



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA**

ANA LUIZA SILVA LIMA

**A CRENÇA NO MUNDO JUSTO E A RESPONSABILIZAÇÃO SECUNDÁRIA DAS
PESSOAS QUE TEM DEPRESSÃO**

**CAMPINA GRANDE
2019**

ANA LUIZA SILVA LIMA

**A CRENÇA NO MUNDO JUSTO E A RESPONSABILIZAÇÃO SECUNDÁRIA DAS
PESSOAS QUE TEM DEPRESSÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel e Licenciatura em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Profa. Me. Emily Souza Gaião e Albuquerque.

**CAMPINA GRANDE
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L732c Lima, Ana Luiza Silva.
A Crença no mundo justo e a responsabilização secundária das pessoas que tem depressão [manuscrito] / Ana Luiza Silva Lima. - 2019.
41 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2019.
"Orientação : Profa. Ma. Emily Souza Gaião e Albuquerque , Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."
1. Depressão. 2. Crenças. 3. Responsabilização. I. Título
21. ed. CDD 362.25

ANA LUIZA SILVA LIMA

A CRENÇA NO MUNDO JUSTO E A RESPONSABILIZAÇÃO SECUNDÁRIA DAS
PESSOAS QUE TEM DEPRESSÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento do Curso de Psicologia da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel e Licenciatura em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em: 19/06/2019

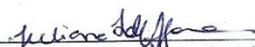
BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Emily Souza Gaião e Albuquerque (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Wilmar Roberto Gaião
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Juliana Fonseca de Almeida Gama
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha mãe, pela dedicação,
companheirismo e amizade, DEDICO.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 CRENÇA NO MUNDO JUSTO	11
3 METODOLOGIA	16
3.1 TIPO DE PESQUISA	16
3.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS	17
3.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	18
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	19
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS	19
3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	19
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4.1 ANÁLISE DE FREQUÊNCIA	20
<i>4.1.1 Intensidade dos sintomas depressivos nos estudantes de psicologia</i>	20
<i>4.1.2 Crença no Mundo Justo em estudantes de psicologia</i>	26
4.2 CORRELAÇÕES	27
<i>4.2.1 A Crença no Mundo Justo e o Inventário de Depressão de Beck</i>	27
<i>4.2.2 A Crença no Mundo Justo e as causas da Depressão</i>	28
5 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO	34
APÊNDICE B – VINHETA SOBRE DEPRESSÃO	37
APÊNDICE C – FICHA SOCIODEMOGRÁFICA	38
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)	39
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	40
ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA	41
ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 do CNS	42

A CRENÇA NO MUNDO JUSTO E A RESPONSABILIZAÇÃO SECUNDÁRIA DAS PESSOAS QUE TEM DEPRESSÃO

THE BELIEF IN THE JUST WORLD AND THE SECONDARY RESPONSIBILIZATION OF PEOPLE WITH DEPRESSION

Ana Luiza Silva Lima*

RESUMO

Essa pesquisa, realizada no curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), localizada em Campina Grande – PB, teve como objetivo investigar, entre os estudantes, como estes identificam os sintomas de depressão, além de suas crenças sobre a etiologia. Foram usados os instrumentos: *Beck Depression Inventory–II* (BDI-II) como medida de autoavaliação de depressão; o *General Just World Scale* (GeJWS), para medir o grau de adesão à crença no mundo justo; um questionário estruturado, que incluiu apresentação de vinheta descrevendo uma pessoa com depressão, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* (DSM-IV) e a Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10); a atribuição de causas foi avaliada mediante apresentação de 18 possíveis causas; e dados sociodemográficos para caracterização da amostra. Os dados foram lançados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), e em seguida, efetuou-se análises estatísticas descritivas (média, frequência, desvio-padrão, porcentagem) e cálculos correlacionais, a fim de analisar a relação entre a atribuição de causas da depressão e a crença no mundo justo, como uma teoria que consiste na suposição de que o indivíduo tem uma motivação para acreditar que cada um tem o que merece. Os resultados indicaram que mais da metade dos estudantes reconheceu, na vinheta, a existência de depressão, sendo as causas de natureza psicossocial as consideradas como mais relevantes. Além disso, os cálculos de correlação mostraram que os estudantes não estão responsabilizando o indivíduo pelo seu adoecimento.

Palavras-chave: Depressão. Causas da Depressão. Crença no Mundo Justo.

ABSTRACT

This research was conducted in the Psychology grad course of the State University of Paraíba (UEPB), located in Campina Grande, PB, in order to investigate, among students how they identify the symptoms of depression and the beliefs about their etiology. The instruments were used: the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) as a measure of self-assessment of depression; the General Just World Scale (GeJWS) to measure the degree of adherence to the belief in the just world; a structured questionnaire that included a vignette depicting a person with depression, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV) and the International Classification of Diseases-10 (ICD-10); the attribution of causes was evaluated through presentation of 18 possible causes; and sociodemographic data to characterize the sample. The data were published in the Statistical Package for Social Science (SPSS) program, followed by statistical descriptive analyzes (mean, frequency,

* Graduada e licencianda em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).
<http://lattes.cnpq.br/1951014451475951>

standard deviation, percentage) and correlational calculations to analyze the relationship between the attribution of causes of depression and the belief in the just world, as a theory that consists in the assumption that the individual has a motivation to believe that each one has what it deserves. The results indicated that more than half of the students recognized in the vignette the existence of depression and the psychosocial causes were considered the most relevant. In addition, correlation calculations have shown that students are not blaming the individual for their illness.

Keywords: Depression. Causes of Depression. Belief in the Just World.

1 INTRODUÇÃO

Depressão é um tema que tem sido cada vez mais abordado em diferentes contextos, tais como mídias, redes sociais, ambientes acadêmicos, dentre outros, o que se justifica, como afirma Ferreira et al. (2014), por ser esse é um mal que tem envolvido grande parte da população.

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) indica uma pessoa com depressão como alguém com baixa autoestima, perspectiva negativa do futuro, sentimento de solidão e tristeza, dificuldade de concentração e atenção, cansaço ao realizar pequenos esforços, sentimento de culpa e inutilidade, pensamentos ou ações autodestrutivas ou suicidas e sem força de vontade e ânimo para realizar as atividades diárias.

Desse modo, a depressão pode ser compreendida como um tipo de transtorno afetivo que reúne sintomas emocionais e físicos, responsáveis por alterar a capacidade do indivíduo para realizar suas atividades cotidianas. Os pacientes apresentam alterações no humor, sensação de vazio, angústia, irritação, agitação ou lentidão, crises de choro, déficit de memória, sonolência ou insônia, perda ou ganho de apetite, desinteresse sexual, isolamento social, dentre outros sintomas (ISTILILI et al., 2010). Eles podem durar semanas, meses ou perdurar por anos, interferindo de forma significativa na vida do indivíduo (JARDIM, 2011). É anunciada como uma doença biológica, sendo que o principal tratamento seria a medicalização associada à psicoterapia.

Na linguagem corrente, o termo depressão tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s) (DEL PORTO, 1999). Assim, também o senso comum, a palavra depressão é utilizada de forma genérica e distorcida do seu significado científico, abrangendo uma infinidade de doenças, principalmente as mentais (COUTINHO, 2001 apud BARROS, 2006).

Schestatky e Fleck (1999) apontam que as causas dos conflitos mais comuns em pacientes depressivos são: luto por morte ou perda; conflitos interpessoais com pessoas do trabalho, família, filhos e companheiros; mudanças de papéis (mudanças familiares, econômicas, emprego, casa, separações, fim de estudos, aposentadoria, desemprego, surgimento de doença grave); dificuldade de relacionamento interpessoal (isolamento e solidão). Além disso, estão associados a acontecimentos negativos como traumas infantis, falecimento de uma pessoa querida, separações, acidentes com danos físicos, doenças graves, assaltos, desemprego, dificuldades financeiras ou começo de um novo trabalho (JARDIM, 2011).

De acordo com Rodrigues (2000), a depressão é vista e expressada por muitos como o “mal do século” pelos índices epidemiológicos alarmantes que tenderiam ainda a aumentar. Os dados registraram no início deste século, 121 milhões de pessoas que sofreram algum episódio depressivo durante a sua vida. É um dos transtornos mentais mais comuns e é também um dos fatores mais prevalentes e potencialmente implicados nos mecanismos que conduzem à incapacidade e à utilização dos serviços de saúde (FUREGATO, 2005).

A depressão tem se configurado como um dos mais graves problemas de saúde coletiva da atualidade, visto que ocorre em pessoas de qualquer idade e condição socioeconômica, independentemente das culturas e tradições, conferindo-lhe o status de fenômeno global (WIDLÖCHER & HARDY, 1991; COUTINHO et al., 2003), conforme citado por Barros (2006). De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (2001), a depressão está relacionada a 850 mil casos de suicídio entre jovens e adultos, com idade de 15 a 44 anos.

Segundo Duarte (2010), há uma maior prevalência de transtornos depressivos em jovens com idade entre 20 e 40 anos, sendo a maior frequência em mulheres, em indivíduos com baixa renda e com menor grau de escolaridade. Além disso é mais frequente em pessoas viúvas, separadas ou divorciadas, do que em solteiros e casados.

Barros et al. (2006) afirma que, na década de 1990, a síndrome foi estimada como a quarta causa específica de incapacitação, através de uma escala global para comparação entre várias doenças, o que é considerado grave, já que a depressão interfere na vida pessoal, profissional, social e econômica das pessoas acometidas (THOMPSON, 2010). A previsão para o ano de 2020 é a de que será a segunda causa de incapacitação em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento (MURRAY & LOPEZ, 1997; BAHLS, 2002a apud BARROS et al., 2006).

Para Peluso & Blay (2008), a forma como a população identifica os sintomas de depressão e as crenças sobre sua etiologia podem influenciar o processo de procura de ajuda, a adesão aos tratamentos, bem como a atitude e o comportamento da comunidade em relação aos portadores desse transtorno. Porém, há poucos estudos que avaliam os fatores capazes de influenciar a identificação e a atribuição de causas à depressão. Observa-se que, na maioria das vezes, a abordagem sobre essa temática se faz de forma equivocada, baseando-se no senso comum, sem pressupostos teóricos ou científicos para embasar a discussão (FERREIRA & GONÇALVEZ, 2014).

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo principal investigar, entre estudantes de psicologia, como estes percebem pessoas com depressão. Para isso traçamos os

seguintes objetivos específicos: analisar a prevalência de depressão nos referidos estudantes; verificar os escores dos estudantes nos questionários de CMJ; analisar as atribuições da causa da depressão dos estudantes; investigar a diferença entre as atribuições de causa em grupos com alta e baixa CMJ; investigar a diferença entre as atribuições de causa em grupos com alta e baixa pontuação na escala de Beck; verificar a CMJ em pessoas com alta e baixa pontuação na escala de Beck.

Partindo do fato de que os estudantes de psicologia se formam perante um possível contato com o depressivo, questiona-se se eles conseguem identificar uma pessoa que tem depressão e se possuem habilidades para atribuir possíveis causas para esse transtorno.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CRENÇA NO MUNDO JUSTO

A Crença no Mundo Justo (CMJ) é uma teoria criada pelo Psicólogo Melvin J. Lerner (1929), no ano de 1980, que utilizou, pela primeira vez, esse conceito em seus trabalhos iniciados na metade dos anos 60 (LERNER, 1965 apud CORREIA, 2000). Ele percebeu que parte substancial dos médicos e profissionais de saúde do hospital desvalorizava e atribuía culpa aos doentes mentais pela situação em que se encontravam e observou também, que os seus alunos tinham a mesma postura em relação às pessoas pobres, pois as consideravam responsáveis pela própria condição, atribuindo a elas próprias a causa de seu sofrimento (LERNER, 1980 apud CORREIA, 2000).

Este autor formulou a hipótese de que as pessoas cultivam uma crença para justificar que têm o que merecem e merecem o que têm, estabelecendo-se uma relação direta entre o que é feito e os resultados alcançados (GOUVEIA et al., 2018). Essa crença tem de se aplicar a todos, pois só essa condição lhe confere um carácter objetivo (FESTINGER, 1954 apud CORREIA, 2000). Se assim for, os acontecimentos ocorrem por razões boas e compreensíveis.

Segundo a compreensão sobre a CMJ, todas as pessoas, em maior ou menor grau, têm necessidade de acreditar que o mundo é justo. Deste modo, acreditam que as coisas boas acontecem a pessoas boas (LERNER, 1987, p. 110) e as coisas más acontecem a pessoas más (LERNER, 1998, p. 251), conforme citado por Correia (2000).

Dalbert (2001) afirma que é possível identificar três funções principais da CMJ. A primeira favorece os indivíduos com a confiança de que serão tratados de maneira justa pelos

demais; a segunda sinaliza a obrigação pessoal de se comportar de forma justa; enquanto a terceira viabiliza um quadro conceitual que torna possível a interpretação de eventos vivenciados no dia-a-dia.

Para Lerner (1980), existem dois mecanismos responsáveis pela construção da CMJ, são eles: generalizações de experiências passadas, incluindo a experiência pessoal (associação entre atos reprováveis e resultados negativos), bem como a sabedoria cultural e as histórias tradicionais (por exemplo, a fábula da cigarra e da formiga); e o equilíbrio cognitivo que procuramos, tendendo a agrupar o que é positivo com o que é positivo e o que é negativo com o que é negativo, de modo a conferir harmonia aos vários elementos (HEIDER, 1958). Como o próprio Heider (1958) afirma, tendemos a associar a bondade e a felicidade, assim como a maldade e a punição (apud CORREIA, 2000).

Ainda em relação ao componente cognitivo, Lerner (1987) faz referências aos trabalhos desenvolvidos por psicólogos do desenvolvimento e da aprendizagem que consideram que a criança, à medida que constrói a percepção do mundo em que vive, associa aos objetos características avaliativas (bom-mau, desejável-indesejável). Desse modo, se desenvolve a crença de que as coisas boas acontecem a pessoas boas (PIAGET, 1965; FLAYELL, 1977). Além desta categoria mental, existe outro esquema aprendido precocemente que se traduz pela ideia: os resultados valorizados exigem habilidades e esforços especiais (LERNER, 1980). Desse modo, a CMJ seria desenvolvida na infância e perduraria até a vida adulta (apud CORREIA, 2000).

De acordo com Lerner (1980 apud CORREIA, 2000) existem estratégias racionais e irracionais para evitar que essa crença se deteriore. As estratégias racionais são aquelas em que os indivíduos tentam diminuir a injustiça cometida, por exemplo, através de redes de apoio a vítima. Porém, quando o observador não pode eliminar ou minorar, de alguma forma, o sofrimento dessa vítima, ele vai tentar aliviar o seu próprio sofrimento recorrendo a estratégias irracionais, de modo a pensar que nenhuma injustiça ocorreu.

Assumindo que essa crença é verdadeira, seria incongruente pensar que uma pessoa inocente pode ser vítima de algo. A partir disso, tentamos, de alguma forma, fazer com que essa situação se torne congruente. Segundo Correia e Vala (2003), a maneira mais comum é atribuindo culpa à própria vítima, sendo assim, ela não é mais inocente e, portanto, mereceu o que teve.

O confronto com vítimas inocentes se torna, assim, ameaçador por romper com esse senso de justiça (RAMOS, CORREIA; ALVES, 2014). As pessoas buscam então corrigir a sensação de injustiça, de modo a evitar uma dissonância cognitiva (HAFER; RUBEL, 2015).

Desse modo, muitas vezes, vítimas inocentes acabam sendo responsabilizadas como forma de manutenção da CMJ (LERNER; SIMMONS, 1966), conforme citado por Modesto et al (2017).

Lerner e Goldberg (1999 apud CORREIA, 2000) consideram que existem três tipos de estratégias irracionais. A primeira delas é a negação do sofrimento da vítima. Alguns estudos empíricos foram realizados comprovando que a negação é umas das principais estratégias frequentemente usadas. Em situações extremas, a negação do sofrimento pode vir a se tornar a negação de um acontecimento real. Por exemplo, Hallie (1971 apud CORREIA, 2000) relata o fato de que muitos alemães que viviam na altura do regime nazista negavam a existência de assassinos em massa.

Outra estratégia é a evitação, mecanismo identificado em situações recorrentes do nosso cotidiano. Segundo Snyder et al. (1979), as pessoas tendem a evitar o contato com indivíduos portadores de alguma deficiência e Cobb (1976) e Cobb e Erbe (1978) relatam que pacientes oncológicos percebem o distanciamento de amigos e familiares após terem conhecimento de sua condição (apud CORREIA, 2000).

A última estratégia é a desvalorização. Lerner e Simmons (1966 apud CORREIA, 2000) observam que é atribuído à vítima, responsabilidade moral quando, pelo seu caráter ou posição social, é considerada merecedora do sofrimento. A culpabilização também pode se dar quando a causa do acontecimento que provocou o sofrimento é atribuída ao comportamento da vítima, através da atribuição de responsabilidade comportamental.

Ou seja, quando não encontramos nenhum comportamento passível de julgamento, tendemos a atribuir as características pessoais da vítima a razão pra considerarem justo o que elas passaram. Sendo assim, conseguimos preservar a CMJ quando enxergamos no comportamento e ações da vítima o motivo por ela ter enfrentado determinada situação (LERNER; SIMMONS, 1966 apud CORREIA, 2000).

Lerner (1980 apud CORREIA, 2000) considera as “estratégias irracionais” defesas psicológicas que ajudam a reduzir a perturbação relativa ao testemunho de uma injustiça ao diminuir a percepção de vulnerabilidade de quem observa. Portanto, a crença no mundo justo é motivada por essa necessidade de reduzir a desordem e, conseqüentemente, reorganizar as cognições quando existe discrepância entre as características ou os atos de uma pessoa e o seu destino.

Os estudos iniciais de Lerner e colaboradores (1965), conforme citado por Correia (2000) apresentaram resultados que ilustram os mecanismos para preservação da crença no mundo justo, sobretudo a desvalorização da vítima. Em um experimento, Lerner (1965)

percebeu que existia uma relação direta entre o esforço que uma pessoa despendia pra fazer uma atividade, e o resultado que ela esperava ter.

Nesse experimento, a tarefa dos participantes consistia em observar e avaliar o trabalho de duas pessoas (comparsas) que realizavam uma tarefa em conjunto. Os sujeitos eram informados de que essas duas pessoas tinham aceitado realizar essa tarefa o melhor que podiam, embora soubessem que, por escassez de recursos, só um deles seria pago pela participação. A seleção do participante que iria ser pago seria feita ao acaso e os indivíduos que realizavam a tarefa só saberiam no final da mesma qual o resultado desse sorteio. A manipulação consistia na informação dada aos sujeitos sobre qual dos dois indivíduos iria ser pago, informação essa que era dada no início do estudo. Lerner (1965) previa que os observadores avaliariam mais positivamente o trabalho do indivíduo selecionado para ser pago do que o trabalho do indivíduo não selecionado. Deste modo, assegurariam a manutenção da sensação de que não ocorreu nenhuma injustiça (LERNER, 1965 apud CORREIA, 2000). Assim, Lerner (1965 apud CORREIA, 2000) concluiu que as pessoas se baseiam no resultado de um determinado acontecimento para dar sentido ao que observaram, mesmo quando esse resultado é determinado pelo acaso e as pessoas o sabem.

Quanto à estrutura da CMJ, Dalbert (1999, apud. GOUVEIA, 2018) distingue, inicialmente, dois tipos de crenças: pessoal e geral. A crença pessoal se refere à crença dos indivíduos em relação ao julgamento que fazem acerca do quão justo consideram os eventos ocorridos com eles em sua própria vida, enquanto que a crença geral remete ao quanto os indivíduos acreditam que o mundo é um lugar justo e ordenado, e que as pessoas têm o que merecem e merecem o que têm.

A primeira crença tem um papel importante, sobretudo quando se leva em conta suas consequências em variáveis relacionadas à saúde mental. Por exemplo, Dalbert & Yamauchi (1994) indicam que quanto mais pessoal for à experiência de injustiça, maior será a ameaça e negação à injustiça (apud. GOUVEIA, 2018). De modo semelhante ocorrerá com as injustiças vivenciadas no próprio grupo, as quais serão mais negadas do que a de outros grupos (TAYLOR et al., 1990), conforme citado por Gouveia (2018).

A Crença no Mundo Justo Pessoal (CMJ-P) se relaciona positivamente com significados atribuídos à vida (BÈGUE; BASTOUNIS, 2003), com comportamentos altruístas (BÈGUE et al. 2008), bem-estar subjetivo (SCHAAFSSMA, 2013), perdão (STRELAN; SUTTON, 2011), autoestima (DALBERT, 1999). Já a Crença no Mundo Justo Geral (CMJ-G) se relaciona negativamente com comportamentos altruístas (BÈGUE et al., 2008) e positivamente com atitudes discriminatórias contra idosos, estigmatização de pobres, atitude

favorável a penas punitivas (BÈGUE; BASTOUNIS, 2003), justificativas em relação às desigualdades sociais (BEIERLEIN et al. 2011), responsabilização e derrogação de vítimas (CORREIA et al., 2015; CORREIA; VALA, 2003; MODESTO, 2014), bullying (DONAT et al., 2012), conforme citado por Modesto et al. (2017).

Correia (2000) afirma que a Teoria da Crença no Mundo Justo traz uma série de novas perspectivas de estudos que se referem ao efeito dos processos de categorização na vitimização secundária e a influência da CMJ no bem-estar psicológico. As investigações têm mostrado que, tal como predito pela teoria (LERNER, 1980), a CMJ está positivamente associada ao bem-estar psicológico tanto de indivíduos vitimizados (KIECOLT-GLASER; WILLIAMS, 1987), como de indivíduos não vitimizados (DALBERT, 1999), conforme citado por Correia (2000).

Os resultados dos estudos realizados por Tomaka e Blascovich (1994 apud CORREIA, 2000) sugerem que indivíduos com elevada CMJ tendem a avaliar e a sentir os estressores cotidianos como desafios, enquanto que os com baixa CMJ tendem a experienciar os mesmos acontecimentos como ameaças.

Lerner (1996 apud CORREIA, 2000) afirma que a CMJ se constitui como um mecanismo que nos protege do estresse dos acontecimentos negativos com que nos confrontamos e leva-nos a distorcer os acontecimentos e a avaliação que fazemos das pessoas que sofrem, o que pode levar a que contribuamos para o aumento desse sofrimento.

Segundo Correia (2000), a Crença no Mundo Justo é uma teoria que abriu a possibilidade para novas investigações que têm considerado vários tipos de situações de vitimização. De modo geral, as evidências indicam que, quando confrontados com uma vítima inocente e sem poder para eliminar ou diminuir o sofrimento da vítima, os sujeitos com elevada CMJ vitimizam mais essas vítimas do que os sujeitos com baixa CMJ.

Alguns exemplos de desvalorização da vítima são vistos em relação a pessoas doentes. Numa dimensão transcultural, Murdock (1980) afirma que, em muitas sociedades, a doença é explicada como retribuição por transgressões morais. Sendo assim, a doença será sempre justa (apud CORREIA, 2000).

Bloom et al. (1991) consideram que tendemos a evitar as pessoas que nos lembram a própria morte, especialmente quando os observadores são semelhantes a vítima em sexo e idade e quando não se pode explicar a doença da pessoa pelo seu estilo de vida. Nesta situação, o distanciamento, físico ou psicológico, através da culpabilização, pode ser um meio de evitar a ameaça (apud CORREIA, 2000).

Tal culpabilização pode ser percebida na análise do enfrentamento dos primeiros casos de AIDS, no início da década de 1980. Percebeu-se que se passou a desqualificar o doente não porque este fosse portador de um vírus que o levaria a um fim evidente, mas porque este foi associado imediatamente à sua escolha afetivosexual (SILVA, 2003), contribuindo para o fomento do preconceito.

Nesse mesmo sentido, a depressão é julgada como indício de um defeito de caráter ou como castigo por uma ação que mereceu ser punida. Na maioria dos casos, o paciente com depressão não aceita e sofre na solidão, pois acredita que as pessoas o veem como louco, fraco ou doente mental, o que acaba dificultando o tratamento (SARACENO, 2004).

Segundo Esteves e Galvan (2006), várias justificativas foram levantadas para explicar a depressão, tais como: fatores relacionados à magia, através da qual as alterações de humor são atribuídas à ação maléfica de espíritos; à religiosidade, na qual Deus, independente da forma de manifestação ou instituição religiosa, seria o responsável pelo que acontece com o sujeito; explicações orgânicas, as quais datam desde Hipócrates e que também se deve considerar a tendência para buscar soluções através do médico e da medicação; e ao tédio, ou seja, ao que poderíamos, hoje, denominar como falta de sentido, angústia, vazio, insegurança e uma série de outras manifestações que revelam a sensação de insuficiência vividas, às quais o sujeito sucumbe, de forma que, tal como nas explicações anteriores, revela-se a impotência, a passividade e a dependência do outro para enfrentar ou superar tais estados. Portanto, a sociedade passa a julgar o indivíduo como responsável pelo seu destino e a responsabilizá-lo e culpabilizá-lo pelo seu adoecimento (GOMIDE, 2000, p. 23).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa de campo obedeceu a um delineamento quantitativo correlacional entre as duas dimensões da Crença no Mundo Justo (Pessoal e Geral) e a atribuição de causas à depressão. O estudo foi do tipo descritivo, uma vez que se descreveu os dados estabelecendo relações entre as variáveis, sem, no entanto, manipulá-las experimentalmente (SHAUGHNESSY; ZECHMEISTER; ZECHMEISTER, 2012), além disso foi de corte transversal, já que todas as medições foram feitas num dado momento (BORDALO, 2006).

A pesquisa foi realizada no curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), situada em Campina Grande – PB. A amostra foi composta a partir de uma estratégia

acidental não probabilística (SARRIÁ; GUARDIÃ; FREIXA, 1999), que se caracteriza por coletar dados com o maior número possível de sujeitos, conforme acessibilidade e disponibilidade dos mesmos em colaborar com a pesquisa.

3.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Um dos instrumentos utilizados em forma de questionário estruturado (APÊNDICE A) foi o *Beck Depression Inventory* – BDI (BECK et al., 1961) que consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido (GORESTEIN; ANDRADE, 1998). Segundo Gorestein e Andrade (1998), a ampliação do estudo das propriedades psicométricas do BDI mostrou uma estrutura fatorial composta de três fatores, representando as dimensões cognição-afeto, autodepreciação e somática.

Foi aplicada também a *General Just World Scale* – GeJWS de Dalbert (1999), na versão adaptada por Pimentel et al. (2010). O inventário consiste de 13 questões, em estrutura tipo *Likert*, que avaliam a frequência de ocorrência das afirmações, variando de 1 (Discordo totalmente) a 6 (Concordo totalmente). Os itens são agrupados em dois fatores: Crença no Mundo Justo Pessoal (7 itens), ($\alpha = 0,83$) e Crença no Mundo Justo Geral (6 itens), ($\alpha = 0,69$).

Além desses, utilizou-se o instrumento de percepção de Depressão. A avaliação começou com a leitura de uma vinheta que descreve uma pessoa de 30 anos com os sintomas da doença segundo os critérios de diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – IV (DSM-IV) e da Classificação Internacional de Doenças – 10 (CID-10). Tal vinheta foi construída de acordo com o modelo de Jorm et al. (1997 apud PELUSO; BLAY, 2008). Para garantir que refletisse uma pessoa com depressão, a vinheta foi previamente avaliada por três experientes psiquiatras.

Após a apresentação da vinheta (APÊNDICE B), o entrevistado respondeu à seguinte questão aberta: “O que o Sr.(a) acredita que José tem?”. Foram admitidas respostas múltiplas. Em seguida, foi apresentada a seguinte questão sobre identificação como doença mental: “O(A) Sr.(a) acredita que ele tem alguma doença mental?”. Segundo Peluso e Blay (2008), a atribuição de causas é avaliada mediante apresentação de 18 possíveis causas: isolamento; desemprego; problemas familiares ou amorosos; excesso de trabalho; má alimentação; uso de

drogas; acontecimento recente estressante; problemas na infância; pancada forte na cabeça; fraqueza de caráter ou falta de força de vontade; falta de amor próprio; ser muito nervoso; “encosto” ou “mau olhar” ou feitiçaria; falta de fé em Deus; destino ou predestinação; vírus ou infecção; problema genético; problema no cérebro. A cada causa apresentada, o entrevistado respondeu numa escala de cinco pontos que variavam de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”.

Por último, foi aplicada uma Ficha Sociodemográfica que recolheu informações relativas ao perfil biográfico (idade, gênero, estado civil, renda familiar, religião), sócio-ocupacional (período atual do curso) e experiência pessoal com problemas de saúde mental em geral. A experiência pessoal foi avaliada mediante a seguinte questão: “O(A) Sr.(a) já teve algum problema dos nervos, problema mental ou emocional, depressão, problemas por uso de bebidas alcoólicas ou drogas?” (APÊNDICE C).

3.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Participaram da pesquisa exclusivamente, os estudantes com idade igual ou superior aos 18 anos, matriculados e efetivamente cursando Psicologia, e que aceitaram livremente responder aos questionários. Foram removidos da amostra os estudantes que não responderam adequadamente a todos os instrumentos. Com base nesses critérios, obteve-se a participação de 163 estudantes, atingindo 60,15% da população.

Os participantes da pesquisa possuíam as seguintes características biográficas: a maioria (77,3%) era do sexo feminino, com média de idade de 24,13 anos (DP = 10,36), variando entre 18 e 69 anos. Quanto ao estado civil, os estudantes eram, predominantemente, solteiros (86,5%), seguido da condição de casado (8%), convivendo com outra pessoa (3,7%) e separado/divorciado (0,6%). Quanto à crença religiosa, verificou-se que (31,3%) eram católicos, (25,2%) agnósticos, (17,2%) protestantes, (13,5%) cristãos, (5,5%) espíritas, (3,7%) ateus e outros (2,4%). A renda familiar dos estudantes estava distribuída da seguinte forma: até 2 salários mínimos (41,1%), de 2 a 4 salários mínimos (36,2%), de 4 a 10 salários mínimos (15,3%), de 10 a 20 salários mínimos (6,1%) e acima de 20 salários mínimos (1,2%).

Quanto aos dados sócio-ocupacionais, o cálculo de distribuição intervalar por período letivo indica que 50 estudantes (30,7%) estão no início do curso, correspondente aos 1º, 2º e 4º períodos; 61 estudantes (37,5%) estão na metade do curso, correspondente aos 5º, 6º e 7º períodos; e 50 estudantes (30,7%) estão no final do curso, correspondente aos 8º, 9º e 10º períodos. Percebe-se, então, um equilíbrio na distribuição de frequência da amostra entre os

períodos. Ressalta-se que inexistiu terceiro período na amostra devido ao adiamento do início do período letivo 2018.1 para os aprovados pelo Sistema de Seleção Unificada (SISU).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos seguiram as diretrizes da resolução CNS/MS, nº 466/12, que dita o respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade sob forma de manifestação expressa, livre e esclarecida, de contribuir e permanecer ou não na pesquisa. Ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com máximo de benefícios e o mínimo de riscos. Garantia de que danos previsíveis serão evitados e da relevância social da pesquisa o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi iniciada após receber a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, parecer Nº 3.255.192. Após tal aprovação, se fez um contato direto com a coordenação do curso de Psicologia para apresentar a pesquisa e discutir a melhor forma de coletar os dados, ficando definido que os protocolos seriam aplicados nas salas de aula, com anuência dos professores, ou em horários intervalares das atividades acadêmicas. Antes de preencher os protocolos, os alunos foram informados sobre os objetivos e os aspectos éticos da pesquisa, e os que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B). O tempo gasto para responder o protocolo foi de, aproximadamente, 15 minutos.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), por meio do qual foram, inicialmente, realizadas análises descritivas a fim de apresentar as médias, desvios-padrão e porcentagens das variáveis. Em seguida, foram realizadas análises de frequência para agrupar os dados por classes de ocorrência e foram feitos cálculos de correção para medir o grau de associação entre as variáveis estudadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ANÁLISE DE FREQUÊNCIA

4.1.1 Intensidade dos sintomas depressivos nos estudantes de psicologia

O BDI-II foi utilizado com o intuito de avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos na amostra. Empregando os pontos de corte descritos no manual americano do BDI-II (BECK et al., 1996), a média foi igual a 13,5 (DP = 10,54), o que significa que, de um modo geral, a amostra apresentou baixos níveis de intensidade de sintomas depressivos.

Para o presente estudo e com esta amostra, constatou-se que do total de 163 sujeitos, 84 (51,5%) pontuaram no nível mínimo de depressão e 29 (17,8%) pontuaram no nível leve. Dentre os moderados e graves, encontram-se 50 estudantes (30,7%), dos quais 30 pontuaram no nível moderado e 20 no nível grave.

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), conforme citado por Paranhos e Werlang (2009), o nível de intensidade grave corresponde ao indivíduo que apresenta muitos sintomas exigidos para o diagnóstico, existindo um prejuízo social e ocupacional demasiado em função da sintomatologia. A partir dessa compreensão, pode-se inferir que no BDI-II quem se encontra no extremo moderado ou grave deveria receber uma atenção maior, pois estaria apresentando maior quantidade de sinais para a depressão.

Cabe destacar que definir e diagnosticar um quadro de depressão é diferente de medir a intensidade de sintomas (PARANHOS; WERLANG, 2009). O primeiro objetivo busca determinar quais pacientes apresentam ou não diagnóstico de depressão, normalmente através de um processo de psicodiagnóstico, usando técnicas e entrevistas junto com critérios-diagnósticos definidos (DSM-IV). Já no segundo caso, o objetivo é ordenar pacientes num gradiente de gravidade da depressão, normalmente usando entrevistas estruturadas mais curtas ou escalas de auto-aplicação, como o Inventário de Depressão de Beck. Segundo Paranhos e Werlang (2009), os critérios usados para medir a intensidade da depressão podem diferir bastante dos critérios utilizados para diagnosticá-la.

Sobre a saúde mental de universitários, pesquisas apontam aumento de estudantes doentes; o número de deprimidos e o uso de medicação psiquiátrica (FONAPRACE, 2004 apud OSSE; COSTA, 2011). Para Loreto (1985 apud CAIXETA; ALMEIDA, 2013) entende-se que este público merece uma especial atenção, visto que os estudantes atravessam uma fase, relativamente longa, de vulnerabilidade e de transformações biológicas, físicas,

psicológicas e sociais, além da trajetória acadêmica e da formação do futuro profissional, sendo responsabilidade da instituição de ensino, onde estão inseridos, oferecer suporte e orientação para superação desses conflitos.

No caso específico dessa amostra, 75 estudantes afirmaram ter algum problema diagnosticado, sendo 32% problemas de ordem psicológica, tais como problema mental ou emocional e depressão. 72 estudantes fazem tratamento, dos quais 39,3% é psicoterápico, 17,8% psiquiátrico e 0,6% espiritual. Aqueles que sinalizaram o tratamento psiquiátrico/medicamentoso também apontaram o acompanhamento psicológico.

Pesquisas estimam que de 15% a 25% dos estudantes universitários apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico durante a sua formação acadêmica (GIGLIO, 1975 apud CAVESTRO; ROCHA, 2006). Dentre esses transtornos, os depressivos e de ansiedade são os mais frequentes. Com isso, há uma redução do rendimento da aprendizagem nas tarefas cotidianas, ocorrência de baixa autoestima e insegurança, podendo afetar tanto a formação acadêmica quanto a pessoal.

Apenas 26,7% dos que relataram ter algum problema de ordem psicológica não fazem tratamento. Este resultado pode estar relacionado ao fato de os estudantes de psicologia possuírem maior conhecimento sobre transtornos mentais, podendo ajuda-los na adesão a tratamentos. Sobre isso, sabe-se que a forma como a população identifica os sintomas de depressão e as crenças sobre sua etiologia podem influenciar o processo de procura de ajuda, a adesão aos tratamentos, bem como a atitude e comportamento da comunidade em relação aos portadores desse transtorno (KIRMAYER et al. 2004 apud PELUSO; BLAY, 2008).

Com relação à identificação da depressão na vinheta apresentada, as categorias de respostas foram agrupadas como: “não sei”, “fatores internos” (englobando as respostas que indicavam diversos problemas de ordem pessoal, como, por exemplo, tristeza), “fatores externos” (foram inseridas as respostas que indicavam problemas que independem do próprio sujeito, como, por exemplo, estresse), Transtorno de Ansiedade, Transtornos de Humor (incluindo respostas relativas especificamente à depressão) e Transtornos Mentais (quando não especificado o tipo de transtorno). A resposta mais frequente dos entrevistados para a primeira questão “O que o Sr.(a) acha que José tem?” foi “Transtornos de Humor” (82,2%). Ressalta-se que, segundo Coryell (2016), os Transtornos do Humor são transtornos de saúde mental nos quais as alterações emocionais consistem de períodos prolongados de tristeza excessiva (depressão), de exaltação excessiva ou de euforia (mania), ou ambos (bipolaridade). A Figura 1 apresenta as principais categorias de resposta.

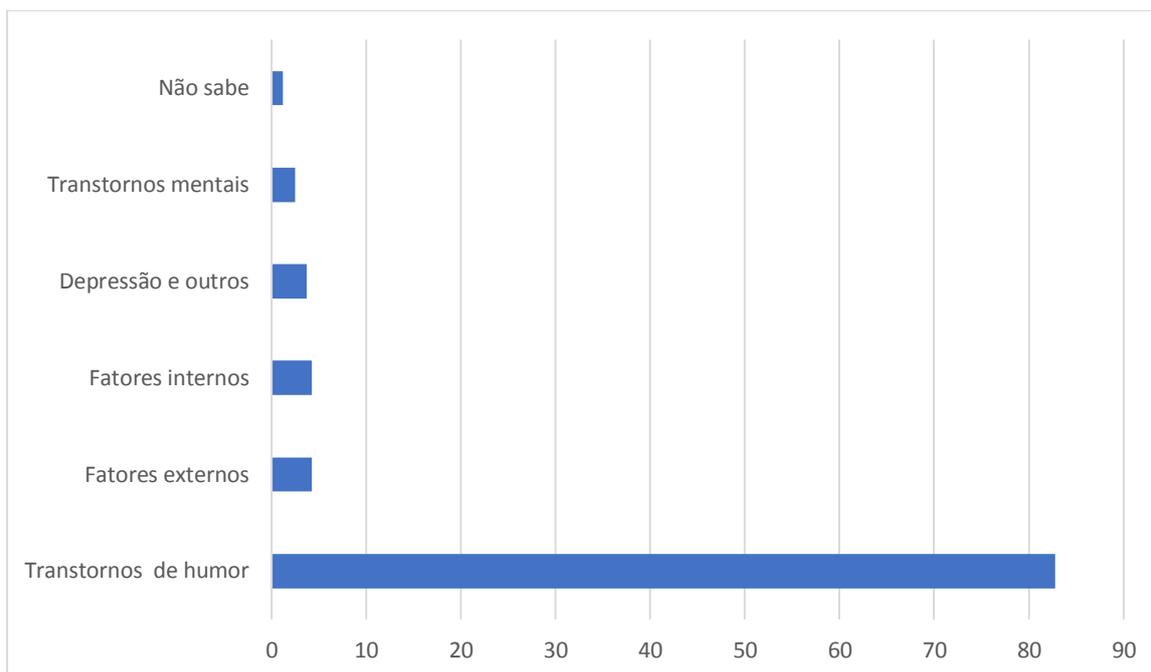


Figura 1. Distribuição das respostas de identificação da vinheta de depressão. Município de Campina Grande, PB, 2019.

Como já visto, quando apresentados a uma descrição sintomatológica de depressão, uma grande porcentagem dos entrevistados reconheceu a existência de um Transtorno de Humor ou, especificamente, da depressão. Tais resultados sugerem que os estudantes de psicologia conseguem identificar, possivelmente porque estudam a depressão, ou seja, possuem conhecimento sobre a temática. Em se tratando de uma amostra de estudantes de psicologia, é fundamental esse tipo de compreensão que permitiu identificar a depressão a partir de seus sintomas, visto que o futuro profissional de psicologia tem papel fundamental no tratamento desse transtorno, encontrando meios de ajudar o paciente a se sentir melhor, orientando-o a buscar alternativas para amenizar os sintomas, além de fazer os encaminhamentos necessários para o acompanhamento profissional multidisciplinar e isso só será possível se o estudante sair da instituição habilitado, com esse discernimento.

Em relação à questão “O(A) Sr.(a) acredita que ele tem alguma doença mental?”, 60,21% dos estudantes indicaram que a situação descrita na vinheta é de doença mental. Os resultados também mostraram que uma parcela de 65,5% de entrevistados que respondeu dentro da categoria de “Transtornos do Humor” associou os sintomas de depressão ao conceito de doença mental. No entanto, 31,3% dos estudantes tiveram preferência por denominações mais abrangentes e menos estigmatizantes para definir os transtornos mentais.

No instrumento de atribuição de causa à depressão, os fatores psicossociais são aqueles provocados pela influência do contexto social e que afetam diretamente o psicológico: isolamento, desemprego, uso de drogas, problemas familiares, evento estressantes, problemas na infância, excesso de trabalho, má alimentação. Já os fatores biológicos ou genéticos são aqueles que podem surgir no nascimento ou a partir da interação do indivíduo com o ambiente em que vive, problema do cérebro, problema genético, vírus ou infecção, pancada forte na cabeça. Por fim os fatores religiosos e morais, dizem respeito aos conceitos, juízos, pensamentos, crenças do sujeito e, portanto, são intrínsecos ao indivíduo: fraqueza de caráter, falta de amor próprio, falta de fé em Deus, destino/predestinação, ser muito nervoso, “encosto/mau-olhado” (PELUSO; BLAY, 2008). A tabela 1 apresenta a percentagem de entrevistados para cada uma das causas apresentadas. Salienta-se que, nessa análise, foram selecionados aqueles que responderam à primeira pergunta identificando Transtorno de Humor.

Tabela 1. Percentagem dos entrevistados para os fatores causais para a depressão. Município de Campina Grande, PB, 2019. N = 163

Fator causal da depressão	Concorda* %	Não concorda nem discorda %	Discorda** %
Problemas familiares e amorosos	70,3	23	3,7
Acontecimento estressante	67,4	21,5	8,2
Excesso de trabalho	61,4	23	11,8
Desemprego	58,5	31,3	7,4
Isolamento	51,1	22,2	23
Problemas na infância	50,3	31,1	12,6
Uso de drogas	37	35,6	24,5
Má Alimentação	33,4	30,4	33,3
Falta de amor próprio	18,6	13,3	64,4
Problema no cérebro	15,5	30,4	50,4
Problema genético	13,4	34,1	48,9
Ser muito nervoso	12,6	12,6	71,1
Pancada forte na cabeça	11,1	19,3	66
Fraqueza de caráter	7,4	6,7	82,3
Vírus ou infecção	4,4	8,9	82,9
“Encosto” ou “mau olhado”	2,2	2,2	91,9
Falta fé em Deus	2,2	3	91,8
Destino ou predestinação	1,4	1,5	94

* Respostas agrupadas (concordo totalmente + concordo parcialmente)

** Respostas agrupadas (discordo totalmente + discordo parcialmente)

A maior parte dos fatores apresentados foi considerada como possíveis causas da depressão. Causas de naturezas diversas, tais como psicossociais, espirituais, morais e biológicas foram atribuídas pelos estudantes à depressão, indicando uma compreensão etiológica multifatorial (PELUSO; BLAY, 2008).

Os fatores relativos ao ambiente social e interpessoal foram os mais frequentemente considerados como possíveis causas. Essa tendência fica ainda mais clara a partir do resultado de que a resposta mais frequente foi “problemas familiares ou amorosos”, seguida por “acontecimento recente estressante”. Ou seja, a maioria da população pontuou causas de natureza psicossocial como sendo as mais relevantes. Já os fatores biológicos foram pouco

considerados pela população para a etiologia da depressão, embora a evidência científica também prove sua importância. Evidências apontam que existem genes que conferem maior ou menor vulnerabilidade ao aparecimento da depressão, assim como de outros transtornos psiquiátricos e mostram que pessoas com histórico de depressão na família apresentam uma chance aumentada de desenvolver quadros depressivos (ANDRADE, 2015).

Algumas hipóteses podem ser suscitadas para explicar o achado, entre elas o fato de que os estudantes apresentam uma visão mais afastada do modelo biomédico acerca dos problemas mentais e emocionais, já que durante a graduação de psicologia são levados a priorizar os fenômenos subjetivos e o papel dos fatores sociais relacionados ao adoecimento.

Os resultados da presente pesquisa são similares aos encontrados na revisão de literatura de estudos internacionais feita por Peluso e Blay (2008) que, com referência a culturas e níveis de desenvolvimento distintos, também mostraram tendência de se associar a depressão, principalmente, a causas relativas ao estresse psicossocial.

Já um estudo realizado pelos mesmos autores na cidade de São Paulo quando apresentados a uma descrição sintomatológica de depressão, menos da metade dos entrevistados reconheceu a existência de depressão, e uma parcela ainda menor acreditou tratar-se de doença mental (PELUSO; BLAY, 2008). De modo geral, a amostra deste estudo conseguiu identificar a depressão, sugerindo, conforme já mencionado, que o conhecimento em psicologia pode auxiliar na constatação de sinais e sintomas.

As causas de natureza biológica “problema no cérebro” e “problema genético” foram pouco selecionadas, sendo consideradas menos relevantes. Respostas de caráter religioso ou que atribuem a responsabilidade à própria pessoa, como “fraqueza de caráter” ou “falta de amor próprio” foram raramente escolhidos como causas.

Pode-se dizer então que houve prevalência de pontuações de questões externas ao indivíduo em detrimento de questões de natureza individual, ou seja, não há responsabilização secundária, pois as questões de caráter não estão sendo pontuadas, de modo que os estudantes possivelmente não consideram, por exemplo, que “José” tenha culpa pela sua condição de depressão.

Esses dados sugerem que uma maior compreensão a respeito do assunto pode diminuir a responsabilização secundária desses indivíduos que já sofrem por terem de lidar diariamente com as questões decorrentes da doença. Se o conhecimento prévio pode interferir no olhar dos estudantes no tocante a depressão, a pulverização e disseminação de informações sobre o assunto poderá contribuir para que a população não culpabilize mais os sujeitos, visto que pesquisas, tais como a de Peluso e Blay (2008) mostram que há uma tendência maior para

atribuir causas de ordem religiosas e moral à depressão, responsabilizando, desse modo, o sujeito.

4.1.2 Crença no Mundo Justo em estudantes de psicologia

Como ponto de corte utilizamos o valor da escala *Likert* igual a 3 para avaliar as dimensões CMJP e CMJG. A partir disso foram criados dois grupos para analisar as frequências de alta CMJ e de baixa CMJ. Os valores da escala *Likert* iguais ou superiores a 4 (concordo parcialmente) representam alta CMJ, enquanto que valores iguais ou inferiores a 2 (discordo parcialmente) indicam baixa CMJ. Os resultados estão ilustrados na tabela 2 abaixo.

Tabela 2. Níveis de Crença no Mundo Justo em estudantes de Psicologia (N = 163)

Dimensões da CMJ	Níveis Baixos	Freq. %	Níveis Altos	Freq. %	Freq. %
CMJ-Pessoal	133	81,6	30	18,4	100
CMJG-Geral	151	92,6	12	7,4	100

Segundo Dalbert (1999 apud MODESTO, 2017), podemos dizer que 30 estudantes possuem elevada CMJ pessoal, ou seja, percebem os eventos ocorridos em suas próprias vidas como sendo mais justos, enquanto que 12 estudantes detém níveis altos de CMJ geral, acreditando mais que o mundo é um lugar justo e ordenado, e que as pessoas têm o que merecem e merecem o que têm.

A média da CMP foi 3,29 (DP = 1,68) e a média da CMJG foi 3,32 (DP = 3,54) nos mostrando que a maioria está dentro do ponto de corte, ou seja, que os estudantes tenderam a não concordar e nem discordar totalmente na Escala de Crença no Mundo Justo. As explicações podem variar bastante conforme a subjetividade de cada estudante. Uma das possíveis interpretações é que a justiça foi vista como uma consequência de atitudes e escolhas pessoais e não como o resultado de eventos que ocorrem de forma externa ao indivíduo, portanto, os alunos poderiam acreditar na justiça, mas não que ela é em decorrência de situações que fogem ao controle de cada um, havendo, dessa forma, um predomínio de respostas que tenderiam a neutralidade.

4.2 CORRELAÇÕES

4.2.1 A Crença no Mundo Justo e o Inventário de Depressão de Beck

Com o objetivo de testar a relação existente entre a Crença no Mundo Justo Pessoal, a Crença no Mundo Justo Geral e a pontuação dos participantes no BDI, recorremos a uma análise bivariada de correlação de Pearson (Tabela 3). No presente estudo, a Crença no Mundo Justo correlacionou-se fraca, mas positivamente, com a Crença no Mundo Justo Geral, o que significa que quanto mais o estudante da nossa amostra acredita que o mundo é um lugar coeso e justo para si, mais ele acredita que também o é para os outros, conforme a teoria indica.

Observamos também, que tanto a Crença no Mundo Justo Pessoal quanto a Crença no Mundo Justo Geral e o BDI não apresentaram correlação estatisticamente significativa, ao contrário do que é visto em outras pesquisas, a exemplo de um estudo realizado com uma amostra de adultos na Irlanda do Norte, por Ritter et al. (1990), que mostrou que a CMJ estava negativamente correlacionada com a depressão. Também Dalbert e Katona-Sallay (1996), numa amostra de sujeitos húngaros, encontraram uma correlação positiva entre a CMJ e a satisfação com a vida até ao momento presente (apud CORREIA, 2000).

Tabela 3. Correlação entre a Crença no Mundo Justo e o Inventário de Depressão de Beck

		Crença no Mundo Justo Pessoal	Crença no Mundo Justo Geral
Crença no Mundo Justo Pessoal	Correlação de Pearson	1	,254**
	Sig. (2 extremidades)		,001
	N	163	163
Crença no Mundo Justo Geral	Correlação de Pearson	,254**	1
	Sig. (2 extremidades)	,001	
	N	163	163
BDI	Correlação de Pearson	-,102	-,041
	Sig. (2 extremidades)	,197	,604
	N	163	163

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

4.2.2 A Crença no Mundo Justo e as causas da Depressão

Também foi possível observar que a correlação entre a Crença no Mundo Justo Pessoal e os Fatores Psicossociais (Tabela 4) não foi estatisticamente significativa, o que indica que não há relação entre elas. Esses resultados refutam o que tem sido encontrado como evidências em outros estudos, visto que a CMJ tem um papel moderador na responsabilização dos indivíduos por sua condição, sendo assim, esperava-se que, quanto maior fosse a adesão a Crença no Mundo Justo, menor seria a atribuição de causas psicológicas e sociais a depressão e, conseqüentemente, a depressão seria julgada como indício de um defeito de caráter (SARACENO, 2004).

Relativamente à Crença no Mundo Justo Pessoal e os Fatores Biológicos, a correlação é fraca e positiva, ou seja, quanto maior a crença no mundo justo maior é a atribuição, por parte dos estudantes, de causas biológicas a depressão. O resultado também contrapõe a teoria, onde o sujeito com alta Crença no Mundo Justo responsabilizaria o comportamento ou as atitudes do sujeito como sendo responsáveis por sua enfermidade (LERNER & SIMMONS, 1966 apud CORREIA, 2000).

Em relação à Crença no Mundo Justo Pessoal e os Fatores de ordem Religiosa e Moral, a correlação também se deu de forma fraca e positiva, sugerindo que, quanto maior forem os escores nas causas religiosas e morais, maior será o grau de adesão a essa crença. A relação da CMJ pessoal com a religiosidade, diferente do que era esperado, foi pouco significativo. Destaca-se que outros estudos também encontraram relações apenas modestas da CMJ com a religiosidade (CROZIER & JOSEPH, 1997 apud MODESTO, 2017).

Tabela 4. Correlação entre a Crença no Mundo Justo e as causas da Depressão

		Crença no Mundo Justo Pessoal	Crença no Mundo Justo Geral
Fator psicossocial	Correlação de Pearson	-,019	,053
	Sig. (2 extremidades)	,809	,498
	N	163	163
Fator biológico	Correlação de Pearson	,233**	,058
	Sig. (2 extremidades)	,003	,465
	N	163	163
Fator religioso e moral	Correlação de Pearson	,021	,156*
	Sig. (2 extremidades)	,786	,047
	N	163	163

5 CONCLUSÃO

Os resultados indicaram que quando apresentados a uma descrição sintomatológica do Transtorno Depressivo, mais da metade dos estudantes reconheceu a existência de depressão. Causas de natureza psicossocial foram consideradas as mais relevantes para a etiologia do transtorno, distanciando-se do modelo biomédico.

Já a média na Escala de Crença no Mundo Justo, mostrou que os estudantes adotaram posições mais neutras em relação ao quanto acreditam que o mundo é um lugar justo para si e para os outros. Contudo, ao fazer a análise bivariada de correlação de Pearson não houve relação estatisticamente significativa entre os estudantes com alta adesão na crença no mundo justo (pessoal e geral) e atribuição de causas da depressão a fatores religiosos e morais.

Em conclusão, os estudantes da amostra não estão julgando a depressão como indício de um defeito de caráter ou falta de força de vontade e, conseqüentemente, não estão atribuindo responsabilidade ao indivíduo pelo seu destino e nem responsabilizando e culpabilizando pelo seu adoecimento. O olhar humanizado e acolhedor é um ponto positivo para as estatísticas futuras sobre a depressão. De acordo com a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina a empatia é uma aliada importante na prevenção do suicídio e pode salvar vidas. Quem está com depressão, não enxerga nenhuma saída para a sua situação. Por isso, a ajuda externa, sobretudo a profissional é tão importante.

Esse estudo traz contribuições, sobretudo, para o universo acadêmico. Espera-se que os resultados possam subsidiar a UEPB e a coordenação do curso de Psicologia a pensar em medidas de suporte e orientação para os estudantes que apresentaram sintomatologia depressiva e pensar em projetos que trabalhem a prevenção e a saúde mental para que futuros psicólogos não entrem adoecidos no mercado de trabalho.

Contudo, algumas limitações podem ser verificadas nesse estudo. Os resultados da presente pesquisa, realizada no curso de psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), localizado na cidade de Campina Grande – PB, não podem ser generalizados para outros contextos. Novos estudos são necessários para verificar possíveis diferenças na percepção de acadêmicos de psicologia sobre a depressão. Além dessa limitação, o uso de questionários que abordam opiniões e conhecimento, sobretudo quando aplicados pessoalmente pelo pesquisador, está sujeito a induzir respostas socialmente desejáveis.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. L. Causas da depressão são multifatoriais. **Brasil tele medicina**, 2015.

BARROS, A. P.; COUTINHO, M. P. L.; ARAÚJO, L. F.; CASTANHA, A. R. As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 19-28, mar. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2006000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2019.

BECK, A. T, STEER, R. A.; BROWN, G. K. BDI-II Manual. **San Antonio: The Psychological Corporation**, 1996.

BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J. E; & ERBAUGH, J. K. Na Inventory for measuring depression. **Archives General Psychiatry**, n.4, p.561-571, 1961.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Paranaense de Psicologia**, 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n4/v20n4a01.pdf>>. Acesso em: 6 fevereiro 2019.

CAIXETA, S. P; ALMEIDA, S. F. C. Sofrimento psíquico em estudante universitário. **EDUCERE**, Curitiba, 2013.

CAVESTRO, J. M; ROCHA, F. L. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 264-267, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-10852006000400001&Ing=en&nrm=iso>. acesso em 06 jun 2019.
CID-10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. **Artemed**, Porto Alegre, 1997.

CORREIA, I. F. A teoria da crença no mundo justo e a vitimização secundária: Estudos empíricos e desenvolvimentos teóricos. **Psicologia** [online], Lisboa, v. 14, n. 2, p. 253-283, julho 2000. Disponível em:

<https://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492000000200009&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 maio 2019

CORREIA, I.; VALA, J. Crença no mundo justo e vitimização secundária: O papel moderador da inocência da vítima e da persistência do sofrimento. **Análise Psicológica**, v. 3(XXI), p. 341-352, 2003.

CORYELL, W. Transtorno ciclotímico. **Manual MSD**: versão saúde para a família, 2016.

COUTINHO, M. P. L; GONTIES, B.; ARAUJO, L. F. SA, R. C. N. Depressão um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF**, v.8(2), p. 182-191, 2003.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 06-11, Maio 1999. Disponível em <http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1515-44461999000500003Ing=en&nrm=iso>. acesso em 06 jun. 2019

DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. **Artes Médicas**, Porto Alegre, 2002.

DUARTE, D.V. Impacto Social da Depressão e suas Repercussões no Trabalho. **Revista Eficaz**, Maringá, maio. 2010.

ESTEVES, F. C; GALVAN, A. L. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p. 127-135, dez. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012&Ing=pt&nrm=iso>. acessos em 06 jun. 2019

FERREIRA, R.C.; GONÇALVEZ, C. M; MENDES, P. G. Depressão: transtorno ao sintoma. **Psicologia. PT** o portal dos psicólogos, Minas Gerais, 2014.

FUREGATO, A. R. Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2005.

GOMIDE, A.O engodo das psicoterapias; In: Práticas psicológicas na clínica: uma leitura crítica da desistência das populações pobres às psicoterapias. **PUC**, São Paulo, 2000.

GORESTEIN C.; ANDRADE, L.H.S.G. Validation of a portuguese version of the beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. **Braz J Med Biol Res.** n.29(4), p. 453-7, 1996.

GOUVEIA, V. V. Medindo crença no mundo justo pessoal e geral: Adaptação de uma escala ao contexto brasileiro. **Avances em Psicologia Latinoamericana**, v. 36(1), p. 167-181, 2018

GOUVEIA, V. V.; PIMENTEL, C. E.; COELHO, J. A. P. de M.; MAYNART, V. A. P.; MENDONÇA, T. dos S. Validade fatorial confirmatória e consistência interna da Escala

Global de Crenças no Mundo Justo - GJWS. **Interação em Psicologia**. n. 14(1), p. 21-29, 2018. doi:10.5380/psi.v14i1.12687

ISTILLI, P.T.; MIASSO, A. I.; PADOVAN, C. M.; CRIPPA, J. A.; TIRAPELLI, C. R. Antidepressivos: uso e conhecimento entre estudantes de enfermagem. **Revista Latino América de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n.3, [9 telas], maio/jun. 2010.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: Ruptura de Laço Social. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, n. 36, p. 84-92, 2011.

MODESTO, J.G.; FIGUEIREDO, V.; GAMA, G. RODRIGUES, M.; PILATI, R. Escala Pessoal de Crenças no Mundo Justo: Adaptação e Evidências de Validade. **Psico-USF**, Itatiba, v. 22, p. 13-22, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712017000100013&Ing=pt&nrm=iso>. Acessos em: 27 maio 2019.

OMS. Mental health resources in the world: Initial results of Projet. **ATLAS**. Genebra, Organização Mundial da Saúde, Abril, 2001.

OSSE, C. M. C; COSTA, I. I. Saúde mental e qualidade de vida na moradia estudantil da Universidade de Brasília. **Estudo. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 28, n. 1, p. 115-122, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000100012&Ing=en&nrm=iso>. acesso em 06 jun 2019.

PARANHOS, M. E.; WERLANG, B. G. Diagnóstico e intensidade da depressão. Santa Cruz do Sul: **EDUNISC**, Barbarói, n. 31, p.111-125, 2009.

PELUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-48, Fev. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000100006&Ing=pt&nrm=iso>. acesso em 06 junho 2019.

PIMENTEL, C. E.; COELHO, J. A. P. de M.; MAYNART, V. A. P.; MENDONÇA, T. dos S. Validade fatorial confirmatória e consistência interna da Escala Global de Crenças no Mundo Justo - GJWS. **Interação em Psicologia**, n. 14(1), p. 21-29, 2010.

RODRIGUES, M. J. O Diagnóstico de Depressão. **Psicologia USP**, n.11(1), p. 155-187, 2000.

SARACENO, B. Libertando Identidade: da realidade psíquica social a cidadania possível. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, ano VII, n. 2, jun. 2004.

SARRIÁ, A.; GUARDIÀ, J.; FREIXA, M. Introducción a la estadística en Psicología. **Barcelona: Ediciones de la Universidad de Barcelona**, 1999.

SCHESTATSKY, S.; FLECK, M. Psicoterapia das Depressões. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [online], v. 21, p. 41-47, maio 1999.

SHAUCHNESSY, J. J.; ZECHMEISTER, E. B.; ZECHMEISTER, J. S. **Metodologia de pesquisa em psicologia**, Porto Alegre, 9 Ed., p. 488, 2012.

SILVA, S. G. da. Preconceito no Brasil contemporâneo: as pequenas diferenças na constituição das subjetividades. **Psicol. cienc. prof.** [online], v. 23, n. 2, p. 2-5, 2003.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1. 0 Não me sinto triste.

- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

- 1 Eu me sinto culpado às vezes.
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que vou ser punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

- 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
- 2 Estou enojado de mim.
- 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

- 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

- 9.** 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10.** 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
- 11.** 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12.** 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13.** 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14.** 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
- 15.** 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.** 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 17.** 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
- 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

- 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

- 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
- 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Leia as frases abaixo e marque o número que mais corresponde a sua opinião a respeito de cada uma delas. Variando de 1 (Discordo totalmente) a 6 (Concordo totalmente)

1. Eu seguramente acredito que as injustiças em todas as áreas da vida (p.ex.: profissional, família, política) são exceções à regra.	1	2	3	4	5	6
2. Em minha vida a injustiça acontece raramente.						
3. Creio que a maior parte do que me acontece é justo.						
4. Tenho certeza que a justiça sempre prevalece sobre a injustiça.						
5. Em geral, os demais me tratam de uma maneira justa.						
6. Eu penso que as pessoas tentam ser justas quando tomam decisões importantes.						
7. Estou convencido de que, em longo prazo, as pessoas serão compensadas pelas injustiças.						
8. As decisões que os demais tomam com respeito de mim são justas.						
9. Em geral, mereço o que me acontece.						
10. Em geral, os acontecimentos de minha vida são justos.						
11. Penso que, em geral, obtenho o que mereço.						
12. Penso que o mundo é basicamente um justo lugar.						
13. Acredito que, em geral, as pessoas adquirem o que elas realmente merecem.						

APÊNDICE B – VINHETA SOBRE DEPRESSÃO

José tem 30 anos e nos últimos meses vem se sentindo muito mais triste que o habitual, quase todos os dias. Perdeu o interesse pelas atividades que gostava de fazer, sente-se irritado(a) e sem energia para fazer as coisas quase todo o tempo. Também perdeu o apetite e tem dificuldade para dormir. Seus familiares notaram que ele(a) estava sem ânimo, chorando muito e que não conseguia executar suas tarefas da mesma forma que antes.

O que o Sr.(a) acredita que José tem? _____

O(A) Sr.(a) acredita que ele(a) tem alguma doença mental? _____

Quais são as possíveis causas? A cada causa apresentada responda numa escala de cinco pontos que variam de "discordo totalmente" (1) a "concordo totalmente" (5).

	1	2	3	4	5
1. Isolamento.					
2. Desemprego.					
3. Problemas familiares ou amorosos.					
4. Excesso de trabalho.					
5. Má alimentação.					
6. Uso de drogas.					
7. Acontecimento recente estressante.					
8. Problemas na infância.					
9. Pancada forte na cabeça.					
10. Fraqueza de caráter ou falta de força de vontade.					
11. Falta de amor próprio.					
12. Ser muito nervoso.					
13. "Encosto" ou "mau olhado" ou feitiçaria.					
14. Falta de fé em Deus.					
15. Destino ou predestinação.					
16. Vírus ou infecção.					
17. Problema genético.					
18. Problema no cérebro.					

APÊNDICE C – FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade: _____ anos
2. Gênero:
 Masculino Feminino
3. Estado Civil:
 Solteiro
 Casado
 Separado/divorciado
 Convivendo com outra pessoa
 Viúvo
4. Qual é a sua religião? _____
5. Em torno de quantos salários mínimos é a sua renda familiar?
 Até 2 SM
 De 2 a 4 SM
 De 4 a 10 SM
 De 10 a 20 SM
 Acima de 20 SM
6. Qual período está cursando atualmente? _____
7. O(A) Sr.(a) já teve algum problema dos nervos, problema mental ou emocional, depressão, problemas por uso de bebidas alcoólicas ou drogas? _____
8. Já fez algum tratamento? Qual? _____

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)

Estamos cientes da intenção da realização, no curso de psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, do projeto intitulado “A Crença no Mundo Justo e a Responsabilização Secundária das Pessoas que tem Depressão” desenvolvida pela aluna Ana Luiza Silva Lima, do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora **Me. Emily Souza Gaião e Albuquerque.**

Campina Grande, 18 de março de 2019.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “A Crença no Mundo Justo e a Responsabilização Secundária das Pessoas que tem Depressão”. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “A Crença no Mundo Justo e a Responsabilização Secundária das Pessoas que tem Depressão” tem como objetivo investigar entre estudantes de psicologia a percepção da depressão na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) localizada em Campina Grande - PB.

Ao voluntário só caberá à autorização para **responder ao protocolo da pesquisa** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) **999822378** com **Ana Luiza Silva Lima**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante

**ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE
PESQUISA**

Título da Pesquisa: “A Crença no Mundo Justo e a Responsabilização Secundária das Pessoas que tem Depressão”

Eu, **Emily Souza Gaião e Albuquerque**, professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, portador do RG: 3.361.788 SSDS/PB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 18 de março de 2019.

Por ser verdade, assino abaixo:

Emily Souza Gaião e Albuquerque

**ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO
EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 do CNS**

Pesquisa: “A Crença no Mundo Justo e a Responsabilização Secundária das Pessoas que tem Depressão”

Eu, **Emily Souza Gaião e Albuquerque**, professora de psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, portador do RG: 3.361.788 SSDS/PB e eu, **Ana Luiza Silva Lima**, aluna de psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, portador do RG: 3.463.070 SSDS/PB comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Campina Grande, 18 de março de 2019.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Emily Souza Gaião e Albuquerque

Ana Luiza Silva Lima

AGRADECIMENTOS

À professora Emily Souza Gaião e Albuquerque por toda dedicação durante a orientação e por ser o meu exemplo de profissional e de ser humano.

À minha mãe Maria do Socorro Silva Lima, ao meu pai Joselito Gouveia Lima e ao meu irmão Felipe Silva Lima por ser base e fortaleza em todos os momentos e por mostrar o verdadeiro significado de uma família: amar acima de tudo.

Às minhas avós, Francisca Fernandes Marques e Maria Emília Souza, e a minha tia Tereza Cristina Fernandes pelos cuidados dedicados a mim durante todos esses anos.

Aos professores Ana Sandra Fernandes, Eduardo Jorge, Fábio Galvão, Gilvan de Melo Santos, Jailma Belarmino Souto, Jorge Dellane da Silva Brito, José Roniere Morais Batista, Karla Carolina Silveiro Ribeiro, Laercia Maria Bertulino de Medeiros, Lorena Bandeira Melo de Sá, Marcia Candelária da Rocha, Maria Lígia de Aquino Gouveia, Silvânia da Cruz Barbosa, Tanise Kelly, e Wilmar Roberto Gaião, que contribuíram ao longo do curso, por meio das disciplinas e debates, para a minha formação.

Aos funcionários, Robson, Sílvia e Inalda, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos amigos de classe, Andreza, Arlenice, Ayza, Beatriz, Gabriele, Jessica, Jhammily, Karolina, Larissa, Laryssa, Lindalberto, Linnie, Mísia, Pâmela e Victor pelos momentos de amizade e apoio.

À minhas amigas, irmãs, Monique Helén da Silva Santos e Júlia Vintilia Silva Cruz por serem meu laço de coração. Por permitirem a construção de um amor puro. Vocês são luz, alegria e parceria em todos os momentos.

À todos aqueles que fazem parte da minha vida que contribuíram, direta ou indiretamente, para o meu crescimento e que torcem por mim.

À Deus, pois sem o seu amor nada disso seria possível!