



ARTIGO DE REVISÃO

Parental competence programs to promote positive parenting and healthy lifestyles in children: a systematic review[☆]



Cayetana Ruiz-Zaldibar^{a,b,c,*}, Inmaculada Serrano-Monzó^{a,b,c} e Agurtzane Mujika^{a,b,c}

^a Universidad de Navarra, Facultad de Enfermería, Pamplona, Espanha

^b Universidad de Navarra, Grupo de Investigación IMPULS, Pamplona, Espanha

^c Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Espanha

Recebido em 23 de maio de 2017; aceito em 19 de junho de 2017

KEYWORDS

Parenting;
Life style;
Childhood;
Health promotion;
Systematic review;
Parental support

Abstract

Objective: To analyze the available evidence regarding the efficacy of interventions on parents whose children were aged 2–5 years to promote parental competence and skills for children's healthy lifestyles.

Source: Articles published in English and Spanish, available at PubMed, Psycinfo, CINAHL, Web of Science, Eric, and Cochrane Library were reviewed.

Summary of the findings: The literature search yielded 2282 articles. Forty-one full texts were retrieved and assessed for inclusion using the PRISMA flow diagram. Twenty-six articles were excluded, as they did not meet the inclusion criteria. In the end, 15 studies were included. The studies were conducted between 2003 and 2016, nine in North America, four in Europe, and two in Asia. Extracted data were synthesized in a tabular format. CASPe guide was used to assess the quality of studies that was moderate overall. Parental self-efficacy was the main construct assessed in most studies. Four studies reported an increase in parental self-efficacy, although most of them were studies without control groups.

Conclusions: Outcomes of interventions to improve parental competence in order to promote children's lifestyles are promising, but inconsistent. Additional studies with higher methodological and conceptual quality are needed.

© 2017 Sociedade Brasileira de Pediatria. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

DOI se refere ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.07.019>

[☆] Como citar este artigo: Ruiz-Zaldibar C, Serrano-Monzó I, Mujika A. Parental competence programs to promote positive parenting and healthy lifestyles in children: a systematic review. J Pediatr (Rio J). 2018;94:238–50.

* Autor para correspondência.

E-mail: cruiz.9@unav.es (C. Ruiz-Zaldibar).

PALAVRAS-CHAVE

Parentalidade;
Estilo de vida;
Infância;
Promoção de saúde;
Revisão sistemática;
Apoio parental

Programas de competência dos pais para promover parentalidade positiva e estilos de vida saudáveis em crianças: uma análise sistemática**Resumo**

Objetivo: Analisar as evidências disponíveis com relação à eficácia de intervenções em pais de filhos entre dois e cinco anos para promover a competência e as habilidades dos pais a respeito de estilos de vida saudáveis para as crianças.

Fonte: Foram analisados artigos publicados em PubMed, Psycinfo, CINAHL, Web of Science, Eric e Biblioteca Cochrane. Inglês e espanhol.

Resumo dos achados: A pesquisa da literatura encontrou 2.282 artigos; 41 textos completos foram selecionados e avaliados para inclusão com o fluxograma Prisma; 26 artigos foram excluídos, pois não atendiam aos critérios de inclusão. Por fim, 15 estudos foram incluídos. Os estudos foram feitos entre 2003 e 2016. Nove estudos foram conduzidos na América do Norte, quatro eram de origem europeia e dois de origem asiática. Os dados extraídos foram sintetizados em formato de tabela. O guia CASPe foi usado para avaliar a qualidade dos estudos, que, em geral, foi moderada. A autoeficácia dos pais foi o principal dado avaliado na maioria dos estudos. Quatro estudos relataram um aumento na autoeficácia dos pais, apesar de que a maioria era de estudos sem grupo de controle.

Conclusões: Os resultados de intervenções para melhorar a competência dos pais para promover os estilos de vida das crianças são promissores, porém incoerentes. São necessários estudos adicionais com melhor qualidade metodológica e conceitual.

© 2017 Sociedade Brasileira de Pediatria. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A promoção da saúde na infância que incentiva a adoção de atitudes e estilos de vida saudáveis pode ser considerada uma das intervenções com melhor custo-benefício se considerarmos o possível impacto durante todo o curso de vida dos indivíduos.^{1,2} O desenvolvimento da criança é fundamental entre dois e cinco anos, já que essa etapa é caracterizada pelo desenvolvimento emocional, social, cognitivo, da linguagem e de habilidades motoras. Assim, a primeira infância é o melhor momento para fazer atividades que promovam a aquisição de estilos de vida saudáveis.^{3,4} Esse período do desenvolvimento da criança tem uma peculiaridade; os pais desempenham um papel vital ao fornecer a seus filhos um ambiente e uma atmosfera positivos para garantir o desenvolvimento e estilos de vida saudáveis. Portanto, os pais representam um alvo principal na promoção da saúde das crianças.⁵⁻⁷

Identificar os mecanismos subjacentes pelos quais os pais exercem a parentalidade saudável é fundamental para desenvolver intervenções efetivas. A parentalidade é influenciada por várias determinantes, inclusive recursos pessoais dos pais, características da criança e fontes sociais de estresse e apoio.⁸ A interação entre essa amálgama de fatores modula a competência dos pais. A competência dos pais foi definida como os sentimentos, as capacidades e habilidades dos pais na educação de seus filhos.^{9,10} A depender do desenvolvimento dessa competência dos pais, eles conseguirão promover estilos de vida saudáveis em seus filhos.⁹⁻¹²

Há evidências que sugerem a necessidade de ajudar os pais a promover estilos de vida saudáveis em seus filhos em uma estrutura de parentalidade positiva.¹³⁻¹⁶ O objetivo desta análise sistemática foi explorar as evidências disponíveis em estudos intervencionistas direcionados aos pais de filhos entre dois e cinco anos para promover a

competência e as habilidades dos pais para obter estilos de vida saudáveis para as crianças. Esta análise também se propôs a analisar especificamente as intervenções e os mecanismos subjacentes em detalhes, além de explorar seu impacto.

Métodos**Fontes de dados**

As pesquisas foram feitas em várias bases de dados, inclusive PubMed, Psycinfo, Cinhal, Web of Science, Eric e Biblioteca Cochrane. Os termos pesquisados incluíram termos relacionados à competência dos pais e às estratégias de intervenção. A saber: *parentalidade, competência dos pais, parentalidade positiva, práticas de parentalidade, estratégias, intervenção, planejamento, programa, tratamento e promoção da saúde*. Todos eles foram combinados com os operadores booleanos E e OU. As intervenções consideradas nesta análise foram as feitas mais em nível de indivíduo do que em nível de política de saúde. Não houve tentativa de busca por trabalhos não publicados como dissertações e teses. Também não foram estabelecidos limites com relação ao ano de publicação. Os trabalhos foram analisados em inglês e espanhol.

Critérios de inclusão e exclusão

A análise teve como foco estudos intervencionistas que buscaram aumentar o desenvolvimento da competência dos pais ou quaisquer das capacidades que os pais precisam para promover estilos de vida saudáveis entre seus filhos.⁹ Para isso, os estudos eram incluídos na análise caso atendessem

aos critérios de inclusão. Eles foram estabelecidos de acordo com diferentes características, como pode ser visto a seguir.

Tipo de participantes

- Mães ou pais (ou ambos) com filhos entre dois e cinco anos.

Tipo de intervenção

- Abordagem educacional, motivacional, de treinamento ou informativa com vistas à competência ou às habilidades dos pais.
- O foco principal deve ser os pais, independentemente do fato de a intervenção também envolver a participação de crianças e/ou professores.
- Intervenções feitas em contextos relevantes para a infância, como casa, escola, serviços de saúde ou comunidade.

Tipo de medidas de resultado

- Os estudos devem avaliar a competência ou as habilidades dos pais em pelo menos uma de suas duas formas (objetiva ou subjetiva) antes e depois da intervenção.¹¹

No que diz respeito aos critérios de exclusão, os estudos foram rejeitados quando não eram intervencionistas; não forneciam resultados em termos de competência dos pais; incluíam pais cujos filhos não tinham entre dois e cinco anos; ou eram direcionados exclusivamente a pais de adolescentes ou indivíduos com problemas crônicos, pois seria mais provável que essas características afetassem o desenvolvimento da intervenção.

Extração e síntese de dados

O exame inicial foi feito para identificar trabalhos que possivelmente atenderiam aos critérios de inclusão com base em seus títulos e resumos. Foram obtidos os textos completos dos trabalhos relevantes. Também foram obtidos os textos completos de quaisquer trabalhos cuja inclusão não estava clara. Todos os trabalhos foram examinados para garantir que atendiam a todos os critérios de inclusão. Quaisquer incertezas foram resolvidas por discussão. O procedimento do fluxograma Prisma foi usado para garantir o rigor no processo de seleção.¹⁷

Para analisar e sintetizar os dados dos 15 estudos incluídos,¹⁸⁻³² foram usadas três tabelas. A [tabela 1](#) fornece informações gerais dos estudos, inclusive autor, ano de publicação, país e nome do programa, modelo, participantes e contexto no qual o programa foi feito, as principais características de intervenção, duração, ferramentas de medição, variáveis e principais resultados. A avaliação qualitativa foi considerada uma ferramenta-chave para esta análise e incluiu dois componentes: a adequação das intervenções em termos dos principais componentes que uma intervenção de competência dos pais deve ter e a qualidade metodológica dos estudos. Com relação aos principais componentes de intervenções, analisamos se os artigos forneciam detalhes suficientes sobre a competência ou as habilidades dos pais e a estrutura teórica usada; incluíam uma avaliação objetiva e subjetiva da competência; tinham como foco a promoção da saúde e a parentalidade

positiva; incluíam contextos relevantes tanto dos pais quanto da infância; incluíam sessões em grupo com os pais; e incentivavam o desenvolvimento de atividades familiares em casa ([tabela 2](#)).

Usamos uma adaptação do guia CASPe³³ para avaliação qualitativa metodológica ([tabela 3](#)).

Resultados

Resultado da pesquisa

Nossa pesquisa bibliográfica encontrou 2.282 artigos. Após eliminar as repetições, 2.267 resumos foram examinados. Desses, os textos completos de 41 artigos foram avaliados para elegibilidade. Por fim, 15 estudos atenderam aos critérios de inclusão desta análise. Um resumo da literatura identificada em cada etapa do processo de pesquisa pode ser encontrado na [figura 1](#). Vinte e seis textos completos foram rejeitados de acordo com os critérios de exclusão.

Visão geral dos trabalhos selecionados

Mais da metade dos estudos incluídos foi conduzida nos últimos cinco anos ([tabela 1](#)). Nove estudos foram conduzidos na América do Norte, quatro eram de origem europeia (Suécia, Inglaterra, Espanha e Países Baixos) e dois eram asiáticos (Hong Kong e Paquistão).

O tamanho da amostra foi altamente variável entre os estudos, variou de 49 a 840 participantes. Na maioria dos estudos, a amostra era de 100 a 200 participantes. Embora a maioria dos estudos tivesse como foco ambos os pais (n = 10),^{20,22-25,27-31} quatro estudos^{18,21,26,32} incluíam apenas mães em suas amostras e um estudo acabou por excluir os pais da análise, pois representavam apenas 6% dos participantes.¹⁹ Apesar da inclusão de ambos os pais, a representação do sexo feminino foi acima de 90% em todos os estudos.

Um terço apresentou foco especial em situações de vulnerabilidade: famílias de baixa renda,^{25,28,31} famílias desfavorecidas³⁰ ou mães em risco psicossocial.¹⁹

Intervenções

A duração das intervenções variou de cinco semanas a oito meses, apesar de, em geral, terem sido de curto prazo.

Os ambientes de intervenção incluíam centros de atendimento,²³ centros familiares,^{22,27,28,32} centros de saúde comunitária,^{24,31} centros de saúde primários²⁹ ou centros de serviço social,¹⁹ bem como as casas das famílias.^{18,20,21,30} Em dois estudos, as intervenções foram feitas nos centros da infância, centros específicos que ofereciam apoio para jovens famílias em áreas desfavorecidas da Inglaterra ([tabela 2](#)).²⁷

Sete estudos tinham um foco de prevenção,^{18-21,23,24,27} ao passo que os oito estudos restantes tinham uma abordagem positiva de promoção da saúde.^{22,25,26,28-32} Apenas três dos estudos mencionaram explicitamente a parentalidade positiva.^{19,29,32} Alguns adotaram uma perspectiva global e ajudaram os pais a desenvolver habilidades na educação

de crianças. Contudo, a maioria das intervenções (n = 10) teve como foco estilos de vida específicos: quatro com foco em dieta, exercícios e tempo de tela,^{18,20,26,28} três com foco em dieta ou exercícios,^{27,30,31} uma com foco em exercícios e tempo de tela²² e duas com foco em um estilo de vida específico (tabela 2).^{23,25} A maioria (n = 8) usou o método de sessões em grupo para implantar seus

programas.^{19,23,24,27-29,31,32} Quatro dos estudos usaram sessões familiares,^{18,20,21,30} e o resto (n = 3) usou como base principal de seus programas o envio de informações por e-mail^{22,25,26} (tabela 1). Todos os estudos, exceto cinco, incluíam um componente de extensão, envolveram atividades a serem feitas em casa^{18,23-25,27-32} para facilitar a prática das recomendações oferecidas no planejamento (tabela 2).

Tabela 1 Descrição geral dos estudos

Estudo, projeto e duração da intervenção País Nome do programa	Participantes e ambiente	Características da intervenção	Ferramentas variáveis	Resultados ^a
Harvey-Berino e Rourke ¹⁸ (2003): • ECCR, estudo-piloto • 16 semanas • EUA	<ul style="list-style-type: none"> • PS: n = 20; OPPS: n = 19 • Mães de crianças entre nove meses e três anos • Comunidade indígena 	<ul style="list-style-type: none"> • Dois grupos receberam 11 sessões em casa • PS: apoio aos pais em geral. Discussões e conversas • OPPS: apoio aos pais com foco na obesidade. Melhoria das habilidades dos pais 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário de Alimentação da Criança • Práticas de alimentação restritivas • Autoeficácia 	+ NS
Martín et al. ¹⁹ (2004): • Ensaio clínico • Oito meses • Espanha • Programa de apoio pessoal e familiar [Programa de apoyo personal y familiar]	<ul style="list-style-type: none"> • GI: n = 185; GC n = 155 • Mães de crianças até cinco anos • Serviços sociais 	<ul style="list-style-type: none"> • GI: 21 sessões em grupo com base em: vida cotidiana, problemas de desenvolvimento, situações que mudam a vida familiar, resolução de conflitos e resposta a situações difíceis. • Programa experimental, troca com outros pais • GC: sem intervenção, trabalho habitual 	<ul style="list-style-type: none"> • Ação pessoal • Autoeficácia • Controle interno • Acordo conjugal • Dificuldade nos papéis 	+ + - +
Ayala et al. ²⁰ (2010): • ECCR • Sete meses • EUA • Aventuras para Niños [Aventuras para crianças]	<ul style="list-style-type: none"> • Micro: n = 200; Macro: n = 214; Macro + Micro: n = 165; GC: n = 227 • Pais de crianças em idade pré-escolar • Escolas e pré-escolas 	<ul style="list-style-type: none"> • Micro: receberam a intervenção em casa • Macro: foco em mudanças de ambiente e físicas no envolvimento com a escola e a comunidade • Macro + micro: receberam a intervenção em casa e mudanças no ambiente • GC: sem intervenção, trabalho habitual • Apoio informativo, instrumental e emocional • Fornece materiais educacionais para melhorar estilos de vida saudáveis • Informações sobre dieta, tempo de TV e jogos ativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoeficácia percebida • Controle de dieta e exercícios • Reforço da dieta e exercícios 	- NS NS
Dekovic et al. ²¹ (2010): • Estudo quase-experimental • Países Baixos • Home-Start	<ul style="list-style-type: none"> • GI: n = 66; GC: n = 58 • Mães de crianças com menos de seis anos • Centros Home-Start 	<ul style="list-style-type: none"> • GI: visitas domiciliares • Apoio informativo (ajudar a mãe a encontrar serviços comunitários), instrumental (serviço de babá) e emocional (ouvir os problemas da mãe) • GC: sem intervenção, trabalho habitual 	<ul style="list-style-type: none"> • Índice da Escala de Parentalidade • Senso de competência • Questionário de Parentalidade de Nijmegen • Apoio à parentalidade • Inventário de Dimensões da Parentalidade • Disciplina inábil 	+ + +

Tabela 1 (Continuação)

Estudo, projeto e duração da intervenção País Nome do programa	Participantes e ambiente	Características da intervenção	Ferramentas variáveis	Resultados ^a
Davison et al. ²² (2011): • Estudo quase-experimental, piloto • EUA • Famílias ativas [<i>Active families</i>]	• GI: n = 442; GC: n = 398 • Famílias com crianças entre dois e cinco anos • Clínica WIC	• GI: calendários com informações sobre recursos locais para atividade física (eventos da comunidade, mapas, parques e parques infantis, custos e instalações) • GC: sem grupo de comparação equivalente, sem intervenção • O programa de Famílias Ativas é parte do programa de Mulheres, Neonatos e Crianças (WIC) que promove saúde e nutrição em famílias com crianças em idade pré-escolar. • Antes da intervenção, um grupo focal foi feito para estudar as percepções dos pais sobre locais para praticar esportes na comunidade	• Pais confiantes nos limites da TV • Pais confiantes em incentivar a AF	+ + / -
Sweitzer et al. ²³ (2011): • Quase-experimental • Cinco semanas • EUA • Almoço na mochila [<i>Lunch is in the bag</i>]	• GI: n = 81; GC: n = 51 • Pais de crianças entre três e cinco anos • Centros de atendimento	• GI: atividades educacionais e motivacionais em comportamentos que apoiam refeições trazidas de casa. • Comunicação, currículo da classe e logística do horário de buscar a criança • Construir componentes de relações • GC: sem intervenção	• Expectativas de resultado em cereais integrais • Normas subjetivas: frutas, cereais integrais e verduras • Controle percebido	+ + -
Kennett e Chislett ²⁴ (2012): • Estudo quase-experimental, piloto • 12 semanas • Canadá • Programa de Parentalidade Ninguém é Perfeito [<i>Nobody's Perfect</i>]	• GC*: n = 39; NC: n = 34 • Pais de crianças com menos de cinco anos • Comunidade	• GC*: sessões informativas em grupo • Aprendizagem cooperativa: discussões em grupo, compartilhamento de pensamentos e experiências • Habilidades práticas • Atividades de resolução de problemas, aprendizagem e construção do conhecimento • Materiais educacionais • NC: não receberam o certificado porque não compareceram às sessões	Escala de Senso de Competência dos Pais • Senso de eficácia • Senso de satisfação Escala de Eficácia dos Pais • Eficácia dos pais Escala de Desenvoltura dos Pais • Desenvoltura da parentalidade Escala de Interação entre Pais e Filhos • Parentalidade Afetiva/positiva • Parentalidade sem raiva/não punitiva • Eficácia na relação com a criança Alimentando Seu Filho.	--- + + ---
Lohse et al. ²⁵ (2012): • Intervenção de estudo descritiva • Programa atualmente disponível virtualmente • EUA • Hora de Comer é Hora da Família [<i>Mealtime is Family Time</i>]	• GI: n = 147 • Pais de crianças entre dois e cinco anos • Centros de atendimento	• GI: plataforma em website • 17 slides sobre: modelagem de papéis, dieta, comportamentos alimentares e de culinária, autonomia da criança e liderança dos pais • Dois grupos focais após a intervenção	Grupo focal, transcrição e análise	NA

Tabela 1 (Continuação)

Estudo, projeto e duração da intervenção País Nome do programa	Participantes e ambiente	Características da intervenção	Ferramentas variáveis	Resultados ^a
Østbye et al. ²⁶ (2012): • ECCR • Oito meses • EUA • Crianças e Adultos Agora – Vencendo a Obesidade! [<i>Kids and Adults Now – Defeat Obesity!</i>]	• GI: n=200; GC: n=200 • Mães de crianças entre dois e cinco anos • Recrutadas após o parto	• GI: receberam e-mails com informações, sessões de coaching de 20-30 minutos por telefone com técnicas de entrevista motivacionais, autoeficácia e barreiras à mudança e uma sessão em grupo semiestruturada para reforço nutricional • Informações e instruções em estilos e habilidades de parentalidade, gestão de estresse, comportamentos saudáveis, rotinas, ambiente domiciliar, modelagem de papéis e estilos de alimentação • GC: receberam uma carta por mês	Índice de Estresse dos Pais • Competência dos pais	–
Willis et al. ²⁷ (2014): • Estudo intervencionista • Oito semanas • RU • HENRY	• GI: n=60 • Famílias de crianças em idade pré-escolar (média 3,32 DP=4,04, 22% com menos de 12 meses) • Centros Infantis	• GI: receberam diferentes sessões de tempo para a família e tempo para os pais • Tempo para a família: pais e crianças comem lanches saudáveis e jogam jogos ativos • Tempo para os pais: sessões em grupo que exploram tópicos dos pais (habilidades de parentalidade, tamanho das porções, atividade física e jogos) • Sessões com base no compartilhamento de ideias e em estratégias para apoiar as mudanças	Medição da Autoação dos Pais • Autoeficácia dos pais • Estabelecimento de limites	+ +
Jurkowski et al. ²⁸ (2014): • Estudo-piloto • Seis semanas • EUA • <i>Head Start</i>	• GI: n=154 • Pais de crianças entre dois e cinco anos • Centros Head Start	• GI: Os pais foram treinados como cofacilitadores do programa e conduziram sessões • As sessões incluíam: sessões de café familiares com um especialista em nutrição e seis sessões em grupo que abordaram as necessidades práticas dos pais	• Autoeficácia dos pais: dieta, peso, TV	+ / –
Enebrink et al. ²⁹ (2015): • Estudo piloto • 4 sessões • Suécia • ABC para os pais	• GI: n=104 • Pais de crianças entre 2 e 12 anos (63,5% de 2 a 6 anos) • Centros de Atendimento	• GI: receberam sessões em grupo sobre parentalidade positiva • Sessões psicoeducacionais e experimentais • Desempenho de papéis e discussão de situações • Acesso ao website	Ferramenta para medir a autoeficácia dos pais • Empatia/Entendimento • Orientações • Regras/Disciplina • Autocompetência • Conhecimento/Experiência	+ + + + +
Leung et al. ³⁰ (2014): • ECCR • 20 sessões • Hong Kong • Programa de Visitas Domiciliares [<i>Healthy Start</i>]	• GI: n=84; GC: n=107 • Pais de crianças em idade pré-escolar (média 3,77 DP=0,72 anos no grupo de controle e 3,78 DP=0,75 anos no grupo de intervenção) • Pré-escolas	• GI: 20 sessões que abrangeram estratégias para promover o desenvolvimento da criança na saúde física, áreas cognitivas e psicossociais • Desempenho de papéis e minipalestras • Atividades a serem feitas com os filhos • Visitas domiciliares • Materiais educacionais • GC: conversas com os pais	Índice de Estresse dos Pais • Estresse dos Pais Escala de Autoeficácia Geral • Autoeficácia Questionário de Apoio Social Funcional Duke-UNC • Apoio Social	– – –

Tabela 1 (Continuação)

Estudo, projeto e duração da intervenção País Nome do programa	Participantes e ambiente	Características da intervenção	Ferramentas variáveis	Resultados ^a
Haines et al. ³¹ (2016): • ECCR • Nove semanas • EUA • Pais e Filhos Juntos [Parents and Tots Together]	• GI: n=56; GC: n=56 • Famílias com crianças entre dois e cinco anos • Centros de Saúde Comunitária	• GI: intervenção para prevenção da obesidade com base familiar por meio de sessões em grupo • Material educacional • Manual e DVD • Lição de casa • GC: foram enviados materiais educacionais publicamente disponíveis sobre promoção da saúde	Questionário de Parentalidade; Questionário de Cuidado da Criança Autoeficácia dos pais: • Confiança na parentalidade em geral • Práticas de parentalidade em geral: afetividade • Disciplina • Restrição de práticas de alimentação dos pais Escala de Parentalidade • Laxismo • Super-reatividade	-- -- +
Khowaja et al. ³² (2016): • Ensaio clínico, estudo piloto • Seis semanas • Paquistão	• GI: n=30; GC: n=30 • Mães de crianças entre dois e cinco anos • Centros de saúde da família	• GI e GC: discussão em grupo, autorreflexão, desempenho de papéis, vídeos • GI: sessões em grupo com foco em habilidades de parentalidade positiva com um guia de parentalidade • GC: educação de saúde para educação dos filhos no dia a dia e práticas de cuidado		NS

AF, atividade física; GC*, grupo de participantes receberam o certificado; ECCR, ensaio clínico controlado e randomizado; GC, grupo de controle; HENRY, Saúde, Exercício, Nutrição para os Muito Jovens; GI, grupo de intervenção; NC, grupos de participantes que não receberam o certificado; OPPTS, prevenção da obesidade e apoio à parentalidade; PS, grupo de apoio à parentalidade.

^a +indica $p < 0,05$; +/-, mudança insignificante; -, sem mudança significativa; NS, não consta.

Métodos de estudo

Os modelos de estudo incluíam ensaios clínicos randomizados controlados^{18-20,25-32} (n=11) e estudos quase-experimentais²¹⁻²⁴ (n=4). Dez estudos dividiram a amostra em dois grupos^{18,19,21-24,26,30-32} e um dividiu a amostra em quatro grupos.²⁰ Quase metade era de estudos-piloto (tabela 1).^{18,22,24,28,29,32}

Os métodos de avaliação de competência dos pais variaram entre os estudos. A maioria incluiu um componente de avaliação subjetiva do resultado,^{18-25,27-32} usaram diversas escalas, e três consideraram um componente de avaliação objetiva por meio de observações com base em diretrizes.^{19,21,23} Outros três estudos relataram avaliações por meio de grupos focais e registros para avaliar a satisfação dos pais com o programa e como ele ajudou em sua parentalidade (tabela 2).^{24,25,29}

A autoeficácia dos pais foi a principal variável analisada em 12 estudos.^{18-22,24,27-32} Diversas escalas ou questionários foram usados para avaliar essa variável, inclusive a Escala de Autoeficácia dos Pais, a Escala de Autoeficácia Geral, a Ferramenta para Medir a Autoeficácia dos Pais, a Escala de Eficácia dos Pais, o Questionário de Cuidado da Criança e o Questionário de Autoação dos Pais (tabela 1).

O acompanhamento dos estudos variou de oito semanas a 24 meses, apesar de, em geral, ter sido de curto prazo.

Avaliação qualitativa

A avaliação qualitativa dos estudos apresentou duas dimensões: a adequação conceitual da intervenção e a abordagem metodológica do estudo. Nessa, como pode ser visto na tabela 2, apenas três estudos mencionaram alguma referência teórica especificamente a respeito da competência dos pais.^{19,21,29} Dez estudos fizeram referência explícita a habilidades dos pais^{18-21,24,27-30,32} e sete estudos desenvolveram aspectos como autoeficácia, autorregulação ou pais como modelo, usaram teorias com base em habilidades ou competência dos pais.^{19,21-23,26,27,29} Cinco dos estudos incluídos mencionaram estilos de parentalidade que forneciam valores significativos para o desenvolvimento de um estilo autoritário ou democrático para educar crianças.^{20,21,26,27,32} Apenas um estudo considerou as escolas um ambiente-chave.²⁰ Dois estudos incluíam estratégias para garantir a fidelidade da intervenção proposta. Mais especificamente, isso foi feito através do registro de algumas das sessões em grupo para avaliar a adesão do facilitador ao conteúdo do programa ou do uso de um guia para avaliar se as sessões eram feitas corretamente.^{19,29}

Em termos de qualidade metodológica (tabela 3), quatro estudos foram considerados de alta qualidade.^{20,26,30,31} Oito estudos tinham qualidade moderada,^{18,19,23,25,27-29,32} metade deles (n=4) não tinha um grupo de comparação.^{25,27-29} Por fim, três deles tinham baixa qualidade metodológica.^{21,22,24}

Tabela 2 Principais componentes de intervenções de competência dos pais

	Harvey-Berino e Rourke ¹⁸ (2003)	Martín et al. ¹⁹ (2004)	Ayala et al. ²⁰ (2010)	Dekovic et al. ²¹ (2010)	Davison et al. ²² (2011)
Falou sobre competência dos pais	X	✓	X	✓	X
Falou sobre habilidades dos pais	✓	✓	✓	✓	X
Usou teorias com base em habilidades ou competência dos pais	X	✓	X	✓	✓
Estilos de vida:					
-Dieta	✓	X	✓	X	X
-Exercício	✓	X	✓	X	✓
-Tempo de tela	✓	X	✓	X	✓
Foco na promoção da saúde da criança	X	X	X	X	✓
Foco na parentalidade positiva	X	✓	X	X	X
Falou sobre estilos de parentalidade	X	X	✓	✓	X
Incluiu ambos os pais	X	X	✓	X	✓
Incluiu escolas	X	X	✓	X	X
Usou sessões em grupo para os pais	X	✓	X	X	X
Incentivou o desenvolvimento de atividades familiares em casa	✓	X	X	X	X
Avaliados objetivamente	X	✓	X	✓	X
Avaliados subjetivamente pela percepção dos pais	✓	✓	✓	✓	✓
	Sweitzer et al. ²³ (2011)	Kennett e Chislett ²⁴ (2012)	Lohse et al. ²⁵ (2012)	Østbye et al. ²⁶ (2012)	Willis et al. ²⁷ (2014)
Falou sobre competência dos pais	X	X	X	X	X
Falou sobre habilidades dos pais	X	✓	X	X	✓
Usou teorias com base em habilidades ou competência dos pais	✓	X	X	✓	✓
Estilos de vida:					
-Dieta	✓	X	✓	✓	✓
-Exercício	X	X	X	✓	✓
-Tempo de tela	X	X	X	✓	X
Foco na promoção da saúde da criança	X	X	✓	✓	X
Foco na parentalidade positiva	X	X	X	X	X
Falou sobre estilos de parentalidade	X	X	X	✓	✓
Incluiu ambos os pais	X	X	X	X	X
Incluiu escolas	X	X	X	X	X
Usou sessões em grupo para os pais	X	X	X	X	X
Incentivou o desenvolvimento de atividades familiares em casa	✓	✓	✓		✓
Avaliados objetivamente	✓	a	a	X	X
Avaliados subjetivamente pela percepção dos pais	✓	✓	✓	X	✓

Tabela 2 (Continuação)

	Jurkowski et al. ²⁸ (2014)	Enebrink et al. ²⁹ (2015)	Leung et al. ³⁰ (2014)	Haines et al. ³¹ (2016)	Khowaja et al. ³² (2016)
Falou sobre competência dos pais	X	✓	X	X	X
Falou sobre habilidades dos pais	✓	✓	✓	✓	✓
Usou teorias com base em habilidades ou competência dos pais	X	✓	X	X	X
Estilos de vida:					
-Dieta	✓	X	✓	✓	X
-Exercício	✓	X	✓	✓	X
-Tempo de tela	✓	X	X	X	X
Foco na promoção da saúde da criança	✓	✓	✓	✓	✓
Foco na parentalidade positiva	X	✓	X	X	✓
Falou sobre estilos de parentalidade	X	X	X	X	✓
Incluiu ambos os pais	✓	✓	✓	✓	X
Incluiu escolas	X	X	X	X	X
Usou sessões em grupo para os pais	✓	✓	X	✓	✓
Incentivou o desenvolvimento de atividades familiares em casa	✓	✓	✓	✓	✓
Avaliados objetivamente	X	^a	X	X	X
Avaliados subjetivamente pela percepção dos pais	✓	✓	✓	✓	✓

^a Detalhes insuficientes para confirmar.

Tanto a falta de um grupo de comparação quanto a não randomização da amostra foram consideradas limitações importantes.

Resultados da intervenção

O principal objetivo da maioria dos estudos foi a autoeficácia dos pais. Como sugere a [tabela 1](#), apesar de a autoeficácia dos pais ter sido alvo de 12 estudos, apenas quatro a consideraram como variável de resultado e todos eles usaram diferentes medidas de resultado.^{19,24,27,29} Apenas o estudo de Martin et al.¹⁹ relatou uma maior autoeficácia dos pais na medição pós-intervenção no grupo de intervenção ($5,34 \pm 0,64$) em comparação com a medição inicial do grupo de controle ($4,49 \pm 0,54$). Aparentemente, Kennett e Chislett²⁴ relataram um aumento significativo nas variáveis de pais que receberam o certificado após a intervenção (pós-intervenção: $37,30 \pm 4,63$, acompanhamento: $37,00 \pm 4,39$). Enebrink et al.²⁹ verificaram um aumento significativo nos componentes das pontuações de autoeficácia dos pais como regras e disciplina (pré-intervenção: $42,20 \pm 9,97$; pós-intervenção: $45,94 \pm 8,58$; e acompanhamento: $46,80 \pm 9,36$) ou empatia e entendimento (pré-intervenção: $49,85 \pm 7,18$; pós-intervenção: $53,69 \pm 5,40$; e acompanhamento: $52,41 \pm 8,22$). Por fim, no quarto estudo, as pontuações de autoeficácia dos pais aumentaram ao longo do tempo (início: $12,55 \pm 4,26$, pós-intervenção: $14,96 \pm 2,70$ e acompanhamento $15,34 \pm 2,72$).²⁷

Outros três estudos relataram uma maior autoeficácia dos pais apenas com relação a alguns componentes específicos. Dois deles relacionados ao controle do tempo de TV (grupo de intervenção, pré-intervenção: $3,93 \pm 0,81$; pós-intervenção: $4,05 \pm 0,82$)²⁸ (diferença entre grupos no pós-intervenção: $3,32$),²² outros relacionados à restrição das práticas de alimentação dos pais (grupo de intervenção no pós-intervenção: $-0,32 \pm 0,61$, em comparação como grupo de controle no pós-intervenção: $-0,04 \pm 0,56$).³¹ Três estudos não encontraram alterações na autoeficácia dos pais^{20,30,31} e dois não refletiram os resultados.^{18,32}

Quatro dos estudos avaliaram o senso de competência dos pais.^{21,24,26,29} Apenas dois deles relataram efeitos da intervenção significativos, aqueles de qualidade baixa e moderada. Dekovic et al.²¹ relataram pontuações mais elevadas no senso de competência dos pais no grupo de intervenção ($0,01 \pm 0,01$) em comparação com o grupo de controle ($0,03 \pm 0,01$). O estudo com apenas um grupo encontrou pontuações mais elevadas na autocompetência dos pais (pré-intervenção: $47,29 \pm 7,76$; pós-intervenção: $51,02 \pm 7,11$; e acompanhamento $49,86 \pm 8,93$).²⁹ Os outros dois estudos não relataram alterações na autopercepção de competência dos pais.^{24,26}

Discussão

Os resultados desta análise sistemática não fornecem evidências de que as intervenções analisadas fizeram uma

Tabela 3 Qualidade do estudo com base no guia CASPe

Estudos	Questões eliminatórias			Questões detalhadas		Qualidade Baixa Moderada Alta
	O estudo teve como base uma questão claramente definida?	A seleção dos participantes foi aleatória?	Todos os participantes foram adequadamente considerados até o fim do estudo?	Os grupos eram semelhantes no início do ensaio clínico?	Os grupos são tratados igualmente?	
Harvey-Berino e Rourke ¹⁸ (2003)	Sim	Sim	Não	Sim (dados não constam)	Sim	Moderada
Martín et al. ¹⁹ (2004)	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Moderada
Ayala et al. ²⁰ (2010)	Sim	Sim	Sim	Não consta	Sim	Alta
Dekovic et al. ²¹ (2010)	Sim	Não	Não	Não consta	Sim	Baixa
Davison et al. ²² (2011)	Sim	Não	Não	Não	Não	Baixa
Sweitzer et al. ²³ (2011)	Sim	Sim, centros aleatórios	Sim	Sim (dados não constam)	Não consta	Moderada
Kennett e Chislett ²⁴ (2012)	Sim	Não	Não	Sim, exceto o nível de escolaridade	Não	Baixa
Lohse et al. ²⁵ (2012)	Sim	NA	Sim	NA	NA	Moderada
Østbye et al. ²⁶ (2012)	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Alta
Willis et al. ²⁷ (2014)	Sim	NA	Sim	NA	NA	Moderada
Jurkowski et al. ²⁸ (2014)	Sim	NA	Sim	NA	NA	Moderada
Enebrink et al. ²⁹ (2015)	Sim	NA	Sim	NA	NA	Moderada
Leung et al. ³⁰ (2014)	Sim	Sim, escolas aleatórias	Sim	Sim, exceto visitas hospitalares e status do núcleo familiar antes da intervenção	Sim	Alta
Haines et al. ³¹ (2016)	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Alta
Khowaja et al. ³² (2016)	Sim	Não	Não	Sim, exceto renda mensal	Sim	Moderada

NA, não aplicável.

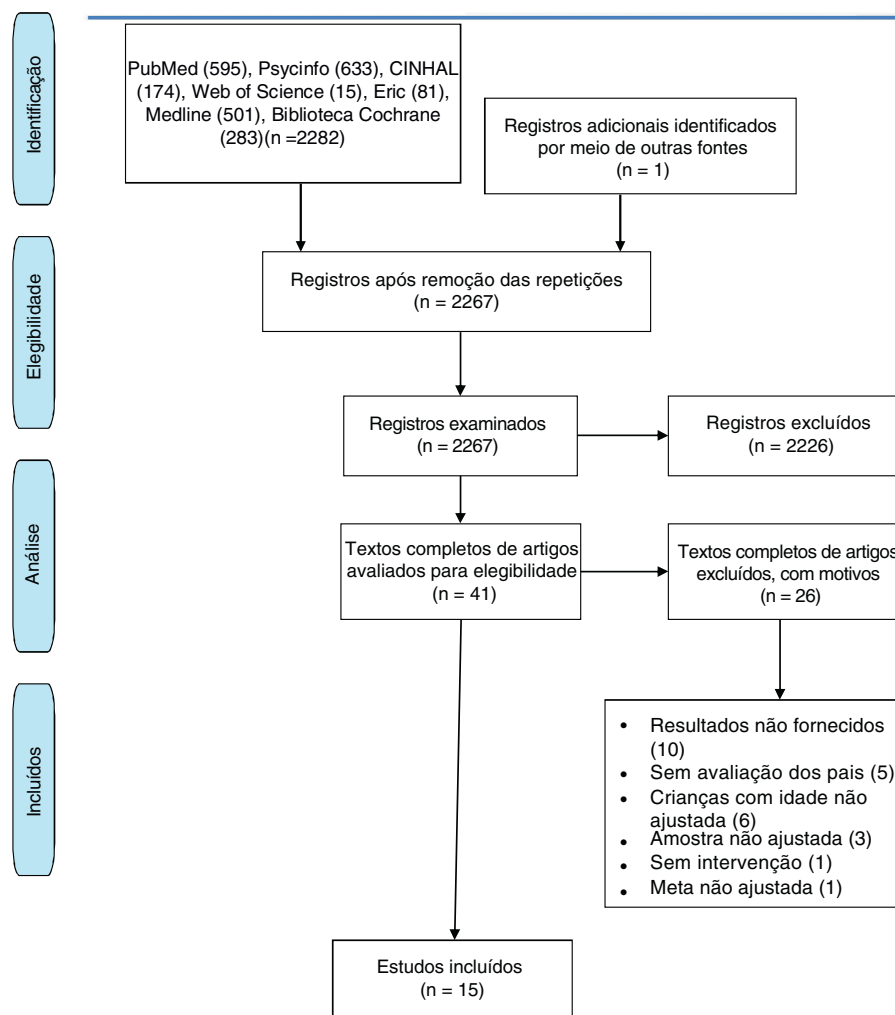


Figura 1 Fluxograma Prisma.

diferença significativa em termos de aprimorar a competência dos pais para promoção da saúde das crianças. Entretanto, há várias questões que merecem atenção. Nesta análise, pareceu haver uma tendência de que os estudos considerados metodologicamente consistentes não encontrassem diferenças estatisticamente significativas nos principais resultados. Isso pode ser devido parcialmente à heterogeneidade das escalas usadas, inclusive ferramentas não validadas. Também pode ser que as intervenções estivessem em seu estágio inicial de desenvolvimento. Esse fato pode ter feito com que os pesquisadores se concentrassem no desenvolvimento conceitual em detrimento da qualidade metodológica, o que pode ter feito com que eles se enquadrassem no subgrupo de qualidade metodológica moderada-baixa. Um trabalho anterior indicou que isso é comum e destacou a dificuldade de fazer essas intervenções quando os componentes intrínsecos do indivíduo precisam primeiramente ser desenvolvidos e avaliados.³⁴ Esse tipo de intervenção, que inclui a interação de diversos componentes, apresenta vários desafios para os avaliadores, inclusive dificuldades práticas e metodológicas, de acordo com a natureza das intervenções complexas.³⁵

Estudos que avaliaram a autoeficácia dos pais forneceram detalhes limitados sobre as atividades de intervenção. De

acordo com Bandura^{36,37} e outros autores,³⁸ para promover a autoeficácia é necessário considerar as quatro estratégias a seguir: as conquistas da execução, a experiência delegada, a persuasão verbal e os estados fisiológicos do indivíduo. Nenhum dos estudos pareceu aplicá-las. A falta de explicação a respeito dos mecanismos de mudança esperados dos indivíduos avaliados dificultou verificar se o efeito observado na autoeficácia dos pais foi uma consequência direta da intervenção. Na avaliação da fidelidade e qualidade da implantação, esclarecer os mecanismos esperados e identificar outros fatores contextuais relevantes são importantes aspectos para o desenvolvimento dessas intervenções complexas, as evidências disponíveis parecem limitadas nesses termos.³⁹

Além disso, a ausência de estimativas com relação ao tamanho do efeito e a diversidade das medições aplicadas nos estudos tornam as comparações entre os estudos desafiadoras. Da mesma forma, a falta de um grupo de controle adequado afeta a validade interna de alguns dos estudos incluídos.^{40,41}

Outro aspecto que precisa ser destacado é a conceitualização limitada observada em alguns dos estudos a respeito da competência e das habilidades dos pais. Essa área de pesquisa pode ser considerada relativamente

nova (a maioria dos trabalhos incluídos nesta análise foi publicada nos últimos sete anos) e ainda parece não haver um consenso sobre quais são as habilidades necessárias para ser uma mãe ou um pai competente.⁴² Isso pode explicar a variedade das habilidades abordadas nas intervenções. Mais especificamente, a falta de teorização pode implicar o fato de a maioria dos estudos ter tido como foco habilidades práticas, normalmente limitadas a recomendações concretas sobre dieta ou exercícios. Isso, além de prejudicar a adoção de uma perspectiva global sobre a função dos pais e seus componentes, implica que as intervenções tenham tendência para uma metodologia informativa na qual os pais normalmente são receptores passivos de informações.^{43,44} Há evidências que mostram que essa abordagem não oferece os melhores resultados para a aquisição de habilidades e comportamentos saudáveis.^{45,46}

Em segundo lugar, diversos estudos tiveram como base a autoeficácia dos pais ou a competência percebida dos pais como um aspecto-chave de suas intervenções com os pais. Entretanto, a falta de conceitualização mencionada implica que a autoeficácia dos pais e a competência percebida sejam escolhidas isoladamente, sem ser posicionadas em um conjunto de habilidades e sem uma estrutura que identifique um grupo de habilidades específicas.⁸ Como resultado, não há distinção clara entre os constructos da intervenção, ou os termos acabaram usados indistintamente. Isso pode explicar a grande variedade de ferramentas usadas. Além disso, a maioria dos estudos não usou uma avaliação objetiva.^{24,25,29} Isso de acordo com investigações anteriores.^{47,48}

Conforme constatado nesta análise, as pesquisas sobre competência dos pais de uma perspectiva de promoção da saúde atualmente florescem. Isso é oportuno devido à necessidade cada vez maior de auxiliar os pais, em um momento em que agendas cheias, demandas profissionais e sociais deixam pouco espaço para um treinamento abrangente sobre as habilidades necessárias para a parentalidade.⁴⁹ Também coincide com o alto interesse internacional no desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde com múltiplos componentes que vão além das mensagens tradicionais de estilo de vida saudável e estão mais perto de atender às necessidades intrínsecas dos pais, como promulgado pelo Conselho Europeu nas recomendações e pela Sociedade Americana para o Cuidado Positivo de crianças.^{13,50} A fim de avançar as pesquisas nessa área, há várias questões decorrentes desta análise que precisam ser consideradas em futuras pesquisas. São necessários estudos mais rigorosos para contribuir para o desenvolvimento de intervenções efetivas para promover as competências dos pais. Antes de projetar estudos de avaliação de grande escala, deve ser dada atenção à identificação cuidadosa e abrangente de modelos conceituais e mecanismos de intervenção para obter um entendimento mais abrangente da intervenção a ser projetada. Nesse processo, também deve ser dada atenção a métodos de avaliação. Esses métodos devem incluir uma dimensão objetiva, bem como ter como foco o uso de escalas validadas para a dimensão subjetiva.

Conclusão

Até onde sabemos, esta é a primeira análise de intervenções de saúde com foco na competência dos pais para promover estilos de vida saudáveis em crianças, com foco

na qualidade conceitual. Ao identificar a autoeficácia dos pais como um componente-chave a ser considerado nas intervenções dos pais, ele oferece uma síntese das evidências disponíveis e uma ideia para futuras pesquisas, bem como recomendações.

Encontramos evidências inconsistentes sobre a eficácia de programas para promoção da competência e das habilidades dos pais no contexto de estilos de vida saudáveis das crianças. Futuros estudos devem assegurar uma estrutura teórica consistente para embasar a intervenção e os métodos de avaliação. É necessário avançar o conhecimento sobre estratégias para fortalecer os pais em seu papel de promoção da saúde das crianças. A competência e as habilidades dos pais precisam ser ampliadas na prática de promoção da saúde e na agenda de pesquisas. Há margem para aprimorar a colaboração interdisciplinar na implantação de programas de parentalidade positiva. São necessárias mais evidências sobre a autoeficácia dos pais como um elemento central no desenvolvimento das competências dos pais para a promoção de estilos de vida saudáveis na infância.

Limitações

Apesar de todos os esforços terem sido feitos para reduzir possíveis vieses nesta análise, alguns estudos podem ter sido ignorados como resultado do filtro de pesquisa em inglês e espanhol. Além disso, devido às ferramentas de medição de resultados divergentes e precárias, não conseguimos sintetizar os dados quantitativamente por meio de metanálise. Contudo, usamos o guia CASPe para minimizar a possibilidade de viés.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

À Associação de Amigos da Universidade de Navarra por seu apoio.

Referências

1. Mistry KB, Minkovitz CS, Riley AW, Johnson SB, Grason HA, Dubay LC, et al. A new framework for childhood health promotion: the role of policies and programs in building capacity and foundations of early childhood health. *Am J Public Health.* 2012;102:1688–96.
2. Guyer B, Ma S, Grason H, Frick KD, Perry DF, Sharkey A, et al. Early childhood health promotion and its life course health consequences. *Acad Pediatr.* 2009;9:142–9.
3. Janz KF, Dawson JD, Mahoney LT. Tracking physical fitness and physical activity from childhood to adolescence: the Muscatine study. *Med Sci Sport Exer.* 2000;32:1250–7.
4. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics.* 1998;101:539–49.
5. Ortega Navas MC. La familia como agente promotor de estilos de vida saludables. Madrid: The Family Watch. Rede Informal de Documentación sobre La Salud Psicosocial de la Familia, Doc. N° 51; 2014.
6. Christensen P. The health-promoting family: a conceptual framework for future research. *Soc Sci Med.* 2004;59:377–87.

7. Holland J, Mauthner M, Sharpe S. Family matters: communicating health messages in the family. London: Health Education Authority Family Health Research Reports. Health Education Authority; 1996.
8. Belsky J. The determinants of parenting: a process model. *Child Dev.* 1984;55:83–96.
9. Manzano A, Martín JL, Sánchez M, Rekorgorri J, Cruz N, Olbarrieta F, et al. Sistema de indicadores para la evaluación de programas de parentalidad positiva. Dirección de política familiar y comunitaria. Basque Government: Department of Employment and Social Affairs; 2012.
10. Sadler LS, Anderson SA, Sabatelli R. Parental competence among African American adolescent mothers and grandmothers. *J Pediatr Nurs.* 2001;16:217–33.
11. Abidin RR. The determinants of parenting behavior. *J Clin Child Psychol.* 1992;21:407–12.
12. Sabatelli RM, Waldron RJ. Measurement issues in the assessment of the experiences of parenthood. *J Marriage Fam.* 1995;57:969–80.
13. Dute J. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. *Eur J Health Law.* 2008;15:79–98.
14. Martínez González RA. Programa-guía para el desarrollo de habilidades y competencias parentales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
15. World Health Organization (WHO). Global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation. Geneva: WHO; 2006.
16. Kishore J, Anand T, Ingle GK. Awareness about lifestyle diseases associated risk factors in school going children in Delhi. *J Nurs Sci Pract.* 2011;1:1–9.
17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009;151:264–9.
18. Harvey-Berino J, Rourke J. Obesity prevention in preschool Native-American children: a pilot study using home visiting. *Obes Res.* 2003;11:606–11.
19. Martín JC, Máiquez ML, Rodrigo MJ, Correa AD, Rodríguez G. Evaluación del programa "Apoyo personal y familiar" para madres y padres en situación de riesgo psicosocial. *Infancia y aprendizaje.* 2004;27:437–45.
20. Ayala GX, Elder JP, Campbell NR, Arredondo E, Baquero B, Crespo NC, et al. Longitudinal intervention effects on parenting of the Aventuras para Niños study. *Am J Prev Med.* 2010;38:154–62.
21. Deković M, Asscher JJ, Hermans J, Reitz E, Prinzie P, Van Den Akker AL. Tracing changes in families who participated in the Home-Start Parenting Program: parental sense of competence as mechanism of change. *Prev Sci.* 2010;11:263–74.
22. Davison KK, Edmunds LS, Wyker BA, Young LM, Sarfoh VS, Sekhobo JP. Feasibility of increasing childhood outdoor play and decreasing television viewing through a family-based intervention in WIC, New York State, 2007–2008. *Prev Chronic Dis.* 2011;8:A54.
23. Sweitzer SJ, Briley ME, Roberts-Gray C, Hoelscher DM, Harrist RB, Staskel DM, et al. Psychosocial outcomes of Lunch is in the Bag, a parent program for packing healthful lunches for preschool children. *J Nutr Educ Behav.* 2011;43:536–42.
24. Kennett DJ, Chislett G. The benefits of an enhanced Nobody's Perfect Parenting Program for child welfare clients including non-custodial parents. *Child Youth Serv Rev.* 2012;34:2081–7.
25. Lohse B, Rifkin R, Arnold K, Least C. A digital program informs low-income caregivers of preschool-age children about family meals. *J Nutr Educ Behav.* 2012;44:256–61.
26. Østbye T, Krause KM, Stroo M, Lovelady CA, Evenson KR, Peterson BL, et al. Parent-focused change to prevent obesity in preschoolers: results from the KAN-DO study. *Prev Med.* 2012;55:188–95.
27. Willis TA, George J, Hunt C, Roberts KP, Evans CE, Brown RE, et al. Combating child obesity: impact of HENRY on parenting and family lifestyle. *Pediatr Obes.* 2014;9:339–50.
28. Jurkowski JM, Lawson HA, Mills LL, Wilner PG 3rd, Davison KK. The empowerment of low-income parents engaged in a childhood obesity intervention. *Fam Community Health.* 2014;37:104–18.
29. Enebrink P, Danneman M, Mattsson VB, Ulfssdotter M, Jalling C, Lindberg L. ABC for parents: pilot study of a universal 4-session program shows increased parenting skills, self-efficacy and child well-being. *J Child Fam Stud.* 2015;24:1917–31.
30. Leung C, Tsang S, Heung K. The effectiveness of Healthy Start Home Visit Program cluster randomized controlled trial. *RSWP.* 2014;25:322–33.
31. Haines J, Rifas-Shiman SL, Gross D, McDonald J, Kleinman K, Gillman MW. Randomized trial of a prevention intervention that embeds weight-related messages within a general parenting program. *Obesity.* 2016;24:191–9.
32. Khowaja Y, Karmaliani R, Hirani S, Khowaja AR, Rafique G, McFarlane J. A pilot study of a 6-week parenting program for mothers of pre-school children attending family health centers in Karachi, Pakistan. *IJHPM.* 2016;5:91–7.
33. Cabello JB, CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una revisión sistemática. In: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. p. 13–7. Cuaderno I.
34. Hallberg IR. Moving nursing research forward towards a stronger impact on health care practice? *Int J Nurs Stud.* 2009;46:407–12.
35. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions. London: MRC Council; 2011.
36. Bandura A. Self-efficacy in changing societies. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1995.
37. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
38. Herrera IM, Medina S, Fernández T, Ruieda S, Cantero FJ. Bases para el desarrollo de la autoeficacia en programas para la promoción de la actividad física. *Apunt Psicol.* 2013;31:109–16.
39. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2015;350:h1258.
40. Coe R, Merino C. Magnitud del efecto: una guía para investigadores y usuarios. *Rev Psicol (PUCP).* 2003;21:147–77.
41. Arnau J. Los diseños experimentales en psicología. *Anu Psicol.* 1975;12:3–52.
42. Rodrigo López MJ, Martín Quintana JC, Cabrera Casimiro E, Máiquez Chaves ML. Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Interv Psicosoc.* 2009;18:113–20.
43. Peñalvo JL, Santos-Beneit G, Sotos-Prieto M, Martínez R, Rodríguez C, Franco M, et al. A cluster randomized trial to evaluate the efficacy of a school-based behavioral intervention for health promotion among children aged 3 to 5. *BMC Public Health.* 2013;13:656.
44. Brown J, Collins A, Duguid P. La cognición situada y la cultura del aprendizaje. *Kikiriki.* 1995;39:46–60.
45. Máiquez ML, Rodrigo J, Capote C, Vermaes I. Aprender en la vida cotidiana. Un programa experiencial para padres. Madrid: Visor; 2010.
46. Spain. Ministry of Health. Formación y educación para la salud. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
47. Martín-Quintana JC, Máiquez M, Rodrigo M, Byrne S, Rodríguez B, Rodríguez G. Programas de educación parental. *Interv Psicosoc.* 2009;18:121–33.
48. Stattin H, Enebrink P, Özdemiş M, Giannotta F. A national evaluation of parenting programs in Sweden: the short-term effects using an RCT effectiveness design. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83:1069–84.
49. Sadler LS, Anderson SA, Sabatelli RM. Parental competence among African American adolescent mothers and grandmothers. *J Pediatr Nurs.* 2001;16:217–33.
50. American Society for the Positive Care of Children. Positive parenting. Carlsbad, EU. Available from: <http://americanspcc.org/parenting/positive-parenting/> [cited 10/01/17].