 10 itens e mede a reatividade emocional no contexto de encontros disciplinares. Por último, a escala de Hostilidade é composta por 7 itens e 4 itens adicionais e destina-se a avaliar até que ponto os pais respondem aos comportamentos incorretos com explicações verbais prolongadas. Os valores de alfa de Cronbach neste estudo foram calculados em .62 para a escala Hostilidade, .68 para a Permissividade e .67 para a escala de Sobre-reatividade. No momento 2 de avaliação os valores variaram entre .56 para Hostilidade, .77 para Permissividade e .71 para Sobre-reatividade. No *follow-up* a consistência interna foi de .69 para a Hostilidade, .68 para a escala de Permissividade e .83 para a escala de Sobre-reatividade.

3.5. Questionário de Forças e Dificuldades

O *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (SDQ), traduzido para português como Questionário de Forças e Dificuldades, foi desenvolvido por Robert Goodman. É um breve questionário de rastreio comportamental para crianças e jovens com idades compreendidas entre os 4 e os 16 anos, podendo ser preenchido pelas próprias crianças, pelos seus pais e pelos seus professores. Existe, ainda, uma versão separada que pode ser completada por aqueles com 18 ou mais anos de idade. Atualmente, existem três versões do SDQ: uma forma curta (25 itens), uma forma mais longa com um suplemento de impacto (que avalia o impacto das dificuldades na vida da criança) e um *follow-up*.

Na versão curta, as 25 características de personalidade no SDQ, algumas positivas e outras negativas, são compostas por 5 escalas com 5 itens cada: sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade/défice de atenção, problemas de relacionamento entre pares, comportamento pro-social. Por sua vez, a segunda versão está disponível no verso dos 25 itens sobre pontos fortes e dificuldades e pretende aferir se o respondente pensa que a criança ou jovem tem algum problema e, em caso afirmativo, explorar de que modo esse problema é um fardo para o respondente. Isto fornece informação adicional útil para clínicos e investigadores com interesse na casuística psiquiátrica e nos determinantes do uso do serviço (Goodman, 1999). Por último, as questões de *follow-up* visam concluir se a intervenção reduziu os problemas e/ou se ajudou de outras formas, por exemplo, tornando os problemas mais suportáveis. Para aumentar a possibilidade de detetar mudanças, as versões de *follow-up* do SDQ perguntam sobre "o último mês", em oposição a "os últimos seis meses ou este ano lectivo", que é o período de referência para as versões padrão.

No presente estudo foi apenas utilizada o resultado Total de Dificuldades. O valor de alfa de Cronbach variou entre .78 e .79 nos diferentes momentos de avaliação.

3.6. Questionário *Lifestyle Behavior Checklist*

O *Lifestyle Behavior Checklist* (LBC) é uma medida de auto-relato que inclui duas escalas. A Escala de Problemas possui o objetivo de avaliar as percepções dos pais sobre os comportamentos problemáticos das crianças relacionados com EP e OB. A Escala de Confiança pretende avaliar a percepção dos pais sobre a sua autoeficácia em lidar com os referidos problemas (West & Sanders, 2009). No presente estudo, utilizamos ambas as escalas. A Escala de Problemas integra 25 afirmações com 2 opções de resposta que variam entre 1 (nunca) e 5 (sempre). Estas afirmações ilustram comportamentos problemáticos

relacionados com o excesso de peso (por exemplo, "Come demasiado depressa"), comportamento desadequado em relação à alimentação (por exemplo, "Exige comida"), correlatos emocionais relacionados com o excesso de peso (por exemplo, "Reclama sobre ser gozado") e atividade física (por exemplo, "Vê demasiada televisão"). Na Escala de Confiança, os pais são convidados a avaliar cada afirmação com um número entre 1 (certamente, não consigo fazê-lo) e 10 (certamente, consigo fazê-lo), expressando o nível de confiança que sentem na gestão do comportamento descrito.

No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach foi de .91 na Escala de Problemas e de .95 na Escala de Confiança. No segundo momento de avaliação, os valores foram .92 para a Escala de Problemas e .96 para a Escala de Confiança. No *follow-up* a consistência interna foi .93 na Escala de Problemas e .96 na Escala de Confiança.

3.7. Questionário de Frequência Alimentar

O Questionário de Frequência Alimentar (QFA) permite avaliar a ingestão alimentar da criança nos últimos 12 meses. Este instrumento é uma adaptação do questionário de frequência alimentar usado no projeto Geração XXI (G21) (Garcia-Larsen et al. ,2011). É composto por 14 itens sobre alimentos, organizados em três categorias: frutas e legumes (3 itens), doces e pastéis (5 itens), refrigerantes, néctares e sumos de fruta (6 itens). Os pais devem informar com que frequência cada elemento foi ingerido, numa escala de 9 pontos: 1 - Nunca ou menos de uma vez por mês; 2 - uma a três vezes por mês; 3 - uma vez por semana; 4 - duas a quatro vezes por semana; 5 - cinco a seis vezes por semana; 6 - uma vez por dia; 7 - duas vezes por dia; 8 - três vezes por dia; 9 -quatro ou mais vezes por dia. Na escala de resposta, existe a opção sazonal, que deve ser assinalada quando o alimento foi consumido pela criança apenas numa determinada época do ano (e.g. gelados no verão).

Neste estudo, os valores de alfa de Cronbach revelaram-se baixos no primeiro momento de avaliação, sendo .42 na categoria Frutas e legumes, .57 na categoria Doces e pastéis e .31 em Refrigerantes, néctares e sumos de fruta. Também no segundo momento de avaliação, a consistência interna foi baixa na categoria Frutas e legumes, com o valor de .40, e também na categoria Doces e pastéis, com o valor de .52. No que diz respeito aos Refrigerantes, néctares e sumos de fruta, este valor aumentou para .64. No momento de *follow-up*, os valores subiram para .52 na escala Frutas e Legumes, .63 nos Doces e pastéis e desceu para .56 na escala Refrigerantes, néctares e sumos de fruta, comparativamente ao momento 2 (pós intervenção).

4. Procedimento

Os participantes deste estudo eram pais de crianças com excesso de peso ou obesidade, entre os 5 e os 10 anos, registadas na Consulta de Alterações Nutricionais do Centro Materno-Infantil do Norte. O projeto foi apresentado aos pais, dando-os a conhecer os elementos-chave: objetivos, elegibilidade, duração, os benefícios inerentes à participação, o tratamento da confidencialidade e anonimato e a participação voluntária, por meio da utilização do consentimento informado. A alocação aleatória dos participantes às condições de controlo e de intervenção foi realizada por um investigador não diretamente relacionado com a intervenção e através de uma lista de números gerados aleatoriamente por um computador. Assim, o grupo de intervenção recebeu o habitual acompanhamento médico-pediátrico e usufruiu da intervenção TPLG, enquanto o grupo de controlo recebeu apenas o acompanhamento regular. Contudo, no final do *follow-up*, o grupo de controlo teve a oportunidade de receber o programa TPLG (Cruz & Canário, 2021). As avaliações dos participantes tiveram lugar antes da intervenção, imediatamente depois e 6 meses mais tarde.

5. Intervenção

O TPLG é um programa que se insere no sistema de intervenção multinível Triplo P-Programa de Parentalidade Positiva, correspondendo ao nível 5 de intervenção. O TPLG visa reduzir o risco de as crianças terem problemas de peso crónicos, aumentando, para isso, as competências dos pais e a confiança na sua gestão do comportamento dos filhos relacionado com o peso. Procura, ainda, ajudar os pais a desenvolver estratégias para gerir o peso e os comportamentos relacionados com o peso dos seus filhos, introduzindo mudanças no estilo de vida da família, principalmente através da promoção da alimentação familiar saudável e do incentivo à atividade física (Cruz e Canário, 2021).

Decorre ao longo de 14 sessões, sendo dez dinamizadas em grupo, com uma duração de 90 minutos cada uma, e quatro sessões telefónicas individuais, com duração de 20 minutos. As sessões foram dinamizadas por dois profissionais formados e acreditados no programa, membros da equipa de investigação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto e possuem três focos principais: nutrição, atividade física e parentalidade positiva (Cruz & Canário, 2021).

Devido à pandemia provocada pela COVID-19, a implementação do programa decorreu em formato online. A plataforma escolhida foi o Colibri (Zoom), uma ferramenta de videoconferência online, onde a proteção dos dados e segurança dos participantes está assegurada. Com a alteração de formato, naturalmente ocorreram pequenas adaptações,

previamente discutidas com a consultora para a implementação do Triple P. Assim, para que as sessões de grupo fossem realizadas da melhor forma possível, no caso de exercícios em pares ou em pequenos grupos foi usada a opção do Colibri “salas simultâneas” e, por sua vez, nos exercícios de *role-plays* recorreu-se a gravações feitas pelo dinamizador e pelos pais. De salientar que a duração da implementação do programa no formato online foi a mesma do formato presencial, o que permite concluir que o programa é passível de ser implementado à distância sem qualquer prejuízo da sua fidelidade (Canário et al., 2021).

Tabela 3 | Descrição das sessões do programa Triplo P Lifestyle em Grupo (Gerards et al., 2012)

Sessão 1	Preparação para a mudança. A sessão aborda as causas de EP e OB, o funcionamento do programa TPLG e a prontidão dos pais para a mudança.
Sessão 2	Aumentar a autoestima e ter uma perceção da nutrição. Os pais aprendem sobre grupos alimentares, porções diárias recomendadas e metas nutricionais e como melhorar a autoestima dos seus filhos.
Sessão 3	Incentivar o comportamento saudável e compreender a atividade física. Os pais aprendem a incentivar comportamentos saudáveis, experimentar novos alimentos, a importância da atividade física, como definir metas de atividade física e reduzir a ingestão de açúcar.
Sessão 4	Uso de recompensas e alteração de receitas nutricionais. Esta sessão tem como intuito motivar as crianças a serem saudáveis, assim como reduzir a ingestão de gorduras.
Sessão 5	Limitar a atividade sedentária e ler os rótulos dos alimentos. Esta sessão permite aos pais aprenderem a reduzir o tempo de televisão e computador, a evitar comportamentos problemáticos e a entender os rótulos dos alimentos.
Sessão 6	Jogar jogos ativos. Esta sessão abrange o aumento das capacidades de movimento para combater o sedentarismo.
Sessão 7	Preparação de refeições e lanches saudáveis. Os pais aprendem como controlar os excessos alimentares dos filhos, preparar alimentos saudáveis e a aumentar o envolvimento no desporto e em outras atividades.
Sessão 8	Gerir o comportamento problemático. Os pais aprendem a gerir o comportamento problemático da criança, através de um conjunto de competências de parentalidade positiva.
Sessão 9-10	Implementação das estratégias aprendidas ao longo do programa. As consultas individuais permitem aos pais realizar uma atualização do progresso da sua família, junto do técnico, e discutir qualquer problema que possa ter surgido.

Sessão 11	Planeamento. Os pais aprendem a lidar com situações de alto risco, atividades de rotina planeadas e será feita a preparação das sessões individuais quinzenais.
Sessão 12-13	Uso de atividades planeadas. Tal como nas sessões 9-10, as consultas individuais permitem aos pais a oportunidade de atualizarem o técnico sobre os progressos e as dificuldades quanto à implementação de rotinas e atividades planeadas.
Sessão 14	Conclusão do programa. Na sessão final do grupo, serão analisados os progressos e procuradas formas de preservar as mudanças saudáveis e mantê-las a longo prazo.

6. Plano analítico

As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences para Windows, versão 27*. Análises preliminares incluíram análises descritivas das variáveis dependentes em cada momento de avaliação, incluindo a avaliação da curtose e assimetria dos dados, que mostrou que as variáveis em estudo apresentam uma distribuição aproximadamente normal. Foram realizados testes *t* para amostras independentes entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo em M1 para verificar se os dados diferiam entre os grupos de participantes antes da randomização. Posteriormente, foram realizadas análises de covariância (ANCOVA). As variáveis foram comparadas entre grupos (TPLG presencial, TPLG por videoconferência, e tratamento habitual) em M2 e M3, em modelos diferentes. Os diferentes modelos incluíram os valores das respetivas variáveis nos momentos de avaliação anteriores. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < .05$. A magnitude do efeito *partial eta square* (η^2) também é reportada nas ANCOVAS. Valores de η^2 inferiores a .06 indicam uma magnitude de efeito pequena, entre .06 e .14 moderada, e superior a .14 elevada (Rosenthal et al., 2000). Testes de poder *a priori*, realizados através do software G*Power 3.1 permitiram determinar que um tamanho de amostra de 73 participantes seria suficiente para obter efeitos de magnitude elevada (effect size $f = .04$) considerando $\alpha \text{ err prob} = .05$, Power ($1 - \beta \text{ err. prob.}$) = .80, numerador de graus de liberdade = 3, 3 grupos e 1 covariável.

Resultados

Análises preliminares permitiram verificar que os grupos de intervenção e de controlo não eram diferentes à partida. A comparação dos resultados de todas as variáveis em estudo no M1 entre as condições de intervenção e de controlo é descrita na tabela 4.

Como apresentado na tabela 5, no momento pós intervenção (M2) não foram observados efeitos univariados do Tipo de Intervenção nas subescalas Monitorização, Regulação das emoções, Controlo da criança e Modelagem relativamente às práticas parentais de alimentação. A tabela 6 mostra os resultados do momento *follow-up* (M3), onde também não se verificaram efeitos univariados em nenhuma das subescalas Monitorização, Regulação das emoções, Controlo da criança e Modelagem.

Tabela 4 | Resultados descritivos (médias e desvios-padrão) das variáveis dependentes no M1 para os grupos de intervenção, controlo e total.

Variáveis	Grupo de intervenção <i>M</i> (DP)	Grupo de controlo <i>M</i> (DP)	Total <i>M</i> (DP)
Práticas parentais de alimentação (QPPA)	(<i>n</i> = 40)	(<i>n</i> = 33)	(<i>n</i> = 73)
Monitorização	4.35 (0.67)	4.31 (0.76)	4.33 (0.71)
	$t(71) = 0.24, p = .82$		
Regulação das emoções	1.26 (0.62)	1.38 (0.92)	1.32 (0.77)
	$t(71) = -0.69, p = .49$		
Controlo da criança	2.02 (0.71)	2.05 (0.80)	2.03 (0.75)
	$t(71) = -0.19, p = .85$		
Modelagem	4.21 (0.96)	4.28 (0.74)	4.24 (0.87)
	$t(71) = -0.33, p = .74$		
Práticas parentais de atividade física (QPPAF)	(<i>n</i> = 41)	(<i>n</i> = 33)	(<i>n</i> = 74)
Envolvimento e Estrutura	3.12 (0.59)	3.13 (0.36)	3.13 (0.50)
	$t(72) = -0.10, p = .92$		
Promoção do tempo de ecrã	2.83 (0.97)	2.91 (0.88)	2.86 (0.92)
	$t(72) = -0.37, p = .71$		
Controlo psicológico	1.36 (0.68)	1.33 (0.41)	1.35 (0.57)
	$t(72) = 0.25, p = .80$		
Práticas parentais gerais (PS)	(<i>n</i> = 41)	(<i>n</i> = 33)	(<i>n</i> = 74)
Hostilidade	1.51 (0.70)	1.67 (0.95)	1.58 (0.82)
	$t(72) = -0.81, p = .42$		
Sobre-reatividade	3.46 (1.40)	3.48 (1.15)	3.47 (1.28)
	$t(72) = -0.07, p = .95$		
Permissividade	2.27 (0.89)	2.50 (1.18)	2.37 (1.03)
	$t(72) = -0.97, p = .33$		
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	(<i>n</i> = 38)	(<i>n</i> = 33)	(<i>n</i> = 71)
Total de dificuldades	12.82 (6.46)	12.30 (5.40)	12.58 (5.95)
	$t(69) = 0.36, p = .72$		
Lifestyle Behavior Checklist (LBC)	(<i>n</i> = 40)	(<i>n</i> = 33)	(<i>n</i> = 73)
Escala de Confiança (total)	195.83 (37.53)	196.70 (43.64)	196.22 (40.12)
	$t(71) = -0.09, p = .93$		
Comportamento inadequado em relação à comida	17.15 (9.89)	21.15 (10.49)	18.93 (10.28)
	$t(72) = -1.69, p = .10$		
Comer em excesso	18.12 (8.33)	20.76 (8.44)	19.30 (8.42)
	$t(72) = -1.35, p = .18$		
Correlatos emocionais relacionados com o excesso de peso	12.12 (6.10)	13.39 (7.32)	12.69 (6.66)
	$t(72) = -0.82, p = .42$		
Atividade física	15.20 (6.30)	16.45 (6.78)	15.76 (6.50)
	$t(72) = -0.83, p = .41$		
Questionário de Frequência Alimentar (QFA)	(<i>n</i> = 41)	(<i>n</i> = 33)	(<i>n</i> = 74)
Frutas e legumes	5.61 (1.16)	5.76 (1.16)	5.68 (1.16)
	$t(72) = -0.54, p = .59$		
Doces e pastéis	2.93 (0.90)	3.08 (1.13)	3.00 (1.00)
	$t(72) = -0.62, p = .54$		
Refrigerantes, néctares e sumos de fruta	2.04 (0.65)	1.96 (0.62)	2.00 (0.68)
	$t(72) = 0.54, p = .59$		

Tabela 5 | Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QPPA nos três grupos no M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

	TPLG presencial (n= 16)	TPLG por videochamada (n= 16)	Apenas tratamento habitual (n= 24)				
	M2 M (DP)	M2 M (DP)	M2 M (DP)	<i>p</i>	F(df)	$p\eta^2$	Poder observado
Monitorização	4.75 (0.41)	4.52 (0.70)	4.50 (0.65)	.582	0.58 (2, 52)	.022	.142
Regulação das emoções	1.02 (0.08)	1.27 (0.56)	1.24 (0.53)	.760	0.28 (2, 52)	.010	.091
Controlo da criança	1.68 (0.64)	1.88 (0.57)	1.81 (0.56)	.962	0.04 (2, 52)	.001	.056
Modelagem	4.47 (0.76)	4.20 (0.71)	4.48 (0.68)	.901	0.11 (2, 52)	.004	.065

Nota. Cada modelo de análise incluiu como covariável a respetiva medida da variável dependente pré-intervenção.

Tabela 6 | Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QPPA nos três grupos no M3, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

	TPLG presencia I (n= 12)	TPLG por videochamada (n= 6)	Apenas tratamento habitual (n= 16)				
	M3 M (DP)	M3 M (DP)	M3 M (DP)	<i>p</i>	F(df)	$p\eta^2$	Poder observado
Monitorização	4.40 (0.62)	4.50 (0.55)	4.52 (0.64)	.115	2.33 (2, 29)	.138	.434
Regulação das emoções	1.08 (0.29)	1.11 (0.17)	1.19 (0.45)	.836	0.18 (2, 29)	.012	.075
Controlo da criança	1.97 (0.53)	2.17 (0.73)	1.98 (0.54)	.747	0.30 (2, 29)	.020	.092
Modelagem	4.06 (1.11)	4.33 (0.52)	4.33 (0.74)	.278	1.34 (2, 29)	.085	.266

Nota. Cada modelo de análise incluiu como covariável a respetiva medida da variável dependente pré-intervenção.

Como apresentado na tabela 7, no momento pós intervenção (M2) não foram observados efeitos univariados do Tipo de Intervenção nas subescalas Envolvimento e estrutura e Controlo psicológico quanto às práticas parentais de atividade física. Na subescala Promoção do tempo de ecrã verificou-se o efeito univariado do Tipo de intervenção com um valor significativo de $F(2,53) = 4.05$, $p = .023$, $\eta^2 = .132$, poder observado $= .696$. No teste Post-hoc Bonferroni foi possível observar que existiam diferenças estatisticamente significativas ($p = .019$) na dimensão Promoção do tempo de ecrã presentes entre o grupo TPLG presencial e o grupo TPLG por videochamada ($M = 2.31$, $DP = 0.65$; $M = 2.84$, $DP = 0.71$), como é possível constatar na representação gráfica (Fig.1). Na tabela 8 estão expostos os resultados do momento *follow-up* (M3). Não foram encontrados efeitos univariados nas subescalas Promoção do tempo de ecrã e Controlo psicológico. Na subescala Envolvimento e estrutura, apesar de não se verificarem efeitos univariados do Tipo de intervenção os testes Post-hoc Bonferroni revelam diferenças marginalmente significativas entre o grupo TPLG presencial ($M = 3.03$, $DP = 0.53$) e TPLG por videochamada ($M = 3.47$, $DP = 0.63$) ($p = .034$). Na representação gráfica (Fig.2), é possível observar um aumento ligeiramente superior do grupo TPLG por videochamada em comparação ao grupo TPLG presencial, ou seja, constatou-se um aumento do envolvimento dos pais na atividade física e da estruturação do mesmo durante a intervenção por videochamada.

Tabela 7 | Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QPPAF nos três grupos no M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

	TPLG presencial (n= 16)	TPLG por videochamada (n= 17)	Apenas tratamento habitual (n= 24)				
	M2 M (DP)	M2 M (DP)	M2 M (DP)	p	F(df)	η^2	Poder observado
Envolvimento e Estrutura	3.35 (0.52)	3.38 (0.67)	3.28 (0.54)	.404	0.92 (2, 53)	.034	.201
Promoção do tempo de ecrã	2.31 (0.65)	2.84 (0.71)	2.61 (0.83)	.023	4.05 (2, 53)	.132	.696
Controlo psicológico	1.30 (0.40)	1.73 (1.09)	1.32 (0.64)	.130	2.12 (2, 53)	.074	.416

Nota. Cada modelo de análise incluiu como covariável a respetiva medida da variável dependente pré-intervenção.

Tabela 8 | Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QPPAF nos três grupos no M3, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

	TPLG presencial (n= 12)	TPLG por videochamada (n= 6)	Apenas tratamento habitual (n= 16)				
	M3 M (DP)	M3 M (DP)	M3 M (DP)	p	F(df)	pη ²	Poder observado
Envolvimento e Estrutura	3.03 (0.53)	3.47 (0.63)	3.36 (0.44)	.077	2.81 (2, 29)	.162	.509
Promoção do tempo de ecrã	3.03 (0.81)	2.56 (0.89)	2.85 (1.15)	.352	1.08 (2, 29)	.070	.221
Controlo psicológico	1.33 (0.45)	1.23 (0.27)	1.45 (0.43)	.393	0.97 (2, 29)	.062	.201

Nota. Cada modelo de análise incluiu como covariável a respetiva medida da variável dependente pré-intervenção.

Figura 1 | Representação gráfica da subescala Promoção do tempo de ecrã no momento pós-intervenção (M2).

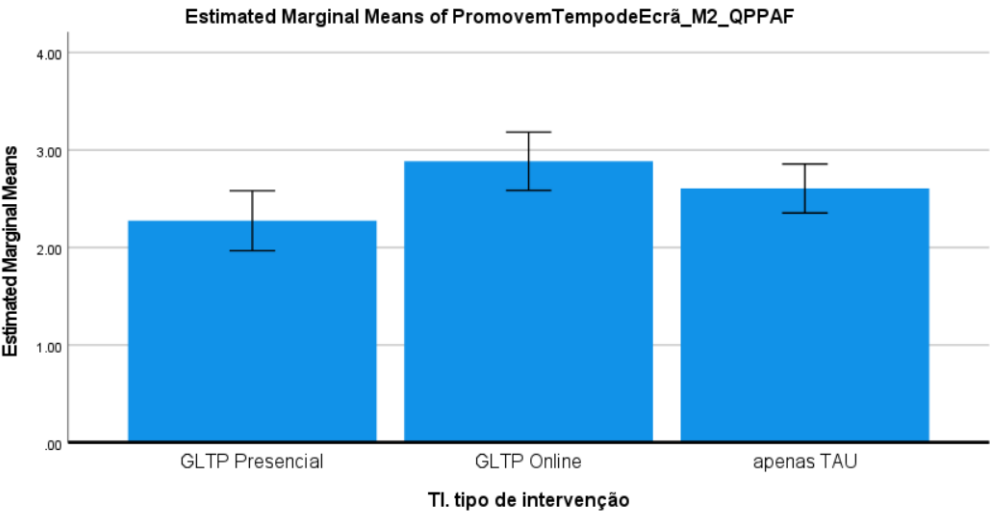
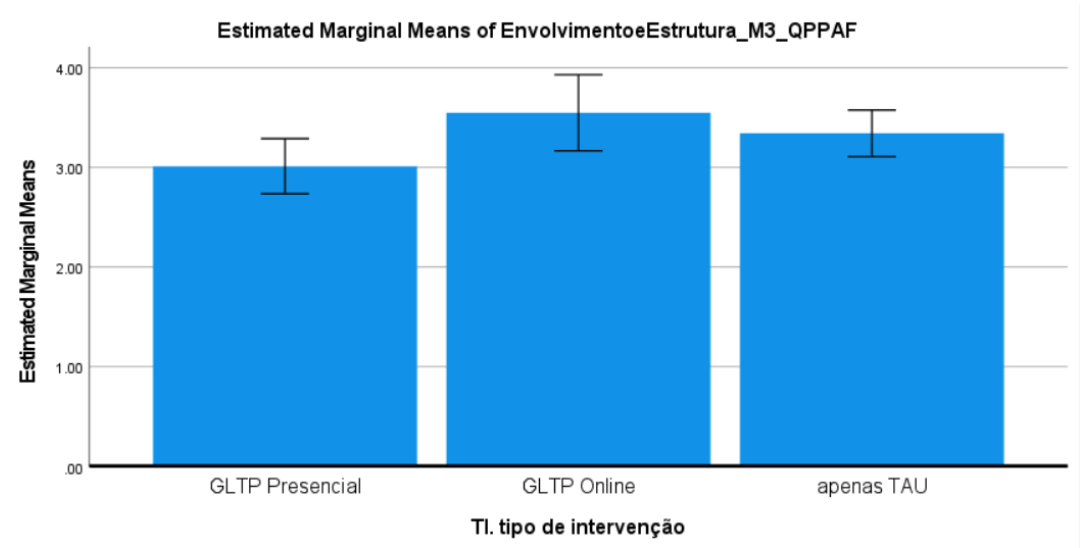


Figura 2 | Representação gráfica da subescala Envolvimento e estrutura no momento *follow-up* (M3).



Nos momentos pós-intervenção (M2 e M3) não foram observados efeitos univariados do Tipo de Intervenção nas subescalas hostilidade, sobre-reatividade e permissividade, como apresentado nas tabelas 9 e 10, respectivamente.

Tabela 9 | Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do PS nos três grupos no M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

	TPLG presencial (n= 15)	TPLG por videochamada (n= 17)	Apenas tratamento habitual (n= 23)				
	M2 M (DP)	M2 M (DP)	M2 M (DP)	p	F(df)	p η^2	Poder observado
Hostilidade	1.43 (0.70)	1.43 (0.64)	1.61 (0.76)	.839	0.18 (2, 50)	.007	.076
Sobre- reatividade	3.23 (1.36)	2.84 (1.18)	3.26 (0.94)	.368	1.02 (2, 51)	.038	.218
Permissividade	2.16 (0.92)	2.84 (1.27)	2.46 (1.16)	.438	0.84 (2, 51)	.032	.186

Nota. Cada modelo de análise incluiu como covariável a respectiva medida da variável dependente pré-intervenção. Existem missing values na subescala Hostilidade no grupo de intervenção TPLG presencial (n=1).

Tabela 10 | Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do PS nos três grupos no M3, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

	TPLG presencial (n= 12)	TPLG por videochamada (n= 6)	Apenas tratamento habitual (n= 16)				
	M3 M (DP)	M3 M (DP)	M3 M (DP)	<i>p</i>	F(df)	η^2	Poder observado
Hostilidade	1.56 (0.87)	1.17 (0.41)	1.56 (0.76)	.453	0.81 (2, 29)	.053	.175
Sobre-reatividade	3.30 (1.65)	3.10 (1.71)	3.74 (1.42)	.676	0.40 (2, 29)	.027	.108
Permissividade	2.27 (0.77)	3.07 (1.39)	2.50 (1.22)	.806	0.22 (2, 29)	.015	.081

Nota. Cada modelo de análise incluiu como covariável a respectiva medida da variável dependente pré-intervenção.

Não foram observados efeitos univariados do Tipo de Intervenção no Total de dificuldades, nos momentos pós-intervenção M2 e M3, como se apresenta nas tabelas 11 e 12.

Tabela 11 | Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do SDQ nos três grupos no M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

	TPLG presencial (n= 16)	TPLG por videochamada (n= 14)	Apenas tratamento habitual (n= 23)				
	M2 M (DP)	M2 M (DP)	M2 M (DP)	<i>p</i>	F(df)	η^2	Poder observado
Total de dificuldades	11.75 (5.36)	10.64 (7.38)	11.13 (5.34)	.718	0.33 (2, 49)	.013	.100

Nota. Cada modelo de análise incluiu como covariável a respectiva medida da variável dependente pré-intervenção.

Tabela 12 | Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do SDQ nos três grupos no M3, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

	TPLG presencial (n= 12)	TPLG por videochamada (n= 5)	Apenas tratamento habitual (n= 16)				
	M3 M (DP)	M3 M (DP)	M3 M (DP)	p	F(df)	pη^2	Poder observado
Total de dificuldades	12.58 (5.96)	10.40 (6.50)	11.06 (5.92)	.503	0.71 (2, 28)	.048	.157

Nota. Cada modelo de análise incluiu como covariável a respectiva medida da variável dependente pré-intervenção.

Como se apresenta na tabela 13, no momento pós-intervenção, não foram observados efeitos univariados do Tipo de Intervenção na Escala de Confiança, nas subescalas Comer em excesso, Correlatos emocionais relacionados com a comida e Atividade física. Na subescala Comportamento inadequado em relação à comida foi encontrado um efeito univariado estatisticamente significativo. A diferença estatisticamente significativa ($p=.047$) entre o grupo TPLG por videochamada e grupo de tratamento habitual ($M = 12.53$, $DP = 4.82$; $M = 17.96$, $DP = 10.48$), indica que o grupo que não recebeu intervenção tem piores resultados do que o grupo TPLG por videochamada, sendo que este não difere estatisticamente do TPLG presencial. A intervenção é, então, eficaz para diminuir o Comportamento inadequado em relação à comida. A representação gráfica está exposta na Figura 3.

No momento de *follow-up* (tabela 14) verificou-se o efeito univariado do Tipo de intervenção na Escala de Confiança com um valor significativo. Os testes de post hoc permitiram constatar diferenças estatisticamente significativas ($p=.014$) entre o grupo TPLG presencial ($M = 186.25$, $DP = 40.53$) e o grupo de tratamento habitual ($M = 218.31$, $DP = 27.13$), apresentadas na Figura 4. Com um aumento superior no grupo tratamento habitual face ao grupo TPLG presencial, isto significa que a confiança dos pais nas suas capacidades para lidar com os comportamentos problemáticos dos filhos é inferior no grupo de intervenção TPLG presencial do que no grupo que apenas recebe tratamento habitual. Não houve efeitos univariados do tipo de intervenção na subescala Comportamento inadequado em relação à comida, na subescala Comer em excesso ou Correlatos emocionais relacionados com a comida. Verificou-se, no entanto, um efeito univariado do Tipo de

intervenção na subescala Atividade física. Os testes post hoc mostram diferenças estatisticamente significativas ($p=.038$) entre o grupo TPLG presencial ($M = 16.92$, $DP = 7.00$) e o grupo que recebe apenas tratamento habitual ($M = 14.44$, $DP = 6.93$). Também se verifica uma diferença marginalmente significativa ($p=.066$) no grupo TPLG presencial e TPLG por videochamada ($M = 16.92$, $DP = 7.00$; $M = 11.67$, $DP = 4.41$, respetivamente). Estes resultados indicam que o grupo que realiza a intervenção presencial tem mais dificuldade na realização de atividade física do que os grupos TPLG por videochamada e o grupo que recebe apenas tratamento habitual (Figura 5).

Tabela 13 | Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do LBC nos três grupos no M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

	TPLG presencial (n= 16)	TPLG por vídeo chamada (n= 17)	Apenas tratamento habitual (n=23)				
	M2 M (DP)	M2 M (DP)	M2 M (DP)	p	F(df)	$p\eta^2$	Poder observado
Escala de Confiança (total)	210.88 (38.39)	209.00 (33.66)	202.00 (44.92)	.627	0.47 (2, 52)	.018	.123
Comportamento inadequado em relação à comida	13.00 (5.76)	12.53 (4.82)	17.96 (10.48)	.052	3.13 (2, 52)	.107	.577
Comer em excesso	14.75 (5.64)	13.41 (5.39)	17.17 (7.96)	.173	1.82 (2, 52)	.065	.362
Correlatos emocionais relacionados com o excesso de peso	9.13 (2.53)	11.59 (8.01)	9.43 (4.50)	.329	1.14 (2, 52)	.042	.240
Atividade física	12.31 (3.91)	12.82 (5.75)	13.78 (7.78)	.230	1.51 (2, 52)	.055	.307

Nota. Cada modelo de análise incluiu como covariável a respetiva medida da variável dependente pré-intervenção.

Tabela 14 | Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do LBC nos três grupos no M3, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

	TPLG presencial (n= 12)	TPLG por vídeo chamada (n= 6)	Apenas tratamento habitual (n= 16)				
	M3 M (DP)	M3 M (DP)	M3 M (DP)	<i>p</i>	F(df)	$p\eta^2$	Poder observado
Escala de Confiança (total)	186.25 (40.53)	205.17 (31.03)	218.31 (27.13)	.045	3.45 (2, 29)	.192	.600
Comportamento inadequado em relação à comida	16.67 (7.91)	16.00 (11.49)	15.50 (7.30)	.346	1.10 (2, 29)	.071	.224
Comer em excesso	17.67 (7.87)	16.50 (12.58)	16.44 (5.57)	.406	0.93 (2, 29)	.060	.195
Correlatos emocionais relacionados com o excesso de peso	12.50 (4.68)	11.50 (11.13)	9.88 (4.79)	.276	1.35 (2, 29)	.085	.267
Atividade física	16.92 (7.00)	11.67 (4.41)	14.44 (6.93)	.070	2.92 (2, 29)	.168	.526

Nota. Cada modelo de análise incluiu como covariável a respectiva medida da variável dependente pré-intervenção

Figura 3 | Representação gráfica da subescala Comportamento inadequado em relação à comida no momento pós-intervenção.

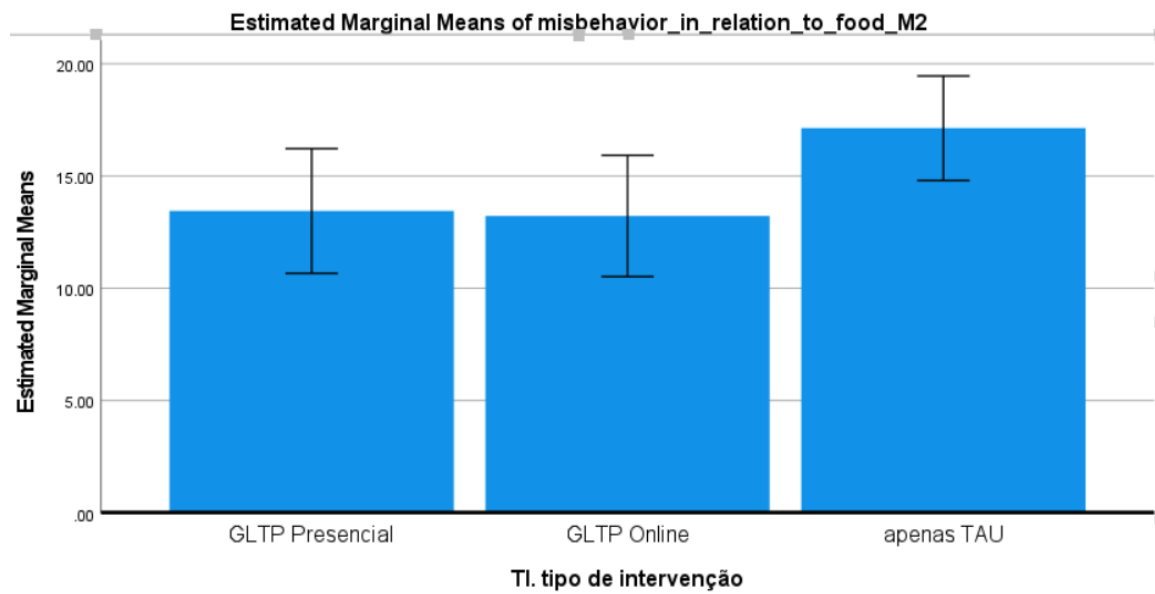


Figura 4 | Representação gráfica da Escala de Confiança no momento *follow-up*.

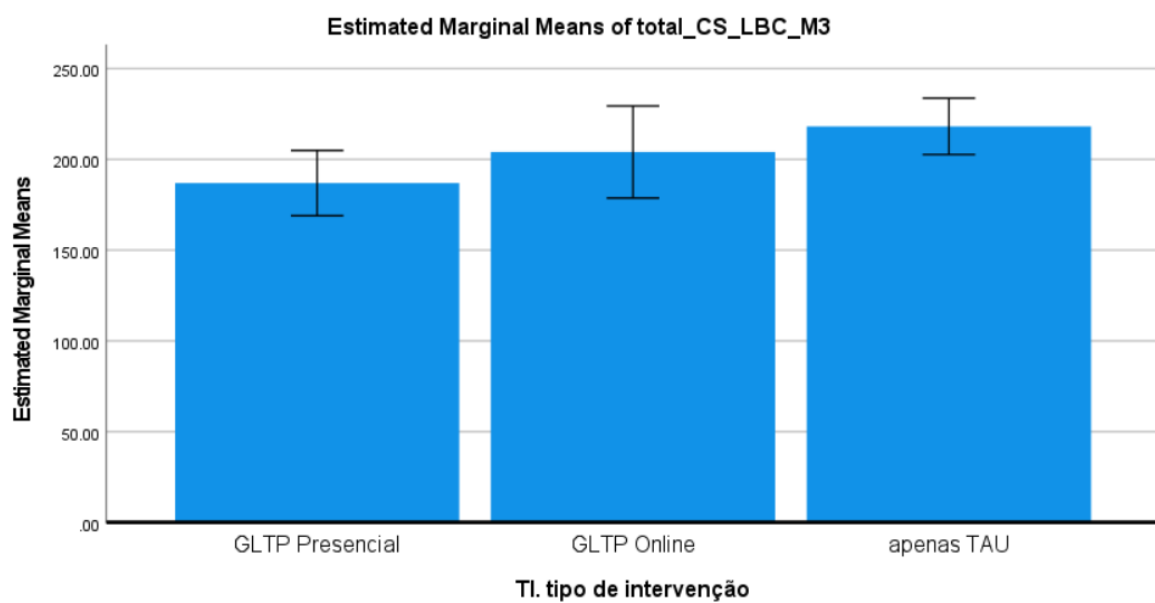
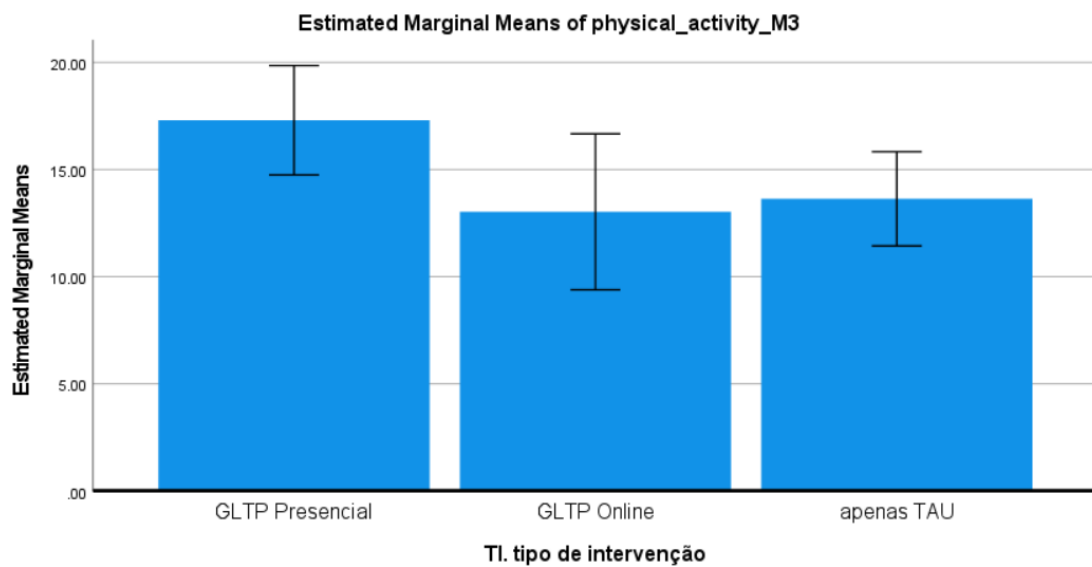


Figura 5 | Representação gráfica da subescala Atividade física no momento *follow-up*.



No M2 não foram observados efeitos univariados do Tipo de Intervenção em nenhuma das subescalas Frutas e legumes, Doces e pastéis, e Refrigerantes, como se observa na tabela 15. Como apresentado na tabela 16, no momento 3, também não se verificaram efeitos univariados na subescala Frutas e legumes, e Doces e pastéis. No entanto, na subescala Refrigerantes foi encontrado um efeito univariado do Tipo de intervenção com um valor significativo. Através do teste Post-hoc foi possível observar que existiam diferenças estatisticamente significativas ($p=.018$) entre o grupo TPLG presencial ($M = 1.55$, $DP = 0.42$) e o grupo de tratamento habitual ($M = 1.92$, $DP = 0.49$), apresentadas na Figura 6, que indicam que o grupo que não recebe a intervenção consome um maior número de refrigerantes 6 meses após a intervenção.

Tabela 15 | Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QFA nos três grupos no M2, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

	TPLG presencial (n= 16)	TPLG por videochamada (n= 17)	Apenas tratamento habitual (n= 23)				
	M2 M (DP)	M2 M (DP)	M2 M (DP)	<i>p</i>	F(df)	η^2	Poder observado
Frutas e legumes	6.73 (0.61)	6.29 (3.58)	5.14 (1.79)	.112	2.29 (2, 52)	.081	.444
Doces e pastéis	2.90 (0.74)	2.33 (0.78)	2.70 (0.91)	.191	1.71 (2, 52)	.062	.343
Refrigerantes, néctares e sumos de fruta	1.57 (0.48)	1.98 (0.67)	1.65 (0.45)	.116	2.25 (2, 51)	.081	.438

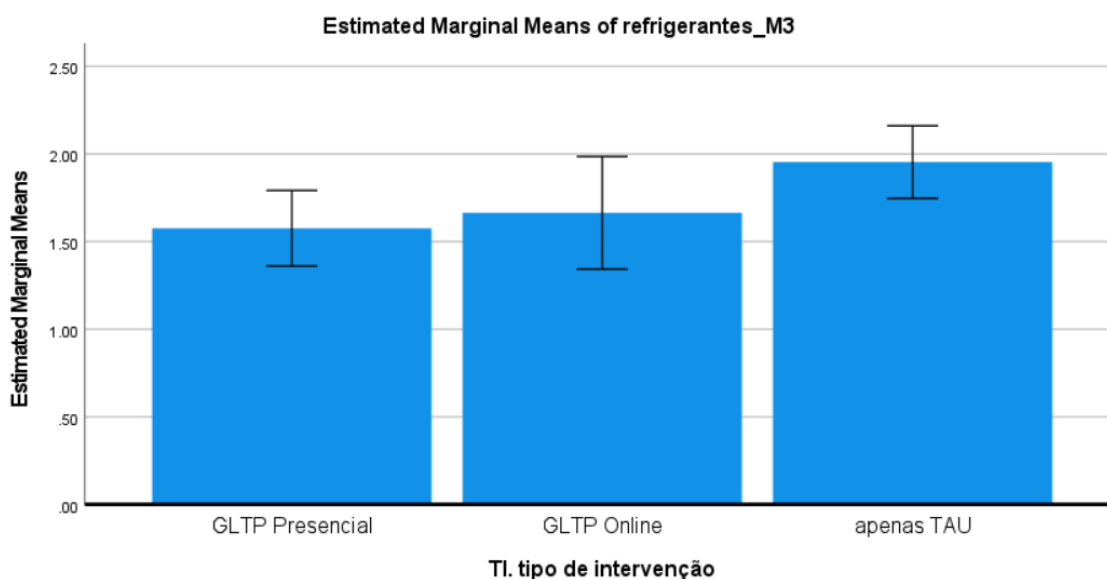
Nota. Cada modelo de análise incluiu como covariável a respetiva medida da variável dependente pré-intervenção. Existem missing values na subescala Refrigerantes no grupo de controlo (n=1).

Tabela 16 | Resultados descritivos da análise de variância com as médias (M) e desvios-padrão (DP) das subescalas do QFA nos três grupos no M3, valores de F (graus de liberdade) e tamanho do efeito das subescalas.

	TPLG presencial (n= 13)	TPLG por videochamada (n= 6)	Apenas tratamento habitual (n=15)				
	M3 M (DP)	M3 M (DP)	M3 M (DP)	<i>p</i>	F(df)	η^2	Poder observado
Frutas e legumes	5.79 (1.13)	5.61 (1.20)	5.29 (1.34)	.845	0.17 (2, 29)	.012	.074
Doces e pastéis	2.46 (0.78)	2.33 (0.57)	2.68 (0.70)	.811	0.21 (2, 29)	.014	.080
Refrigerantes, néctares e sumos de fruta	1.55 (0.42)	1.81 (0.70)	1.92 (0.49)	.049	3.38 (2, 28)	.194	.589

Nota. Cada modelo de análise incluiu como covariável a respetiva medida da variável dependente pré-intervenção. Existem missing values na subescala Refrigerantes no grupo de controlo (n=1).

Figura 6 | Representação gráfica da subescala Refrigerantes no momento *follow-up*.



Discussão

Este estudo está integrado no projeto de investigação “Intervenção no excesso de peso e na obesidade infantil: eficácia de um programa para pais enquanto agentes de mudança”, cujo objetivo é avaliar a eficácia do TPLG com famílias portuguesas com crianças entre os 5 e os 10 anos de idade com EP e/ou OB. A presente dissertação pretende avaliar os efeitos da intervenção TPLG, comparando a implementação da intervenção por videochamada com a intervenção habitual face ao tratamento habitual, na perceção das práticas parentais relativamente à alimentação e à atividade física dos filhos, a comportamentos problemáticos da criança no seu estilo de vida, a confiança dos pais para lidar com essas dificuldades, a frequência alimentar de frutas e legumes, doces e pastéis e refrigerantes, néctares e sumos de fruta.

Com o intuito de verificar a eficácia do programa TPLG, o projeto de investigação utiliza um desenho experimental de ensaio clínico randomizado controlado (ECR). Os participantes foram recrutados no CMIN, onde as crianças recebem acompanhamento médico-pediátrico. Posteriormente, foram aleatoriamente distribuídos por um grupo de controlo e um grupo de intervenção. Os grupos de intervenção começaram por ser dinamizados presencialmente, no entanto, devido às medidas de mitigação da propagação da COVID-19, desde cedo na pandemia, os grupos de intervenção passaram a ser dinamizados por videochamada, após a equipa de investigação ter levado a cabo um estudo piloto sobre a implementação por videochamada que demonstrou a sua exequibilidade

(Canário et al., 2021). O programa TPLG foi administrado por dois formadores acreditados para a aplicação do protocolo de intervenção.

De acordo com a primeira hipótese do estudo, era de esperar uma diminuição no número de comportamentos problemáticos relacionados com o estilo da vida das crianças entre os 3 momentos de avaliação nos grupos de intervenção, comparativamente ao grupo de controlo. À luz dos resultados obtidos, esta hipótese confirma-se parcialmente. Os resultados revelaram uma diminuição estatisticamente significativa na subescala *Comportamento inadequado em relação à comida* entre M1 e M2 entre o grupo TPLG por videochamada e o grupo que recebe apenas tratamento habitual. Os resultados mostram que os participantes que não receberam intervenção têm piores resultados do que aqueles que receberam a intervenção por videochamada, não diferindo do grupo TPLG presencial. Este resultado sugere a eficácia da intervenção para diminuir o comportamento inadequado com a comida. Tendo em conta que comer demasiado rápido está associado a excesso de peso, tanto em casa como na escola (Lin et al., 2014; Yamagishi et al., 2018), as intervenções comportamentais utilizadas isoladamente ou com outros componentes de tratamento são frequentemente citadas na literatura como eficazes na intervenção em perturbações da alimentação em crianças (Martin & Dovey, 2018). Um estudo de Haywood e McCann (2009) mostra que as intervenções proporcionam uma abordagem potencialmente eficaz no trabalho com crianças com dificuldades alimentares.

Por sua vez, na dimensão *atividade física* os resultados apontam para uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo TPLG presencial e o grupo apenas tratamento habitual, ou seja, quem faz intervenção presencial tem mais problemas com a prática de atividade física do que quem recebe apenas a intervenção habitual no CMIN. Um estudo de Yazdani e colaboradores (2013) mostram que as barreiras mais comuns à atividade física infantil citadas pelos pais são a falta de interesse da criança (43%), demasiados problemas comportamentais (32%) e a falta de tempo dos pais (29%). A participação dos pais na atividade física foi fortemente associada ao nível de exercício físico dos seus filhos, pois as crianças cujos pais eram fisicamente ativos pelo menos 3 horas por semana eram 4.2 vezes mais suscetíveis de serem fisicamente ativas do que as crianças cujos pais relataram menos atividade física (Yazdani et al., 2013). Posto isto, a melhoria da motivação dos pais em relação à sua própria atividade física pode revelar-se um meio para aumentar o nível de atividade física das crianças. Em consonância, outro estudo (Norman et al., 2015) mostrou que as barreiras para a atividade física constituíam uma sobrecarga parental devido aos constrangimentos de tempo por chegarem tarde a casa após o trabalho e por serem os únicos

a incentivar a atividade física, enquanto a própria criança prefere estar dentro de casa e escolher atividades sedentárias. Esta divergência cria conflitos na interação criança-pai e também no trabalho de equipa parental quando um dos pais tem um comportamento contraditório, por exemplo, recusando-se a passar tempo ao ar livre com a família.

No *total de dificuldades* não houve efeitos estatisticamente significativos, mas há um efeito marginalmente significativo em M3 entre TPLG por videochamada e TPLG presencial. Este resultado parece indicar que quem faz intervenção por videochamada tem menos dificuldades em lidar com comportamentos problemáticos dos filhos do que quem faz intervenção presencial. Este resultado difere da literatura encontrada cujas conclusões mostram que a perceção individual dos pais sobre a situação de quarentena e as suas difíceis implicações está significativamente associada ao stress dos pais e, consequentemente, aos problemas psicológicos dos filhos com impacto no seu comportamento e nas suas emoções (Spinelli et al., 2020).

Conforme a segunda hipótese, os pais devem reportar um aumento do nível de confiança para lidar com os comportamentos problemáticos das crianças nos grupos de intervenção (TPLG por videochamada e TPLG presencial). Contudo, de acordo com os resultados obtidos, esta hipótese não se confirma.

Os resultados mostraram-se significativos em M3 na *Escala de Confiança* entre o grupo TPLG presencial e o grupo de tratamento habitual. Este último grupo revelou um aumento dos seus níveis de confiança, comparativamente ao grupo TPLG presencial, não diferindo significativamente do grupo TPLG por videochamada. Os pais que realizam a intervenção ficam mais conscientes da dificuldade que é lidar com os comportamentos problemáticos dos filhos, o que justifica a diminuição do nível de confiança no grupo de intervenção TPLG presencial. Normalmente, as intervenções centradas no reforço da autoeficácia dos pais podem surtir efeito em situações relacionadas com a alimentação e com a atividade física das crianças (Ek et al., 2015). Contudo, as experiências de fracasso na gestão de comportamento problemático da criança afetam o sentimento de autoeficácia dos pais, em comparação com um pai que nunca experimentou o comportamento, mas considera-se capaz de lidar com ele.

A terceira hipótese refere uma diminuição do consumo de doces e pastéis, refrigerantes, néctares e sumos de fruta e um aumento do consumo de frutas e legumes. À luz dos resultados obtidos, confirma-se esta hipótese, pois no momento *follow-up* registaram-se diferenças estatisticamente significativas na subescala *Refrigerantes, néctares e sumos de fruta* entre os grupos TPLG presencial e apenas tratamento habitual. O grupo de

controlo revelou um maior consumo de refrigerantes do que o TPLG presencial, o que pode indicar a eficácia da intervenção na diminuição do consumo de refrigerantes. Um estudo realizado por Sylvetsky e colaboradores (2020), realizado com crianças entre os 8 e os 14 anos de idade, revelou que estas consumiam refrigerantes para se sentirem normais, satisfazer um desejo, e/ou saciar a sua sede. Salientaram que a energia advinda das bebidas açucaradas facilitava o seu envolvimento nas atividades e a sua performance e que se sentiam mais acordados e com melhor capacidade de concentração. Além disso, 82% das crianças e adolescentes relataram ter obtido bebidas açucaradas através dos seus pais e 98% consumiram-nas em casa (Sylvetsky et al., 2020). Esta informação enfatiza a necessidade de intervir no ambiente familiar para abordar o consumo de bebidas açucaradas.

De acordo com a quarta hipótese é esperado um aumento das práticas parentais de alimentação e também de atividade física. Esta hipótese não se confirma, uma vez que não se verificaram efeitos estatisticamente significativos, o que indica que não existem diferenças entre os três grupos ao longo dos 3 momentos de avaliação, relativamente às práticas parentais na alimentação. No entanto, numa análise mais detalhada é possível observar que entre M1 e M2 os valores da subescala *Controlo da criança* diminuem em todos os grupos, o que pode indicar uma redução dos comportamentos de controlo da alimentação das crianças por parte dos seus pais. O estudo de Scaglioni e colaboradores (2018) refere que muitos autores sugerem que os controlos parentais devem ser evitados, uma vez que podem potencialmente dificultar a capacidade de a criança desenvolver práticas alimentares auto-reguladoras adequadas. Apesar de não ter sido uma variável considerada neste estudo, o estatuto socioeconómico está correlacionado com o controlo da alimentação, uma vez que as famílias onde os pais têm níveis elevados de educação consomem mais alimentos saudáveis do que outras famílias que estão menos conscientes dos problemas.

No que diz respeito às práticas parentais quanto à atividade física dos seus filhos, em M2 observaram-se efeitos estatisticamente significativos na variável *Promoção do tempo de ecrã* entre os dois grupos de intervenção - TPLG presencial e TPLG por videochamada. Os resultados mostram que os pais que fazem a intervenção por videochamada permitem os filhos utilizarem durante mais tempo os ecrãs (ver televisão, jogar computador, utilizar as redes sociais) do que os que fazem a intervenção presencial. Com um aumento ligeiramente superior a 0.50 unidades na média do grupo TPLG por videochamada face ao grupo TPLG presencial, deve ser considerado o facto da intervenção no grupo de TPLG por videochamada ter decorrido durante a primeira fase de confinamento, podendo justificar este aumento da utilização do tempo de ecrã. Um estudo realizado na Turquia (Ozturk Eyimaya

& Yalçın Irmak, 2021) com 1 115 pais com crianças entre os 6 e os 13 anos revelou que 71.7% das famílias relataram um aumento da utilização do tempo de ecrã em 6.42 h/dia. Em consonância com este estudo, também no Canadá, um estudo realizado por Seguin e colaboradores (2021), entre Junho e Agosto de 2020, com pais de crianças entre os 6 e os 12 anos concluiu que o tempo de ecrã das crianças aumentou durante a pandemia, comparativamente ao período pré-pandémico. De forma semelhante, este estudo também revela um aumento por volta das 6h por dia, ao invés de 2h/dia. Em M3 verificaram-se efeitos marginalmente significativos na variável *Envolvimento e estrutura* também entre TPLG presencial e TPLG por videochamada. Este resultado parece apontar no sentido de que os pais estão mais envolvidos na atividade física dos seus filhos no grupo TPLG por videochamada do que no TPLG presencial. Um estudo de Perez e colaboradores (2021) revelou que os pais mostraram apoio na atividade física dos seus filhos através do seu envolvimento e encorajamento. Durante o confinamento, os pais brincavam com as suas crianças no exterior, levavam os cães a passear diariamente, faziam exercício em conjunto dentro de casa, caminhadas ou andavam de bicicleta. Os pais encorajaram os seus filhos a serem ativos fisicamente, lembrando-os de brincar no exterior, fornecendo equipamento, e dando acesso a recursos online tais como Pokémon Go ou treinos no YouTube. O estudo mostrou que, apesar das mudanças drásticas provocadas pelos confinamentos, os pais continuaram a apoiar e a encorajar a atividade física das suas crianças.

A última hipótese defende uma diminuição *das práticas parentais* disfuncionais e confirma-se parcialmente. Os resultados não mostraram efeitos estatisticamente significativos, no entanto uma análise mais detalhada permitiu verificar que entre M1 e M2 existe uma diminuição ligeira nas variáveis Hostilidade, Sobre-reatividade e Permissividade em todos os grupos. Este resultado parece indicar que todos os grupos diminuíram as suas práticas parentais consideradas disfuncionais. Um estudo realizado por Sumargi e colaboradores (2015) com o programa Triple P mostrou que os pais do grupo de intervenção tiveram pontuações significativamente mais baixas na variável Sobre-reatividade, sugerindo a eficácia do programa para melhorar não só as práticas parentais, como também os problemas comportamentais da criança, o stress parental e aumentar a confiança parental.

Este estudo apresenta alguns pontos fortes. Em primeiro lugar, assenta num programa baseado na evidência e alvo de investigação prévia. Além disso, segue o desenho experimental de um ECR, ou seja, os investigadores que avaliam os participantes não têm conhecimento da alocação dos mesmos ao grupo de intervenção ou ao grupo de controlo. A alocação aleatória dos participantes a cada grupo garante que cada participante tem à partida

igual probabilidade de receber a intervenção e exclui a ocorrência de possíveis enviesamentos e estimativas tendenciosas e imprecisas do efeito do programa com base nas características dos participantes (Hariton & Locascio, 2018). Em terceiro lugar, o facto de terem sido utilizados vários instrumentos permitiu avaliar uma panóplia de dimensões nos grupos de intervenção e no grupo de controlo. Em quarto lugar, o próprio programa de intervenção TPLG é inovador ao considerar que os pais são os principais agentes de mudança de estilo de vida da família e revela ser uma abordagem eficaz na promoção das práticas positivas em pais de crianças com EP e/ou OB.

No entanto, o estudo também apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o instrumento usado para avaliar a confiança dos pais é de autorrelato, o que pode ser visto como uma limitação, pois mede apenas a perceção dos pais relativamente ao seu nível de confiança, ou seja, os pais podem referir que estão mais ou menos confiantes do que realmente estão (Wittkowski et al., 2016). Porém, sendo a confiança um construto de natureza pessoal, não existe outra forma de o avaliar, a não ser com este tipo de instrumentos. Outra limitação é o tamanho da amostra. O facto de ser uma amostra pequena pode ter contribuído para a ausência de resultados estatisticamente significativos. Estudos futuros devem replicar estas análises com maior número de participantes no sentido de analisar se as tendências aqui descritas passam a ter efeitos estatisticamente significativos. A terceira limitação é o facto de neste estudo não serem apresentados os dados do BMI z-score das crianças para comparação entre os diferentes momentos de avaliação nos vários grupos, pelo que estudos futuros devem avaliar essa variável. A quarta limitação é o número de desistências por parte dos participantes e a ausência de preenchimento dos questionários entre os três momentos de avaliação, contribuindo para o menor número de observações. É necessário considerar que a implementação do TPLG por videochamada foi realizada em contexto pandémico, período com grande impacto social, económico e emocional. Durante uma fase de muitas adaptações nas rotinas familiares, os pais viram-se com uma responsabilidade acrescida, precisando muitas vezes de articular o teletrabalho com o cuidado aos filhos que deixaram de ir à escola. Assim, é compreensível que os pais não estivessem tão disponíveis nem tivessem tanta motivação para preencherem questionários. Apesar do COVID-19 ter trazido numerosos constrangimentos a vários níveis, foi também uma oportunidade para os investigadores desenvolverem a implementação do TPLG à distância, o que poderá ser útil nos tempos futuros.

Conclusão

Os resultados do presente estudo sugerem que o TPLG tem efeitos positivos na alteração da percepção das práticas parentais relativamente à alimentação e à atividade física dos seus filhos, em relação ao estilo de vida no que toca a comportamentos problemáticos da criança e na frequência alimentar de frutas e legumes, doces e pastéis e refrigerantes, néctares e sumos de fruta.

O programa permitiu uma redução do consumo de Refrigerantes, néctares e sumos de fruta e do Mau comportamento em relação à comida. Verificou-se ainda um aumento do Envolvimento dos pais na atividade física dos filhos e da estrutura da mesma. Os resultados demonstraram um aumento da Promoção do tempo de ecrã, que pode ser também uma consequência dos confinamentos devidos à pandemia de COVID-19, onde as crianças frequentaram a escola à distância e tiveram maior exposição a tempo de ecrã.

O presente estudo apresenta dados preliminares dos efeitos do programa, com uma amostra de tamanho pequeno. Assim, será importante replicar este estudo com uma amostra de tamanho superior para perceber se o mesmo padrão de efeitos se mantém ou se outros se tornam evidentes. Estudos futuros deverão avaliar ainda os efeitos do programa nos valores de índice de massa corporal padronizado (IMC *z-score*), por forma a avaliar o contributo do programa na alteração deste índice.

Referências

- Abreu, J. C. R. (2010). *Obesidade infantil: abordagem em contexto familiar*. [Tese de mestrado]. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Repositório aberto da UP.
<https://hdl.handle.net/10216/54610>
- Agazzi, H., Hayford, H., Thomas, N., Ortiz, C., & Salinas-Miranda, A. (2021). A nonrandomized trial of a behavioral parent training intervention for parents with children with challenging behaviors: In-person versus internet-HOT DOCS. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(4), 1076–1088.
<https://doi.org/10.1177/13591045211027559>
- Arnold, D.S., O'leary, S.G., Wolff, L.S., & Acker, M.M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144.
- Berge JM, Wall M, Bauer KW, et al. (2010) Parenting characteristics in the home environment and adolescent overweight: A latent class analysis. *Obesity* 18: 818–825.
- Cachón-Zagalaz, J., Zagalaz-Sánchez, M. L., Arufe-Giráldez, V., Sanmiguel-Rodríguez, A., & González-Valero, G. (2021). Physical activity and daily routine among children aged 0-12 during the COVID-19 pandemic in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1–13.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18020703>
- Canário, C., Abreu-Lima, I., & Cruz, O. (2020). Comprehensive Feeding Parenting Practices Questionnaire (European Portuguese version).
<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/GSKCT>
- Canário, C., Abreu-Lima, I., Santos, S., Silva-Martins, M., Campos, J., Enes Rodrigues, C., Tavares, M., Mansilha, H., Torres, S., Serra Lemos, M., & Cruz, O. (2021). Delivering Group Lifestyle Triple P through digital practice: A case study with Portuguese parents. *Journal of Family Therapy*, 1–2. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12334>
- Canário, C., & Cruz, O. (2020). Lifestyle Behaviour Checklist [European Portuguese version]. Available at <https://www.triplep-parenting.net/>
- Carneiro, Carla. (2020). *Obesidade Infantil: um desafio de saúde pública no século XXI*. Ordem dos Médicos. <https://ordemdosmedicos.pt/obesidade-infantil-um-desafio-de-saude-publica-no-seculo-xxi/>

- Cluver, L., Lachman, J. M., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., Blight, S., Hillis, S., Bachman, G., Green, O., Butchart, A., Tomlinson, M., Ward, C. L., Doubt, J., & McDonald, K. (2020). Parenting in a time of COVID-19. *The Lancet*, 395(10231), e64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4)
- Ek, A., Chamberlain, K. L., Sorjonen, K., Hammar, U., Malek, M. E., Sandvik, P., Somaraki, M., Nyman, J., Lindberg, L., Nordin, K., Ejderhamn, J., Fisher, P. A., 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., Sorjonen, K., Nyman, J., Marcus, C., & Nowicka, P. (2015). Child behaviors associated with childhood obesity and parents' self-efficacy to handle them: Confirmatory factor analysis of the Lifestyle Behavior Checklist. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0194-4>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Fernandes, D. V., Moreira, H., & Caiado, B. (2020). *Parentalidade em tempos de pandemia saúde mental e estratégias parentais para lidar com os desafios da covid-19. August.*
- Garcia-Larsen, V., Luczynska, M., Kowalski, M. L., Voutilainen, H., Ahlström, M., Haahetela, T., Toskala, E., Bockelbrink, A., Lee, H. H., Vassilopoulou, E., Papadopoulos, N. G., Ramalho, R., Moreira, A., Delgado, L., Castel-Branco, M. G., Calder, P. C., Childs, C. E., Bakolis, I., Hooper, R., Burney, P. G., GA2LEN-WP 1.2 'Epidemiological and Clinical Studies' (2011). Use of a common food frequency questionnaire (FFQ) to assess dietary patterns and their relation to allergy and asthma in Europe: pilot study of the GA2LEN FFQ. *European journal of clinical nutrition*, 65(6), 750–756. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2011.15>
- 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, N. K., 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., & 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>
- Golley, R.K., Perry, R.A., Magarey, A. and Daniels L. (2007), Family-focused weight management program for five- to nine-year-olds incorporating parenting skills training with healthy lifestyle information to support behaviour modification. *Nutrition & Dietetics*, 64: 144-150. <https://doi.org/10.1111/j.1747-0080.2007.00106.x>
- Goodman R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 40(5), 791–799.
- Hall, C. M., & Bierman, K. L. (2015). Technology-assisted interventions for parents of young children: Emerging practices, current research, and future directions. *Early Childhood Research Quarterly*, 33, 21–32.
<https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2015.05.003>
- Hariton, E., & Locascio, J. (2018). Randomised controlled trials – The gold standard for effectiveness research. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125 (13). <http://doi.org/10.1111/1471-0528.15199>
- Harrison, K., Bost, K.K., McBride, B.A., Donovan, S.M., Grigsby-Toussaint, D.S., Kim, J., Liechty, J.M., Wiley, A., Teran-Garcia, M. and Jacobsohn, G.C. (2011), Toward a Developmental Conceptualization of Contributors to Overweight and Obesity in Childhood: The Six-Cs Model. *Child Development Perspectives*, 5: 50-58. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2010.00150.x>
- Haywood, P., & McCann, J. (2009). A brief group intervention for young children with feeding problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(3), 361–372.
<https://doi.org/10.1177/1359104509104046>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). *COSI Portugal 2019: Excesso de peso e Obesidade infantil continuam em tendência decrescente*.
<https://www.insa.min-saude.pt/cosi-portugal-2019-excesso-de-peso-e-obesidade-infantil-continuam-em-tendencia-decrescente/>
- ISRCTN44687723. (2020). Childhood overweight and obesity intervention: effectiveness of a program based on parents as agents of change.

- [Http://Www.Who.Int/Trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=ISRCTN44687723](http://www.who.int/trialssearch/Trial2.aspx?TrialID=ISRCTN44687723), 1–10.
<https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-02188428/full>
- La Greca, A. M. (2005). Journal of Consulting and Clinical Psychology: Editorial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 3–5. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.3>
- Li, J. C. (2014). Adapted Group Lifestyle Triple P: Results from a Randomized Pilot Intervention Trial [The Pennsylvania State University].
<https://etda.libraries.psu.edu/catalog/23447>
- Lin, M., Pan, L., Tang, L., Jiang, J., Wang, Y., & Jin, R. (2014). Association of eating speed and energy intake of main meals with overweight in Chinese pre-school children. *Public Health Nutrition*, 17(9), 2029–2036.
<https://doi.org/10.1017/S1368980013002176>
- Loveman, E., Al-Khudairy, L., Johnson, R. E., Robertson, W., Colquitt, J. L., Mead, E. L., Ells, L. J., Metzendorf, M. I., & Rees, K. (2015). Parent-only interventions for childhood overweight or obesity in children aged 5 to 11 years. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(12), CD012008.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012008>
- Łuszczki, E., Bartosiewicz, A., Pezdan-śliż, I., Kuchciak, M., Jagielski, P., Oleksy, Ł., Stolarczyk, A., & Dereń, K. (2021). Children's eating habits, physical activity, sleep, and media usage before and during COVID-19 pandemic in Poland. *Nutrients*, 13(7). <https://doi.org/10.3390/nu13072447>
- Martin, Clarissa., & Dovey, T. M. (2018). Intensive intervention for childhood feeding disorders. In *Feeding Problems in Children* (pp. 277–293). CRC Press.
<https://doi.org/10.1201/9781315379630-15>
- McAloon, J., & de la Poer Beresford, K. (2021). Online Behavioral Parenting Interventions for Disruptive Behavioral Disorders: A PRISMA Based Systematic Review of Clinical Trials. *Child Psychiatry and Human Development*, 0123456789.
<https://doi.org/10.1007/s10578-021-01253-z>
- Metcalfe, R. E., Matulis, J. M., Cheng, Y., & Stormshak, E. A. (2021). Therapeutic alliance as a predictor of behavioral outcomes in a relationally focused, family-centered telehealth intervention. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(2), 473–484. <https://doi.org/10.1111/jmft.12517>
- Moens E, Braet C and Soetens B (2007) Observation of family functioning at mealtime: A comparison between families of children with and without overweight. *Journal of*

- Pediatric Psychology 32: 56–63.
- Morawska, A., & West, F. (2013). Do parents of obese children use ineffective parenting strategies?. *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*, 17(4), 375–386.
<https://doi.org/10.1177/1367493512462263>
- Nagata, J. M., Abdel Magid, H. S., & Pettee Gabriel, K. (2020). Screen Time for Children and Adolescents During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Obesity*, 28(9), 1582–1583. <https://doi.org/10.1002/oby.22917>
- Niemeier, B. S., Hektner, J. M., & Enger, K. B. (2012). Parent participation in weight-related health interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 55(1), 3–13.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.04.021>
- Norman, Å., Berlin, A., Sundblom, E., Elinder, L. S., & Nyberg, G. (2015). Stuck in a vicious circle of stress. Parental concerns and barriers to changing children's dietary and physical activity habits. *Appetite*, 87, 137–142.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.12.208>
- O'Connor, T., Cerin, E., Hughes, S. Robles, J., Thompson, D., Mendoza, J., Baranowski, T., & Lee, R. (2014) Psychometrics of the preschooler physical activity parenting practices instrument among a Latino sample. *International Journal of Behavior Nutrition Physical Activity* 11, 3. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-3>
- Ozturk Eyimaya, A., & Yalçın Irmak, A. (2021). Relationship between parenting practices and children's screen time during the COVID-19 Pandemic in Turkey. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.002>
- Perez, D., Thalken, J. K., Ughelu, N. E., Knight, C. J., & Massey, W. v. (2021). Nowhere to Go: Parents' Descriptions of Children's Physical Activity During a Global Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.642932>
- Pombo, A., Luz, C., Rodrigues, L. P., Ferreira, C., & Cordovil, R. (2020). *Correlates of children's physical activity during the COVID-19 confinement in Portugal. January.*
- Rosenthal, R., Rosnow, R. L., & Rubin, D. B. (2000). *Contrasts and effect sizes in behavioral research: A correlational approach*. Cambridge University Press.
- Rossi, A., Moreira, E. A. M., & Rauen, M. S. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*, 21(6), 739–748. <https://doi.org/10.1590/s1415-52732008000600012>

- Sanders, M. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 506.
<https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.506>
- Sanders, M., Calam, R., Durand, M., Liversidge, T., & Carmont, S. A. (2008). Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the Triple P-Positive Parenting Programme? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 924–932. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01901.x>
- Santos, S., Canário, C., Martins, M., Krasniqi, L., Abreu-Lima, I., & Cruz, O. (2020). Psychometric properties of the European Portuguese version of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire. Faculty of Psychology and Education Science, University of Porto.
- Scaglioni, S., de Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors influencing children's eating behaviours. In *Nutrients* (Vol. 10, Issue 6). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/nu10060706>
- Seguin, D., Kuenzel, E., Morton, J. B., & Duerden, E. G. (2021). School's out: Parenting stress and screen time use in school-age children during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6.
<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100217>
- Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Obesidade*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/>
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>
- Sumargi, A., Sofronoff, K., & Morawska, A. (2015). A Randomized-Controlled Trial of the Triple P-Positive Parenting Program Seminar Series with Indonesian Parents. *Child psychiatry and human development*, 46(5), 749–761.
<https://doi.org/10.1007/s10578-014-0517-8>
- Sylvetsky, A. C., Visek, A. J., Halberg, S., Rhee, D. K., Ongaro, Z., Essel, K. D., Dietz, W. H., & Sacke, J. (2020). Beyond taste and easy access: Physical, cognitive, interpersonal, and emotional reasons for sugary drink consumption among children and adolescents. *Appetite*, 155. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104826>
- Wainer, A. L., & Ingersoll, B. R. (2014). Increasing access to an ASD imitation intervention via a telehealth parent training program. *Journal of Autism and*

Developmental Disorders, online publication, <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-014-2186-7>

- West, F., & Sanders, M. R. (2009). The Lifestyle Behaviour Checklist: A measure of weight-related problem behaviour in obese children. *International journal of pediatric obesity*, 4(4), 266-273. <https://doi.org/10.3109/17477160902811199>
- West, F., Sanders, M. R., Cleghorn, G. J., & Davies, P. S. W. (2010). Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. *Behaviour Research and Therapy*, 48(12), 1170–1179. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.008>
- Wittkowski, A., Dowling, H., & Smith, D. M. (2016). Does engaging in a group-based intervention increase parental self-efficacy in parents of preschool children? A systematic review of the current literature. *Journal of Child and Family Studies*, 25(11), 3173-3191. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0464-z>
- Yamagishi, K., Sairenchi, T., Sawada, N., Sunou, K., Sata, M., Murai, U., Takizawa, N., Irie, F., Watanabe, H., Iso, H., & Ota, H. (2018). Impact of speed-eating habit on subsequent body mass index and blood pressure among schoolchildren: The ibaraki children's cohort study (IBACHIL). *Circulation Journal*, 82(2), 419–422. <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-17-0287>
- Yazdani, S., Yee, C. T., & Chung, P. J. (2013). Factors predicting physical activity among children with special needs. *Preventing chronic disease*, 10, E119. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120283>