



**PROPEQ - PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE
PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSIQUIATRIA**

LUCIANA PAES DE BARROS

**RELAÇÕES ENTRE QUALIDADE DE VIDA E
IDEAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES**

**RECIFE
2013**



**PROPESQ - PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE
PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA
E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSIQUIATRIA**

LUCIANA PAES DE BARROS

**RELAÇÕES ENTRE QUALIDADE DE VIDA E
IDEAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento
da Universidade Federal de Pernambuco, como
requisito parcial para obtenção do Título de Doutor
em Psiquiatria.**

Orientador: Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Kátia Petribú

**RECIFE
2013**

Catálogo na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

B277r Barros, Luciana Paes de.
 Relações entre qualidade de vida e ideação suicida em adolescentes /
 Luciana Paes de Barros. – Recife: O autor, 2013.
 133 f.: il.; tab.; gráf.; 30 cm.

 Orientador: Everton Botelho Sougey.
 Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
 Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do
 Comportamento, 2013.
 Inclui referências, apêndices e anexos.

 1. Satisfação pessoal. 2. Suicídio. 3. Adolescente. 4. Fatores de risco.
 5. Psiquiatria preventiva. I. Sougey, Everton Botelho (Orientador). II.
 Título.

612.665 CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2013-142)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria
e Ciências do Comportamento

54ª DEFESA
DE TESE

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DA
DOUTORANDA LUCIANA PAES DE BARROS**

No dia 27 de setembro de 2013, às 1400h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Silvia Wanick Sarinho, Doutora Professora do Departamento Materno Infantil da Universidade Federal de Pernambuco; Carla Fonseca Zambaldi, Doutora do Serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco; José Waldo Saraiva Câmara Filho Doutor Professor do Centro de Tecnologia e Ciências Humanas da Universidade Católica de Pernambuco/UNICAP; Amaury Cantilino da Silva Júnior, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco e Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Doutoranda, LUCIANA PAES DE BARROS sobre a sua Tese intitulada **“RELAÇÕES ENTRE QUALIDADE DE VIDA, IDEAÇÃO SUICIDIA E SITUAÇÃO DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA”** orientada pelo professor Dr. Everton Botelho Sougey. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Doutoranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª. Drª. Silvia Wanick Sarinho

Drª Carla Fonseca Zambaldi

Prof.Dr. José Waldo Saraiva Câmara Filho

Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva Júnior

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Profª. Drª. Silvia Wanick Sarinho

Drª Carla Fonseca Zambaldi

Prof. Dr. José Waldo Saraiva Câmara Filho

Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva Júnior

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
Presidente da Banca

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. José Francisco Albuquerque

**COORDENADOR DO DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

*Aos meus pais,
Por continuamente me lembrarem das coisas que realmente são essenciais na vida.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer inicialmente ao Prof. Everton, que me acolheu desde o início do programa de pós-graduação, me certificando a cada encontro que eu estava no rumo certo. Agradeço, sobretudo, a ideia inicial do tema a ser abordado na tese, que muito me gratificou com leituras interessantes e novos horizontes a vislumbrar.

À querida Prof^a. Katia, mais que uma co-orientadora, certamente uma amiga para as horas mais difíceis. Com certeza, um verdadeiro porto seguro na minha caminhada.

Ao Prof. E. Scott Huebner que, com rapidez e eficiência sempre presentes, conseguia socorrer-me nas dúvidas referentes à utilização da escala, além da participação ativa nos manuscritos desenvolvidos ao longo dessa tese.

Ao Ulisses, pelo trabalho estatístico e pela paciência em me explicar infinitamente sempre as mesmas coisas.

Aos alunos das Escolas Municipais, que com o entusiasmo comum aos adolescentes, me fizeram acreditar que seria possível terminar as coletas a tempo e com os critérios aceitáveis para essa pesquisa.

Aos gestores das Escolas, que mesmo em momentos inesperados, mantiveram suas portas e corações abertos para o novo e o inusitado.

À Angela Moraes Silva (GRE Norte), pela abertura de diálogo e sensatez.

À Marta Maria de Lira (GRE Sul), pela agilidade e apoio.

À psicóloga Luciana Souza Leão, que mesmo sem me conhecer, parecia me tratar como uma antiga colega de turma. Uma postura profissional rara de se ver.

À amiga Luciana Gropo, pelo auxílio no uso de alguns instrumentos da pesquisa.

À minha querida amiga Lúcia Helena Carvalho, pelas horas de sono perdidas me ouvindo ao telefone e pelo apoio logístico.

Agradeço especialmente aos meus pais, por tudo.

*“Morrer de vez em quando,
é a única coisa que me acalma”.*

Paulo Leminski.

RESUMO

Pesquisas em Qualidade de vida (QV) podem ser apresentadas sob duas perspectivas: objetiva e subjetiva. A perspectiva objetiva focaliza-se nas condições externas que contribuem para a QV, tais como níveis de renda, qualidade da moradia, rede de amigos e acesso aos serviços de saúde. A QV subjetiva, embora não se limite aos julgamentos pessoais de satisfação com a vida, inclui também os julgamentos relativos à satisfação global ou a domínios específicos. A satisfação com a vida é um dos indicadores-chaves do bem-estar subjetivo, e é definida como a avaliação cognitiva da qualidade geral de sua própria vida. Durante a adolescência, período em que ocorrem mudanças em diversas áreas da vida, o nível de satisfação com a vida também pode provocar mudanças nas capacidades de enfrentamento de situações de estresse. Alguns indivíduos podem responder com declínio da satisfação com a vida, engajando-se em vários comportamentos de risco relacionados à saúde (ideação suicida e tentativa de suicídio). A satisfação com a vida percebida pelos adolescentes tem sido associada com vários comportamentos de risco, incluindo uso de álcool e outras drogas e comportamentos violentos e agressivos. Entretanto, estudos que associam satisfação com a vida e ideação suicida/comportamentos suicidas são escassos em adolescentes. Pelo fato da ideação suicida preceder os atos suicidas, a identificação dos preditores da ideação permite uma melhor compreensão do risco de suicídio. A proposta desta Tese foi avaliar as relações entre satisfação com a vida na ideação suicida em estudantes adolescentes de 12 a 18 anos de idade na cidade do Recife-PE. A hipótese para esse estudo foi a de que a satisfação com a vida nos adolescentes pode interferir sobre o nível de ideação suicida, e sua mensuração na população não clínica pode ser um indicativo para identificar precocemente o risco de suicídio. São apresentados três capítulos, organizados na forma de artigos. O primeiro artigo descreve a tradução e adaptação transcultural da *Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale*, destinada a avaliar satisfação com a vida de adolescentes, e integrou o grupo de instrumentos utilizados nessa tese. O segundo artigo faz uma revisão crítica e narrativa da literatura levando em consideração as relações entre satisfação com a vida e ideação suicida em adolescentes, de forma a apresentar as possíveis implicações dessas relações na instituição e planejamento de programas de prevenção ao suicídio. O terceiro artigo versa sobre os resultados da pesquisa, englobando as associações entre ideação suicida e satisfação com a vida em estudantes de 12 a 18 anos na cidade do Recife (PE), além das variáveis psicológicas como os sintomas depressivos. Na análise multivariada a ideação suicida foi associada de forma independente com sintomas depressivos e o escore global de satisfação com a vida, onde o risco de ideação suicida foi 24 vezes maior nos estudantes que tinham nível moderado ou grave de sintomas depressivos. Os jovens mais ou menos satisfeitos tiveram um risco de ideação suicida 1,87 vezes maior que os jovens satisfeitos. Observou-se também que estar mais ou menos satisfeito com a família representou um aumento no risco de ideação suicida de 2,45 vezes, enquanto que estar mais ou menos satisfeito consigo mesmo representou um aumento de quase três vezes. O monitoramento da satisfação com a vida em adolescentes pode, em parte, promover a identificação precoce dos adolescentes em risco para depressão clínica e, talvez, eventual ideação ou comportamento suicida. Parece ser promissora a exploração dos relatos de satisfação com a vida de adolescentes como um componente de programas de prevenção de suicídio.

Palavras-chave: Satisfação pessoal. Suicídio. Adolescente. Fatores de risco. Psiquiatria Preventiva.

ABSTRACT

Quality of life (QL) research has been conceptualized from two perspectives: objective and subjective. The objective perspective focuses on external conditions that contribute to QL, such as income levels, housing quality, friendship networks, and access to health services. Subjective QL includes, but is not limited to a person's life satisfaction judgments, with respect to overall lives and/or specific life domains. Life satisfaction is one of the pointers key of subjective well-being, and is defined as the cognitive evaluation of the quality of a person's life. During the adolescence, period where changes in diverse areas are perceived, the level of life satisfaction can cause changes in the capacities to cope with stress. Some individuals can answer with decline of life satisfaction, engaging themselves in some related health risk behaviors (suicidal ideation and suicide attempt). The perceived life satisfaction for the adolescents has been associated with some risk behaviors, including alcohol use and drugs abuse, and violent/aggressive behaviors. However, studies that associate life satisfaction and suicidal ideation/suicidal behaviors are scarce in adolescents. For the fact of the suicidal ideation to precede the suicidal acts, the identification of the predictors of the ideation would allow one better understanding of the suicide risk. The proposal of this Thesis was to evaluate the relations between life satisfaction and the suicidal ideation in adolescent students of 12 to 18 years old in the city of Recife-PE. The hypothesis for this study was that adolescent's life satisfaction may interfere on the level of suicidal ideation, and its measure in no clinical population can be an indicative to identify the suicide risk precociously. Three chapters, organized in article form are presented. The first article describes the translation and cross-cultural adaptation of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale, destined to evaluate life satisfaction of adolescents, and integrated the group of instruments used in this thesis. The second article makes a critical revision and narrative of literature leading in consideration the relations between life satisfaction, and suicidal ideation in adolescents, and present the possible implications of these relations in the institution and planning of programs of suicide prevention. The third article turns on the partial results of the research, involving the associations among suicidal ideation and life satisfaction in students of 12 to 18 years old in the city of Recife (PE), beyond the sources of psychological variable as depressive symptoms. In the multivariate analysis, the association with suicidal ideation was independent related with depressive symptoms and scores of global life satisfaction, where the risk of suicidal ideation was 24 times higher in the students who had moderate or serious level of depressive symptoms. The more or less satisfied young had had a risk of higher suicidal ideation 1,87 times than the satisfied adolescents. It was also observed that to be more or less satisfied with the family represented an increase in the risk of suicidal ideation of 2,45 times, whereas to be more or less satisfied with him or herself obtain almost represented an increase of 3 times. Reports of the follow-up of the life satisfaction in adolescents can, in part, promote the precocious identification of the adolescents at risk for clinical depression, and perhaps, eventual ideation or suicidal behavior. It seems worthwhile to explore adolescent life satisfaction reports as a component of suicide prevention programs.

Keywords: Personal satisfaction. Suicide. Adolescent. Risk factors. Preventive Psychiatry.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS- American Association of Suicidology
ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
BDI- Inventário de Depressão de Beck
BSI- Escala de Ideação Suicida de Beck
BVS- Biblioteca Virtual de Saúde
CCS- Centro de Ciências da Saúde
CDC- Centers of Disease Control and Prevention
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
DeCS- Health Sciences Descriptors
ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente
GRE- Gerência Regional de Ensino
MeSH- Medical Subject Headings
MSLSS- Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale
MSS- Mean Satisfaction Score
OMS- Organização Mundial de saúde
OR- Odds ratio
PE- Pernambuco
PubMed- NCBI- National Center for Biotechnology Information
QV- Qualidade de Vida
SAMHSA- Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SOE- Serviço de Orientação Educacional
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE- Universidade Federal de Pernambuco
UPE- Universidade de Pernambuco
USA- United States of America
WHO- World Health Organization
WHOQOL- The World Health Organization Quality of Life Assessment

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E FIGURAS

Apresentação. Figura 1. Modelo Conceitual de Qualidade de Vida.....	18
Figura 2. Modelo conceitual (a) de fatores preditivos de ideação suicida em adolescentes.....	20
Figura 3. Modelo conceitual (b) de fatores preditivos de ideação suicida em adolescentes.....	21
Introdução. Figura 4. Modelo Conceitual para Pesquisas em Psicologia Positiva em crianças e jovens.....	24

LISTA DE QUADROS

Métodos. Quadro 1. Estudos de prevalência de ideação suicida em adolescentes.....	61
Quadro 2. Escores da <i>MSLSS</i> e respectivos itens com pontuações reversas (Huebner, 2001).....	63

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Artigo 1. “Multidimensional Students’ Life Satisfaction Scale: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation”.

Table 1. Cronbach’s alpha coefficients in Canadian, Korea, Chinese and Croatian samples compared to our study.....	30
---	----

Artigo 2. “Quality of life, life satisfaction, and suicide ideation in adolescents: A review of the literature with implications for suicide prevention/Qualidade de vida, satisfação com a vida e ideação suicida em adolescentes: uma revisão da literatura com implicações na prevenção do suicídio”

Table 1. Selected and analysed articles of the review (Artigos selecionados e analisados da revisão).....	51
--	----

Artigo 3. “The relationship between life satisfaction and suicidal ideation in adolescents from the perspective of suicide prevention”.

Table 1. Association of suicidal ideation with sociodemographic variables related to global life satisfaction.....	79
Table 2. Classifications of the life satisfaction scores and the Cronbach’s alpha coefficients according to the MSLSS domains.....	80
Table 3. Prevalence of suicidal ideation according to the Beck Scale – BSI.....	80
Table 4. Association of suicidal ideation with the life satisfaction domains.....	83
Table 5. Association of suicidal ideation with the depression score.....	82
Table 6. Multivariate model of the associations between risk factors and suicidal ideation.....	83
Table 7. Multivariate model of the associations between life satisfaction and suicidal ideation, considering the MSLSS for each domain.....	84

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	17
2. INTRODUÇÃO.....	23
3. ARTIGO 1. “Multidimensional Students’ Life Satisfaction Scale: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation”, aceito para publicação na Revista Brasileira de Psiquiatria (ANEXO K).	27
4. REVISÃO DA LITERATURA - ARTIGO 2. “Quality of life, life satisfaction, and suicide ideation in adolescents: A review of the literature with implications for suicide prevention” - submetido à <i>Trends in Psychiatry and Psychotherapy</i> (ANEXO L).	31
5. HIPÓTESE	59
6. OBJETIVOS	59
7.1 Desenho do estudo.....	59
7.2 Local do estudo e população alvo.....	59
7.3 Amostra	60
7.4 Instrumentos	62
7.5 Variáveis do estudo	65
7.5.1 Variável Dependente:	66
7.5.2 Variáveis Independentes:.....	66
7.6 Coleta de dados.....	67
7.7 Processamento dos dados	67
8. RESULTADOS	68
8.1 ARTIGO 3 – The relationship between life satisfaction and suicidal ideation in adolescents from the perspective of suicide prevention- submetido ao <i>Quality of Life Research</i> (ANEXO N).....	68
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	92
9.1 Coleta de dados.....	92
9.2 Assinatura TCLE.	92
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	106
ANEXOS	110

1. APRESENTAÇÃO

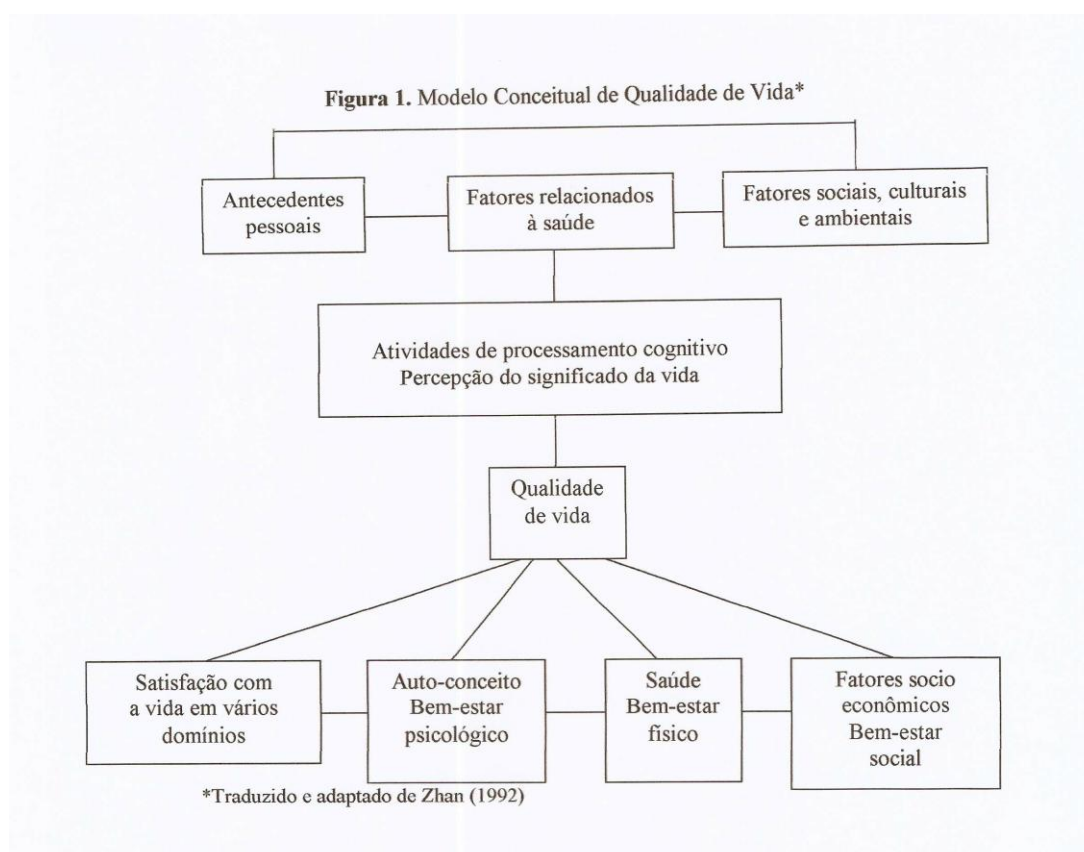
O interesse pelo estudo da qualidade de vida (QV) decorre, em parte, das influências das políticas e práticas do setor de saúde, apesar de seu conceito ter surgido inicialmente em pesquisas na área econômica. Exemplo disto seria a primeira citação do termo QV em 1920 por Pigou (Wood-Dauphinee, 1999), num livro sobre economia e bem-estar, onde se discutia o apoio governamental para classes menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas. Embora atualmente se observe que, mesmo após a melhoria nas condições econômicas, na escolaridade e na perspectiva de vida de alguns países, o nível de QV não necessariamente acompanhou o mesmo crescimento.

A primeira menção ao termo bem-estar surgiu num estudo de Myerson em 1917, visando o que ele denominou como *well being of the normal*, através da aplicação de um programa de promoção de saúde do indivíduo e da sociedade intitulado *Eupathics*. Para Myerson (1917, p. 344) “o humor é a verdadeira fonte de energia e felicidade do indivíduo. A mente lida com o mundo, ajusta o homem a ele, porém o humor devolve à mente o vigor e o desejo de seguir vivendo ou então ocasiona a apatia e o desejo de morrer”. De forma peculiar observamos nessa citação uma relação entre humor e felicidade, e o desejo de viver ou morrer.

Na área de saúde, grande parte dos estudos sobre QV está voltada para a compreensão da vida de pessoas acometidas por alguma doença (Rabkin et al., 2000; Sawatzky, 2007). Conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde – OMS (1998, p.1) “uma compreensão abrangente do conceito de saúde envolve todos os sistemas e estruturas que regem as condições sociais, econômicas e do ambiente físico, e devem ter em conta as implicações de suas atividades em relação ao impacto na saúde individual e coletiva e no bem-estar”, demonstrando a relação entre saúde e QV. De acordo com alguns teóricos (Diener, 2000; Myerson, 1917; Raphael, 1996) a base da promoção de saúde é a melhoria da QV.

Pesquisas em QV podem ser apresentadas sob duas perspectivas: objetiva e subjetiva. A perspectiva objetiva focaliza-se nas condições externas que contribuem para a QV, tais como níveis de renda, qualidade da moradia, rede de amigos e acesso aos serviços de saúde. A QV subjetiva inclui julgamentos pessoais de satisfação com a vida, com relação à vida em geral ou a domínios específicos (como exemplo satisfação com amigos, família e experiências escolares) (Diener et al 1999; Valois et al, 2004).

O modelo conceitual de Zhan (1992) explicita o formato da interação entre os diversos níveis de QV (Figura 1). A satisfação com a vida é um dos indicadores chave do bem-estar subjetivo, sendo considerado o construto central na literatura de Psicologia Positiva (Gilman e Huebner, 2003; Linley *et al.*, 2009; Proctor *et al.*, 2009). Embora felicidade e satisfação com a vida não sejam sinônimos, o entendimento dos fatores relativos à satisfação com a vida é crucial para a compreensão do que torna os indivíduos felizes (Erdogan *et al.*, 2012). Satisfação com a vida é um conceito complexo, que emergiu em



diversas áreas de pesquisa (ciências sociais, econômicas, psicologia), com maior ênfase no período pós-segunda guerra mundial, quando a necessidade de avaliação do declínio em alguns setores da vida dos indivíduos passou a ser mais evidenciado, possivelmente pelo contexto histórico/político e de perdas (materiais, mortes, saúde mental). Especificamente na área relacionada à saúde, as pesquisas relativas à qualidade de vida, satisfação com a vida e bem-estar têm sido atribuídas à transição histórica do cuidado médico curativo (predominante no século passado) para a atual visão a respeito do impacto das doenças sobre o bem-estar físico, mental e emocional.

O julgamento pessoal de como cada indivíduo percebe sua satisfação com a vida - como um todo ou relativo a determinados aspectos - tem sido abordado como um dos pilares

da estrutura de avaliação desse construto. Satisfação com a vida é definida como a avaliação cognitiva da qualidade geral de sua própria vida (Huebner, 1994). De acordo com Pavot *et al.* (1991), os relatos individuais de satisfação com a vida são baseados nas comparações pessoais de critérios auto-determinados e as circunstâncias de vida vivenciadas por esses indivíduos. Durante a adolescência, período em que ocorrem mudanças em diversas áreas da vida, o nível de satisfação com a vida também pode provocar alteração na capacidade de enfrentamento de situações de estresse. Por exemplo, alguns indivíduos podem responder com declínio da satisfação com a vida, engajando-se em vários comportamentos de risco relacionados à saúde (ideação suicida e tentativa de suicídio) (Valois *et.al.*, 2004). Uma pesquisa norte-americana de âmbito nacional avaliando estudantes do ensino médio revelou que 15,8% relataram ideação suicida, 12,8% planejavam e 7,8% informaram ter tentado o suicídio até 12 meses antes da aplicação da pesquisa (Centers for Disease Control, 2011).

Um nível mais baixo de satisfação com a vida percebido pelos adolescentes tem sido associado a vários comportamentos de risco, incluindo uso de álcool e outras drogas (MacDonald *et al.*, 2005; Murphy *et al.*, 2005, Zullig *et al.*, 2000; Zullig *et al.*, 2001) e comportamentos violentos e agressivos (Valois *et al.*, 2001; MacDonald *et al.*, 2005, Valois *et al.*, 2006, Buelga *et al.*, 2008). Entretanto, estudos que associam satisfação com a vida e ideação suicida/comportamentos suicidas são raros em adultos (Koivumaa-Hokanen *et al.*, 2001; Lester 1998), e em adolescentes (Thatcher *et al.*, 2002; Valois *et al.*, 2004; Park *et al.*, 2005).

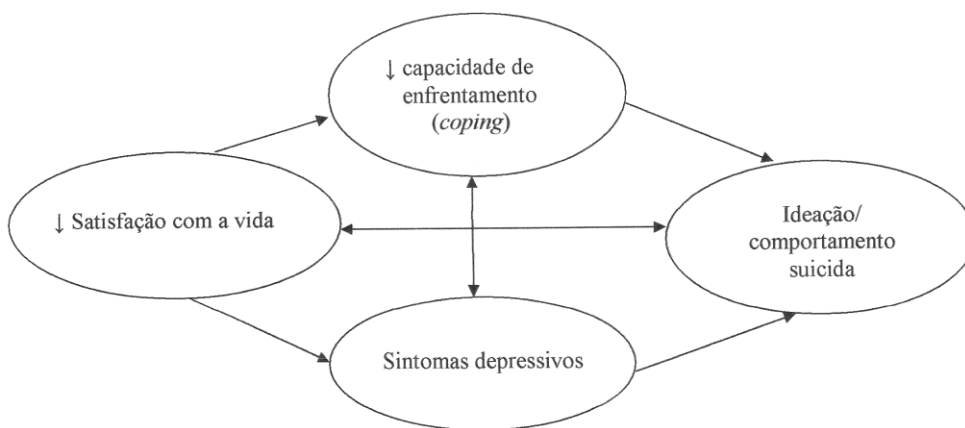
Na busca de uma solução para seus problemas, os jovens podem recorrer a comportamentos agressivos, impulsivos ou suicidas (Borges e Werlang, 2006). Os aspectos que podem ser patológicos na adolescência, muitas vezes podem estar relacionados à intensidade ou ao desajuste do comportamento característico desta fase do desenvolvimento humano. É possível afirmar que, quando o jovem idealiza, ameaça, tenta ou concretiza o suicídio, ele pode estar revelando um colapso em seus mecanismos adaptativos, numa tentativa de alívio da dor e do sofrimento. Conforme Culp *et al.* (1995), em estudo sobre os relatos de tentativa de suicídio de adolescentes com humor deprimido, foi verificado que 49% deles não solicitou ajuda e, dos que não procuraram por ajuda, 68% acreditavam que deveriam saber lidar com seus próprios problemas. Dessa forma, a verificação da ideação suicida em adolescentes pode surgir como sinal precoce de algumas alterações psicopatológicas ou de situações de risco e vulnerabilidade, tornando-se a forma de prevenção mais eficaz.

A ideação suicida pode se manifestar desde pensamentos transitórios a respeito da inutilidade da vida e desejo de morte, até o permanente e concreto planejamento de se matar e a preocupação obsessiva com o autoextermínio (Sokero, 2006). Conforme Berman et al. (2006, p.99), “a ideação suicida passa a ser clinicamente significativa quando ela é mais do que transitória, possivelmente uma preocupação, ou quando está acompanhada da possibilidade de traduzir-se numa ação comportamental”.

A proposta desta Tese foi a de testar o modelo moderacional dos efeitos da satisfação com a vida na ideação suicida em estudantes adolescentes de 12 a 18 anos de idade. Esse modelo conceitual foi escolhido devido ao baixo nível de patologia presente em uma amostra não clínica de estudantes, e também pelo fato de que acreditamos que a flutuação dos sintomas depressivos ocorra com maior probabilidade nesse segmento da população. Baseado no fato de que o julgamento do adolescente a respeito da satisfação com sua própria vida pode ser influenciado por variáveis ambientais (residência, família, cultura), pelas próprias características da fase da adolescência, por eventos estressantes de vida ou por eventual sofrimento psíquico, passamos a questionar se haveria uma retro-influência nesse fenômeno. Diante dessa composição foram elaboradas as seguintes questões norteadoras:

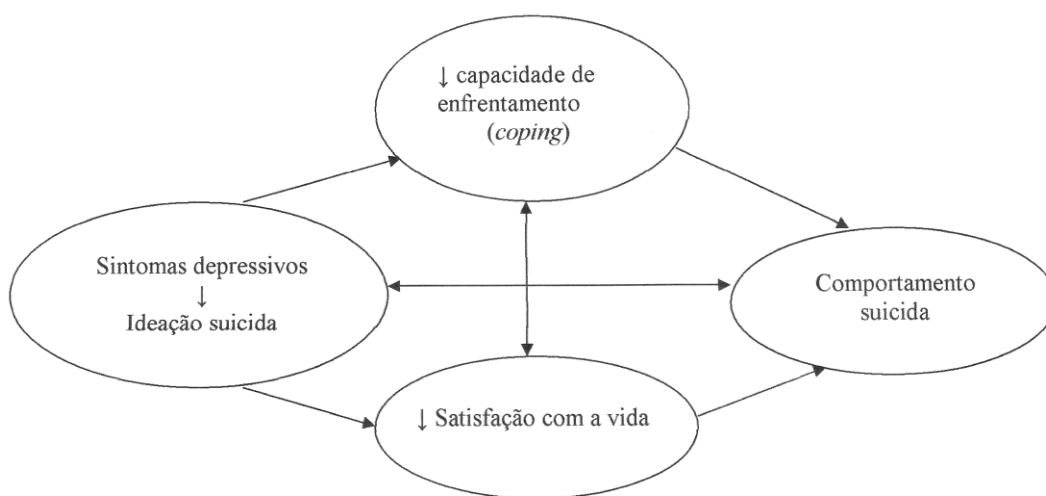
1. Os adolescentes estariam mais propensos a desenvolver comportamentos externalizados tardios, tais como ideação/planejamento/tentativa de suicídio face à dificuldade de lidar com eventos adversos a partir de sua percepção de circunstâncias de vida insatisfatórias relacionadas à família, aos amigos, a si mesmo, à escola ou ao meio de convívio ou por estar desenvolvendo sintomas depressivos? (Figura 2)

Figura 2. Modelo conceitual (a) de fatores preditivos de ideação suicida em adolescentes.



2. Ou estaria o adolescente desenvolvendo sintomas psicopatológicos (ideação suicida, sintomas depressivos) moderados pela influência da diminuição da satisfação com a sua própria vida, e a depender da falta de fatores protetivos disponíveis (ex: suporte social), estando mais propensos a desenvolver comportamento suicida? (Figura 3)

Figura 3. Modelo conceitual (b) de fatores preditivos de ideação suicida em adolescentes.



3. Quais são os preditores significativos da ideação suicida em adolescentes?

Várias pesquisas têm sido desenvolvidas com o objetivo de identificar fatores de risco ao suicídio em adolescentes, estando eles em processo de atendimento psiquiátrico ambulatorial, em internação psiquiátrica ou estudos em populações não clínicas. No entanto não temos conhecimento de pesquisas brasileiras envolvendo a relação entre satisfação com a vida e ideação suicida em adolescentes. Nesse sentido, esta Tese torna-se relevante uma vez que tem como objetivo determinar a relação entre satisfação com a vida e ideação suicida na perspectiva de risco em estudantes de 12 a 18 anos de idade na cidade do Recife (PE).

Nossa hipótese para esse estudo foi a de que a satisfação com a vida nos adolescentes pode interferir sobre a adoção de comportamento de risco e ideação suicida, e

sua mensuração na população não clínica pode ser um indicativo para identificar precocemente o risco de suicídio.

São apresentados três capítulos, organizados na forma de artigos. O primeiro artigo descreve a validação inicial (semântica e de face) e adaptação transcultural da Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (Huebner, 1994), destinada a avaliar satisfação com a vida de adolescentes e integrou o grupo de instrumentos utilizados nessa tese. O segundo artigo faz uma revisão crítica e narrativa da literatura levando em consideração as relações entre satisfação com a vida, ideação suicida e prevenção de suicídio em adolescentes, demonstrando a escassez de estudos nesta área. O terceiro artigo versa sobre os resultados da pesquisa, englobando as associações entre ideação suicida e satisfação com a vida em estudantes de 12 a 18 anos na cidade do Recife (PE), além das variáveis psicológicas como os sintomas depressivos.

Por fim, baseada na revisão de literatura e nos resultados obtidos, são apresentadas as considerações finais, onde foi possível evidenciar que o uso de instrumentos de satisfação com a vida em adolescentes pode prover informações adequadas do efeito das psicopatologias em adolescentes, permitindo intervenções preventivas. Parece ser promissora e recomendável sua utilização em programas de prevenção de suicídio ao ser abordada a população adolescente.

2. INTRODUÇÃO

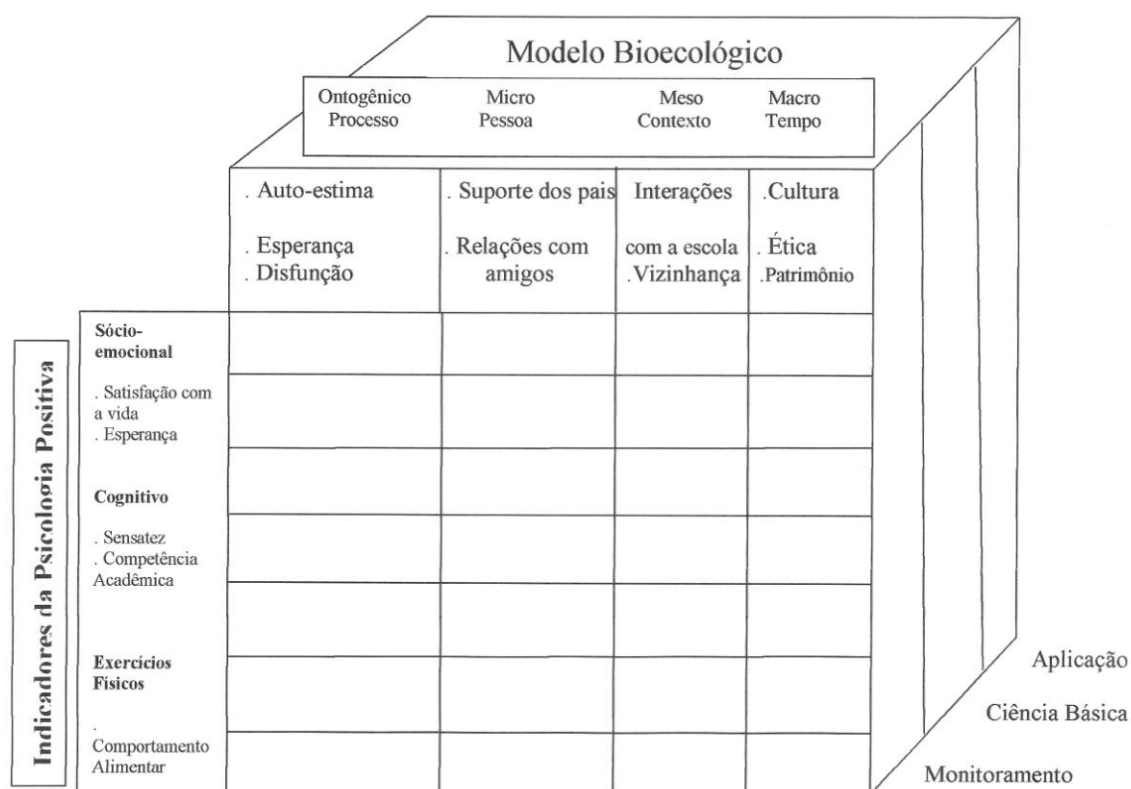
Dentre os diversos conceitos de QV estabelecidos podemos citar o de Ferrans (1996), em que ela é definida como o “senso pessoal de bem-estar que provém da satisfação ou não satisfação em áreas importantes da vida do indivíduo”. O conceito de QV pela Organização Mundial de Saúde - OMS (WHO, 1994) a define como “a percepção individual de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores vigentes, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e interesses” (p.27). Frisch (1998, p. 24) salienta que a QV se equipara à satisfação com a vida, e que “se refere à avaliação pessoal e subjetiva do nível de satisfação das mais importantes necessidades, metas e desejos”.

A QV subjetiva inclui julgamentos pessoais de satisfação com a vida, com relação à vida em geral ou a domínios específicos (como exemplo, satisfação com amigos, família e experiências escolares) (Diener et al 1999; Valois et al, 2004). Enquanto abordagem psicológica, teóricos como Day e Jankey (1996) consideram QV como um aspecto subjetivo relativo à pessoa, desconsiderando o contexto ambiental em que ela está inserida (Pereira et al., 2012), porém há controvérsias quanto a essa afirmativa.

Conforme pesquisadores da Psicologia Positiva (PP), a QV individual pode ser conceitualizada dentro de uma perspectiva ecológica, que reflete a noção de que os indivíduos vivem em sistemas interligados que influenciam o seu desenvolvimento físico, social, emocional e de competências cognitivas (Huebner, Gilman e Furlong, 2009). Baseado no Modelo de Psicologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1979), o modelo conceitual tridimensional da PP insere a satisfação com a vida nos indicadores de QV socioemocionais (Figura 4), na medida em que ela “é uma disciplina cujo estudo científico foca no funcionamento humano ideal” (Linley et al., 2009). Nesse modelo, o microsistema consiste em setores mais próximos como lar, grupo de amigos e a escola, os quais influenciam diretamente a vida das pessoas. O mesossistema refere-se a fatores contextuais tais como vizinhança, serviços comunitários e interações pais-escola. O macrosistema engloba modelos institucionais da economia, sociais, educacionais, legais e de sistemas políticos, que indiretamente afetam a vida dos indivíduos e são dependentes do período em que ocorrem. O sistema ontogênico foi incluído posteriormente (Belsky, 1980) e inclui as diferenças individuais na auto-estima, na atividade física e no comportamento alimentar. O modelo de Bronfenbrenner (1979), atuante na Psicologia do Desenvolvimento, esclarece a ampla variação de fatores que podem estar relacionados às facetas do bem-estar,

“refletindo a necessidade de se evitar explicações simplistas e individualistas referentes ao bom funcionamento pessoal” (Huebner, Gilman e Furlong, 2009).

Figura 4. Modelo Conceitual para Pesquisas em Psicologia Positiva em crianças e jovens*



*Traduzido e adaptado de Huebner, Gilman e Furlong (2009)

A variabilidade ontogenética faz referência à idéia de que a satisfação com a vida (assim como outros indicadores da PP como felicidade e bem-estar) é um processo que pode ser promovido durante o ciclo da vida. Esse argumento sugere que, se o ambiente, a família e a comunidade seguem apoiando o desenvolvimento da criança, e consequentemente do adolescente, e provendo os recursos de que possa necessitar para superar a adversidade, existe alta probabilidade de que o indivíduo continue se adaptando positivamente através do tempo.

Veenhoven (1996) define a satisfação com a vida como “o nível pelo qual o indivíduo avalia positivamente sua qualidade de vida como um todo”, ou seja, o quanto uma pessoa gosta de sua própria vida. Esse autor reforça que o termo satisfação com a vida possui uma vantagem em relação ao termo ‘bem-estar subjetivo’ na medida em que a

satisfação com a vida se refere a uma avaliação global da vida, mais do que o relato de sintomas psicossomáticos. Tal conceito não se limita aos julgamentos que são considerados corretos por outros, mas, em essência, são baseados no julgamento pessoal. Nesse sentido, haveria uma tendência dirigida às crenças de *controle interno*, onde indivíduos insatisfeitos tendem a sentir que possuem pouco controle sobre os eventos.

As avaliações de satisfação com a vida estão relacionadas, porém são distintas das avaliações tradicionais de saúde mental (Diener et al., 1999; Huebner e Alderman, 1993), como os inquéritos sobre depressão e ansiedade. Esforços em medir a satisfação com a vida têm sido condizentes com o posicionamento da PP, que define bem-estar subjetivo para além da ausência de sintomas psicológicos (Frisch, 2000; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Dessa forma, um indivíduo pode estar insatisfeito com sua vida como resultado de circunstâncias e experiências negativas de vida, e ainda assim não apresentar sintomas psicopatológicos. Não obstante, um indivíduo pode estar relativamente satisfeito com sua vida, porém simultaneamente apresentar sintomatologia (Valois et al., 2001). Existem evidências de que instrumentos que avaliam níveis de satisfação com a vida têm demonstrado ser capazes de prover informações sobre comportamentos de risco em adolescentes, permitindo intervenções preventivas. Veenhoven (1996, 2000), através de seus estudos sobre satisfação com a vida e de suas análises dos conceitos de QV, bem-estar e felicidade, enfatiza que satisfação com a vida é um sinalizador do desenvolvimento de transtornos depressivos e ideação suicida, valorizando a utilização de questionários autorresponsivos para uma análise mais fidedigna possível. O autor postula que “o comportamento suicida é provavelmente o mais indicativo de satisfação com a vida do que qualquer outro comportamento” (Veenhoven, 1996), preconizando que o grau de comprometimento da satisfação com a vida percebida pelo indivíduo pode influenciá-lo na adoção ou na prevenção de comportamentos suicidas.

A gravidade da ideação suicida pode ser determinada acessando-se a frequência, a intensidade e a duração desses pensamentos, servindo de indício para prevenção e intervenção em situações de risco e vulnerabilidade entre adolescentes (Centers for Disease Control and Prevention - CDC, 2009). Pensamentos suicidas, explicitados ou não, sempre precedem atos suicidas (CDC, 2008), que podem variar num *continuum*, desde idéias e pensamentos sobre suicídio não consumados, aos atos suicidas não fatais (tentativas de suicídio) até o suicídio completo. Permanece indeterminado o processo através do qual os indivíduos passam da ideação para o ato em si e, nesse sentido, o aprofundamento através

deste estudo pode facilitar o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes (CDC, 2008).

Situação de risco ou situação adversa engloba um nível de vulnerabilidade ambiental ou pessoal que torna o indivíduo mais propenso a se envolver em comportamento que ponha sua vida em risco, ou ao menos venha a torná-la mais susceptível. A complexidade dos fatores que podem contribuir para o aumento do risco de comportamento suicida é substancial. A maior parte dos estudos conduzidos para a verificação de fatores de risco de suicídio os associa com transtornos mentais e, nesse caso, os transtornos de humor, de ansiedade, o abuso de substâncias, os transtornos de personalidade e a esquizofrenia estão incluídos. Além disso, a presença de algum transtorno mental não tratado – particularmente depressão e abuso de substâncias – são atribuídos como os maiores fatores de risco para o suicídio. Outros fatores de risco que devem ser mencionados são o passado de tentativa de suicídio, exposição a trauma e abuso, graves estressores psicossociais, perda interpessoal, história familiar de suicídio e de doença mental, perda na habilidade de enfrentamento de eventos adversos e dificuldade de acesso a suporte social e serviços de saúde.

Nesse sentido, este estudo vem suprir uma lacuna na literatura, onde se verificam poucas pesquisas vinculando satisfação com a vida e comportamento suicida em adolescentes. Procurou-se também estabelecer a relação com comportamentos de risco como tentativas anteriores de suicídio, além de possíveis conjunturas ambientais como o fato de morar com os pais ou com outros familiares, e a satisfação com a família, com o ambiente de convívio e consigo mesmo. A construção do julgamento da satisfação com a vida está intrinsecamente relacionada com as vivências pessoais, exercendo impacto sobre tais relatos e refletindo os diferentes momentos pelos quais um indivíduo possa estar passando. A depender da vulnerabilidade individual, o desencadeamento de diferentes respostas, algumas adaptativas, e outras que os expõem a riscos ainda maiores, podem vir a comprometer o desempenho social, a saúde e o bem-estar.

3. ARTIGO 1. “Multidimensional Students’ Life Satisfaction Scale: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation”, aceito para publicação na Revista Brasileira de Psiquiatria (ANEXO K).

Letter to the Editor

Multidimensional Students’ Life Satisfaction Scale: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation

Multidimensional Students’ Life Satisfaction Scale: tradução e adaptação transcultural para o Portugues do Brazil

Luciana Paes de Barros¹, Kátia Petribú², Everton Sougey¹, E. Scott Huebner³

¹ Pernambuco’s Federal University, Brazil

² Pernambuco’s State University, Brazil

³ Department of Psychology, University of South Carolina, Columbia

Financial support: None

Conflitc of interests: None

Correspondence

Luciana Paes de Barros

Rua Prof Augusto Lins e Silva nº196/902

51030-030 - Recife, PE, Brazil

Phone: (+55 81) 3461-4935

E-mail: dqsetrata@gmail.com

Dear Editor

Life satisfaction measures are distinct from measures of psychopathology and also from objective QL measures¹⁻². Proponents of the subjective QL indicators perspective focus on measures that incorporate individuals' subjective perceptions and evaluations of the key indicators of life quality, such as life satisfaction³ (p.355).

Life satisfaction studies focus on how and why people experience their lives in positive ways⁴. Unidimensional and multidimensional ratings of life satisfaction have been examined in the literature. However, multidimensional measures provide the most distinctive information about a person's life satisfaction³.

In 1994, Huebner developed the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale⁴ (MSLSS), a 40-item self-report questionnaire designed for adolescents' students, and the information regarding test development, usage, and psychometric properties is available². The MSLSS has been shown to demonstrate favorable psychometric properties including acceptable internal consistency, test-retest reliability, and factorial validity³⁻⁴.

The objective of this study was to report the process of cross-cultural adaptation of the MSLSS for Brazilian adolescents. The methodology of the translation and the adaptation to Brazilian Portuguese followed the criteria proposed by Guillemin, Bombardier and Beaton⁵.

The scale was subjected to a translation process involving a two-person English-Portuguese translation team, a two-person back translation team privy to the original version and a discussion group (composed of two psychiatrists, a psychologist familiar with quality of life questionnaires and their applications and a native English teacher) was responsible for reaching full consensus regarding lexical and cultural equivalence. A cognitive debriefing analysis was performed with 15 adolescents that represent the focus group in terms of age and school year, and no items were considered to be problematic by the young people targeted.

The author's approval of the resulting merged version (back-translation) shows that the methodology employed was adequate. We submitted the Brazilian version to a pilot study where forty-nine students (12 to 18 years) were picked through a random procedure, and recruiting from two middle schools (one public and another private) in the same district in Recife city. Students of both genders (63% female) and different educational levels were included. The MSLSS was administered in classrooms after receiving consent from schools and parents.

To determine internal consistency, Cronbach's alpha coefficients were obtained (Table 1) and were consistent for the overall score for both schools. All the domains had an alpha coefficient of over 0.71, which is considered adequate for research purposes.

These coefficients were similar in magnitude to those reported in other reliability analyses of the MSLSS in Canadian, Korea, Chinese and Croatian samples (Table 1). The internal consistency of the MSLSS General scale was sufficiently high and fairly similar for the two schools (0.88 and 0.79 respectively). Comparative analysis of Cronbach's coefficient, for the domains included and the colleges surveyed reveals that the test has a high level of reliability.

The MSLSS adapted to Brazilian culture has produced results that indicate a satisfactory equivalence to the US version and suggest that it is a reliable option and easy to apply in evaluation of life satisfaction among Brazilian adolescents.

References:

1. Proctor CL, Linley PA, Maltby J. Youth Life Satisfaction: A Review of the Literature. *Journal of Happiness Studies*. 2009; 10:583-630.
2. Huebner ES, Gilman R, Suldo SM. Assessing Perceived Quality of Life in Children and Youth. In: Smith SR, Handler L (Eds). *The Clinical Assessment of Children and Adolescents*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2007. p. 347-363.
3. Huebner ES, Gilman R, Ma C. Perceived Quality of Life of Children and Youth. In: Kenneth C Land, Alex C Michalos and M Joseph Sirgy (Eds). *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research*. 2012. Chapter 16, pp. 355-372.
4. Huebner ES. Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychological Assessment*. 1994; 6(2):149-158.
5. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1993; 46(12):1417-1432.

Table 1 – Cronbach’s alpha coefficients in Canadian, Korea, Chinese and Croatian samples compared to our study

Articles	Cronbach					
	Family	School	Friends	Self	Environment	Global
<i>Gilman & Huebner, 2008 (China sample)</i>	.87	.78	.74	.69	.67	.89
<i>Huebner & Gilman, 2002</i>	.79 to .85	.83 to .85	.81 to .85	.72 to .84	.79 to .83	.90 to .92
<i>Park et al, 2004</i>	.76 to .87	.81 to .87	.82 to .87	.67 to .80	.78 to .81	.90 to .92
<i>Gilman et al, 2005</i>	.87	.82	.88	.70	.72	.87
<i>This study, 2008</i>	.73	.73	.75	.76	.76	.76

4. REVISÃO DA LITERATURA - ARTIGO 2. “Quality of life, life satisfaction, and suicide ideation in adolescents: A review of the literature with implications for suicide prevention” - submetido à *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* (ANEXO L).

Luciana Paes de Barros MD, MSc¹; Kátia PetribúMD, PhD²; Everton Botelho Sougey, MD, PhD¹; E. Scott Huebner, PhD³

¹ Federal Pernambuco's University, Brazil

² Pernambuco State University, Brazil

³ Department of Psychology, University of South Carolina, Columbia

Correspondence

Luciana Paes de Barros

MD, MSc

Rua Prof. Augusto Lins e Silva 196/902, 51030-030 –Recife, PE – Brazil

Tel: +55-81-3461-4935, Fax: +55-81-3461-4935

E-mail: lucianapdebarros@gmail.com

4602 words

Financial support: none.

No conflicts of interest declared concerning the publication of this article.

ABSTRACT

To critically review the relationships among suicide ideation, and life satisfaction in adolescents, with implications for suicide prevention. Publications were selected which related suicide ideation and life satisfaction in adolescents, in the period between 1960 and 2012. The following electronic databases were consulted: MedLine, LILACS, SciELO, PsycINFO, Science Direct and Adolec. Furthermore the review involved the manual checking of the bibliographic references of the selected articles. The electronic research included studies, which evaluated the relationships between suicidal behaviour (with special focus on suicide ideation) and life satisfaction in adolescents. Articles which contained additional relations with situations of risk in adolescence and predictor factors of suicidal behaviour with depressive conditions were also included, as well as coping strategies. Three articles fulfilled all the inclusion criteria, and some studies which focused on the theme of the study in clinical populations or studies with gender differences were mentioned and selected due to their relevance. Differences across gender and race were demonstrated in most of the studies which evaluated the relationships between life satisfaction, suicide ideation, and suicide behaviours. Also, significant relationships between self-reported life satisfaction and poor mental health days, poor mental/physical health days, suicide ideation and suicide behaviors could indicate that instruments of life satisfaction can supply adequate information of the effect of the psychopathologies or behaviours of risk in adolescents permitting preventive interventions.

Descriptors: personal satisfaction, suicide, risk factors, adolescent, preventive psychiatry, mental health.

RESUMO

Revisar criticamente as relações entre, ideação suicida e satisfação com a vida em adolescentes e suas implicações na prevenção do suicídio. Foram selecionadas publicações que relacionavam ideação suicida e satisfação com a vida em adolescentes, entre 1960 e 2012. Foram consultadas as bases eletrônicas MedLine, LILACS, SciELO, PsycINFO, Science Direct e Adolec. Além disso, foi incluída checagem manual das referências bibliográficas dos artigos selecionados. A pesquisa eletrônica incluiu trabalhos que avaliassem as relações entre comportamento suicida (com enfoque especial em ideação suicida) e satisfação com a vida em adolescentes. Artigos que continham relações adicionais com situações de risco na adolescência e fatores preditores de comportamento suicida como quadros depressivos também foram incluídos, além de estratégias de enfrentamento (*coping*). Somente três artigos preencheram todos os critérios de inclusão, e alguns estudos enfocando tais descritores em populações clínicas ou estudos com diferenças de gênero foram citados e selecionados devido sua relevância. Diferenças de gênero e raça foram demonstradas na maior parte dos estudos que avaliaram as relações entre satisfação com a vida, ideação suicida e comportamentos suicidas. Adicionalmente, relações significativas entre satisfação com a vida auto-relatada e adoecimento mental e físico, ideação suicida e comportamento suicida poderiam indicar que instrumentos de satisfação com a vida podem prover informação adequada do efeito das psicopatologias ou de comportamentos de risco de adolescentes, permitindo intervenções preventivas.

Descritores: satisfação pessoal, suicídio, fatores de risco, adolescente, psiquiatria preventiva, saúde mental.

INTRODUCTION

“Mood is a real source of the energy and happiness of the individual. Mind faces the world, adjusts Man to it, but Mood gives to Mind the strength and the desire to go on living or else brings about apathy and the wish to die.” (A. Myerson, 1917, p. 344)

Although happiness and life satisfaction are not synonymous, an understanding of the factors related to life satisfaction is crucial for the comprehension of what make us happy individuals¹. The appearance of a science of happiness was perhaps marked by a 1917 article promoting a discipline of ‘eupathics’, defined as the study of the ‘well being of the normal’²⁻³, introducing the idea of “a program for promoting the health of the individual and the health of society in order that a better basic mood may arise”². According to Shin and Johnson⁴, happiness “is the equilibrium between needs and wants on the one hand, and satisfaction on the other; the prompt satisfaction of needs produces happiness, while the persistence of unfulfilled needs causes unhappiness.” (p.479)

The majority of studies related to life satisfaction have been recorded under the Health Science Descriptor (DeCS)⁵ of ‘personal satisfaction’, which is defined as “the individual’s experience of a sense of fulfillment of a need or desire and the quality or state of being satisfied”. According to Huebner⁶, “global life satisfaction refers to a general evaluation of the quality on an individual’s life that is over and above judgments of specific domains”, and although reports of life satisfaction can be influenced by sentiments, they are also distinct from transitory mood states⁷. This suggests that life satisfaction judgements are not only the product of particular experiences and of personal characteristics, but also decisively influence individual processes and behaviours.

Following the definition of the World Health Organization (WHO)⁸ according to whom health is “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”, research attention has ensued related to the impact of illnesses on the well-being of individuals. Although one may attribute some responsibility to this definition for the impetus for research concerning instruments of quality of life, before 1985 the term quality of life was less cited in the index of subjects PubMed⁹ than terms such as, well-being, life satisfaction, and happiness¹⁰.

By seeking the association of the DeCS ‘quality of life’ and ‘adolescent’ in PubMed, the first article found¹¹ focused on the domestic dialysis, and an article in this same year¹² informed the importance of education in mental health on the quality of life of individuals. McKay¹² cited the criteria for fulfilment in life by Thomas and Znaniecki¹³, which included four motivations or necessities: desires for security, responses (social and sexual contacts), recognition, and new experiences. For the authors, a well-adjusted person would have each one of these basic desires reasonably satisfied.

Paradoxically, the first article found with an association of the DeCS ‘life satisfaction’ and ‘adolescent’ in PubMed proposed to test two experiments with children and disabled adolescents. Entitled “The life satisfaction of non-normal persons”¹⁴, the authors compared the responses of children and adolescents (average age of 13 years) with physical and mental disability to those of normal children, and they did not find any differences in their levels of life satisfaction, frustration, or positivity of mood. Some evidence indicated that the children and adolescents with disabilities had less suicidal tendency and, were also more religious despite reporting more difficulties in their lives. In this study, the authors did not verify difference between the children who acquired disability in infancy from those

who were born with it. Equivalence in life satisfaction was demonstrated as much in disabled individuals as in normal people.

The greater number of research studies involving life satisfaction, initiated in the 70's perhaps demonstrated the growing interest of researchers in this area of inquiry. As described by Pavot *et al.*¹⁵, the individual reports of life satisfaction are based on the personal comparisons of self-determined criteria and life circumstances perceived amongst the individuals. According to Huebner *et al.*¹⁶ “significant correlations have been revealed between global life satisfaction and intrapersonal and interpersonal measures of psychological problems, such as low self-esteem, hope, anxiety, depression, external locus of control, and maladaptive attributional style.”

During adolescence, a period of great change in a number of key life areas, changes in the level of life satisfaction can also cause changes in the capacity for coping with situations of stressors. For example, some individuals can respond with declines in life satisfaction and associated emotions entertaining a number of risk behaviours such as suicidal ideation and attempted suicide¹⁷.

Suicidal thoughts, explicit or not, always precede suicide acts¹⁸, which can vary in a *continuum*, from unfulfilled ideas and thoughts about suicide to non-fatal acts (attempted suicide) up to completed suicide.

Among the many possible mechanisms that may explain the association between life satisfaction and suicide in adolescents, one involves efficient coping behaviour, since “life dissatisfaction is related to unfulfilled goals, wishes and needs, coping skills (externalizing behaviours, withdrawal behaviours)”¹⁷⁻¹⁹. According to Valois *et al.*¹⁷, many

adolescents are not “life skilled” in five aspects: communication, stress management, decision-making, problem solving and goal setting. On the other hand, as postulated by Huebner, Funk and Gilman²⁰, “the belief that life is generally positive, may enable individuals to cope effectively with the experience of variety of negative events and hassles at a given point in their lives”. The longitudinal findings of this study²⁰ suggest that adolescent reports of life satisfaction reflect judgments of a somewhat consistent nature, not judgments based primarily on momentary influences.

Although researchers have been shown that significant relationships between life satisfaction reports and a variety of youth risk behaviour, such as suicide, alcohol and drug use, and sexual risk taking, these have been little explored. As a consequence, the purpose of the study was to undertake a systematic review of the studies that involve the association between life satisfaction and suicide ideation in adolescents, in such a way as to help explain the likely antecedents and psychosocial mechanisms associated with this behaviour.

METHODOLOGY

A study was undertaken of the pertinent literature using the following electronic databases: MedLine, Lilacs, PsycINFO, PubMed, Science Direct and Adolec. The following categories of descriptors MeSH (Medical Subject Headings) were used: personal satisfaction, suicide, risk factors and adolescence. The electronic research included works published between 1960 and 2012, in all languages, which evaluated the relationships between suicidal behaviour (with special emphasis on suicide ideation) and life satisfaction in adolescents. Articles which contained additional relationships with situations of risk in

adolescence and predictors of suicidal behaviour factors such as states of depression, apart from coping strategies, were also included.

Studies directed to the population in general (adults) or clinical samples were excluded, principally those exclusively involving children. Also were excluded those studies whose focus was limited to investigating the relationship among suicide ideation and bullying, psychiatric disorders, drug use, and sexual abuse.

Examination of the articles with the DeCS life satisfaction, adolescent, and suicide in the Virtual Health Library⁵(up to March 2012), revealed 16 articles for consideration. Amongst these, six articles²¹⁻²²⁻²³⁻²⁴⁻²⁵⁻²⁶ involved the relationship between suicide ideation and suicidal behaviour in adolescents, but they didn't include the descriptor *life satisfaction*. The latter²⁶, although had investigate the prevalence of suicide ideation in middle school students and this relationship between school life satisfaction and coping style, was only available in Chinese language. Another five articles evaluated associations between suicidal behaviours and other aspects and psychosocial variables like well-being²⁷, self-destructive motivation²⁸, self-esteem and negative life events²⁹, and suicide rates³⁰⁻³¹. A study of mothers suffering from depression³² was excluded since it did not fulfil any of the inclusion criteria. An article in German language³³ investigated the potential risks of the participation of adolescents in suicide forums (interactive forums on the Internet) and if these forums should be considered helpful or might be dangerous or could contribute to suicidal youth by speaking openly about the subject.

In summary, of the 16 articles initially encountered, only three fulfilled the criteria for inclusion with a view to discerning the relationship between life satisfaction and suicidal

behaviour. However, one study³⁴ referred to the adult population, the second study³⁵ made use of a sample of adults with terminal renal illness and the third study was a one-page account by Lester³⁶ concerning the correlation between the rate of suicide, homicide and life satisfaction among youngsters between 15 and 24 years old.

Thus, none of the articles accessed through the database fulfilled the criteria for inclusion. It was thus necessary to undertake manual checking of bibliographic references for the selected articles, seeking those articles, thesis and book chapters of interest to the subject, with the final objective of locating pertinent texts which had not been found through electronic research. After this detailed search and analysis of whole articles, a total of three articles¹⁷⁻³⁷⁻³⁸ fulfilled all the criteria for inclusion (life satisfaction and suicidal behaviour in adolescents), and these articles formed the basis of this study. Some studies that were related to the referred descriptors in clinical populations and studies with gender differences were also cited and analyzed due to their relevance (Table 1).

RESULTS

Suicide ideation and life satisfaction

Studies which associate life satisfaction and suicide ideation or suicidal behaviour are rare in adults³⁴⁻³⁶⁻³⁹, and when they exclusively involve youngsters, they are rarer still¹⁷⁻³⁷⁻³⁸. Through extending the search in the bibliographic references, we came across several articles involving suicide ideation in adolescents, including some recent population-based studies⁴⁰⁻⁴¹⁻⁴²⁻⁴³⁻⁴⁴⁻⁴⁵ and three reviews of the literature⁴⁶⁻⁴⁷⁻⁴⁸. Of the reviews, one

referred to interventions for suicidal behaviour in adolescents⁴⁶. The second review described the suicidal phenomenon in adolescents⁴⁷. The third review summarized the respective risk and protective factors for suicidal behaviour in adolescents⁴⁸, in keeping with the increased interest in this subject in the last few years. However, only two of these articles¹⁷⁻³⁸ described studies directly related to suicide ideation and level of life satisfaction of adolescents.

Thatcher *et al.*³⁷ conducted a cross-sectional study, which examined the relationships among attempted suicide, life satisfaction, and risk behaviours in 4,565 students in middle school in South Carolina (USA). This study sought to understand how high school students' behaviour influences their perceptions of life satisfaction and how these factors influence their self-reported attempts at suicide. The variables related to life satisfaction were analysed verifying the relationship between attempted suicide and six categories of risk behaviour (intentional or non-intentional damage, use of tobacco, use of alcohol and other drugs, sexual activity, physical activity and nutritional habits), with differences being identified between genders and races. It was observed that black students presented a greater tendency of attempted suicide than the national rates (6.9%), however, Thatcher *et al.*³⁷ stated that physical exercise was established as a protective factor to one's satisfaction with life overall in the Black male. Also, some variables such as satisfaction with family life functioned as protective factors against attempted suicide among white girls.

The results of a study by Valois *et al.*¹⁷ of 4,758 adolescents between 13 and 18 years old "revealed that poor mental health, poor mental/physical health, serious suicide consideration, planning for suicide, attempted suicide and suicide attempt requiring medical care were significantly related to reduced life satisfaction." The authors tried to verify if

there were statistically significant differences between accounts of mental and physical health (illness in the last 30 days), suicide ideation and suicidal behaviour in satisfied adolescents compared with dissatisfied adolescents. The results showed that a substantial number of adolescents were dissatisfied with their lives, and called attention to a significant influence associated to gender and ethnic group of the students, observing that the black students showed the highest level of life satisfaction of the sample (38.7%). Some psychosocial mechanisms that could explain these associations were suggested by the authors. For example, the authors suggested that differences in adaptative coping behaviour could be a mediator of the relationship between dissatisfaction and adolescent suicidal ideation. However, the authors cautioned that longitudinal studies would be needed to confirm that dissatisfaction is an antecedent or determinant of suicidal ideation or behaviour.

A major premise of most life satisfaction research is that each individual possesses his or her own criteria concerning what constitutes a full life, and in this way, each person has a different standard regarding what is “success” in each area of life⁴⁹. Based on the same premise, Park *et.al.*³⁸ alerted researchers to the necessity of accessing “each adolescent’s global judgment of his or her life if we are to improve our understanding of his or her suicidal ideation”. This study³⁸ is the most recent one examining the relationship of life satisfaction and suicide ideation in adolescents. The authors further identified the most important predictors of suicidal ideation among demographic-behavioral variables and psychological variables (depression, life satisfaction, and communication with the family) for male and female adolescents. The authors identified that female adolescents were found to be at greater risk than male adolescents for suicidal ideation, and the level of life satisfaction for female adolescents was slightly lower than that for male adolescents. They also analyzed psychological variables and concluded that depression was positively related

to suicidal ideation for both genders (that is, the more depressed the greater the level of suicide ideation), whereas family communication and life satisfaction negatively related to suicide ideation. Furthermore, a regression equation predicting suicidal ideation for males revealed that life satisfaction was the strongest predictor, and identifying the most important predictors of suicidal ideation, life satisfaction, depression, and family communication remained in the model, explaining 28% of the variance in suicidal ideation for male adolescents. For the female adolescents, depression, smoking, and life satisfaction remained in the model, explaining 38% of the variance in suicidal ideation. The results of this study suggest that the approach for an effective suicide prevention program for adolescents should consider gender differences.

Situations of risk, suicidal behaviour and life satisfaction

Suicidal behaviour occurs, very often, as a result of internal conflicts or symptoms of depression and anxiety that accompany profound physical, psychic and social reorganization.⁵⁰ However, in order to determine intentional self-destructive ideation and behaviour, the great majority of studies have been directed to identifying risk factors and predictors of young peoples' suicidal behaviors, which individually or cumulatively contribute to the act.⁵¹⁻⁵²⁻⁵³⁻⁵⁴

As an example, Beautrais⁵⁵ analysed the most influential factors during a life time associated with suicidal behaviours. She demonstrated that suicidal tendencies frequently culminate in adverse situations during the course of a life time and involve multiple risk factors. The so-called spectrum of suicidal behaviours (ideation, attempted suicide and complete suicide) was analysed as a result of a number of factors, such as genetic, biological

and socio-demographic factors, adversities in infancy, personality traits, exposure to stress and psychiatric morbidity. The author concluded that the greater number of youngsters who develop suicidal behaviour will experience some form of mental disorder during the period of attempted suicide, more commonly emotional and anxiety disorders, use of substances, and anti-social behaviour.

Using qualitative methods, Benincasa and Rezende⁵⁶ evaluated sadness and suicide among Brazilian adolescents between 10 and 19 years old, including the risk and protective factors related to this phenomenon. Interviews with 32 adolescents verified that there was unanimity in the account of suicidal thoughts in at least one moment of their lives and that, despite recognizing this fact as a natural experience of sadness, the adolescents speculated that depression was the consequence of failure to be psychologically prepared to cope with such experiences. In this respect, not underestimating the suicidal potential of youngsters, who are intolerant of frustration, can be a first essential step in the identification of the prodromal symptom. The second step would involve offering to listen, to understand, and to help them develop effective coping strategies.

The life satisfaction perceived by adolescents has been associated with several risk behaviours, including use of alcohol and other drugs⁵⁷⁻⁵⁸⁻⁵⁹ and violent and aggressive behaviours⁵⁹⁻⁶⁰⁻⁶¹⁻⁶². The estimate of risk factors and their interactions with suicide ideation was analysed by Arria *et.al.*⁴¹ verifying the association between suicide ideation and symptoms of depression, low social support, emotional dysfunction and father-child conflict in 1249 students between 17 and 19 years of age. In light of the finding that many students experienced suicide ideation in the absence of high depressive symptoms in this study, an additional analysis was performed to determine whether the correlates of suicide ideation would be different among non-depressed individuals. The authors founded that the

correlation between alcohol use disorders and suicide ideation was only verified in the absence of high levels of depressive symptoms.

Investigating the relationships among hopelessness, loneliness and the level of family health (psychological), and family satisfaction in students from 14 to 17 years old with and without suicide ideation, Carvajal *et.al.*⁶³ observed 20% of ideation or desire of suicide in a sample of 482 youngsters of Bogotá. The research revealed that the variables that best explained the presence of suicide ideation were the records of previously attempted suicide, low self-esteem, depression, and belonging to an unhealthy family (less cohesion, support, resilience and more conflicts).

A study of gender differences and suicide ideation²³ evaluated the influence of anger in 258 adolescents. It was observed that, while anger was a significant predictor of suicidal ideation only in boys, both school life satisfaction and anger were significant predictors of suicidal ideation in girls, that is, girls reported significantly higher scores in both anger and suicidal ideation. This study confirmed the need for targeted suicidal preventive programs focusing on controlling anger.

Research involving 145 middle school students⁶⁴, in which 58 of the students were academically gifted and 32 of the students were exceptionally gifted (comprise the top 1% of academically gifted students of this age), verified that not even the exceptionally gifted possessed a greater risk of depression and suicide ideation when compared to the 55 academically average peers. This study suggests that academically gifted adolescents, even exceptionally gifted students, are no more at risk for depression or suicidal ideation than their general cohort of peers. However, they emphasised that highly gifted students are no less depressed than able students, and deserving the same degree and type of attention on the part of teachers. The author suggested that gifted students, like their average peers, could

benefit from preventative and educational programmes which would help in the development of facing stress and psychological suffering.

Using the estimates of the *European Values Survey 1999/2000*, which evaluated markers of population mental health in 32 countries, Bray and Gunnell²⁷ identified an inverse association between suicide rates and life satisfaction and happiness, with weaker associations observed in individuals between 15 and 44 years old than those over 45 years old. The authors attributed the differences to premeditation and to the difficulties of the life conditions of the elderly (which the authors defined as long-term unhappiness), in contrast, younger suicides may be more impulsive, occurring at times of acute crisis, rather than reflecting more general unhappiness. The results obtained show that life satisfaction and happiness present relatively modest correlations with other mental health indicators (rates of prescription of anti-depressants, self-harming behaviour, psychiatric service activity data, and suicide rates). Even admitting that the mentioned markers have their limitations, they believe that this analysis provides some evidence of the usefulness of life satisfaction and happiness survey data as indicators of population mental health. According to the authors, “it is possible that other variables such as community trust and feeling in control of one’s life could also contribute valuable information to an assessment of population mental health.”

Suicidal behaviour, life satisfaction and coping

Lazarus⁶⁵ (2006) defined coping as, “an integral feature of the emotion process” (p. 2) and “that it is not stress alone that counts in a person’s overall well-being but how well the individual copes with this stress”(p.12). When coping strategies change over time and circumstance, they must be thought of as a process. “For example, an individual’s overall

tendency to evaluate life experiences in a positive manner may support a higher likelihood of adaptative emotional and behavioral coping responses on occasions when faced with multiple negative life events or hassles.”⁶⁶

There is evidence that attempted suicide in young people is frequently preceded by exposure to stress and personal adversity, notably interpersonal loss and conflict ⁶⁷⁻⁶⁸. The exposure to adverse life events can lead to suicidal behaviour, since they can reflect an attempt to resolve, or to avoid the personal difficulties and the associated stress of exposure to adverse events. A significantly lower level of life satisfaction and an inefficient coping strategy in relation to an adverse life event, can contribute to induce attempted suicide in adolescents, indicating the greater risk of this group whose coping is less effective than adolescents who had not attempt suicide⁵¹.

Of the coping strategies used to deal with suicide ideation, the most frequently reported strategies in a study by Alexander *et.al.*⁶⁹ were related to spirituality, ability to talk to someone, positive thinking, and access to mental health services. The responses of 198 adult individuals with severe mental illness and a record of past attempted suicide were analysed regarding the strategies used to cope with suicidal thoughts. Although the proposal restricted the results to adults, it was demonstrated that the prevention of suicide was more efficient when connections were established between individuals and self-help groups, suggesting how suicide prevention efforts can be congruent with strategies that high-risk consumers have found helpful.

In a comparative study⁵¹ related to attempted suicide and risk factors among students and delinquent adolescents, it was observed that those who attempted suicide expressed significantly lower levels of life satisfaction, apart from presenting less effective

coping strategies. The authors suggest that independently of the experiences in infancy and other risk factors related to suicide, the exposure to adverse events during adolescence would be associated with a high risk of suicidal behaviour. However, they stated that because the study compared adolescents who attempted suicide to those who only displayed suicidal ideation, the qualitative differences between these two behaviours make it inappropriate to generalize.

DISCUSSION

Veenhoven⁷⁰ emphasises that lower life satisfaction is a sign of development of suicide ideation and depressive disorder, valorising the utilization of self-response questionnaires for a more trustworthy analysis. The author is of the opinion that “suicidal behaviour is probably more indicative of life satisfaction than any other behaviour. Almost all people who attempt or commit suicide are dissatisfied with life. However, not all dissatisfied people resort to suicide” (p.7), and since life satisfaction cannot be inferred through manifest behaviour, it will be necessary to question the personal level of satisfaction.

The seriousness of suicide ideation can be determined by evaluating the frequency, intensity and duration of the thoughts, serving as an indication for the prevention and intervention of situations of risk and vulnerability among adolescents⁷¹.

It is plausible that when a youngster idealizes, threatens, attempts or succeeds in suicide, he or she can be revealing a collapse of his or her adaptive coping mechanisms, in an attempt to alleviate pain and suffering. Since “it appears only a minority of individuals engaging in self-directed violence behavior ever seek help from the health care

system”(p.12)⁷², obtaining estimates of suicide ideation in adolescents becoming the best form of prevention.

As WHO⁷³ states, “the primary prevention of suicidal acts consists of any action that contributes to decreasing the frequency of those acts, irrespective of their conditioning or triggering factors” (p.77). This approach has a view to restricting or reducing the access to the means of reaching the stage of suicide and differs from other approaches, such as those which are primarily concentrated on reducing or controlling suicide ideation.

A study undertaken in Germany⁷⁴, verified significant changes in life satisfaction related to age and gender in 1562 adolescents between the ages of 11 and 16, giving more evidence that adolescence is a critical period of psychosociological development. In this research, life satisfaction was considered a relevant psychological construct and a phenomenon of development which declines in this period of life. The authors concluded that “the inclusion of life satisfaction assessments in prevention programmes for adolescents might be useful to detect the early signs of suicide crisis.”

Adolescents who had attempted suicide showed high levels of psychosomatic symptoms, frustration, and depression, along with low levels of life satisfaction, sociability, and effective coping strategies when compared with those who did not attempt suicide⁶⁷. Other studies²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁻⁴⁴⁻⁷⁵⁻⁷⁶ demonstrate that young people with emotional disorders, such as depression and other psychiatric disorders are exposed to a much greater risk of incurring attempted suicide.

Although the rates of attempted suicide vary in function with social context, gender, and age group⁴⁷⁻⁷⁷, the interaction of engagement in risk behaviours and social and

environmental factors has generated an increase in premature deaths among adolescents⁵⁰.

In a review of strategies of suicide prevention⁷⁸, the authors concluded that the administration of instruments that alleviate depression, ideation or suicide acts in a young population are reliable in the identification of individuals who are in a situation of risk. They also concluded that there is no evidence that the usage of these instruments could lead to suicidal thought or behaviour. Apart from the latter, they also noted that “in adolescents, several studies found that improving problem solving, coping with stress, and increasing resilience enhance hypothesized protective factors, but effects on suicidal behaviour were unevaluated”(p. 2067). In an article cited in this review⁷⁹ the authors concluded that a programme based on the notion that a gradual and controlled confrontation and exploration of internal experiences and difficulties with life related to suicidal behaviour, accompanied by emphasis in coping strategies, could immunize young people against self-destructive feelings.

FINAL CONSIDERATIONS

Suicide ideation can manifest itself initiating with transitory thoughts around the futility of life and the desire to die, up to a permanent and firm plan and an obsessive concern with self-extermination⁸⁰. Due to the fact that ideation precedes suicide acts, the identification of the predictors of ideation permit a better understanding of suicide risk.

An adolescent dissatisfied with life can become involved with suicidal ideation or behaviour as a result of his or her weak capacity of communication, of decision-making, and of trying to resolve problems related to his or her non-satisfied aspirations and necessities¹⁷.

Thus, life satisfaction instruments may provide useful information on the psychological effects of risk behaviours of adolescents, permitting preventative interventions. The possible impact on life satisfaction of the adolescent before any intervention can be better verified when one uses such measures in exams and protocols, with monitoring of progress of intervention and of the results obtained in the evaluations.

Even if some of the problems detected in suicide prevention programmes involve non-diagnosed depression, the reluctance of adolescents in reporting their psychopathological symptoms to adults, as well as in asking for their help, should be acknowledged and dealt with. On the other hand, some adolescents can be more inclined to report their dissatisfactions with life to health professionals and to teachers, serving as a strong indicator of depression, suicide ideation or a potential attempt of suicide¹⁷⁻⁸¹.

Reports of the monitoring of life satisfaction in adolescents can, in part, promote early identification of the adolescents at risk for depression, and perhaps eventual suicidal ideation or behaviour. It seems to be appropriate to explore further the utility of the reports of life satisfaction of adolescents as a component of suicide prevention programmes.

Finally, this critical review provides the suggestion for future directions for preventive suicide strategies, mainly in schools. Screening programs have reported some success in identifying individuals with known risk factors for suicide, particularly among high school and college student populations, and the use of life satisfaction measures in programs and educational interventions might be useful in understanding, predicting, and preventing suicide ideation or behaviour.

Table 1. Selected and analysed articles of the review

Authors	Type of study/ Objectives	Criteria of Inclusion	Criteria of exclusion
Koivumaa-Honkanen et al. (2001) ³⁴	Prospective	Suicide ideation, LS**	Study of Adults
Lester (1998) ³⁶	Report of partial correlations between suicide, homicide and LS	Suicide and LS, with family and with him or herself	Homicide without methodology
Heisel & Flett (2004) ³⁹	Transversal with association of variables depression, desperation, significance and purpose of life	Suicide, ideation, LS	Adults, clinical sample of psychiatric patients
Valois et al. (2004) ^{17*}	Transversal associating suicidal behaviour and mental health and LS	Behaviour and suicide ideation, adolescents	—
Park et al. (2005) ^{38*}	Comparative of genders and predictors of suicide ideation	Suicide ideation, adolescents	—
Thatcher et al. (2002) ³⁷	Comparative study of groups of QL***, LS and risk behaviours	Situations of risk and adolescents	Attempted suicide
Lee et al. (2009) ²³	Comparative of genders at the stage of suicide ideation and anger	Suicide ideation and adolescents	Anger
Bray & Gunnell (2006) ²⁷	Population-base study Correlation between suicide rates and well-being	Suicide rates, LS and happiness	Clinical population and suicide rates
Kim & Kim (2008) ⁵¹	Transversal study Correlation between risk factors and attempted suicide	Risk factors, LS and adolescents	Attempted suicide

*Two articles¹⁷⁻³⁸ included in the review which did not show criteria of exclusion

**LS= Life satisfaction

***QL = Quality of life

REFERENCES

1. Erdogan B, Bauer TN, Truxillo DM, Mansfield LR. Whistle you Work: a review of the life satisfaction literature. *J Manage.* 2012;38(4):1038-83.
2. Myerson, A. Eupathics – A program for mental hygiene. *J Abnorm Psychol.* 1917;12(5):343-347. [Retrieved August 20, 2012] from: <http://psycnet.apa.org/journals/abn/12/5/343.pdf>
3. Angner, E. The evolution of eupathics: The historical roots of subjective measures of wellbeing. *Int J Wellbeing.* 2011;1(1):4-41.
4. Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as overall assessment of the quality of life. *Soc Indic Res.* 1978;5:475-492.
5. Virtual Health Library [Retrieved March, 2012] from: <http://decs.bvs.br/I/homepagei.htm>
6. Huebner ES. Initial development of the Student's Life Satisfaction Scale. *School Psychol Int.* 1991;12:231-240.
7. Huebner ES. Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Soc Indic Res.* 2004;66:3-33.
8. Constitution of the World Health Organization 1946 [Retrieved July, 14, 2011] from: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf
9. National Center of Biotechnology Information (PubMed) [Retrieved March, 16, 2012] from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
10. Sawatzky R. The measurement of quality of life and its relationship with perceived health status in adolescents [doctoral thesis]. University of British Columbia, August, 2007.
11. MacElveen PM. Cooperative triad in home dialysis care and patient outcomes. *Commun Nurs Res.* 1972;5:134-147.
12. McKay C. Mental health education and quality of life. *Health Serv Rep.* 1972;87(10):941-6.
13. Thomas WI, Znaniecki F, Eli Zaretsky. The Polish peasant in Europe and America: a classic work in immigration history. University of Illinois Press; 1996, p.127 [short version from the original, 1918].

14. Cameron P, Titus DG, Kostin J, Kostin M. The life satisfaction of nonnormal persons. *J Consult Clin Psych.* 1973;41(2):207-214.
15. Pavot W, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further validation of the life satisfaction scale: evidence for the cross-method convergence of well being measures. *J Pers Assess.* 1991;57(1):149-61.
16. Huebner ES, Gilman, R, Suldo, SM. Assessing Perceived Quality of Life in Children and Youth. In: Smith SR and Handler L, editors. *The Clinical Assessment of Children and Adolescents-A Practitioner's Handbook.* Lawrence Erlbaum Ass. Publishers, p. 347-363, London, 2007.
17. Valois RF, Zullig KJ, Huebner ES, Drane JW. Life satisfaction and suicide among high school Adolescents. *Soc Indic Res.* 2004;66(1-2):81-105.
18. CDC, 2008. Centers for Disease Control and Prevention, Clarify the relationship between suicidal thoughts and feelings and suicidal behavior [Retrieved July, 10, 2012] from: www.cdc.gov/ncipc/pub-res/research_agenda/08_suicide.htm
19. Huebner ES, Alderman GL. Convergent and discriminant validation of a children's life satisfaction scale: its relationship to self- and teacher-reported psychological problems and school functioning. *Soc Indic Res.* 1993;30:71-82.
20. Huebner ES, Funk BA, Gilman R. Cross-sectional and longitudinal psychosocial correlates of adolescent life satisfaction report. *Can J School Psychol.* 2000;16(1):53-64.
21. Dukes RL, Lorch BD. The effects of school, family, self-concept, and deviant behaviour on adolescent suicide ideation. *J Adolescence.* 1989;12(3):239-51.
22. Kim DS. Body image dissatisfaction as an important contributor to suicidal ideation in Korean adolescents: Gender difference and mediation of parent and peer relationships. *J Psychosom Res.* 2009;66:297-303.
23. Lee J, Choi H, Kim MJ, Park CG, Shin D. Anger as a predictor of suicide ideation in middle-school students in Korea: gender difference in threshold point. *Adolescence.* 2009;44(174):433-46.
24. Park HS, Schepp KG, Jang EH, Koo HY. Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *J Sch Health.* 2006;76(5):181-8.

25. Samm A, Tooding LM, Sisask M, Kõlves K, Aasvee K, Värnik A. Suicidal thoughts and depressive feelings amongst Estonian schoolchildren: effect of family relationship and family structure. *Eur Child Adoles Psy.* 2010;19(5):457-68.
26. Sun Y, Tao FB, Gao M. Suicidal behaviors and correlated psychological factors in secondary school students. *Chinese J Epidemiology.* 2006;27(1):33-6.
27. Bray I, Gunnell D. Suicide rates, life satisfaction and happiness as markers for population mental health. *Soc Psych Psych Epid.* 2006;41:333-7.
28. Brown RM, Brown SL, Johnson A, Olsen B, Melder K, Sullivan M. Empirical Support for an Evolutionary Model of Self-Destructive Motivation. *Suicide Life-Threat.* 2009;39(1):1-12.
29. De Man AF, Leduc CP. Correlates of suicidal ideation in French-Canadian adolescents: Personal variables, stress, and social support. *Adolescence.* 1993;28(112):820-32.
30. Fitzpatrick JJ. Preventing Suicide: Developing meaning in life. *Arch Psychiat Nurs.* 2009;23(4):275-6.
31. Wu WC, Bond MH. National differences in predictors of suicide among young and elderly citizens: linking societal predictors to psychological factors. *Arch Suicide Res.* 2006;10(1):45-60.
32. Swartz HA, Zuckoff A, Frank E, Spielvogel HN, Shear MK, Fleming D, Scott J. An open-label trial of enhanced brief interpersonal psychotherapy in depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment. *Depress Anxiety.* 2006;23:398-404.
33. Winkel S, Groen G, Petermann F. Social support in suicide forums. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2005;54(9):714-27.
34. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamäki H, Heikkilä K, Kaprio J, Koskenvuo M. Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *Am J Psychiat.* 2001;158(3):433-9.
35. Soykan A, Arapaslan B, Kumbasar H. Suicidal behavior, life satisfaction, and perceived social support in end-stage renal disease. *Transplant Proc.* 2003;35:1290-1.
36. Lester D. Life satisfaction, suicide, and homicide. *Percept Motor Skill.* 1998;87:126.
37. Thatcher WG, Reininger BM, Drane JW. Using path analysis to examine adolescent suicide attempts, life satisfaction and health risk behavior. *J Sch Health.* 2002;72(2):71-7.

38. Park HS, Koo HY, Schepp KG. Predictors of suicidal ideation for adolescents by gender. *J Korean Acad Nurs*. 2005;35(8):1433-42.
39. Heisel MJ, Flett GL. Purpose in life, life satisfaction, and suicide ideation in a clinical sample. *J Psychopathol Behav*. 2004;26(2):127-35.
40. An H, Ahn JH, Bhang SY. The association of psychological and familial factors with adolescent suicidal ideation: a population-based study. *Psychiat Res*. 2010; 177:318-322.
41. Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide ideation among college students: a multivariate analysis. *Arch Suicide Res*. 2009;13(3):230-246.
42. Ellis TE, Trumpower D. Health-Risk Behaviors and Suicidal Ideation: A Preliminary Study of Cognitive and Developmental Factors. *Suicide Life-Threat*. 2008;38(3):251-9.
43. Epstein JA, Spirito A. Risk Factors for Suicidality Among a Nationally Representative Sample of High School Students. *Suicide Life-Threat*. 2009; 39(3):241-51.
44. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depress Anxiety*. 2008;25(6):482-8.
45. Ziaaddini H, Navadeh S, Saeedi A. Prevalence of suicide ideation, attempts and the associated factors among a sample of iranian population in south part of the country: a population based study. *Iran J Psychiatry*. 2009;4:92-6.
46. Daniel SS, Goldston DB. Interventions for Suicidal Youth: A Review of the Literature and Developmental Considerations. *Suicide Life-Threat*. 2009;39(3):252-68.
47. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life-Threat*. 2005;35(3):239-50.
48. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psyc*. 2006;47(3/4):372-94.
49. Pavot W, Diener E. Review of the life satisfaction scale. *Psychol Assessment*. 1993;5(2):164-72.
50. Baggio L, Palazzo LS, Aerts DR. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):142-150.

51. Kim HS, Kim HS. Risk Factors for Suicide Attempts among Korean Adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2008;39:221-35.
52. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32(1):60-8.
53. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *J Consult Clin Psych*. 1994;62(2):297-305.
54. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol-Sci Pr*. 1996;3(1):25-46.
55. Beautrais AL. Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *Am Behav Sci*. 2003;46(9):1137-56.
56. Benincasa M, Rezende MM. Tristeza e suicídio entre adolescentes:fatores de risco e proteção. *Bol Psicol*. 2006;55(124):93-110.
57. MacDonald JM, Piquero AR, Valois RF, Zullig KJ. The relationship between life satisfaction, risk-taking behaviors, and youth violence. *J Interpers Violence*. 2005;20(11):1495-1518.
58. Murphy JG, McDevitt-Murphy ME, Barnett NP. Drink and be merry? Gender, life satisfaction, and alcohol consumption among college students. *Psychol Addict Behav*. 2005;19(2):184-91.
59. Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Drane JW, Oeltmann JE. Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *J Adolescent Health*. 2001;29(4):279-88.
60. Valois RF, Zullig KJ, Huebner ES, Drane JW. Relationship between life satisfaction and violent behaviors among adolescents. *Am J Health Behav*. 2001;25(4):353-66.
61. Valois RF, Paxton RJ, Zullig KJ, Huebner ES. Life satisfaction and violent behaviors among middle school students. *J Child Fam Stud*. 2006;15(6):695-707.
62. Buelga S, Musitu G, Pons J. Reputation, loneliness, life satisfaction and aggressive behavior in adolescence. *Span J Psychol*. 2008;11(001):192-200.
63. Carvajal G, Caro CV. Ideación suicida en la adolescencia: una explicación desde três de sus variables asociadas em Bogotá, 2009. *Colomb Med*. 2011;42(Supl 1):45-56.
64. Baker JA. Depression and suicidal ideation among academically gifted adolescents. *Gifted Child Quart*. 1995;39(4):218-223.

65. Lazarus RS. Emotion and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *J Pers.* 2006;74:9-46.
66. Huebner ES, Suldo SM, Smith LC, McKnight CG. Life satisfaction in children and youth: Empirical foundation and implications for school psychologists. *Psychol Schools.* 2004;41(1):81-93.
67. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychol Med.* 2000;30:23-39.
68. Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med.* 2003;33:61-73.
69. Alexander MJ, Haugland G, Ashenden P, Knight E, Brown I. Coping with thoughts of suicide: techniques used by consumers of mental health services. *Psychiatr Serv.* 2009;60(9):1214-21.
70. Veenhoven R. The study of life satisfaction. In: Saris WE, Veenhoven R, Scherpenzeel AC, Bunting B, editors. *A comparative study of life satisfaction in Europe.* Eötvös University Press, p.1-37, 1996.
71. CDC, 2009. Centers for Disease Control and Prevention: suicide definitions [Retrieved Aug, 15, 2012] from: www.cdc.gov/ViolencePrevention/suicide/definitions.html
72. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0.* Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
73. World Health Organization. *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders.* World Health Organization, Geneva, p.75-82, 1998.
74. Goldbeck L, Schmitz TG, BesierT, Herschbach P, Henrich G. Life satisfaction decreases during adolescence. *Qual Life Res.* 2007;16:969-79.
75. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(9):915-23.
76. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Psychiatric illness in a New Zealand sample of Young people making serious suicide attempts. *New Zeal Med J.* 1998;111(1060):44-8.

77. World Health Organization. Choosing to die – a growing epidemic among the young, Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79(12):1-3 [Retrieved Aug, 08, 2012] from: [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2001/issue12/79\(12\)1175-1177.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2001/issue12/79(12)1175-1177.pdf)
78. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005;294(16):2064-74.
79. Orbach I, Bar-Joseph H. The impact of a suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity, and coping. Suicide Life-Threat. 1993;23(2):120-9.
80. Sokero P. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder [academic dissertation]. University of Helsinki, November, 2006.
81. AAS-American Association of Suicidology: Fact Sheets Based on the 2007 National Statistics [Retrieved Aug, 15, 2012] from: <http://www.suicidology.org/web/guest/stats-and-tools/fact-sheets>

5. HIPÓTESE

A satisfação com a vida nos adolescentes pode interferir sobre a adoção de comportamento de risco suicida e ideação suicida, e sua mensuração na população não clínica pode ser um indicativo para identificar precocemente o risco de suicídio.

6. OBJETIVOS

6.1 Geral

Determinar a relação entre ideação suicida e satisfação com a vida na perspectiva de risco em estudantes entre 12 e 18 anos de idade na cidade do Recife (PE).

6.2 Específicos

- Caracterizar os adolescentes quanto à satisfação com a vida global e com os domínios escola, família, amigos, consigo mesmos e ambiente de convívio;
- Caracterizar os adolescentes quanto à presença de comportamento suicida (ideação suicida, planejamento e tentativa de suicídio)
- Caracterizar os adolescentes quanto à intensidade dos sintomas depressivos;
- Identificar nos adolescentes a associação entre ideação suicida, sintomas depressivos e satisfação com a vida;

7. MÉTODO

7.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo do tipo transversal, quantitativo, observacional, com comparação de grupos, e de levantamento e associação entre variáveis.

7.2 Local do estudo e população alvo

Para o desenvolvimento do estudo o projeto de pesquisa foi apresentado às Gerências Regionais de Ensino Norte e Sul (GRE Norte e GRE Sul), onde após a realização do sorteio dos três bairros e das seis escolas (duas em cada bairro), foram disponibilizadas as cartas de anuência (ANEXOS D, E, F e G).

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE - CEP/CCS/UFPENº293/11 (ANEXO J), foram entregues nas escolas os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE B), e após a assinatura dos responsáveis, os dados foram coletados em cada escola. Os alunos também assinaram os TCLE e puderam se recusar a participar da pesquisa, mesmo que seus responsáveis permitissem que eles participassem.

A população-alvo foi composta por adolescentes entre 12 e 18 anos de idade, alunos regularmente matriculados e frequentando as atividades de escola da rede pública da cidade do Recife (PE), todas de médio porte.

7.3 Amostra

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2º), e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142).

Foi adotada amostragem do tipo aleatório, com base nos quantitativos de alunos do Censo Escolar de 2011 da Secretaria de Educação de Pernambuco, admitindo-se como critérios de inclusão: idade entre 12 e 18 anos, independente de gênero; estar regularmente matriculado e freqüentando as atividades escolares formais no estabelecimento de ensino escolhido e autorização para participar da pesquisa pelo pai ou responsável, por meio da assinatura do TCLE.

Foram excluídos da pesquisa os alunos com redução da acuidade visual identificada pela dificuldade de ler os questionários; deficiência mental; e alteração comportamental que prejudicasse o inter-relacionamento com os pares. Neste sentido, vale ressaltar que obtivemos auxílio do Serviço de Orientação Educacional (SOE) nos apoiando em casos de maior complexidade. Ao longo da coleta de dados, somente uma adolescente apresentava nível de deficiência mental leve (segundo avaliação do corpo docente da escola) e lhe foi dada a opção de aceitar responder os questionários, aos quais respondeu com interesse e assiduidade, sem solicitar apoio para o entendimento das questões. Em todas as escolas, dos questionários apresentados, o que obteve maior dificuldade de preenchimento foi o de características sócio-demográficas, porém sem apresentar recusas.

Cálculo do tamanho da amostra

Admitindo que, com base nos quantitativos de alunos do Censo Escolar de 2011 da Secretaria de Educação de Pernambuco, a população foi estimada em 106.856 alunos matriculados nas Gerências Regionais de Ensino do Recife Norte e Sul, e admitindo prevalência de ideação suicida igual a 34,7% (Borges e Werlang, 2006a), aceitando erro tolerável da estimativa igual a 5%, nível de confiança de 95% e efeito de desenho igual a 1, o tamanho amostral foi estimado em 347 adolescentes. Foram coletados dados de 346 alunos no período entre outubro de 2011 e abril de 2012.

Embora alguns estudos (Quadro 1) apresentem prevalência de ideação suicida em adolescentes entre 15 e 19 anos de 36% (Borges e Werlang, 2006b) e entre 13 e 17 anos de 31,9% (Borges et al, 2008), nossa escolha por 34,7% (Borges e Werlang, 2006a) esteve relacionada à utilização dos mesmos instrumentos de avaliação de ideação suicida (BSI) e de sintomas depressivos (BDI), além da idade da população estudada (13 a 19 anos) ser semelhante à nossa amostra.

Quadro1 . Estudos de prevalência de ideação suicida em adolescentes

Estudos	População	Prevalência ideação suicida	Questionários utilizados
Borges & Werlang, 2008*	13 a 17 anos	31,9%	BDI, BSI
Borges & Werlang, 2006*	13 a 19 anos	34,7%	BDI, BSI
Borges, Benjet, et al, 2008	12 a 17 anos	11,5%	WMH-CIDI-A (uma questão)
Waldrop et al, 2007	12 a 17 anos	24,3%	Quatro questões sobre ideação suicida
Wild et al, 2004	12 a 24 anos 15 a 26 anos	17 a 26% moças 9 a 19% rapazes	BDI (um item)
Souza et al, 2010*	11 a 15 anos	14,1%	<i>Children's Depression Inventory</i> (item 9)
Souza et al, 2010*	15 a 18 anos	7,7%	SRQ-20 (item 17)
Park et al, 2005	Adolescentes	8,93% meninas 7,19% meninos	Versão Coreana do BSI
Park et al, 2006	Adolescentes	11,9% meninas 7,3% meninos	Medida de um item
Page et al, 2011	11 a 16 anos	16,9 a 17,5% meninas 14 a 18,3% meninos	Duas questões sobre ideação suicida
Swahn et al, 2012	11 a 19 anos	16,8% (amostra USA) 9,6% (amostra França)	Uma questão Uma questão

*Estudos brasileiros

A amostra foi aleatória e estratificada proporcionalmente, adotando-se três estratos: tipo de escola (pública), porte das escolas determinado com base na Lei nº 12.944 de 16 de dezembro de 2005, e localização da escola segundo a zona (Gerência Regional de Ensino do Recife Norte e Sul) da cidade.

7.4 Instrumentos

- A. Ficha de Identificação** - contendo informações relativas à idade, gênero, cor da pele, escolaridade, nível de reprovação, afastamento temporário dos estudos, estrutura familiar (com quem reside e se os pais moram juntos ou separados), grau de instrução dos pais e classe econômica Brasil do núcleo familiar (ABEP, 2009);
- B. Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida em Estudantes (MSLSS - Huebner, 1994)** - Possui cinco domínios específicos (escola, família, amigos, consigo mesmo e ambiente de convívio) e um fator global de satisfação com a vida, cuja pontuação, expressa em escala de Likert que varia diretamente com a satisfação com a vida. Todas as seis respostas Likert da escala foram calculadas num escore total (pseudo-contínuo), com variação de escore de 40 (1X40) a 240 (6X40), sendo classificada em três níveis: satisfeito, mais ou menos satisfeito e insatisfeito, baseado no *Mean Satisfaction Score (MSS)* (Valois et al., 2004). Jovens categorizados como insatisfeitos tiveram pontuação total no escore MSS entre 40 a 120 (relativo às respostas 1, 2 e 3 da escala Likert), mais ou menos satisfeitos de 121 a 160 pontos (relativo à resposta 4 Likert) e satisfeitos de 161 a 240 pontos (relativos às respostas 5 e 6 Likert), observando-se alguns itens nos domínios *amigos*, *escola* e *ambiente de convívio* com pontuação reversa (Quadro 2). Para cálculo de escores por domínios, os valores variavam de acordo com o número de assertivas componentes de cada domínio, somando-se os pontos totais e dividindo pelo número de itens de cada domínio (família – 7 itens; amigos- 9 itens; escola- 8 itens; ambiente de convívio- 9 itens; e consigo mesmo- 7 itens). (ANEXO A)

Quadro 2. Escores da MSLSS e respectivos itens com pontuações reversas (Huebner, 2001)

<i>Domains and Questions</i>	<i>Scores</i>	
	<i>Score</i>	<i>Reverse score</i>
FAMILY		
I enjoy being at home with my family	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
My family gets along well together	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
I like spending time with my parents	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
My parents and I do fun things together	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
My family is better than most	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
Members of my family talk nicely to one another	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
My parents treat me fairly	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
FRIENDS		
My friends treat me well	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
My friends are nice to me	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
24. I wish I had different friends	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
23. My friends are mean to me	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
My friends are great	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
4. I have a bad time with my friends	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
I have a lot of fun with my friends	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
I have enough friends	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
My friends will help me if I need it	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
SCHOOL		
I look forward to going to school	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
I like being in school	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
School is interesting	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
13. I wish I didn't have to go to school	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
9. There are many things about school that I don't like	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
I enjoy school activities	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
I learn a lot at school	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
3. I feel bad at school	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
LIVING ENVIRONMENT		
I like where I live	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
39. I wish there were different people in my neighborhood	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
27. I wish I lived in a different house	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
32. I wish I lived somewhere else	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
I like my neighborhood	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
I like my neighbors	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
34. This town is filled with mean people	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
My family's house is nice	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
There are lots of fun things to do where I live	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
SELF		
I think I have good looking	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
I am fun to be around	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
I am a nice person	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
Most people like me	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
There are lots of things I can do well	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
I like to try new things	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
I like myself	1, 2, 3, 4, 5, 6	-

A confiabilidade e a validade da *MSLSS* foram verificadas em estudantes norte-americanos de 08 a 12 anos (Huebner, 1994), de 12 a 14 anos (Huebner et al., 1998) e de 14 a 18 anos (Gilman et al., 2000), além de estudos de investigação transcultural realizados na Espanha (Casas et al., 2000), no Canadá (Greenspoon et al., 1997), na Coreia (Park et al., 2004), em Israel (Schiff et al., 2006), na Croácia (Gilman et al., 2005), na China (Liu et al., 2005), em Portugal (Sequeira, 2007) e no Brasil (Barros, 2008, 2013 [in press]). As análises contemplaram a satisfação com a vida global, assim como os cinco domínios específicos (escola, família, amigos, consigo mesmo/*self* e ambiente de convívio). Foi também seguidamente examinada em relação aos níveis sociodemográficos (Huebner et al., 2000; Brantley et al., 2002; Gilman et al., 2000; Huebner e Gilman, 2002; Park et al., 2004), sendo muitas vezes utilizada para estudar as relações entre satisfação com a vida e as variáveis relevantes para a psicologia do desenvolvimento, tais como depressão e ansiedade, estresse social e perfeccionismo na população jovem.

C. Inventário de Depressão de Beck (BDI – Beck et al., 1961) modificado -

medida de dimensão específica, que evidencia aspectos particulares de saúde, assim como o bem-estar psicológico e sintomas depressivos, por meio de uma pontuação única. A partir da soma geral dos pontos, cada indivíduo será classificado quanto aos diferentes níveis de depressão, adotando-se como pontos de corte: 0-9 ⇒ depressão mínima; 10-16 ⇒ depressão leve; 17-29 ⇒ depressão moderada; 30-63 ⇒ depressão severa (Cunha, 2001). Devido à população que visamos estudar (a partir dos 12 anos) e da possibilidade de constrangimento e de viés na resposta do item 21 (interesse por sexo), subtraímos o item 21 do BDI, baseados no artigo de Paranhos et al. (2010), cuja análise de consistência interna verificou ser o item 11 (agitação) e o item 21 os de menor valor (r_{tot} 0,28) e que “em se tratando especialmente deste último item, outros pesquisadores também evidenciaram este como sendo um dos de menor valor de correlação com o total do Inventário” (p.388). No BDI existe um item (questão 9) referente ao questionamento da ideia suicida. (ANEXO B)

D. Escala de ideiação suicida de Beck (BSI - Beck et al., 1979) –

A BSI é constituída por 21 itens, cada um com três alternativas de resposta, que avaliam

três dimensões da ideação suicida: ativa, passiva e tentativa prévia de suicídio. Os primeiros 19 itens refletem gradações da gravidade de desejo de viver, desejo de morrer, razões para viver ou morrer, tentativa de suicídio ativa, tentativa de suicídio passiva, duração das idéias de suicídio, frequência da ideação, atitude em relação à ideação, controle sobre atos suicidas, inibições e razões para a tentativa, especificidade do planejamento, acessibilidade ou oportunidade do método, capacidade de realizar a tentativa, probabilidade de tentativa real, extensão da preparação verdadeira, bilhete suicida, atos finais, despistamento e segredo. Os dois últimos itens (20 e 21) possuem caráter meramente informativo e informam o número de tentativas prévias de suicídio e a severidade da última tentativa de suicídio, na última delas. A BSI foi estruturada de forma a permitir que os cinco primeiros itens possam ser usados como triagem da ideação suicida. A presença de qualquer escore diferente de zero (0), em qualquer item, revela a existência de ideação suicida. Conforme descreve o Manual das Escalas Beck (Cunha, 2001 p.19), “existem sujeitos que não tornam evidente sua intenção suicida (através de um escore positivo no item 4 ou 5), mas a resposta diferente de 0, nos itens 1, 2 ou 3, já poderia sugerir risco de suicídio”. Desta forma estratificamos a amostra de acordo com as respostas do BSI em indivíduos *sem comportamento suicida* (sem ideação suicida - escores 0 nos itens de 1 a 5); com *intenção suicida/ideação suicida* (escores diferentes de 0 nos itens de 1 a 3 e igual a zero nos itens 4 e 5); e com *risco de suicídio* (ideação com outros comportamentos suicidas- responderam os itens de 6 a 19 a partir da resposta diferente de 0 nos itens 4 e 5). (ANEXO C)

A presença de qualquer escore diferente de zero, em qualquer item, revela a existência de ideação suicida, por isso a BSI possibilita a análise sob dois pontos de vista: a) a presença ou não da ideação suicida; e b) a intensidade com que cada indivíduo deseja morrer, se tem intenções, planos detalhados, ou se tem em vista algum método, preparando-se para chegar à execução de um ato suicida e, naturalmente, o grau com que admite isso.

7.5 Variáveis do estudo

7.5.1 Variável Dependente:

No estudo que avaliou a presença de ideação suicida e suas possíveis associações com satisfação com a vida e sintomas depressivos em adolescentes de 12 a 18 anos, a variável dependente ideação suicida foi classificada conforme a resposta ao BSI conforme descrito no item D, ou seja, sem comportamento suicida, com intenção suicida/ideação suicida e com risco de suicídio.

7.5.2 Variáveis Independentes:

As pontuações das escalas de enfrentamento (*coping*), de sintomas depressivos (utilizando-se a escala BDI) e de satisfação com a vida (geral) e seus domínios foram as variáveis independentes, além das variáveis demográficas (idade, gênero, cor da pele, escolaridade) e sócio-econômicas (composição do núcleo familiar e nível de renda).

Variáveis Sociodemográficas

- **Sexo:** masculino/feminino
- **Idade:** em anos completos no dia da coleta, calculada pela data de nascimento registrada na ficha de identificação
- **Cor da pele:** branca, parda ou preta
- **Escolaridade:** ensino fundamental (5ª a 8ª série) ou ensino médio (1ª série a 3ª série)
- **Com quem mora:** com o pai e a mãe/só com a mãe/só com o pai/com outro familiar/com uma pessoa que não é da família
- **Grau de instrução do chefe da família:** sem letramento até superior completo

Nível socioeconômico classe econômica Brasil do núcleo familiar (ABEP, 2009)

- quantidade de eletrodomésticos (TV a cores, videocassete/DVD, rádio, máquina de lavar roupa, geladeira, freezer);
- número de banheiros na casa;
- número de automóveis;
- empregada mensalista.

7.6 Coleta de dados

Técnica de aleatorização - por meio de relação nominal dos alunos das escolas sorteadas e empregando a tábua de números aleatórios, foram selecionados os alunos em cada escola, que compuseram a amostra, desde que obedecessem aos critérios de inclusão, mas não os de exclusão. Pontuamos que não houve recusas, muito embora só tenham participado alunos que assinaram o TCLE, assim como seus responsáveis.

Todos os alunos foram orientados pela pesquisadora quanto a responder aos cinco questionários (todos autoresponsivos). A administração dos instrumentos foi coletiva, durante o horário escolar, de acordo com as instruções dadas oralmente pela pesquisadora e auxiliares treinados.

Na possibilidade de ocorrerem casos em que houvesse algum indício marcante (nos escores da BSI e BDI) de problemática mais grave, o adolescente poderia ser atendido no Ambulatório de Psicologia para crianças e adolescentes do Hospital das Clínicas da UFPE (ANEXO I) ou levado ao profissional responsável pelo Serviço de Orientação Educacional (SOE) da instituição, sugerindo-se intervenção preventiva. No entanto nenhum adolescente aceitou ser encaminhado.

7.7 Processamento dos dados

Para a análise dos dados, em relação às variáveis sociodemográficas e níveis de satisfação com a vida, foram feitas análises descritivas (cálculos de frequência e categorização da satisfação dos adolescentes baseados no cálculo das médias). As variáveis de caracterização amostral foram idade, gênero, cor da pele, escolaridade, história de reprovações, composição do núcleo familiar e nível de renda. A análise estatística consistiu de uma categorização da população de estudo por meio de frequências quando as variáveis eram categóricas e média, com os respectivos desvios padrão para medidas quantitativas. Foi realizada uma análise descritiva quanto à escala de satisfação com a vida dividida em domínios, sendo calculado o alfa de Cronbach para avaliar a validade interna do questionário na população estudada. A consistência interna dos demais instrumentos (BDI e BSI) também foram calculados (alfa de Cronbach).

A prevalência de ideação suicida foi estimada com intervalo de confiança de 95%, sendo analisadas segundo as características da ideação, planejamento e ato suicida. Para a

associação com ideação suicida e as características do jovem, assim como a escala de satisfação com a vida, foi aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste t de student quando analisada a idade. Foi estimada a ODDS RATIO e seus respectivos intervalos de confiança. Na busca de associação independente com ideação suicida, foi aplicada uma análise de regressão logística com critério de entrada no modelo, significância estatística de 20% ($p < 0,20$) e saída do modelo significância de 10% ($p < 0,10$). Para as associações na etapa univariada foi considerado significância estatística ao nível de 5% ($p < 0,05$). O software utilizado na análise foi o STATA na versão 12.0.

8. RESULTADOS

“Since human life is limited [...] the satisfaction with which his desire is connected is not his own satisfaction, but the satisfaction of somebody else [...] Even though our desires for equal satisfactions *of our own* occurring at different times were equal, our desire for future satisfaction would often be less intense than for present satisfaction. [...] This discrepancy will be more important the more distant is the time at which the source of future satisfaction is likely to come into being; for every addition to the interval increases the chance of death, not merely to oneself, but also to children and near relatives and friends in whom one’s interest is likely to be most keen.” (Pigou, 1920, p.26)

8.1 ARTIGO 3 – Submetido ao *Quality of Life Research* (FI 2.412) (ANEXO N)

THE RELATIONSHIP BETWEEN LIFE SATISFACTION AND SUICIDAL IDEATION IN ADOLESCENTS FROM THE PERSPECTIVE OF SUICIDE PREVENTION

Luciana Paes de Barros MD, MSc¹; Kátia Petribú, MD, PhD²; Everton Botelho Sougey, MD, PhD¹; E. Scott Huebner, PhD³

¹ Federal Pernambuco’s University, Brazil

² Pernambuco State University, Brazil

³ Department of Psychology, University of South Carolina, Columbia, USA

Corresponding author: Luciana Paes de Barros

Rua Prof. Augusto Lins e Silva 196/902

Recife, PE- Brasil

Tel/fax: (5581)34614935

Email: lucianapdebarros@gmail.com

Abstract

Background Life satisfaction is one of the pointers key of subjective well-being, and is defined as the cognitive evaluation of the quality of a person's life. Some adolescents can answer with decline of life satisfaction, engaging themselves in some related health risk behaviors. The perceived life satisfaction for the adolescents has been associated with some risk behaviors. However, studies that associate life satisfaction and suicidal ideation are scarce in adolescents.

Purpose This study aimed to evaluate the relationship between global and domain-based life satisfaction and suicidal ideation in students aged 12 to 18 years. This is the first Brazilian study addressing the relationship between life satisfaction and suicidal ideation in adolescents using a multidimensional measure of life satisfaction.

Method A cross-sectional, quantitative, observational study was performed and data from 346 public-school students were collected. An identification form was used to collect sociodemographic data and Brazilian versions of the instruments were also used.

Results In the multivariate analysis, suicidal ideation was independently related to depressive symptoms and a global life satisfaction index such that the risk of suicidal ideation was 24 times higher in students who had moderate or severe depressive symptoms. It was also found that being more or less satisfied with one's family and oneself was associated with an increased risk of suicidal ideation.

Conclusions Life satisfaction monitoring in adolescents may promote the early identification of adolescents at risk for clinical depression and, perhaps, eventual suicidal ideation or suicidal behavior. The use of multidimensional life satisfaction reports for adolescents as a component of suicide prevention programs appears to be promising.

Keywords: Personal satisfaction · Suicide · Adolescent · Risk factors

Introduction

Overall life satisfaction is one of the key indicators of subjective well-being [1] and is considered a subjective assessment of quality of life. Although happiness and life satisfaction are not synonymous, understanding the factors related to life satisfaction is crucial to understanding what makes individuals happy [2].

Life satisfaction is defined as the cognitive assessment of the overall quality of one's own life and specific life domains, such as family, school, and peer experiences, and "although satisfaction within a certain domain may be assessed, the emphasis is usually placed on an integrated judgment of the person's life" [3]. Therefore, the use of multidimensional measures of life satisfaction, where mean scores are provided for each domain, may offer a more complete assessment for potential applied purposes than unidimensional measures for some groups.

According to Pavot, Diener, Colvin, et al. [4], "it appears that individuals 'construct' a standard, which they perceive as appropriate for themselves, and compare the circumstances of their life to that standard". During adolescence, a period in which changes in various areas are perceived, one's level of life satisfaction may affect one's ability to cope with stressful situations. For example, some individuals may respond to a decrease in life satisfaction and the associated emotions by engaging in multiple risk behaviors (suicidal ideation and suicide attempts) [5]. Although research has been scant, short-term longitudinal studies suggest that lower levels of life satisfaction in adolescents precedes decreases in students' school engagement levels [6] and perceptions of parent emotional support [7] and increased peer victimization and neglect [8].

The severity of suicidal ideation, which may be assessed by measuring the frequency, intensity and duration of those thoughts, serves as an indicator for prevention and intervention efforts for high-risk and vulnerable adolescents [9]. Suicidal thoughts, explicit or not, always precede suicidal acts [10]. These thoughts may vary along a *continuum* from unfulfilled suicidal ideas and thoughts to nonfatal suicidal acts (suicide attempts) and completed suicide. The process by which individuals move from suicidal ideation to the act itself remains undetermined, and therefore deepening the knowledge about this issue may facilitate the development of intervention strategies and increase their efficiency [10].

Measurements of the prevalence of suicidal ideation among young people have had wide margins and have been a source of disagreement among authors. A study [11] reported

prevalence rates ranging from 15% to 25%, depending on severity, ranging from thoughts of death and passive ideation to suicidal ideation with the intent or a plan to kill oneself. According some authors [12], specific suicide planning is less common, with an annual incidence rate ranging from 2.3% (in male adolescents) to 6% (in female adolescents). A research study conducted in Mexico [13] used a representative sample of 3,005 adolescents aged 12 to 17 years and noted a prevalence rate of 11.5% for reported lifetime suicidal ideation. Rueter, Holm, McGeorge, et al. [14] noted that the trajectory of reported suicidal ideation differed between the genders in a prospective study in the USA. Boys began reporting suicidal ideation from 14 years of age, and the reports intensified until 17 years of age (22.4%); among girls, there was a relatively high rate of reported suicidal ideation at 15 years of age (31.9%), but the rate decreased thereafter. Valois, Zullig, Huebner, et al. [5] noted that suicidal ideation may be present in 12.3% to 30.1% of the individuals in that age group and is more prevalent among females. A nationwide study in the USA assessing high school students [15] showed that 15.8% reported suicidal ideation, 12.8% had planned suicide and 7.8% reported having attempted suicide in the 12 months preceding the beginning of the research study.

The different results that have been produced may be due, partially or completely, to the differences in the scales that have been used to assess the level of suicidal ideation in adolescents. Brazilian studies, albeit recent, report various estimates of suicidal ideation in adolescents: 7.7% among adolescents between 15 and 18 years of age [16], 14.1% among adolescents between 11 and 15 years of age [17], 22.2% among adolescents between 14 and 22 years of age [18] and a 16% lifetime prevalence for a sample of individuals between 14 and 29 years of age [19]. Subsequent studies [20, 21, 22] reported suicidal ideation prevalence levels of 34.7%, 36% and 31.9% for populations from 13 to 19 years of age, from 15 to 19 years of age and from 13 to 17 years of age, respectively. Among the studied variables, depression and female gender were those more associated to suicide ideation [20, 21, 19].

Life satisfaction perceived by adolescents has been associated with various risk behaviors, including the use of alcohol and illicit drugs [23, 24, 25, 26] and violent and aggressive behaviors [27, 23, 28, 29]. However, studies that examine the association between life satisfaction and suicidal ideation/suicidal behaviors in adults [30, 31], and similar studies on young people [32, 5, 33] are rare.

Veenhoven emphasizes that life satisfaction is an indicator of the development of depressive disorders and suicidal ideation. Based on the author's studies on life satisfaction [34] and analyses of quality of life (QL), well-being and happiness [35], self-reported questionnaires should be used for the most accurate analysis.

Valois, Zullig, Huebner, et al. [5], using a sample representative of the population, studied the relationship between life satisfaction and suicidal ideation among 4,758 students between 13 and 18 years of age. The authors sought to assess whether there were statistically significant differences between adolescents satisfied with their lives and those who were dissatisfied with their lives in their self-reported physical and mental health (illness in the last 30 days), suicidal ideation and suicidal behavior. The results suggested that a substantial number of adolescents were dissatisfied with their lives and indicated significant relationships between life satisfaction and low levels of physical and mental health, suicidal ideation and suicidal behaviors. Furthermore, the studies showed the importance of 2 factors, gender and ethnicity, that affected the relationship between life satisfaction and suicidal behavior.

Identifying valid and practical predictors of suicidal ideation would lead to a better understanding of the risk for suicidal behavior in a specific population because suicidal ideation precedes suicidal acts. The present study aims to evaluate life satisfaction as a possible initial predictor of suicidal ideation among adolescents and focuses on factors more recently related to suicide in a non-clinical population of students in the city of Recife in Pernambuco state (PE), Brazil. This is the first Brazilian study, and one of few world-wide, addressing the relationship between life satisfaction and suicidal ideation in adolescents using a multidimensional measure of life satisfaction, seeking to enhance understanding of the usefulness of more differentiated (domain-based measures) interpretation.

Method

The sample consisted of 346 students (Table 1) with a mean age of 15.4 ± 1.8 years, of which 59% were females. A total of 59.8% of the participants self-identified as having brown skin color, and 56.6% had a secondary level education. Of the participants, 66.5% belonged to social class C, whereas 24.3% belonged to classes A and B and 9.3% (higher social class) belonged to classes D and E (lower social class). With regard to the relationship with parents, 62.4% of the adolescents interviewed lived with their parents, and

58.1% lived with both parents. The individuals who took part in the research are a representative group of students of this age group of the third largest city in the northeast of Brazil.

A cross-sectional, quantitative, observational study was performed to compare groups, collect survey data and determine the associations between variables. Before conducting the study, the research project was submitted for approval by the North and South Regional Education Offices of Recife; consent letters were provided after neighborhoods and schools were randomly selected.

The sample size was estimated at 347 students, assuming an estimated population of 106,856 students enrolled in the North and South Regional Education Offices (GRE) based on quantitative data about students from the 2011 School Census of the Department of Education of Pernambuco and a suicidal ideation prevalence of 34.7% [20]. The sample size was calculated using an acceptable estimation error equal to 5%, a 95% confidence level and a design effect of 1. Data from 346 public-school students were collected in the period from October 2011 to April 2012.

Although other studies by those authors have reported a 36% suicidal ideation prevalence among adolescents aged 15 to 19 years [21] and a 31.9% prevalence rate among those aged 13 to 17 years [22], we chose a 34.7% prevalence rate [20] because we are using the same instruments for assessing suicidal ideation (Beck Scale for Suicide Ideation, BSI) and depressive symptoms (Beck Depression Inventory, BDI), and the age of the population studied (13 to 19 years) was similar to our sample.

The sample was randomly selected and proportionally stratified by 2 strata: school type (public) and school size (medium), assessed based on Law No. 12.944 of December 16, 2005, and the school location according to the city area (North and South GRE, Recife).

Measures

An identification form developed by the researcher was used to collect sociodemographic data, adding items related to the Brazilian economic classification criteria for households (ABEP) [36] and education data. Brazilian versions of the following instruments were also used: the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (MSLSS) [37], adapted by Barros [38]; the Beck Scale for Suicide Ideation (BSI) [39], adapted by Cunha [40]; and the Beck Depression Inventory (BDI) [41], adapted by Gorenstein & Andrade [42].

Huebner and Alderman [43] proposed a hierarchical life satisfaction model in which five specific second-order domains are included under a general life satisfaction factor. The MSLSS has 40 items subdivided into 5 specific domains (school, family, friends, self and living environment) with a Likert response scale that varies directly with life satisfaction. All 6 Likert scale responses were tallied into a total score and classified into 3 levels: satisfied, somewhat satisfied and dissatisfied, based on the Mean Satisfaction Score (MSS) [5]. The scores for each domain were determined by adding the total points for the statements in each domain and dividing by the number of items in the domain (family - 7 items; friends - 9 items; school - 8 items; living environment - 9 items; and self - 7 items).

The classification of the level of depressive symptoms is based on the overall sum of points on the Beck Depression Inventory (BDI), with the following cutoff points: 0-9 indicates minimum depression, 10-16 indicates mild depression, 17-29 indicates moderate depression and 30-63 indicates severe depression [40]. One item (question 9) on the scale of depressive symptoms addresses suicidal ideation.

The BSI was structured so that the first 5 items could be used as a suicidal ideation screening tool. Any score other than 0 on any item indicates the existence of suicidal ideation. As described in the Manual for the Beck Scales [40], “there are subjects who fail to reveal their suicidal intent (by receiving a positive score on items 4 or 5), although a response different from 0 on items 1, 2 or 3 could already suggest a suicide risk”(p. 19). Therefore, we stratified the sample according to the BSI responses as follows: individuals *without suicidal behavior* (without suicidal ideation), individuals with *suicidal intent/suicidal ideation*, and individuals at *suicide risk* (suicidal ideation with other suicidal behaviors).

The depressive symptom score (BDI), the (global) life satisfaction scale score and the domain-based scores, the demographic (age, gender, skin color, education) variables, and the socioeconomic (household composition and family income levels) variables were the independent variables.

Procedure

Informed consent forms (ICF) were delivered to schools after the project was approved by the Research Ethics Committee, UFPE (Nº293/2011). The questionnaires were administered at each school after the legal guardians' signatures were collected. The students also freely signed the ICF and could refuse to participate in the study even if their

guardians had allowed them to participate. The instruments (all self-reported) were collectively administered during school hours, with the instructions given orally by the researcher and trained assistants.

A random sampling method was adopted using the following inclusion criteria: age from 12 to 18 years, regardless of gender; enrollment and regular attendance at formal school activities at the selected school; and permission to participate in the research study, indicated by the parent or legal guardian's signature on the ICF.

Data analysis

Descriptive analyses (frequency calculations and categorization of the adolescents' satisfaction based on the calculation of means) of the sociodemographic variables and the levels of life satisfaction were performed for the data analysis. The variables used to characterize the sample were age, gender, skin color, education, history of grade retention, household composition and family income level. The statistical analysis involved categorizing the study population using frequencies for categorical variables and means and standard deviations for quantitative measurements. A descriptive analysis was performed on the results from the life satisfaction scale divided into domains, and Cronbach's alpha was calculated to assess the internal validity of the questionnaire in the study population. The internal consistency of the other instruments (BDI and BSI) was also calculated (using Cronbach's alpha).

The prevalence of suicidal ideation was estimated with 95% confidence intervals, analyzing suicidal ideation, suicide planning and suicidal acts. Pearson's chi-square test and Student's t-test were applied when comparing the mean ages to associate the adolescents' age with suicidal ideation, his or her characteristics and the scores on the life satisfaction measure. Odds ratios and their respective confidence intervals were estimated. A logistic regression analysis with 20% statistical significance ($p < 0.20$) as the model inclusion criterion and 10% significance ($p < 0.10$) as the model exclusion criterion was conducted to search for an independent association with suicidal ideation. A statistical significance level of 5% ($p < 0.05$) was used for the associations in the univariate step. The young people who were classified as somewhat satisfied were grouped with the dissatisfied young people to ensure better accuracy when estimating the odds ratio for the association between suicidal

ideation and the life satisfaction scores because the number of dissatisfied young people was small.

The kappa coefficient and its confidence intervals were used to assess the agreement between the BDI and BSI scales.

With regard to statistical inference, the chi-square test was used to assess the association between life satisfaction and suicidal ideation, and logistic regression was used to evaluate which study variables were more strongly associated with suicidal ideation. The software used in the analysis was STATA software, version 12.0.

Results

There were no significant differences in suicidal ideation according to sociodemographic variables, although age and living with parents trended toward an association. There was an increased risk of suicidal ideation (although not statistically significant) with increasing age (in the 15- to 18-year-old age group), and the risk was 2 times higher when the student lived with a relative other than the parents (Table 1).

·Life satisfaction·

With regard to the domains, the highest percentage of satisfaction was observed in the domain of *self* (91.2% were satisfied), followed by the domains of *friends* and *family*. The domain with the highest percentage of dissatisfaction was the living environment domain, with 40.6% somewhat satisfied and 25.4% dissatisfied. In the assessment of the life satisfaction questionnaire, the Cronbach's alpha coefficient showed high reliability (0.75 to 0.90) in all the domains of the questionnaire except in the *living environment* domain, which showed moderate reliability (0.60 to 0.75; Table 2).

·Suicidal ideation·

The reliability of the BDI and BSI scales was tested, obtaining Cronbach's α coefficients of 0.844 (BDI) and 0.91 (BSI) in the 52 adolescents considered at risk of suicide ($p < 0.001$).

Table 1. Association of suicidal ideation with sociodemographic variables related to global life satisfaction*.

Independent variables	Suicidal ideation		OR (95% CI)	p-value
	Yes (n = 79)	No (n = 267)		
Sociodemographic				
Age (mean ± sd)	15.7 ± 1.6	15.3 ± 1.9	1.13 (0.98 – 1.30)	0.084
Age group				
From 12 to 14	17 (16.3%)	87 (83.7%)	1.0	-
From 15 to 16	33 (26.0%)	94 (74.0%)	1.79 (0.93 – 3.45)	0.079
From 17 to 18	29 (25.2%)	86 (74.8%)	1.72 (0.88 – 3.36)	0.110
Gender				
Male	32 (22.5%)	110 (77.5%)	1.0	-
Female	47 (23.0%)	157 (77.0%)	1.03 (0.62 – 1.71)	0.913
Skin color/Race				
White	18 (21.4%)	66 (78.6%)	1.0	-
Brown	50 (24.1%)	157 (75.9%)	1.17 (0.63 – 2.15)	0.619
Black	11 (20.0%)	44 (80.0%)	0.92 (0.39 – 2.12)	0.839
Education				
Primary	33 (22.0%)	117 (78.0%)	1.0	-
Secondary	46 (23.5%)	150 (76.5%)	1.09 (0.65 – 1.81)	0.747
Social class				
Classes A and B	18 (21.4%)	66 (78.6%)	1.0	-
Class C	53 (23.0%)	177 (77.0%)	1.09 (0.59 – 2.01)	0.762
Classes D and E	08 (25.0%)	24 (75.0%)	1.22 (0.47 – 3.17)	0.680
Living with				
Father and mother	42 (19.4%)	66 (80.6%)	1.0	-
Father or mother	28 (27.2%)	177 (72.8%)	1.55 (0.89 – 2.67)	0.120
Another relative	18 (33.3%)	24 (66.7%)	2.07 (0.87 – 4.93)	0.100
Parents				
Live together	41 (20.4%)	160 (79.6%)	1.0	-
Live in separate houses	38 (26.2%)	107 (73.8%)	1.39 (0.84 – 2.29)	0.205
Life satisfaction				
Global (mean ± sd)	4.03 ± 0.62	4.53 ± 0.54	-	< 0.001
Satisfied	42 (16.0%)	221 (84.0%)	1.0	-
Somewhat satisfied/dissatisfied	34 (49.3%)	35 (50.7%)	5.11 (2.87 – 9.09)	< 0.001

* Categorization according to the total sum of scores, based on the Likert scale responses and the calculation of the *Mean Satisfaction Score* [5]; sd: standard deviation.

Suicidal ideation (without the clear desire to kill oneself) was present in only 7.8% of the adolescents studied, as shown in Table 3. However, 21.1% of the 52 adolescents that were considered at risk of suicide had suicidal thoughts but no plans or expectations to commit suicide. That is, these individuals remained in the suicidal thought process (which

involves characteristics such as length, frequency, acceptance of ideation and control of ideation) without moving toward the stages of planning and preparation to commit suicide.

Table 2. Classifications of the life satisfaction scores and the Cronbach's alpha coefficients according to the MSLSS domains.

Domains	Cronbach's alpha	Score classification*		
		Satisfied	Somewhat satisfied	Dissatisfied
Global	0.854	263 (79.2%)	61 (18.4%)	08 (2.4%)
Family	0.839	247 (72.0%)	58 (16.9%)	38 (11.1%)
Friends	0.736	265 (77.5%)	62 (18.1%)	15 (4.4%)
School	0.774	221 (64.4%)	89 (26.0%)	33 (9.6%)
Self	0.753	313 (91.2%)	22 (6.4%)	08 (2.3%)
Living environment	0.675	116 (33.9%)	139 (40.6%)	87 (25.4%)

* Categorization according to the total sum of scores, based on the Likert scale responses and the calculation of the *Mean Satisfaction Score* [5]

Table 3. Prevalence of suicidal ideation according to the Beck Scale – BSI.

Suicidal ideation	Number	% (95% CI)
Without suicidal behavior	267	77.2% (72.7 – 81.6)
Suicidal ideation	27	7.8% (4.7 – 10.3)
Suicide risk	52	15.0% (11.5 – 19.1)

According to Cunha [40], “the identification of the mere presence of suicidal ideation does not show the degree of intentionality [...] thereby suggesting the administration of the BDI (to assess the presence of a positive score on item 9, suicidal thoughts)” (p.19-20). Of the 290 adolescents who had no suicidal thoughts on the BDI, 10.3% had suicidal ideation on the BSI, 4.8% had the desire to kill themselves or would not avoid death when facing a risky situation on the BSI and 11.7% had suicidal thoughts and desires. The percentage of overall agreement between the suicidal ideation/risk items of the BSI and BDI scales was 87%, and the kappa index ($\kappa = 0.59$) showed statistically significant agreement between the scales ($p = 0.000$), with the level ranging from intermediate to good. However, 11.7% of the 290 adolescents at risk of suicide were false negatives (i.e., they reported not having suicidal ideation on the BDI but reported that they had suicidal ideation on the BSI). This result leads us to emphasize that suicidal ideation should be assessed by considering the entire context of suicidal behavior using suicide-related scales in their entirety.

The prevalence of suicide risk was 15.0% among the 346 students interviewed, and the frequency of suicidal ideation was 7.8%. Most (67.3%) of the 52 evaluated students that were classified at risk of suicide according to the BSI scale reported having brief periods of suicidal ideation, and 7.7% had long periods of suicidal ideation. Of the students at risk of suicide, 5.8% reported constant suicidal ideation, 23.1% reported frequent ideation and 11.5% reported occasional thoughts of suicide.

Although our sample showed no differences in the prevalence of suicidal ideation and suicidal behavior between the genders (22.5% among male adolescents and 23% among female adolescents), none of the male adolescents who were satisfied with life were at risk of suicide. Only 4.5% had suicidal thoughts, and they reported no desire to commit it. However, 3.3% female adolescents with suicidal ideation were also at risk of suicide; that is, they had some desire to commit suicide or were not sure about avoiding death in a risky situation despite being satisfied with life.

· Association with suicidal ideation ·

The mean satisfaction score (MSS) in the group with suicidal ideation was lower, albeit statistically significant. The risk of suicidal ideation increased 4.76 times when the adolescent was somewhat satisfied with life and 8.76 times when the adolescent was dissatisfied, according to the analysis per category (Table 1).

Only the relationships with *friends* and *school* showed no association with suicidal ideation when the data were divided into domains (Table 4), although, there was a statistically significant difference between the mean scores of the groups such that the group of students with suicidal ideation had lower satisfaction with school and friends. The risk of suicidal ideation was 3.15 times higher for adolescents who were somewhat satisfied with family. The risk was approximately 4 times higher for adolescents who were somewhat satisfied or dissatisfied with themselves according to the *self* satisfaction score. Although the risk of suicidal ideation has no statistically significant difference among all students, the adolescents who were dissatisfied with their *living environment* had 2 times higher risk than the adolescents who were satisfied.

The classification of depressive symptoms was significantly associated with suicidal ideation; the risk was 11 times greater when the depression was classified as mild and 25.6 times greater when the depression was classified as moderate or severe (Table 5).

Table 4. Association of suicidal ideation with the life satisfaction domains*.

Life satisfaction	Suicidal ideation		OR (95% CI)	p-value
	Yes (n = 79)	No (n = 267)		
Family (mean $\pm$ sd)	3.92 $\pm$ 1.30	4.74 $\pm$ 0.98	-	0.000
Satisfied	41 (16.6%)	206 (83.4%)	1.0	-
Somewhat satisfied/ dissatisfied	37 (38.5%)	59 (61.5%)	3.15 (1.85 – 5.35)	0.000
Friends (mean $\pm$ sd)	4.48 $\pm$ 0.85	4.69 $\pm$ 0.82	-	0.047
Satisfied	56 (21.1%)	209 (78.9%)	1.0	-
Somewhat satisfied/ dissatisfied	21 (27.2%)	56 (72.8%)	1.40 (0.78 – 2.50)	0.257
School (mean $\pm$ sd)	4.11 $\pm$ 0.99	4.40 $\pm$ 0.94	-	0.016
Satisfied	47 (21.3%)	174 (78.7%)	1.0	-
Somewhat satisfied/ dissatisfied	32 (26.2%)	90 (73.8%)	1.32 (0.79 – 2.21)	0.297
Self (mean $\pm$ sd)	4.69 $\pm$ 0.90	5.22 $\pm$ 0.67	-	0.000
Satisfied	63 (20.1%)	250 (79.9%)	1.0	-
Somewhat satisfied/ dissatisfied	15 (50.0%)	15 (50.0%)	3.97 (1.84 – 8.54)	0.000
Living environment (mean $\pm$ sd)	3.14 $\pm$ 1.04	3.79 $\pm$ 0.89	-	0.000
Satisfied	18 (15.5%)	98 (85.5%)	1.0	-
Somewhat satisfied/ dissatisfied	61 (27.0%)	165 (63.0%)	2.01 (1.12 – 3.60)	0.019

* Categorization according to the total sum of scores, based on the Likert scale responses and the calculation of the *Mean Satisfaction Score* [5]

Table 5. Association of suicidal ideation with the depression score.

Classification of depression	Suicidal ideation		OR (95% CI)	p-value
	Yes (n = 79)	No (n = 267)		
Minimum	21 (8.6%)	224 (91.4%)	1.0	-
Mild	33 (50.8%)	32 (49.2%)	11.0 (5.68 – 21.3)	0.000
Moderate/Severe	24 (70.6%)	10 (29.4%)	25.6 (10.8 – 60.7)	0.000

Multivariate analysis

Suicidal ideation was independently related to the BDI score and global life satisfaction score in the multivariate analysis such that the risk of suicidal ideation was 10.3 times higher in students with mild depressive symptoms and 24.6 times higher when the

level was moderate or severe compared with the students with the minimum level of symptoms. The somewhat satisfied adolescents had a risk of suicidal ideation that was 1.87 times higher than the adolescents who were global satisfied with life.

When considering the various domains of the life satisfaction questionnaire (Model II), the questions in the *family* domain were independently associated with suicidal ideation such that being somewhat dissatisfied with family increased the risk of suicidal ideation by 1.83 times (Table 6).

Table 6. Multivariate model of the associations between suicidal ideation, BDI scores and life satisfaction (global and family)

Model	OR (95% CI)	p-value
Model I		
BDI Classification		
Minimum	1.0	-
Mild	10.3 (5.11 – 20.6)	0.000
Moderate/Severe	24.6 (9.13 – 66.5)	0.000
Satisfaction with life – global score		
Satisfied	1.0	-
Somewhat satisfied/dissatisfied	1.87 (0.90 – 3.87)	0.094
Model II		
BDI Classification		
Minimum	1.0	-
Mild	10.1 (5.15 – 20.0)	0.000
Moderate/Severe	22.9 (9.46 – 55.2)	0.000
Satisfaction with family		
Satisfied	1.0	-
Somewhat satisfied/dissatisfied	1.83 (0.97 – 3.47)	0.063

An association of suicidal ideation with the domains related to family, self and the living environment was observed only when considering the MSLSS per domain. Being somewhat satisfied with family increased the risk of suicidal ideation by 2.45 times, whereas being somewhat satisfied with oneself represented a 2.92-fold increase. Being somewhat satisfied with the living environment was not associated with suicidal ideation at a 5% level of significance, although it was associated with 1.70 times the risk of suicidal ideation (Table 7).

Table 7. Multivariate model of the associations between life satisfaction and suicidal ideation, considering the MSLSS for each domain.

Model	OR (95% CI)	p-value
Domains		
Family		
Satisfied	1.0	-
Somewhat satisfied/ dissatisfied	2.45 (1.39 – 4.29)	0.002
Self		
Satisfied	1.0	-
Somewhat satisfied/ dissatisfied	2.92 (1.30 – 6.54)	0.009
Living environment		
Satisfied	1.0	-
Somewhat satisfied/ dissatisfied	1.70 (0.91 – 3.17)	0.093

Discussion

Some conclusions may be drawn, especially regarding the types of instruments (or parts thereof) used, from the different prevalence levels of suicidal ideation among the adolescents in our study. Some studies that used only 1 item on a depression questionnaire [17] or a questionnaire to assess minor psychiatric disorders [16] found lower prevalence rates than studies that used questionnaires specific to suicidal ideation [20, 22, 19]. This result may be partially explained by the way that adolescents tend to minimize or to shy away from stressful situations. The study by Culp and Clyman [44], who studied reported suicide attempts by adolescents with depressed mood, found that 49% of adolescents failed to ask for help and 68% of those who did not seek help believed that they should know how to address their own problems.

Most of the adolescents in our sample who were at risk of suicide reported having no plan, method, courage or expectation to commit suicide. However, there was disagreement regarding whether to reveal the desire to commit suicide or not: approximately 1/3 of the adolescents “did not hide the desire to commit suicide”; another 1/3 admitted “having avoided telling people”; and 27% reported “trying not to reveal or lie about their desire to commit suicide”. These data corroborate reports from various authors [34, 5, 44, 43, 27, 28, 26, 45] that adolescents’ difficulty in trusting and opening up to adults who are able to help them in these situations of risk, which increases the likelihood of unnecessarily

exposing themselves to risk, may be more common than previously known. Considering that approximately 30% of adolescents have doubts about revealing their suicidal intent, the risk of suicide may be imminent if some of them are depressed or dissatisfied with their own lives, but suicide could be avoided depending on the approach taken.

According to Cunha [40], using both the BSI and the BDI to identify suicidal ideation may help to determine the degree of intentionality. The present study used the BSI combined with depression (BDI) and life satisfaction (MSLSS) instruments to assess the prevalence of suicidal ideation and possible associations with predictive factors that are still poorly studied, including satisfaction with life. Our results were similar to other studies on the associations between risk factors in general or life satisfaction in particular and suicidal behavior, but we observed prevalence levels of suicidal ideation that were higher than those in studies that used only one item on depression questionnaires to assess suicidal ideation. The false-negative individuals identified in our sample (i.e., those who reported not having suicidal ideation on the BDI but did report suicidal ideation on the BSI) emphasize the need for tracking suicidal ideation and behaviors in a more comprehensive and careful way.

When dealing with topics as delicate as suicidal behavior, using instruments adapted to the age group will presumably tailor the approach to the topic and help to capture the actual incidence of this phenomenon. We believe that the different prevalence rates of suicidal ideation found in both international and Brazilian studies may be related to the adaptations of the scales for specific ages and the types of instruments (or parts thereof) used. A comprehensive review of strategies for suicide prevention [46] clearly shows that administering instruments to assess depression, suicidal ideation or suicidal acts in young populations reliably identifies individuals who are at risk. The authors also reported the lack of evidence indicating that using those instruments could induce suicidal thoughts or behaviors.

Although quality of life is implicitly involved in various areas of psychiatry and psychology, the possible relationship between life satisfaction and suicidal behavior has rarely been studied. The belief that individuals who are dissatisfied with life would tend to have more suicidal ideation does not imply that the opposite is true; that is, even individuals who are satisfied with their lives may not only think about suicide but also plan and attempt suicide. Studies by Valois, Zullig, Huebner, et al. [5] and Park, Koo and Schepp [33] studied other factors, including physical/mental illness and family communication, respectively, in

addition to life satisfaction. Both studies suggested that gender differences should be considered in suicide prevention programs for adolescents.

The study that analyzed the predictors of suicidal ideation in adolescents [33] noted that, of the psychological variables studied, dysfunctional patterns of family communication were strongly correlated with suicidal ideation, more in boys than in girls. The authors noted that depression was positively related to suicidal ideation in both genders, and family communication and life satisfaction were negatively correlated with suicidal ideation in both genders. Similarly, in the present study, dissatisfaction with family was independently associated with suicidal ideation (increasing the risk 2.45 times), whereas being dissatisfied with oneself increased the risk nearly 3 times. The results reflect the need to evaluate the associations between risk factors and suicidal behavior, encompassing a wide variety of indicators, despite the lack of gender-related differences in the characteristics of suicidal behavior in our sample.

In the present study, similar to various published studies [33, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54], depressive symptoms were significantly related to suicidal ideation: the risk increased 11 times when depression was classified as light and approximately 25 times when the symptoms were moderate to severe. Veenhoven [34] emphasizes that life satisfaction signals the development of depressive disorders and suicidal ideation, valuing the use of self-reported (self-applied) questionnaires for the most accurate analysis. Accordingly, the extent of satisfaction in any sector of life may provide a warning signal for suicidal ideation. In our sample, the level of global life satisfaction showed that somewhat satisfied young people had a risk of suicidal ideation that was nearly 2 times higher than that of satisfied adolescents. With regard to age, the highest prevalence of suicide risk was found among young people aged 15 to 16 years, reaching 20.4% in those somewhat satisfied with life.

Studies limitation should be noted here. These limitations included the need to investigate the relations among life satisfaction, symptoms of depression and sociodemographic variables in cities of the countryside, as the life conditions can be different. Also, studies in other main cities of the same country are suggested because there are social differences within areas and cities of Brazil. We should also point out the need for predictive validity studies (longitudinal) to more strongly support the use of life satisfaction scales in monitoring suicide preventive programs. Behavioral risk variables (e.g., smoking, the use of alcohol and illicit drugs, violent behavior, the use of weapons and reckless driving) were not included in our study. Studies assessing psychosocial risk factors may

contribute to the prevention of suicidal ideation and behavior when specific causes of suicide are not present. Although the data we analyzed indicate that there are problems among the students, we believe that the behaviors established in youth may extend throughout adulthood. Some questions remain unanswered, especially regarding the assessment of lifetime suicide behaviors and the possible factors during adolescence that might affect the act of suicide in adulthood because this research study used a cross-sectional design.

The present study strengths include the use of more than a global life satisfaction score, but also the domain-based scores. Some studies [55] suggest that overall or global scores may mask differences, whereas domain-based scores may be more sensitive to differences. For example, in the aforementioned study, adolescents revealed differences on family satisfaction measures (but not overall measure) in relation to parent marital status. Theory and measurement related to optimal well-being require adaptive constructs and measures that tap the presence of personal strengths, not just the absence of psychopathological symptoms. The life satisfaction construct fulfills this requirement as it incorporates the full range of satisfaction [56].

Conclusion

The construction of life satisfaction judgment is intrinsically related with personal experiences, exerting impact on such reports and reflecting the different moments for which an individual might be going through. To depend on the individual vulnerability, the triggering of different responses, some adaptive, and others that put youth at even greater risk, may affect their social performance, health and well-being.

Suicidal ideation may manifest itself in transient thoughts regarding the uselessness of life and the desire to die or in permanent and concrete plans to commit suicide and obsessive concern about self-destruction [57]. Identifying the true predictors of suicidal ideation would lead to a better understanding of suicide risk because suicidal ideation precedes suicidal acts.

Adolescents who are dissatisfied with life may involve themselves in suicidal ideation or behaviors because they have weak abilities to communicate, to make decisions and to solve problems related to their frustrated aspirations and needs [5]. Thus, instruments that assess life satisfaction may provide adequate data on the effect of psychopathologies or

risk behaviors of adolescents, enabling preventive interventions. The possible impact of any intervention on adolescents' life satisfaction may be best assessed using measurements such as exams and protocols to monitor the progress of the intervention and the results.

Although some of the problems detected in suicide prevention programs involve undiagnosed depression, the adolescents' reluctance in reporting psychopathological symptoms to adults and in asking for their help should be overcome. Life satisfaction monitoring in adolescents may be useful for the early identification of adolescents at risk of clinical depression and perhaps at risk of future suicidal ideation or behavior. The use of life satisfaction assessments for adolescents as a component of suicide prevention programs appears to be promising.

References

1. Proctor, C. L., Linley, P. A., & Maltby, J. (2009). Youth Life Satisfaction: a review of the literature. *Journal of Happiness Studies*, 10(5), 583-630.
2. Erdogan, B., Bauer, T. N., Truxillo, D. M., & Mansfield, L. R. (2012). Whistle you Work: a review of the life satisfaction literature. *Journal of Management*, 38(4), 1038-1083.
3. Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
4. Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: evidence for the cross-method convergence of well being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161.
5. Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2004). Life satisfaction and suicide among high school Adolescents. *Social Indicators Research*, 66(1-2), 81-105.
6. Lewis, A. D., Huebner, E. S., Malone, P. S., & Valois, R. F. (2011). Life satisfaction and student engagement in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(3), 249-262.
7. Saha, R., Huebner, E. S., Suldo, S. M., & Valois, R.F. (2010). A longitudinal study of adolescent life satisfaction and parenting. *Child Indicators Research*, 3(2), 149-165.
8. Martin, K., Huebner, E. S., & Valois, R. F. (2008). Does life satisfaction predict victimization experiences in adolescence? *Psychology in the Schools*, 45(8), 705-714.
9. Centers for Disease Control and Prevention: suicide definitions. (2009). Retrieved from: www.cdc.gov/ViolencePrevention/suicide/definitions.html
10. Centers for Disease Control and Prevention, Clarify the relationship between suicidal thoughts and feelings and suicidal behavior. (2008). Retrieved from: www.cdc.gov/ncipc/pub-res/research_agenda/08_suicide.htm
11. Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3/4), 372-94.
12. Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(1), 25-46.

13. Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., & Nock, M. (2008). Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47 (1), 41-52.
14. Rueter, M. A., Holm, K. E., McGeorge, C., & Conger, R. D. (2008). Adolescent suicidal ideation subgroups and their association with suicidal plans and attempts in young adulthood. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 564-575.
15. Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Youth Risk Behavior Surveillance System: 2011 National Overview. Centers of Disease Control, United States of America. Retrieved from: <http://www.cdc.gov/yrbss> and <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6104.pdf>
16. Souza, L. D. M., Ores, L., Oliveira, G. T., Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., & Horta, B. L. (2010). Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 286-292.
17. Souza, L. D. M., Silva, R. A., Jansen, K., Kuhn, R. P., Horta, B. L., & Pinheiro, R. T. (2010). Ideação suicida em adolescentes de 11 a 15 anos: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 37-41.
18. Araújo, L. C., Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. P. L. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, 15(1): 47-57.
19. Botega, N. J., Marín-León, L., Oliveira, H. B., Barros, M. B. A., Silva, V. F., & Dalgalarondo, P. (2009). Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2632-2638.
20. Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, saúde & doenças*, 7(2), 195-209.
21. Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 345-351.
22. Borges, V. R., Werlang, B. S. G., & Copatti, M. (2008). Ideação suicida em adolescents de 13 a 17 anos. *Barbarói*, 28, 109-123. [ISSN 1982-2022 online].
23. MacDonald, J. M., Piquero, A. R., Valois, R. F., & Zullig, K. J. (2005). The relationship between life satisfaction, risk-taking behaviors, and youth violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(11), 1495-1518.

24. Murphy, J. G., McDevitt-Murphy, M. E., & Barnett, N. P. (2005). Drink and be merry? Gender, life satisfaction, and alcohol consumption among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 184-191.
25. Bogart, L. M., Collins, R. L., Ellickson, P. L., & Klein, D. J. (2007). Are adolescent substance users less satisfied with life as young adults and if so, why? *Social Indicators Research*, 81(1), 149-169.
26. Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., Oeltmann, J. E., & Drane, J. W. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29(4), 279-288.
27. Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S., Drane, J. W. (2001). Relationship between life satisfaction and violent behaviors among adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 25(4), 353-366.
28. Valois, R. F., Paxton, R. J., Zullig, K. J., Huebner, E. S. (2006). Life satisfaction and violent behaviors among middle school students. *Journal of Child and Family Studies*, 15(6), 695-707.
29. Buelga, S., Musitu, G., Murgui, S., & Pons, J. (2008). Reputation, loneliness, satisfaction with life and aggressive behavior in adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 192-200.
30. Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 158(3), 433-439.
31. Lester D. (1998). Life satisfaction, suicide, and homicide. *Perceptual and Motor Skills*, 87(1), 126.
32. Thatcher, W. G., Reininger, B. M., & Drane, J. W. (2002). Using path analysis to examine adolescent suicide attempts, life satisfaction and health risk behavior. *Journal of School Health*, 72(2), 71-77.
33. Park, H. S., Koo, H. Y., & Schepp KG. (2005). Predictors of suicidal ideation for adolescents by gender. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(8), 1433-1442.
34. Veenhoven, R. (1996). The study of life satisfaction. In: W. E. Saris, R, Veenhoven, A. C. Scherpenzeel, & B. Bunting (Eds.), *A comparative study of satisfaction with life in Europe* (pp. 11-48). Eötvös University Press.
35. Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 1-39.

36. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). (2003). Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: ABEP. Retrieved from: <http://www.abep.org/novo/FileGenerate.ashx?id=249>
37. Huebner, E. S. (1994). Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychological Assessment*, 6(2), 149-158.
38. Barros, L. P. (2009). *Tradução, adaptação transcultural e validação semântica da Multidimensional Students' Life satisfaction Scale*. [Master Dissertation]. Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. Retrieved from: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&c_o_obra=190405
39. Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicidal Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-52.
40. Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo, São Paulo.
41. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
42. Gorenstein, C., & Andrade, L. H. S, G. (1998). Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica de São Paulo*, 25(5), 245-250. Retrieved from: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255b.htm>
43. Huebner, E. S., & Alderman, G. L. (1993). Convergent and discriminant validation of a children's life satisfaction scale: its relationship to self- and teacher-reported psychological problems and school functioning. *Social Indicators Research*, 30(1), 71-82.
44. Culp, A. M., & Clyman, M. M. (1995). Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts, and asking for help. *Adolescence*, 30(120), 827-837.
45. American Association of Suicidology (AAS): Youth Suicidal Behavior: Fact Sheets based on the 2009 National Center of the Prevention of Youth Suicide. Retrieved from: <http://www.suicidology.org/resources/suicide-fact-sheets>
46. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074.

47. Park, H. S., Schepp, K. G., Jang, E. H., & Koo, H. Y. (2006). Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *Journal of School Health*, 76(5), 181-188.
48. Carvajal, G., & Caro, C. V. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: una explicación desde três de sus variables asociadas em Bogotá, 2009. *Colombia Médica*, 42(Supl 1):45-56.
49. Gould, M. S., Shaffer, D., Fisher, P., & Garfinkel, R. (1998). Separation/divorce and child and adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(2), 155-162.
50. Samm, A., Tooding, L. M., Sisask, M., Kõlves, K., Aasvee, K., & Värnik, A. (2010). Suicidal thoughts and depressive feelings amongst Estonian schoolchildren: effect of family relationship and family structure. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(5), 457-468.
51. Sun, Y., Tao, F. B., & Gao, M. (2006). Suicidal behaviors and correlated psychological factors in secondary school students. *Chinese Journal of Epidemiology*, 27(1), 33-6.
52. [Garlow, S. J.](#), [Rosenberg, J.](#), [Moore, J. D.](#), [Haas, A. P.](#), [Koestner, B.](#), [Hendin, H.](#), et al. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25(6), 482-488.
53. Baker, J. A. (1995). Depression and suicidal ideation among academically gifted adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 39(4), 218-223.
54. Allison, S., Roeger, L., Martin, G., & Keeves, J. (2001). Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(4), 498-503.
55. Antaramian, S. P., Huebner, E. S., & Valois, R. F. (2008). Adolescent life satisfaction. *Applied Psychology: An International Review*, 57(Suppl. 1), 112-126.
56. Huebner, E. S. Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. (2004). *Social Indicators Research*, 66(1-2), 3-33.
57. Sokero, P. (2006). Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder [academic dissertation]. University of Helsinki, November, 2006.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

9.1 Coleta de dados - O estudo em população não clínica favorece em parte a coleta de dados, porém quando esse estudo é realizado com estudantes adolescentes a dificuldade verificada com relação ao desinteresse de muitas escolas é patente. Pudemos perceber que, apesar de todas as nossas entrevistas serem agendadas com antecedência e de acordo com as atividades de cada escola, muitas vezes fomos surpreendidos com a ausência de turmas disponíveis, professores presentes e até escolas fechadas.

9.2 Assinatura TCLE- A assinatura por parte dos alunos não apresentou nenhuma dificuldade, porém o recebimento dos TCLE assinados pelos responsáveis talvez tenha sido o maior entrave ao longo do período de coleta de dados, gerando perdas em torno de 20% da coleta, sem no entanto comprometer o total da amostra.

9.3 Compreensão dos alunos ao longo da coleta – É preciso que se reconheça que o tema escolhido para o presente projeto, por si só, poderia aumentar o erro de informação por parte dos adolescentes, mormente aqueles com ideação suicida ou que já tivessem tentado suicídio, viés de difícil correção pelo fato de não se poder causar constrangimento aos sujeitos da pesquisa. A forma que se encontrou para minimizar esse problema foi fornecer instruções claras e concisas aos alunos sorteados para responder aos questionários, também como forma de acolhê-los.

Outro fator que poderia exigir alguns ajustes do processo de aplicação dos questionários seria o iletramento funcional dos alunos de classes do ensino fundamental, ou mesmo médio. A medida corretiva adotada foi a conduta de se tirar dúvidas dos adolescentes durante todo o período de resposta aos questionários, sem, no entanto, interferir sobre as escolhas do sujeito respondente.

REFERÊNCIAS

- AAS-American Association of Suicidology: Fact Sheets Based on the 2007 National Statistics. Disponível em: <<http://www.suicidology.org/web/guest/stats-and-tools/fact-sheets>>. Acesso em: 15 ago. 2010
- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. 2009. [acesso em 2011 julho 25]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=197>
- Alexander MJ, Haugland G, Ashenden P, Knight E, Brown I. Coping with thoughts of suicide: techniques used by consumers of mental health services. *Psychiatric Services* 60(9): 1163, September 2009.
- Araújo LC, Vieira KFL, Coutinho MPL. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF* 15(1): 47-57, 2010.
- Arria AM, O’Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide Ideation Among College Students: A Multivariate Analysis , *Archives of Suicide Research* 13(3): 230-246, 2009.
- Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Journal of Pediatrics* 78(5): 359-366, 2002.
- Baggio L, Palazzo LS, Aerts DR. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública do Rio de Janeiro* 25(1):142-150, 2009.
- Barros LP. Tradução, adaptação transcultural e validação semântica da *Multidimensional Students’ Life satisfaction Scale*. Dissertação de mestrado em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco- UPE. Recife, 2008.
- Barros LP, Petribu K, Sougey EB, Huebner ES. Multidimensional Students’ Life Satisfaction Scale: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [in press].
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Psychiatric illness in a New Zealand sample of Young people making serious suicide attempts. *The New Zealand Medical Journal* 111(1060): 44–48, 1998.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 4(6): 561-71, 1961.

- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicidal Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47(2): 343-52, 1979.
- Belsky J. Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist* 35(4): 320-335, 1980.
- Berman AL, Jobes DA, Silverman MM. The Empirical Context. In: *Adolescent suicide: Assessment and intervention* (2nd ed.), Chapter 3, pp. 77-117, American Psychological Association, Washington, DC. 456 pp. 2006.
- Borges VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, saúde & doenças* 7(2): 195-209, 2006a.
- Borges VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de psicologia* 11(3): 345-51, 2006b.
- Borges VR, Werlang BSG, Copatti M. Ideação suicida em adolescents de 13 a 17 anos. *Barbarói Santa Cruz do Sul* 28: 109-23, 2008.
- Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. Suicide Ideation, plan, and attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 47(1): 41-52, 2008.
- Botega NJ, Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarrrondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública do Rio de Janeiro* 25(12): 2632-38, 2009.
- Brantley A, Huebner E S, Nagle R J. Multidimensional life satisfaction reports of adolescents with mild mental disabilities. *Mental Retardation* 40(4): 321-329, 2002.
- Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47(3/4): 372-394, 2006.
- Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist* 34(10): 844-50, 1979.
- Buelga S, Musitu G, Pons J. Reputation, loneliness, satisfaction with life and aggressive behavior in adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*. 11(001): 192-200, 2008.
- Câmara SG, Sarriera JC, Carlotto MS. Fatores associados a condutas de enfrentamento violento entre adolescentes escolares. *Estudos de Psicologia* 12(3): 213-219, 2007.

- Cameron P, Titus DG, Kostin J, Kostin M. The life satisfaction of nonnormal persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 41(2): 207-214, 1973.
- Carvajal G, Caro CV. Ideación suicida en la adolescencia: una explicación desde tres de sus variables asociadas em Bogotá, 2009. *Colombia Médica* 42(2; Supl 1): 45-56, 2011.
- Casas F, Alsinet C, Rosich M, Huebner ES, Laughlin J. 'Cross cultural investigation of the multidimensional life satisfaction scale with Spanish adolescents'. Paper presented at the Third Conference of the International Society for Quality of Life Studies, Girona, Spain, 2000.
- CDC, 2008. Centers for Disease Control and Prevention, *Clarify the relationship between suicidal thoughts and feelings and suicidal behavior*. Disponível em <www.cdc.gov/ncipc/pub-res/research_agenda/08_suicide.htm>. Acesso em: 10 jul. 2010.
- CDC, 2009. Centers for Disease Control and Prevention: suicide definitions. Disponível em <www.cdc.gov/ViolencePrevention/suicide/definitions.html>. Acesso em: 15 ago. 2010.
- Centers for Disease Control and Prevention. Injury Center: Violence Prevention. *Youth Suicide*. Disponível em <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pub/youth_suicide.html>. Acesso em: 10 mar. 2012.
- CDC, 2011. Youth Risk Behavior Surveillance System : 2011 National Overview. Centers of Disease Control, United States of America, 2011. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/yrbss>> e <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6104.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2012.
- CDC's Injury Center, 2011. Centers for Disease Control and Prevention. Injury Center: Violence Prevention. *Youth Suicide*. [acesso em 2012 Mar 10]. Disponível em: [HTTP://www.cdc.gov/violenceprevention/pub/youth_suicide.html](http://www.cdc.gov/violenceprevention/pub/youth_suicide.html)
- Clark DB, Kirisci L. Posttraumatic stress disorder, depression, alcohol use disorders and quality of life in adolescents. *Anxiety* 2(5): 226-33, 1996.
- Coker AL, McKeownRE, Valois RF, Huebner ES. Severe dating and violence, forced sex, and health-related quality of life among South Carolina high school students. *American Journal of Preventive Medicine* 19(4): 1-10, 2000.

- Cunha, JA. *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.
- Daniel SS, Goldston DB. Interventions for Suicidal Youth: A Review of the Literature and Developmental Considerations. *Suicide Life Threatening Behavior* 39(3): 252, June 2009.
- Deković M. Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 28(6):667-685, 1999.
- Diener E. Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin* 95(3): 542-575, 1984.
- Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HR. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin* 125(2): 276-302, 1999.
- Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a nation index. *American Psychologist* 55(1): 34-43, 2000.
- Ellis TE, Trumpower D. Health-Risk Behaviors and Suicidal Ideation: A Preliminary Study of Cognitive and Developmental Factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 138 (3): 251-9, June 2008.
- Epstein JA, Spirito A. Risk factors for suicidality among a nationally representative sample of high school students. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 39(3): 241-251, June 2009.
- Erdogan B, Bauer TN, Truxillo DM, Mansfield LR. Whistle while you work: a review of the life satisfaction literature. *Journal of Management* 38(4): 1038-83, 2012.
- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life-Threatening Behavior* 35(3): 239-50, 2005.
- Fattore T, Mason J, Watson E. Children's conceptualization(s) of their well-being. *Social Indicators Research* 80(1): 5-29, 2007.
- Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine* 30(1): 23-39, 2000.
- Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine* 33(1): 61-73, 2003.

- Ferrans C. Development of a conceptual model of quality of life. *Research and Theory for Nursing Practice* 10(3): 293-304, 1996.
- Folkman S. Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 46(4): 839-52, 1984.
- Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology* 48(1): 150-170, 1985.
- Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 50(5): 992-1003, 1986.
- Frisén A. Measuring health-related quality of life in adolescence. *Acta Paediatrica* 96(7): 963-968, July 2007.
- Frisch, MB. Quality of life therapy and assessment in health care. *Clinical Psychology: Science and Practice* 5(1): 19–40, 1998.
- Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, Nemeroff CB. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety* 25(6):482-8, 2008.
- Gerência Regional Recife Norte [acesso em 2011 set 02]. Disponível em: <http://www.siepe.educacao.pe.gov.br/MapaCoordenadoria/listaEscolaCoordenadoria.do?codCoordenadoria=3055>
- Gerência Regional Recife Sul [acesso em 2011 set 02]. Disponível em: <http://www.siepe.educacao.pe.gov.br/MapaCoordenadoria/listaEscolaCoordenadoria.do?codCoordenadoria=3056>
- Gilligan TD, Huebner ES. Initial development and validation of the multidimensional students' life satisfaction scale-adolescent version. *Applied Research in Quality of Life* 2(1): 1-16, 2007.
- Gilman R, Ashby JS, Sverko D, Florell D, Varjas K. The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among Croatian and American youth. *Personality and Individual Differences* 39(1): 155-66, 2005.

- Gilman R, Huebner ES, Laughlin JE. A first study of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale with adolescents. *Social Indicators Research* 52:135-60, 2000.
- Goldbeck L, Schmitz TG, BesierT, Herschbach P, Henrich G. Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research* 16(6):969-979, 2007.
- Gould MS, Shaffer D, Fisher P, Garfinkel R. Separation/divorce and child and adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 37(2): 155-62, 1998.
- Greenspoon PJ, Saklofske DH. Validity and Reability of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale with Canadian children. *Journal of Psychoeducational Assessment* 15(2): 138-55, 1997.
- Huebner ES. Further validation of the Students' Life Satisfaction Scale: The independence of satisfaction and affect ratings. *Journal of Psychoeducational Assessment* 9(4): 363-68, 1991.
- Huebner ES. Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychological Assessment* 6(2): 149-58, 1994.
- Huebner ES. *Manual for the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale 2001 Version*. University of South Carolina Department of Psychology, Columbia, 2001.
- Huebner ES, Alderman GL. Convergent and discriminant validation of a children's life satisfaction scale: its relationship to self- and teacher-reported psychological problems and school functioning. *Social Indicators Research* 30(1): 71-82, 1993.
- Huebner ES, Gilman R, Furlong MJ. A Conceptual Model for Research in Positive Psychology in children and youth (Chapter 1). In: Gilman, R., Huebner, E. S. & Furlong, M. J. (Eds.). *Handbook of Positive Psychology in Schools*, Taylor & Francis Group, New York and London, 2009.
- Huebner ES, Laughlin JE, Ash C, Gilman R. Further validation of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale. *Journal of Psychoeducational Assessment* 16(2): 118-34, 1998.
- Huebner ES, Drane W, Valois RF. Levels and Demographic Correlates of Adolescent Life Satisfaction Reports. *School Psychology International* 21(3): 281-292, 2000.

- Huebner ES, Gilman R. An Introduction to the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale. *Social Indicators Research* 60(1-3): 115-22, 2002.
- Huebner ES, Gilman R. Students Who Like and Dislike School. *Applied Research in Quality of Life* 1(2): 139-50, 2006.
- Huebner ES, Gilman, R, Suldo, SM. Assessing Perceived Quality of Life in Children and Youth. In: Smith, SR and Handler, L. *The Clinical Assessment of Children and Adolescents - A Practitioner's Handbook*, Lawrence Erlbaum Ass. Publishers, London, 2007.
- Infante F. A resiliencia como processo: uma revisão da literatura recente. In: Aldo Melillo, Elbio Néstor Suárez Ojeda & cols. 2005. Disponível em: <http://imagens.pontofrio.com.br/html/conteudo-produto/12-livros/276427/276427.pdf>
- Jatobá JD, Bastos O. Depressão e ansiedade em adolescents de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 56(3): 171-179, 2007.
- Kaminski JW, Fang X. Victimization by peers and adolescent suicide in three US samples. *Journal of Pediatrics* 155(5): 683-88, 2009.
- Kasdin A, Marciano P. Childhood and adolescent depression. In: Mash, R. B. *Treatment of Childhood Disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press, p.211-248, 1998.
- Kerr DC, Owen LD, Pears KC, Capaldi DM. Prevalence of Suicidal Ideation Among Boys and Men Assessed Annually from Ages 9 to 29 Years. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 38(4): 390-402, 2008.
- Kim HS, Kim HS. Risk Factors for Suicide Attempts among Korean Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development* 39(3): 221-35, 2008.
- Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamaki H, Heikkila K, Kaprio J, Koskenvuo M. Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry* 2001;158(3):433-9.
- Kuyken W, Orley J, Power M, Herman H, Schofield H, Murphy B, et al. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 41(10): 1403-1409, 1995.

- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33(1): 159-74, 1977.
- Lester D. Life satisfaction, suicide, and homicide. *Percept Motor Skill* 87(1): 126, 1998.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62(2): 297–305, 1994.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice* 3(1): 25–46, 1996.
- Linley PA, Maltby J, Wood AM, Osborne G, Hurling R. Measuring happiness: the higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences* 47(8): 878-84, 2009.
- Liu W, Tian L , Gilam R. A Cross-Cultural Study on Life Satisfaction between Chinese and American Middle School Students. *Chinese Mental Health Journal* 19(5):319-323, 2005.
- Logan JE. Prevention factors for suicide ideation among abused pre/early adolescent youths. *Injury Prevention* 15(4):278-80, 2009.
- Long PH. On the quantity and quality of life. *Medical Times* 88: 613-9, 1960.
- MacDonald JM, Piquero AR, Valois RF, Zullig KJ. The relationship between life satisfaction, risk-taking behaviors, and youth violence. *Journal of Interpersonal Violence* 20(11): 1495-1518, 2005.
- MacElveen PM. Cooperative triad in home dialysis care and patient outcomes. *Communicating Nursing Research* 5: 134-47, 1972.
- McKay C. Mental Health Education and Quality of Life. *Health Services Reports* 87(10): 941-946, 1972.
- Murphy JG, McDevitt-Murphy ME, Barnett NP. Drink and be merry? Gender, life satisfaction, and alcohol consumption among college students. *Psychology of Addictive Behaviors* 19(2):184-91, 2005.
- Neugarten BL, Havigurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *The Journal of Gerontology* 16(2): 134-43, 1961.

- Newcomb MD, Bentler PM, Collins, C. Alcohol use and dissatisfaction with self and life: A longitudinal analysis of young adults. *Journal of Drug Issues* 16(4): 479–94, 1986.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) *Prevenção do Suicídio (Supre)*, Estudo Multicêntrico de Intervenção no comportamento Suicida (Supre-Miss), Botega NJ, Bertolote JM (coords.), *Management of Mental and Brain Disorders*, WHO, Geneva, 2001.
- Paranhos ME, Argimon IIL, Werlang BSG. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck – II (BDI-II) em adolescentes. *Avaliação Psicológica* 9(3): 383-392, 2010.
- Park N, Huebner ES, Laughlin JE, Valois RE, Gilman R. A Cross-cultural comparison of the dimensions of child and adolescent life satisfaction reports. *Social Indicators Research* 66(1-2): 61-79, 2004.
- Park HS, Koo HY, Schepp KG. Predictors of suicidal ideation for adolescents by gender. *Journal of Korean Academy of Nursing* 35(8):1433-1442, 2005.
- Park HS, Schepp KG, Jang EH, Koo HY. Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *Journal of School Health* 76(5): 181-188, 2006.
- Pavot W, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well being measures. *Journal of Personality Assessment* 57(1): 149-161, 1991.
- Pigou AC. Desires and Satisfaction. In: *The Economics of Welfare*. Chapter II. pp. 24-30, London: Mac-Millan, 1920.
- Piko B. Gender differences and similarities in adolescent's ways of coping. *The Psychological Record* 51(2): 223-35, 2001.
- Proctor CL, Linley PA, Maltby J. Youth Life Satisfaction: a review of the literature. *Journal of Happiness Studies* 10(5): 583-630, 2009.
- Rabkin J, Wagner G, Griffin KW. Quality of life measures. In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, eds. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington (DC): American Psychiatric Association Press; p. 135-50, 2000.

- Raphael D, Renwick R, Brown I, Rootman I. Quality of life indicators and health: current status and emerging conceptions. *Social Indicators Research* 39(1): 65-88, 1996.
- Rueter MA, Holm KE, McGeorge C, Conger RD. Adolescent suicidal ideation subgroups and their association with suicidal plans and attempts in young adulthood. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 38(5):564-75, 2008.
- Saito M I. Atenção integral à saúde do adolescente: perspectiva histórica e atual. In: Assumpção Junior F B, Kuczynski E. *Adolescência normal e patológica*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- Savoia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Revista de Psicologia USP* 7(1/2): 183-201, 1996.
- Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). *Revista de Psiquiatria Clínica*, Edição especial – Parte IV – Temas Gerais 26(2): 57-67, Março/Abril 1999.
- Sawatzky R. *The measurement of quality of life and its relationship with perceived health status in adolescents*. Philosophy Doctoral Thesis, University of British Columbia, 2007.
- Schiff M, Nebe S, Gilman R. Life satisfaction among Israeli youth in residential treatment care. *British Journal of Social Work* 36(8): 1325-1343, 2006.
- Secretaria de Educação de Pernambuco [acesso em 2011, ago 30]. Disponível em: <http://www.siepe.educacao.pe.gov.br/MapaCoordenadoria/paginaCoordenadorias.do?actionType=iniciar&navegacao=siteCoordenadoria>
- Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *American Psychologist* 55(1): 5-14, 2000.
- Seligson JL, Huebner ES, Valois RF. An investigation of a brief life satisfaction scale with elementary school children. *Social Indicators Research* 73(3): 355-74, 2005.
- Serfaty E. Suicídio em la adolescência. *Adolescencia Latinoamericana* 1414-7130/98/1-105-110, 1998.
- Shin D, Johnson DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research* 5(1-4): 475-92, 1978.

- Sokero P. *Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder*. Academic dissertation, Department of Psychiatry, University of Helsinki, 2006. Disponível em: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23041/suicidal.pdf?sequence=2>
- Souza LDM, Silva RA, Jansen K, Kuhn RP, Horta BL, Pinheiro RT. Ideação suicida em adolescentes de 11 a 15 anos: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 32(1): 37-41, 2010.
- Souza LDM, Ores L, Oliveira GT, Cruzeiro ALS, Silva RA, Pinheiro RT, Horta BL. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 59(4): 286-92, 2010.
- Spruijt E, Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. *Adolescence* 32(28): 897-911, 1997.
- Thatcher WG, Reininger BM, Drane JW. Using path analysis to examine adolescent suicide attempts, life satisfaction and health risk behavior. *Journal of School Health* 72(2): 71-77, 2002.
- Valois RF, Zullig KJ, Huebner ES, Drane JW. Relationship between life satisfaction and violent behaviors among adolescents. *American Journal of Health Behavior* 25(4): 353-66, 2001.
- Valois RF, Zullig KJ, Huebner ES, Kammermann SK, Drane JW. Relationship between life satisfaction and sexual risk-taking behaviors among adolescents. *Journal of Child and Family Studies* 11(4): 427-440, 2002.
- Valois RF, Zullig KJ, Huebner ES, Drane JW. Life satisfaction and suicide among high school Adolescents, *Social Indicators Research* 66(1-2): 81-105, 2004.
- Valois RF, Paxton RJ, Zullig KJ, Huebner ES. Life Satisfaction and Violent Behaviors among Middle School Students. *Journal of Child and Family Studies* 15(6): 695-707, 2006.
- Vander Stoep A, Adrian M, MacCauley E, Crowell SE, Stone A, Flynn C. Risk for suicidal ideation and suicide attempts associated with co-occurring depression conduct problems in early adolescence. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 41(3): 316-329, 2011.

- Veenhoven R. The study of life satisfaction. In: Saris WE, Veenhoven R, Scherpenzeel AC, Bunting B. (Eds.). *A comparative study of satisfaction with life in Europe*. Eötvös University Press; p.11-48, 1996.
- Veenhoven R. The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies* 1(1): 1-39, 2000.
- Veenhoven R. How do we assess how happy we are? Tenets, implications and tenability of three theories. Paper presented at conference on 'New Directions in the Study of Happiness: United States and International Perspectives', University of Notre Dame, USA, October 22-24, 2006. Disponível em: http://bbzn.lt/wp-content/uploads/2011/05/How_do_we_assess_how_happy_we_are_Veenhoven_Ruuu_t.pdf
- Werlang BSG, Borges VR, Fensterseifer L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 39(2): 259-266, 2005.
- Werner E, Johnson J. Can we apply resilience? In: Glantz, M. e Johnson, J. (eds), *Resilience and development: positive life adaptations*, New York, Plenum Publishers, p. 259-268, 1999.
- WMA Declaration of Helsinki, Finland, June 1964. [acesso em 08 abril de 2011]. Disponível em: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *Journal of Clinical Epidemiology* 52(4): 355-363, 1999.
- World Health Organization (1946) *Official Records to the founding of WHO*, Proceedings and Final Acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946 (June 1948) 143p. [acesso em 14 jul 2010]. Disponível em: <http://www.who.int/library/collections/historical/en/index3.html>
- World Health Organization. *Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography*. Division of Mental Health, World Health Organization, Geneva, 1994. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.1.pdf
- World Health Organization (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. World Health Organization, Geneva, 1998. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/924154516X.pdf>

- World Health Organization (2001). *The world health report 2001*. Disponível em <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_po.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2010.
- World Health Organization (2001). *Choosing to die – a growing epidemic among the young*, Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79(12):1-3. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2001/issue12/79\(12\)1175-1177.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2001/issue12/79(12)1175-1177.pdf)>. Acesso em: 08 ago. 2010.
- Ziaaddini H, Navadeh S, Saeedi A. Prevalence of Suicide Ideation, Attempts and the Associated Factors among a Sample of Iranian Population in South Part of the Country: A Population Based Study. *Iranian Journal of Psychiatry* 4(3): 92-96, 2009.
- Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Drane JW, Oeltmann JE. Relationship between selected substance abuse behaviors and adolescent selfperceptions of life satisfaction. *Journal of Adolescent Health* 29(4): 1–11, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ficha de Identificação

Dr^a. Luciana Paes de Barros

Gênero: masculino ☐ feminino ☐ Data de Nascimento: ____/____/____

Qual a cor da sua pele? branca ☐ parda ☐ preta ☐

Qual a série que você está cursando:

Ensino Fundamental: 5ª série ☐ 6ª série ☐ 7ª série ☐ 8ª série ☐

Ensino Médio: 1ª série ☐ 2ª série ☐ 3ª série ☐

Nome da sua Escola: _____

Já foi reprovado alguma vez? Sim: ☐ Quanta vezes: _____ Não ☐

Já se afastou dos estudos por algum motivo? Não ☐ sim ☐

Qual o motivo de seu afastamento? _____

Com quem você mora? com seu pai e sua mãe ☐ só com sua mãe ☐

só com seu pai ☐ com outro familiar ☐

com uma pessoa que não é de sua família ☐

Quanto aos seus pais: eles vivem juntos ☐ eles vivem em casas diferentes ☐

Classificação socioeconômica:

Grau de Instrução dos pais: sem letramento / 3ª série fundamental ☐
 4ª série fundamental ☐
 Fundamental completo ou médio incompleto ☐
 Médio completo ou superior incompleto ☐
 Superior completo ☐

ELETRODOMÉSTICOS QUE POSSUI	Marque a quantidade que tem na sua casa				
	Não tem	1	2	3	4
TV em cores	☐	☐	☐	☐	☐
Videocassete/DVD	☐	☐	☐	☐	☐
Rádio	☐	☐	☐	☐	☐
Banheiro	☐	☐	☐	☐	☐
Automóvel	☐	☐	☐	☐	☐
Empregada mensalista	☐	☐	☐	☐	☐
Maquina de lavar roupa	☐	☐	☐	☐	☐
Geladeira	☐	☐	☐	☐	☐
Freezer (independente ou 2ª porta da geladeira)	☐	☐	☐	☐	☐

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹

Estamos convidando seu/sua filho (a) para participar de uma pesquisa que será realizada na escola em que ele(a) estuda sobre “relações entre qualidade de vida, ideação suicida e situações de risco em adolescentes”. Após ser esclarecido sobre as informações desta pesquisa, no caso de aceitar que seu/sua filho (a) faça parte do estudo, assine ao final do documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, não tem nenhum problema, nem você, nem seu/sua filho (a) serão penalizados de forma alguma. Sinta-se à vontade para qualquer dúvida ou se precisar pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE pelo telefone: 2126-8588, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife – PE, CEP: 50670-901.

Informações sobre a pesquisa:

Título da pesquisa: “Relações entre Qualidade de Vida, Ideação Suicida e Situações de Risco em adolescentes”

Pesquisadora responsável: **Luciana Paes de Barros**, médica (CREMEPE 16001), que estará a sua disposição pelo telefone: (81)9247-1333 ou pelo correio eletrônico: lucianapdebarros@gmail.com. Endereço da pesquisadora: Rua Prof. Augusto Lins e Silva, nº 196/902 – Boa Viagem – Recife – PE – CEP51030-030.

Natureza da pesquisa: esta pesquisa tem como objetivo aplicar as Escalas de Satisfação com a vida (MSLSS), Ideação Suicida de Beck (BSI), Depressão de Beck (BDI) e Estratégias de *coping* (enfrentamento) nos adolescentes estudantes de escolas da rede pública na cidade do Recife (PE).

Envolvimento na pesquisa: ao assinar este documento o (a) Sr.(a) permitirá que seu/sua filho(a) participe do estudo, respondendo aos questionários que serão aplicados pela pesquisadora nas escolas. O (A) Sr.(a) tem a liberdade de recusar a participação de seu/sua filho(a), e ainda recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) Sr.(a) ou seu dependente. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE.

Sobre a entrevista: os dados desta pesquisa serão coletados através de questionários, onde os próprios adolescentes responderão sobre como se sentem em relação à sua vida, sobre situações de risco e enfrentamento dessas situações na adolescência. As perguntas contidas nestes questionários estarão disponíveis a todos os interessados.

Risco e desconforto: os procedimentos usados serão questionários adaptados aos adolescentes, podendo vir a oferecer riscos caso se sintam constrangidos em respondê-los. Caso isso ocorra, o adolescente poderá desistir e se recusar a respondê-los em qualquer momento da pesquisa.

Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento dos dados, que

^{1*} Elaborado com base na Resolução 196/1996 do Conselho nacional de saúde do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial nº 201, 16/10/1996.

serão sigilosos e os adolescentes ou seus responsáveis não serão identificados em nenhuma hipótese.

Benefícios: esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o bem-estar destes adolescentes, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa demonstrar o nível de qualidade de vida, de possíveis situações de risco e do nível de capacidade de enfrentamento desta população, estando a pesquisadora comprometida a divulgar os resultados obtidos. Nos casos em houver diagnóstico de depressão ou problemática mais grave, o adolescente será encaminhado pela pesquisadora ao serviço do Ambulatório de Psicologia para crianças e adolescentes do Hospital das Clínicas da UFPE, podendo ser atendido caso deseje comparecer.

Pagamento: O (A) Sr. (a) ou seu (sua) dependente não terão nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Retirada do consentimento: os participantes poderão deixar de participar do estudo em questão em qualquer ocasião, sem prejuízo de qualquer natureza.

Após ter ouvido todos os esclarecimentos acima, declaro que concordo inteiramente com todas as condições e que autorizo a análise dos dados coletados e sua publicação, em qualquer meio de divulgação, desde que seja resguardado o sigilo na identificação.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

Eu, _____, RG nº _____ abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, certifico que após a leitura deste documento e das explicações dadas, concordo que _____, sob minha responsabilidade, participe desta pesquisa. Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) sobre o presente estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes dessa participação. Foi-me garantida a retirada do meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Recife, _____ de _____ de 2011.

(assinatura do responsável)

(assinatura do aluno participante)

(assinatura da primeira testemunha)

(assinatura da segunda testemunha)

(assinatura da pesquisadora responsável)

ANEXOS

ANEXO A - Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (MSLSS)
Escala Multidimensional de Satisfação com a Vida em Estudantes (EMSVE)

Gostaríamos de saber o que você tem pensado da vida nas últimas semanas. Pense sobre como você vive cada dia e depois pense sobre como a sua vida tem sido na maior parte do tempo.

Aqui estão algumas perguntas que pedem para que você indique a sua satisfação com a vida. Circule o número (de 1 a 6) junto de cada frase para mostrar o quanto você concorda ou discorda com cada frase. É importante saber o que você **REALMENTE** pensa então, por favor, responda às perguntas de acordo com o que você realmente sente, e não como você acha que deveria estar sentindo.

Isto **NÃO** é um teste. **NÃO** existem respostas certas ou erradas. Suas respostas **NÃO** vão mudar suas notas e ninguém vai saber as suas respostas.

Circule 1 se você **DISCORDA TOTALMENTE** da frase

Circule 2 se você **DISCORDA MODERADAMENTE** da frase

Circule 3 se você **DISCORDA UM POUCO** da frase

Circule 4 se você **CONCORDA UM POUCO** com a frase

Circule 5 se você **CONCORDA MODERADAMENTE** com a frase

Circule 6 se você **CONCORDA TOTALMENTE** com a frase

	DISCORDA TOTALMENTE	DISCORDA MODERADA- MENTE	DISCORDA UM POUCO	CONCORDA UM POUCO	CONCORDA MODERADA- MENTE	CONCORDA TOTAL- MENTE
1. Meus amigos são legais comigo	1	2	3	4	5	6
2. Eu sou uma pessoa agradável de se ter por perto	1	2	3	4	5	6
3. Eu me sinto mal na escola	1	2	3	4	5	6
4. Tenho momentos ruins com os meus amigos	1	2	3	4	5	6
5. Existem muitas coisas que eu posso fazer bem	1	2	3	4	5	6
6. Eu aprendo muito na escola	1	2	3	4	5	6
7. Eu gosto de passar meu tempo com meus pais	1	2	3	4	5	6
8. Minha família é melhor do que a maioria	1	2	3	4	5	6
9. Existem muitas coisas na escola de que eu não gosto	1	2	3	4	5	6
10. Eu acho que eu tenho boa aparência	1	2	3	4	5	6
11. Meus amigos são ótimos	1	2	3	4	5	6
12. Meus amigos vão me ajudar se eu precisar	1	2	3	4	5	6
13. Eu gostaria de não precisar ir para a escola	1	2	3	4	5	6
14. Eu gosto de mim	1	2	3	4	5	6
15. Tem muitas coisas divertidas para fazer onde eu moro	1	2	3	4	5	6

	DISCORDA TOTALMENTE	DISCORDA MODERADA- MENTE	DISCORDA UM POUCO	CONCORDA UM POUCO	CONCORDA MODERADA- MENTE	CONCORDA TOTAL- MENTE
16. Meus amigos me tratam bem	1	2	3	4	5	6
17. A maioria das pessoas gosta de mim	1	2	3	4	5	6
18. Eu gosto de estar em casa com a minha família	1	2	3	4	5	6
19. Minha família se dá bem	1	2	3	4	5	6
20. Eu aguardo ansiosamente para ir à escola	1	2	3	4	5	6
21. Meus pais me tratam com justiça (de forma justa)	1	2	3	4	5	6
22. Eu gosto de estar na escola	1	2	3	4	5	6
23. Meus amigos são maus comigo	1	2	3	4	5	6
24. Eu gostaria de ter amigos diferentes dos que eu tenho	1	2	3	4	5	6
25. A escola é interessante	1	2	3	4	5	6
26. Eu tenho prazer nas atividades escolares	1	2	3	4	5	6
27. Eu gostaria de morar em uma casa diferente	1	2	3	4	5	6
28. Os membros da minha família conversam amavelmente uns com os outros	1	2	3	4	5	6
29. Eu me divirto muito com os meus amigos	1	2	3	4	5	6
30. Meus pais e eu fazemos coisas divertidas juntos	1	2	3	4	5	6
31. Eu gosto do meu bairro	1	2	3	4	5	6
32. Eu gostaria de morar em outro lugar	1	2	3	4	5	6
33. Eu sou uma pessoa agradável	1	2	3	4	5	6
34. Esta cidade está cheia de pessoas más	1	2	3	4	5	6
35. Eu gosto de experimentar coisas novas	1	2	3	4	5	6
36. A casa da minha família é agradável	1	2	3	4	5	6
37. Eu gosto dos meus vizinhos	1	2	3	4	5	6
38. Eu tenho uma quantidade suficiente de amigos	1	2	3	4	5	6
39. Eu gostaria que houvesse pessoas diferentes na minha vizinhança	1	2	3	4	5	6
40. Eu gosto de onde eu moro	1	2	3	4	5	6

ANEXO B - Inventário de Depressão de Beck - BDI

1. a) Não me sinto triste.
b) Eu me sinto triste.
c) Estou sempre triste e não consigo sair disto.
d) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. a) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
b) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
c) Acho que nada tenho a esperar.
d) Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. a) Não me sinto um fracasso.
b) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
c) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
d) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. a) Tenho tanto prazer em tudo como antes.
b) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
c) Não encontro um prazer real em mais nada.
d) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. a) Não me sinto especialmente culpado.
b) Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
c) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
d) Eu me sinto sempre culpado.

6. a) Não acho que esteja sendo punido.
b) Acho que posso ser punido.
c) Creio que vou ser punido.
d) Acho que estou sendo punido.

7. a) Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
b) Estou decepcionado comigo mesmo.
c) Estou enojado de mim.
d) Eu me odeio.
8. a) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
b) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
c) Eu me culpo sempre por minhas falhas.
d) Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. a) Não tenho quaisquer idéias de me matar.
b) Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
c) Gostaria de me matar.
d) Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. a) Não choro mais que o habitual.
b) Choro mais agora que o habitual.
c) Agora, choro o tempo todo.
d) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. a) Não sou mais irritado agora do que já fui.
b) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
c) Agora eu me sinto irritado o tempo todo.
d) Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar.
12. a) Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
b) Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
c) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
d) Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.
13. a) Tomo decisões tão bem quanto antes.
b) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.

- c) Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
 - d) Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
- 14.** a) Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
- b) Estou preocupado em estar parecendo sem atrativo.
 - c) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
 - d) Acredito que pareço feio.
- 15.** a) Posso trabalhar tão bem quanto antes.
- b) É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
 - c) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 - d) Não consigo mais fazer qualquer coisa.
- 16.** a) Consigo dormir tão bem como o habitual.
- b) Não durmo tão bem como costumava.
 - c) Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir.
 - d) Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
- 17.** a) Não fico mais cansado do que o habitual.
- b) Fico cansado mais facilmente do que costumava.
 - c) Fico cansado em fazer qualquer coisa.
 - d) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18.** a) O meu apetite não está pior do que o habitual.
- b) Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
 - c) Meu apetite é muito pior agora.
 - d) Absolutamente não tenho mais apetite.
- 19.** a) Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
- b) Perdi mais do que 2 quilos e meio.
 - c) Perdi mais do que 5 quilos.
 - d) Perdi mais do que 7 quilos.

20. a) Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.

b) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposições do estômago ou constipação.

c) Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.

d) Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

ANEXO C - Escala de Ideação Suicida de Beck - BSI

1. a) Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte.
b) Tenho um desejo fraco de viver.
c) Não tenho desejo de viver.
2. a) Não tenho desejo de morrer.
b) Tenho um desejo fraco de morrer.
c) Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.
3. a) Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.
b) Minhas razões para viver ou para morrer são aproximadamente iguais.
c) Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.
4. a) Não tenho desejo de me matar.
b) Tenho um desejo fraco de me matar.
c) Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.
5. a) Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.
b) Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.
c) Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.

Se você assinalou as afirmações “a”, em ambos os grupos 4 e 5, passe para o item 20.

Se você assinalou “b” ou “c”, seja no grupo 4 ou 5, prossiga respondendo o item 6.

6. a) Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente.
b) Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo.
c) Tenho longos períodos com idéias de me matar.
7. a) Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.
b) Tenho idéias freqüentes de me matar.
c) Penso freqüentemente em me matar.
8. a) Não aceito a idéia de me matar.
b) Não aceito nem rejeito a idéia de me matar.
c) Aceito a idéia de me matar.
9. a) Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
b) Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
c) Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.

10. a) Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida.
b) Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida.
c) eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar, por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida.
11. a) Minhas razões para querer cometer suicídio tem em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim, etc.
b) Minhas razões para querer cometer suicídio não tem em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.
c) Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.
12. a) Não tenho plano específico sobre como me matar.
b) Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.
c) Tenho um plano específico para me matar.
13. a) Não tenho acesso a um método ou a uma oportunidade de me matar.
b) O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.
c) Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.
14. a) Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
b) Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
c) Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.
15. a) Não espero fazer uma tentativa de suicídio.
b) Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
c) Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
16. a) Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.
b) Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.
c) Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.
17. a) Não escrevi um bilhete suicida.

- b) Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.
 - c) Tenho um bilhete suicida pronto.
- 18.** a) Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
- b) Tenho pensado em tomar providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
 - c) Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
- 19.** a) Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.
- b) Tenho evitado contar às pessoas o meu desejo de me matar.
 - c) Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.
- 20.** a) Nunca tentei suicídio.
- b) Tentei suicídio uma vez.
 - c) Tentei suicídio duas ou mais vezes.

Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.

- 21.** a) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.
- b) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.
 - c) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.

ANEXO D- Carta de Anuência da Secretaria de Educação de Pernambuco - GRE Norte



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a **LUCIANA PAES DE BARROS**, aluna do doutorado em Neuropsiquiatria da UFP, cujo projeto necessita de pesquisa na comunidade. Será realizado no período de abril a novembro/2011, nas Unidades Escolares:

Comandante Luiz Gomes;

Irmã Magna;

Rotary Nova Descoberta.

Recife, 01 de abril de 2011.

Ângela de Moraes Silva
Chefe da Unidade de Desenvolvimento de Ensino
GRE Recife Norte

Ângela de Moraes Silva
Matrícula Nº 270941-4
Chefe Unidade Desenvolvimento
de Ensino - UDE

GERÊNCIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO RECIFE NORTE
Unidade de Desenvolvimento do Ensino
Rua Coelho Leite, 80 - Santo Amaro - Recife - PE - CEP 50100-140
FONES: (081) 3181.2608 / 3181.2609 / 3181.2610 FAX (081) 3181.2617

**ANEXO E- Carta de Anuência da Secretaria de Educação de Pernambuco
- GRE Sul para Escola Santos Dumont**



Ofício nº 106/2011

Recife, 05 de abril de 2011

Ilmo. Sr. Gestor(a),

Gostaria de solicitar a sua colaboração em receber na sua Unidade Escolar a aluna do Doutorado em Neuropsiquiatria da UFPE, LUCIANA PAES DE BARROS, cujo projeto de pesquisa se intitula "Relações entre qualidade de vida, ideação suicida e situações de risco em adolescentes". Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,


Prof. Marta Maria de Lira
Gestora da GRE Recife Sul

Marta Maria de Lira
GRE Recife Sul
Chefe Unid. Gestão de Rede
Marta Maria de Lira

ATT
CRISTINA CARDOSO GUEIROS
Gestora da EREM Santos Dumont
Nesta

**ANEXO F- Carta de Anuência da Secretaria de Educação de Pernambuco
- GRE Sul para Escola Brigadeiro Eduardo Gomes**



Ofício nº 105/2011

Recife, 05 de abril de 2011

Ilmo. Sr. Gestor(a),

Gostaria de solicitar a sua colaboração em receber na sua Unidade Escolar a aluna do Doutorado em Neuropsiquiatria da UFPE, LUCIANA PAES DE BARROS, cujo projeto de pesquisa se intitula "Relações entre qualidade de vida, ideação suicida e situações de risco em adolescentes". Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,


Prof. Marta Maria de Lira
Gestora da GRE Recife Sul

Marta Maria de Lira
GRE Recife Sul
Chefe Unid. Gestão da Rede
Mat. 104-100-11

ATT
ANA PAULA FREITAS
Gestora da Escola Brigadeiro Eduardo Gomes
Nesta

ANEXO G- Carta de Anuência da Secretaria de Educação de Pernambuco - GRE Sul para Escola Maciel Pinheiro



Ofício nº 104/2011

Recife, 05 de abril de 2011

Ilmo. Sr. Gestor(a),

Gostaria de solicitar a sua colaboração em receber na sua Unidade Escolar a aluna do Doutorado em Neuropsiquiatria da UFPE, LUCIANA PAES DE BARROS, cujo projeto de pesquisa se intitula "Relações entre qualidade de vida, ideação suicida e situações de risco em adolescentes". Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,


Prof. Marta Maria de Lira
Gestora da GRE Recife Sul

Marta Maria de Lira
GRE Recife Sul
Chefe Unid. Gestão de Rede
Mat 164408-4

ATT

MARIA LÚCIA DE SOUZA

Gestora da Escola Maciel Pinheiro

Nesta

ANEXO H- Protocolo Comitê de Ética em Pesquisa/CCS UFPE

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

<http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/caae.cfm?VCOD=419295>



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -
CONEP

PROT. Nº 293 / 11
CEP/CCS
FL.

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0268.0.172.000-11	
Projeto de Pesquisa			
Relação entre qualidade de vida, ideação suicida e situações de risco em adolescentes			
Área(s) Temática(s) Especial(s)		Grupo	Fase
Não se aplica			Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF	Pesquisador	Assinatura	
76387887704	Responsável Luciana Paes de Barros	<i>Luciana Paes de Barros</i>	
Comitê de Ética			
Data de Entrega	Recebimento:	Assinatura	
13/05/2011	<i>Renata Santos</i>	<i>Renata Santos</i>	
		Assistente em Administração	
		Mat. SIAPE 1317887	

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.

ANEXO I- Carta de anuência do Ambulatório de Psicologia para crianças e adolescentes do Hospital das Clínicas da UFPE

Universidade Federal de Pernambuco
Hospital das Clínicas



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, que a doutoranda do departamento de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE, Luciana Paes de Barros, CPF763878877-04, RG 05220110-0 IFP-RJ, autora do Projeto de Pesquisa intitulado “**Relações entre Qualidade de Vida, Ideação Suicida e Situações de Risco em Adolescentes**”, sob a orientação do professor Dr. **EVERTON BOTELHO SOUGEY**, da Universidade Federal de Pernambuco, está autorizada a encaminhar para o Ambulatório de Psicologia para crianças e adolescentes do Hospital das Clínicas da UFPE, os participantes da pesquisa que porventura necessitem deste serviço, pelo período de execução previsto no referido Projeto.

Nome: *Luciana Melo de Souza Leal*
Matrícula: *95465149*
Identidade: *9354212 / SSP-RN*
Data: *12/05/2011*

Luciana Melo de Souza Leal

Ambulatório de Psicologia para crianças e adolescentes
do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

LUCIANA MELO DE SOUZA LEAL
Psicóloga - CRP 02/11.228
Hospital das Clínicas - UFPE

ANEXO J- Ofício No. 471/2011 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 471/2011 - CEP/CCS

Recife, 05 de agosto de 2011

Registro do SISNEP FR – 419295

CAAE – 0268.0.172.000-11

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 293/11

Título: Relações entre qualidade de vida, ideação suicida e situações de risco em adolescentes.

Pesquisador Responsável: Luciana Paes de Barros

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 03 de agosto de 2011.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

A

Doutoranda Luciana Paes de Barros
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria- CCS/UFPE

ANEXO K- Carta de aceitação para publicação do Artigo 1 na Revista Brasileira de Psiquiatria - “Multidimensional Students’ Life Satisfaction Scale: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation”.



**ANEXO L- Carta de submissão ao *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*
do Artigo 2 - “Quality of life, life satisfaction, and suicide ideation in
adolescents: A review of the literature with implications for suicide
prevention”.**

28/07/13

Gmail - Trends in Psychiatry and Psychotherapy - Manuscript ID RPRS-2013-0036



Trends in Psychiatry and Psychotherapy - Manuscript ID RPRS-2013-0036

trends.denise@gmail.com <trends.denise@gmail.com>
Para: lucianapdebarros@gmail.com, dqsetrala@gmail.com

24 de julho de 2013 18:05

24-Jul-2013

Dear Dr. Barros:

Your manuscript entitled "QUALITY OF LIFE, LIFE SATISFACTION, AND SUICIDE IDEATION IN ADOLESCENTS: A REVIEW OF THE LITERATURE WITH IMPLICATIONS FOR SUICIDE PREVENTION" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Trends in Psychiatry and Psychotherapy.

Your manuscript ID is RPRS-2013-0036.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <http://mc.manuscriptcentral.com/trends> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <http://mc.manuscriptcentral.com/trends>.

Thank you for submitting your manuscript to the Trends in Psychiatry and Psychotherapy.

Sincerely,
Trends in Psychiatry and Psychotherapy Editorial Office

ANEXO M- Resposta do Dr. E. Scott Huebner após revisão do Artigo 3 sob o título “The relationship between life satisfaction and suicidal ideation in adolescents from the perspective of suicide prevention”, submetido ao *Quality of Life Research*

HUEBNER, SCOTT <HUEBNER@mailbox.sc.edu>
Para: Luciana Paes de Barros <dqsetrata@gmail.com>
Cc: katia petribu <kpetribu@hotmail.com.br>

19 de agosto de 2013 15:25

Luciana,

I have read your paper carefully, and I think it should make a nice contribution to the literature. Congratulations! I have made specific comments directly on the manuscript (see attached). My main suggestion would be to highlight the study strengths and contribution more explicitly---don't be afraid to have a section immediately before the method section that says something like "This study goes beyond previous studies by.....and list its unique contributions. Relatedly, I think you could make it more explicit that the use of multidimensional measures was a valuable contribution and that multidimensional measures (in addition to global ones) may yield more comprehensive and nuanced information regarding students' life satisfaction (including how it may behave as predictor of suicide ideation, behavior, etc.). Again, I think you have done a great job and have provided useful information on this topic. Best, Scott

From: Luciana Paes de Barros [dqsetrata@gmail.com]
Sent: Friday, August 16, 2013 12:17 PM
To: HUEBNER, SCOTT; HUEBNER, SCOTT
Cc: katia petribu
Subject: MANUSCRIPT (ORIGINAL ARTICLE) MSLSS

[Texto das mensagens anteriores oculto]

 **TRANSLATION_REVIEW_ORIGINAL_MANUSCRIPT16aug.doc**
277K

ANEXO N – Submissão do Artigo 3 sob o título “The relationship between life satisfaction and suicidal ideation in adolescents from the perspective of suicide prevention”, ao *Quality of Life Research*



Luciana Paes de Barros <dqsetrata@gmail.com>

Submission Confirmation

2 messages

Carolien van der Gaag <carolien.vandergaag@springer.com>

23 de setembro de 2013 13:34

Para: Luciana Paes Barros <dqsetrata@gmail.com>

Dear Dr Barros,

Thank you for submitting your manuscript,
"The relationship between life satisfaction and suicidal ideation in adolescents from the perspective of suicide prevention", to *Quality of Life Research*

During the review process, you can keep track of the status of your manuscript by accessing the following web site:

<http://qure.edmgr.com/>

Your username is: LupBarros

Your password is: barros844

If your manuscript is accepted for publication in *Quality of Life Research*, you may elect to submit it to the Open Choice program. For information about the Open Choice program, please access the following URL:
<http://www.springer.com/openchoice>

With kind regards,

Carolien van der Gaag
Editorial Office *Quality of Life Research*
Springer
P.O. Box 990
3300 AZ DORDRECHT
The Netherlands
Telephone: [+31 78 6576901](tel:+31786576901)

Now that your article will undergo the editorial and peer review process, it is the right time to think about publishing your article as open access. With open access your article will become freely available to anyone worldwide and you will easily comply with open access mandates. Springer's open access offering for this journal is called Open Choice (find more information on www.springer.com/openchoice). Once your article is accepted, you will be offered the option to publish through open access. So you might want to talk to your institution and funder now to see how payment could be organized; for an overview of available open access funding please go to www.springer.com/oafunding.

Although for now you don't have to do anything, we would like to let you know about your upcoming options.

ANEXO O - Ofício nº 151/2013- CEP/CCS/UFPE com aprovação do relatório final da tese submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa
Av. da Engenharia, s/n – 1º andar – Sala 4 – Cidade Universitária
50.740-600 Recife – PE, Tel/fax: 81. 2126.8588 – cepccs@ufpe.br

Ofício nº 151/2013 - CEP/CCS/UFPE

Recife, 15 de agosto de 2013.

À

Pesquisadora Luciana Paes de Barros

Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR – 419295

CAAE – 0268.0.172.000-11

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 293/11

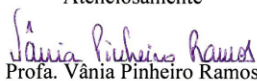
Título: Relações entre qualidade de vida e ideação suicida em adolescentes

Pesquisador Responsável: Luciana Paes de Barros

Senhor (a) Pesquisador (a):

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) recebeu em 15/08/2013 o relatório final do protocolo em epígrafe e considera que o mesmo foi devidamente aprovado por este Comitê.

Atenciosamente


Prof.ª Vânia Pinheiro Ramos

Vice-Coordenadora do CEP/ CCS / UFPE


Prof.ª Vânia Pinheiro Ramos
Vice-coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa CCS/UFPE

ANEXO P- Ofício nº150/2013 - CEP/CCS/UFPE com aprovação da modificação do título da tese



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa
Av. da Engenharia, s/n – 1º andar – Sala 4 – Cidade Universitária
50.740-600 Recife – PE, Tel/fax: 81. 2126.8588 – cepccs@ufpe.br

Ofício nº 150/2013 - CEP/CCS/UFPE

Recife, 15 de agosto de 2013.

À

Pesquisadora Luciana Paes de Barros

Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR – 419295

CAAE – 0268.0.172.000-11

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 293/11

Título: Relações entre qualidade de vida, ideação suicida e situações de risco em adolescentes

Pesquisador Responsável: Luciana Paes de Barros

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) analisou e aprovou, a partir desta data, a modificação do título da pesquisa: “Relações entre qualidade de vida, ideação suicida e situações de risco em adolescentes” para “**Relações entre qualidade de vida e ideação suicida em adolescentes**”.

Atenciosamente

Vânia Pinheiro Ramos
Profª. Vânia Pinheiro Ramos

Vice-Coordenadora do CEP/ CCS / UFPE

 Profª Vânia Pinheiro Ramos
Vice-coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa CCS/UFPE

ÚLTIMO AVISO

Caso alguma coisa me acontecer,
Informem a família,
Foi assim, assim tinha que ser.

Tinha que ser dor e dor
Esse processo de crescer

Tinha que vir dobrado
Esse medo de não ser

Tinha que ser mistério
Esse meu modo de desaparecer

Um poema, por exemplo,
Caso alguma coisa me suceder,
Vá que seja um indício
Quem sabe ainda não acabei de escrever.

(Paulo Leminski, “Distraídos venceremos”, 1993, Ed. Brasiliense, 5ª Ed.)