

1) CARTA DE APRESENTAÇÃO

Tenho o prazer de submeter o manuscrito como artigo original intitulado "AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL, ESPIRITUALIDADE E *COPING* RELIGIOSO ESPIRITUAL EM DETENTOS DO NORDESTE BRASILEIRO" para consideração pelo The American Journal of Psychiatry.

Confirmo que este trabalho é original e não foi publicado em outros lugares, nem está atualmente em análise para publicação em outros lugares.

Acredito que este manuscrito é apropriado para divulgação pelo The American Journal of Psychiatry porque a temática da espiritualidade na saúde é emergente, enquanto campo da saúde mental, que cresce cada vez mais, visto sua relevância como fator de proteção ou de adoecimento das pessoas.

Declaro que todos os autores deste artigo de pesquisa participaram diretamente do planejamento, execução ou análise deste estudo.

Todos os autores leram e aprovaram a versão final apresentada.

Concordo que o American Journal of Psychiatry pode fazer todas as modificações do processo de publicação e revisão por pares e autorizar a fazer uma cópia desse manuscrito final disponível em formulário digital para acessos públicos.

Ao aceitar este manuscrito para revisão, o autor aceita estes termos e concorda que eles são primordiais e substitui quaisquer disposições em qualquer contrato de publicação para este artigo.

Não temos conflitos de interesse para revelar.

Não há sugestão de revisores, deixo a cargo da revista.

Por favor endereçar todas as correspondências relativas a este manuscrito para mim em:

Avenida Conselheiro Aguiar, 3321, apartamento 403, Boa Viagem, Recife-PE, Brasil

CEP 51021-020

Obrigado pela sua consideração por este manuscrito.

Att, Camila Gomes.

2) PÁGINA DE TÍTULO

5079 palavras; 4 tabelas e 1 figura

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL, ESPIRITUALIDADE E *COPING* RELIGIOSO ESPIRITUAL EM DETENTOS DO NORDESTE BRASILEIRO.

Autor:

Camila Viana Gomes, Graduanda em Medicina, Graduada em Fisioterapia e Pós graduação lato-sensu.

Coautores:

1. Cláudia Menezes Cavalcante, Graduanda em Medicina, Graduada em Fisioterapia, Pós graduação lato-sensu.

2. Ítalo Paulo Cerqueira Mariz, Graduando em Medicina

3. Rodrigo Josiman Serafim Barros, Graduanda em Medicina, Graduado em Direito.

4. Thiale Cunha Cavalcanti Corrêa de Araújo, Graduando em Medicina

Orientador e Coorientador, nessa ordem:

1. Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque, Doutora em Medicina Preventiva, Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde.

2. Arturo de Pádua Walfrido Jordán, Mestre em Educação para o ensino na área da saúde, Tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Local do estudo: Penitenciária Juiz Plácido de Souza no Município de Caruaru-Pernambuco, Brasil.

Endereço para reimpressões: Faculdade Pernambucana de Saúde. Av. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife-PE, Brasil. CEP- 51150-000

Endereço do autor para correspondência:

À Camila Gomes. Avenida Conselheiro Aguiar, 3321, apartamento 403, Boa Viagem,
Recife, Pernambuco, Brasil. CEP 51021-020.

Email: kmilagov@hotmail.com

3) RESUMO

Objetivo: O cárcere tem caráter transformador nas pessoas e com repercussões importantes na saúde mental. A espiritualidade tem sido avaliada como fator protetor contra o adoecimento psíquico. Os autores propõem avaliar espiritualidade, *Coping* Religioso Espiritual correlacionando com depressão, ansiedade e o uso de substâncias psicoativas em detentos.

Métodos: O presente estudo é do tipo observacional, analítico, de corte transversal e metodologia quantitativa. Foram entrevistados 56 prisioneiros da Penitenciária Juiz Plácido de Souza (PJPS) Pernambuco, Brasil. Foi aplicado um Questionário sociodemográfico, outro Questionário Estruturado sobre uso de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas, incluindo medicamentos psicotrópicos), Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-breve) e Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HAD). A análise estatística foi descritiva (frequência e porcentagem) e inferencial (Teste *qui quadrado* e teste *F*), com uso do *software* R versão 3.4.3. Seguiram-se todos os preceitos da resolução 510/16 do CONEP e foi aprovado pelo CEP da Faculdade Pernambucana de Saúde (Parecer 3.718.039).

Resultados: Constatou-se que todos os entrevistados usavam *Coping* religioso/espiritual, cujo CRE-breve obtido foi identificado como médio. Também foi aplicado a Escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão (HAD), indicando a prevalência de 39,28% para ansiedade e 46,42% para depressão e, quando agrupados ansiedade e depressão juntos, 28,57%. Já as substâncias psicoativas no geral, tiveram a prevalência de 66,07%.

Conclusão: Identificou-se a relevância da espiritualidade, como fator protetor, quando avaliado ansiedade e depressão juntos, assim, quanto mais baixo foi o CRE-breve, maior a prevalência das duas afecções em associação.

Palavras-chave: prisioneiros, espiritualidade, saúde mental

ABSTRACT:

Objective: Incarceration has a transformative capability on people and important repercussions for their mental health. Spirituality is under evaluation as a protective factor against mental illness. The authors propose assessing spirituality by correlating religious/spiritual Coping with depression, anxiety, and the use of psychoactive substances in inmates.

Methods: The following study consists of observational, analytical, cross-sectional study and quantitative methodology. Fifty-six inmates from Penitenciária Juiz Plácido de Souza (PJPS) were interviewed in Pernambuco, Brazil. A sociodemographic questionnaire, Structured Questionnaire about the use of psychoactive substances (licit and illicit, including psychotropic medications), Abbreviated Religious/Spiritual Coping scale (RCOPE-Brief), and General Hospital scale for Anxiety and Depression (HAD) were applied. Statistical analysis, with the use of software R version 3.4.3, was descriptive (frequency and percentage) and inferential (*chi-squared* test and *F*-test). All codes of resolution 510/16 CONEP were followed and approved by the CEP of the Faculdade Pernambucana de Saúde (Number 3.718.039).

Results: All interviewees were identified as using religious/spiritual Coping, hence a medium RCOPE-Brief score was obtained. The Hospital Scale for Anxiety and Depression (HAD) also indicated a 39.28% prevalence for anxiety, 46.42% for

depression, and 28.57% for anxiety and depression combined. Psychoactive substances meanwhile had a prevalence of 66.07%.

Conclusion: The relevance of spirituality was identified as a protective factor when evaluating anxiety and depression together. The lower the RCOPE-Brief score, the higher prevalence between the two associated illnesses.

Key-words: inmates, spirituality, mental health.

4) TEXTO

INTRODUÇÃO

Historicamente, os ‘primeiros médicos’ surgem em uma intrínseca relação com a figura de sacerdotes e curandeiros. As civilizações atribuíam o surgimento de enfermidades como consequência de castigos e interferências divinas. Atualmente, o vínculo entre fé e cura é algo ainda pouco compreendido, porém a *Association of American Medical Colleges* (AAMC) reconhece a espiritualidade como um fator que interfere na saúde dos indivíduos de forma importante (1). O termo espiritualidade se refere à busca individual sobre o significado da vida, não necessariamente ligada a práticas religiosas. Já a religião se baseia em experiências, atitudes e sentimentos dos homens em sua relação pessoal com o divino (2-7).

O homem tem necessidades espirituais e, enquanto encarcerado, suas necessidades espirituais e religiosas devem ser atendidas, sendo asseguradas pela Constituição Brasileira vigente (8). Para tanto, deve ocorrer a assistência espiritual dentro das penitenciárias, abarcando tanto a liberdade de ter e declarar uma determinada religião quanto a de não tê-la. Porém, uma inserção espiritual a esse processo, tem sido relatada como benéfica, uma vez que, permite que o indivíduo possa se reafirmar como ser apto para tomada de decisões e favorecer uma possível ressocialização (9). Entretanto, a própria ressocialização já é, em si, um desafio, uma vez que as prisões são estruturalmente concebidas como espaços de punição, por vezes não considerando as necessidades humanas de espaço físico e higiene para que o processo de ressocialização possa acontecer, concorrendo, assim, de forma direta com a pretendida inclusão social,

além de alimentarem o estigma e atuarem como potencializadores de diferentes iniquidades e enfermidades, com destaque para as desordens mentais (10-12).

Outros trabalhos têm demonstrado que prisioneiros têm taxas mais elevadas de transtornos mentais quando comparados com a população geral, apresentando índices elevados de sintomas depressivos e de ansiedade (13-15). A depressão refere-se ao humor persistentemente deprimido, redução da energia, diminuição da atividade, alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse e diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga, mesmo após um esforço mínimo. Já os transtornos de ansiedade caracterizam-se pelas sensações de medo, ansiedade excessiva e perturbação comportamental (16, 17).

Diante de tais repercussões na saúde física e mental dos presidiários, um item de necessária discussão são os possíveis impactos que a espiritualidade exerce no enfrentamento da pena. Tendo em vista estes aspectos, o objetivo deste estudo é ampliar a discussão sobre a *Coping* religioso/espiritual e sua possível influência na saúde mental de detentos em situação de cárcere.

MÉTODOS:

Participantes

A amostra do estudo foi de conveniência e caracterizada por 56 presidiários do sexo masculino, maiores de 18 anos, em regime fechado de detenção na Penitenciária Juiz Plácido de Souza (PJPS), na cidade de Caruaru, no Estado de Pernambuco, Brasil.

Os entrevistados respondiam pelos seguintes crimes: roubo e furto, tráfico de drogas, Lei Maria da Penha, homicídio e pedofilia. É válido ressaltar que a Lei Maria da Penha pertence à legislação brasileira (lei de número 11.340), que visa coibir a violência

doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal de 1988 (8).

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) sob o parecer nº 3.718.039, respeitou todos os itens referentes à Pesquisa em Seres Humanos contidas na resolução 510/16 do CONEP. Com relação à entrevista, foi iniciada após a explicação da finalidade do estudo, bem como leitura e assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o anonimato e a voluntariedade em participar da pesquisa.

Desenho e Procedimentos do estudo

O presente estudo é de caráter observacional, analítico, transversal e quantitativo. Foram aferidas as condições socioeconômicas, uso de substâncias psicotrópicas e aplicadas duas escalas: a Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HAD) (18,19) e a Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-breve) (20), associando os dados dos participantes.

Durante as entrevistas, realizadas individualmente, os pesquisadores preencheram os instrumentos de coleta a partir das respostas que os entrevistados forneciam, na seguinte ordem: Questionário sociodemográfico, Questionário estruturado sobre uso de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas), Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-breve) (20) e Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HAD) (18,19). No mais, os inquéritos foram realizados em sala exclusiva, com duração máxima de 45 minutos, perfazendo o total de 56 prisioneiros.

A Escala CRE-breve traz conceitos de *Coping* religioso/espiritual e de estresse, solicitando que o avaliado descreva a situação de maior estresse vivenciada nos últimos três anos e, assim, os 49 itens são referentes a esse período. O questionário compreende

aspectos negativos e positivos e as respostas são dadas em escala *Likert* de cinco pontos (1 – nem um pouco a 5 – muitíssimo). Na escala CRE-breve foram criados índices a partir de análises fatoriais, da seguinte maneira: o CRE positivo é obtido através da média das 34 questões da Dimensão referente ao CRE positivo, já o CRE negativo foi obtido através da média das 15 questões da Dimensão referente ao CRE negativo. O CRE Total: indica a quantidade total de CRE's praticado pelo avaliado, através da média entre o Índice CRE Positivo e a média das respostas invertidas aos itens CREN (CRE Negativo Invertido). Após a inversão é realizada a média. O valor obtido a partir dessa análise é considerado: irrisória ou nenhuma (resultados de 1 a 1,5); baixa (1,51 a 2,50); média (2,51 a 3,50); alta (3,51 a 4,50); altíssima (4,51 a 5,00) (20).

A HAD foi inicialmente elaborada para pacientes não psiquiátricos de um hospital geral. Porém, tem sido utilizada em outros contextos, pela sua facilidade de aplicação (21). A escala tem 14 itens, com duas subescalas, sendo sete sobre avaliação da ansiedade e sete sobre depressão (22). Cada item pode ser pontuado de 0 a 3, de acordo com a intensidade e prevalência do assunto abordado. A HAD apresenta como ponto de corte 8 para ansiedade e 9 para depressão (18,19,22).

Além dos itens já citados, também foi avaliado no questionário estruturado (dados na tabela 2 e 3), o uso de substâncias psicoativas classificadas em drogas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, *crack*, inalantes- loló, éter, etc-) e medicamentos para ansiedade, depressão e insônia.

Informações do Presídio

A PJPS tem por finalidade custodiar os presos provisórios e dar cumprimento às penas privativas de liberdade aplicadas em sentença criminal condenatória (23). Possui uma população carcerária masculina com cerca de 1.150 detentos, mas a capacidade é de 380, trabalhando em condição de superlotação assim como a maioria das

penitenciárias brasileiras. A PJPS recebeu destaque na imprensa devido à execução do Projeto de Ressocialização e Humanização do ambiente carcerário. Para tanto, desenvolve atividades educacionais, esportivas, de trabalho produtivo, bem como eventos para melhorar o vínculo familiar. Isso é o retrato de parcerias e interações com instituições públicas e privadas do município (faculdades, escolas, hospitais, laboratórios, empresas e indústrias), bem como com a colaboração de familiares, vizinhos de bairro, instituições religiosas, sociedade civil e demais setores da sociedade local (23- 25).

Análise Estatística

Para a análise estatística, as variáveis categóricas foram calculadas em frequências absolutas (contagens) e relativas (porcentagens). Além da análise descritiva (frequência e porcentagem) e inferencial (Teste *qui quadrado* e teste *F*), com o auxílio do *software* R versão 3.4.3.

RESULTADOS:

Descrição da Amostra

O perfil majoritário do grupo entrevistado é de pardos (57,14%) e escolaridade fundamental incompleto (60,71%). Em relação à idade, observa-se que mais da metade dos entrevistados tem até 35 anos (Tabela 1). Os 56 reclusos se declararam do sexo masculino e heterossexuais. O número de união estável é o mais expressivo, composto por 39,28%, seguidos por solteiro, casado, separado/divorciado e viúvo, nessa ordem. Em relação aos crimes cometidos (Tabela 1) verifica-se que o maior grupo é composto por tráfico de drogas (48,21%). O tempo de prisão da maioria é de até 12 meses, (50,9%) e em segundo até 24 meses (16,36%), sendo que a média geral do

encarceramento em meses é de 24,6. Desses, o menor tempo de permanência no presídio cumpriam pena por tráfico de drogas, enquanto os de maior tempo eram distribuídos nos outros crimes, com destaque para pedofilia e homicídio, que chegavam a até 108 meses de encarceramento no grupo. A religião predominante é a católica (41,07%), seguida de protestantes (37,50%) (Tabela 1).

(TABELA 1- Dados do questionário sociodemográfico.)

GOMES ET AL.

Uso de Substâncias Psicoativas

Foi averiguado também o uso de substâncias psicoativas na população estudada, ao qual a prevalência de drogas lícitas e ilícitas encontradas, tanto do seu uso anteriormente, quanto durante a prisão, foi maior que 65%. Também foi questionado sobre uma listagem de drogas e informações do tipo e período de seu uso (Tabela 2 e 3). Quando se perguntou sobre a área mais afetada pelo uso das drogas, 42,85% relataram que todas as áreas da vida eram prejudicadas, seguidos de 16,07% que destacaram a relação familiar como único e o maior dano gerado pelo uso abusivo.

TABELA 2- Drogas usadas pelos detentos

GOMES, ET AL.

TABELA 3- Período que fez uso das substâncias lícitas e ilícitas. GOMES, ET AL.

Em relação à reincidência, 33 entrevistados eram reincidentes, o que perfaz 58,92% do total, desses, 51,51% acreditam que o uso de drogas influenciou a reincidência criminal. Sobre a autonomia para enfrentamento de drogas, 62,5% dos 56 entrevistados afirmaram que a força de vontade era suficiente para interromper o uso de substâncias, 35,7% negaram essa prerrogativa e um entrevistado não soube informar. Apenas nove entrevistados (16,07%) já realizaram tratamento anterior para o enfrentamento do uso de substâncias psicoativas.

Em relação ao uso de medicamentos psicotrópicos, 10,71% alegaram uso de substâncias ansiolítica e/ou antidepressivo no momento e 21,42% em algum período do passado, bem como também 10,71% estão em uso de medicação contra insônia e 23,21% já o fizeram anteriormente. O tempo médio de uso de medicação para ansiedade e depressão foi de 41,4 meses, enquanto para insônia foi de 21,69 meses.

Avaliação das Escalas CRE-breve e HAD:

Ao serem indagados na aplicação da Escala CRE-breve (19) sobre o motivo de maior estresse nos últimos três anos, a prisão foi o mais citado (41,07%) (Figura 1).

FIGURE 1- Maior estresse nos últimos 3 anos (CRE-breve) - GOMES ET AL

Constatou-se que todos os avaliados usavam *Coping* religioso/espiritual, sendo que a média do CRE-breve total da amostra foi de 3.41, sendo que desses, 66,08% obtiveram escore médio e 33,92% considerado alto. O perfil do inquérito com os presidiários dessa pesquisa encontrou o escore médio para o CRE-Total, bem como para o CRE positivo e baixo para o negativo. (Tabela 4) (26-28).

Também foi aplicado a HAD, cuja pontuação média para ansiedade e depressão foi de 7.15 e 7.67, respectivamente. A prevalência de ansiedade no total do estudo foi de 39,28% (N= 22), de depressão 46,42% (N= 26) e, quando agrupados com ansiedade e depressão juntos, o valor obtido foi de 28,57% (N=16) (Tabela 4).

TABELA 4- Escores da Escala CRE-breve e Distribuição de ansiedade e/ou depressão pelos crimes cometidos de acordo com a HAD.

Em relação aos crimes cometidos, 30% do grupo de pedofilia, 70% do de homicídio, 44,4% do Maria da Penha e 66,6% do tráfico de drogas se enquadraram com pontuação equivalente para ansiedade e/ou depressão segundo a HAD. Sendo que, no

total da amostra, o maior percentual onde foi encontrada a prevalência das duas afecções simultaneamente foi no grupo de tráfico de drogas, totalizando 56,25%.

Quando observada a associação entre HAD e os subgrupos, os resultados obtidos foram que a maior média de ansiedade (pontuação de 9), esteve associada ao grupo dos homicidas, enquanto no quesito depressão a maior média esteve ligada ao tráfico de drogas (pontuação de 8.44), porém de acordo com o ponto de corte estabelecido, apenas o grupo de ansiedade configura importância na classificação de transtorno, pois uma média de 8.44 para depressão é considerada inferior ao ponto de corte, que é de 9. Já quando se associou a HAD com a religião professada, identificou-se que a ansiedade foi maior no grupo espírita (escore de 12), seguida de protestante (escore de 8.44). No entanto, no grupo espírita, a amostra é muito pequena, constituída de apenas N=1, podendo haver um resultado diferente com uma amostragem maior. Ao se avaliar depressão, a maior média foi no grupo “Sem religião, mas acredita em Deus” (escore 8.9), seguido de protestantes (escore de 8.23).

Correlacionando os valores da HAD e CRE-breve foram calculadas médias de HAD para cada classe de CRE-breve. O teste utilizado foi o teste F. Caso o p-valor seja menor que 0.05 a relação é significativa. O p-valor para essa relação foi de 0.0130, como é menor que 0.05 a relação entre HAD e CRE-breve é significativa. Acrescentando que a maior média de HAD está no grupo CRE-breve negativo média. Porém, embora a pontuação tenha sido média, ao serem perguntados sobre o seguinte item: “Fui a um templo religioso” da escala CRE-breve, 40 entrevistados (71,42%) afirmavam que frequentavam aos cultos evangélicos de “mais ou menos” a “muitíssimo” que ocorrem de forma frequente dentro do presídio.

Também em relação ao cruzamento do parágrafo anterior, observou-se que os que pontuaram escore para diagnóstico de ansiedade e/ou depressão foram 32 detentos

(57,14%), sendo que, a maioria deles apresentou CRE-breve médio. Dos 56 detentos, 19 (33,92%) apresentaram escore alto para a CRE-breve, desses, 12 (63,15%) apresentaram ansiedade e/ou depressão segundo a HAD. Já em relação ao CRE-breve de escore médio, 37 reclusos (66,07% da amostra total) obtiveram essa pontuação, desses, 20 homens (54,05%) apresentaram ansiedade e /ou depressão. Quando se avaliou a prevalência das duas comorbidades juntas, 16 (28,57%) presidiários representaram esse grupo, desses, 12 (75%) apresentaram CRE-breve de escore médio.

DISCUSSÃO:

Os índices encontrados de ansiedade e/ou depressão no grupo foram considerados altos, assim como em outras pesquisas de apoio (11, 29, 30). A HAD já teve aplicação documentada para avaliar ansiedade e depressão na população carcerária no estudo de Værøy na Noruega, 2011 (31), encontrando uma prevalência de mais da metade dos presos com, no mínimo, uma das afecções, resultado semelhante ao nosso. Já quando se utiliza uma comparação entre a população reclusa e a comunidade, há um maior índice de doenças psíquicas na população carcerária do que na população geral (32, 33). Na amostra aqui em questão, houve um predomínio de depressão no grupo do tráfico de drogas, enquanto a ansiedade esteve mais vinculada aos homicidas. Ao avaliar ambas as sintomatologias, o grupo de tráfico e homicidas tiveram as maiores prevalências.

No que se referem à espiritualidade, os dados apresentados neste trabalho estão em consonância com a literatura acerca da importância da espiritualidade na vida de sujeitos encarcerados (14, 34-36). Na amostra aqui avaliada, identificou-se que todos os sujeitos fazem uso de *Coping* religioso/espiritual. Sendo que a maioria dos reclusos

obteve escore identificado como médio e esse valor não pareceu ter relação com a tipificação do crime.

Apesar da Escala CRE-breve ser referenciada na literatura como uma escala de aplicação rápida e fácil (27), sua utilização com a população carcerária trouxe aos pesquisadores a impressão de que muitos pontos não foram bem compreendidos com uma população de tão baixa escolaridade quanto a da amostra do presente trabalho. Havendo a necessidade de repetir várias questões da CRE-breve pela não compreensão na grande maioria dos entrevistados. Porém, sem a menor dúvida, os questionamentos são capazes de tirar do âmbito da subjetividade e colocá-lo de forma contabilizável (objetiva) o tema proposto, de modo que, apesar das dificuldades, a escala CRE-breve foi considerada útil para a finalidade de avaliar o *Coping* religioso/espiritual na população carcerária da amostra. Assim, constatou-se que o grupo de tráfico de drogas obteve alguns dos maiores valores da CRE-breve, enquanto alguns dos menores valores estiveram associados aos grupos de homicídio, pedofilia e Maria da Penha.

Outras pesquisas que associam CRE-breve e HAD na população carcerária não foram encontradas. Em relação ao CRE, embora a pontuação tenha sido média, há evidências de práticas religiosas de forma considerável entre os entrevistados, uma vez que, muitos atribuíram grande adesão aos eventos religiosos promovidos dentro da penitenciária. É costume receber visitas de padres, comunidade espírita e evangélica de forma regular, as demais religiões não foram citadas nessas visitas regulares. No entanto, a atividade mais constante relatada dentro do Complexo Penitenciário é realizada pelos protestantes, de modo que, a maior parte da amostra afirmou uma constância nas atividades religiosas dos cultos e reuniões no presídio, mesmo os indivíduos que professam uma religião não protestante. Não foi incomum o relato de que alguns frequentavam os cultos evangélicos de forma diária na penitenciária. Isso

corroborar o dado do *Coping* religioso e espiritual positivo para o enfrentamento do período de detenção.

Outras referências citam que a espiritualidade é um dos principais fatores de proteção ao adoecimento mental em presidiários (11,14,37). No entanto, no presente estudo esse dado só foi encontrado quando se avaliou detentos que apresentavam as duas comorbidades (ansiedade e depressão) juntas. De modo que, os reclusos que tinham as duas sintomatologias, tinham os menores escores de CRE-breve, traduzindo menor *Coping* espiritual e religioso. Já quando o recluso tinha apenas sintomas de depressão ou sintomas de ansiedade, os dados encontrados na presente pesquisa divergem com os achados em outras publicações (11,14,37). Uma vez que, na associação da HAD com o CRE-breve foi observado que a maior prevalência de ansiedade ou depressão foi nos maiores escores do CRE-breve. De modo que, não é possível concluir se a existência de uma das comorbidades aumenta o *Coping* religioso ou se a espiritualidade nesse grupo é apontada como fator de risco.

Realizando uma reflexão para uma mudança de vida e a associação de substâncias psicotrópicas, Værøy, 2011 (31) argumenta que tiveram maior envolvimento com o uso de substâncias, apresentavam maior desejo reflexivo e maior busca espiritual. Essa argumentação também é trazida por outros autores ao inferirem que a crença em algo superior e participações em instituições religiosas estão associadas com a melhora da qualidade de vida, podendo trazer benefícios para a saúde (34,38,39).

Quanto ao uso de substâncias lícitas, ilícitas, a prevalência aqui encontrada foi relativamente alta. O álcool é uma substância psicoativa muito prevalente na vida do presidiário, sendo a mais citada no inquérito, juntamente com o tabaco. Acerca do uso das ilícitas na vida do detento, a mais prevalente é a maconha. Esse dado não é um retrato exclusivamente brasileiro, tendo também sido referenciado em pesquisas de

outros países, como o Canadá (32) e Noruega (31), relatando o uso de substâncias ilícitas, sendo a mais prevalente o álcool, mesmo em um ambiente altamente rígido e instalação de alta segurança. Bushnell, 1997 (33), inferiu que o uso de drogas nos apenados era 8 vezes maior do que na população geral, sendo o álcool 2 vezes maior que na comunidade. Os estudos norueguês e canadense trouxeram a referência do uso de substâncias psicotrópicas durante a prisão de, no máximo, 11%, enquanto os dados brasileiros extrapolam esses valores (32,33). Santos, 2017 (15) ao avaliar apenas cariocas inferiu que mais de 50% da amostra fazia uso de álcool e substâncias ilícitas, dados esses semelhante à nossa amostra. Ainda para Værøy, 2011 (31), o ambiente na prisão pode ter um papel importante no desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão, diante de situações como uso do tabaco/cessação e uso ilegal de drogas dentro das instalações prisionais. De todo modo, associar dependência química e sintomas de ansiedade e depressão constituem um fator de risco significativo para violência e reincidência penal, segundo o autor (31).

Santos, 2017 (15) e Værøy, 2011 (31) também avaliaram, à semelhança do presente estudo, o uso de medicação psicotrópica. Ambos foram inteiramente baseados pelo autorrelato, assim como a pesquisa aqui redatada. Værøy, 2011 (31) encontrou ainda, muitos relatos de uso dessas substâncias sem prescrição médica, esse dado difere do nosso, que tinham um acompanhamento e até diagnóstico estabelecido, havendo uma predominância igualmente distribuída em transtornos ligados à ansiedade e “remédio para dormir” segundo os detentos. Assim como na amostra de Værøy, 2011 (31) também houve imprecisão quanto ao período exato de uso, havendo apenas uma estimativa dele, bem como, o nome correto do medicamento, porém, no geral, eles sabiam o motivo da prescrição médica.

Os resultados do presente estudo foram, como já citados, obtidos a partir de informação auto referida por meio de questionários utilizados. Sendo válido ressaltar

que o nível de escolaridade muito baixo, gerou nos pesquisadores uma maior demanda de tempo e a necessidade de explicar melhor alguns itens, especialmente da CRE-Breve, como relatado anteriormente. Inclusive, tivemos que excluir da amostra 20 presidiários, pois houve considerável viés de interpretação das respostas, uma vez que, estávamos utilizando uma abordagem em um pequeno grupo de 5 detentos aproximadamente, explicávamos os itens e deixávamos que eles fizessem suas próprias interpretações e assinalassem as respostas individualmente, quando havia algum analfabeto no grupo, o auxílio era diferenciado. Ao avaliarmos esse primeiro grupo nos resultados, diante das respostas incoerentes, modificamos a abordagem de grupo e passamos a realizar inquéritos individuais, no intuito de amenizar o viés de interpretação.

Outro possível viés do estudo é que o trabalho foi realizado em um presídio que investe em humanização e ressocialização e, provavelmente, esse resultado pode não ser encontrado em outras penitenciárias. No entanto, é válido ressaltar que a anuência em outros presídios do Estado de Pernambuco não foram concebidas, inclusive em presídios que atendem o sexo feminino, o que impede possíveis comparações e estudos. Deixando aqui registrado a dificuldade em se ter acesso a esses outros sistemas do Estado, o que é uma barreira e um retrocesso ao conhecimento, bem como para o desenvolvimento de possíveis políticas e abordagens de melhoria ao serviço.

Conclui-se, assim, que todos os presidiários avaliados na PJPS utilizam o *Coping* religioso/espiritual para o enfrentamento da pena, segundo a avaliação da escala CRE-breve. Quando avaliadas a ansiedade e/ou depressão pela HAD, a prevalência foi alta no grupo analisado. Ao associar o CRE-breve e a HAD, a maior relevância do efeito protetor da espiritualidade sobre a saúde mental, foi atribuída às duas sintomatologias juntas (ansiedade e depressão), de modo que, quanto mais baixo foi o CRE-breve, maior a prevalência das duas afecções avaliadas. Essa relação não ficou clara ao se avaliar apenas uma das sintomatologias e o CRE-breve, que obteve os maiores valores de ansiedade no grupo que apresentavam maior espiritualidade. Quanto ao uso de drogas os achados condizem com a literatura atual.

INFORMAÇÕES DO AUTOR E DO ARTIGO:

Dos Departamentos de Medicina e Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife- PE, Brasil; Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP).

Endereço para correspondência- Camila Gomes: kmilagov@hotmail.com

O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) brasileiro concedeu a Camila Viana Gomes uma bolsa de Iniciação Científica sob o seguinte número: 120923/2019-0.

Os autores agradecem aos membros da equipe da PJPS pelo excelente acolhimento dos pesquisadores em suas dependências, desde o diretor vigente Paulo Paes, até os detentos que trabalham nos serviços internos, não apenas por tornar todo o processo viável, mas por realizá-lo com tamanha cordialidade e respeito.

Os autores não têm conflitos de interesse financeiros e nem comerciais para declarar.

5) REFERÊNCIAS

1. Reginato V, Benedetto MAC, Gallian DMC: Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trab. educ. saúde* 2016; 14: 237-255.
2. Guimarães HP, Avezum A: O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. psiquiatr. clín.* 2007; 34(Suppl 1): 88-94.
3. Ribeiro FML, Minayo MCS: O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19 (Suppl 6): 1773-1789.
4. Oliveira MR , Junges JR: Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia* 2012; 17(Suppl 3): 469-476.
5. Paiva GJ: Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estudos de Psicologia* 2007; 24(Suppl 1): 99-104.
6. Cerqueira-Santos E, Koller SH, Pereira MTLN: Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2004; 24 (Suppl 3): 82-91.
7. Gonçalves AMS, Pillon SC: Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Rev. psiquiatr. clín.* 2009; 36 (Suppl 1): 10-15.
8. Brasil. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016].

9. Freitas AGM: A Influência da religião na ressocialização do apenado. Porto Alegre. Monografia [Bacharelado em Ciências Jurídicas e Sociais]- Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2015.
10. Brandão J, Farias A: Inclusão Social de Ex-Detentos no Mercado de Trabalho: Reflexões acerca do Projeto Esperança Viva. IV Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho; 2013 Apr 28; Brasília, Distrito Federal. Brasil.
11. Constantino P, Assis SG, Pinto LW: O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(Suppl 7): 2089-2100.
12. Tavares GM, Menandro PRM: Atestado de exclusão com firma reconhecida: o sofrimento do presidiário brasileiro. *Psicol. cienc. prof.* 2004; 24(Suppl 2): 86-99.
13. Moreira NAC, Gonçalves RA: Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica* 2010; 28(Suppl 1): 133-148.
14. Moraes PAC, Dalgalarrodo P: Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade. *J. bras. psiquiatr.* 2006; 55(Suppl 1): 50-56.
15. Santos MV, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Guerra JVV: Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do Estado do Rio de Janeiro. *Texto contexto – enferm* 2017; 26 (suppl 2): e5980015.
16. Araújo FAFM, Nakano TC, Gouveia MLA: Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. *Aval. psicol.* 2009; 8(Suppl 3): 381-390.
17. Vargas F, Hoffmeister FX, Prates PF, Vasconcellos SJL: Depressão, ansiedade e psicopatia: um estudo correlacional com indivíduos privados de liberdade. *J. bras. Psiquiatr* 2015; 64(Suppl 4): 266-271.

18. Botega NJ, Ponde MP, Medeiros P, et al: Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. J Bras Psiq 1998; 47: 285-289.
19. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Júnior C, Pereira WAB: Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev. Saúde Pública 1995; 29 (Suppl 5): 359-363.
20. Marcelino C: Qualidade de vida e Coping religioso/espiritual em mães com cardiopatia congênita pré operatórias. São Paulo. Tese [Doutorado em Cardiologia]- Faculdade de Medicina da USP; 2013.
21. Macuglia GR, Rossatto FC, Teixeira MAP, Giacomoni CH; Qualidade de vida e depressão de pacientes em hemodiálise
22. Castro MMC, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa A: Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. Rev. Bras. Anesthesiol 2006; 56 (Suppl 5): 470-477.
23. Albuquerque Neto FSC: Discurso acerca da Penitenciária Juiz Plácido de Souza (Caruaru-PE). Revista Em Tempo[S.l.] 2018; 17 (Suppl 1): 270 – 295.
24. Arruda AJCG, et al: Direito à saúde no sistema prisional. Revista de Enfermagem UFPE 2013; 7 (Suppl 1): 54.
25. Costa DO: Avaliação do atendimento odontológico prestado aos reeducandos da Penitenciária Juiz Plácido de Souza. Caruaru. Monografia [Graduação em Odontologia]- Centro Universitário Tabosa de Almeida; 2017.
26. Borges ML: A utilização de *Coping* religioso/espiritual por mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública] – Escola de Enfermagem da USP; 2015.

27. Valcanti CC, Chaves ECL, Mesquita AC, Nogueira DA, Carvalho EC: *Coping* religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. esc. enferm. USP* 2012; 46 (Suppl 4): 838-845.
28. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC: A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21 (Suppl 2): 539-545.
29. Oliveira VAS, Guimarães SJ: Saúde atrás das grades: o Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário nos estados de Minas Gerais e Piauí. *Saúde e Debate* 2011; 35 (Suppl 91):597-606.
30. Silva NC, Rosa MI, Amboni G, Mina F, Comim CM, Quevedo J: Transtornos psiquiátricos e fatores de risco em uma população carcerária. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2011; 40.
31. Vaeroy H: Depression, anxiety, and history of substance abuse among Norwegian inmates in preventive detention: Reasons to worry?. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 40.
32. Plourde C, Dufour N, Brochu S, & Gendron A: Medication Use, Substance Use, and Psychological Conditions of Female Inmates in Canadian Federal Prisons. *International Annals of Criminology* 2013, 51(Supply1-2), 23-37.
33. Bushnell JA, Bakker LW: Substance use among men in prison: a New Zealand study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997; 31 :677-581.
34. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG: Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2006; 28 (Suppl 3): 242-250.
35. Amaro EA: A Influência Da Espiritualidade, Religiosidade, Ansiedade E Depressão Na Motivação Dos Acadêmicos De Uma Universidade Federal.

- Uberaba. Dissertação [Mestrado em Atenção à Saúde]- Instituto de Ciências da Saúde da UFTM; 2018.
36. Vasoontara Y, Seubsman SA, Sleigh A: Health, Well-being, and Social Indicators Among Monks, Prisoners, and Other Adult Members of an Open University Cohort in Thailand. *Journal of religion and health* 2010; 51: 925-933.
37. Hefti R: Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy. *Religions* 2011; 2 (Suppl 4): 611-627.
38. Koenig HG, Larson DB: Religion and mental health: evidence for an association. *Intern Rev Psychiatry* 2001; 13:67-78.
39. Koenig HG: Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Rev. psiquiatr. Clín.* 2007; 34 (Suppl 1): 95-104.

6) TABELAS E/OU FIGURAS

TABELA 1- Dados do questionário sociodemográfico.

GOMES ET AL.

| ETNIA | N | % | IDADE | N | % | RELIGIÃO | N | % |
|-----------------|-----------|---------------|--------|----|--------|-----------------|----|--------|
| Pardo | 32 | 57,14% | ≤ 25 | | | | | |
| | | | anos | 16 | 28,57% | Católico | 23 | 1,07% |
| Branco | 17 | 30,35% | 26- 35 | 15 | 26,78% | Protestante | 21 | 37,50% |
| | | | | | | | | |
| Negro | 4 | 7,14% | 36-45 | 8 | 14,28% | Adventista | 1 | 1,78% |
| | | | | | | | | |
| Indígena | 2 | 3,57% | 46-55 | 5 | 8,92% | Espírita | 1 | 1,78% |
| | | | | | | | | |
| Amarelo | 1 | 1,78% | 56-65 | 3 | 5,35% | Ateu | 0 | 0% |
| | | | | | | | | |
| - | - | - | 66-75 | 8 | 14,28% | Afro-brasileira | 0 | 0% |

| | | | | |
|---------------------|----------|--------|----------|---|
| 8,92% | | 17,85% | 5,35% | |
| Incompleto | | | Separado | |
| Ensino médio | 8 | - | Viúvo | 1 |
| 14,28% | | | 1,78% | |
| Completo | | | | |
| Superior | 1 | - | - | |
| 1,78% | | | | |
| Incompleto | | | | |
| Superior | 1 | - | - | |
| 1,78% | | | | |
| Completo | | | | |

TABELA 2- Drogas usadas pelos detentos.

GOMES ET AL.

| TIPO DE DROGA | JÁ FIZERAM USO NA VIDA N |
|--------------------------------|-----------------------------|
| Tabaco | 37 |
| Álcool | 37 |
| Maconha | 30 |
| Cocaína | 17 |
| <i>Crack</i> | 14 |
| Inalantes (éter, loló, etc) | 10 |

TABELA 3- Período que fez uso das substâncias lícitas e ilícitas. GOMES ET AL.

| PERÍODO QUE FEZ USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA | N | % |
|---|----------|----------|
| Nunca fez uso de drogas lícitas ou ilícitas | 5 | 8,92% |
| Fez uso na vida | 18 | 32,14% |
| Fez uso no último ano | 6 | 10,71% |
| Fez uso nos últimos 6 meses | 9 | 16,07% |
| Fez uso no último mês | 18 | 32,14% |

TABELA 4- Escores da Escala CRE-breve e Distribuição de ansiedade e/ou depressão pelos crimes cometidos de acordo com a HAD.

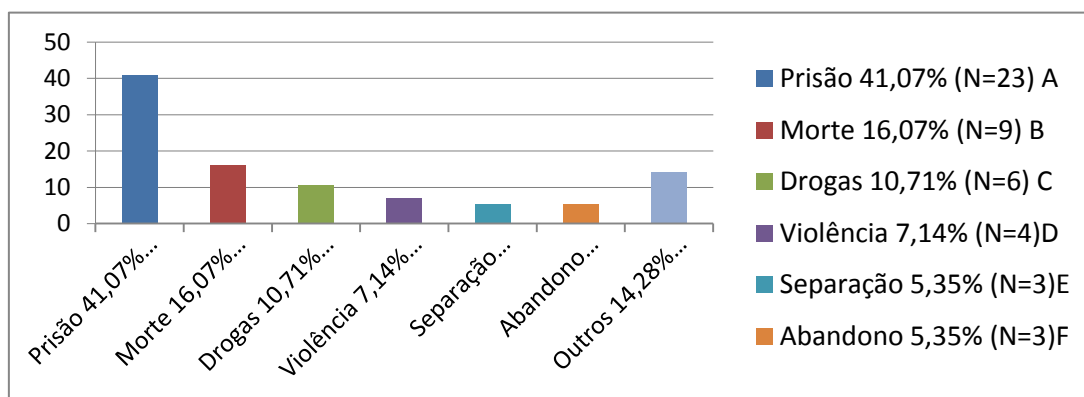
| MÉDIA DOS ESCORES DA ESCALA CRE -BREVE | MÉDIA | MÍNIMO | MÁXIMO |
|--|-------------|-------------|-------------------------|
| CRE TOTAL | 3.418405 | 2.764706 | 3.977451 |
| CRE POSITIVO | 3.368192 | 1.823529 | 4.411765 |
| CRE NEGATIVO | 2.438788 | 1.4 | 4.2 |
| HAD ENTRE OS CRIMES | ANSIEDADE N | DEPRESSÃO N | DEPRESSÃO E ANSIEDADE N |
| TRÁFICO DE DROGAS | 12 | 15 | 9 |

| | | | |
|-------------------------------|---|---|---|
| PEDOFILIA | 1 | 3 | 1 |
| HOMICÍDIO | 6 | 5 | 4 |
| LEI MARIA DA PENHA | 3 | 3 | 2 |

GOMES ET AL.

FIGURA 1- Maior estresse nos últimos 3 anos (CRE-breve).

GOMES ET AL.



***FIGURE 1- Prisão (A); Morte de familiar (B); Envolvimento com Drogas (C); Violência vivenciada dentro ou fora do presídio (D); Separação conjugal (E); Abandono familiar (F); Outros (G).**

NORMAS DA REVISTA ESCOLHIDA PARA SUBMISSÃO

(Após o texto em inglês, há a tradução das normas para o português)

THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

https://ajp.psychiatryonline.org/ajp_ifora

Manuscript Organization and Format

All parts of the manuscript or letter to the Editor, including case reports, quotations, references, and tables, must be double-spaced throughout. The manuscript should be arranged in the following order, with each item beginning a new page: 1) cover letter, 2) title page, 3) abstract, 4) text, 5) references, and 6) tables and/or figures. All pages **must** be numbered.

COVER LETTER

The cover letters should include statements regarding Authorship, Disclosure, and Copyright Transfer. Also, it must include a list of 4 suggested reviewers and their e-mail addresses.

TITLE PAGE

Word count. The number of words in the manuscript (including abstract, text, and references) and the number of tables and figures should be noted in the upper right-hand corner of the title page. Tables and figures are no longer included in the word count.

Title. The title should be informative and as brief as possible. *Journal* style for titles is not to use declarative sentences.

Byline. See instructions for Authorship. Authors' first names are preferred over initials. Degrees should be included after each author's name.

Previous presentation. If the paper has been presented at a meeting, give the name of the meeting, the location, and the inclusive dates.

Location of work and address for reprints. Provide the department, institution, city, and state where the work was done. Include a full address for the author who is to receive correspondence and reprint requests.

Disclosures. As outlined in Disclosure of Competing Interests and Financial Support, all financial relationships with commercial interests for all authors must be disclosed, whether or not directly related to the subject of their paper. Such reporting must include all equity ownership, profit-sharing agreements, royalties, patents, and research or other grants from private industry or closely affiliated nonprofit funds. For income from pharmaceutical companies, the purpose must be specified, e.g., speakers bureau honoraria or other CME activity, travel funds, advisory panel payments, research grants. If an author has no interests to disclose, this must be explicitly stated and will be acknowledged in print as "Dr. X reports no financial relationships with commercial interests."

Acknowledgments. Grant support should include the full name of the granting agency and grant number.

ABSTRACT

Abstracts are sent to various archiving and indexing services and aid in your article's discoverability by providing more detail than would a simple listing of just citation information. The abstract is a single paragraph no longer than 250 words in the active

voice and third person. All Review Articles and New Research submissions should include structured abstracts with the following information, under the headings indicated: *Objective*—the primary purpose of the article; *Methods*—data sources, subjects, design, measurements, data analysis; *Results*—key findings; and *Conclusions*—implications, future directions.

TEXT

The contents of the text should include four major sections: introduction, methods, results, and discussion. The methods section should provide a comprehensive description of the nature of the study group, methods for recruitment, measurement and evaluation techniques (including information about reliability as appropriate), and data analysis. At the end of the section describing the study subjects, it should be clearly stated that subjects provided written informed consent after receiving a complete description of the study. Strengths and weaknesses of the study should be presented in the discussion.

Data analysis. Adequate description of statistical analysis should be provided, including the names of the statistical tests and whether tests were one- or two-tailed. Standard deviations, rather than standard errors of the mean, are required. Statistical tests that are not well-known should be referenced. All significant and important nonsignificant results must include the test value, degree(s) of freedom, and probability. For manuscripts that report on randomized clinical trials, authors should provide a flow diagram in CONSORT format and all of the information required by the CONSORT checklist. When word limits prevent the inclusion of some of this information in the manuscript, it should be provided in a separate document submitted with the manuscript for posting online. The CONSORT statement, checklist, and flow diagram can be found

at <http://www.consort-statement.org>. (See Supplemental Data for what types of data and formats are acceptable for posting online.)

Abbreviations. The *Journal* is distributed to a broad psychiatric readership, therefore only a very small number of abbreviations are considered “standard” and thus acceptable for use. Spell out all abbreviations (other than those for units of measure) the first time they are used; idiosyncratic abbreviations should never be used.

Drugs. Generic rather than trade names of drugs should be used.

REFERENCES

References are numbered and listed by their order of appearance in text; the text citation is followed by the appropriate reference number in parentheses. Do not arrange the list alphabetically. References in tables and figures are numbered as though the tables and figures were part of the text. References should be restricted to closely pertinent material. Accuracy of the citation is the author’s responsibility. References should conform exactly to the original spelling, accents, punctuation, etc. Authors should be sure that all references listed have been cited in text. Personal communications, unpublished manuscripts, manuscripts submitted but not yet accepted, and similar unpublished items should not appear in the reference list. Such citations may be noted in text. It is the author’s responsibility to obtain permission to refer to another individual’s unpublished observations. Manuscripts that are actually in press may be cited as such in the reference list; the name of the journal or publisher and location must be included. References to the editions of DSM should not be included in the reference list.

Type references in the Vancouver style shown below. Abbreviations of journal names should conform to the style used in “NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI

Databases” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>); journals not indexed there should not be abbreviated.

1. Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz M, et al: The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1153-1162
2. Beahrs JO: The cultural impact of psychiatry: the question of regressive effects, in *American Psychiatry After World War II: 1944-1994*. Edited by Menninger RW, Nemiah JC. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000, pp 321-342
3. Burrows GD, Norman TR, Judd FK, et al: Short-acting versus long-acting benzodiazepines: discontinuation effects in panic disorders. *J Psychiatr Res* 1990; 24(suppl 2):65-72

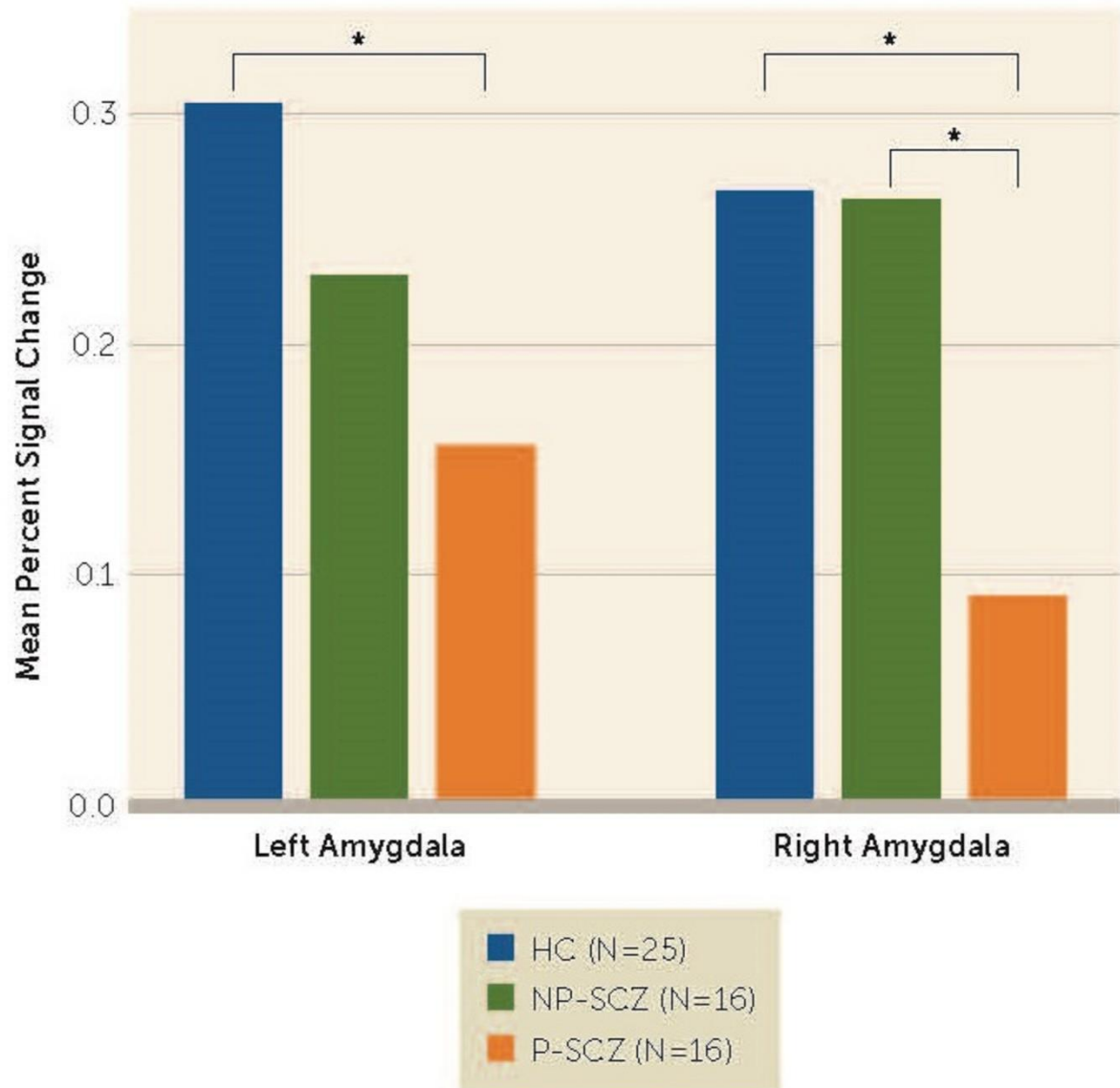
TABLES

The *Journal* does not publish tables that have been submitted elsewhere or previously published. Tables that duplicate material contained elsewhere in the manuscript (in text, figures, or other tables) will not be used. Authors should delete tables containing data that could be given succinctly in text. A copy of each table must be submitted with the manuscript and must be accessible for copyediting. Tables cannot be embedded within the document or provided as figure art. Authors providing tables in such a manner will be required to resubmit tables in a format that allows for copyediting. In terms of data presentation, values expressed in the same unit of measurement should read down, not across; when percentages are presented, the appropriate numbers must also be given. In

preparing the tables, each cell should contain only one item of data. In rows, subcategories should be in separate cells; in columns, Ns and %s or Means and SDs should be in separate cells. For optimum readability and presentation, tables should not exceed 120 characters in width. For other guidelines, consult recent issues of the *Journal*.

FIGURES

Figures express trends or relationships between data. Consult recent issues of the *Journal* and the following guidelines for format. Figures that contain numerical data that could be expressed more succinctly or clearly in tabular form should be converted to tables. Submission of previously published figures is discouraged. Multiple figures for the same article should be prepared as a set, consistent in color and size across all figures.



Submission

1. A copy of each figure must accompany the manuscript.
2. Figure titles and footnotes should be provided within the text of the manuscript.
3. If figures have been previously adapted from an earlier publication, the author must secure written permission from the holder of copyright for use in

the *Journal*. The author should submit a copy of the permission release and credit lines if the manuscript is accepted for publication.

Format

1. Specific file formats are required for different types of figure images. **For photos or brain scans**, high resolution (300 dpi) raster images in .jpg, .png, or .tiff formats are preferred. **For charts and graphs**, scalable and editable vector images in .eps, .pdf, or .svg formats should be provided. We can also accept native files for charts and graphs created in Word, PowerPoint, or Adobe Illustrator.
2. Definitions of symbols appearing in the figure should be presented in a key within the figure, rather than in the title or footnotes.
3. Except for the key, avoid using internal type (e.g., placing statistical values within a graph).
4. Two-dimensional graphs should not be represented in three dimensions.

Content

1. Each complete figure (including titles and footnotes) should be understandable without reference to the text.

2. Figures should represent data visually rather than numerically.
3. If error bars are included, standard deviations, rather than standard errors of the mean, should be used.
4. Only the most widely recognized abbreviations may be used.
5. In a graph comparing different groups of subjects, the number of subjects in each group should appear with the name of the group—in the key, in the headings below the horizontal axis, or in the title.
6. Ordinary footnotes should be cited with lower-case superscript letters. Footnote citations may be given in both the title and the body of the figure; within the body of the figure, they should proceed from left to right.
7. For statistical comparisons noted in figures, provide complete statistical data in footnotes. If numerous analyses are presented, simple p values may be given in the footnotes, in which case the footnotes should be indicated by single asterisk, double asterisk, etc.

SUPPLEMENTAL DATA

The *Journal* now allows authors to submit supplemental data to be posted online in support of their printed articles. To be accepted for posting, supplemental material must be essential to the scientific integrity and excellence of the manuscript. The material is subject to the same editorial standards as the printed *Journal* and will be submitted for

peer review. Supplemental material will not be formatted or edited by in-house editorial staff to the extent as performed for material appearing in the print version. The Editor may select material submitted for publication in the print version to be posted online only. The *Journal* will accept the following categories of supplemental data:

- Detailed tables (up to 3) that contain data of use to other investigators. Data should be summarized in the text of the print version

- The CONSORT table and figure for clinical trials are also appropriate for online publication only.

- Appendices. Questionnaires, tests, checklists, etc., should be submitted as supplemental data.

Supplemental data should be uploaded in a separate file from the for-print manuscript. Please remember that the larger the file size the longer it will take users to download. For this reason, please limit your files to 10 MB. The Journal can accept the following formats:

- Plain text (.txt)

- HTML page (.html)

- JPEG image (.jpg)

- GIF image (.gif)

- Adobe PDF (.pdf)

- Excel spreadsheet (.xls)

- ZIP compressed file (.zip)

- Word document (.doc)

- Tiff image (.tif)

- PowerPoint presentation (.ppt)

- Encapsulated Postscript document (.eps)

- Mp3 file (.mp3)

- QuickTime video

If your document type is not listed here, please contact the editorial office at ajp@psych.org. Please name your files and cite within the printed text as ST1 for tables, SF1 for figures, SR1 for references, and SA1 for appendices.

Processing of Accepted Manuscripts

Manuscripts are accepted with the understanding that the Editor and the editorial staff have the right to make revisions aimed at greater conciseness, clarity, and conformity with Journal style. Preliminary page proofs will be sent to the corresponding author. Authors who will be away from their offices for a long period or who change address after notification of acceptance should inform the *Journal* staff.

TRADUÇÃO

Organização e formato do manuscrito:

Todas as partes do manuscrito ou carta ao Editor, incluindo relatos de casos, citações, referências e tabelas, devem estar em espaço duplo. O manuscrito deve ser organizado na seguinte ordem, com cada item iniciando uma nova página: 1) carta de apresentação, 2) página de título, 3) resumo, 4) texto, 5) referências e 6) tabelas e / ou figuras. Todas as páginas devem ser numeradas.

CARTA DE APRESENTAÇÃO: As cartas de apresentação devem incluir declarações sobre autoria, divulgação e transferência de direitos autorais. Além disso, deve incluir uma lista de 4 revisores sugeridos e seus endereços de e-mail.

FOLHA DE ROSTO: Contagem de palavras. O número de palavras no manuscrito (incluindo resumo, texto e referências) e o número de tabelas e figuras devem ser anotados no canto superior direito da página de título. Tabelas e figuras não são mais incluídas na contagem de palavras.

Título. O título deve ser informativo e o mais breve possível. O estilo do jornal para títulos não é usar sentenças declarativas. Byline. Veja as instruções para AUTORIA. Os nomes dos autores têm preferência sobre as iniciais. Os graus devem ser incluídos após o nome de cada autor.

Apresentação anterior. Se o artigo foi apresentado em uma reunião, forneça o nome da reunião, o local e as datas inclusivas.

Local de trabalho e endereço para reimpressões. Indique o departamento, instituição, cidade e estado onde o trabalho foi realizado. Inclua o endereço completo do autor que receberá a correspondência e os pedidos de reimpressão.

Divulgações. Conforme descrito em Divulgação de Interesses Concorrentes e Apoio Financeiro, todas as relações financeiras com interesses comerciais para todos os autores devem ser divulgadas, estejam ou não diretamente relacionadas ao assunto de seu artigo. Esses relatórios devem incluir todas as participações acionárias, acordos de participação nos lucros, royalties, patentes e pesquisas ou outros subsídios da indústria privada ou fundos sem fins lucrativos estreitamente afiliados. Para receitas de empresas farmacêuticas, o objetivo deve ser especificado, por exemplo, palestrantes honorários ou outra atividade CME, fundos de viagens, pagamentos de painel consultivo, bolsas de pesquisa. Se um autor não tiver interesse em divulgar, isso deve ser explicitamente declarado e será reconhecido na impressão como “Dr. X não relata relações financeiras com interesses comerciais”

Agradecimentos. O apoio financeiro deve incluir o nome completo da agência concedente e o número da concessão.

RESUMO

Os resumos são enviados para vários serviços de arquivamento e indexação e ajudam na descoberta do seu artigo, fornecendo mais detalhes do que uma simples lista de apenas

informações de citação. O resumo é um único parágrafo com não mais que 250 palavras na voz ativa e na terceira pessoa. Todos os artigos de revisão e submissões de novas pesquisas devem incluir resumos estruturados com as seguintes informações, sob os títulos indicados: Objetivo - o propósito principal do artigo; Métodos - fontes de dados, assuntos, projeto, medições, análise de dados; Resultados - descobertas principais; e Conclusões - implicações, direções futuras.

TEXTO

O conteúdo do texto deve incluir quatro seções principais: introdução, métodos, resultados e discussão. A seção de métodos deve fornecer uma descrição abrangente da natureza do grupo de estudo, métodos de recrutamento, técnicas de medição e avaliação (incluindo informações sobre confiabilidade conforme apropriado) e análise de dados. No final da seção que descreve os sujeitos do estudo, deve ser claramente declarado que os sujeitos forneceram consentimento informado por escrito após receber uma descrição completa do estudo. Pontos fortes e fracos do estudo devem ser apresentados na discussão.

Análise de dados. Deve ser fornecida uma descrição adequada da análise estatística, incluindo os nomes dos testes estatísticos e se os testes eram unilaterais ou bicaudais. Desvios padrão, em vez de erros padrão da média, são necessários. Testes estatísticos que não são bem conhecidos devem ser referenciados. Todos os resultados não significativos e importantes devem incluir o valor do teste, grau (s) de liberdade e probabilidade. Para manuscritos que relatam ensaios clínicos randomizados, os autores devem fornecer um fluxograma no formato CONSORT e todas as informações exigidas pela lista de verificação CONSORT. Quando os limites de palavras impedem a inclusão de algumas dessas informações no manuscrito, elas devem

ser fornecidas em um documento separado submetido com o manuscrito para publicação online. A instrução CONSORT, a lista de verificação e o diagrama de fluxo podem ser encontrados em <http://www.consort-statement.org>. (Consulte os Dados Suplementares para saber quais tipos de dados e formatos são aceitáveis para postagem online.)

Abreviações. O Journal é distribuído a um amplo público psiquiátrico, portanto, apenas um pequeno número de abreviaturas são consideradas “padrão” e, portanto, aceitáveis para uso. Escreva todas as abreviações (exceto aquelas para unidades de medida) na primeira vez em que forem usadas; abreviações idiossincráticas nunca devem ser usadas.

Drogas. Devem ser usados medicamentos genéricos em vez de nomes comerciais.

REFERÊNCIAS

As referências são numeradas e listadas pela ordem em que aparecem no texto; a citação em texto é seguida pelo número de referência apropriado entre parênteses. Não organize a lista em ordem alfabética. As referências nas tabelas e figuras são numeradas como se as tabelas e figuras fizessem parte do texto. As referências devem ser restritas a materiais estritamente pertinentes. A exatidão da citação é de responsabilidade do autor. As referências devem estar de acordo com a grafia, acentos, pontuação, etc. originais, etc. Os autores devem se certificar de que todas as referências listadas foram citadas no texto. Comunicações pessoais, manuscritos não publicados, manuscritos submetidos, mas ainda não aceitos e itens semelhantes não publicados não devem aparecer na lista de referências. Essas citações podem ser anotadas no texto. É responsabilidade do autor obter permissão para se referir às observações não publicadas de outro indivíduo. Os manuscritos que estão atualmente no prelo podem ser citados como tais na lista de

referências; o nome da revista ou editora e localização devem ser incluídos. As referências às edições do DSM não devem ser incluídas na lista de referências.

Digite as referências no estilo Vancouver mostrado abaixo. Abreviações de nomes de periódicos devem estar de acordo com o estilo usado em “Catálogo NLM: periódicos referenciados nos bancos de dados do NCBI”

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>); periódicos não indexados ali não devem ser abreviados.

1. Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz M, et al: The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1153-1162
2. Beahrs JO: The cultural impact of psychiatry: the question of regressive effects, in *American Psychiatry After World War II: 1944-1994*. Edited by Menninger RW, Nemiah JC. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000, pp 321-342
3. Burrows GD, Norman TR, Judd FK, et al: Short-acting versus long-acting benzodiazepines: discontinuation effects in panic disorders. *J Psychiatr Res* 1990; 24(suppl 2):65-72

TABELAS

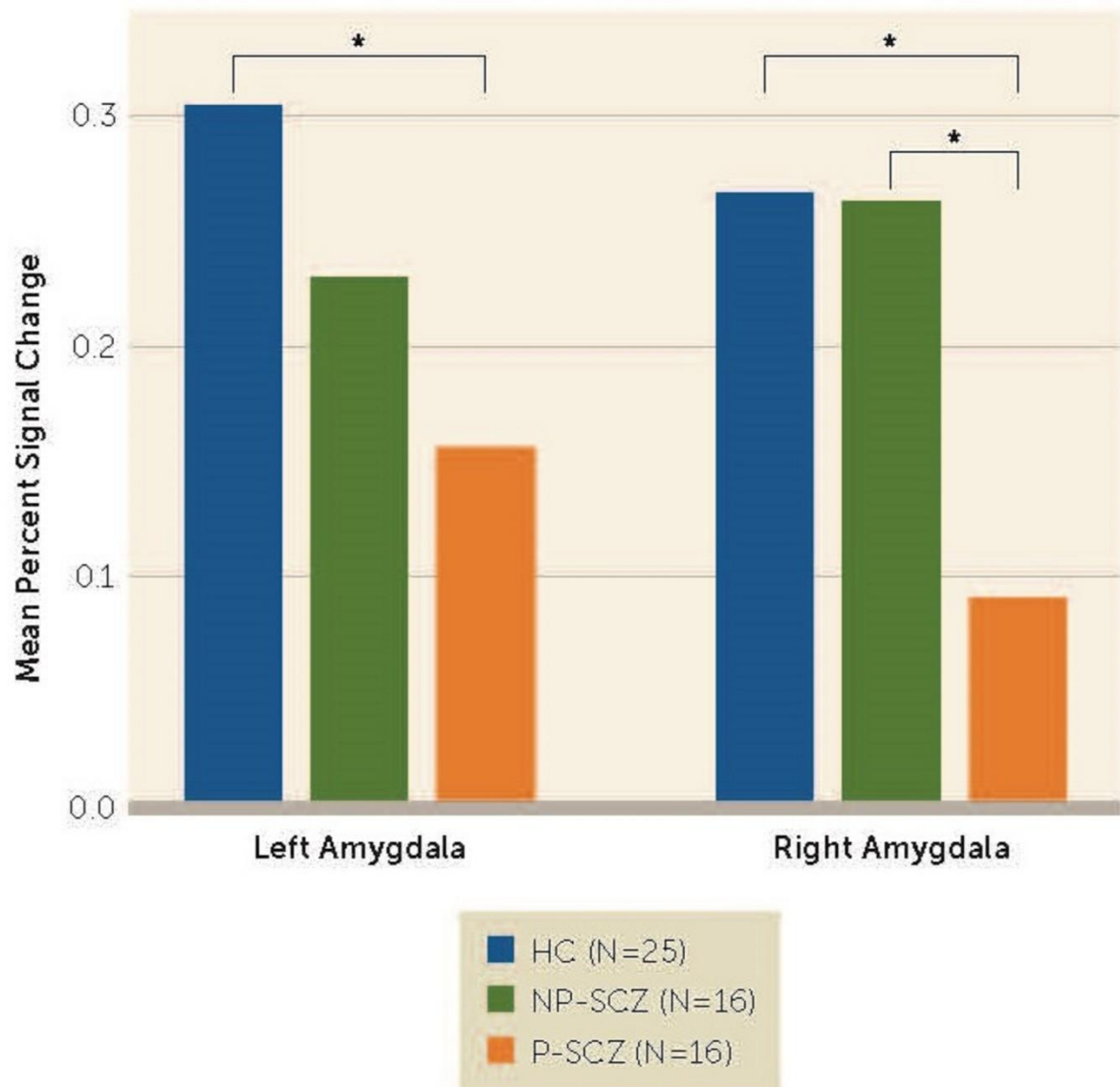
A Revista não publica tabelas submetidas em outro lugar ou publicadas anteriormente.

Tabelas que duplicam o material contido em outras partes do manuscrito (em texto, figuras ou outras tabelas) não serão utilizadas. Os autores devem deletar tabelas

contendo dados que podem ser fornecidos sucintamente no texto. Uma cópia de cada tabela deve ser enviada com o manuscrito e deve estar acessível para edição. As tabelas não podem ser incorporadas ao documento ou fornecidas como arte. Os autores que fornecerem tabelas dessa maneira serão obrigados a reenviar as tabelas em um formato que permita a edição. Em termos de apresentação de dados, os valores expressos na mesma unidade de medida devem ser lidos para baixo, não transversalmente; quando as porcentagens são apresentadas, os números apropriados também devem ser fornecidos. Na preparação das tabelas, cada célula deve conter apenas um item de dados. Nas linhas, as subcategorias devem estar em células separadas; nas colunas, Ns e % s ou Médias e SDs devem estar em células separadas. Para melhor legibilidade e apresentação, as tabelas não devem exceder 120 caracteres de largura. Para outras orientações, consulte os números recentes da Revista.

FIGURAS

Os números expressam tendências ou relações entre os dados. Consulte edições recentes da revista e as seguintes diretrizes para formato. Figuras que contenham dados numéricos que possam ser expressos de forma mais sucinta ou clara na forma tabular devem ser convertidas em tabelas. O envio de figuras publicadas anteriormente é desencorajado. Várias figuras para o mesmo artigo devem ser preparadas como um conjunto, consistentes em cor e tamanho em todas as figuras.



Submissão

Uma cópia de cada figura deve acompanhar o manuscrito.

Os títulos das figuras e notas de rodapé devem ser fornecidos dentro do texto do manuscrito.

Se as figuras foram adaptadas de uma publicação anterior, o autor deve obter permissão por escrito do detentor dos direitos autorais para uso na Revista. O autor deve enviar

uma cópia da autorização de autorização e linhas de crédito se o manuscrito for aceito para publicação.

Formato

Formatos de arquivo específicos são necessários para diferentes tipos de imagens de figura. Para fotos ou varreduras cerebrais, imagens raster de alta resolução (300 dpi) nos formatos .jpg, .png ou .tiff são preferidos. Para tabelas e gráficos, imagens vetoriais escaláveis e editáveis nos formatos .eps, .pdf ou .svg devem ser fornecidas. Também podemos aceitar arquivos nativos para tabelas e gráficos criados em Word, PowerPoint ou Adobe Illustrator.

As definições dos símbolos que aparecem na figura devem ser apresentadas em chave dentro da figura, e não no título ou nas notas de rodapé.

Exceto para a chave, evite usar o tipo interno (por exemplo, colocar valores estatísticos em um gráfico).

Os gráficos bidimensionais não devem ser representados em três dimensões.

Conteúdo

Cada figura completa (incluindo títulos e notas de rodapé) deve ser compreensível sem referência ao texto.

As figuras devem representar os dados visualmente em vez de numericamente.

Se barras de erro forem incluídas, desvios padrão, em vez de erros padrão da média, devem ser usados.

Apenas as abreviações mais amplamente reconhecidas podem ser usadas.

Em um gráfico que compara diferentes grupos de assuntos, o número de assuntos em cada grupo deve aparecer com o nome do grupo - na legenda, nos cabeçalhos abaixo do eixo horizontal ou no título.

Notas de rodapé comuns devem ser citadas com letras sobrescritas minúsculas. As citações de notas de rodapé podem ser fornecidas tanto no título quanto no corpo da figura; dentro do corpo da figura, eles devem prosseguir da esquerda para a direita.

Para comparações estatísticas observadas nas figuras, forneça dados estatísticos completos em notas de rodapé. Se várias análises forem apresentadas, os valores de p simples podem ser dados nas notas de rodapé, caso em que as notas de rodapé devem ser indicadas por um asterisco, asterisco duplo, etc.

DADOS COMPLEMENTARES

A Revista agora permite que os autores enviem dados suplementares para serem publicados online em apoio aos seus artigos impressos. Para ser aceito para postagem, o material suplementar deve ser essencial para a integridade científica e excelência do manuscrito. O material está sujeito aos mesmos padrões editoriais da Revista impressa e será submetido à avaliação por pares. O material suplementar não será formatado ou editado pela equipe editorial interna na medida em que for feito para o material que aparece na versão impressa. O Editor pode selecionar o material enviado para publicação na versão impressa para ser postado apenas online. A revista aceitará as seguintes categorias de dados suplementares:

- ♣ Tabelas detalhadas (até 3) que contêm dados úteis para outros investigadores.

Os dados devem ser resumidos no texto da versão impressa

- ♣ A tabela CONSORT e a figura para ensaios clínicos também são apropriadas apenas para publicação online.

- ♣ Apêndices. Questionários, testes, listas de verificação, etc., devem ser apresentados como dados complementares.

Os dados suplementares devem ser carregados em um arquivo separado do manuscrito para impressão. Lembre-se de que quanto maior for o tamanho do arquivo, mais tempo levará para os usuários fazerem o download. Por esse motivo, limite seus arquivos a 10 MB. O Jornal pode aceitar os seguintes formatos:

- ♣ Texto simples (.txt)
- ♣ página HTML (.html)
- ♣ imagem JPEG (.jpg)
- ♣ Imagem GIF (.gif)
- ♣ Adobe PDF (.pdf)
- ♣ Planilha Excel (.xls)
- ♣ Arquivo compactado em ZIP (.zip)
- ♣ Documento Word (.doc)
- ♣ Imagem Tiff (.tif)
- ♣ Apresentação em PowerPoint (.ppt)
- ♣ Documento PostScript encapsulado (.eps)
- ♣ Arquivo MP3 (.mp3)
- ♣ Vídeo QuickTime

Se o seu tipo de documento não estiver listado aqui, entre em contato com a redação em ajp@psych.org. Por favor, nomeie seus arquivos e cite no texto impresso como ST1 para tabelas, SF1 para figuras, SR1 para referências e SA1 para apêndices.

Os manuscritos são aceitos com o entendimento de que o Editor e a equipe editorial têm o direito de fazer revisões visando maior concisão, clareza e conformidade com o estilo da Revista. As provas preliminares das páginas serão enviadas ao autor para correspondência. Os autores que se ausentarem por longo período de seus escritórios ou que mudarem de endereço após a notificação de aceitação devem informar a equipe da Revista.

Indivíduos interessados em resenhar para o American Journal of Psychiatry devem visitar ScholarOne Manuscripts e criar uma conta.

Resumos de artigos dentro da área de especialização de um revisor são enviados por e-mail para o revisor. Dentro de 3 dias, o revisor é solicitado a indicar a disposição de revisar e a disponibilidade para realizá-la em um período de 2 semanas.

Interesses competitivos:

A maioria dos interesses conflitantes, financeiros ou outros, não desqualifica ninguém de participar do processo de revisão por pares, mas o Jornal solicita que você indique qualquer conflito que possa ter na revisão de qualquer manuscrito em particular. Você também pode notificar o Journal se achar que não pode revisar um manuscrito por causa de um interesse conflitante. Isso não afetará o seu status de revisor de forma alguma.

Confidencialidade

Os manuscritos devem ser analisados com o devido respeito pela confidencialidade dos autores. Ao submeter seus manuscritos para revisão, os autores confiam à Revista os resultados de seu trabalho científico e esforço criativo, dos quais sua reputação e carreira podem depender. Os direitos dos autores podem ser violados pela divulgação de

detalhes confidenciais da revisão de seu manuscrito. Os revisores nunca devem copiar, compartilhar ou discutir um manuscrito em revisão ou os dados nele contidos com ninguém sem a permissão expressa por escrito do Editor do Jornal e dos autores.