

Estratégias maternas referentes à alimentação e à atividade física e sua relação com o estado nutricional dos filhos¹

Yolanda Flores-Peña²
Rosario Edith Ortiz-Félix³
Velia Margarita Cárdenas-Villarreal²
Hermelinda Ávila-Alpírez⁴
Corina Mariela Alba-Alba³
Roandy Gaspar Hernández-Carranco³

Objetivos: descrever as estratégias maternas referentes à alimentação e à atividade física (monitoramento, disciplina, controle, limites e reforço), determinar a relação entre as estratégias maternas referentes à alimentação e à atividade física e o estado nutricional da criança (índice de massa corporal e porcentagem de gordura corporal) e verificar se as estratégias maternas diferem de acordo com o estado nutricional da criança. **Método:** participaram 558 mães e filhos (3 a 11 anos), estudantes em escolas públicas. A Escala Estratégias Parentais referentes à Alimentação e à Atividade foi aplicada, e o peso, a altura e a porcentagem de gordura corporal da criança foram medidos. Para a análise, foram obtidas estatísticas descritivas e foram aplicados a regressão linear múltipla e o teste de Kruskal-Wallis. **Resultados:** o reforço apresentou a média mais alta (62,72) e o controle, a mais baixa (50,07). Disciplina, controle e limites representaram 12% do índice de massa corporal, e disciplina e controle, os 6% da porcentagem de gordura corporal. O maior controle é exercido em crianças que apresentam obesidade ($\chi^2=38,36$, $p=0,001$), e o maior reforço, em crianças com baixo peso ($\chi^2=7,19$, $p<0,05$). **Conclusões:** mães exercem maior controle (pressão para comer) sobre crianças obesas e concedem maior reconhecimento (elogio por uma alimentação saudável) às crianças com baixo peso. Recomenda-se que as estratégias parentais sejam modificadas, a fim de fortalecer hábitos saudáveis de alimentação e atividade física.

Descritores: Mães; Relações Pais-Filho; Educação Infantil; Obesidade; Composição Corporal; Estratégias.

¹ Apoio financeiro do Instituto de Nutrición y Salud Kellogg´s.

² PhD, Professor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

³ Doutorandos, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

⁴ PhD, Professor Titular, Unidad Académica Multidisciplinaria, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Matamoros, Tamaulipas, México.

Endereço para correspondência:

Yolanda Flores-Peña
Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería
Av. Gonzalitos, 1500
Monterrey, Nuevo León, México
E-mail: yflores_mx@yahoo.com.mx

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as crianças e os adolescentes não podem escolher o ambiente em que vivem nem os alimentos que consomem e, por isso, necessitam de atenção especial na luta contra a epidemia de Obesidade (OB)⁽¹⁾. O México apresenta uma das mais altas predominâncias de Sobrepeso (SP) – OB infantil em todo o mundo, 34% das crianças com menos de 5 anos, assim como 32% das meninas e 37% dos meninos, entre 5 e 11 anos, têm SP-OB⁽²⁾, o que mostra a necessidade de se explorar fatores relacionados e suscetíveis de mudança, na tentativa de reduzir essa situação.

De acordo com a literatura, os pais ou a educação podem influir na alimentação e na atividade física das crianças, mediante práticas, estilos e estratégias⁽³⁾ que têm sido estudados, na maioria das vezes, em relação à alimentação⁽⁴⁾, e não à atividade física. No entanto, a literatura é inconclusiva quanto ao conceito e à medida desses construtos⁽⁵⁻⁸⁾, que derivam, principalmente, da tipologia dos pais⁽⁸⁾.

A maioria dos estudos que tem analisado as estratégias parentais de alimentação foi realizada nos Estados Unidos da América⁽⁹⁻¹²⁾ e deles participaram mães de raça branca, afro-americana e hispânica. No entanto, os resultados relativos à associação das estratégias parentais com a OB do filho⁽⁴⁾, a ingestão de alimentos⁽⁹⁾ e o Índice de Massa Corporal (IMC)⁽¹⁰⁻¹¹⁾ não são conclusivos. Essa divergência nos resultados poderia ser atribuída a diversos fatores, tais como as diferenças socioculturais entre os grupos da população⁽¹³⁾. Quanto às estratégias parentais, referentes à alimentação e à atividade física, elas foram estudadas em famílias de origem latina, que vivem em San Diego, Califórnia, e descritas como: monitoramento, disciplina, controle, estabelecimento de limites e reforço. Foi considerado como monitoramento o grau de supervisão dos pais em relação aos hábitos saudáveis de seus filhos; a disciplina refere-se à frequência com a qual os pais castigam seus filhos por terem hábitos alimentares não saudáveis e por se envolverem em condutas sedentárias⁽¹⁰⁾.

O controle foi definido como a habilidade ou o poder dos pais de fazerem com que seus filhos façam o que eles, pais, querem; os limites referem-se ao fato de os pais permitirem a alimentação não saudável e a conduta sedentária dos filhos; e, finalmente, o reforço refere-se ao fato de elogiar os filhos quando eles têm hábitos saudáveis. Para avaliar as estratégias acima mencionadas, os autores desenvolveram a Escala Estratégias Parentais

de Alimentação e Atividade (PEAS, de acordo com sua sigla em inglês) nos idiomas inglês e espanhol⁽¹⁰⁾.

Outros estudos têm abordado o conceito de estilos parentais, conceituando estilo como o equilíbrio entre a responsabilidade dos pais e suas exigências para com os filhos. Observou-se que o estilo predominante entre os pais de origem hispânica é o autoritário, caracterizado por muita exigência/pouca responsabilidade, e foi identificada associação entre esse estilo e o hábito de alimentação saudável; no entanto, os autores ressaltam que o estilo autoritário não leva os filhos a interiorizar os valores dos pais, e acrescentaram que os pais têm mais controle sobre as crianças quando elas são menores do que quando são maiores⁽⁹⁾.

Tem sido relatado que a cultura mexicana enfatiza o respeito pela autoridade e o uso de regras rígidas para disciplinar os filhos, e observou-se que pais mexicano-americanos demonstram uma variedade de estilos, dos quais o autoritário poderia estar relacionado ao baixo nível de escolaridade e à baixa renda. Além das características sociodemográficas dos pais, as características dos filhos, tal como o estado nutricional, podem afetar as estratégias usadas pelos pais, ou, ao contrário, filhos com SP podem reagir ao controle dos pais de forma negativa, consumindo maior quantidade de calorias⁽¹⁴⁾.

Em vista da posição crucial em que se encontra a equipe de enfermagem para fornecer aos pais o conhecimento e as ferramentas direcionados à conduta positiva dos pais, a ampliação da pesquisa, referente à avaliação das estratégias parentais, associadas às condutas relacionadas à OB, foi considerada de grande importância em famílias de origem mexicana que residem na região Nordeste do México. A compreensão desse fato poderá ajudar no desenvolvimento de programas culturalmente adequados aos pais para a prevenção/intervenção referentes à OB infantil, de modo que o presente estudo foi realizado com os seguintes objetivos: 1) descrever as Estratégias Maternas quanto à Alimentação e à Atividade Física (EMAA); 2) determinar a relação das EMMA com o estado nutricional da criança [Índice de Massa Corporal – IMC – e a Porcentagem de Gordura Corporal (PGC)]; 3) verificar se as EMMA diferem de acordo com o estado nutricional da criança, com relação às mães mexicanas residentes no Nordeste do México.

Métodos

Projeto e Participantes

Trata-se de estudo transversal. A população foi composta por 754 pares, mãe/filho, residentes no Estado de Nuevo León, localizado no Nordeste do México,

onde a atividade industrial é predominante. As crianças frequentavam quatro instituições de ensino público (2 de nível pré-escolar e 2 de nível escolar), na área metropolitana de Monterrey, capital do Estado de Nuevo León. Nessas escolas, estavam matriculados 379 alunos do sexo masculino e 375 do sexo feminino, com idade entre 3 e 11 anos.

As escolas foram selecionadas de forma aleatória, a partir de listagem da Secretaria de Educação Pública; posteriormente, os autores dirigiram-se às escolas a fim de solicitar a autorização dos diretores. Através da criança, uma mensagem escrita foi enviada à residência da mãe, na qual ela era convidada a participar, e eram mencionados os objetivos, os procedimentos, as datas e os horários nos quais poderiam participar.

Foram considerados como critérios de inclusão: a declaração verbal da mãe participante de que ela era a mãe do menor, que mãe e filhos eram nascidos no México e que permitiriam que as medidas antropométricas fossem neles aplicadas. O critério de inclusão para os filhos foi permitir a aplicação das medidas antropométricas e, como critério de exclusão, que a mãe informasse se seu filho sofria de alguma doença que pudesse contribuir para o crescimento e desenvolvimento de diabetes, doença renal ou cardíaca.

Medidas

Para avaliar as EMEA, a escala PEAS⁽¹⁰⁾, no idioma espanhol, foi fornecida por seus autores e aplicada no presente estudo (disponível somente mediante solicitação a seus autores). É composta por 26 itens, 16 que avaliam as estratégias referentes à alimentação através de uma escala tipo Likert, onde 1 indica que a estratégia nunca é usada, e 5, usada com muita frequência, os outros 10 itens avaliam as estratégias referentes à atividade, onde 1 representa discordância, e 5, concordância.

Os reagentes são agrupados em cinco fatores: estabelecimento de limites com 6 reagentes, como, por exemplo: limite a quantidade de tempo que meu filho(a) gasta assistindo TV ou vídeos durante a semana – com pontuação que vai de 6 a 30 (pontuação mais alta, mais limites quanto a uma alimentação não saudável e atividades sedentárias); monitoramento, com 7 reagentes, como: com que frequência você monitora a quantidade de tempo que seu filho(a) gasta assistindo TV ou vídeo durante a semana? A pontuação oscila de 7 a 35 (quanto mais alta a pontuação, mais intenso o monitoramento em relação a uma alimentação não saudável e atividades sedentárias); disciplina, com 5 reagentes, como: com que frequência você disciplina seu filho(a) em relação a jogar videogames ou ficar no computador sem pedir permissão? – com pontuação entre 5 e 25 (mais alta pontuação, mais disciplina em relação a uma alimentação

não saudável e atividades sedentárias); controle, com 6 reagentes, como: cuidado para que meu filho(a) coma tudo até que me diga que não está mais com fome – pontuação entre 6 e 36 (pontuação mais alta, maior pressão para uma alimentação não saudável e atividades sedentárias); reforço, formado por 2 reagentes, como: quantas vezes você elogia seu filho por ter comido um lanche saudável? – com pontuação entre 2 e 10 (pontuação mais alta, cumprimenta por ter uma alimentação saudável e por realizar atividade física). No presente estudo, a escala PEAS obteve confiabilidade alfa de Cronbach de 0,84, a qual coincidiu com o relato dos autores com relação a mães de origem latina, residentes nos Estados Unidos da América^(10,12).

Além disso, foram obtidos dados sociodemográficos da mãe, como: idade, escolaridade em anos, ocupação, estado civil, renda familiar e local de nascimento. Quanto aos filhos, foram solicitadas informações, tais como data e local de nascimento, idade e sexo.

Como indicadores do estado nutricional da criança, o IMC e a PGC foram considerados. A altura foi medida com o estadiômetro SECA 214, e registrada no ponto mais próximo a 0,1cm; o peso foi medido com a balança Seca 813, com capacidade de 200kg, precisão de 0,1g; os dois procedimentos foram realizados com o participante em pé e sem sapatos. Posteriormente, o IMC foi calculado por meio da fórmula $\text{peso}/\text{altura}^2$ e, de acordo com o percentil, foi classificado como: desnutrição (percentil < 3), peso baixo (≥ 3 e < 15), peso normal (≥ 15 e < 85), SP (≥ 85 mas < 97) e OB (≥ 97)⁽¹⁵⁾. A PGC foi medida por impedância bioelétrica, com o equipamento InBody 230.

Para a coleta de informações, a mãe assinou o Termo de Consentimento Informado e respondeu à escala PEAS na escola do filho. As mães que não compareceram nos horários disponíveis foram contatadas através de visita domiciliar (até duas visitas). As medidas referentes a peso, altura e PGC dos filhos foram realizadas por profissionais capacitados e padronizadas nas instituições de ensino.

A presente pesquisa contou com a aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) (FAEN-P-740) e aderiu ao Regulamento da Lei Geral de Saúde em Matéria de Pesquisa referente à Saúde da Secretaria da Saúde do México.

Análise dos Dados

Os dados foram obtidos e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para *Windows*. As pontuações para cada fator da escala PEAS foram convertidas em índices de 0 a 100 e foram obtidas estatísticas descritivas.

Duas análises de regressão linear múltipla foram realizadas, uma para determinar a relação das EMAA com os IMCs da criança, e a outra, a relação das EMAA com a PGC da criança, de modo que a variável independente EMAA foi a pontuação de cada um dos 5 fatores da escala PEAS (estabelecimento de limites, monitoramento, disciplina, controle e reforço), e as variáveis dependentes, as pontuações obtidas do IMC e da PGC; além disso, foram obtidos os fatores de inflação da variação para verificar a colinearidade de problemas existentes entre as variáveis independentes.

Por fim, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, para verificar as diferenças entre as EMAA (escores fatoriais da escala PEAS) e o estado nutricional da criança (desnutrição, baixo peso, normal, SP e OB). O valor $p < 0,05$ foi considerado uma diferença significativa.

Resultados

Participaram 558 díades (mãe/filho). A idade da mãe variou de 19 a 53 anos, idade média 34,37 anos (Desvio-Padrão-dp=6,90); com relação ao grau de instrução, as participantes tinham completado, em média, 12,52 anos (dp=3,28); 75,30% das mães eram casadas, 52,70% dedicavam-se ao trabalho doméstico e 47,13% trabalhavam fora, mas a maioria não exercia trabalho formal. Relataram renda familiar média de \$680,00 USD (dp=475,00).

Em relação aos filhos, a idade variou de 3 a 11 anos, com média de idade de 7,38 anos (dp=2,55); 50,54% (n=282) eram do sexo feminino e 49,46% (n=276) do masculino; com relação à categoria peso, 3,05% (n=17) das crianças apresentaram peso baixo, 59,32% (n=331) peso normal, 16,30% (n=91) SP e 21,33% (n=119) OB. A média da PGC dos participantes do sexo masculino foi de 26,30 (dp=10,07) e dos participantes do sexo feminino foi de 27,12 (dp=8,15).

De acordo com o objetivo 1, notou-se que, dos cinco fatores, o que obteve média mais alta foi o reforço (62,72), e o valor mais baixo foi aquele referente ao controle (50,07). As informações são mostradas na Tabela 1.

Tabela 1 - Estatística descritiva dos fatores da escala *Parenting strategies for Eating and Activity Scale* (PEAS). Monterrey, Nuevo León, México, 2011

Fatores	\bar{x}	dp
Monitoramento	51,23	21,20
Disciplina	54,21	22,12
Controle	50,07	19,44
Limites	56,27	24,94
Reforço	62,72	26,32

Na primeira análise de regressão, na qual foi usado o método Enter com eliminação de variáveis, de forma manual, observou-se que limites, controle e disciplina representaram os 12% da variação do IMC do filho ($F_{(3,554)}=25,44$, $p=,001$, $R^2=0,12$). É mostrado, de forma específica, que essas variáveis são indícios de uma pontuação alta no IMC da criança; o fator de inflação da variação demonstrou que não há colinearidade entre as variáveis independentes (Tabela 2).

Na segunda análise de regressão (Tabela 3), foi identificado um modelo com dois fatores: controle e disciplina, responsáveis pelos 6% de variação da PGC da criança ($F_{(2,553)}=19,86$, $p=0,001$, $R^2=0,06$). Mostra-se, de maneira específica, que essas variáveis predizem uma pontuação alta na PGC do filho, da mesma forma que o modelo anterior mostrou que não há colinearidade entre as variáveis independentes, de acordo com o fator de inflação da variação (Tabela 3).

Tabela 2 - Modelo de regressão entre as Estratégias Maternas referentes à Alimentação e à Atividade Física e Índice de Massa Corporal do filho. Monterrey, Nuevo León, México, 2011

Variável	β não padronizado	Desvio-padrão	β padronizado	Valor de t	Fator de inflação da variação	IC 95%		p
						Limite inferior	Limite superior	
Constante	13,24	0,600		21,81				0,001
Disciplina	0,015	0,007	0,101	2,22	1,154	0,002	0,029	0,026
Controle	0,061	0,007	0,332	8,24	1,021	0,046	0,075	0,001
Limites	0,014	0,006	0,095	2,35	1,150	0,002	0,026	0,019

Tabela 3 - Modelo de regressão entre as EMAA e a PGC da criança. Monterrey, Nuevo León, México, 2011

Fator	β não padronizado	Desvio-padrão	β padronizado	Valor de t	Fator de inflação da variação	IC 95%		p
						Limite inferior	Limite superior	
Constante	18,810	1,474		12,75				0,001
Disciplina	0,035	0,017	0,084	2,04	1,016	0,001	0,069	0,042
Controle	0,120	0,019	0,255	6,17	1,016	0,082	0,158	0,001

Finalmente, por meio do teste de Kruskal-Wallis, foi encontrada uma diferença significativa no controle e no reforço, com relação ao estado nutricional da criança. As mães exercem maior controle sobre as crianças com

OB ($\chi^2=38,36$, $p<0,001$), e o reforço é maior naquelas com baixo peso ($\chi^2=7,19$, $p<0,05$). Os dados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Teste das EPAA de Kruskal-Wallis, de acordo com o estado nutricional da criança. Monterrey, Nuevo León, México, 2011

Estratégia	Estado nutricional da criança											
	Baixo n=17			Normal n=331			Sobrepeso n=91			Obesidade n=119		
	\bar{x}	IC 95%		\bar{x}	IC 95%		\bar{x}	IC 95%		\bar{x}	IC 95%	
	LI*	LS†		LI*	LS†		LI*	LS†		LI*	LS†	
Monitoramento	52,94	42,61	63,27	50,76	48,46	53,07	50,62	46,71	54,53	52,76	48,60	59,61
Disciplina	49,85	35,95	63,74	52,63	50,19	55,07	58,14	53,93	62,35	56,21	52,35	60,06
Controle	37,25	27,93	46,57	47,40	45,31	49,49	50,59	46,47	54,71	58,92	55,92	61,93
Limites	63,23	50,64	75,82	56,18	53,41	58,94	56,08	50,86	61,30	55,70	51,46	59,94
Reforço	74,26	63,49	85,03	63,36	60,52	66,21	64,01	58,82	69,20	58,29	53,29	63,29

*LI: limite inferior
†LS: limite superior

Discussão

Ao descrever as EMAA, observou-se que a estratégia mais citada pelas mães mexicanas foi o reforço, referente ao elogio aos filhos quando eles apresentavam comportamentos saudáveis, e o valor mais baixo foi encontrado na estratégia controle, que se refere à pressão exercida pela mãe para que o filho não tenha hábito alimentar não saudável e atividades sedentárias. Foi aplicada a escala PEAS, a qual, até o momento da revisão da literatura, foi a única a avaliar a estratégia reforço; essa escala foi aplicada em estudos realizados com mães latinas residentes nos Estados Unidos, e eles não fornecem informações a respeito dos valores médios das EMAA^(10,12).

A constatação de que o valor mais alto tenha sido encontrado no reforço pode ser atribuído à tendência de responder de modo afirmativo a questões relacionadas a estratégias parentais positivas; por outro lado, os autores da escala PEAS assinalaram, como limitação dessa escala, o fato de que ela só conta com dois itens para avaliar o reforço, o que pode contribuir para que essa estratégia não seja uma medida adequada⁽¹⁰⁾.

Como já mencionado, a estratégia de controle apresentou o valor mais baixo; no entanto, foi identificada relação positiva e significativa entre ela e o estado nutricional da criança (IMC e PGC), na qual o objetivo dois foi verificado. Quanto a essa constatação, observou-se que o controle desempenha papel importante no desenvolvimento das preferências alimentares das crianças e tem sido associado a hábitos alimentares e atividades não saudáveis; além disso, o controle pode

impedir que a criança desenvolva a capacidade de regular seu próprio consumo de alimentos e seu apetite quando fica sozinha, o que poderia colocá-la em maior risco para desenvolver OB⁽⁴⁾. Entretanto, em estudos de investigação, os achados são inconsistentes; por um lado, observou-se que crianças na pré-escola, cujos pais utilizam mais estratégias de controle, têm mais baixo índice de IMC⁽¹⁰⁾.

Em outro estudo, do qual participaram mães de origem latina, evidenciou-se que elas tendem a exercer maior controle no comportamento dos filhos, o que poderia ser influenciado por vários fatores, como a preocupação de que seus filhos tenham problemas de autoestima diante do SP; no entanto, independentemente dos motivos das mães, os resultados indicam que os estilos de controle são contraproducentes e podem contribuir para o risco de SP-OB⁽¹⁶⁾.

Duas outras estratégias que foram associadas ao estado nutricional da criança foram limites e disciplina. Nesse contexto, a evidência indica que a imposição de regras por parte de pais exigentes pode levar os filhos a condutas sedentárias⁽¹⁷⁾, como, também, alterar os mecanismos internos de fome e saciedade⁽¹⁸⁾, especialmente se se considerar que essas estratégias diferem do estilo parental predominante nos pais mexicanos autoritários, que se caracteriza por exercer o controle como manipulação dos sentimentos e do apego com a criança, não saber lidar com limites e regras rígidas, o que poderia aumentar a ingestão de calorias e gorduras⁽¹⁹⁾, e, portanto, aumentar o IMC.

Nesse sentido, tem sido relatado que o uso do controle feito pelos pais de forma velada (por exemplo, limitar a disponibilidade de petiscos gostosos em casa), em

comparação com o controle aberto (estabelecer normas a respeito da ingestão dos alimentos disponíveis no local), poderia ajudar na escolha de alimentos saudáveis e permitir a independência da criança nas decisões sobre o alimento e a alimentação⁽¹⁴⁾. Finalmente, verificou-se que as mães exercem mais controle sobre crianças com OB. Essa descoberta é de suma importância, visto que uma das estratégias de controle é a pressão para comer, o que poderia agravar ainda mais o problema do peso.

Conforme já mencionado, os estudos que aplicaram a escala PEAS^(9,20) utilizaram o IMC do filho como indicador; e, neste estudo, o IMC e a PGC foram utilizados como indicadores do estado nutricional do filho, e foram medidos por impedância bioelétrica. A esse respeito, foi encontrada PGC de 26,3% para o sexo masculino e 27,1% para o sexo feminino. Faz-se necessário ressaltar que, até o momento da revisão da literatura, não foram localizados estudos, realizados no México, que documentem os valores da PGC na população infantil.

Um achado curioso foi a observação de que quase a metade das mães participantes trabalha fora, na maioria trabalho informal, o que significa que o cuidado e a educação das crianças ficam a cargo de outras pessoas, aspecto esse que não foi avaliado no presente estudo. No entanto, mesmo quando a mãe trabalha fora, a renda familiar a inclui na classe social média baixa, situação que também tem sido relacionada com o estilo parental autoritário⁽²¹⁾.

Visto que as estratégias parentais positivas promovem o desenvolvimento, a confiança e a autoestima dos filhos, é necessário capacitar os pais em relação a essas estratégias; portanto, é importante que a equipe de enfermagem identifique as áreas de oportunidade que permitam o projeto e a realização de programas de intervenção ajustados às necessidades dos pais, o que constitui o fundamento do presente estudo, que permitiu uma primeira abordagem sobre as estratégias parentais, quanto ao estado nutricional da criança, relacionadas a mães mexicanas.

No entanto, uma vez verificado que o controle difere de acordo com o estado nutricional da criança e a pressão para comer é uma das práticas que tem sido estudada com mais frequência⁽²²⁾, que na escala PEAS é citada como estratégia de controle que difere de acordo com a idade da criança, recomenda-se que essa estratégia continue sendo estudada. Também, devem ser avaliadas as propriedades psicométricas da escala PEAS em mães mexicanas, além de ampliar e analisar cada uma das EMAA e sua relação com outras variáveis, tais como idade, sexo da criança, grau de escolaridade materna, renda, e outros fatores cognitivos maternos, tais como percepção do peso do filho

e preocupação com o peso do filho, variáveis que foram identificadas como mediadoras entre o estado nutricional da criança e os estilos maternos referentes à alimentação⁽²²⁾.

Além disso, considerar como participantes outros membros da família e/ou cuidadores envolvidos na educação das crianças enquanto a mãe trabalha fora de casa, e utilizar outros instrumentos que permitam caracterizar os estilos de educação de acordo com a tipologia dos pais.

Os resultados do presente estudo sugerem que as estratégias maternas referentes à alimentação e à atividade física, controle, limites e disciplina estão associadas ao IMC e à PGC da criança; que as mães exercem mais controle sobre crianças com OB e fornecem mais reforço a crianças com peso baixo; portanto, são requeridas intervenções destinadas a educar e capacitar os pais, para que exerçam estratégias parentais positivas, as quais permitam promover alimentação e atividade física saudáveis.

Referências

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles. [acesso 27 jun 2009]; 2013. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
2. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
3. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2008;5:15.
4. Olvera N, Power TG. Brief report: parenting styles and obesity in Mexican American children: a longitudinal study. *J Pediatr Psychol.* 2010;35(3):243-9.
5. Vaughn AE, Tabak RG, Bryant MJ, Ward DS. Measuring parent food practices: a systematic review of existing measures and examination of instruments. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10:61.
6. deLauzon-Guillain B, Oliveira A, Charles MA, Grammatikaki E, Jones L, Rigal N, et al. A review of methods to assess parental feeding practices and preschool children's eating behavior: the need for further development of tools. *J Acad Nutr Diet.* 2012;112(10):1578-602.
7. Lopes MSOC, Dixe MACR. Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(4):787-95.

8. Macarini SM, Martins G Dal Forno, Minetto MFJ, Vieira ML. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arq Bras Psicol.* [Internet]. 2010 [acesso 16 out 2013]; 62(1):119-34. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000100013&lng=pt
9. Hoerr SL, Hughes SO, Fisher JO, Nicklas TA, Liu Y, Shewchuk RM. Associations among parental feeding styles and children's food intake in families with limited incomes. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009 Aug 13;6:55.
10. Larios SE, Ayala GX, Arredondo EM, Baquero B, Elder JP. Development and validation of a scale to measure Latino parenting strategies related to children's obesigenic behaviors. The parenting strategies for eating and activity scale (PEAS). *Appetite.* 2009 Feb;52(1):166-72.
11. Tovar A, Hennessy E, Pirie A, Must A, Gute DM, Hyatt RR, et al. Feeding styles and child weight status among recent immigrant mother-child dyads. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012 May 29;9:62.
12. Ayala GX, Elder JP, Campbell NR, Arredondo E, Baquero B, Crespo NC, Slymen DJ. Longitudinal intervention effects on parenting of the Aventuras para Niños study. *Am J Prev Med.* 2010 Feb;38(2):154-62.
13. Huang SH, Parks EP, Kumanyika SK, Grier SA, Shults J, Stallings VA, Stettler N. Child-feeding practices among Chinese-American and non-Hispanic white caregivers. *Appetite.* 2012 Jun;58(3):922-7.
14. Ogden J, Reynolds R, Smith A. Expanding the concept of parental control: a role for overt and covert control in children's snacking behaviour? *Appetite* 2006;47:100-6.
15. World Health Organization. Software for assessing growth of the world's children and adolescents [Internet]. [acesso 14 jan 2012]; Disponível em: <http://www.who.int/growthref/tools/en/>
16. Olvera-Ezzell N, Power TG, Cousins JH. Maternal socialization of children's eating habits: strategies used by obese Mexican-American mothers. *Child Dev.* 1990 Apr;61(2):395-400.
17. Schneider EM, Wilson DK, Kitzman-Ulrich H, George SM, Alia KA. The associations of parenting factors with adolescent body mass index in an underserved population. *J Obes.* 2013;2013:715618.
18. Lindsay AC, Sussner KM, Greaney ML, Peterson KE. Latina mothers' beliefs and practices related to weight status, feeding, and the development of child overweight. *Public Health Nurs.* 2011 Mar-Apr; 28(2):107-18.
19. Kim MJ, McIntosh WA, Anding J, Kubena KS, Reed DB, Moon GS. Perceived parenting behaviours predict young adolescents' nutritional intake and body fatness. *Matern Child Nutr.* 2008 Oct;4(4):287-303.
20. Crespo NC, Elder JP, Ayala GX, Slymen DJ, Campbell NR, Sallis JF, et al. Results of a multi-level intervention to prevent and control childhood obesity among Latino children: the Aventuras Para Niños Study. *Ann Behav Med.* 2012 Feb;43(1):84-100.
21. Varela R, Vernberg EM, Sanchez-Sosa JJ et al. Parenting style of Mexican, Mexican American, and Caucasian-Non-Hispanic families: social context and cultural influences. *J Fam Psychol* 2004;18:651-7.
22. Webber L, Hill C, Cooke L, Carnell S, Wardle J. Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *Eur J Clin Nutr.* 2010 Mar;64(3):259-65.

Recebido: 28.7.2013

Aceito: 28.1.2014