



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Juliana Manuela Brandão Rêgo

**A qualidade de vida e os problemas de
comportamento de externalização em
crianças pobres**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Juliana Manuela Brandão Rêgo

**A qualidade de vida e os problemas de
comportamento de externalização em
crianças pobres**

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Psicologia

Área de Especialização de Psicologia da Justiça e Comunitária

Trabalho Efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Paula Cristina Marques Martins

DECLARAÇÃO

Nome: Juliana Manuela Brandão Rêgo

Endereço eletrónico: juliana.brandao.r@hotmail.com

Número do Cartão de Cidadão: 14204962 0ZZ2

Título da dissertação: A qualidade de vida e os problemas de comportamento de externalização em crianças pobres

Orientadora: Professora Doutora Paula Cristina Marques Martins

Ano de conclusão: 2015

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 12/06/2015

Assinatura: _____

Índice

Introdução teórica.....	6
Metodologia	9
Participantes	9
Instrumentos	9
Procedimento.....	10
Análise de dados.....	11
Resultados	12
Discussão teórica.....	18
Referências bibliográficas	22

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer aos dois pilares da minha vida, os meus pais, sem os quais o meu sonho tornar-se-ia impossível. Obrigada por todo o esforço que fizeram para que eu conseguisse seguir os meus objetivos de vida. Assim como aos familiares que sempre me apoiaram e incentivaram a continuar.

Aos meus amigos (Francisca, Carlos, Catarina, Helena, Soraia), companheiros e muletas na hora do desânimo, que sempre me incentivaram a acreditar em mim.

À Dra. Professora Paula Cristina Martins um grande obrigada pela paciência, pela motivação, pelo acreditar em mim, pela ajuda que me deu na elaboração deste projeto.

Um muito obrigada à Dra. Cristina Vieira, da Segurança Social do Porto, que tanto nos ajudou na concretização desta investigação, assim como a todas/os as/os técnicas/os das IPSS, pela generosidade com que nos receberam e ajudaram no contacto com as famílias.

Quero agradecer também a todas as famílias que se prestaram a participar nesta investigação, sem as quais o estudo não se poderia concretizar.

A qualidade de vida e os problemas de comportamento de externalização em crianças pobres

Resumo

A presente investigação procurou explorar a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) e a sua relação com os comportamentos de externalização de crianças pobres. Assim, tem como principais objetivos: a) comparar a QVRS percebida das crianças em estudo com a população portuguesa normativa; b) identificar os problemas de comportamento de externalização prevalentes; e c) explorar a relação entre a QVRS destas crianças e eventuais comportamentos de externalização. Para o efeito, selecionou-se uma amostra constituída por 61 crianças, oriundas de famílias beneficiárias do rendimento social de inserção (RSI), com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos ($M = 10.15$; $DP = 1.31$), à qual foi aplicado o Kidscreen-52, versão crianças, e a CBCL. Os resultados mostram que, comparativamente com a perceção da QVRS da população portuguesa normativa ($M = 210.02$), as crianças em estudo têm uma perceção ligeiramente superior ($M = 216.98$). Ao nível dos comportamentos agressivos, é notório que a população estudada apresenta um número mais elevado de comportamentos agressivos ($M = 7.97$), comparativamente com a população portuguesa normativa ($M = 4.13$). Os resultados revelam que existe uma elevada correlação negativa entre a qualidade de vida das crianças e os comportamentos agressivos.

Palavras-Chave: pobreza, qualidade de vida, problemas de comportamento de externalização, crianças.

The quality of life and externalizing behavior problems of poor children

Abstract

This research sought to explore the quality of health-related life (HRQOL) of poor children and its relationship with their externalizing behaviors. The objectives are as follow: a) to compare the HRQOL of children with the portuguese normative population; b) identify the prevalent externalizing behavioral problems; and c) explore the relationship between HRQOL of these children and any behavior problems. To this, we selected a sample of 61 children coming from families benefiting from the social insertion income (RSI), aged between 8 and 12 years ($M = 10.15$, $DP = 1.31$) to which was applied Kidscreen-52, children's version, and the CBCL. The results show that, compared to the perception of HRQL the portuguese normative population ($M = 210.02$), children in the study have a slightly higher perception ($M = 216.98$). The level of aggressive behavior, it is clear that the studied population has a higher number of aggressive behaviors ($M = 7.97$) compared with the portuguese normative population ($M = 4.13$). The results show that there is a high negative correlation between the quality of life of children and aggressive behavior.

Keywords: poverty, quality of life, externalizing behavior problems, children.

A qualidade de vida e os problemas de comportamento de externalização em crianças pobres

A pobreza é um problema atual. Segundo os dados divulgados pelo INE a 30 de Janeiro de 2015, a percentagem de população em risco de pobreza, em 2013, em Portugal, era de 19.5%, afetando cerca de 25.6% da população infantil, sendo esta a população que revela um maior aumento deste risco. Na situação atual de crise, e tendo como foco a vulnerabilidade das crianças que pode decorrer da sua dependência face aos adultos, a condição de pobreza dos seus agregados familiares tem implicações de várias ordens, suscetíveis de prejudicar a sua saúde e educação, e de comprometer as condições e oportunidades ótimas para o seu desenvolvimento e bem-estar (Correa, 2011). De salientar que a pobreza está associada a múltiplos fatores de risco ambientais, dentro e fora do ambiente familiar (vizinhança, relação parental, stress e psicopatologia familiar), que acabam por influenciar a própria autorregulação, processamento de informação social, modelagem e controlo de impulsos, por parte das crianças (Taylor, Dearing & McCartney, 2006).

O tempo de exposição à pobreza é, também, um fator importante que se encontra relacionado com o risco de psicopatologia infantil, sendo a pobreza crónica considerada a que tem um maior impacto na vida das crianças (Slopen, Fitzmaurice, Williams & Gilman, 2010). A condição de pobreza acaba por comprometer a satisfação das necessidades mais básicas das crianças, contudo a relação que esta estabelece com a qualidade de vida subjetiva não é ainda clara (Cummins, 2000).

A qualidade de vida está relacionada com todos os aspetos do bem-estar da pessoa, quer físico, psicológico e social, incluindo o seu ambiente (Harding, 2001). Isto pode refletir, por um lado, a multidimensionalidade deste constructo e, por outro, a sua subjetividade implícita, na medida em que implica a própria pessoa e a sua perceção individual (Harding, 2001; Cummins, 2005).

Todavia ainda existem dificuldades na perceção de qual a melhor definição de qualidade de vida. No entanto, a definição mais utilizada é a proposta pela Organização Mundial de Saúde, que menciona a qualidade de vida como sendo a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e as relações que o indivíduo estabelece com o contexto onde se insere. Isto ilustra a importância da perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto cultural e nos sistemas de valores em que se insere, tendo por base os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1994).

Apesar de a qualidade de vida das crianças ter vindo a assumir uma relevância crescente, a maioria dos estudos realizados em Portugal neste domínio não incide especificamente nas crianças em situação de vulnerabilidade socioeconómica. No entanto, é importante avaliar esta população pois pode reportar uma baixa qualidade de vida (Flouri, Midouhas, Joshi & Sullivan, 2015). Esta avaliação permite, não só monitorizar as diferentes dimensões constituintes da qualidade de vida, mas também identificar grupos ou crianças em risco, salientando a dificuldade desta população para se proteger das condições de vida desfavoráveis.

É importante salientar que a qualidade de vida é um constructo que envolve várias dimensões, nomeadamente o ajustamento psicossocial, o bem-estar, a autoestima, o *stress* e o *coping*, privilegiando sempre a própria perceção da criança acerca do mundo, tendo em atenção as suas preferências e as suas perspetivas, incluindo o conceito de felicidade pessoal (Harding, 2001).

São vários os fatores que podem afetar a qualidade de vida das crianças. É importante salientar os fatores referentes à família, quer a nível da diferenciação de poder entre os elementos constituintes do núcleo familiar, como a falta de limites no seio familiar, salientando as práticas parentais eficazes, a tensão ou conflitualidade relacional, comunicação pobre, violência, a falta de afeto, assim como as próprias perdas significativas (separação e/ou desemprego) (Duncan & Gunn, 2003).

Como salientam os estudos realizados por Pacheco e Santos (2012) e Flouri, Midouhas, Joshi e Sullivan (2015), o estatuto socioeconómico, quando associado a outros fatores, como, tempo de exposição à pobreza, contexto desenvolvimental, práticas parentais educativas, qualidade da habitação e vizinhança, têm um grande impacto na perceção das crianças relativamente à sua qualidade de vida, ou seja, estas tendem a perceber a mesma de uma forma negativa. Tendo em conta todos estes fatores, as crianças pobres têm de lidar frequentemente com situações de risco, como o *stress* parental, causado muitas vezes pelas dificuldades económicas (Taylor, Dearing & McCartney, 2006), que se encontra relacionado com as próprias práticas parentais educativas desajustadas e psicopatologia dos pais, assim como o próprio ambiente externo ao meio familiar em que a criança se encontra inserida (Campbell, Shaw & Gilliom, 2000; Flouri, Midouhas, Joshi & Sullivan, 2015), que, pelas dificuldades económicas, pode ser caracterizado como sendo pobre a nível de oportunidades e estimulação para a própria criança.

Ao enfrentar situações de *stress* e risco permanentes, no seu dia-a-dia, as crianças podem desenvolver perturbações emocionais e problemas de comportamento, no entanto é saliente que nem todas as crianças que vivenciam e/ou experienciam as situações de perigo e de risco

manifestam problemas. Pelo contrário, algumas delas têm a capacidade para se adaptarem e superarem essas mesmas situações, demonstrando várias habilidades, nomeadamente competências sociais (Koller & Ceconello, 2000). No entanto, as crianças continuam a ser o grupo considerado como o mais vulnerável a situações de pobreza e/ou exclusão social (INE, 2015).

No sentido de melhor compreender os problemas de comportamento, torna-se saliente a necessidade de definir os mesmos, pois é notória a dificuldade em definir a terminologia de problemas de comportamento, existindo várias definições associadas. No entanto, existe um consenso generalizado entre os distintos investigadores que apontam os problemas de comportamento como um resultado de um desvio comportamental social, onde se encontram incluídos os comportamentos de agressão, comportamento destrutivo e impulsivos, hiperatividade, imaturidade, delinquência, mais especificamente o vandalismo, uso de drogas e violência, e criminalidade (Deckard, Dodge, Bates & Pettit, 1998; Campbell, Shaw & Gilliom, 2000; Liu, 2004; Taylor, Dearing & McCartney, 2006; Deckard & Dodge, 2009; Carvalho, 2012).

Têm sido desenvolvidos estudos no sentido de avaliar a relação entre a qualidade de vida e os comportamentos de externalização das crianças (e.g., Topolski, Patrick, Edwards, Huebner, Connell & Mount, 2001; White, Leavy & Masters, 2003; Valois, Paxton, Zulling & Huebner, 2006). Estes estudos têm encontrado correlações significativas entre determinados comportamentos de externalização e a qualidade de vida, nomeadamente comportamentos violentos e agressivos como lutas físicas e envolvimento com armas (Valois, Paxton, Zulling & Huebner, 2006).

Segundo Lipp (2001), quando as crianças se deparam com a necessidade de adaptação, fazem uma utilização de estratégias adequadas ou não ao enfrentamento das situações de risco e de *stress*, sendo que este autor atribui o mau comportamento à forma como o indivíduo conseguiu lidar com essas situações.

Torna-se importante salientar o impacto da qualidade de vida e do próprio estatuto socioeconómico nos comportamentos de externalização das crianças. Alguns estudos (Velez, Johnson & Cohen, 1989; Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1999; Slopen, Fitzmaurice, Williams & Gilman, 2010) têm mostrado que existe uma correlação significativa entre pobreza e o aumento da probabilidade de ocorrer comportamentos de externalização. Conquanto, esta correlação acaba por ser influenciada pelo efeito do tempo e da duração da exposição à pobreza nos comportamentos das crianças.

Como ficou saliente, o nível socioeconómico desfavorecido tem efeitos sobre a percepção da qualidade de vida das crianças, assim como sobre os seus comportamentos. Assim, o presente estudo procura explorar a relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e os comportamentos de externalização das crianças de nível socioeconómico desfavorecido, tendo como principais objetivos: a) comparar a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças que constituem a amostra de estudo com as crianças da população portuguesa normativa; b) identificar os problemas de comportamento prevalentes na amostra de estudo; e c) explorar a relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde destas crianças e eventuais comportamentos de externalização.

Método

Participantes

Para a realização do presente estudo foi constituída uma amostra, por conveniência, de 61 crianças, 45.90% ($n = 28$) do sexo masculino e 54.10% ($n = 33$) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos ($M = 10.15$; $DP = 1.31$).

Na seleção desta amostra foram tidos em conta os seguintes critérios de inclusão: a) famílias em situação de carência financeira, operacionalizada no benefício do rendimento social de inserção (RSI); b) nacionalidade portuguesa; c) crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos de idade; e d) crianças sem défices cognitivos ou doença psiquiátrica identificada.

Instrumentos

Na realização deste estudo utilizou-se o Kidscreen-52 (Gaspar & Matos, 2008), versão crianças, assim como Questionário de Comportamentos da Criança 6-18 (CBCL) (Gonçalves, Dias & Machado, 2007).

O Kidscreen-52 é um questionário, adaptado para a população portuguesa, que permite avaliar a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde, existindo uma versão para pais e outra para crianças. Apesar das duas versões existentes, as dimensões que constituem o instrumento são as mesmas: 1) “Saúde e atividade física”, onde é explorado o nível de atividade física, energia e aptidão física da criança; 2) “Sentimentos”, dimensão que avalia o bem-estar psicológico, incluindo emoções positivas e satisfação com a vida, da criança; 3) “Estado de humor geral”, focado na experiência de sentimentos e emoções stressantes; 4) “Sobre ti

próprio”, onde é explorada a percepção da criança acerca de si próprio; 5) “Tempo livre”, dimensão que avalia a oportunidade da criança para criar e gerir o seu tempo social e de lazer; 6) “Família e ambiente familiar”, que avalia a relação que é estabelecida com os pais, assim como o próprio ambiente em casa; 7) “Questões Económicas”, onde é avaliada a percepção dos respondentes acerca da qualidade dos recursos financeiros da criança; 8) “Amigos”, em que se explora a natureza das relações que a criança estabelece com os outros; 9) “Ambiente escolar”, dimensão centrada na percepção das capacidades cognitivas, de aprendizagem e de concentração; e 10) “Provocação”, que compreende os sentimentos de rejeição pelos pares da escola (Gaspar & Matos, 2008).

De referir que os valores da consistência interna do mesmo (*α de Cronbach*) variam entre 0.61 (Próprio) e 0.87 (Humor geral), com um valor total de 0.93, o que mostra uma elevada consistência interna da escala, tendo como base os critérios definidos por Almeida e Freire (2008). No entanto, comparativamente com os valores da consistência interna das diferentes dimensões para a população portuguesa normativa, obtidos na validação do instrumento, os valores obtidos para a amostra em estudo são ligeiramente inferiores.

A CBCL é um questionário que permite avaliar os problemas de comportamento, estando este instrumento adaptado para a população portuguesa. Este instrumento foi preenchido pelos pais, através de uma escala de 3 pontos (0=falsa; 1=algumas vezes verdadeira; 2= muito verdadeira), acerca dos comportamentos dos seus filhos, e é constituído por 113 itens, distribuídos por 7 dimensões: 1) ansiedade/depressão; 2) queixas somáticas; 3) isolamento; 4) comportamento agressivo; 5) problemas de atenção; 6) problemas de pensamento; e 7) problemas sociais. De acrescentar que este instrumento permite realizar uma avaliação global dos problemas de ajustamento da criança e avaliar a sua severidade em comparação com a população clínica e normativa (Gonçalves, Dias & Machado, 2007).

Este instrumento apresenta valores da consistência interna para as dimensões referentes aos problemas de comportamento de externalização, Comportamento Delinvente e Comportamento Agressivo, foco desta investigação, de 0.54 e 0.87 respetivamente.

Procedimento

Na fase inicial deste estudo, foi realizado o contacto prévio com a equipa técnica da Segurança Social do Porto que, por sua vez, coordenou a cooperação com três Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), com as quais tem um protocolo para a aplicação

da medida do RSI. As equipas técnicas destas IPSS estabeleceram o primeiro contacto com as famílias, solicitando a sua colaboração nesta investigação.

As sessões com as famílias e crianças decorreram no espaço providenciado para o efeito pelas IPSS. Previamente à recolha de dados, obteve-se o consentimento informado do progenitor (pai ou mãe), assim como a sua autorização por escrito para a participação dos filhos, tendo sido igualmente solicitado o pedido à Comissão de Ética da Universidade do Minho. Seguiu-se o preenchimento dos questionários pelos pais e pelas crianças. Este preenchimento foi feito de uma forma individual, quer pela criança, na presença da investigadora, quer pelo/a progenitor.

Análise de dados

Relativamente à análise de dados, inicialmente contrui-se uma base de dados no programa IBM SPSS Statistics 22, onde foram inseridas todas as informações recolhidas pelo preenchimento dos questionários, Kidscreen, versão crianças, e CBCL. Posteriormente foi realizada a análise descritiva das mesmas, ou seja, as frequências, médias e desvio-padrão, dos dados sociodemográficos.

Previamente à análise específica para cada objetivo, foi realizada uma exploração das características dos instrumentos. Para tal procedeu-se ao *Teste de Confiabilidade*, onde foi calculado o *Alfa de Cronbach*, para ambos os instrumentos. Seguidamente realizou-se o *Teste de Spearman*, no sentido de explorar as correlações entre as próprias dimensões de cada instrumento.

Relativamente ao primeiro objetivo, que consistia em comparar a perceção da qualidade de vida das crianças pobres com as crianças da população portuguesa normativa, procurou-se apurar, inicialmente, através das análises descritivas, qual a perceção de qualidade de vida das crianças, em cada dimensão da qualidade de vida, e posteriormente verificar se esta perceção era superior ou inferior à perceção das crianças da população portuguesa normativa.

No sentido de responder ao segundo objetivo deste estudo – identificar os problemas de comportamento prevalentes nas crianças pobres – foi realizada uma análise frequências, para explorar quais os comportamentos agressivos mais frequentes nas crianças.

Ainda de mencionar a análise efetuada no sentido de responder ao terceiro objetivo do estudo, que consistia em avaliar se existia relação entre a perceção da qualidade de vida e os comportamentos de externalização, mais especificamente os comportamentos agressivos, e para tal foi efetuado o *Teste de Spearman*.

Também com o intuito de explorar se existiam diferenças entre género e grupos de idade, foi realizado o *Teste de Mann Whitney*.

Resultados

Qualidade de Vida

Tendo por base os resultados do presente estudo, os participantes do presente estudo apresentam uma boa percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) igual ou superior a 80 pontos em todas as dimensões avaliadas, variando as médias entre 81.91, na escala “Família”, e 89.57, na escala “Próprio”, com exceção das subescalas “Questões Económicas” ($M = 74.54$; $DP = 23.05$) e “Tempo Livre” ($M = 79.93$; $DP = 18.77$), apresentando uma média total de 216.98.

No sentido de explorar a existência de relação entre as diferentes dimensões da qualidade de vida, realizou-se a correlação de *Spearman* (Tabela 1).

Tabela 1

Correlação de Spearman Kidscreen

Dimensões	SAF	S	HG	P	TL	F	QE	A	E	P
Saúde e Atividade Física	----									
Sentimentos	0,37**	----								
Humor Geral	0,14	0,56**	----							
Próprio	0,27*	0,47**	0,58**	----						
Tempo Livre	0,45**	0,58**	0,53**	0,58**	----					
Família	0,46**	0,44**	0,48**	0,36**	0,67**	----				
Questões Económicas	0,31**	0,44**	0,22	0,32*	0,57**	0,425**	----			
Amigos	0,30*	0,49**	0,50**	0,42**	0,67**	0,590**	0,52**	----		
Escola	0,19	0,58**	0,55**	0,46**	0,48**	0,421**	0,41**	0,54**	----	
Provocação	0,12	0,31*	0,33**	0,39**	0,31*	0,191	0,28*	0,25*	0,45**	----

* $p < .05$

Verificou-se que todas as dimensões se correlacionam entre si de forma estatisticamente significativa, com exceção de “Saúde e Atividade Física” e “Humor Geral” ($rs = .14, p = .30$), “Saúde e Atividade Física” e “Escola” ($rs = .19, p = .14$), “Saúde e Atividade Física” e “Provocação” ($rs = .12, p = .35$), “Humor Geral” e “Dinheiro” ($rs = .22, p = .08$) e “Família” e “Provocação” ($rs = .19, p = .14$).

Salienta-se, ainda, que as correlações estatisticamente significativas variam entre o valor 0,67 ($p = .00$) para a correlação estabelecida entre a dimensão “Amigos” e a dimensão “Tempo Livre” e o valor 0,25 ($p = .05$) para a correlação estabelecida entre a dimensão “Amigos” e a dimensão “Provocação”.

Comparando o grupo de estudo com a população normativa, verificou-se que os participantes nesta investigação apresentam uma perceção superior da sua qualidade de vida relacionada com a saúde em todas as dimensões do Kidscreen (Tabela 2), não sendo esta diferença na perceção tão notória para a dimensão das “Questões Económicas”.

Tabela 2

Diferenças entre população em estudo e população portuguesa

Dimensões	Amostra		População Portuguesa	
	M	DP	M	DP
Saúde e Atividade Física	83,34	12,29	71,68	17,58
Sentimentos	87,81	10,66	80,08	19,88
Humor Geral	84,07	14,86	76,86	19,19
Próprio	89,57	12,68	73,61	18,22
Tempo Livre	79,93	18,77	76,46	20,95
Família	81,91	16,21	80,10	19,84
Questões Económicas	74,54	23,05	74,21	27,15
Amigos	82,62	14,51	77,04	19,73
Escola	83,61	13,11	69,64	20,11
Provocação	82,51	19,59	79,98	22,05

Relativamente à relação entre género e perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde, realizou-se o teste de *Mann Whitney* e verificou-se que não existem diferenças

estatisticamente significativas entre a percepção dos rapazes e das raparigas, em nenhuma subescala, assim como na percepção global ($U = 429.00, p = .633$). Já no que se refere à idade, também com o teste de *Mann Whitney*, os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre as crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos e as crianças com idades entre os 11 e os 12 anos, nomeadamente nas dimensões “Humor Geral” ($U = 287.50, p = .014$), “Próprio” ($U = 287.00, p = .011$) e “Escola” ($U = 315.00, p = .040$), assim como na percepção global da QVRS ($U = 308.50, p = .033$), sendo as crianças mais novas que apresentam uma percepção mais elevada da QVRS.

Problemas de Comportamento de Externalização

Após a análise da consistência interna das subescalas Comportamento Agressivo, constituída por 18 itens, e Comportamento Delinvente, constituída por 17 itens, os resultados mostraram que o valor da consistência interna para a dimensão Comportamento Delinvente era baixo (0.54), tendo em conta os critérios referidos por Almeida e Freire (2008), e por essa razão, só a dimensão do Comportamento Agressivo foi tida em conta na análise e resultados desta investigação, tendo mostrado uma elevada consistência interna (0.87).

Comparando o grupo em estudo com a população portuguesa normativa ao nível dos problemas de comportamento de externalização, nomeadamente comportamentos agressivos, verifica-se que o grupo em estudo apresenta um maior número de comportamentos agressivos ($M = 7.97; DP = 6.03$), comparativamente com a população de referência ($M = 4.13; DP = 4.33$).

Para apurar a relação entre género e comportamentos agressivos, realizou-se o teste de *Mann Whitney*, tendo-se verificado que não existem diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas ($U = 398.50, p = .36$). Já no que se refere à idade, também com recurso ao teste de *Mann Whitney*, os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre as crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos e as crianças com idades entre os 11 e os 12 anos ($U = 237.50, p = .01$), sendo as crianças mais velhas a apresentarem mais comportamentos agressivos.

Na tabela 3 estão descritas as percentagens relativamente a cada item que constitui a dimensão do Comportamento Agressivo. Os resultados, patentes na tabela, revelam que os comportamentos agressivos mais frequentes nas crianças da amostra são o “discute muito”, o “exige atenção”, o “teimoso” e “amua muito”, sendo os menos frequentes a “crueldade”, o

“destrói as coisas dos outros”, o “desobediente na escola”, as “lutas”, o “agride os outros” e a “ameaça”.

Tabela 3

Análise descritiva dos itens do Comportamento Agressivo

Itens	0 – não é verdadeira	1 – algumas vezes	2 – muitas vezes
Discute muito	37,7%	41,0%	21,3%
Crueldade	93,4%	4,9%	1,6%
Exige Atenção	23,0%	42,6%	34,4%
Destrói as próprias coisas	77,0%	14,8%	8,2%
Destrói as coisas dos outros	95,1%	4,9%	0%
Desobediente em casa	54,1%	42,6%	3,3%
Desobediente na escola	86,9%	9,8%	3,3%
Lutas	85,2%	14,8%	0%
Agride os outros	93,4%	4,9%	1,6%
Grita muito	60,7%	26,2%	13,1%
Teimoso	32,8%	45,9%	21,3%
Mudança de sentimentos	65,6%	24,6%	9,8%
Amua muito	34,4%	41,0%	24,6%
Desconfiado	52,5%	37,7%	9,8%
Arrelia	68,9%	21,3%	9,8%
Birras	63,9%	21,3%	14,8%
Ameaça	95,1%	4,9%	0%
Barulhento	70,5%	19,7%	9,8%

No sentido de avaliar as correlações existentes entre os itens que constituem a dimensão do Comportamento Agressivo, recorreu-se à *Correlação de Sperman*. Os resultados revelam que as correlações estatisticamente significativas variam entre o valor 0.86 ($p = .00$), para a

correlação estabelecida entre “crueldade” e “ameaça” e o valor 0.26 ($p = .05$), para a correlação estabelecida entre “desobediente em casa” e “desobediente na escola”.

Qualidade de Vida e Comportamento Agressivo

No sentido de avaliar uma eventual relação entre a qualidade de vida e os problemas de comportamento de externalização, mais concretamente com os comportamentos agressivos, recorreu-se à *Correlação de Spearman*.

Os resultados (Tabela 4) mostram que, de uma forma global, a percepção total da QVRS das crianças apresenta uma correlação média negativa (Cohen, 1988) com vários comportamentos, nomeadamente “discute muito” ($rs = -.40, p = .00$), “desobediente em casa” ($rs = -.43, p = .00$), “teimoso” ($rs = -.31, p = .01$), “mudança de sentimentos” ($rs = -.39, p = .00$), “amua muito” ($rs = -.35, p = .01$), “desconfiado” ($rs = -.31, p = .02$) e “birras” ($rs = -.34, p = .01$), apresentando uma correlação elevada negativa com “grita muito” ($rs = -.50, p = .00$) e “barulhento” ($rs = -.51, p = .00$).

Os resultados mostram, também, que as correlação médias negativas (Cohen, 1988) variam entre 0.56 ($p = .00$), para a correlação existente entre a dimensão Escola e o item “desobediente em casa”, e o valor 0.25 ($p = .05$) para a correlação existente entre a dimensão Provocação e o item “desconfiado”.

Concluindo, a dimensão Comportamentos Agressivos apresenta uma correlação média com a maioria das dimensões da qualidade de vida, com exceção da dimensão Saúde ($rs = -.22, p = .09$), com a qual não apresenta correlação. De referir, também, que apresenta baixa correlação (Cohen, 1988) com as dimensões Humor Geral ($rs = -.28, p = .03$) e Provocação ($rs = -.26, p = .04$).

A subescala total dos Comportamentos Agressivos apresenta uma correlação elevada com a Qualidade de Vida total ($rs = -.51, p = .00$).

Tabela 4*Correlação de Spearman – Kidscreen e Comportamento Agressivo*

Dimensões	Saúde	Sentimentos	Humor Geral	Próprio	Tempo Livre	Família	Dinheiro	Amigos	Escola	Provocação	Total
Discute muito	-0,08	-0,31*	-0,19	-0,20	-0,39**	-0,24	-0,43**	-0,27*	-0,37**	-0,24	-0,40**
Crueldade	-0,16	-0,07	-0,13	-0,16	0,01	-0,11	0,05	-0,09	-0,16	0,00	-0,11
Exige Atenção	-0,08	-0,06	-0,03	-0,20	-0,26*	-0,27*	-0,28*	-0,07	-0,11	-0,13	-0,23
Destrói as próprias coisas	-0,15	-0,17	-0,01	-0,15	-0,22	-0,25*	-0,09	-0,21	-0,14	-0,24	-0,24
Destrói as coisas dos outros	0,03	-0,19	-0,24	-0,12	-0,06	-0,08	-0,12	-0,13	-0,15	-0,11	-0,13
Desobediente em casa	-0,07	-0,35**	-0,23	-0,42**	-0,32**	-0,14	-0,28*	-0,26*	-0,56**	-0,39**	-0,43**
Desobediente na escola	-0,13	-0,32*	-0,11	-0,03	-0,02	-0,08	-0,12	-0,00	-0,36**	-0,13	-0,17
Lutas	0,01	0,03	0,09	-0,02	0,08	0,06	-0,04	0,014	-0,02	-0,22	0,00
Agride os outros	0,06	0,05	-0,02	0,02	-0,04	-0,02	-0,03	-0,00	-0,07	0,18	0,01
Grita Muito	-0,15	-0,33**	-0,38**	-0,31*	-0,48**	-0,38**	-0,14	-0,41**	-0,42**	-0,32*	-0,50**
Teimoso	-0,23	-0,28*	-0,10	-0,28*	-0,23	-0,20	-0,21	-0,19	-0,24	-0,26*	-0,31*
Mudança de sentimentos	-0,21	-0,40**	-0,27*	-0,30*	-0,28*	-0,33**	-0,19	-0,15	-0,26*	-0,21	-0,39**
Amua muito	-0,24	-0,31*	-0,18	-0,25*	-0,29*	-0,34**	-0,18	-0,14	-0,31*	-0,16	-0,35**
Desconfiado	-0,13	-0,17	-0,10	-0,29*	-0,35**	-0,29*	-0,26*	-0,20	-0,16	-0,25*	-0,31*
Arrelia	-0,08	-0,27*	-0,10	0,03	-0,20	-0,28*	-0,27*	-0,11	-0,12	0,03	-0,23
Birras	-0,17	-0,31*	-0,12	-0,27*	-0,24	-0,27*	-0,17	-0,22	-0,31*	-0,13	-0,34**
Ameaça	-0,11	-0,07	-0,18	-0,17	0,04	-0,10	-0,03	-0,09	-0,24	-0,06	-0,14
Barulhento	-0,22	-0,35**	-0,35**	-0,36**	-0,47**	-0,43**	-0,32*	-0,42**	-0,35**	-0,20	-0,51**
Total	-0,22	-0,40**	-0,28*	-0,39**	-0,44**	-0,39**	-0,33**	-0,31*	-0,44**	-0,26*	-0,51**

* $p < .05$

Discussão Teórica

O presente estudo pretendeu investigar a percepção da qualidade de vida e os comportamentos de externalização de crianças oriundas de famílias socioeconomicamente desfavorecidas, assim como eventuais relações entre estas variáveis.

Os resultados mostraram que a percepção da qualidade de vida das crianças envolvidas na presente investigação é superior, em todas as dimensões da qualidade de vida, quando comparada com a população portuguesa normativa (8-18 anos).

Apesar da maioria dos estudos realizados referirem a existência de uma relação entre a pobreza e a qualidade de vida (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2010; Correa, 2011; Flouri, Midouhas, Joshi & Sullivan, 2015), estes resultados não mostram ser consistentes. Os estudos realizados por Diener & Diener (2001) e Gillison, Skevington, Sato, Standage e Evangelidou (2009) salientam que não existe uma relação direta entre pobreza e a qualidade de vida. Caron (2012) salienta que existem vários aspetos da qualidade de vida, nomeadamente o domínio social (relações sociais), que têm um impacto positivo na percepção da qualidade de vida dos indivíduos, pois, esta percepção é influenciada pela percepção que a criança tem acerca de vários domínios da sua vida como, relações de amizade, família e escola (Diener, Suh & Oishi, 1999). Assim, como os resultados desta investigação mostram, nos domínios Amigos, Escola e Tempo Livre, domínios estes que envolvem as relações com os outros, as crianças apresentam uma percepção de qualidade de vida elevada, sendo de 82.62, 83.61 e 81.91 respetivamente, o que está relacionado com a percepção global positiva da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Os resultados deste estudo podem, também, ser justificados pelos próprios apoios dados às famílias, quer os apoios formais, traduzidos na prestação do RSI, que constitui um critério operacional da seleção da amostra, como também os apoios informais. Estes apoios mostram-se essenciais, no sentido em que ajudam na satisfação das necessidades mais básicas das crianças (Gillison, Skevington, Sato, Standage e Evangelidou, 2009). Segundo Caron (2012), as principais áreas que são afetadas pela pobreza são a saúde física, o ambiente familiar e as condições psicossociais. Contudo, com um suporte social e emocional positivo, a ajuda na educação e cuidados a prestar às crianças, quer de familiares, de representantes da comunidade e de identidades próprias, as próprias famílias tornam-se capazes de enfrentar as dificuldades causadas pela situação de pobreza (Papalia, Olds & Feldman, 2001), o que pode explicar o facto de estas percecionarem a sua qualidade de vida de uma forma positiva. Segundo Hashima e Amato (1994), o apoio social, principalmente o apoio material, ajuda as famílias economicamente desfavorecidas a serem capazes de lidar as suas dificuldades de uma forma

adequada, reduzindo o risco de os pais viverem em circunstâncias stressantes, aliviando, assim, o efeito da pobreza e nas práticas parentais, e, conseqüentemente, na própria percepção das crianças acerca da sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

Um outro aspeto importante a ser tido em conta na interpretação destes resultados é o intervalo de idades que constitui a amostra. A população de estudo é constituída por crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos, enquanto a população portuguesa de referência do Kidscreen compreende idades entre os 8 e os 18 anos. Como é saliente pela literatura, os adolescentes tendem a perceberem a sua qualidade de vida relacionada com a saúde de uma forma mais negativa (Gaspar & Matos, 2008), o que certamente tem impacto nos valores totais apresentados pela população portuguesa.

Relativamente aos problemas de comportamento, os resultados desta investigação mostram que as crianças do grupo de estudo apresentam um maior número de comportamentos agressivos, quando comparadas com as crianças da população portuguesa normativa. Estes resultados corroboram a literatura. São vários os estudos que salientam a influência da pobreza no desenvolvimento de problemas sócio emocionais, nomeadamente os comportamentos de externalização (Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1999; Taylor, Dearing & McCartney, 2006; Slopen, Fitzmaurice, Williams & Gilman, 2010).

O contexto desenvolvimental onde as crianças estão inseridas tem influência no seu crescimento e comportamento. Segundo Papalia, Olds e Feldman (2001), os contextos violentos e com poucas oportunidades tendem a impedir a criança de se autorregular, de processar a própria informação social de uma forma positiva e adequada e quando os comportamentos antissociais estão presentes, acabam por influenciar o desenvolvimento de comportamentos de externalização nas crianças.

O principal contexto de desenvolvimento da criança é a família e quando esta está inserida num contexto socioeconómico desfavorecido, sofre o seu impacto, nomeadamente ao nível das perturbações psicológicas dos adultos, que terá repercussão na própria educação da criança, e conseqüentemente efeitos na própria criança (McLoyd, 1990). Segundo Papalia, Olds e Feldman (2001), os pais quando inseridos num contexto de pobreza e com um sentimento de falta de controlo sobre as suas vidas, têm uma maior probabilidade de desenvolverem psicopatologia, que terá influência na forma como lidam com os filhos, tendendo a serem menos afetuosos e darem menos apoio aos mesmos, fazendo uso de práticas parentais desadequadas.

Nas famílias carenciadas as situações de *stress* e risco são frequentes e têm um grande impacto nos cuidadores das crianças e conseqüentemente na relação que estes estabelecem com a criança. No entanto, em famílias economicamente desfavorecidas, e quando as mães sentem

que têm apoio social, tendem a superproteger e controlar em demasia as crianças, dificultando-lhes o desenvolvimento da própria autonomia (Hashima & Amato, 1994). Quando existem falhas na adaptação da criança, influenciadas pela vinculação pobre e pela falta de autonomia dada à criança, esta tende a apresentar dificuldades ao nível do controlo de impulsos, agressão, comportamentos antissociais, dependência emocional e autorregulação (Erickson, Sroufe & Egeland, 2008). De salientar que os comportamentos agressivos tendem a ocorrer quando existem problemas a nível da família (Erickson, Sroufe & Egeland, 2008), no entanto não podemos deixar de parte as próprias relações de amizade, pois, quando os pares com quem as crianças estabelecem relações são problemáticos, podendo mesmo fazer parte do local de residência, onde as famílias desfavorecidas tendem a habitar, as crianças acabam por modelar esse mesmo comportamento agressivo (Flouri, Midouhas & Sullivan, 2015).

Os resultados do presente estudo mostram que os comportamentos mais frequentes na presente população são o discutir muito, o exigir atenção, a teimosia e o amuar muito, o que pode ser justificado pela dificuldade de autorregulação emocional das crianças (Papalia, Olds & Feldman, 2008), assim como pelo facto de serem considerados como comportamentos dos quais os pais e mães tipicamente fazem mais queixa, e aos quais tendem a estar mais atentos (Kazdin, 1995). Todavia, de acordo com os resultados deste estudo, comportamentos como crueldade, destruir as coisas, quer do próprio quer dos outros, desobediência na escola, lutas, agressão e ameaça, mostram ser menos frequentes, podendo este resultado ser justificado pelo impacto que os mesmos têm, sendo considerados os mais graves, assim como, pelo facto de estes comportamentos serem mais frequentes na adolescência (Papalia, Olds & Feldman, 2008).

Este estudo mostra que a perceção da qualidade de vida apresenta uma correlação negativa e significativa com os comportamentos agressivos, corroborando a literatura existente, pois são vários os estudos que referem que quanto mais negativa for a perceção acerca da qualidade de vida, maior o risco de desenvolver comportamentos e externalização (Topolski, Patrick, Edwards, Huebner, Connell e Mount, 2001; Valois, Paxton, Zullig e Huebner, 2006).

Segundo Lipp (2001), quando as crianças não percecionam a sua qualidade de vida de forma positiva, podendo esta perceção ter por base problemas ao nível familiar, escolar, sentimental, relacional, económico, e mesmo da auto perceção, ou seja, da forma como a criança lida com ela própria, o efeito na criança é devastador, podendo ser difícil para a mesma lidar com as dificuldades, sendo incapaz de se autorregular e de controlar os próprios impulsos, desenvolvendo assim os problemas de comportamento agressivo (Lipp, 2001), contudo, esta ideia, não é corroborada pelo presente estudo, visto a amostra ter uma perceção positiva da sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

Contudo, ficou claro que as crianças que constituem a presente amostra apresentam uma percepção da qualidade de vida positiva, com uma média superior à da população portuguesa normativo, apresentando também uma média elevada ao nível dos comportamentos agressivos, existindo uma correlação negativa estatisticamente significativa entre as duas variáveis. No entanto, a correlação negativa entre a qualidade de vida e os comportamentos agressivos continua a existir, verificando-se a mesma relação existente na população portuguesa, contudo, os valores para a percepção da qualidade de vida e para os comportamentos agressivos são superiores.

Estes resultados superiores nas duas dimensões avaliadas poderão ser explicados por uma possível desadequação dos instrumentos à população em estudo. Foi notório, durante o preenchimento dos instrumentos, que tanto as crianças, no preenchimento do KIDSCREEN, como os pais, no preenchimento da CBCL, mostraram ter algumas dificuldades ao nível da compreensão dos itens.

No que se refere à CBCL, a mesma apresentou também baixos níveis de confiabilidade interna, o que, mais uma vez, pode ser explicado pela possível desadequação do instrumento ao grupo-alvo deste estudo.

Apesar das limitações desta investigação, esta permitiu compreender quais as principais problemáticas a nível comportamental das crianças que participaram na investigação. O facto de se ter avaliado os comportamentos e a qualidade de vida das crianças possibilitou a identificação de áreas importantes a serem trabalhadas, dando um contributo para a elaboração de uma intervenção adequada a ser posta em prática junto desta população, pois apesar da sua percepção de vida ser positiva, os problemas de comportamento agressivo estão presentes apesar de ainda se encontrarem no nível normativo e serem considerados os menos graves e próprios do nível de desenvolvimento das crianças, no entanto não podemos descartar a possibilidade de estes se agravarem ao longo da idade (Ladd & Burgess, 1999), sendo necessário procurar compreender a origem dos mesmos e intervir junto deles.

Assim, como proposta de investigação futura, sugere-se não só avaliar a percepção da qualidade de vida das crianças e os seus problemas de comportamento, como também avaliar as práticas parentais e risco da família, pois, torna-se evidente o impacto que a família tem no desenvolvimento das crianças.

Recomenda-se ainda o estudo da adequação dos instrumentos KIDSCREEN e CBCL a este tipo de população.

Referências Bibliográficas

- Almeida, L., & Freire, T. (2008). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação (5ª edição). Braga: Psiquilíbrios.
- Campbell, S., Shaw, D., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology* 12, 467-488.
- Caron, J. (2012). Predictors of quality of life in economically disadvantaged population in Montreal. *Social Indicators Research*, 107, 411-427.
- Carvalho, S. (2012). *Problemas de comportamento na adolescência: relação com a estrutura familiar e práticas educativas parentais* (Dissertação de mestrado). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/24272>.
- Cecconello, A., & Koller, S. (2000). Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*, 5 (1), 71-93.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. L. Erlbaum Associates.
- Correa, F. (2011). Pobreza, vulnerabilidade y calidad de vida en América latina. Retos para la bioética. *Acta Bioethica*, 17 (1), 19-29.
- Crijnen, A., Achenbach, T., & Verhulst, F. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: the child behavior checklist syndrome constructs. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (4), 569-574.
- Cummins, R. (2000). Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72.
- Cummins, R. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10), 699-706.
- Deckard, K., & Dodge, K. (2009). Externalizing behavior problems and discipline revisited: nonlinear effects and variation by culture, context, and gender. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory* 8 (3), 161-175. DOI: 10.1207/s15327965pli0803 1.
- Deckard, K., Dodge, K., Bates, J., & Pettit, G. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: group and individual differences. *Development Psychopathology* 10 (3), 469-493.
- Diener, E., & Diener, R. (2001). Will Money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social Indicators Research*, 57, 119-169.

- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*, 276-302.
- Dodge, A., Pettit, S., & Bates, E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Development*, *65*, 649-665.
- Duncan, G., & Gunn, J. (2003). Family poverty, welfare and child development. *Child Development*, *71* (1), 188-196.
- Erickson, M., Sroufe, L., & Egeland, B. (2008). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Society for Research in Child Development* *50*, 147-166.
- Flouri, E., Midouhas, E., Joshi, H., & Sullivan, A. (2015). Neighbourhood social fragmentation and the mental health of children in poverty. *Health & Place*, *31*, 138-145.
- Gaspar, T., & Matos, M. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen-52*. Aventura Social & Saúde.
- Gillison, F., Skevington, S., Sato, A., Standage, M., & Evangelidou, S. (2009). The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *89* (9), 1700-1710.
- Gonçalves, M., Dias, P., & Machado, B. (2007). *Manual do sistema de avaliação empiricamente validade (ASEBA): um sistema integrado de avaliação com múltiplos informadores*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Harding, L. (2001). Children's quality of life assessments: a review of genetic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *8*, 79-96.
- Hashima, P., Amato, P. (1994). Poverty, social support, and parental behavior. *Child Development*, *65*, 394-403.
- INE (2015). *Rendimento e condições de vida*. Lisboa: INE. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=223346238&DESTAQUESmodo=2
- Kazdin, E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ladd, G., & Burgess, K. (1999). Charting the relationship trajectories of aggressive, withdrawn and aggressive/withdrawn children during early grade school. *Child Development*, *70*, 910-929.
- Lipp, M. (2001). *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papirus.

- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 17 (3), 93-103.
- McLoyd, C. (1990). The impact of economic hardship on black families and children: psychological distress, parenting and socioemotional development. *Development child*, 61, 311-346.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. Portugal: McGraw-Hill, 390-501.
- Slopen, N., Fitzmaurice, G., Williams, D., & Gilman, S. (2010). Poverty, food insecurity, and the behavior for childhood internalizing and externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 49 (5), 444-452.
- Taylor, B., Dearing, E., & McCartney, K. (2006). Within-child associations between family income and externalizing and internalizing problems. *Development Psychology*, 42 (2), 237-252. DOI: 10.1037/0012-1649.42.2.237.
- Topolski, T., Patrick, D., Edwards, T., Huebner, C., Connell, F., & Mount, K. (2001). Quality of life and health-risk behaviors among adolescents. *Journal of Adolescents Health* 29, 426-435.
- Valois, R., Paxton, R., Zuccig, K., & Huebner, E. (2006). Life satisfaction and violent behaviors among middle school students. *Journal of Child and Family Studies* 15, 695-707. DOI: 10.1007/s10826-006-9043-z.
- Velez, N., Johnson, J., & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28, 861-4.
- White, H., Leavy, J., & Masters, A. (2003). Comparative perspectives on child poverty: a review of poverty measures. *Journal of Human Development* 4, 3, 379-396. DOI: 10.1080/1464988032000125755.
- World Health Organization (1994). *Quality of life assessment: an annotated bibliography*. Geneva: WHO.