

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA

Envolvimento parental no programa Triplo P Lifestyle em Grupo dinamizado em pais de crianças com obesidade ou sobrepeso Beatriz Vaz Moreno

M

2025



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

**Envolvimento parental no programa Triplo P Lifestyle em Grupo dinamizado em pais
de crianças com obesidade ou sobrepeso**

Beatriz Vaz Moreno

Junho 2025

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

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais 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, a autora 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. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

A dissertação foi escrita conforme as normas e padrões do português do Brasil.

Resumo

Programas de educação parental mostram-se eficazes na prevenção e remediação de problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes, inclusive no tratamento de sobrepeso (SP) e obesidade (OB) infantil. O envolvimento dos pais é fundamental para que estes programas alcancem os resultados desejados, sendo o baixo nível de envolvimento parental frequentemente indicado como uma barreira à implementação deste tipo de intervenção. Contudo, a literatura existente acerca do envolvimento parental em programas de educação parental é escassa, especialmente quanto a programas direcionados a pais de crianças com SP ou OB.

Integrado no projeto de investigação “Intervenção no excesso de peso e na obesidade infantil: eficácia de um programa para pais enquanto agentes de mudança” desenvolvido pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), o presente estudo tem como objetivo avaliar o envolvimento parental no programa Triplo P Lifestyle em Grupo. A análise do envolvimento parental e seus componentes será baseada no modelo *Connect, Attend, Participate, Enact* (CAPE).

Participaram neste estudo 55 pais de crianças com SP ou OB. Os resultados sugerem que a confiança sentida pelos pais em gerir os comportamentos problemáticos dos filhos antes do início da intervenção parece estar relacionada com o seu envolvimento posterior no programa, enquanto a aplicação das habilidades parentais aprendidas fora da sessão e nos contextos familiares pode aumentar a confiança dos pais na gestão de problemas comportamentais dos filhos após o programa.

Abstract

Parenting programs have been shown to be effective in preventing and remediating emotional and behavioral problems in children and adolescents, including the treatment of childhood overweight (OW) and obesity (OB). Parental engagement is essential for these programs to achieve the desired results, and low levels of parental engagement are often cited as a barrier to the implementation of this type of intervention. However, the existing literature on parental engagement in parenting programs is scarce – especially regarding programs aimed at parents of children with OW or OB.

As part of the research project "Childhood overweight and obesity intervention: effectiveness of a program based on parents as agents of change" developed by the Faculty of Psychology and Education Sciences of the University of Porto, the current study aims to evaluate parental engagement in the Triple P Lifestyle Group program. The analysis of parental engagement and its components will be based on the Connect, Attend, Participate, Enact (CAPE) model.

Fifty-five parents of children with OW or OB participated in the study. The correlations found between attendance and participation in the program and the Lifestyle Behavior Checklist suggest that the confidence felt by parents in managing their children's problem behaviors before the beginning of the intervention is associated with their engagement in the program, while the training of parenting skills taught outside the session and in family contexts has a positive effect on parents' confidence in managing their children's problem behaviors.

Introdução

Os programas de educação parental têm sido frequentemente alvo de investigações que mostram sua eficácia na prevenção e tratamento de problemas comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes. Focado em ampliar os conhecimentos e as habilidades dos pais (Barlow et al., 2016), este tipo de intervenção objetiva a mudança parental, de modo que o fortalecimento das competências parentais e a melhora das interações entre pais e filhos impulsione bons resultados na criança. Os participantes são encorajados a tornar as relações com as crianças mais positivas, a reforçar e incentivar os comportamentos positivos e a reduzir as respostas de caráter coercivo a comportamentos disruptivos nas crianças (Piotrowska et al., 2017).

Os programas de educação parental manualizados normalmente envolvem atividades variadas, como discussões em grupo, visualização de vídeos e atividades práticas (*role-play*), além de tarefas e exercícios a serem feitos entre sessões (*homework*), para que os pais pratiquem as estratégias aprendidas nas interações quotidianas com a criança. Em sessões individuais ou em grupo, estas intervenções ocorrem, tipicamente, ao longo de 8 a 12 semanas, durante uma ou duas horas semanais (Barlow et al., 2016).

Os programas de educação parental são ferramentas que visam promover o bem-estar de pais, filhos e famílias (Sanders et al., 2014), visto que as práticas parentais e as relações familiares têm grande impacto no ajustamento social e emocional das crianças, bem como no desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais infantis (Barlow et al., 2016; Sanders, 2023). A literatura sugere que estes programas são eficazes na promoção de resultados emocionais, sociais e comportamentais positivos nas crianças (Barlow et al., 2016; Barlow & Coren, 2018; Canário et al., 2024; Sanders et al., 2014).

A saúde mental dos pais pode ter um impacto significativo na relação pais-filhos, com consequências para a saúde mental da criança. Desse modo, muitos programas de educação parental, especialmente aqueles sustentados por uma abordagem cognitiva ou cognitivo-comportamental, fornecem estratégias visadas em aprimorar o funcionamento psicológico parental. Estas intervenções podem ter diversos benefícios para a saúde mental dos pais – depressão, ansiedade, sentimentos de raiva e culpa –, para a confiança em si próprio e para a satisfação na relação conjugal (Barlow et al., 2014). A confiança é um aspeto importante, pois pais com maior autoeficácia tendem a demonstrar uma parentalidade mais eficaz e positiva (Piotrowska et al., 2017). Além disso, os programas de educação parental também podem

alterar as atribuições parentais, as quais preveem significativamente mudanças na parentalidade disfuncional (Piotrowska et al., 2017).

Muitos programas de educação parental são elaborados com o objetivo de intervir em situações específicas, como é o caso daqueles direcionados a pais de crianças com sobrepeso (SP) ou obesidade (OB). Intervenções que requerem a participação parental mostram-se abordagens eficazes no tratamento de SP e OB infantil (Boutelle et al., 2011; Jang et al. 2015; Loveman et al., 2015; Niemeier et al., 2012).

Intervenção parental na obesidade infantil

Os pais influenciam fortemente o estabelecimento de padrões relacionados ao estilo de vida dos filhos – seja através da modelagem e reforço de hábitos, das escolhas alimentares oferecidas no ambiente familiar, das opções de atividade fornecidas ou das interações relativas à alimentação e à atividade física – e, portanto, podem ter grande impacto no risco de a criança desenvolver OB (Jang et al., 2015; Morawska & West, 2012). Desse modo, ao lidar com SP e OB infantil, torna-se importante abordar mudanças de estilo de vida e comportamento saudáveis a nível familiar.

Morawska e West (2012) procuraram clarificar a relação entre parentalidade e OB infantil, comparando as práticas disciplinares e de promoção da saúde entre pais de crianças com OB e pais de crianças com peso ideal. Os resultados mostraram diferenças nas práticas parentais entre os dois grupos, sendo os estilos permissivo e coercivo mais comuns em famílias com crianças com OB. Estes pais também utilizavam menos estratégias de promoção de hábitos saudáveis e eram menos confiantes em lidar com os comportamentos dos filhos relativos a alimentação, atividade e peso. As autoras apontam, ainda, que a baixa autoeficácia dos pais pode contribuir para o uso de práticas parentais ineficazes.

Sendo fatores que implicam risco à OB em crianças, as práticas parentais e a autoeficácia parental também podem mediar a melhora de tal quadro. Assim, intervenções em SP e OB infantil centradas nos pais objetivam melhorar as habilidades e a confiança parental em gerenciar os padrões alimentares e de atividade física dos filhos e em promover a adoção de um estilo de vida saudável na família (West et al., 2010). Dentre os programas de educação parental para pais de crianças com SP e OB está o Triplo P Lifestyle em Grupo (TPLG), o qual foi implementado no projeto de investigação em que o presente estudo é baseado.

Triplo P Lifestyle em Grupo

O TPLG está integrado no sistema de intervenção parental Triplo P - Programa de Parentalidade Positiva. Este sistema de intervenção multinível que inclui programas parentais baseados na evidência, de diferentes intensidades, conforme o nível onde se encontram, e que são focados em promover o conhecimento, as competências e a confiança dos pais, fomentando o bem-estar das famílias a fim de prevenir e remediar problemas sociais, emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes (Sanders, 2012; Sanders, 2023). O TPLG insere-se no quinto e último nível deste sistema, a nível indicado, de intervenção intensiva, destinando-se exclusivamente a pais e tutores de crianças com SP e OB entre os 5 e os 10 anos de idade. O TPLG inclui dez sessões realizadas em grupo, com duração de 90 minutos cada, e quatro sessões telefónicas individuais de 30 minutos cada, que são dinamizadas numa frequência semanal e quinzenal ao longo de 16 semanas. Ao longo do programa são trabalhadas três componentes: nutrição, atividade física e parentalidade positiva (Gerards et al., 2012). O propósito do TPLG é ajudar os pais a gerenciar o peso dos filhos e os problemas associados, introduzindo mudanças saudáveis no estilo de vida da família, aumentando a confiança e as habilidades parentais e reduzindo práticas parentais ineficazes.

A eficácia do TPLG foi avaliada por West et al. (2010) na Austrália, por Gerards et al. (2015) nos Países Baixos e por Li et al. (2020) nos Estados Unidos da América. Os três estudos apresentaram resultados positivos em diferentes domínios. Observou-se que os comportamentos problemáticos das crianças passaram a ocorrer com menos frequência ou eram mais facilmente geridos pelos pais (West et al., 2010). Os pais reportaram maior confiança na sua habilidade em lidar com os comportamentos dos filhos relativos ao peso e ao estilo de vida, além de redução no uso de práticas disciplinares coercivas e controladoras (Li et al., 2020; West et al., 2010). Gerards et al. (2015) constataram efeitos positivos da intervenção a curto prazo na responsabilidade parental sobre a atividade física, no incentivo a comer, no controlo psicológico e na eficácia e satisfação com a parentalidade. Efeitos positivos foram encontrados no relato dos pais acerca do tempo dos filhos gasto em atividades sedentárias e em brincadeiras ao ar livre, na monitorização parental da ingestão de alimentos e na responsabilidade parental sobre a nutrição doze meses após a intervenção (Gerards et al., 2015).

West et al. (2010) verificaram efeitos significativos imediatamente após a intervenção e doze meses após a intervenção na redução do Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças. Li et al. (2020) observaram uma tendência na redução do IMC infantil, ainda que a diferença entre o grupo de intervenção e o de controlo seja de baixa significância estatística ($p < .10$). Já no estudo de Gerards et al. (2015), não foram encontrados efeitos no IMC e na composição

corporal das crianças. Apesar desta discrepância nos resultados – que pode ser atribuída a fatores como diferenças nas características dos participantes – existem evidências suficientes que suportam a eficácia do TPLG, especialmente nas práticas e na autoeficácia dos pais e nos problemas emocionais e comportamentais dos filhos.

Envolvimento parental em programas de educação parental

O envolvimento dos pais nos programas de educação parental é essencial para a efetividade destas intervenções. Quando os pais participam ativamente nos programas é mais provável que se verifique um aumento na parentalidade positiva e apoiante, e uma redução na parentalidade negativa e inconsistente (Baydar et al. 2003). O baixo nível de envolvimento parental é frequentemente indicado como uma barreira à implementação dos programas de educação parental (Schmied et al., 2018).

O conceito de envolvimento parental em programas de educação parental é muitas vezes apresentado na literatura em termos de recrutamento, frequência continuada e participação ativa dos pais nos programas de educação parental. Não há, porém, uma definição consensual, bem como não há uniformidade no modo como os dados são reportados nos estudos relativamente aos níveis e componentes do envolvimento parental (Chacko et al., 2016). Apresentamos de seguida três modelos de análise e operacionalização deste conceito – Eisner e Meidert (2011), Chacko et al. (2016) e Piotrowska et al. (2017) – os quais possuem diferentes níveis de complexidade.

Com parte de um estudo longitudinal, Eisner e Meidert (2011) analisaram o envolvimento parental no programa Triplo P em Grupo dividindo-o em quatro estádios. “Inscrição” (*Enrollment*), o primeiro estádio, traduz-se na decisão dos pais de responder aos formulários de registro no programa, enquanto o segundo, “Participação” (*Participation*), considerou os pais que foram a pelo menos uma das sessões após se terem inscrito para participar. No terceiro estádio, “Conclusão” (*Completion*), os autores examinaram a taxa de conclusão da intervenção dentre os pais que frequentaram no mínimo uma sessão, comparando aqueles que completaram as quatro unidades do programa aos que desistiram cedo. Por fim, o estádio “Utilização” (*Utilization*) procurou identificar os pais que utilizavam as técnicas ensinadas no programa dentre os que estiveram em pelo menos uma sessão.

Chacko et al. (2016) analisam o construto de envolvimento parental em três domínios. O primeiro, “Frequência” (*Attendance*), refere-se à taxa de inscrição no programa pelas pessoas que cumprem os critérios de participação, e ao grau em que os inscritos comparecem às sessões e concluem a intervenção. A “Aderência” (*Adherence*) é relativo ao nível em que os

participantes cumprem com a intervenção, incluindo a participação nas atividades durante as sessões e a utilização dos conteúdos aprendidos fora das sessões. Por fim, “Cognições” (*Cognitions*) diz respeito à concordância com o racional da intervenção, à aliança terapêutica, às expectativas acerca dos resultados e à satisfação com o tratamento.

Piotrowska et al. (2017) propõem um modelo conceptual amplo que apresenta o envolvimento parental nos programas de educação parental como um processo complexo, estruturando-o em quatro dimensões interdependentes: “Conectar” (*Connect*), “Frequentar” (*Attend*), “Participar” (*Participate*) e “Agir” (*Enact*). Identificado pelas iniciais de cada uma destas quatro dimensões, o modelo CAPE considera os estádios relativos à inscrição e frequência, mas vai além ao incluir a participação ativa e a utilização das técnicas aprendidas. O modelo CAPE distingue-se também ao abordar mecanismos e facilitadores associados à mudança parental, bem como ao considerar o envolvimento no contexto dos sistemas familiares. Os autores ressaltam que este é um modelo testável, podendo ser aplicado no desenho de investigações e intervenções. Por permitir um estudo abrangente do envolvimento parental em programas de educação parental, este modelo conceptual foi escolhido como base para as análises a serem feitas no presente trabalho.

O modelo CAPE

A primeira dimensão do modelo CAPE, “Conectar”, inclui dois conceitos: “Recrutamento” (*recruitment*) e “Inscrição” (*enrolment*). “Recrutamento” refere-se ao processo de atrair pais para participarem na intervenção parental (Gonzalez et al., 2018) e fazer com que se inscrevam no programa (Axford et al., 2012). O recrutamento é operacionalizado através da percentagem de pais que, em determinada população, aceita participar num programa (Morawska & Sanders, 2006). A “Inscrição”, por sua vez, diz respeito à decisão dos pais de participar na intervenção parental (Gonzalez et al., 2018), isto é, refere-se à percentagem de pais na população alvo que se inscreve para participar num programa e completa as medidas iniciais (*baseline assessments*) (Garvey et al., 2006).

A presença nas sessões, ou melhor, o grau em que as famílias inscritas estão presentes nas sessões e completam o programa (Chacko et al., 2016), define a segunda dimensão do modelo, “Frequentar”. O número de presenças é um indicativo importante, tanto a percentagem do total de sessões assistidas pelos participantes, como a percentagem de participantes que estiveram em, no mínimo, um número especificado de sessões. Por outro lado, esta dimensão pode ser avaliada também através das desistências, isto é, a percentagem de participantes que

desistiram da intervenção antes que as sessões tivessem início ou que foram a, no mínimo, uma sessão, mas não completaram o programa.

A dimensão “Participar” vai ao encontro do conceito de adesão, como sendo o grau em que os participantes cumprem com o programa, participando das atividades em sessão e utilizando, entre sessões, as habilidades aprendidas (Chacko et al., 2016), de forma a obter o maior benefício possível da intervenção (Muller et al., 2022). Além disso, Piotrowska et al. (2017) indicam a existência de dois tipos de participação, direta e indireta. A participação direta é relativa à presença física nas sessões e ao comprometimento e participação ativa no programa. Já a participação indireta indica a aquisição de informação a partir de outras fontes, especialmente em situações em que um dos pais participa das sessões e posteriormente ensina ao outro os conteúdos aprendidos em sessão. Isto é representado no modelo pela influência (indireta) que a fase “Conectar” pode exercer na fase “Participar” sem a necessidade da frequência às sessões (“Frequentar”).

Por fim, a dimensão “Agir” reflete a mudança parental. Trata-se da implementação competente e continuada dos princípios e técnicas aprendidos no programa nas interações diárias com a criança (Piotrowska et al., 2017), um dos objetivos fundamentais dos programas de educação parental (Eisner & Meidert, 2011). É possível, assim, verificar o impacto da intervenção nas práticas parentais adotadas pelos participantes e, conseqüentemente, na saúde dos seus filhos.

Apesar da importância singular de cada dimensão, de acordo com o modelo CAPE, a participação ativa (“Participar”) no programa causa o maior impacto positivo nas práticas parentais (“Agir”). No entanto, a relação entre estas duas etapas é mediada por circunstâncias dos pais - seus conhecimentos e habilidades, sua autoeficácia e autoconfiança, e as atribuições que fazem acerca dos filhos -, as quais são positivamente afetadas pelo programa parental (Piotrowska et al., 2017). O modelo CAPE também indica fatores do contexto de implementação que possivelmente atuam como moderadores entre os fatores parentais mencionados e as mudanças nas práticas parentais: a aliança parental, ou coparentalidade, as crenças acerca dos papéis parentais, e o caos familiar e do ambiente doméstico.

Relevância do envolvimento parental em programas de educação parental

O envolvimento dos pais é fundamental para que os programas parentais alcancem resultados positivos. São analisadas de seguida a relevância do envolvimento parental nos programas de educação parental, bem como os fatores que podem impactá-lo, tendo em consideração cada uma das quatro dimensões do modelo CAPE.

Conectar

A partir de um ensaio clínico de um programa de educação parental com famílias de baixa renda, Garvey et al. (2006) encontraram uma taxa de inscrição de 34.9%, sendo esta definida como a percentagem de pais da população elegível a participar da intervenção que consentiram e completaram as medidas de base requeridas. No estudo de avaliação da eficácia do TPLG, West et al. (2010) reportam que, dentre os pais que participara da entrevista inicial, 49.3% fizeram parte da intervenção.

Segundo Garvey et al. (2006), muitos pais decidem não se inscrever em programas parentais por sentirem-se já muito ocupados ou por não terem disponibilidade devido a outros compromissos, como trabalho e escola das crianças. Eisner e Meidert (2011) encontraram resultados similares: restrições organizacionais e de horários tem maior impacto nas etapas iniciais do envolvimento parental do que na participação ativa no programa.

Frequentar

De acordo com Chacko et al. (2016), menos da metade dos pais elegíveis a participar em programas de educação parental de fato os completam, sendo parte do atrito ocorrido antes mesmo do início da intervenção. Garvey et al. (2006) reportam que pais frequentaram uma média de 39% das sessões do programa. Uma alta frequência às sessões esteve associada tanto a participantes que compareceram à primeira sessão do programa quanto a participantes que, antes de iniciarem a intervenção, reportavam baixa autoeficácia e identificavam mais problemas comportamentais nos filhos. Os autores sugerem que estes resultados indicam uma ligação da frequência ao programa com a necessidade de ajuda percebida pelos pais, e da frequência à primeira sessão com o comparecimento no restante do tratamento.

O envolvimento parental também tem implicações a nível de como os serviços dirigidos aos pais são implementados e financiados, uma vez que o fraco envolvimento pode comprometer a capacidade dos programas de obter os resultados para os quais foram planeados. Pais que frequentam toda a intervenção são mais propensos a tirar maior benefício da mesma, enquanto o abandono dos participantes pode implicar desperdício de recursos (Morawska & Sanders, 2006).

Alguns dos fatores que impactam a (não) decisão dos pais de inscreverem-se em programas de educação parental são também empecilhos à frequência dos participantes nas sessões, como os conflitos de horários e a dificuldade de conciliação com outras responsabilidades pessoais e familiares (Garvey et al., 2006; Eisner & Meidert, 2011; Schmied et al., 2018). Em um programa de prevenção de OB infantil, a baixa prontidão dos pais para

realizarem mudanças nos seus comportamentos e estratégias parentais funcionou como preditor do seu não comparecimento a atividades planejadas (Schmied et al., 2023).

Participar

Dados sobre o envolvimento parental nos programas de educação parental não são frequentemente reportados, tanto sobre o envolvimento nas sessões, quanto entre sessões, como sugerido por Chacko et al. (2016). Uma revisão de literatura acerca do envolvimento dos pais em programas de educação parental realizada pelos autores mostra que não é comum a inclusão, por exemplo, de informações acerca da realização de trabalhos de casa (*homework*), componente importante neste tipo de programa.

A dimensão “Participar” exerce grande influência nas outras dimensões (Piotrowska et al., 2017). Pais com maior participação ativa no programa comparecem às sessões com maior frequência e seus filhos demonstram maior mudança positiva no seu comportamento (Garvey et al., 2006).

Schmied et al. (2018) realizaram uma análise qualitativa do envolvimento parental em um programa de prevenção de OB infantil dirigidos a pais e crianças. Os resultados mostraram a importância da percepção dos pais acerca da relevância e dos benefícios do programa. Os pais altamente envolvidos (frequência e participação ativa) justificaram sua participação na intervenção, não apenas pela vontade de melhorar a saúde dos filhos, mas também por identificarem no programa uma oportunidade de aprender estratégias parentais para ajudar os filhos e de melhorar a própria saúde. Já os pais com baixo envolvimento indicaram que a decisão de iniciar a intervenção baseou-se na crença de que os filhos beneficiariam diretamente do programa, raramente expressando a vontade de mudança própria. Schmied et al. (2018) também sugerem que o nível de apoio familiar para participar da intervenção tem influência na sua frequência e participação ativa: pais com alto envolvimento frequentemente recebem claro suporte dos filhos e de outros familiares.

Agir

Ainda não está totalmente explorado na literatura como o envolvimento parental nos programas de educação parental influencia o uso que os pais fazem das estratégias ensinadas nas interações com os filhos. A revisão sistemática de Davis et al. (2022), que aplicou o Modelo CAPE na avaliação do envolvimento em programas digitais de saúde mental e bem-estar para mulheres no período perinatal, sugere que poucos estudos reportam medidas que apontam a implementação dos conteúdos aprendidos pelos participantes, especialmente a longo prazo.

A aplicação do conhecimento adquirido é um importante indicador da assimilação dos conteúdos do programa (Hoffman et al., 2023) e, como indicado anteriormente, participar ativamente e concluir a intervenção impactam positivamente esta dimensão do envolvimento parental. Além disso, um clima positivo e de suporte nas sessões pode contribuir para que os pais concluam o programa e utilizem as estratégias parentais que ali aprenderam (Eisner & Meidert, 2011).

Um fator importante a ser considerado em intervenções destinadas a pais de crianças com OB ou SP é a percepção que os pais têm sobre o peso dos filhos, uma vez que esta pode influenciar a sua motivação para procurar tratamentos apropriados (“Conectar”), participar em programas parentais (“Participar”), e adotar e estimular comportamentos mais saudáveis (“Agir”). Muitos pais falham em reconhecer que seus filhos estão acima do peso ideal, principalmente em crianças mais novas (Rietmeijer-Mentink et al, 2012). Rodrigues et al. (2024) sugerem que, em Portugal, a grande maioria dos pais (95,7%) subestimam o peso dos filhos com OB; a tendência de muitos pais é indicar que os filhos estão com SP apenas quando as crianças já se encontram dentro da marca da OB.

Objetivos do presente estudo

Como evidenciado anteriormente, a literatura existente acerca do envolvimento parental em programas de educação parental é escassa, especialmente quanto a programas direcionados a pais de crianças com SP ou OB. Desse modo, o objetivo do presente estudo é avaliar o envolvimento parental no programa TPLG, em uma amostra portuguesa. A operacionalização do conceito de envolvimento parental em programas de educação parental e a análise dos seus componentes terá como base o modelo conceptual CAPE de Piotrowska et al. (2017). Será estudada a associação entre o envolvimento parental no TPLG e a avaliação feita pelos pais dos comportamentos problemáticos dos filhos relacionados com o peso e da sua confiança em lidar com tais comportamentos.

Método

Enquadramento metodológico

O presente estudo insere-se no âmbito do projeto “Intervenção no excesso de peso e na obesidade infantil: eficácia de um programa para pais enquanto agentes de mudança” (*LifeStyle*), desenvolvido entre 2018 e 2021 na Faculdade de Psicologia e de Ciências da

Educação da Universidade do Porto, sob a direção da Professora Doutora Orlanda Cruz e da Doutora Ana Catarina Canário, e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (ref. PTDC/ SAU-NUT/30715/2017). O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (ref. 13-10/2016), pela Direção do Centro Hospitalar da Universidade do Porto (ref. 2019.020(017-DEFI/018-CE) e pela Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto (ref. 2018091915006258). O objetivo do projeto foi implementar e avaliar a eficácia do programa TPLG numa amostra portuguesa de pais de crianças com SP e OB, com a finalidade de promover o uso de estratégias parentais eficazes relacionadas com a alimentação e atividade física das crianças. O projeto *LifeStyle* consistiu em um ensaio clínico randomizado (ECR) e contou com três momentos de avaliação: pré-teste, pós-teste e *follow-up* seis meses após o final da intervenção.

Garantindo fidelidade na implementação do TPLG, as sessões foram dinamizadas por dois profissionais formados e submetidos a um processo de acreditação no programa. Todos os materiais para os pais, incluindo o Manual para Pais e uma brochura de jogos ativos do TPLG foram previamente traduzidos para português pelo *Triple P International*, a entidade responsável pela disseminação e formação nos programas do sistema Triplo P.

No total foram dinamizados cinco grupos de pais, sendo os dois primeiros dinamizados presencialmente por dois investigadores e os restantes dinamizados digitalmente com recurso à plataforma Colibri Zoom em razão da pandemia de COVID-19, por um investigador. A dinamização do TPLG por via digital foi previamente avaliada em um estudo piloto, que mostrou ser exequível dinamizar o programa através de uma plataforma de videochamada, desde que fossem levadas a cabo pequenas adaptações às atividades das sessões de modo a garantir a dinamização do programa de modo síncrono a um grupo de participantes (Canário et al., 2021).

Participantes

Foram recrutados 96 pais de crianças de 5 a 11 anos de idade com SP ou OB através da Unidade de Nutrição do Departamento de Pediatria do Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN). Os critérios de inclusão dos pais são: comprometerem-se em ser contactados pela equipa de investigação ao longo de seis meses; estarem dispostos a introduzir mudanças no estilo de vida da sua família; não participarem em outro programa de SP e OB infantil. Os critérios de exclusão são a existência, na criança, de atrasos no desenvolvimento psicomotor, limitações físicas ou outro tipo de problemas de desenvolvimento. Após a avaliação inicial, os participantes foram alocados aleatoriamente aos grupos de intervenção e de controlo. Os

participantes do grupo de intervenção, para além do tratamento habitual disponibilizado naquela Unidade, receberam o programa TPLG. Os participantes do grupo de controlo receberam apenas o tratamento habitual, tendo a oportunidade de receber o TPLG depois de realizada a avaliação de follow-up.

Foram alocados 55 participantes ao grupo de intervenção, sendo 50 mães, 3 pais e 1 avó (1 dado omissos). A sua idade varia entre 29 e 50 anos ($M = 40.46$, $DP = 4.85$) e têm uma média de 12.02 ($DP = 3.65$) anos de escolaridade. O peso médio das mães é de 82.3 kg ($DP = 20.2$) e dos pais é de 90.3 kg ($DP = 19.9$). As crianças deste grupo têm de 6 a 11 anos de idade ($M = 9.74$, $DP = 1.38$), são maioritariamente do sexo feminino (60%), e possuem valor médio no IMC z-score de 2.7 ($DP = 0.71$) – medido ao início da intervenção.

No grupo de controlo, estão 41 participantes, dentre os quais 32 são mães, 4 são pais e 2 são avós (3 dados omissos), com idade entre 26 e 57 anos ($M = 39.84$, $DP = 7.1$) e uma média de 10.81 ($DP = 3.34$) anos de escolaridade. O peso médio das mães é de 79,73 kg ($DP = 16.24$) e dos pais é de 82,7 kg ($DP = 15.3$). A idade das crianças deste grupo varia entre 5 e 11 anos ($M = 8.00$, $DP = 1.75$), sendo a maioria do sexo feminino (65%). O valor médio no IMC z-score destas crianças é de 3.25 ($DP = 1.01$). Estas características são encontradas na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização dos participantes e das crianças

	Grupo de intervenção			Grupo de controlo		
	Mínimo - Máximo	M	DP	Mínimo - Máximo	M	DP
Idade da criança	6 - 11	8.74	1.38	5 - 11	8.00	1.75
IMC z-score	1.11 - 4.92	2.70	0.71	1.75 - 5.90	3.25	1.01
Idade do participante	29 - 50	40.46	4.85	26 - 57	39.84	7.10
Peso da mãe (kg)	55 - 145	82.30	20.18	55 - 115	79.73	16.24
Peso do pai (kg)	57 - 148	90.31	19.86	60 - 120	82.68	15.28
Escolaridade do participante em anos	4 - 19	12.02	3.65	4 - 18	10.81	3.34

Medidas

O envolvimento parental foi analisado a partir das quatro dimensões do modelo CAPE (Piotrowska et al., 2017). A dimensão “Conectar” inclui as medidas de “Recrutamento” e “Inscrição”, operacionalizadas pelo cálculo do número de famílias elegíveis que aceitaram participar no projeto e, destas, o número de famílias que se inscreveram de fato.

A segunda dimensão do modelo, “Frequentar”, é avaliada através das presenças nas sessões no total, bem como em cada tipo de sessão separadamente: em grupo, individuais e de compensação (facultadas a participantes que não compareceram a alguma sessão em grupo e

manifestaram interesse em recuperar os conteúdos perdidos). Além disso, são analisadas as desistências de participantes durante a intervenção.

“Participar”, a terceira dimensão, é medida, no presente estudo, a partir da avaliação da participação dos pais ao longo das sessões feita pelos dinamizadores no final da implementação do programa TPLG, utilizando um instrumento específico desenvolvido pela equipe do Projeto *LifeStyle*. O instrumento possui quatro itens, cada um avaliado em uma escala de 0 a 4 pontos. O item 1, “Exposição às estratégias do programa”, avalia o grau em que os participantes tiveram em contato com o conteúdo do programa, seja nas sessões previstas em grupo, em sessões de compensação, ou em sessões individuais, em que 0 corresponde a “ausência de exposição/exposição residual às estratégias do programa” e 4 a “muito elevada exposição às estratégias do programa”. O item 2, “Aplicação/treino das estratégias do programa no contexto da sessão - Participação”, indica o envolvimento dos pais durante as sessões, em que 0 corresponde a “ausência de prática adequada ou prática muito residual das estratégias na sessão” e 4 a “muito elevada prática das estratégias na sessão”. O item 3, “Aplicação das estratégias fora da sessão e nos contextos específicos da família - Generalização”, classifica o envolvimento entre sessões, em que 0 corresponde a “ausência de generalização” e 4 a “muito elevada generalização”. Por fim, foi realizada uma avaliação global da participação dos pais, sendo atribuída uma nota de 0 a 4, em que 0 corresponde a “muito baixa participação” e 4 a “muito elevada participação”.

De forma a aferir o efeito do envolvimento na mudança parental (dimensão “Agir”), em termos de percepção dos problemas das crianças e sentido de autoeficácia parental, foram examinados os resultados do instrumento *Lifestyle Behaviour Checklist* (LBC), administrado em todos os momentos de avaliação. Desenvolvido por West e Sanders (2009; versão portuguesa de Canário & Cruz, 2018) e revisado por West et al. (2010), o LBC possui duas escalas que examinam a percepção dos pais sobre os comportamentos problemáticos dos filhos relacionados com o excesso de peso (Escala de Problemas) e a autoeficácia parental em lidar com tais comportamentos (Escala de Confiança). Compreende 25 itens, iguais em ambas as escalas, organizados em: fator 1 - comportamento inadequado em relação à comida (7 itens), fator 2 - comer em excesso (7 itens), fator 3 - aspetos emocionais relacionados com o peso (6 itens) e fator 4 - atividade física (5 itens). Na Escala de Problemas, os pais assinalam em que grau identificam cada comportamento como sendo um problema na criança, em uma escala que varia de 1 (nada) a 7 (muito). Já na Escala de Confiança, os pais respondem sobre o quão confiante sentem-se em lidar com tais comportamentos, mesmo que não ocorram diariamente, em uma escala de 1 (de certeza que não consigo lidar) a 10 (de certeza que consigo lidar).

No presente estudo, os valores de consistência interna do LBC foram avaliados através do *alpha* de Cronbach, sendo considerados razoáveis a elevados. No primeiro momento de avaliação foram de .91 na Escala de Problemas ($\alpha=.87$ para o fator 1, $\alpha=.78$ para o fator 2, $\alpha=.74$ para o fator 3 e $\alpha=.72$ para o fator 4) e de .96 na Escala de Confiança ($\alpha=.92$ para o fator 1, $\alpha=.86$ para o fator 2, $\alpha=.88$ para o fator 3 e $\alpha=.85$ para o fator 4). No segundo momento de avaliação foram de .92 na Escala de Problemas ($\alpha=.91$ para o fator 1, $\alpha=.79$ para o fator 2, $\alpha=.82$ para o fator 3 e $\alpha=.83$ para o fator 4) e de .96 na Escala de Confiança ($\alpha=.91$ para o fator 1, $\alpha=.90$ para o fator 2, $\alpha=.91$ para o fator 3 e $\alpha=.89$ para o fator 4).

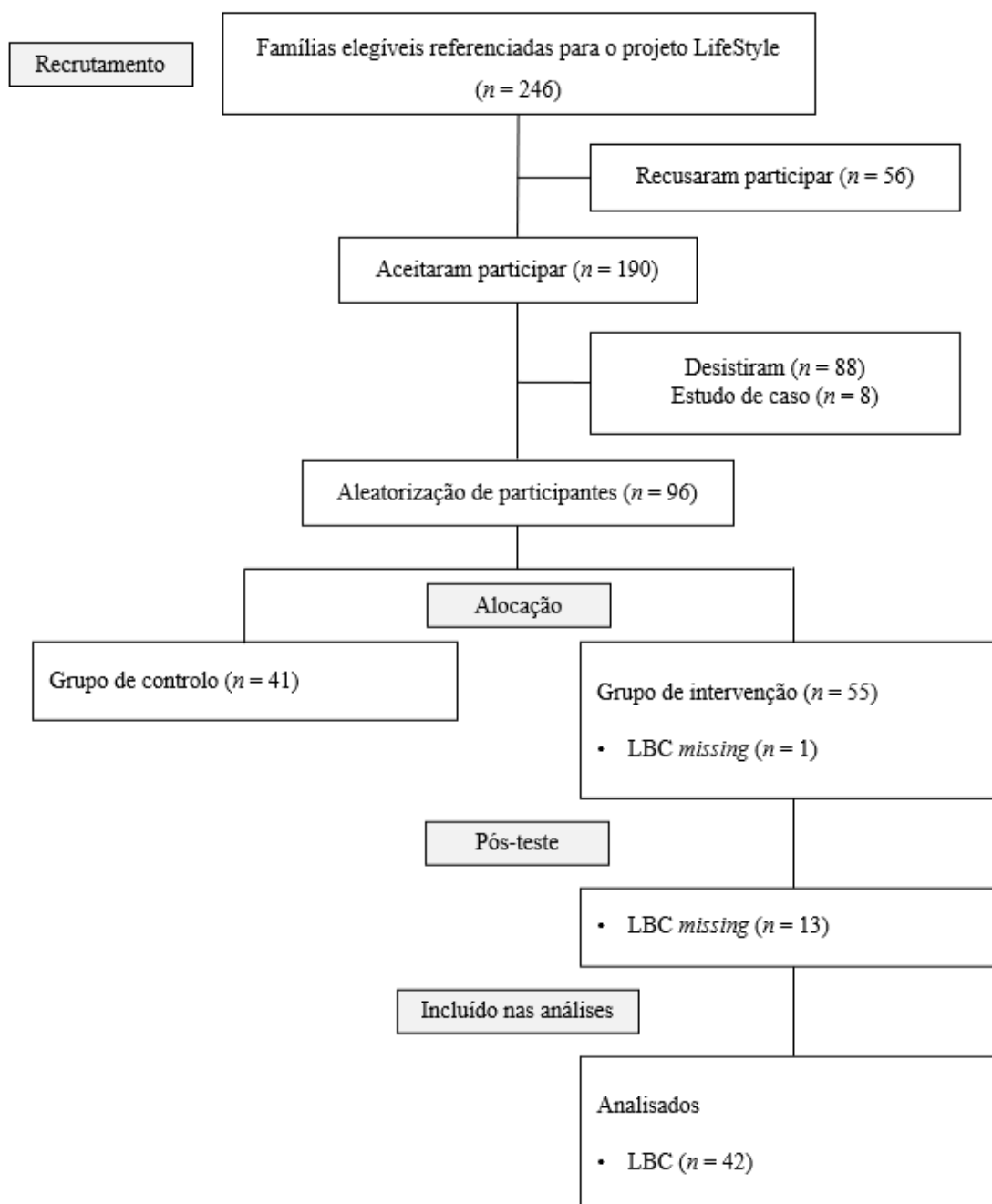
Resultados

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences para Windows* (v. 27, IBM Corp., 2020) e, como indicado anteriormente, os resultados são estudados à luz do modelo CAPE. Os dados utilizados são relativos apenas ao grupo de intervenção ($N = 55$).

Em “Conectar”, a primeira dimensão do modelo, do total de 246 famílias elegíveis referenciadas para o projeto *LifeStyle* através da consulta na Unidade de Nutrição do Departamento de Pediatria do CMIN, cerca de 77.24% ($n = 190$) aceitaram participar da intervenção – o que corresponde ao recrutamento. Como apontado na Figura 1, destas 190, foram 96 famílias que de fato inscreveram-se no projeto, o que equivale a uma taxa de inscrição de 50.53%.

Figura 1

Fluxograma dos participantes no estudo



No que diz respeito à dimensão “Frequentar”, os participantes estiveram presentes em uma média de 8.05 sessões ($DP = 5.92$), isto é, em 57.5% do número total das sessões do programa, considerando também as sessões de compensação. Do total de 55 participantes, 16.4% não foram a nenhuma sessão, 10.9% foram a apenas uma sessão, 12.7% frequentaram entre 2 e 4 sessões, 9.1% entre 8 e 10 sessões, 21.8% entre 11 e 13 sessões e 29.1% frequentaram o total de 14 sessões.

Considerando as 10 sessões em grupo ($M = 4.64$, $DP = 3.43$), 16.4% dos participantes não foram a nenhuma sessão e 5.5% frequentaram todas as 10 sessões. Ainda, 21.7% estiveram em 1 a 3 sessões grupais, 23.7% em 4 a 6 sessões e 32.7% em 7 a 9 sessões. Os participantes estiveram em uma média de 2.15 sessões individuais ($DP = 1.90$) do total de 4 disponibilizadas via ligação telefónica, sendo importante ressaltar que não era obrigatório que os pais comparecessem a todas as quatro sessões, dependendo da necessidade manifesta pelos próprios pais. A quantidade de participantes que realizaram as quatro sessões (45.5%) foi ligeiramente maior que a quantidade daqueles que não realizaram nenhuma (40%), tendo os restantes 14.5% realizado entre 1 e 3 sessões individuais. Quanto às sessões de compensação ($M = 1.30$, $DP = 1.50$), a maior parte (45.5%) dos participantes não compensou nenhuma sessão, enquanto 43.7% tiveram entre 1 e 3 sessões e 9.1% entre 4 e 6 sessões.

A presença dos participantes inscritos variou entre 63.6% (1ª sessão) e 29.1% (11ª sessão) nas sessões em grupo, e entre 60% (9ª sessão) e 47.3% (13ª sessão) nas sessões individuais. Mais de metade dos participantes também estiveram nas sessões 2 (58.2%), 4 (53.7%), 10 (54.5%) e 12 (52.7%). A primeira sessão obteve ainda o maior número de pedidos por sessão de compensação – 45% dos pais que estiveram ausentes na sessão grupal. As informações acima encontram-se detalhadas na Tabela 2.

Tabela 2

Presenças e ausências dos participantes em cada sessão do programa

Número da sessão	Presença		Ausência		Presença em sessões de compensação	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1	35	63,6	20	36.4	9	45
2	32	58,2	23	41.8	6	25
3	23	41,8	32	52.8	7	21.2
4 (<i>missing n=1</i>)	29	53.7	25	46.3	3	12
5	27	49.1	28	50.9	3	10.3
6	24	43.6	31	56.4	5	16.1
7	24	43.6	31	56.4	4	12.9
8	20	36.4	35	63.6	11	31.4
9	33	60	22	40		
10	30	54.5	25	45.5		
11	16	29.1	39	70.9	15	38.5
12	29	52.7	26	47.3		
13	26	47.3	29	52.7		
14	25	45.5	30	54.5	7	23.2

Ao final da intervenção, 40% dos participantes haviam desistido do programa. Destas desistências, 9 ocorreram antes de iniciar a intervenção, 6 ocorreram após a 1ª sessão e 7 ocorreram após as 2ª, 3ª ou 4ª sessões. Não se verificaram desistências a partir da 5ª sessão. A maioria destes pais não justificaram o motivo da desistência ($n = 10$) ou disseram ter desistido devido a indisponibilidade para frequentar as sessões ($n = 11$).

Relativamente à dimensão “Participar”, são apresentados os resultados da avaliação feita pelos dinamizadores das sessões sobre a participação dos pais no TPLG, com notas variando de 0 a 4 em cada item. No primeiro item ($M = 2.36$, $DP = 1.48$), relativo à exposição às estratégias do programa, 20% dos participantes tiveram ausência de exposição ou exposição residual, enquanto 53.3% tiveram elevada ou muito elevada exposição. Quanto à participação e treino das estratégias do programa nas sessões, correspondente ao segundo item ($M = 1.89$, $DP = 1.25$), 33.3% dos participantes mostraram moderada prática, 24.4% tiveram elevada prática e apenas 8.9% mostraram muito elevada prática. No que diz respeito à aplicação das estratégias fora da sessão e nos contextos específicos da família ($M = 1.64$, $DP = 1.28$), poucos pais (6.7%) revelaram muito elevada generalização, tendo a maioria mostrado ausência de generalização (26.7%) ou moderada generalização (26.7%). Por fim, na avaliação global da participação dos pais ($M = 1.91$, $DP = 1.29$), 35.6% dos participantes tiveram muito baixa ou reduzida participação e outros 35.6% apresentaram elevada participação. Os resultados acerca da participação são reportados com maior detalhe na Tabela 3.

Tabela 3*Avaliação da participação dos pais no programa feita pelos dinamizadores – dimensão “Participar”*

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Exposição			2.36	1.48
Ausência/exposição residual	9	20		
Reduzida exposição	3	6.7		
Moderada exposição	9	20		
Elevada exposição	11	24.4		
Muito elevada exposição	13	28.9		
Participação			1.89	1.25
Ausência de prática	9	20		
Reduzida prática	6	13.3		
Moderada prática	15	33.3		
Elevada prática	11	24.4		
Muito elevada prática	4	8.9		
Generalização			1.64	1.28
Ausência de generalização	12	26.7		
Reduzida generalização	8	17.8		
Moderada generalização	12	26.7		
Elevada generalização	10	22.2		
Muito elevada generalização	3	6.7		
Avaliação global da participação			1.91	1.29
Muito baixa participação	10	22.2		
Reduzida participação	6	13.3		
Moderada participação	10	22.2		
Elevada participação	16	35.6		
Muito elevada participação	3	6.7		

Para a dimensão “Agir”, foi analisada a correlação das duas escalas e respectivos fatores do LBC com a frequência total nas sessões (“Frequentar”) e com a participação avaliada pelos dinamizadores (“Participar”), como apresentado na Tabela 4. Com a finalidade de ampliar as análises, foram consideradas significâncias $p < .10$.

No primeiro momento de avaliação do LBC, foram encontradas correlações negativas significativas da avaliação global da participação com a Escala de Problemas, bem como com os fatores “comer em excesso” e “atividade física” desta escala. O fator “atividade física” também apresentou correlação negativa com a presença no total de sessões e com o item “Aplicação/treino das estratégias do programa no contexto da sessão - Participação”. Quanto à Escala de Confiança, foram encontradas correlações positivas significativas com o item “Aplicação/treino das estratégias do programa no contexto da sessão - Participação”, o item “Aplicação das estratégias fora da sessão e nos contextos específicos da família - Generalização” e a avaliação global da participação. Nesta escala, foram obtidas correlações

positivas nos fatores “comer em excesso” (“Aplicação/treino das estratégias do programa no contexto da sessão - Participação”, “Aplicação das estratégias fora da sessão e nos contextos específicos da família - Generalização” e avaliação global), “aspectos emocionais relacionados com o peso” (“Aplicação/treino das estratégias do programa no contexto da sessão - Participação”) e “atividade física” (presença no total de sessões, “Aplicação/treino das estratégias do programa no contexto da sessão - Participação” e avaliação global).

No segundo momento de avaliação, foram encontradas correlações negativas entre “Aplicação das estratégias fora da sessão e nos contextos específicos da família - Generalização” e os fatores “comer em excesso” e “atividade física” da Escala de Problemas. O item “Aplicação das estratégias fora da sessão e nos contextos específicos da família - Generalização” apresentou correlações positivas com a Escala de Confiança e seus quatro fatores. Correlações positivas também foram encontradas entre a avaliação global da participação e a Escala de Confiança e o fator “comer em excesso”. As demais correlações mostraram-se não significativas.

Tabela 4

Correlações entre a dimensão “Agir”, operacionalizada através do Lifestyle Behaviour Checklist (LBC) e as medidas das dimensões “Frequentar”, operacionalizada pela presença no total de sessões, e “Participar”, operacionalizada através dos quatro itens do instrumento de avaliação da Participação

LBC	Presença (total)	Exposição	Participação	Generalização	Avaliação global
M1	n=54	n=45	n=45	n=45	n=45
Escala de Problemas	-.14	-.14	-.22	-.18	-.27*
Fator 1: comportamento inadequado em relação à comida	-.06	-.10	-.15	-.18	-.22
Fator 2: comer em excesso	-.12	-.20	-.20	-.17	-.29*
Fator 3: aspetos emocionais relacionados com o peso	-.05	.02	-.05	-.01	-.01
Fator 4: atividade física	-.23*	-.14	-.29*	-.20	-.30**
Escala de Confiança (<i>missing</i> n=1)	.19	.19	.27*	.30**	.33**
Fator 1: comportamento inadequado em relação à comida (<i>missing</i> n=1)	.05	.03	.09	.11	.12
Fator 2: comer em excesso	.18	.24	.26*	.33**	.38**
Fator 3: aspetos emocionais relacionados com o peso	.16	.18	.25*	.25	.25
Fator 4: atividade física	.30**	.25	.34**	.29	.33**
M2	n=42	n=39	n=39	n=39	n=39
Escala de Problemas	-.03	.04	-.02	-.26	-.16
Fator 1: comportamento inadequado em relação à comida	-.00	.02	-.04	-.30*	-.27
Fator 2: comer em excesso	-.02	.03	.05	-.06	-.12
Fator 3: aspetos emocionais relacionados com o peso	.06	.05	.02	-.13	.05
Fator 4: atividade física	-.15	.02	-.11	-.32**	-.18
Escala de Confiança	.07	-.03	.15	.48***	.29*
Fator 1: comportamento inadequado em relação à comida	-.07	-.07	.08	.30*	.18
Fator 2: comer em excesso	.17	.06	.19	.41***	.28*
Fator 3: aspetos emocionais relacionados com o peso	.03	-.08	.08	.41***	.20
Fator 4: atividade física	.03	-.07	.13	.45***	.26

* $p < .10$. ** $p < .05$. *** $p < .01$

Discussão

O presente estudo, integrado no projeto “Intervenção no excesso de peso e na obesidade infantil: eficácia de um programa para pais enquanto agentes de mudança” (*LifeStyle*), pretendeu avaliar o envolvimento parental no programa TPLG em uma amostra de mães e pais

portugueses, utilizando as componentes do modelo CAPE, de Piotrowska et al. (2017), como eixo orientador. A partir das referências de crianças feitas pelo CMIN, um grande número de pais mostrou interesse em participar do estudo. No entanto, apenas cerca de metade dos interessados fizeram parte do projeto – uma taxa de inscrição similar à reportada por West et al. (2010) em seu estudo de avaliação da eficácia do TPLG.

A dimensão “Frequentar” foi avaliada tanto em termos de presença nas sessões quanto de desistências da intervenção. Os participantes frequentaram, em média, pouco mais da metade do total de sessões, número maior que o encontrado por Garvey et al. (2006). Esta média é menor quando consideradas apenas as sessões em grupo. Importa lembrar que os pais que não compareceram a alguma sessão em grupo tiveram a possibilidade de acessar os conteúdos perdidos, quer através do Manual para Pais, quer através das sessões de compensação, de modo que 56.4% dos participantes tiveram, no mínimo, uma sessão de compensação. Devido à escassez de literatura que reporte a este propósito, não foram encontrados dados comparativos. As sessões de compensação, porém, não são dinamizadas da mesma forma que aquelas em grupo, implicando a perda de algumas experiências, como as atividades práticas em grupo (*role-play*).

A sessão mais frequentada foi a primeira. Apesar de a percentagem de participantes presentes em cada sessão não ter ultrapassado 63%, não foi registrada grande flutuação no número de presenças ao longo da intervenção (exceto nas sessões 8 e 11). Isso vai ao encontro da associação da frequência à primeira sessão com a assiduidade no restante do tratamento sugerida por Garvey et al. (2006).

Desistências podem ocorrer entre o momento de inscrição e o início das sessões (Chacko et al., 2016) – esse atrito é representado pelos participantes inscritos que não compareceram a nenhuma sessão do programa (16.4%). Outros 23.6% de pais desistiram após iniciarem as sessões, sendo o total de desistências similar ao reportado por Li et al. (2020). Dentre os que justificaram sua desistência, a maioria relata indisponibilidade para frequentar as sessões, o que pode estar relacionado a dificuldades em conciliar horários e outros deveres pessoais. Contudo, a falta de desistências registradas a partir da 5ª sessão corrobora com os argumentos encontrados na literatura de que a presença nas primeiras sessões influencia a continuidade na intervenção e de que as restrições organizacionais têm maior impacto nas fases iniciais do envolvimento parental nos programas (Garvey et al., 2006; Eisner & Meidert, 2011; Schmied et al., 2018).

Os resultados da dimensão “Participar” revelam que, apesar de mais da metade dos participantes terem elevada ou muito elevada exposição às estratégias do programa, foram poucos os que mostraram elevada ou muito elevada prática e treino das estratégias do programa

durante as sessões e que apresentaram elevada ou muito elevada generalização dos conteúdos ensinados aplicando-os fora das sessões em seus contextos familiares. Piotrowska et al. (2017) ressaltam que a participação ativa nas sessões – a realização das atividades e discussões em grupo e das tarefas de casa – produz o maior efeito na parentalidade e na implementação de técnicas parentais positivas.

Em “Agir”, os resultados do LBC apontam que a presença nas sessões e a exposição às estratégias do programa não têm impacto significativo na percepção dos pais sobre os comportamentos problemáticos das crianças e na sua autoeficácia em lidar com tais comportamentos, tanto antes como após a intervenção (com exceção do fator “atividade física” em M1). Isso difere do apontado por Garvey et al. (2006), que sugere uma associação entre a alta frequência ao programa com a necessidade de ajuda percebida pelos pais.

No primeiro momento de avaliação, o fator “atividade física” e ambas as escalas apresentou-se relacionado à presença e à participação ativa nas sessões: os pais frequentavam e participavam mais nas sessões quanto menos identificavam problemas comportamentais relativos à atividade física e mais confiança sentiam em geri-los. As correlações da Escala de Problemas, bem como dos fatores “comer em excesso” e “atividade física”, com a avaliação global da participação sugerem que os pais que avaliam as crianças como tendo mais problemas envolvem-se menos no programa.

Ainda em M1, os resultados sugerem que os pais mais confiantes, especialmente quanto aos comportamentos relativos a comer em excesso e à atividade física, participam mais durante as sessões e, em geral, envolvem-se mais no programa. A Escala de Confiança e o fator “comer em excesso” também estão associados positivamente com o envolvimento dos participantes entre sessões.

No segundo momento de avaliação, não foram observados resultados significativos do treino das estratégias do programa no contexto da sessão tanto com a Escala de Problemas quanto com a Escala de Confiança, o que não era o esperado. Contudo, indo ao encontro do proposto por Piotrowska et al. (2017), a generalização das aprendizagens causou efeito significativo no pós-teste, implicando a redução dos comportamentos relacionados à comida e à atividade física vistos como problemáticos pelos pais.

A aplicação das estratégias fora da sessão e nos contextos específicos da família também mostrou-se relacionada com a Escala de Confiança. Esta dimensão do envolvimento parental parece aumentar a confiança geral dos pais em lidar com os problemas de comportamento dos filhos, sobretudo aqueles referentes a comer em excesso, aos aspetos emocionais e à atividade física. Assim, sugere-se que a generalização dos conteúdos ensinados contribui para um dos

objetivos das intervenções em SP e OB infantil centradas nos pais: aumentar a confiança parental em gerenciar os padrões alimentares e de atividade física dos filhos (West et al., 2010).

Em suma, correlações do LBC foram encontradas em maior número em M1 e relativas à Escala de Confiança, com destaque para o fator “atividade física”. Já as correlações mais fortes foram encontradas em M2 com a generalização dos conteúdos das sessões. Assim, a confiança sentida pelos pais em gerir os comportamentos problemáticos dos filhos antes do início da intervenção parece estar relacionada com o seu envolvimento no programa, enquanto a aplicação das habilidades parentais aprendidas fora da sessão e nos contextos familiares pode aumentar a confiança dos pais na gestão dos problemas comportamentais dos filhos após o programa.

Limitações

O presente estudo apresenta algumas limitações a serem mencionadas. Em primeiro lugar está o tamanho da amostra. A amostra pequena, reduzida ainda pela desistência de alguns participantes ao longo da intervenção, pode ter contribuído para a ausência de mais resultados estatisticamente significativos e correlações mais fortes em algumas medidas. Outra limitação é o facto de o envolvimento ter sido avaliado apenas pelo dinamizador da sessão, não tendo havido outra forma de avaliação por outros informantes, como por exemplo os pais ou recurso a um segundo investigador que avaliasse a gravação das sessões online para aferir sobre o envolvimento dos pais com maior fidelidade.

Além disso, o LBC, usado para avaliar a confiança parental, é um instrumento de autorrelato, impondo uma limitação aos resultados uma vez que os pais podem ao responder sentirem-se mais ou menos confiantes do que verdadeiramente sentem. Porém, sendo um construto de natureza pessoal, só é possível medir a confiança/autoeficácia através deste tipo de instrumento. Outra limitação encontrada é a não consideração de dados da aviação de *follow-up*, de forma que não foi possível verificar os efeitos a longo prazo do envolvimento parental no programa.

É importante ressaltar o fato de alguns grupos de pais terem sido dinamizados via plataforma online durante o período da pandemia de COVID-19. O contexto pandêmico impôs novos desafios e mudanças nas dinâmicas familiares, como as crianças estarem em casa a tempo inteiro devido o fechamento das escolas, sendo necessárias adaptações a novas rotinas. Assim, é razoável supor que, para diversas famílias, este cenário pode ter afetado o envolvimento parental no TPLG, a nível de disponibilidade e motivação para frequentar e participar do

programa. Ainda, os possíveis fatores mediadores apresentados por Piotrowska et al. (2017) no modelo CAPE não foram considerados na análise do envolvimento parental no presente estudo.

Conclusão

O presente trabalho representa uma primeira tentativa de reposta à uma lacuna na literatura existente no que diz respeito à análise do envolvimento parental em programas de educação parental para pais de crianças com SP ou OB. Verificou-se que o treino das estratégias ensinadas nos contextos da família está associado à confiança que os pais sentem em lidar com os comportamentos dos filhos relacionados ao peso e ao estilo de vida. Não se verificou, porém, uma associação da participação ativa durante as sessões, o que aponta para a importância de abordar a participação de forma multi-dimensional. A prática das estratégias entre as sessões revelou-se uma dimensão mais importante no que toca às suas associações com a percepção de problemas da criança e a confiança parental.

Apesar das suas limitações, este estudo soma-se a investigações anteriores que situam o envolvimento parental como um elemento importante para o sucesso dos programas de educação parental. Futuros trabalhos devem aprofundar a investigação acerca do envolvimento parental neste tipo de intervenção – sobretudo com amostras de maior tamanho – para melhor compreender seus efeitos e os fatores a ele associados.

Referências

- Axford, N., Lehtonen, M., Kaoukji, D., Tobin, K., & Berry, V. (2012). Engaging parents in parenting programs: Lessons from research and practice. *Children and Youth Services Review*, 34(10), 2061–2071. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.06.011>
- Barlow, J., & Coren, E. (2018). The effectiveness of parenting programs: A review of Campbell reviews. *Research on Social Work Practice*, 28(1), 99–102. <https://doi.org/10.1177/1049731517725184>
- Barlow, J., Bergman, H., Kornør, H., Wei, Y., & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003680.pub3>
- Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2014). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002020.pub4>
- Baydar, N., Reid, M. J., & Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for Head Start mothers. *Child Development*, 74(5), 1433–1453. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00616>
- Boutelle, K. N., Cafri, G., & Crow, S. J. (2011). Parent-Only Treatment for Childhood Obesity: a randomized controlled trial. *Obesity*, 19(3), 574–580. <https://doi.org/10.1038/oby.2010.238>
- Canário, A. C., Pinto, R., Silva-Martins, M., Rienks, K., Akik, B. K., Stanke, K. M., David, O., Kızıltepe, R., Melendez-Torres, G. J., Thongseiratch, T., & Leijten, P. (2024). Online parenting programs for children’s behavioral and emotional problems: A

- network meta-analysis. *Prevention Science*. <https://doi.org/10.1007/s11121-024-01735-1>
- Canário, C., Abreu-Lima, I., Santos, S., Silva-Martins, M., Campos, J., Rodrigues, C. E., Tavares, M., Mansilha, H., Torres, S., Lemos, M. S., & Cruz, O. (2021). Delivering Group Lifestyle Triple P through digital practice: A case study with Portuguese parents. *Journal of Family Therapy*, 43(2), 232–255. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12334>
- Canário C, Cruz O. (2018). *Lifestyle behaviour checklist (Portuguese version)*.
- Chacko, A., Jensen, S. A., Lowry, L. S., Cornwell, M., Chimklis, A., Chan, E., Lee, D., & Pulgarin, B. (2016). Engagement in behavioral parent training: Review of the literature and implications for practice. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(3), 204–215. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0205-2>
- Davis, J. A., Ohan, J. L., Gibson, L. Y., Prescott, S. L., & Finlay-Jones, A. L. (2022). Understanding engagement in digital mental health and well-being programs for women in the perinatal period: Systematic review without meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(8), 1–20. <https://doi.org/10.2196/36620>
- Eisner, M., & Meidert, U. (2011). Stages of parental engagement in a universal parent training program. *The Journal of Primary Prevention*, 32(2), 83–93. <https://doi.org/10.1007/s10935-011-0238-8>
- Garvey, C., Julion, W., Fogg, L., Kratovil, A., & Gross, D. (2006). Measuring participation in a prevention trial with parents of young children. *Research in Nursing & Health*, 29(3), 212–222. <https://doi.org/10.1002/nur.20127>
- 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), e0122240.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122240>
- Gerards, S. M., Dagnelie, P. C., Jansen, M. W., Van Der Goot, L. O., De Vries, N. K., Sanders, M. R., & Kremers, S. P. (2012). Lifestyle Triple P: a parenting intervention for childhood obesity. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-267>
- Gonzalez, C., Morawska, A., & Haslam, D. M. (2018). Enhancing initial parental engagement in interventions for parents of young children: A systematic review of experimental studies. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(3), 415–432.
<https://doi.org/10.1007/s10567-018-0259-4>
- Hoffman, V., Flom, M., Mariano, T. Y., Chiauzzi, E., Williams, A., Kirvin-Quamme, A., Pajarito, S., Durden, E., & Perski, O. (2023). User Engagement Clusters of an 8-Week Digital Mental Health Intervention Guided by a Relational Agent (Woebot): Exploratory Study. *Journal of Medical Internet Research*, 25(1), 1–15.
<https://doi.org/10.2196/47198>
- IBM Corp. (2020). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 27.0) [Computer software]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jang, M., Chao, A., & Whittemore, R. (2015). Evaluating intervention programs targeting parents to manage childhood overweight and obesity: A systematic review using the RE-AIM framework. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), 877-887.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.05.004>
- Li, J., Welsh, J., DiNallo, J., & Nix, R. (2020). Parent-Focused Childhood Obesity Intervention Improves family functioning and Children’s Well-Being. *Journal of Extension*, 58(2). <https://doi.org/10.34068/joe.58.02.21>

- Loveman, E., Al-Khudairy, L., Johnson, R. E., Robertson, W., Colquitt, J. L., Mead, E. L., Eells, 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>
- Morawska, A., & Sanders, M. (2006). A review of parental engagement in parenting interventions and strategies to promote it. *Journal of Children's Services*, 1(1), 29-40.
<https://doi.org/10.1108/17466660200600004>
- Morawska, A., & West, F. (2012). Do parents of obese children use ineffective parenting strategies? *Journal of Child Health Care*, 17(4), 375–386.
<https://doi.org/10.1177/1367493512462263>
- Muller, J. L., Tomlin, L., March, S., Jackson, B., Budden, T., Law, K. H., & Dimmock, J. A. (2022). Understanding parent perspectives on engagement with online youth-focused mental health programs. *Psychology and Health*, 39(5), 613–630.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2090561>
- Piotrowska, P. J., Tully, L. A., Lenroot, R., Kimonis, E., Hawes, D., Moul, C., Frick, P. J., Anderson, V., & Dadds, M. R. (2016). Mothers, fathers, and parental systems: A conceptual model of parental engagement in programmes for child mental health—Connect, Attend, Participate, Enact (CAPE). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20(2), 146–161. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0219-9>
- Rietmeijer-Mentink, M., Paulis, W. D., van Middelkoop, M., Bindels, P. J. E., & van der Wouden, J. C. (2012). Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 9(1), 3–22.
<https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00462.x>

- Rodrigues, D., Machado-Rodrigues, A., Gama, A., Nogueira, H., Silva, M. G., & Padez, C. (2024). Parental perception of their child's weight status in Portugal: An observational study. *Acta Médica Portuguesa*, 37(1), 20-26.
<https://doi.org/10.20344/amp.19510>
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 345–379. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104>
- Sanders, M. R. (2023). The Triple P System of Evidence-Based Parenting Support: Past, Present, and Future Directions. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 26(4), 880–903. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00441-8>
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 337–357.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>
- Schmied, E. A., Chuang, E., Madanat, H., Moody, J., Ibarra, L., Ortiz, K., Macias, K., & Ayala, G. X. (2018). A qualitative examination of parent engagement in a family-based childhood obesity program. *Health Promotion Practice*, 19(6), 905–914.
<https://doi.org/10.1177/1524839918757487>
- Schmied, E. A., Madanat, H., Chuang, E., Moody, J., Ibarra, L., Cervantes, G., Strong, D., Boutelle, K., & Ayala, G. X. (2023). Factors predicting parent engagement in a family-based childhood obesity prevention and control program. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15359-7>
- West, F., Morawska, A., & Joughin, K. (2010). The Lifestyle Behaviour Checklist: Evaluation of the factor structure. *Child: Care, Health and Development*, 36(4), 508–515.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01074.x>

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 & Therapy*, 48(12), 1170–1179. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.008>