

ESTILO PARENTAL, FILHOS ADOLESCENTES E TRANSPLANTE HEPÁTICO

Beatriz Elizabeth Bagatin Bermudez

Saúde da Criança e do Adolescente, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR
Email- beatriz_bvb@hotmail.com

Maria de Fátima Minetto

Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR

Mariane Bagatin Bermudez

Medicina, Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE)

Fecha de Recepción: 9 Febrero 2014

Fecha de Admisión: 30 Marzo 2014

ABSTRACT

The biological, psychological and social developmental changes that occur during adolescence place the transplanted adolescent at an even higher risk of non-adherence and poor outcome than other age groups. Our aim is check whether parenting style influences the post-liver transplant outcome after liver transplantation. **Participants and Methods:** Exigency and responsiveness scale was applied to 30 liver transplanted adolescents and young adults (12-30 years old). Chi square test was used to correlate frequency of parental style with adherence, clinical rejection and rejection in biopsy. **Results:** 57% parents were classified as authoritative or responsive. 13/30 were non responsive, which were further sub classified as negligent 30%, permissive 10% and authoritarian 3%. There was no significant difference in parenting style comparing the compliant and noncompliant groups ($X^2 = 0.52$, $p = 0.37$), as well as between groups with and without clinical rejection ($X^2=0,34$, $p=0,42$) and between groups with and without biopsy proven rejection ($X^2=0,81$, $p=0,30$). **Conclusions:** Parenting style had no influence in adherence, clinical or biopsy proven rejection in this group of young patients that underwent liver transplantation. Since compliance and rejection may be modified by multiple factors, a larger sample analyses would be necessary to confirm these data.

Keywords: Parenting style, adolescent; liver transplant.

RESUMO

As transformações biopsicossociais da adolescência colocam os adolescentes transplantados de fígado em maior risco de não aderência ao tratamento e piora da evolução quando comparados a outros grupos etários. **Objetivo:** Verificar se o estilo parental influencia na adesão ao tratamento

do pós-transplante hepático. **Método:** A escala de exigência e responsividade foi aplicada para 30 adolescentes transplantados de fígado e adultos jovens (12-30 anos). A correlação da frequência do estilo parental com a adesão, rejeição clínica e rejeição na biópsia foi feito pelo teste do Qui-quadrado. **Resultados:** os achados apontam que 57% adolescentes classificaram seus pais como autoritativos ou responsivos, 43% adolescentes apontaram os pais como não responsivos, subdivididos nos subgrupos: negligente 30%, permissivo 10% e autoritário 3%. Na correlação, não foi observada diferença significativa no estilo parental comparando os grupos aderentes e não aderentes ($X^2 = 0,52$, $p = 0,37$), assim como entre os grupos com e sem rejeição clínica ($X^2 = 0,34$, $p = 0,42$) e entre os grupos com e sem rejeição comprovada por biópsia ($X^2 = 0,81$, $p = 0,30$). **Conclusões:** O estilo parental não teve influência na adesão, rejeição clínica e rejeição à biópsia neste grupo de pacientes jovens transplantados de fígado, uma vez que a aderência aos imunossuppressores e a rejeição podem ser modificadas por múltiplos fatores. É necessário analisar amostra maior para confirmar estes dados.

Palavras-chave: Estilo parental, adolescência; transplante de fígado

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa crucial e bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento, cuja marca registrada é a transformação ligada aos aspectos físicos e psíquicos do ser humano. Esta etapa de passagem entre a infância e a vida adulta é extremamente relevante para a construção do sujeito individual e social, devendo, porém, ser considerados a vulnerabilidade e o risco para uso indevido de drogas, DST, AIDS e gravidez não planejada e um pico de incidência de doença mental (Saito, 2003; Hsu, 2005).

As pessoas receptoras de transplante de órgãos necessitam tomar diariamente um ou mais medicamentos imunossuppressores para manter o enxerto; caso contrário ocorre rejeição, descompensação e se não for tratada pode conduzir à morte. Adolescentes com transplante de órgão sólido com idade entre 18 e 24 anos apresentam taxa de mortalidade mais de duas vezes maior que aqueles entre 12 e 17 anos e quatro vezes mais do que os de 10 a 14 anos. O uso e abuso de drogas aumenta e a taxa de suicídio é três vezes maior que a dos adolescentes entre 12 e 17 anos. Mais de um terço dos adolescentes não têm aderência ao tratamento (Bell and Sawyer, 2010).

As crianças e os adolescentes recebem apoio de suas famílias com intensidades diferentes, o que interfere em atitudes, projetos, percepções. Desde a década de 1930, cientistas têm se preocupado com questões sobre a melhor maneira de educar os filhos e sobre as consequências que podem ser provocadas no desenvolvimento das crianças educadas por diferentes modelos de pais (Weber *et al.*, 2004). A partir dessa ideia, Baumrind (1966) criou um modelo teórico sobre os tipos de controle parental, o que foi um marco nos estudos sobre a educação pais-filhos, servindo como base para um novo conceito de estilos parentais que integra aspectos emocionais e comportamentais. Identificou quatro estilos parentais: autoritário, autoritativo, indulgente-negligente e permissivo. Propôs o estilo autoritativo como sendo o mais efetivo que os outros dois tipos: autoritário e permissivo, o que ficou comprovado em suas pesquisas de observação de crianças. Maior assertividade e maturidade, conduta independente e empreendedora, responsabilidade social foram associadas com o estilo parental autoritativo.

Weber *et al.* (2004) definiram os pais autoritativos como sendo aqueles que tentam direcionar as atividades de suas crianças de maneira racional e orientada; incentivam o diálogo, compartilhando com o filho o raciocínio, solicitam suas objeções quando se recusa a concordar; exercem firme controle nos pontos de divergência, colocando sua perspectiva de adulto, sem restringir a criança, reconhecendo que tem interesses próprios e maneiras particulares; não baseiam sua decisões em consensos ou no desejo da criança. Os pais autoritários, segundo Baumrind (1966), modelam, con-

trolam e avaliam o comportamento da criança de acordo com regras de conduta estabelecidas e normalmente absolutas; estimam a obediência como uma virtude e são a favor de medidas punitivas para lidar com aspectos da criança que entram em conflito com o que eles pensam ser certo. Já os pais permissivos tentam se comportar de maneira não-punitiva e receptiva diante dos desejos e ações da criança; apresentam-se para ela como um recurso para realização de seus desejos e não como um modelo, nem como um agente responsável por moldar ou direcionar seu comportamento.

O estilo parental permissivo foi desmembrado em dois, indulgente e negligente por Maccoby e Martin (1983) ao reorganizaram os protótipos de Baumrind através de duas dimensões: exigência (*demandingness*) e responsividade (*responsiveness*). Então o modo que os filhos percebem seus pais como amorosos e envolvidos é responsividade. A exigência é a avaliação do quanto seus pais os monitoram e supervisionam (Costa, Teixeira e Gomes, 2000). Desta forma, as características de cada estilo puderam ser sistematizadas através destas duas dimensões. Pais autoritários são exigentes e não responsivos, ou seja, as suas exigências estão em desequilíbrio com a aceitação das exigências dos filhos, dos quais se espera que inibam seus pedidos e demandas. Pais indulgentes são responsivos e não exigentes. Pais autoritativos são exigentes e responsivos, ou seja, há uma reciprocidade, os filhos devem responder às exigências dos pais, mas estes também aceitam a responsabilidade de responderem, o quanto possível, a anseios e razoáveis exigências dos filhos. Pais negligentes não são exigentes e nem responsivos e tendem a orientar-se pela esquivas das inconveniências, o que os faz responder a pedidos imediatos da criança apenas de forma a findá-los (Maccoby; Martin, 1983).

Lamborn *et al.* (1991) contribuíram nos estudos sobre estilos parentais quando organizaram as duas escalas que mediam estes dois estilos separadamente, uma de responsividade e outra de exigência. A escala de responsividade mede o quanto o adolescente percebe seus pais como amorosos, responsivos e envolvidos. A escala de exigência mede o quanto os pais monitoram e supervisionam o adolescente. A combinação das dimensões permite classificar o estiloparental dos pais e autoritativo, negligente, autoritário e permissivo.

Os filhos de pais autoritativos têm sido associados sempre a aspectos positivos como melhor desempenho nos estudos (Steinberg; Darling; Fletcher, 1995; Cohen; Rice, 1997), uso de estratégias adaptativas (Aunola; Stattin; Nurmi, 2000), maior grau de otimismo (Weber; Viezzer; Brandenburg, 2002). Enfim, filhos de pais autoritativos são vistos como socialmente e instrumentalmente mais competentes do que os filhos de pais não autoritativos (Darling, 1999).

Os filhos de mães autoritárias em geral apresentam comportamento de externalização (agressão verbal ou física, destruição de objetos, mentira) e de internalização (retração social, depressão, ansiedade) (Oliveira *et al.*, 2002). Em outros estudos os filhos de pais autoritários foram descritos como tendo tendência para um desempenho escolar moderado, sem problemas de comportamento; porém possuem pouca habilidade social, baixa autoestima e alto índice de depressão (Cohen; Rice, 1997; Darling, 1999).

Pesquisas realizadas com apenas os três tipos de estilos (autoritativos, autoritários e permissivos), encontraram que os filhos de pais permissivos tendem a apresentar uso de tabaco e álcool (Cohen; Rice, 1997), baixa capacidade de autorregulação (Patock-Peckham *et al.*, 2001) e baixa habilidade de reação a conflitos (Miller; Diiorio; Dudley, 2002). Quando separados os pais permissivos em indulgentes e negligentes, os resultados mais negativos aparecem relacionados com os filhos de pais negligentes, que possuem o menor desempenho em todos os domínios. Possuem baixo rendimento escolar, sintomas depressivos e baixa autoestima (Darling, 1999, podem ter um desenvolvimento atrasado, problemas afetivos e comportamentais (Quintin, 2001) e possuem maior índice de estresse (Weber *et al.*, 2002).

Além de os estilos parentais influenciarem em diversos aspectos no desenvolvimento dos filhos, podem estar determinando o estilo parental que os filhos vão adotar futuramente com transmissão intergeracional de estilos parentais, como por exemplo, o autoritarismo de avós e mães, ou seja, as filhas educadas por mães autoritárias tenderam a adotar este mesmo estilo parental com seus próprios filhos observado por Oliveira *et al.* (2002).

Então o modo que os filhos percebem seus pais como amorosos, responsivos e envolvidos é responsividade (Costa *et al.*, 2000). Para aos mesmos autores a exigência é a avaliação do quanto seus pais os monitoram e supervisionam. Este conjunto determina o estilo parental da família, que pode ser de quatro modelos: autoritativo, negligente, autoritário e permissivo.

Considerando o exposto acima, o estilo parental pode influenciar a aderência ao tratamento de adolescentes e jovens transplantados hepáticos? O objetivo desta pesquisa é verificar se o estilo parental influencia na aderência tratamento pós-transplante hepático.

PARTICIPANTES E MÉTODO

Este é um estudo quantitativo, explicativo, transversal e consistiu na aplicação da Escala de Exigência e Responsividade de Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch (1991, citada por Weber e colaboradores), adaptadas para o português por Weber, Viezzer & Brandenburg (2002) para 30 adolescentes transplantados de fígado e adultos jovens (12-30 anos) pacientes de 12 a 30 anos que foram submetidos ao transplante hepático na infância ou na adolescência e fazem acompanhamento médico periódico nos ambulatórios do Transplante Hepático Pediátrico e Adulto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. As respostas foram analisados pelo programa estatístico SPSS 13 e foi feita a classificação dos estilos parentais deste grupo.

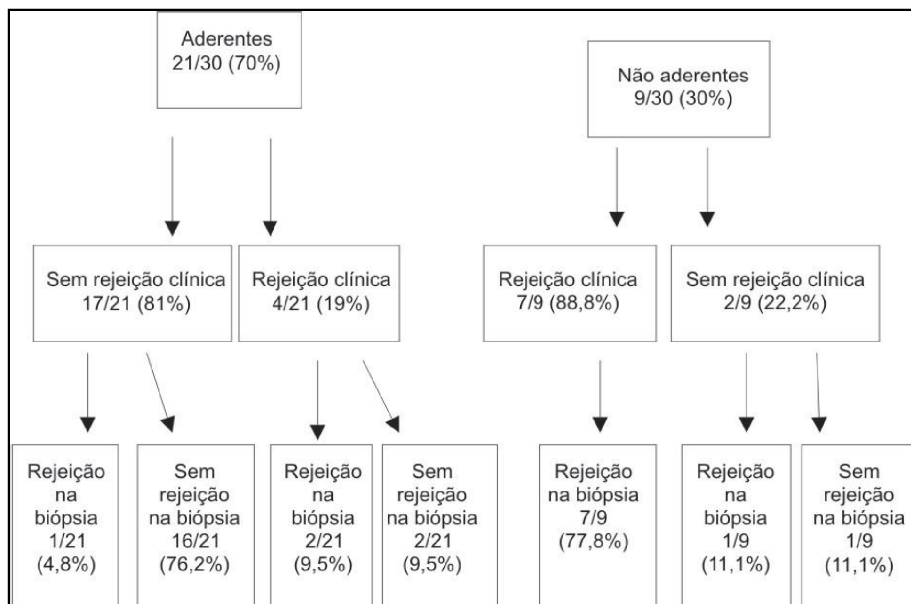
Foi verificado o impacto do estilo parental destes pacientes transplantados de fígado com a aderência à medicação imunossupressora, rejeição clínica e rejeição comprovada à biópsia hepática pelo programa Statistica pelo teste do Qui-quadrado. A aderência ao tratamento imunossupressor foi avaliada pelo depoimento do paciente e da sua família que toma a medicação diariamente nos horários sem omissão ou atraso e também foi verificada na revisão do prontuário.

A rejeição clínica foi considerada quando o paciente apresenta exames laboratoriais da função hepática alterados e pode ocorrer como resultado de baixa adesão ao tratamento imunossupressor, dose inadequada do tratamento imunossupressor ou outra complicação diferente de rejeição. Quando ocorre, é feita a investigação da causa e pode ocorrer melhora com estabilização sem necessidade de proceder biópsia hepática. A biópsia mostra rejeição no exame anatomopatológico quando há infiltrado inflamatório intersticial de células mononucleadas nos espaços porta, endotelialite e por vezes infiltração de linfócitos nos ductulos e presença de eosinófilos.

RESULTADOS

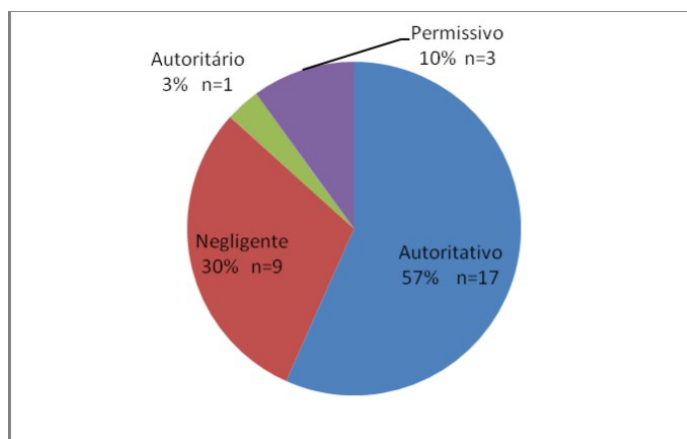
Dos 30 pacientes 09 (30%) eram do gênero feminino e 21 (70%) eram do gênero masculino. Quanto à idade, 09 pacientes (30%) estavam entre 12 e 17 anos (adolescência inicial e média), 15 (50%) entre 18 e 24 anos (adolescência final e juventude) e 6 entre 25 e 30 anos (adulto jovem). Dos 9 pacientes não aderentes, 7 apresentaram rejeição clínica e à biópsia. Um não era aderente e não apresentou rejeição clínica nem na biópsia e um não era aderente, não apresentou rejeição clínica, mas apresentou rejeição na biópsia como pode ser observado na Figura1. A frequência foi boa em 24 pacientes, ou seja, vinham a todas as consultas agendadas e faziam o controle laboratorial solicitado pela equipe médica.

FIGURA 1
Aderência, rejeição clínica e rejeição na biópsia dos 30 pacientes da amostra



Quanto aos estilos parentais, 17/30 (57%) foram classificados como autoritativos ou responsáveis, 9/30 (30%) negligentes, 3/30 (10%) permissivos e 1/30 (3%) autoritário (Figura 2).

FIGURA 2
Classificação dos estilos parentais



Quando foi comparado o estilo parental autoritativo e o estilo parental não responsivo com os grupos aderentes e não aderentes não foi observada diferença significativa ($X^2=0,52$; $p=0,37$), assim como com os grupos com e sem rejeição clínica e os estilos parentais citados ($X^2=0,34$; $p=0,42$), os grupos com rejeição na biópsia e sem rejeição na biópsia ($X^2=0,81$; $p=0,30$) e os grupos com escore baixo e alto do passaporte do responsável ($X^2=2,03$; $p=0,14$) no teste do Qui-quadrado.

DISCUSSÃO

A aderência mostrou-se alta (70%) na amostra de adolescentes e jovens transplantados de 12 a 30 anos, pois, considerando a faixa etária, a não-aderência é maior na adolescência (38 a 64%), menor nas crianças (17%) e intermediária nos adultos (15 a 25%), podendo variar de 7 a 70% (Shemesh, 2004; Rhianthavorn, 2004; Hsu, 2005).

A hipótese era que os pacientes que tinham adesão ao tratamento imunossupressor sem rejeição clínica nem rejeição à biópsia eram pacientes de famílias do estilo parental autoritativo, o que não ocorreu. O estilo parental predominante foi o autoritativo ou responsivo (57%). Este resultado foi diferente de outros trabalhos realizados com populações maiores de crianças e adolescentes típicos de outros estudos realizados em escolas, em que o estilo autoritativo variou de 32,8% (Weber *et al.*, 2004) a 36,7% (Costa; Teixeira; Gomes, 2000). Nestes dois estudos o estilo negligente foi mais frequente, variando de 35,5 a 45,5%.

A existência de uma doença grave causa mudanças profundas na vida da criança ou adolescente, seus pacientes e suas famílias, assim, gerando momentos que desencadeiam expectativas de diferentes naturezas. Assim, a família ao reestruturar sua vida diária para reaprender a cuidar da criança/ adolescente com uma doença crônica. Com isso, construirá nova rotina e adaptação, onde o cuidado especial é nova tarefa diária com novas responsabilidades, custos e dificuldades para o adolescente e a família. Grandes mudanças nas relações familiares podem ocorrer, principalmente relacionados ao estresse parental, isolamento social, comportamentos de superproteção, bem como aumento do risco de desajuste psicológico para o paciente e para o seu irmãos ou pais (Castro, Piccinini, 2002).

Mendes e Bousso (2009) entrevistaram oito famílias com filhos submetidos a transplante hepático e observaram dois fenômenos: a vida controlada pelo transplante que representa a vulnerabilidade da família ao vivenciar incertezas e medo constante pela doença da criança e a luta para resgatar a autonomia, enfrentar o estresse e sofrimento, enfim não poderiam viver como antes. É vital que a equipe de saúde repense na sua própria maneira de organizar o atendimento a esses pacientes, a busca de formas de diminuir as dificuldades vividas pela família, seja com a ampliação do monitoramento, ambulatório ou em casa ea formação de grupos e casas de apoio.

Ter uma doença crônica na adolescência pode afetar positiva ou negativamente o desenvolvimento de várias habilidades desta fase, como no caso do diabetes mellitus tipo1, que influencia em adquirir e manter autonomia prontamente, mesmo com a programação das doses de insulina, principalmente se for por bombas contínuas, cujo domínio tecnológico no manuseio é melhor compreendido e executado pelos próprios pacientes que por seus responsáveis, aumentando sua independência e responsabilidade (Comeaux, 2011). Observou que o desenvolvimento da autonomia é semelhante nos adolescentes saudáveis e com *diabetes mellitus* tipo1 e que a divisão de responsabilidade com os pais com supervisão adequada melhora a saúde mental dos filhos e autocuidado assim como o envolvimento dos pais no manejo da doença está associado com melhor controle metabólico, porém difícil quando os adolescentes resistem a estes esforços dos pais com conseqüente aumento dos conflitos familiares e comprometimento do controle do diabetes (Comeaux, 2011).

O envolvimento do pai é importante no controle do diabetes na adolescência (Shorer, 2011). Um estilo parental autoritativo paterno foi associado à maior adesão ao tratamento, menor dificuldade com o estresse e melhor controle metabólico (Monaghan *et al.*, 2012.). Um estilo parental permissivo materno esteve associado à baixa adesão. A maior sensação de impotência em ambos os pais colaborou para um pior controle glicêmico e menor adesão ao tratamento (Shorer, 2011). Os médicos devem incentivar comportamentos de auto-cuidado e controle metabólico em adolescentes com diabetes tipo 1 e encorajá-los para o estilo parental autoritativo (Greene *et al.*, 2010).

O estilo parental materno não autoritativo teve relação direta com o consumo de álcool na adolescência em um estudo com 273 adolescentes, comprovando que o estilo que as mães usam para interagir com seus filhos pode facilitar o comportamento de risco (Paiva, Bastos e Ronzani, 2012). Baixa auto-estima, menor renda familiar e hostilidade foram associadas à ansiedade na interação social entre os adolescentes (Peng *et al.*, 2011). O estilo parental autoritativo foi fator protetor relacionado ao sobrepeso na adolescência e pode ser importante em relação à ingestão dietética saudável nas adolescentes (Berger *et al.*, 2010). Também o apoio dos pais para atividade física e dieta teve um impacto positivo no controle do excesso de peso de crianças e adolescentes obesos (Ricci *et al.*, 2012). Porém mais pesquisas são necessárias para determinar quais variáveis dos pais, da sociedade ou comunidade podem influenciar as crianças de índios americanos na adesão a uma alimentação saudável e atividade física, especialmente naqueles com sobrepeso ou obesos e para saber a idade em que essas variáveis têm o maior impacto sobre estes comportamentos (Ricci *et al.*, 2012). No entanto, o estilo alimentar negligente foi associado a maior índice de massa corporal sem ligação ao estilo parental (Hennessy, 2010).

Foi constatado não haver diferença significativa entre adolescentes com doença cardíaca congênita e adolescentes típicos nos estilos parentais, ressaltando que um estilo parental autoritativo foi acompanhado por um padrão mais eficiente de resultados, enquanto que pacientes filhos de pais controladores por um padrão mínimo ideal (Luyckx *et al.*, 2011).

O melhor funcionamento da família foi associado à melhor adaptação comportamental após 18 meses após ter tido uma lesão ortopédica ou traumatismo cranio-encefálico. O estilo parental autoritativo associou-se à melhor competência social através do tempo, enquanto a educação permissiva à pior competência social nestes pacientes (Yeates, 2010).

Para explicar os resultados por nós encontrados, levantou-se a possibilidade de que algumas práticas parentais podem ter significados diferentes dependendo das características culturais e podem estar associadas a diferentes objetivos dos pais, como na cultura asiática a disciplina é entendida como benefício para a criança e práticas autoritárias são estratégias dos pais para assegurar a organização, a harmonia e o desenvolvimento moral dos filhos. Já em países da América Latina, Espanha e Itália, onde a maior ênfase é para o afeto, raciocínio, aceitação e envolvimento nas relações, a família tende a ser mais igualitária com efeitos positivos na adolescência (López-Jáuregui, Oliden, 2009).

Também pode-se considerar a necessidade de investigar outras variáveis como a comunicação médico-paciente na adolescência, enfatizado por Oliveira (2004), como uma estratégia essencial no tratamento de doenças crônicas que necessitam de boa ligação entre pais e filhos e a criança deve ser elevada a parceira dos profissionais de saúde precocemente para melhorar seu desenvolvimento psicológico e aderência, pois a qualidade da comunicação determina a qualidade de seus cuidados.

CONCLUSÃO

Embora o estilo autoritativo seja apontado pela literatura como mais adequado, um estilo não responsivo, na amostra desta pesquisa, demonstrou não representar um grande risco para a não-

adesão ao tratamento imunossupressor nos adolescentes transplantados de fígado. É importante destacar que inúmeros outros fatores de risco citados pela Organização Mundial de Saúde, como os fatores socioeconômicos, características do paciente, tipo de doença e tratamento precisam ser considerados. Além disso, a não adesão é um processo dinâmico, o paciente pode estar tomando sua medicação imunossupressora em um momento e em outro não, uma vez que não existe nenhum método para medir continuamente o nível de drogas imunossupressoras.

O apoio psicológico para os pacientes e seus familiares é essencial no transplante de fígado por causa do impacto da doença e do próprio procedimento em sua vida e para orientar os pais a optarem por estratégias educativas adequadas e um estilo parental pode ser útil na melhoria da qualidade de vida desses pacientes e famílias em transplante de fígado. O acompanhamento da família deve um trabalho direcionado aos pais antes da cirurgia para conscientização de sua atitude diante do filho, que favoreça a adesão ao tratamento imunossupressor. Além, é claro, da conscientização dos pais quanto a importância do acompanhamento pós transplante.

REFERÊNCIAS

- Aunola, K., Stattin, H., & Nurmi, J.E. (2000). Parenting styles and adolescents' achievement strategies. *Journal of Adolescence*, 23, 205-222, <http://dx.doi.org/10.1006/jado.2000.0308>
- Baumrind D. (1991). The Influence of Parenting Style on Adolescent Competence and Substance Use. *Journal of Early Adolescence* 11(1),56-95, <http://dx.doi.org/10.1177/0272431691111004>.
- Baumrind D. 1996. Parenting: The Discipline Controversy Revisited. *Family Relations* 45,405-414, <http://dx.doi.org/10.2307/585170>
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37:887-907. <http://dx.doi.org/10.2307/1126611>
- Bell, L., & Sawyer, S.M. (2010). Transition of care to adult services for pediatric solid-organ transplant recipients. *Pediatr Clin N Am*, 57, 593-610, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2010.01.007>
- Berger, J.M., Wall, M., Loth, K., & Neumark-Sztainer, D. (2010). Parenting style as a predictor of adolescent weight and weight-related behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 46, 331-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.004>
- Castro, E. K., Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicol Reflex Crit*, 15,625-635, <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100009>
- Cohen, D. A., & Rice, J. (1997). Parenting styles, adolescent substance use, and academic achievement. *Journal of Drug Education*, 27, 199-211, <http://dx.doi.org/10.2190/QPQQ-6Q1G-UF7D-5UTJ>
- Costa, F. T., Teixeira, M. A. P. & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e exigência: Duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13, 465-473, <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-7972200000300014>.
- Darling, N. (1999). Parenting style and its correlates. ERIC/EECE Publications - Digests. Retirado em 12/02/2002, do ERIC/EECE, <http://ericee.org/pubs/digests.html>
- Greene, M.S, Mandelco, B., Roper, S.O, Marshall, E.S, & Dyches, T. (2010). Metabolic control, self-care behaviors, and parenting in adolescents with type 1 diabetes: a correlational study. *Diabetes Education*, 3,326-36, <http://dx.doi.org/10.1177/0145721710361270>
- Hennessy, E., Hughes, S.O., Goldberg, J.P., Hyatt, R.R., & Economos, C.D. (2010). Parent behavior and child weight status among a diverse group of underserved rural families. *Appetite*, 54, 369-77, <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2010.01.009>
- Hsu, DT. (2005). Biological and psychological differences in the child and adolescent transplant recipient. *Pediatric Transplantation*, 9:416-21, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-3046.2005.00352.x>

- Lamborn S.D., Mounts N.S., Steinberg L., & Dornbusch S.M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62: 1049-1065, <http://dx.doi.org/10.2307/1131151>
- López-Jauregui, A.; Oliden, P. Adaptation of the ESPA29 Parental Socialization Styles Scale to the Basque Language: Evidence of Validity. *The Spanish Journal of Psychology*, v.12,n.2,p.737-745, 2009
- Luyckx K, Goossens E, Missotten L, Moons P, i-DETACH investigators (2011). Adolescents with congenital heart disease: the importance of perceived parenting for psychosocial and health outcomes. *J Dev Behav Pediatr*, 32(9), 651-9. <http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182331e99>
- MacCoby, E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent- child interaction. In: HETHERINGTON, E. M. (Org.). *Handbook of child psychology: socialization, personality, and social development*. 4.ed. New York: Wiley, 4, 1-101.
- Marin, M., & Piccinini, CL. (2007). Comportamentos e práticas educativas maternas em famílias de mães solteiras e famílias nucleares. *Psicologia em Estudo*, 12, 13-22, <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000100003>
- McClure, A.C., Tanski, S.E., Kingsbury, J., Gerrard, M, & Sargent, J.D. (2010). Characteristics associated with low self-esteem among US adolescents. *Academic Pediatrics*, 10, 238-44, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2010.03.007>
- Mendes, Am; Bousso, Rs. (2009) Not being to live like before: the family dynamics during the experience of pediatric liver transplantation. Não podendo viver como antes: a dinâmica familiar na experiência do transplante hepático da criança yRev Latino-am Enfermagem,v.17, n.1, p.74-80.
- Miller, J. M., Diorio, C., Dudley, W. (2002). Parenting style and adolescent's reaction to conflict: Is there a relationship? *J Adolesc Health*, 31, 463-468, [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00452-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00452-4)
- Monaghan, M., Horn, I.B., Alvarez, V., Cogen, F.R., & Streisand, R. (2012). Authoritative Parenting, Parenting Stress, and Self-Care in Pre-Adolescents with Type 1 Diabetes, 19, 255-261, <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-011-9284-x>
- Oliveira, E. A., Marin, A. H., Pires, F. B., Frizzo, G. B., Ravanello, T., Rossato, C.(2002). Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicol Reflex Crit*, 15, 1-11, <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000100009>
- Oliveira, V.Z., Gomes, W.B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia*, 9, 459-469, <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300008>
- Paiva, F.S., Bastos, R.R, & Ronzani, T.M. (2012). Parenting Styles and Alcohol Consumption Among Brazilian Adolescents. *Journal of Health Psychology* first published on January 17, <http://dx.doi.org/10.1177/1359105311428535>
- Patock-Peckham, J. A., Cheong, J., Balhorn, M. E., & Nagoshi, C. T. (2001). A social learning perspective: a model of parenting styles, self-regulation, perceived drinking control, and alcohol use and problems. *Alcohol Clinical Exp Res*,25,1284-1292. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2001.tb02349.x>
- Peng, Z.W., Lam, L.T., & Jin, J. (2011). Factors associated with social interaction anxiety among Chinese adolescents. *East Asian Archives of Psychiatry*, 21,135-41, PMID: 22215787
- Quintin, P. E. (2001). Changements familiaux à long terme à la suite d'une intervention écosystémique. In: Torrente, J. (Org.). *La maltraitance: regards pluridisciplinaires*. Revigny-sur-Ornain: Hommeset Perspectives, 2001. p.191-214.
- Rianthavorn, P.; Ettenger, R. B. (2005). *Medication non-adherence in the adolescent renal transplant*

- recipient: A clinician's viewpoint*. *Pediatric Transplantation*, *Volume 9, Issue 3*, pages 398–407, DOI: 10.1111/j.1399-3046.2005.00358.x
- Ricci, C.L., Brown, B.D., Noonan, C., Harris, K.J., Dybdal, L., Parker, M., & Gress, S. (2012). Parental influence on obesity in Northern Plains American Indian youth. *Family Community Health*, 35, 68-75. PMID:22143489.
- Shemesh, E. (2004). *Non-adherence to medications following pediatric liver transplantation*. *Pediatric Transplantation*, 8, 600-605, DOI: 10.1111/j.1399-3046.2004.00238.x
- Shorer, M., David, R., Schoenberg-Taz, M., Levavi-Lavi, I., Phillip, M., & Meyerovitch, J. (2011). Role of parenting style in achieving metabolic control in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 34:1735-7, doi: 10.2337/dc10-1602, <http://dx.doi.org/10.2337/dc10-1602>
- Weber, L.N.D, Brandenburg, O.J., & Viezzer, A.P. (2003). A relação entre o estilo parental e o otimismo da criança. *Psicologia-USF*, 8, 71-79.
- Weber, L.N.D, Viezzer, A.P., Zocche, C..(2002). Adaptação e validação de duas escalas (Exigência e Responsividade) para avaliar estilos parentais. Em Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Resumos. Campinas: ABPMC: 208.
- Weber, L.N.D., Prado, P.M.; Viezzer, A.P., Brandenburg, O.J.. (2004). Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicol. Reflex.Crit.*, 17, 323-331, <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000300005>.
- Yeates, K.O., Taylor, H.G., Walz, N.C., Stancin, T., & Wade, S.L. (2010). The family environment as a moderator of psychosocial outcomes following traumatic brain injury in young children. *Neuropsychology*, 24, 345-56, <http://dx.doi.org/10.1037/a0018387>